

ANSSA-PERU

ANALISIS DEL SECTOR SALUD

Financiamiento de los Programas de Salud del Instituto Peruano de Seguridad Social

Informe Técnico N° 8

Financiado por USAID bajo el acuerdo de Cooperación No. 527-0167-CA-00-5054-00
con la Research Foundation of the State University of New York.

Característica principal del Proyecto ANALISIS DEL SECTOR SALUD EN EL PERU (ANSSA-PERU) es su concepción integral con participación Multidisciplinaria y Multiinstitucional. En este contexto incluye los siguientes componentes: Estado de la Salud de la Población Peruana, Demanda de la Población por Servicios de Salud, Participación Comunitaria en el Mejoramiento de la Salud, Recursos Físicos, Humanos y Farmacéuticos disponibles en el Sector, y financiamiento de los Servicios de la Salud del Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social y Sector no Público. El estudio ha sido desarrollado en tres etapas, las mismas que se han iniciado y concluido con Seminarios-Talleres y Reuniones de Trabajo, con participación de funcionarios del Sector, en los cuales se han diseñado las investigaciones y analizado los resultados de cada fase. Estos eventos tuvieron lugar en febrero, mayo, julio y diciembre de 1985 y febrero de 1986.

La primera etapa, realizada entre febrero y julio de 1985, correspondió al ajuste del marco conceptual, a la revisión de la información disponible, la descripción y síntesis de ella y la elaboración de documentos preliminares para cada uno de los iniciales seis Componentes Técnicos del Estudio.

La segunda, efectuada entre agosto de 1985 y febrero de 1986, se orientó a profundizar algunos trabajos y analizar problemas seleccionados por las autoridades del Ministerio de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social, en función a los lineamientos de Política del nuevo Gobierno. En respuesta a lo anterior, y en consideración a su importancia, se incluyó como un nuevo componente la Participación de la Comunidad en Salud. En esta etapa se realizaron 21 estudios, 10 de ellos de enfoque nacional y 11 en dos Regiones de Salud, calificadas como prioritarias -Cusco y Cajamarca- donde se llevaron a cabo seminarios de discusión sobre los resultados obtenidos.

La tercera, llevada a cabo entre febrero y mayo de 1986, comprendió la integración de los análisis y resultados de los 21 estudios, dentro del marco conceptual de los siete Componentes Técnicos, y la preparación de informes finales para su difusión. La lista de estos documentos aparece en la cubierta del presente informe.

Se ha desarrollado un Sistema de Documentación sobre el Sector Salud, en base a información y documentos accesibles, tanto en el país como a nivel internacional, conformándose así un sistema de apoyo a las investigaciones. Las referencias bibliográficas y sus respectivos resúmenes se hallan almacenados en un sistema de microcomputación PBIDS, conectado al Sistema PAHOLINE de la OPS/QMS. El sistema también incluye una base de datos y programas de procesamiento de textos y elaboración de cuadros y gráficos.

En conjunto, ANSSA-PERU proporciona información sistematizada y elementos conceptuales y técnicos que constituyen una base analítica del Sector, que coadyuvan a la planificación y toma de decisiones con criterios de eficacia, eficiencia y equidad; a la vez facilita las actividades de Cooperación Técnica de Gobiernos, Agencias y Organismos Internacionales. Empero, es importante continuar con investigaciones de carácter operativo.

El Proyecto fue ejecutado bajo un Convenio de Cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook. Contó con la aprobación y valioso aporte del Ministerio de Salud y de las siguientes instituciones: Escuela de Administración de Negocios para Graduados, Instituto Peruano de Seguridad Social, Universidad Peruana Cayetano Heredia y de la consultora International Resources Group, Ltd. Fue financiado por la Agencia Internacional para el Desarrollo del Gobierno de los Estados Unidos.

Los responsables de ANSSA-PERU, Coordinador Nacional y Director Técnico, agradecen a todos los participantes por su valiosa contribución al desarrollo y conclusión del Proyecto; a la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú, por su importante apoyo técnico, administrativo y logístico; y la disposición de las autoridades del Ministerio de Salud e Instituto Peruano de Seguridad Social, al brindar acceso a sus fuentes de información.

WALTER TORRES ZEVALLOS
Coordinador Nacional

DIETER K. ZSCHOCK
Director Técnico

SN 62914
PNAB6509

ANSSA - PERU

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

MINISTERIO DE SALUD

**ESCUELA DE ADMINISTRACION DE
NEGOCIOS PARA GRADUADOS**

**INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD
SOCIAL**

**INTERNATIONAL RESOURCES GROUP,
LTD.**

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE
LA SALUD**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE NUEVA
YORK EN STONY BROOK**

**UNIVERSIDAD PERUANA CAYETAN
HEREDIA**

COMITE DE COORDINACION

Médico	WALTER TORRES ZEVALLOS	MINISTERIO DE SALUD/OPS*
Economista	CESAR PENARANDA CASTANEDA	REPRESENTANTE DE ESAN
Economista	DAVID TEJADA PARDO	REPRESENTANTE DE UPCH
Sociólogo	LUIS CARLOS GOMEZ	REPRESENTANTE DE IRG
Economista	DIETER K. ZSCHOCK	REPRESENTANTE DE SUNY**

PARTICIPANTES

ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS PARA GRADUADOS (ESAN)

Abogado	NISSIM ALCABES AVDALA
Economista	ANDRES BONER BARRAGAN
Economista	OCTAVIO CHIRINOS VALDIVIA
Ingeniera	SUSANA MADRID WOSAN
Economista	OSCAR MILLONES DESTEFANO
Ingeniera	DORA LUZ PAZ CASTANAGA
Economista	CESAR PENARANDA CASTANEDA
Economista	JOSE CARLOS VERA LA TORRE
Secretaria	ROSARIO VERGARA POPPE

INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IPSS)

Químico-Farmacéutica	ALBERTA ARENAS HORNA
Médica	MARINA LOPEZ
Sociólogo	LUIS MANRIQUE MORALES
Arquitecto	GERMAN MARTINEZ TORRES-LARA
Economista	EDUARDO O'BRIEN NEYRA
Enfermera	JULIA PINEDA GARCIA
Médico	NILO VALLEJO ESPINOZA

INTERNATIONAL RESOURCES GROUP, LTD. (IRG)

Sociólogo	LUIS CARLOS GOMEZ SERRANO
Ingeniero	JAMES MUNSON
Planificador	PETRA REYES
Asist. Administrativa	MARITZA TORRES GARAZATHA
Bibliotecaria	GIULIANA MAVILA UGARTE

MINISTERIO DE SALUD (MS)

Nutricionista	MIYARAY BENAVENTE ERCILLA
Ingeniero	JAVIER BOLIVAR
Médico	EDWIN CARRERA
Químico-Farmacéutica	LYDIA CARREON
Arquitecta	MARIA ESPERANZA CASTANEDA
Administrador	BENJAMIN CONDOR
Médico	MANUEL DEL RIO
Arquitecta	MARIA ESTRADA FARFAN
Médico	PETRONIO EYZAGUIRRE
Químico-Farmacéutico	URIEL GARCIA MARQUEZ
Enfermera	RUTH SEMINARIO RIVAS
Administrador	CRISTINA SILVA ALVARADO
Médico	EDUARDO ZAPATA SALAZAR

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

PROYECTO ANSSA-PERU

Economista	MARCO ANTONIO AYRES SICHERI
Sociólogo	MANUEL BERNALES
Médico	JULIO CASTANEDA COSTA*(1ra. etapa)
Psicóloga	TERESA CIUDAD DE IGLESIAS
Enfermera	ELA DIAZ DE VENTURO
Sociólogo	ALFREDO FILOMENO
Químico-Farmacéutica	NELLY GALVEZ DE LLAQUE
Economista	NOEMI MONTES (DESCO)
Antropólogo	LUIS OLIVERA (DESCO)
Demógrafo	HECTOR RAMOS SALAZAR
Médico	WALTER TORRES ZEVALLOS*(2da. y 3ra. etapa)
Sociólogo	JUAN FERNANDO VEGA
Secretaria	SUSANA CAVASSA DE PINEDO
Secretaria	OLGA DIEZ RUIZ ELDREDGE

FUNCIONARIOS

Médico	EDUARDO AQUINO DEL PUERTO
Médico	ROBERTO BADIA MONTALVO
Médico	JORGE CASTELLANOS
Arquitecta	ASTRID DEBUCHI
Médico	ENRIQUE FEFER
Médico	GUILLERMO LLANOS
Economista	PHILIP MUSGROVE
Médico	DUNCAN PEDERSEN

Médico	DANIEL PURCALLAS CELAYA
Médico	CLOVIS TIGRE
Médico	CARLOS VIDAL
Secretaria	AURORA ESTRADA FALCONI

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE NUEVA YORK
EN STONY BROOK (SUNY)
PROFESORES**

Economista	ETHEL CARRILLO ROJAS
Economista	PAUL J. GERTER
Economista	LUIS LOCAY
Economista	WARREN C. SANDERSON
Asis. Administrativa	LYNDA PERDOMO AYALA
Economista	DIETER K. ZSCHOCK

CONSULTORES CONTRATADOS

Antropóloga Médica	JUDITH DAVIDSON
Sociólogo	GARY GEREFFI
Economista	EDMUND T. MCTERNAN
Economista	CARMELO MESA-LAGO

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA (UPCH)

Médico	LUIS BENAVENTE ERCILLA
Médico	MIGUEL CAMPOS SANCHEZ
Médico	DIEGO GONZALEZ DEL CARPIO
Médico	JORGE SILVA LEGUIA
Economista	DAVID TEJADA PARDO
Médico	MARIO ZEGARRA COELLO

*Coordinador Nacional
**Director Técnico

d

ANSSA - PERU

FINANCIAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE
SALUD DEL INSTITUTO PERUANO DE
SEGURIDAD SOCIAL

Informe Técnico No. 8

Eco. Carmelo Mesa Lago (SUNY)
Soc. Luis Manrique (IPSS)
Eco. Eduardo O'Brien (IPSS)

Lima, mayo 1986

INDICE

	<u>Página</u>
1. INTRODUCCION	1
2. RESUMEN Y CONCLUSIONES	2
3. COBERTURA POBLACIONAL	4
3.1 Cobertura Legal Estadística	4
3.2 Desigualdades en la Cobertura: Grupos Etarios, Zonas Geográficas, Ramas Económicas y Categoría Ocupacional	6
3.3 Proyectos de Extensión de la Cobertura	12
4. FINANCIAMIENTO	16
4.1 Cotizaciones	16
4.2 Deuda del Estado	18
4.3 Evasión y Mora Patronal	21
4.4 Inversiones	24
4.5 Equilibrio Financiero	25
4.6 Equilibrio Actuarial	29
5. PRESTACIONES, GASTOS Y COSTOS	33
5.1 Prestaciones y Niveles de Salud	33
5.2 Desigualdades en los Servicios y Niveles de Salud	35
5.3 El Costo de la Atención de Salud	41
5.4 Causas del Alto Costo del Programa de Enfermedad-Maternidad del IPSS	45
5.4.1 Falta de adecuación de los servicios a las necesidades primordiales de salud	45

5.4.2	Gastos administrativos muy altos aún excluyendo gastos de personal	46
5.4.3	Personal y salarios excesivos	48
5.4.4	Ineficiencia hospitalaria	52
5.4.5	Altos costos de servicios contratados	55
5.4.6	Inadecuación e ineficiencia de la inversión en infraestructura	56
5.4.7	Altos costos de medicamentos	59
6.	COMPARACIONES INTERNACIONALES Y ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS PARA LA EXTENSION	60
6.1	Comparación del Perú con siete Países Latinoamericanos	60

BIBLIOGRAFIA

INDICE DE CUADROS

<u>Cuadro</u> <u>No.</u>		<u>Página</u>
1	ESTIMADOS DE COBERTURA POBLACIONAL DEL PROGRAMA ENFERMEDAD-MATERNIDAD DEL IPSS PERU, 1975-1985	5
2	DIFERENCIA EN EL GRADO DE COBERTURA DE SALUD-IPSS, POR GRUPOS DE EDAD EN PERU, 1985	8
3	DIFERENCIA EN EL GRADO DE COBERTURA DEL IPSS Y LOS SERVICIOS Y NIVELES DE SALUD POR DEPARTAMENTOS EN EL PERU, 1981	9
4	DIFERENCIA EN EL GRADO DE COBERTURA IPSS DE LA PEA POR RAMAS DE ACTIVIDAD ECONOMICA EN PERU, 1984	11
5	DIFERENCIAS EN EL GRADO DE COBERTURA EN SALUD DEL IPSS POR CATEGORIA OCUPACIONAL EN PERU, 1981	13
6	COTIZACIONES LEGALES A LA SEGURIDAD SOCIAL (IPSS) POR PROGRAMA Y FUENTE EN PERU, 1985	17
7	ADEUDOS DEL SECTOR PUBLICO AL IPSS Y SU DEVALUACION, 1969-1985	19
8	RENTABILIDAD REAL ANUAL DE LAS INVERSIONES FINANCIERAS DEL PROGRAMA DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD, IPSS. PERU, 1980-1985	26
9	BALANCE DE INGRESOS Y GASTOS TOTALES DE SALUD DEL IPSS, PERU, 1975-1985	27
10	EVOLUCION DE LAS RESERVAS FINANCIERAS REALES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD DEL IPSS, PERU, 1975-1985	30
11	SERVICIOS Y NIVELES DE SALUD EN EL PERU, 1960-1985	36

12	DIFERENCIAS EN SERVICIOS DE SALUD ENTRE GRUPOS DE LA POBLACION DEL PERU, 1982	37
13	DIFERENCIAS EN GASTOS DE SALUD PER CAPITA POR REGIONES DEL PERU, 1984	39
14	CONCENTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IPSS EN LIMA, CIRCA 1983	40
15	PORCENTAJE DEL GASTO DE SALUD EN EL TOTAL DE GASTOS DEL IPSS, PERU, 1975-1984	42
16	EL COSTO DE LA ATENCION DE LA SALUD EN EL SECTOR PUBLICO DEL PERU, 1975-1985	43
17	GASTOS ADMINISTRATIVOS GLOBALES Y DE SALUD COMO PORCENTAJE DE GASTOS CORRIENTES GLOBALES Y DE SALUD EN EL IPSS, 1975-1984	47
18	DISTRIBUCION PORCENTUAL DE GASTOS CORRIENTES DE SALUD POR PARTIDAS PRESUPUESTARIAS EN EL IPSS, 1981-1985	49
19	EMPLEADOS Y SALARIOS EN EL IPSS DEL PERU, 1975-1984	50
20	PROMEDIO DIAS ESTANCIA Y PORCENTAJE USO CAMA HOSPITALARIA EN SERVICIOS PROPIOS DEL IPSS, POR REGIONES Y A NIVEL NACIONAL, 1981-1984	53
21	GASTO TOTAL DE LOS PROYECTOS DE INVERSION EN INFRAESTRUCTURA DE SALUD DEL IPSS, 1985	57
22	COMPARACIONES DE PERU CON SIETE PAISES LATINOAMERICANOS EN LA COBERTURA POBLACIONAL DE SALUD POR LA SEGURIDAD SOCIAL, PRINCIPIOS DE LOS 80'	61
23	COMPARACIONES DE PERU CON SIETE PAISES LATINOAMERICANOS EN EL FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION DE SALUD POR LA SEGURIDAD SOCIAL	63

1. INTRODUCCION

El presente estudio analiza los problemas de cobertura, financiamiento y gastos del programa de enfermedad-maternidad del IPSS, teniendo en cuenta el proyecto de extensión de la cobertura y las limitaciones que enfrenta el país, en medio de la crisis económica que tanto ha afectado a la región. A través del estudio, se dan pautas para el mejoramiento de la situación y se identifican áreas cuyo conocimiento es necesario ampliar.

En este marco, el trabajo ha sido dividido en cuatro capítulos principales. El primero analiza las características de la población que tiene derecho a acceder a los servicios de salud que proporciona el IPSS; en él se discuten aspectos relacionados a la cobertura legal y estadística, y se efectúa un análisis con cierta profundidad, de las desigualdades en cuanto a grupos etarios, zonas geográficas, ramas económicas y categorías ocupacionales. En el segundo se estudia la situación financiera del IPSS en un periodo de 10 años, 1975-1985, haciendo énfasis sobre las causas del desequilibrio financiero, señalándose entre ellas el nivel de las cotizaciones, la deuda patronal y del Estado y la rentabilidad de las inversiones. El tercer capítulo está dedicado a analizar la problemática de las prestaciones de salud y el alto costo de los servicios, así como a discutir aspectos relacionados al mal manejo y administración de establecimientos hospitalarios.

El estudio también compara al Perú con siete países latinoamericanos seleccionados (Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Méjico y Panamá) en cuanto a indicadores de cobertura, financiamiento, servicio, eficiencia y prestaciones.

2. RESUMEN Y CONCLUSIONES

La situación del programa de enfermedad-maternidad del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) puede caracterizarse, dentro del contexto latinoamericano, por debajo del promedio regional, expresado en menor cobertura poblacional, prestaciones inferiores -con pocas excepciones- y niveles de salud muy inferiores en relación al nivel de desarrollo del país. A pesar de que estos elementos debían inducir gastos moderados o bajos, los costos reales del programa están entre los más altos de la región y de los países en desarrollo. Más aún, a pesar que el porcentaje de cotización global peruano está por encima del promedio latinoamericano, el programa ha arrojado un déficit sistemático desde 1977 y quedó prácticamente sin reserva de contingencia en 1983. Las causas principales de este fenómeno, por el lado del ingreso, han sido la enorme deuda del Estado, la notable evasión de empleadores privados y el deterioro dramático del salario real; lo que se trata de corregir con medidas drásticas. Por el lado del egreso, las razones explicativas fundamentales han sido los elevados gastos administrativos (especialmente en personal), la ineficiencia hospitalaria y los altos costos de servicios contratados y medicamentos.

Es importante señalar la orientación de los servicios y cobertura del sistema de seguridad social peruano. Salvo la atención a niños menores de un año que incluye las vacunas correspondientes, todos los servicios están orientados a la medicina reparativa, descuidando por tanto la prevención de la enfermedad. De otro lado, dada la estructura de asegurados, así como la infraestructura desarrollada, los servicios están orientados a una población con menor riesgo de enfermedad, de 18 a 50 años, descuidando a los niños y adolescentes; y a áreas geográficas donde no existe mayor infraestructura de servicios de salud, tanto públicos como privados. Es decir, que los servicios están desarrollados en la capital de la República y departamentos de la costa, que es donde los trabajadores, por su nivel de ingreso y trabajo fijo, pueden acceder a servicios de salud proporcionados por otras instituciones.

Dicho en otros términos, el IPSS actualmente no cubre a la población campesina y urbano-marginal que no tiene trabajo continuo. Todos estos factores ubican al IPSS, dentro del contexto latinoamericano, como un sistema de menor desarrollo, lo que no guarda relación con el nivel socio-económico alcanzado por el Perú.

En 1984 el IPSS decidió extender la cobertura (limitada) de enfermedad a los hijos del asegurado entre 1 y 14 años; en 1985 se ha planteado como política del IPSS la extensión al cónyuge e hijos (de 15 a 18 años) del asegurado y a los sectores campesino e informal. Aunque la cotización salarial global se aumentó para hacer frente a la extensión de hijo 1-14 (y a un incremento en el subsidio de enfermedad), existen dudas de si dicho aumento es suficiente -con la actual infraestructura y orientación del programa- para restablecer el equilibrio financiero sin la tradicional transferencia del fondo de pensiones que cesó en 1983.

La actual administración del IPSS ha adoptado una serie de medidas para controlar la evasión y la mora, aumentar la eficiencia y mejorar la información. En 1985, por primera vez en un decenio, el programa de enfermedad-maternidad generó un superávit. El IPSS y el Ministerio de Salud han planteado la necesidad de coordinar e integrar, respectivamente, los programas de salud, así como de cambiar su orientación en favor de la atención primaria o básica. Estas medidas y planes son positivos.

3. COBERTURA POBLACIONAL

3.1 Cobertura Legal-Estadística

Debe distinguirse la cobertura legal de la estadística. De acuerdo a ley, el IPSS cubre obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados, ya sean empleados públicos, privados u obreros (también las empresas de propiedad social y cooperativas), excepto a varios grupos que tienen programas independientes: Fuerzas Armadas y Policiales, pescadores, jinetes de hipódromo y algunas empresas estatales (vr.gr. Petroperù, Centromin). En 1984 la cobertura legal a dependientes de trabajadores en el Perú, era una de las más reducidas en América Latina, pues sólo cubría al cónyuge en prestaciones de maternidad y a hijos menores de un año en prestaciones de control de crecimiento y vacunaciones. En 1984 se dispuso la extensión de la cobertura a los hijos de asegurados de 1 a 14 años, debiendo iniciarse con servicios de medicina preventiva, consulta externa y medicina. En 1985 la nueva administración dispuso la extensión de la cobertura de enfermedad a los cónyuges, hijos de 15 a 18 años, al sector campesino especialmente en zonas deprimidas, y al sector informal, particularmente pobladores urbanos marginales; pero aún no se ha establecido el marco legal correspondiente.

Los trabajadores independientes o por cuenta propia pueden asegurarse voluntariamente (facultativos) y también los que tenían la condición de asegurados obligatorios pero la han perdido y no tienen derecho a pensión. Por último, los pensionistas del IPSS (por vejez, invalidez, sobrevivientes, riesgos profesionales) están cubiertos por el programa de enfermedad-maternidad. En resumen, hay cinco grupos de asegurados: dos activos -asalariados e independientes (facultativos); uno pasivo -pensionistas; y dos dependientes -cónyuges e hijos. Los tres primeros grupos cotizan al IPSS.

El Cuadro No. 1 presenta estimados gruesos de la cobertura estadística en salud del IPSS. El porcentaje de cobertura creció 3.9 puntos porcentuales en la década pasada, de 14.7 a

Cuadro No. 1

**ESTIMADOS DE COBERTURA POBLACIONAL DEL PROGRAMA ENFERMEDAD-MATERNIDAD
DEL IPSS, PERU: 1975-1985
(en miles)**

Población Asegurada								
AÑO	Población Total	Cotizantes Independientes			Dependientes		Total	Porcentaje de Cobertura
		Asalariados (a)	Facultativos	Pens.(b)	Cónyuges (c)	Hijos (d)		
1975	15161	1562	17	146	--	507	2232	14.7
1980	17295	2014	39	211	546	66	2876	16.6
1981	17755	2093	50	230	554	68	2995	16.9
1982	18226	2167	61	243	572	70	3113	17.1
1983	18707	2243	74	256	705	102	3380	18.1
1984	19198	2321	87	270	734	105	3517	18.3
1985	19698	2403	101	283	765	109	3661	18.6

- a Incluye a trabajadores domésticos; excluye a fuerzas armadas y policiales, pescadores y jinetes de hipódromos, todos los cuales tienen regímenes independientes.
- b Incluye pensionados de vejez, invalidez, muerte y riesgos profesionales, incluso los del sector público; excluye pensionados de las fuerzas armadas y policiales, pesca y jinetes de hipódromo.
- c Cónyuges de activos y pasivos con derecho sólo a prestaciones de maternidad.
- d Hijos menores de un año, con derecho a atención ambulatoria; la ley extiende la cobertura hasta los 14 años pero este mandato aún no se ha hecho efectivo.

FUENTES: 1983-1982 estimados de ANSSA basados en cifras del IPSS.

NOTA: Dificultades Estadísticas en la Seguridad Social.

18.6. Un estudio de CEPAL comparó en 1980 el grado de cobertura de salud a cargo de la seguridad social en 20 países de América Latina; Perú se ubicó en 12vo. lugar, por debajo del nivel socio-económico del país; ello a pesar de que sus primeros programas de enfermedad-maternidad precedieron a los de varios países que hoy tienen una cobertura superior. De acuerdo al estudio, el 61% de la población total de América Latina (el 43% si se excluye a Brasil) estaba cubierto en 1980 (1). El lento crecimiento del Perú en este aspecto, es reflejo de la baja cobertura de activos, y -especialmente- de dependientes.

3.2 Desigualdades en la Cobertura: Grupos Etarios, Zonas Geográficas, Ramas Económicas y Categoría Ocupacional

La cobertura de salud del IPSS no sólo está por debajo del nivel promedio de América Latina sino que, además, es una de las más desiguales. A pesar que en el decenio del 70 -como resultado del proceso de unificación- se redujeron las desigualdades entre obreros y empleados, y se abrió la cobertura a servidores domésticos y trabajadores independientes, aún se mantienen diferencias notables de cobertura por grupos etarios, unidades geográficas, ramas económicas y categorías ocupacionales.

El IPSS cubre fundamentalmente a la población urbana (en los departamentos/regiones más desarrollados), en edad productiva, asalariada (especialmente en servicios públicos y financieros, transporte e industria) y de ingreso medio, y deja básicamente descubierta a la población rural (en los departamentos/regiones menos desarrollados) o urbano marginal, en el grupo de edad de 1 a 14, que trabaja en forma independiente (especialmente en la agricultura y el comercio) y percibe ingresos más bajos. Algunas de las medidas planeadas o en proceso, como la extensión de la cobertura de enfermedad a cónyuges e hijos dependientes, son importantes pero es necesario ir más lejos para cubrir a los grupos más necesitados y que enfrentan un riesgo mayor de enfermedad.

En base al Cuadro No. 1 se puede hacer un cálculo aproximado de la cobertura del IPSS por grupos etarios en 1985. Para estimar los asegurados en edad productiva (15 a 59 años

(1) El Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina (Santiago de Chile, Estudios de la CEPAL, No. 43, 1985).

teniendo en cuenta la edad más alta de jubilación en el IPSS), se sumó el número de asegurados activos a un porcentaje estimado (90%) de los cónyuges que corresponden a este grupo. El grupo jubilado (60 y más) se calculó añadiendo a los pensionistas el porcentaje estimado (10%) de los cónyuges en este grupo (asumiendo que tienen una edad similar a la del pensionista). Por último, los hijos constituyen el grupo de 0-1 año y se asume que no existen asegurados en el grupo de 1-14.

El Cuadro No. 2 presenta los resultados de distribución porcentual de asegurados de salud, por grupos de edad y compara ésta con la distribución de la población total. Es obvio que el IPSS concentra su cobertura de salud en el grupo productivo y en el jubilado, mientras que la cobertura del grupo de 0-14 es mínima y una de las más bajas de la región. Este hecho contrasta con la incidencia de morbilidad y mortalidad de este grupo, que es bastante mayor que la de edad productiva: en 1981 el 56% de las muertes se registró en el grupo de 0-14 que abarca el 42% de la población. La extensión de la cobertura de enfermedad a este grupo, decretada en 1984 es, por tanto, una medida lógica, justa y urgente; sin embargo, ésta debería incluir a la población rural y urbano-marginal, dado que la prevalencia de enfermedad en aquellas áreas es más alta.

El Cuadro No. 3 muestra las diferencias en el grado de cobertura por departamentos en el Perú. El departamento mejor cubierto es Lima (27%, casi el doble de la cobertura nacional) donde está la ciudad capital, seguido por la Provincia Constitucional del Callao, donde se ubica el puerto principal; entre ambos concentran el 58% del total de asegurados del país. Los departamentos de Ica, Tacna y Arequipa tienen también una cobertura mucho más alta que el promedio nacional. Estos cuatro departamentos y el Callao están situados en la costa, tienen los índices de urbanización más altos (entre el 78 y el 99%), el mayor PBI por habitante, las mejores condiciones de vida, y concentran el gobierno, los servicios financieros, la industria y el transporte. Los departamentos con el menor grado de cobertura (entre 3 y 4%) están situados en la sierra: Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Puno y Amazonas (aunque gran parte del territorio de este último se encuentra en la selva, su población está concentrada en su zona serrana). Ellos tienen los índices de urbanización más bajos (entre 21 y 36%), el menor PBI por habitante, las peores condiciones de vida, concentran el grueso de la población indígena, y su principal actividad económica (con una

Cuadro No. 2

DIFERENCIA EN EL GRADO DE COBERTURA DE SALUD-IPSS
POR GRUPOS DE EDAD EN PERU: 1985

Distribucion Porcentual

Grupos de Edad	Asegurados IPSS	Poblacion Total	Porcentaje de Cobertura
00 - 14	30.0	40.2	1.4
15 - 59	87.2 a	54.4	29.9
60 y mas	9.8	5.4	33.8
TOTAL	100.0	100.0	18.6

a: Incluye conyuges solo con derecho a maternidad.

FUENTES: Población basada en proyecciones del Banco Mundial, asegurados del Cuadro No. 1 y explicación en el texto

Cuadro No. 3

DIFERENCIA EN EL GRADO DE COBERTURA DEL IPSS Y LOS SERVICIOS Y NIVELES DE SALUD POR DEPARTAMENTOS EN EL PERU: 1981

Departamentos	Porcentaje de Cobertura a	Médicos b * 10,000 hab.	Camas de hosp. por 1,000 hab.	Esperanza de vida
Amazonas	3.1	0.4	0.5	52.7
Ancash	9.8	2.0	1.3	55.8
Apurímac	2.5	0.3	0.6	46.8
Arequipa	17.4	10.2	2.8	63.3
Ayacucho	2.8	0.6	0.8	47.5
Cajamarca	2.7	0.6	0.2	52.7
Callao	24.6	(c)	3.6	68.2
Cusco	4.7	1.7	1.1	44.1
Huancavelica	3.7	0.3	0.7	43.9
Huánuco	4.7	1.8	1.1	50.6
Ica	20.5	8.7	2.5	63.6
Junín	9.5	2.5	1.6	57.2
La Libertad	12.0	6.8	1.6	62.0
Lambayeque	15.0	5.3	1.8	58.8
Lima	26.7	19.0 b	3.0	67.3
Loreto	8.5	2.7	1.9	55.8
Madre de Dios	6.1	2.7	1.5	53.9
Moquegua	13.9	9.3	3.6	61.5
Pasco	13.1	3.8	2.3	53.4
Piura	8.3	2.7	1.0	54.1
Puno	3.7	0.8	0.7	48.2
San Martín	5.0	1.0	0.7	56.9
Tacna	19.6	5.6	3.1	61.0
Tumbes	8.6	1.8	1.1	59.8
Ucayali	7.5	1.5	1.1	56.0
Total	16.9	7.6	1.7	58.2

a: Excluye a las fuerzas armadas

b: Servicios del IPSS y el Ministerio de Salud

c: Lima y Callao combinados.

FUENTE: Cálculos de ANSSA basados en Instituto Nacional de Estadística, Perú: Compendio Estadístico 1982 (Lima, julio 1983); y Banco Central de Reserva del Perú, Mapa de Salud del Perú (Lima, diciembre 1984)

excepción) es la agricultura y el pastoreo (2). El departamento de Lima tiene un grado de cobertura 11 veces más alto que el de Apurímac. Una comparación similar realizada con cifras de 1961 indica, que en los 20 años transcurridos entre 1961 y 1981 prácticamente no se redujeron las desigualdades en la cobertura geográfica (3). Las diferencias en el grado de cobertura por unidades geográficas en el Perú son de las más acentuadas de América Latina.

El cálculo del grado de cobertura de salud a cargo del IPSS - según ramas de actividad económica- es difícil, pues no se cuenta con la distribución total de asegurados. El IPSS sólo tiene esa información para empleados y nunca ha hecho el estimado total de asegurados. La encuesta nacional de asegurados de 1984 no incluyó una pregunta sobre la ocupación por ramas económicas. El Cuadro No. 4 intenta llenar ese vacío usando la ENNSA de 1984, que incluyó información sobre la ocupación por ramas económicas de la población de 6 años y más, así como de la tenencia del carnet del IPSS (asegurados). La primera sección del cuadro compara los tenedores de carnet con el total encuestado. La segunda sección compara la PEA de 1984 con una estimación de los asegurados que se hizo tomando el número de asegurados asalariados y facultativos del IPSS en 1984 (Cuadro No. 1), aplicándole la distribución porcentual por ramas económicas de los encuestados con carnet. Aunque este ejercicio es aproximado, sus resultados son similares a los de otros países con un nivel de desarrollo de la seguridad social parecida a la del Perú. Las actividades mejor cubiertas, por encima del promedio de cobertura nacional, son: electricidad, gas y agua (84% a 89%); servicios financieros y de seguros (68% a 98%); minas, incluyendo petróleo (68% a 80%); transporte (44% a 61%); e industria (39% a 66%). Las actividades peor cubiertas son: agricultura (6% a 1%); comercio (19% a 36%); y construcción (34% a 48%).

(2) Perú. Instituto Nacional de Estadística. Producto Interno por Departamentos. Lima, junio 1983; y Banco Central de Reserva del Perú. Mapa de Salud del Perú. Lima, 1984.

(3) MESA-LAGO, Carmelo. Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1979, pp. 136-141.

Cuadro No. 4

DIFERENCIA EN EL GRADO DE COBERTURA IPSS DE LA PEA POR RAMAS DE
ACTIVIDAD ECONOMICA EN PERU: 1984
(en miles y porcentajes)

Ramas	ENNSA	1984		PEA	1984	
	Total encuesta	Tienen Carnet IPSS	% (a) Cubierto (a)	PEA	Asegurados en base a ENNSA (b)	% Cubiertos (a)
Agricultura Ganadería Silvicultura y pesca	201.1	11.0	5.5	2381.7	175.8	7.3
Minas y canteras	9.7	6.6	68.0	133.4	106.0	79.5
Construcción	21.6	7.2	33.6	241.3	115.6	47.9
Elec., gas y agua	2.6	2.2	83.5	19.1	36.1	189.0
Transporte, almacenaje y comunicación	23.6	10.3	43.7	273.1	166.2	60.8
Comercio, rest. y hoteles	107.8	20.2	18.7	889.2	322.7	36.3
Servicios financieros de seguros, etc.	13.7	9.3	67.7	152.4	149.3	98.0
Servicios com., sociales y personales	111.7	54.9	49.1	1504.2	878.9	55.1
No especificadas	0.8	0.4	45.6	. . .	7.2	. . .
TOTAL	564.2	150.1	26.6	6351.3	2408.0	37.9

a: Porcentajes basados en cifras absolutas completas

b: Se tomó el número de asegurados (asegurados/facultativos) y se le aplicó la distribución porcentual de los que respondieron a ENNSA diciendo que tenían carnet.

FUENTE: Cálculos de ANSSA basados en la PEA del INE, Compendio Estadístico 1984 y Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 1984

Con respecto a la categoría ocupacional, en 1981 el 98% de los asegurados activos del IPSS eran asalariados (con un porcentaje de cobertura del 90%). Sin embargo, el mismo año la conformación de la PEA era la siguiente: 40% asalariados, 37% por cuenta propia, 8% sin pago familiar y 7% desempleados.

En el mismo año existían 2.2 millones de trabajadores por cuenta propia y sólo algo más de 50,000 eran asegurados facultativos, los que se concentraban en la agricultura, comercio y servicios personales. En esa fecha había 442,774 trabajadores del hogar y 392,000 desempleados urbanos, ninguno de los cuales estaba cubierto (ver Cuadro No. 5). Todos los familiares de estos grupos tampoco estaban cubiertos. El 37% de la PEA cubierta por seguridad social en 1980 escasamente rebasaba el 35% de la PEA en el sector formal. Así pues toda esta situación ha constituido un serio impedimento para la extensión de la cobertura (puesto 13 de los 16 países latinoamericanos), siguiendo el modelo bismarckiano de seguro social. Por último, los altos porcentajes de desempleo y subempleo en Perú (respectivamente 8.9% y 36.8% en 1984) son obstáculos a la extensión de la cobertura, e incluso conducirían a una reducción de la cobertura actual, como ha ocurrido en otros países en la región.

3.3 Proyectos de Extensión de la Cobertura

El análisis anterior indica que es necesario expandir la cobertura de salud a los hijos (en actual proceso), al cónyuge (en enfermedad), a los trabajadores independientes y agrícolas aún no cubiertos, así como a sus dependientes. La extensión de la cobertura reduciría las notables desigualdades existentes y contribuiría (bajo ciertas condiciones) a mejorar significativamente los niveles nacionales de salud. La cuestión es cómo cumplir dichos objetivos de una manera viable, desde ángulos de atención, financiamiento y eficiencia, particularmente en el difícil período económico que atraviesa el Perú.

A fines de 1985 el IPSS estaba considerando extender la cobertura de salud a tres grupos: (a) escolares hijos de asegurados que no estén cubiertos con la extensión al grupo etario de 1-14; (b) trabajadores eventuales; y (c) campesinos.

El trabajador eventual es asalariado pero, como no es permanente, no tiene cobertura continuada y a veces -como no contribuye el mínimo requerido- no tiene cobertura de ninguna

Cuadro No. 5

DIFERENCIAS EN EL GRADO DE COBERTURA EN SALUD DEL IPSS POR
CATEGORIA OCUPACIONAL EN PERU: 1981

Categoría Ocupacional	PEA Miles	%	Asegurados Miles	%	Porcentajes de Cobertura
Asalariados (a)	2324	40	2093	98	90.1
Independiente (b)	2150	37	50 (c)	2	2.3
Trabajador familiar	443	8	0	0	0
Desempleado	392	7	0	0	0
No específico	461	8			
Total	5770	100	2143	100	37.1

a Incluye obreros, empleados y trabajadores del hogar

b Trabajadores por cuenta propia y empleadores

c La cifra dada por INE se ajustó con cifras de la OIT

FUENTE: PEA del INE, Perú: Compendio Estadístico 1984 ajustada con OIT. Anuario de Estadísticas del Trabajo 1983; asegurados del Cuadro No. 1.

clase. Dentro de esta categoría se incluyen tres grupos: (i) marginales urbanos (ambulantes) en el sector informal que trabaja para concesionario; (ii) trabajadores en el programa estatal de empleo masivo (100,000 en 1985 y un estimado de 200,000 a 300,000 en 1986); y (iii) los llamados "golondrinos" o sea trabajadores que se mueven de una cosecha a otra, o a las minas, etc.

La cobertura de estos grupos es complicada por la dificultad para controlar al empleador, el bajo ingreso, etc.; se está considerando acortar el período de clasificación y financiar el programa con aportes del asegurado y el empleador.

En el sector campesino independiente es aún más difícil lograr su cobertura debido a su dispersión, bajos ingresos, falta de empleador cotizante, deficiente educación, carencia de infraestructura hospitalaria, etc. Existe un antecedente, el Proyecto Piloto de Seguro Social Campesino, que comenzó en 1966 en tres comunidades de Junín seleccionadas por su relativo desarrollo socio-económico y político. El proyecto abarcó a beneficiarios de la reforma agraria en comunidades indígenas y cooperativas que aportaron el terreno, trabajo para la edificación de una posta de salud y una cuota monetaria simbólica. El Estado debía contribuir con una suma similar pero no lo hizo. Se pensó ofrecer educación sanitaria, saneamiento ambiental, protección materno-infantil, y atención médica. El núcleo del proyecto era la posta médica con un personal no muy numeroso: un médico y cinco auxiliares. El proyecto fracasó debido a la falta de un financiamiento adecuado al modelo seleccionado, que era muy costoso, y a la ausencia de apoyo efectivo de la comunidad (4).

El nuevo proyecto en gestación enfatizará la atención primaria, preventivo-promocional y consulta externa. Se contempla comenzar en 14 lugares que se escogerán de acuerdo con la infraestructura de salud existente. El IPSS colaborará con el Ministerio de Salud y de Agricultura y los dirigentes de la comunidad para alcanzar tal fin. El financiamiento sería a través de: (i) el establecimiento del 1% de contribución estatal sobre la nómina salarial; (ii) la eliminación del tope salarial a fin de aumentar el ingreso por cotización del asegurado; (iii) aporte de la comunidad en

(4) Instituto Peruano de Seguridad Social. Evaluación Plan Piloto Seguro Social Campesino. Lima, 1983.

forma de terreno, mano de obra y mantenimiento; (iv) contribución de una parte de un sueldo mínimo vital por el beneficiario (la aportación en especie se considera difícil de manejar); y (v) cooperación internacional. El IPSS estima que podría recaudar 355,000 millones de soles anuales (US\$ 37 millones) por todos esos conceptos, equivalente al 20% del ingreso para salud del IPSS en 1985 (5). Las autoridades del IPSS están conscientes de las dificultades de este proyecto pero consideran que es necesario tomar la decisión política de llevarlo a efecto. Para asegurar su éxito será necesaria una coordinación de alto nivel entre el IPSS y el Ministerio de Salud, y poner énfasis en la atención primaria, la participación activa de la comunidad, y lograr el financiamiento del Estado.

(5) Entrevista con José Barsallo Burga, Presidente Ejecutivo del IPSS y con Angel Saltachin, Gerente de Planificación y Presupuesto. Lima, diciembre 1985.

4. FINANCIAMIENTO

4.1 Cotizaciones

En el periodo 1975-84, aproximadamente el 93% de los ingresos del programa de enfermedad-maternidad del IPSS, procedió de las aportaciones o cotizaciones. Según muestra el Cuadro No. 6, el asalariado paga el 3% de su remuneración total y el empleador el 6% equivalente. Los trabajadores independientes y otros facultativos pagan una cotización del 9% sobre su ingreso, equivalente a la suma de los porcentajes que aportan el asalariado y el empleador. Los pensionistas pagan una cotización del 4% sobre sus pensiones. La contribución del 1% del Estado (como aportante tripartito, no como empleador) debía destinarse a la extensión de las prestaciones de salud a la población de bajos ingresos, pero el Estado ha sido moroso en sus obligaciones, y si alguna vez abonó dicho aporte, el mismo ciertamente no se aplicó al destino designado. Desde principios de la presente década se eliminó la contribución estatal, a pesar de que la Constitución de la República establece esta obligación, aunque no especifica un porcentaje.

Al final del decenio del 70 la cotización global para E-M (asalariado + empleador + Estado) en Perú fue de 8.5%, siendo promedio en la región. Esta cotización global era más alta en Perú que en los países latinoamericanos e igual a la de otros dos países (6). El aumento de la cotización global para E-M en 1.5% a fines de 1994 (más otro 1.5% para pensiones) probablemente coloca ahora al Perú entre los países de la región con la carga más pesada de seguridad social. Esto hace aún más inequitativa la baja cobertura

- (6) MESA-LAGO, Carmelo. Financing Health Care in Latin America and the Caribbean. World Bank, 1983; y, El Desarrollo de la Seguridad Social... op.cit.

Cuadro No. 6

COTIZACIONES LEGALES A LA SEGURIDAD SOCIAL (IPSS) POR PROGRAMA
Y FUENTE EN PERU: 1985
(como porcentaje del salario o ingreso)

Programas	Asalaria- dos (a)	Indepen- dientes	Pensio- nados	Empleador	Estado(b)	Total(c)
Enfermedad- Maternidad	3	9	4	6	0	9
Pensiones	3	9	0	6	0	9
Riesgos profesionales	0	0	0	0	0	4
TOTAL	6	18	4	16	0	22

a La cotización tiene topes mínimo y máximo

b De acuerdo con la Constitución, el Estado debe hacer una contribución tripartita que en el decenio del 70 se fijó en 1% para pensiones, pero la misma se discontinuó en el decenio en curso

c Excluye las cotizaciones de independientes y pensionados

FUENTE: IPSS.

poblacional del Perú; al menos cuatro países latinoamericanos tienen un porcentaje de cotización inferior pero su cobertura poblacional es mucho más alta.

Otro aspecto inequitativo del financiamiento es el tope o "máximo" de la remuneración o salario asegurable a los afectos de cotización; sobre el salario que excede al máximo sólo se paga el 50%. Hasta principios de febrero de 1983 el tope se fijaba en base al "Salario Mínimo Vital" (SMV) de Lima; a partir de entonces se utiliza la "Unidad de Referencia" que consiste en un ajuste periódico del SMV de acuerdo a la inflación. Sin embargo, dicho ajuste ha quedado por debajo del aumento del costo de vida, por lo que el máximo real se ha ido reduciendo: en julio de 1985 era el 52% del nivel de julio de 1981, a precios constantes de 1979 (7). Así pues, aunque el tope nominal se ha elevado gradualmente, la cantidad real se ha reducido; en todo caso es obvio el efecto regresivo de este procedimiento (8).

Los reajustes salariales en Perú han quedado muy por debajo de la inflación. Por ejemplo, el índice de sueldos y salarios reales de Lima, muestra que el nivel de 1984 era sólo el 32% del nivel de 1975. En todo el Perú, el nivel de las remuneraciones reales de los empleados públicos en junio de 1985 era 40% del nivel de 1980. A pesar de algunas medidas para mejorar el ingreso del IPSS, el ingreso real del programa E-M en 1984 era el 69% del ingreso de 1975 (ver Cuadro No. 7). El aumento de la cotización a fines de 1984 mejora algo dicha situación pero sin recuperar el nivel real de ingreso de 1975.

4.2 Deuda del Estado

A fines de 1985, la deuda total combinada de los sectores privado y público al IPSS se estimaba conservadoramente en 1,232 mil millones de soles o US \$130 millones. Debido a la

(7) Perú. Instituto Nacional de Estadística. Informe Estadístico: Segundo Trimestre de 1985. Agosto, 1985.

(8) En vista de esto y de la necesidad de aumentar el ingreso del IPSS, el tope debería ser eliminado; esta medida estaba siendo considerada por el IPSS en diciembre de 1985. Por otra parte, existe un salario mínimo, la diferencia debe ser pagada por el empleador; esto compensa en algo el impacto regresivo del tope.

Cuadro No. 7

ADEUDOS DEL SECTOR PUBLICO AL IPSS Y
SU DEVALUACION: 1969-1985

Millones de dolares					
Sectores	Periodo	Miles de millones de soles	Al tiempo de la deuda (b)	Al cambio 1985	Pérdida
Gobierno					
Central (c)	1969-79(d)	13.8	59.7	1.4	58.3
	1980-82	23.2	30.6	2.4	28.2
	1983	92.7	52.0	9.8	42.2
	1984	240.9	61.0	25.4	35.6
	1985 (a)	272.5	28.7	28.7	0.0
Sub-Total	1969-85	643.1	232.0	67.7	164.3
Empresas					
Públicas	1969-84	98.5	25.0	10.4	14.6
Gobiernos					
Locales (d)	1969-84	50.0	12.7	5.3	7.4
Empresas					
Propiedad Social	1975-81	3.6	8.1	0.4	7.7
Total		795.2	277.8	83.8	194.0

a Incluye mora

b Calculado al cambio oficial al final del periodo (o en el año) adeudado

c Incluye gobierno central, instituciones públicas centrales, universidad, nacional y CORDES

d Comprende unicamente Lima Metropolitana.

FUENTE: Cálculos de ANSSA basados en cifras de IPSS, Gerencia Central de Inscripción, Acotación y Recaudación Grupo Central de Adeudos, 12 de diciembre de 1985.

inflación esta suma es sólo una fracción de lo que sería la deuda a precios constantes.

El Estado tradicionalmente ha sido remiso en el pago de su contribución como empleador; frecuentemente no ha transferido al IPSS la recaudación de sus empleados, y nunca ha pagado su contribución tripartita como Estado, lo que es establecido en la Constitución. A pesar de la mora estatal, el IPSS ha continuado suministrando las prestaciones de salud a los asegurados del sector público, lo que ha contribuido al aumento del déficit del programa E-M.

El Cuadro No. 7 muestra la deuda total (con recargo por mora) del Gobierno al IPSS (incluyendo el adeudo al programa de E-M) en diversos periodos entre 1969 y 1985. Es imposible estimar la deuda del Gobierno central para cada año, excepto de 1983 a 1985. Nótese que la deuda del Gobierno Central para 1969-79 incluye sólo a Lima Metropolitana y que los adeudos de otros Organismos del sector público excluyen al menos el año 1985 y a veces el periodo 1982-85. A esto debe añadirse que estimaciones hechas por el IPSS en 1983, indicaban adeudos mayores que los que aparecen en el cuadro (9). Así pues, esas cifras pueden considerarse conservadoras.

Para estimar el impacto de la devaluación del signo monetario en la reducción de la deuda pública a la Seguridad Social, se calculó la deuda en dólares al cambio oficial vigente al tiempo de contraerse la misma y al cambio oficial vigente en 1985. La última columna del cuadro muestra la pérdida acumulada del IPSS, por la devaluación, en US\$ 194 millones. Nótese que si los estimados se hubieran hecho por año (en vez de periodos hasta de 10 y 15 años) el cálculo de la pérdida hubiera alcanzado una cifra mayor.

En 1983 el Estado pagó el 80% de sus obligaciones anuales (cotización como empleador y retención del asegurado); además reconoció 80,000 millones de soles como su deuda de 1980-82 entregando como pago, bonos que reditúan un interés de 56%. En 1983 el interés bancario era del 60% y la tasa de inflación de 125% por lo que el rendimiento de dichos bonos era notoriamente negativo. También en 1983 el Gobierno

(9) Comisión Bicameral Investigadora del Sistema de Seguridad Social, Dictamen Final. 16 de noviembre de 1984, pp. 22; y, El Desarrollo de la Seguridad Social.

Central comenzó a pagar su cotización como empleador pero sin abonarla totalmente generando así que su deuda se incrementase, como se muestra en el Cuadro No. 7. Lo mismo ocurrió en 1984 y 1985. Sin embargo, la aportación al programa de enfermedad-maternidad fue mucho mayor que los programas de pensiones y riesgos profesionales, vr. gr., en 1985: 67% comparado con 17% y 41%. A fines de 1985 el IPSS firmó un convenio con el Gobierno por el cual, éste se comprometió a pagar el reequipamiento de 21 hospitales, que será hecho por Argentina, por un total de US\$ 21 millones. Este mecanismo de pago fue preferido por el IPSS a la emisión de bonos debido a la pérdida que los mismos conllevan (10). Aun así, la deuda remanente con el Gobierno central ascendería a fines de 1985 a US\$ 47.7 millones y, a menos que se negocie rápidamente una operación similar, la deuda seguirá devaluándose.

Los adeudos de los Gobiernos Locales y las Empresas de Propiedad Social son prácticamente incobrables debido a los déficits presupuestarios crónicos de los municipios, que los han forzado en algunos casos a no pagar los salarios de sus empleados, así como a la liquidación de muchas empresas de Propiedad Social. Las Empresas Públicas están en mucho mejor posición de cancelar sus adeudos.

4.3 Evasión y Mora Patronal

La evasión de los empleadores privados ha aumentado en el decenio en curso y se estima conservadoramente para 1985, entre el 35 y el 40% de las aportaciones y el 65% del número de empleadores. Es posible también que los que cotizan lo hagan por una suma inferior a la debida. La deuda patronal (y de sus empleados) creció de 60 mil millones de soles a principios de 1983 a 204 mil millones de soles a fin de año; de 360 mil millones a fines de 1984 a 437 mil millones de soles a mediados de 1985. Esto es sólo el resultado de la identificación de una parte de los empleadores, evasores y del consiguiente expediente de cobro, pero sólo una fracción de la deuda patronal real (11).

(10) Entrevista con José Barsallo y Angel Saltachín.

(11) Entrevista con Carlos Bockos, Gerente Central de Inscripción, Acotación y Recaudación, IPSS; y César Zambralo de la misma gerencia. Lima, 11-12 diciembre de 1985.

Una de las principales causas de la evasión patronal es la falta de un registro y una cuenta individual, objetivos prioritarios de la nueva administración del IPSS. En 1968-74 existía una cuenta individual computarizada para todo el país, excepto Lima, que permitía el control mensual de los empleadores, pero este sistema se eliminó en 1975. Es muy difícil reconstruir las cuentas individuales de empleadores de 1975 a 1982 e imposible hacerlo con las cuentas individuales de asegurados (12). La espiral inflacionaria es un estímulo a la mora, pues la administración permite pagar la deuda atrasada en términos monetarios y no reales. Otras causas del problema han sido: el deficiente sistema de inspección, los acuerdos fraudulentos entre inspectores y deudores, el caótico procedimiento judicial para el cobro de adeudos (también viciado por la corrupción) y la escasa iniciativa y eficiencia del cuerpo de abogados del IPSS (13).

De 1975 a 1983, seis veces se otorgaron facilidades de pagos a los morosos, pero no se controló su cumplimiento por lo que no fueron efectivas. En 1984 se decretó una moratoria de las multas e intereses permitiendo convenios de pago hasta en 5 años. También en ese año se suspendió la atención de salud de los asegurados cuyo empleador estuviera en mora, lo que obligó a éste a negociar un acuerdo de pagos con el IPSS. Ahora se factura a los morosos por el pago de la atención de salud a sus asegurados.

El nuevo sistema de Inscripción y Recaudación (PROSIR), programado por la nueva administración del IPSS, plantea un ataque a las causas de la evasión y mora patronal privada, con la introducción del archivo único de inscripción de empleadores y asegurados, cuentas corrientes para ambos, control efectivo de pagos de empleadores y deudores morosos, inspección efectiva, acción coactiva automática, etc. (14).

(12) CORDOVA COSSIO, Mario. Asesor Técnico Gerencia Central IPSS. Seminario sobre la Reforma de la Seguridad Social en el Perú, Universidad del Pacífico. Lima 9-10 de julio de 1985.

(13) Dictamen Final.

(14) Esta parte del informe se basa en IPSS, Sistema de Inscripción y Recaudación. Lima, junio 1985; y, Proyecto SIR PROSIR. Lima, agosto de 1985.

Un antecedente de este sistema funcionó de 1967 hasta 1974, y se reactivó en 1978-79. Geográficamente cubría el 90% del seguro del empleado (SSK) y el 15% del obrero (SSO) y cuando se implantó produjo un gran incremento en el ingreso. El nuevo sistema (PROSIR) usa esencialmente el mismo modelo, con el añadido del uso de un Sistema de Cómputo. Se comenzará con un censo nacional de empleados y la reinscripción nacional de los empleadores, una vez inscritos, se aplicará el PROSIR. El sistema se ha estado experimentando en Chiclayo por tres años con buenos resultados. Se planea comenzar con una zona de Lima, luego ampliarlo a toda Lima y después extenderlo al resto de regiones. Se espera que, a fines de 1986, el sistema se implemente en todo el país.

El sistema actual funciona como sigue: el IPSS emite mensualmente una planilla de variaciones en la nómina que es llenada por el empleador y devuelta; con ésta el IPSS envía un aviso de pago al empleador y éste debe pagar en un banco que, a su vez, le entrega un recibo; con éste el IPSS emite la credencial de derecho para los asegurados; además se registran las contribuciones en las cuentas individuales del empleador y el asegurado. Actualmente la credencial tiene tres meses de vigencia y requiere un mes de trámite y durante este tiempo el asegurado no puede recibir las prestaciones de salud. Esta anomalía se piensa resolver con el nuevo sistema que se espera agilizará la tramitación y eliminará la interrupción en la atención (15).

Con respecto al control de la mora patronal: si el empleador descuenta y no transfiere al IPSS las cotizaciones de los asegurados será procesado; si el empleador es moroso se iniciará el proceso de cobro, que puede llegar al embargo de bienes; el recargo mensual por mora es del 8% y se duplica por cada mes que no se paga; además, se impondrá una multa.

Las medidas referidas son importantes y deberían ser implantadas con rapidez. Aunque el PROSIR parece algo

(15) El IPSS está estimulando la creación de una empresa comercial de informática que dará servicio por contrato. Además se planea cambiar el método actual de alquiler de computadoras por alquiler-compra, de forma que al final de 4 años el equipo será propiedad del IPSS. Cuando el equipo se vuelva obsoleto, se pasará a unidades menores y se hará un nuevo contrato.

complejo y engorroso, puede ser simplificado (por ejemplo, el trámite de planilla-factura-pago-credencial envuelve seis operaciones que podrían ser reducidas).

4.4 Inversiones

Las inversiones generales del IPSS (principalmente del fondo de pensiones) se han caracterizado en el pasado por una rentabilidad real muy baja y en la mayor parte de los casos, negativa. En 1981, el 31.4% de la inversión del IPSS estaba en obras de construcción, principalmente instalaciones del programa de enfermedad-maternidad. En 1983, el segundo rubro mayor de la inversión del IPSS (21.8%) eran préstamos a otros programas, especialmente al de enfermedad-maternidad (16).

Las inversiones financieras del programa de enfermedad-maternidad son muy pequeñas, pues su objetivo básico no es generar un ingreso sustancial (como en el programa de pensiones), sino mantener la reserva de seguridad o contingencia para equilibrar posibles desajustes. No se puede hacer un análisis, ni de inversión ni de su rentabilidad en general, debido a las características de las cifras disponibles. Las estadísticas en cifras absolutas indican una caída en la inversión real hasta 1984, seguida de un incremento notable a mediados de 1985. La composición de las inversiones cambia, de depósitos a plazo fijo (y bonos) hacia certificados bancarios en moneda extranjera (17).

Una caída similar ocurre en el porcentaje de inversiones del fondo de pensiones colocadas en depósitos a plazo fijo: del 38% en 1981 al 13% en 1983; después de 1984 se acentuó la tendencia, y un porcentaje creciente de las inversiones se

(16) Instituto Peruano de Seguridad Social. Estudio Financiero Actuarial Régimen de Pensiones, D.L. 19990, Año 1984. Lima, noviembre 1984.

(17) Esto probablemente fue el resultado de la crítica hecha por la Comisión Bicameral de Presupuesto del Parlamento a la caída en el valor real de los depósitos a plazo fijo en el Banco de la Nación (una pérdida de US\$ 258,000 de junio 1980 a julio 1982) y la recomendación de que se colocaran las inversiones en certificados de mayor rentabilidad.

colocó en depósitos en dólares, los únicos que daban un rendimiento real (18).

El Cuadro No. 8, en el que se estiman las tasas de interés real anual de los distintos tipos de inversiones demuestra que, hasta 1984, las tasas fueron negativas provocando una descapitalización gradual del Fondo. La menor rentabilidad se registró en los bonos de acción social y de deuda interna, seguida por la de los bonos de fomento hipotecario y los depósitos a plazo fijo. Hasta 1984 toda la inversión estaba en estos instrumentos, por lo que las pérdidas en el valor real de la reserva fueron sustanciales. A partir de 1984, con el cambio a certificados bancarios en dólares, se produce una mejora notable en la rentabilidad que, por primera vez en el decenio en curso, muestra tasas reales positivas (19).

Las inversiones "reales" del programa de E-M (en infraestructura hospitalaria) serán analizadas en la sección de gastos, prestaciones y costos.

4.5 Equilibrio Financiero

Los balances contables del IPSS entre 1973 y 1980 tienen problemas de confiabilidad debido a la documentación incompleta e inconsistente y a la falta de procedimientos contables adecuados. No obstante, aparece que el IPSS generó un superávit global anual en el periodo 1975-84, aunque dicho superávit como porcentaje del ingreso, mostró una tendencia declinante: de 18.6% a 10.3%. Los dos programas principales en el balance son el de pensiones, que genera sistemáticamente superávit (aunque con tendencia a decrecer según el programa madura) y el de enfermedad-maternidad que sistemáticamente arroja déficit.

El análisis del déficit del programa E-M del IPSS es complicado por las diversas series de cifras involucradas. El Cuadro No. 9 incluye tanto los ingresos como los gastos

(18) Dictamen Final, pp. 30 y 47; Instituto Peruano de Seguridad Social. Aspectos Financieros Actuariales: Sistema Nacional de Pensiones.

(19) Es recomendable eliminar los dispositivos que impiden al IPSS depositar sus fondos y reservas en aquellas instituciones públicas o privadas que ofrezcan mayor rentabilidad.

Cuadro No. 8

RENTABILIDAD REAL ANUAL DE LAS INVERSIONES FINANCIERAS DEL
PROGRAMA DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD, IPSS. PERU: 1980-1985

Tipo de Inversión	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Tasa de Interés Nominal Depósito a plazo fijo	40.50	65.90	67.40	79.60	79.60	73.70
Bonos acción social y deuda interna	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
Bonos de fomento hipotecario	. . .	. . .	. . .	. . .	19.50	19.50
Certificados bancarios (dólares)	. . .	. . .	. . .	. . .	10.1a	10.30
Tasa de Inflación	60.80	72.70	72.90	125.10	111.50	166.10
Tasa de Interés real Depósitos a plazo fijo	-20.3	-66.7	-66.9	-119.1	-105.5	-160.1
Bonos acción social y deuda interna	-54.0	-66.7	-119.1	-105.5	-160.1	
Bonos Fomento hipotecario				-92.0	-146.6	
Certificados bancarios (dólares)				-10.1	-10.3	

a Proyección anual basada en setiembre de 1985

b Promedio; fluctuó de 9.8% a 10.3%

c tasa de interés nominal menos tasa de inflación

FUENTE: Cálculos de ANSSA basados en IPSS, "Estudio de la situación financiera del IPSS", Lima setiembre 1985, e información de Asesoría Económica de la Gerencia de Finanzas, 12 de diciembre 1985.

Cuadro No. 9

BALANCE DE INGRESOS Y GASTOS TOTALES DE SALUD
DEL IPSS, PERU: 1975-1985

Años	Miles de mills. de soles Precios corrientes			Miles de mills. de soles precios constantes 1975			% Balance Ing.	Balance en mills. de dolares
	Ings. (a)	Gastos(b)	Bal.	Ing.	Gasto	Bal.		
1975	6.9	5.4	1.5	6.9	5.4	1.5	21.7	34.2
1969	8.4	7.1	1.3	5.8	4.9	0.9	15.5	22.7
1977	9.0	10.4	(1.4)	4.7	5.4	(0.7)	(15.6)	(16.0)
1978	12.9	16.9	(4.0)	3.9	5.1	(1.2)	(31.0)	(24.3)
1979	23.7	33.0	(9.3)	4.3	5.9	(1.7)	(39.2)	(40.2)
1980	63.6	67.3	(3.7)	7.1	7.5	(0.4)	(5.8)	(12.3)
1981	127.9	144.1	(16.2)	8.3	9.4	(1.1)	(12.7)	(36.4)
1982	175.5	235.4	(59.9)	6.6	8.8	(2.2)	(34.1)	(78.9)
1983	349.8	389.9	(40.1)	5.8	6.5	(0.7)	(11.5)	(22.5)
1984	608.3	638.4	(30.1)	4.8	5.0	(0.2)	(4.9)	(7.6)
1985 (c)	1838.6	1654.3	(184.3)	5.4	4.9	0.5	10.0	19.4

a Incluye ingresos corrientes y de capital del programa de E-M, más transferencia del fondo de pensiones para atención de pensiones en E-M; más ingresos corrientes y de capital de fondo de riesgos profesionales transferidos a E-M para atención de salud (esta transferencia se excluye en 1975-79)

b Incluye gastos corrientes y de capital ejecutados del programa E-M y del programa de riesgos profesionales en salud (este último se excluye en 1975-79); excluye gastos administrativos centrales.

c Calculado con base a la tasa oficial de cambio promedio anual.

FUENTE: Cálculos de ANSSA basados en IPSS, "Estudio de la situación financiera del IPSS" Lima, setiembre 1985 IPSS, El instituto... e información del IPSS, Agencia de Planificación y Presupuesto, 12-13 diciembre 1985.

totales (corrientes y de capital) ejecutados; además los ingresos por transferencias de otros programas (pensiones y riesgos profesionales) para la atención de salud; mientras que los egresos incorporan los gastos correspondientes a dichas transferencias; incluye la parte de los gastos administrativos centrales asignables al programa de E-M, cifra que no se pudo calcular separadamente (esto significa que el gasto está algo subestimado y que el déficit es, por tanto, mayor).

El cuadro muestra un déficit sistemático de 1977 a 1984 con su punto máximo en 1982. El déficit como porcentaje del ingreso también alcanza su punto más alto en 1982, casi el 79%. El balance acumulativo en 1975-84 arroja un déficit de US\$ 181 millones. La disminución del déficit en 1980 se debió al incremento, tanto de la cotización como del máximo de remuneración asegurable que se llevó a cabo a fines de 1979. La declinación del déficit en 1983-84 pudo ser resultado de una mayor regularidad en los pagos de las obligaciones estatales, así como de la reducción gradual de los costosos servicios contratados y de otras medidas para controlar el gasto. Por último, la importante transformación del déficit en superávit en 1985 (el primero en un decenio) también se debió -como en el período anterior- tanto al incremento en la cotización, como al nuevo tope de remuneración asegurable introducidos a fines de 1984, así como a medidas para controlar el gasto.

El Cuadro No. 9, en el que se calcula la evolución de los ingresos a precios constantes del programa E-M, muestra la dramática erosión de este rubro. El ingreso bajó en 1978 a una mitad del nivel de 1975, luego aumentó en 1981 para caer de nuevo en 1982-84; a pesar de la ligera recuperación en 1985, el ingreso real de ese año estaba 21% por debajo del nivel de 1975 y 45% por debajo del de 1981. En resumen, las causas del déficit por el lado del ingreso son la erosión del valor real de los salarios, el incremento de la evasión patronal y el agravamiento de la deuda estatal (ya discutida). Las causas del déficit, por el lado del gasto, serán analizadas en la sección siguiente.

El déficit del programa de enfermedad-maternidad ha sido tradicionalmente cubierto con préstamos del programa de pensiones, sin que se amortice el capital ni se paguen intereses adeudados. En julio de 1985 la deuda acumulada (20)

(20) Entrevista con Rosa López, Asesoría Económica, Presidencia Ejecutiva, IPSS. Lima, 12 diciembre 1985.

de E-M al programa de pensiones era de 173,043 millones de soles, y se estima que en el periodo 1973-83, el fondo de pensiones perdió en intereses por esa razón, la suma de 10,000 millones de soles. Además el programa de pensiones asume gran parte del gasto administrativo central (servicios administrativos comunes), lo que significa otro subsidio al programa de E-M. Es importante señalar que a partir de 1983 se prohibió al Fondo de Pensiones continuar prestando al Sistema de Enfermedad-Maternidad.

4.6 Equilibrio Actuarial

El programa de enfermedad-maternidad usa el régimen de reparto simple con una reserva de seguridad. Esta se constituye por ley, con el 12% del ingreso bruto hasta llegar al 30% del ingreso del ejercicio anterior, después de deducir los gastos de administración.

El Cuadro No. 10 indica que la reserva legal existió hasta 1979 y luego comenzó un déficit creciente, que ascendió a los 102,506 millones de soles en 1985. Aparte de la reserva requerida por ley, el cuadro demuestra que la reserva prácticamente desapareció a partir de 1981 (especialmente si se usan precios constantes). El estudio actuarial del programa, conducido en 1984, demostró que la reserva ya había sido consumida y aparecía un déficit dando lugar a reserva "negativa" (21). En marzo de 1984 la Gerencia Financiera del IPSS consideraba que era necesario aumentar la cotización global del programa E-M en un 3% sólo para restablecer el equilibrio financiero, sin pretender reconstituir la reserva legal (22).

En 1984 se dictaron dos medidas legales que afectan al gasto del programa E-M: la extensión de la cobertura a los hijos entre 1 y 14 años, y el aumento del subsidio de enfermedad del 70 al 100% sobre el salario del asegurado. En vista del déficit financiero, este nuevo incremento del gasto hizo aún más urgente el estudio actuarial y el aumento de la

(21) Instituto Peruano de Seguridad Social. Informe Financiero Actuarial del Régimen de Prestaciones de Salud. Op. cit.

(22) El Desarrollo de la Seguridad Social... Op. cit.

Cuadro No. 10

EVOLUCION DE LAS RESERVAS FINANCIERAS REALES DEL PROGRAMA
DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD DEL IPSS, PERU: 1975-1985
(millones de soles)

Años	Reserva re- querida por ley (precios corrientes) (a)	Reserva Actual (precios corrientes)	superavit o déficit	Indice de inflación (1975=100)	Reserva actual (precios de 1975)	Reserva actual en millones de dólares a pre- cios corrien- tes (b)
1975	----	6885	----	100.0	6885	153.00
1976	1890	8322	6432	144.7	5751	120.00
1977	2310	9287	6977	191.6	4847	71.20
1978	2400	9530	7130	332.8	2864	45.80
1979	2290	10524	7134	554.7	1900	41.70
1880	6360	5941	(419)	892.0	666	17.30
1981	15420	239	(15181)	1540.5	16	0.50
1982	30510	317	(30193)	2663.5	12	0.30
1983	42270	105	(42165)	5995.7	2	0.05
1984	89700	290	(89410)	12680.9	2	0.05
1985	117240	14734	(102506)	36723.9 (c)	40	1.30

a Estimado: 30% (ingresos año anterior - gastos administrativos)

b Al cambio de mercado

c Basado en la tasa de inflación a setiembre 1985.

FUENTE: Reserva a precios corrientes y en dólares de José Barsallo Burga "Ponencia sobre financiamiento de las prestaciones de salud en el Instituto Peruano de Seguridad Social" Lima, 22-25 octubre de 1985. Reserva legal, inflación y reservas a precios 1975 cálculos de ANSSA.

cotización. Por ley, cada 5 años el IPSS debe efectuar estudios actuariales (23).

En un estudio concluido a fines de 1984 se estimó el costo de las nuevas prestaciones de salud y se calculó los requerimientos para cubrir el déficit existente, más los nuevos gastos. El resultado fue que era necesario aumentar la cotización global en 1.5% (0.5% al asalariado y 1% al empleador; 1.5% al facultativo) para alcanzar una cotización global del 9%, además de aumentar la remuneración máxima asegurable. En dicho informe también se estimó que con el 1.5% se podría, además, restablecer la reserva de seguridad (para ello se dedicarla el 0.48 del 9% de cotización global) y añadir un fondo patrimonial para la adquisición y mantenimiento de equipo y mejora de la infraestructura (a esto se dedicaría 0.67 del 9% global) (24).

(23) Inicialmente se estimó que habría que aumentar la cotización global en 1.5% para mantener la reserva adecuada.

(24) Dado que en 1984 se estimaba necesario un 3% de aumento, antes de las nuevas prestaciones y sin restablecer la reserva, parecía imposible que la mitad de dicho incremento pudiera cubrir todas esas necesidades y además establecer un nuevo fondo patrimonial. Es importante señalar el punto de vista de la OIT. Consideró oportuno el aumento de la cotización al 9% pero con serias reservas sobre los cálculos del IPSS. Del 9%, la OIT estimó que: 6.78% serían necesarios para mantener el programa antiguo (aunque criticó el aumento del 100% del subsidio de enfermedad), 1.64% para las nuevas prestaciones y 0.58% para constituir una "modesta reserva de seguridad". Además la OIT consideró "totalmente irrealista" mantener la reserva legal actual del 30% y consideró más factible un 10%. Tampoco consideró viable el fondo patrimonial y sugirió que se esperaran 2 ó 3 años; y, si entonces se generaba un excedente debido a una "reducción de gastos" del programa, podría decidirse si era viable el fondo antes señalado (Nota Técnica de la OIT: Régimen de Prestaciones de Salud. Lima-Ginebra, octubre 1984).

Además de las políticas contempladas por la nueva administración del IPSS para aumentar los ingresos, otros estudios sugieren las medidas siguientes: (a) eliminación de los topes salariales y consideración de tasas progresivas de acuerdo con el ingreso; (b) conclusión y ejecución de un nuevo convenio entre el Gobierno y el IPSS para el pago de los adeudos estatales; (c) obligación de los funcionarios del gobierno de consignar en sus presupuestos la partida para el pago de la cotización al IPSS (la violación de esta obligación sería considerada un delito de malversación de fondos y conllevaría la destitución automática del cargo); (d) obligación de la Comisión Bicameral de Presupuesto del Congreso de consignar las cantidades correspondientes para el pago estatal de adeudos y cotizaciones corrientes; (e) auditoría de todos los expedientes de adeudos, con el propósito de efectuar denuncia penal contra empleadores deudores, imposición de recargo por mora no inferior a la tasa de interés de depósitos bancarios a plazo fijo más un 50% adicional, y control de pago de los morosos; (f) libertad para colocar las inversiones del fondo de contingencia al máximo de rentabilidad de acuerdo con el mercado financiero; y (g) estudio de la extensión de la cobertura con formas alternativas de financiamiento.

5. PRESTACIONES, GASTOS Y COSTOS

5.1 Prestaciones y Niveles de Salud

En el programa de enfermedad-maternidad el asegurado activo (asalariado o facultativo) tiene derecho a prestaciones en servicios y en especie, tales como atención médico-hospitalaria y odontológica, cirugía, medicinas del petitorio básico, rehabilitación y aparatos de prótesis y ortopédicos. El empleado asegurado (como rezago del sistema anterior a la unificación) conserva el derecho a la libre elección, vale decir, que puede escoger entre los servicios del IPSS propios o contratados, u otros servicios públicos o privados, pagando por los mismos y reclamado un reintegro, según tarifa, del IPSS. Todo asalariado asegurado tiene, además, derecho al subsidio por enfermedad en sustitución del salario y, si es mujer, tiene también derecho a los subsidios por maternidad y lactancia. Además se concede una suma para gastos funerarios. El programa de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales otorgan, sólo al obrero asegurado, prestaciones de salud similares a las del programa de enfermedad.

La esposa del asegurado sólo tiene derecho a la atención de maternidad. Hasta hace poco, sólo el hijo menor de un año tenía derecho a ciertas prestaciones por enfermedad como vacunación y control preventivo. Desde fines de 1984 la ley concede a los hijos de 1 a 14 años el derecho a los servicios de medicina preventiva, consulta externa y medicinas pero no a hospitalización; salvo un pequeñísimo grupo, estos derechos aún no habían sido puestos en vigor a fines de 1985.

Los anteriores derechos no siempre se materializan en la práctica; por ejemplo, las medicinas escasean, el subsidio de enfermedad se demora en pagarse normalmente 50 días, el subsidio de lactancia en 1985 era notoriamente insuficiente (alcanzaba para comprar leche sólo por unos pocos días al mes), los aparatos de prótesis y ortopédicos raramente se

conceden (25). Por otra parte, la ley concede una prestación costosísima, la de pagar el tratamiento en el extranjero cuando no existe el servicio en el país, la cual se otorga arbitrariamente y en número creciente (al menos hasta mediados de 1985). En 1978-82, 326 asegurados recibieron tratamiento en los Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y España, a un costo de US\$ 7.25 millones. Sólo en el año 1982, 131 asegurados se beneficiaron con esta prestación, a un costo aproximado de US\$ 5 millones, equivalente al 1.6% del gasto total de salud del IPSS en ese año, y a un costo de US\$ 38,168 por beneficiario (26).

Dentro del contexto latinoamericano, las condiciones legales del programa de E-M peruano son muy estrictas en lo que se refiere al periodo de calificación para recibir las prestaciones monetarias; muy liberales en cuanto al porcentaje (100%) pagado sobre el salario como subsidio; ligeramente mejor al promedio, en el tiempo en que se otorga el recuperó. La OIT ha criticado el pago del 100% del salario por enfermedad como una medida que no se justifica socialmente y que aumenta los costos y el ausentismo laboral. El promedio pagado en América Latina es sólo dos tercios del salario (27). (El subsidio resulta más beneficioso que trabajar pues no hay que pagar cotización y se podría trabajar como informal o clandestino).

La concesión reciente del derecho a prestaciones de enfermedad a los hijos de 1 a 14 años, equipara al Perú con el resto de América Latina. En general, teniendo en cuenta que la cotización salarial global es elevada dentro del contexto regional, las prestaciones son promedio o ligeramente inferior al promedio, con pocas excepciones.

(25) Comisión Bicameral. Dictamen Final y Seminario sobre la Reforma de la Seguridad Social en el Perú.

(26) Estimados de ANSSA basados en: Instituto Peruano de Seguridad Social, Boletín de la Gerencia Central de Salud, No. 1, enero 1984, pp. 32-34.

(27) Nota Técnica de la OIT.

La evolución de los servicios y niveles de salud en Perú en 1968-84 puede verse en el Cuadro No. 11 (28).

Las cifras muestran un avance progresivo en todos los indicadores, excepto en camas de hospital por 1,000 habitantes. No obstante esa mejoría, los indicadores sobre niveles de salud peruanos, se encuentran entre los más bajos en América Latina; por ejemplo, la esperanza de vida es la quinta más baja, la mortalidad general la tercera más alta y la mortalidad infantil la quinta más alta. Por el contrario, los servicios de salud de Perú se colocan justo encima del punto medio de la región: en cuanto a camas de hospital por 1,000 habitantes, Perú se ubica en décimo lugar (9 países tienen índices superiores) y en cuanto a médicos por 10,000 habitantes, en el noveno lugar (29). Esta contradicción entre los insumos (servicios de salud) y productos (niveles de salud) es explicable por varias causas: las desigualdades en la distribución de servicios y del gasto de salud, la falta de adecuación entre los servicios y las necesidades, y la ineficiencia en el uso de los servicios existentes. Estos problemas serán discutidos en las secciones siguientes.

5.2 Desigualdades en los Servicios y Niveles de Salud

El Cuadro No. 12 compara los servicios de salud del IPSS con los del Ministerio de Salud (MS), las Fuerzas Armadas y el sector privado; las cifras deben ser tomadas como aproximaciones. El MS cubre al 32% de la población (la de más bajo ingreso) y tiene los servicios más deficientes mientras que el sector privado cubre el 41% de la población (con los ingresos más altos) y disfruta en algunos casos de mejores

(28) La acuciosidad de las cifras del cuadro es objeto de discusión. El Ministerio de Salud dió en 1982 indicadores más favorables que los del cuadro (basado en cifras del INE); por ejemplo, en camas de hospital 1.8, en mortalidad general 10.1 y en mortalidad infantil 87.6. Por otra parte, en 1983 funcionarios del INE señalaron en privado que, desde mediados de 1970, había un deterioro en los niveles de salud. El Banco Mundial no registra un deterioro pero ofrece cifras peores en algunos indicadores, por ejemplo, en mortalidad infantil 117 en 1981 y 108 en 1984.

(29) Anuario Estadístico en América Latina 1984 y El Desarrollo de la Seguridad Social.

Cuadro No. 11

SERVICIOS Y NIVELES DE SALUD EN EL PERU: 1960-1985

Años	Camas Hosp. x 1000 hab.	Médicos x 1000 hab	Tasas de mortalidad General	Infantil	Esperanza de vida
1960	2.4	4.5	18.4	140.9	48.0
1965	2.4	4.7	16.5	130.6	50.4
1970	2.1	4.8	14.0	116.2	54.0
1975	1.9	6.1	12.2	106.6	56.3
1980	1.7	7.2	11.3	101.5	57.8
1981	1.6	7.6	11.1	100.2	58.2
1982	1.6	8.4	10.9	98.6	58.6
1983	1.6	8.7	10.6	96.8	59.1
1984	1.8 (b)	9.0	10.3	94.9	59.6
1985	...	...	10.0 (a)	92.7 (a)	60.2 (a)

a Proyección

b Preliminar.

FUENTE: El desarrollo de la seguridad social en América Latina, puesto al día con cifras del INE Perú: Compendio Estadístico 1984 (Lima julio 1985).

Cuadro No. 12

DIFERENCIAS EN SERVICIOS DE SALUD ENTRE GRUPOS DE LA
POBLACION DEL PERU: 1982

Grupos	Población atendida		Camas de Hospital			Médicos (a)		
	(miles)	%	Total	%	x1000	Total	%	x10000
Seguridad Social (IPSS)	3281	18	4308	14	1.3	2800	21	8.5
Ministerio de Salud y otros (b)	5832	32	18386	59	3.1	4698	35	8.1
Fuerzas armadas, policiales y otros	1640	9	2374	8	1.5	1860	14	11.3
Sector privado (c)	7473	41	5864	19	0.8	3984	30	5.3
Total	18226	100	31033	100	1.7	13342	100	7.3

a 1981

b El Ministerio de Salud tiene el 96% de las camas y el 79% de los médicos; el resto son de beneficencias, empresas estatales, gobiernos locales y otros organismos públicos

c Entidades privadas lucrativas, filantrópicas y empresas cooperativas agro-industriales, sociedades agrícolas de interés social y otros organismos no públicos.

FUENTE: El desarrollo de la seguridad social en América Latina puesto al día con cifras del IPSS y el MS.

servicios. Las Fuerzas Armadas reciben la mejor atención médica pero, aparentemente, la disponibilidad de camas de hospital es promedio. El IPSS tiene una razón de camas igual al promedio nacional (debido a los servicios contratados) pero una razón de médicos alta y ambas son superiores a las razones del sector privado.

El Cuadro No. 3 mostró las diferencias notables de camas de hospital y médicos, así como esperanza de vida en el Perú. En 1981, el departamento de Lima tenía 63 veces más médicos por habitante y cinco veces más camas de hospital por habitante, que el departamento de Apurímac. Un ordenamiento de los departamentos por servicios y niveles de salud es muy similar al ordenamiento por cobertura de la seguridad social basado también en el Cuadro No. 3. Los departamentos relativamente más desarrollados y con cobertura más alta (Lima, Callao, Arequipa, Tacna, Ica) tienen los niveles superiores en médicos, camas de hospital y esperanza de vida, mientras que los departamentos con una situación socio-económica menor, tienen los niveles inferiores de servicios de salud y esperanza de vida, presentando coberturas más bajas de seguridad social (Apurímac, Huancavelica, Cajamarca, Amazonas, Ayacucho, Puno). La diferencia en la esperanza de vida entre Lima y Huancavelica es de más de 23 años.

El Cuadro No. 13 compara los gastos de salud por persona en el IPSS, el MS y ambos combinados, por regiones geográficas. Nótese que a nivel nacional, el IPSS gasta 5 veces más por asegurado de lo que gasta el MS por habitante. Al combinarse los gastos de ambas instituciones (100 = total) Lima recibe 79% más que el promedio nacional, mientras que el Oriente y el Norte reciben poco más de la mitad de dicho promedio. La agrupación de los departamentos en regiones, produce un efecto de compensación entre departamentos más y menos desarrollados, con niveles de salud altos y bajos, por lo que se atenúan las desigualdades. Por ejemplo, la Región Norte agrupa a Lambayeque (alto nivel) y Cajamarca (bajo nivel); la Región Sur Medio combina Ica (alto nivel) con parte de Huancavelica y Ayacucho (bajo nivel) y la Región Sur une Arequipa (alto nivel) con Puno (bajo nivel).

El Cuadro No. 14 presenta aún más dramáticamente, la excesiva concentración de los servicios de salud en Lima-Callao que, con el 31% de la población total, tiene el 58% de los asegurados del IPSS y entre 52 y 75% de los servicios.

Las cifras de esta sección y de las dos anteriores sugieren (aunque una confirmación requiere un estudio más profundo) que el programa de enfermedad-maternidad del IPSS juega un

Cuadro No. 13

DIFERENCIAS EN GASTOS DE SALUD PER CAPITA
POR REGIONES DEL PERU : 1984
(miles de soles)

Regiones (a)	Gastos de salud per cápita			Indice (e)
	IPSS (b)	MS	Ambos (d)	
Lima	71	42	102	179
Norte	27	17	29	51
Norte Medio	277	17	50	88
Centro	48	22	37	65
Sur	50	36	66	115
Sur Medio	99	18	30	53
Oriente	51	20	36	63
Total	62	27	57	100

a Las regiones comprenden los departamentos siguientes:

Lima: Lima y Callao
 Norte: Piura, Tumbes, La Libertad, Ancash, Lambayeque
 Norte Medio: San Martín, Amazonas, Cajamarca
 Centro: Junín, Huancavelica, Huánuco, Pasco, Ucayali
 Sur: Ica, Arequipa, Moquegua, Tacna
 Sur Medio: Ayacucho, Cusco, Apurímac, Madre de Dios, Puno
 Oriente: Loreto

b El grado de salud del IPSS se dividió por el número de asegurados en salud del IPSS en cada región.

c El gasto de salud del MS se dividió por la población no cubierta por el IPSS (población total-asegurados IPSS) en cada región. Parte de la población no cubierta por el IPSS puede estar protegida por otros públicos (aparte del MS) o privados, por lo que las cifras del MS son sustanciales.

d El gasto combinado de salud (IPSS + MS) se dividió por la población Total en cada región.

e En relación al total =100

f La cifra aparece unida para Sur Oriente y Sur Medio

FUENTE: Cálculos de ANSSA basados en IPSS, El Instituto.... y ANSSA.

Cuadro No. 14

CONCENTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IPSS
EN LIMA: CIRCA 1983

LIMA	% del TOTAL
Población total (Lima-Callao)	31.0
Asegurados IPSS (Lima-Callao)	57.8
Gastos de salud (Region)	63.5
Camas de hospital	56.0
Consultorios	55.0
Médicos	70.0
Enfermeras y técnicos	68-75
Consultas externas	60.6
Intervenciones quirúrgicas	57.0
Egresos hospitalarios	56.0
Partos	62.2
Vacunas	58.0
Exámenes de laboratorios	67.0
Atenciones odontológicas	52.0

FUENTES: IPSS, Boletín de la Gerencia Central de Salud No.2 (marzo 1984); IPSS, Convenio de Cooperación Técnica (con OPS/OMS) para el desarrollo, mejoramiento y operación de los servicios del IPSS, Lima 1984; ANSSA Perú 1985; y cifras del IPSS, 1985.

papel regresivo (o al menos neutral) en la distribución del ingreso: (a) cubre una proporción muy baja de la población (de ingreso medio), con una proporción de recursos considerablemente superior al promedio nacional, y excluye a la población de menores ingresos; (b) establece topes de cotización salarial que hacen que los asegurados de más alto ingreso contribuyan proporcionalmente menos que los de mediano y bajo ingreso (excepto los que están por debajo del mínimo de cotización); (c) muestra una relación positiva -en los departamentos y regiones- entre niveles de desarrollo e ingreso por una parte, y cobertura, gastos, servicios y niveles de salud por la otra.

5.3 El Costo de la Atención de Salud

Dentro del contexto latinoamericano, el costo de la atención de salud en el Perú por el IPSS es de los más altos, a pesar de su reducida cobertura, nivel similar o inferior al promedio de las prestaciones, y de los bajos niveles de salud peruanos. Los gastos de salud como porcentaje del gasto total del IPSS, promediaron 53.7% en 1975-1984, y exhibieron una tendencia creciente (aunque con una disminución en 1984). Ver Cuadro No. 15.

En 1984, la distribución del gasto público de salud (excluyendo a las Fuerzas Armadas) mostró que el Ministerio de Salud recibía la mayor proporción, 52%. El porcentaje del gasto de salud combinado del IPSS y el MS en relación al PBI creció sistemáticamente del 1.5% en 1975 al 3% en 1981 y bajó al 2.3% en 1984. Con respecto a los gastos del Gobierno central, el gasto de salud IPSS-MS creció del 7.1% al 10.6% en 1975-81 y bajó al 7.6% en 1984. El gasto público de salud per cápita, en US dólares aumentó más de dos veces en 1975-82, de US\$ 14 a 29, aunque descendió en 1983-1984. (Ver Cuadro No. 16).

Una comparación reciente del gasto público de salud en países en desarrollo, divide a éstos en tres grupos de ingreso: bajo, medio-bajo y medio-alto, colocando al Perú en el segundo. El porcentaje gasto público de salud/PNB en el Perú, estimado en dicho estudio, fue de 2.4% para 1981, ligeramente inferior al estimado sobre el PBI del Cuadro No. 16, y fue el sexto entre los 72 países de los primeros dos grupos de ingreso (tercero entre los países latinoamericanos en esos dos grupos); el porcentaje promedio de dichos dos grupos era 1.5%. El gasto público de salud per cápita del Perú, también en 1981, estimado en dólares, era de US\$ 32, el tercero entre los 72 países, que tenían promedios de: US\$ 2.8 en el grupo de bajo ingreso y US\$ 7 en el grupo de

Cuadro No. 15

PORCENTAJE DEL GASTO DE SALUD EN EL TOTAL DE
GASTOS DEL IPSS, PERU: 1975-1984
(miles de millones de soles)

Años	Gastos totales	Gastos salud (a)	Porcentaje
1975 -76	31.1	12.5	40.2
1977	22.1	10.4	47.0
1978	33.3	16.9	50.8
1979	61.2	33.0	53.9
1980	128.2	67.3	52.5
1981	233.2	144.1	61.8
1982	380.0	235.4	61.9
1983	630.2	389.9	61.8
1984	1188.2	638.4	53.7

a Incluye prestaciones monetarias y médico-hospitalarias del programa de E-M y prestaciones de salud del programa de riesgos profesionales

FUENTE: Cálculos de ANSSA basados en IPSS, El Instituto...; y Cuadro No. 9.

Cuadro No. 16

EL COSTO DE LA ATENCION DE LA SALUD EN EL SECTOR PUBLICO DEL PERU: 1975-1985
(en miles de millones de soles y porcentajes)

Año	Gastos del PBI	Gastos del Gobierno Central(a)	Gastos de salud Per capita			US\$(c)	Distribución(b) Porcentual			% del PBI			% Gastos Gobierno		
			IPSS	MS	Total		IPSS	MS	Total	IPSS	MS	Total	IPSS	MS	TOTAL
1975	627.4	131.4	5.4	3.9	9.3	14.0	58.0	42.0	100.0	0.9	0.6	1.5	4.1	3.0	7.1
1978	1842.2	0.0	16.9	16.3	33.2	12.3	51.0	49.0	100.0	0.9	0.9	1.8	0.0	0.0	0.0
1979	3353.3	0.0	33.0	29.8	62.8	16.1	53.0	47.0	100.0	1.0	0.9	1.8	0.0	0.0	0.0
1980	4851.8	1370.1	67.3	49.0	116.3	22.4	58.0	42.0	100.0	1.3	1.3	2.6	4.9	4.9	9.8
1981	8355.7	2273.1	144.1	83.2	227.3	28.8	63.0	37.0	100.0	1.7	1.3	3.0	6.3	4.9	11.2
1982	13386.1	3560.0	235.4	166.3	401.7	29.0	59.0	41.0	100.0	1.7	1.2	2.9	6.5	4.6	11.1
1983	26043.0	7346.0	389.9	341.5	731.4	21.9	53.0	47.0	100.0	1.5	1.3	2.8	5.1	4.5	9.6
1984	57026.0	17026.0	638.4	725.6	1364.0	18.0	47.0	53.0	100.0	1.1	1.2	2.3	3.7	4.1	7.8

a Excluye fuerzas armadas y algunos organismos menores, así como el privado.

b Distribución porcentual del gasto total de salud entre el IPSS y el MS

c Al cambio oficial

FUENTES: Cálculos de ANSSA basados en PBI y gastos gobierno de IPSS, El Instituto..., y El desarrollo...

ingresos medio-bajo donde se colocaba Perú (es decir que el gasto per cápita de Perú era casi cinco veces el promedio del grupo). Sólo dos países latinoamericanos aparecen en el estudio con gasto público de salud per cápita superior al del Perú: Cuba (US\$ 41) que no tiene medicina privada, y Jamaica (US\$ 34) cuyo sector público de salud era entonces proporcionalmente mayor que el del Perú. El estudio estima que el gasto privado de salud en el Perú, como porcentaje del gasto total de salud, ascendió en 1982 al 53%. De los 37 países en desarrollo que tenían esta información, el porcentaje peruano era superior al de 22 países (incluyendo a Méjico y Jamaica). El gasto total (público y privado) de salud se estimó en 4.5% del PNB y el gasto per cápita en US\$ 59 en 1981, el más alto de todos los países de los dos primeros grupos de ingreso, en los que existía este tipo de información (30).

La extensión de la cobertura del IPSS a los hijos de 1 a 14 años se estimó que costaría, en 1984, 129.600 millones de soles, equivalentes a US \$32.8 millones (al cambio oficial). Este gasto adicional hubiera aumentado el gasto de salud del IPSS en 1984, de acuerdo con el estudio actuarial, en un 18.3%, lo que hubiera añadido un 0.23% sobre el PBI. Es cuestionable que el incremento de 2.3 millones de asegurados (usando el estimado del reporte actuarial de 1984) a la cobertura del IPSS, equivalente a un aumento del 65% sobre la población protegida en 1984 (aumentando la cobertura poblacional del 18 al 30%), sólo resultaría en un 18% de incremento en los gastos, bajo la actual estructura de servicios. Esto pudiera en parte justificarse porque, al inicio, la cobertura de los hijos sólo se limitaría a medicina preventiva, consulta externa y medicinas, pero eventualmente requeriría hospitalización y servicios similares que, sin duda, no podrían cubrirse con los fondos preestimados.

Como se ha visto en la sección de financiamiento, el estudio actuarial de 1984 considera que el incremento de la cotización salarial en 1.5% cubrirá los costos de la referida

(30) DE FERRANTI, David. Paving for Health Service in Developing Countries: An Overview. Washington, D.C.: World Bank Staff Working Papers No. 721, 1985, pp. 99-103. Ver también ZSCHOCK, Dieter. Medical Care Under Social Insurance in Latin America, Latin American Research Review, 20 (3), 1985.

extensión, más el aumento del subsidio de enfermedad, y dejaría suficientes fondos para restituir la reserva legal de contingencia y crear un nuevo fondo patrimonial, para mejorar la infraestructura hospitalaria y la adquisición y mantenimiento de equipo. También se vió que la OIT consideraba no recomendable el aumento del subsidio de enfermedad, y no viables la reconstitución de la reserva legal y la creación del fondo patrimonial. Por último se planteó dudas sobre la acuciosidad de los estimados de costo y equilibrio hechos por el IPSS considerando que los mismos eran optimistas. La base de los cálculos de costo del IPSS, es el estimado de la población a cubrir y los costos unitarios basados en la infraestructura existente (aparentemente no se hizo un estudio del perfil de salud de la población a cubrir). Más adelante se analizarán los costos unitarios, pero ahora se quiere enfatizar la necesidad de reorientar la atención de la salud, a fin de evitar costos crecientes, teniendo en cuenta que el Perú es ya uno de los países en desarrollo con más altos costos.

5.4 Causas del Alto Costo del Programa de Enfermedad-Maternidad del IPSS

En esta sección se analizan siete factores responsables del alto costo del programa de enfermedad-maternidad del IPSS: falta de adecuación de los servicios a las necesidades primordiales de salud; gastos administrativos muy altos; costo excesivo de personal y salarios; ineficiencia hospitalaria; altos costos de servicios contratados; inadecuación e ineficiencia de la inversión hospitalaria; costo de medicamentos.

5.4.1 Falta de adecuación de los servicios a las necesidades primordiales de salud

A pesar que el 56% de las muertes se registra en el grupo de 0-14 años y que el índice de mortalidad infantil del Perú es uno de los más altos de América Latina, el IPSS cubría en 1985 el 1.4% de este grupo etario, pero casi el 30% del grupo en edad productiva, que tiene una incidencia de enfermedad y muerte mucho menor. Además, aunque la mayoría de las causas de muerte podría reducirse considerablemente con medidas de prevención y educación, el grueso del gasto de salud del IPSS (y del gasto total de salud) se dedica a la medicina curativa.

En el Perú, el cambio en el perfil patológico no ha avanzado como en los países relativamente más desarrollados de la región. En 1983, el 40% de las causas de muerte (primera

causa de hospitalización) eran las enfermedades del aparato respiratorio y el 32% (segunda causa de hospitalización) las enfermedades infecto-contagiosas. De 1978 a 1981 las tasas de morbilidad en tifoidea y paratifoidea aumentaron 4.5 veces y se han reportado incrementos notables en las tasas de tuberculosis, malaria, disentería, hepatitis contagiosa y sarampión en 1980-83 (31). En 1982, la inmunización contra difteria, polio, tos ferina, sarampión y tétanos (administrada en un 95% por el MS) no sobrepasaba el 25% de los niños menores de un año, el 64% de las casas no tenía disposición de excretas y el 51% carecía de instalaciones de agua potable. Además, el 58% de la mujeres embarazadas no recibía atención pre-natal (32). Aunque la desnutrición y las condiciones habitacionales paupérrimas, son factores importantes en la morbilidad y mortalidad, un cambio en las prioridades del gasto de salud del IPSS podría mejorar la situación con bastante rapidez. A ese efecto deben dedicarse recursos adecuados a los servicios preventivos, como inmunización y educación de la salud.

5.4.2 Gastos administrativos muy altos aún excluyendo gastos de personal

Los gastos administrativos globales de la seguridad social en el Perú se encuentran entre los más altos de América Latina. La última encuesta internacional de la OIT no incluye al Perú pero, utilizando las cifras del Cuadro No. 17, puede tomarse el estimado de 11.5% para 1981. La OIT ofrece cifras que permiten calcular el porcentaje de gasto administrativo sobre el gasto total de seguridad social en 12 países latinoamericanos en 1980; al comparar estos porcentajes con el del Perú, éste se coloca en octavo lugar: 7 países tienen un porcentaje más bajo y 5 países un porcentaje más alto. Entre estos últimos, dos tienen porcentajes del 11.6 y 11.7%, muy similares al de Perú, o sea, que sólo tres países tienen

(31) BUSTIOS ROMANI, Carlos. Atención Médica y su Contexto. Perú 1963-1983. Lima, Escuela de Salud Pública del Perú, 1985.

(32) Ministerio de Salud. Proyecciones de población por regiones de salud y utilización de indicadores del sector; período 1980-85. Lima, 1983, pp. 5-51; e IPSS, Convenio de Cooperación Técnica con OPS/OMS para el Desarrollo y Operación de los Servicios del IPSS, Lima, 1984, pp. 9-10.

Cuadro No. 17

**GASTOS ADMINISTRATIVOS GLOBALES Y DE SALUD COMO PORCENTAJE DE GASTOS
CORRIENTES GLOBALES Y DE SALUD EN EL IPSS: 1975-84**
(miles de millones de soles)

AÑOS	Gastos Corrientes Globales	Gastos Administrativos Globales (a)	%	Gastos Corrientes De Salud	Gastos Administrativos De Salud (b)	%
1976	31.1	(c)	....	12.4	1.3	10.50
1977	22.1	(c)	....	10.1	1.0	9.90
1987	33.3	(c)	....	16.8	1.6	9.50
1979	61.2	(c)	....	31.0	2.5	8.10
1890	128.2	(c)	....	62.6	5.0	8.00
1981	233.2	26.8	11.5	125.6	6.4	5.10
1982	380.0	43.4	11.4	207.0	13.5	6.50
1983	630.2	75.8	12.0	350.9	19.8	5.60
1984	1188.2	131.5	11.1	575.5	50.7	8.80

a excluye gastos de personal

b excluye gastos de personal y gastos administrativos centrales computables en el programa de E-M.

c cifras no desglosadas de "gastos operativos" que incluye administrativos, personal y "provisiones del ejercicio."

FUENTE: Cálculo de ANSSA basados en IPSS, El Instituto..., y cifras del IPSS, diciembre 1985.

un porcentaje de gastos administrativos significativamente más alto. Debe notarse que los gastos administrativos latinoamericanos son de los más altos en el mundo: los países desarrollados tienen porcentajes mucho menores: 2.8% en Reino Unido, 2.9% en Estados Unidos, 3.1% en la República Federal Alemana, 3.6% en Francia (33).

Las cifras de gastos administrativos del Perú no incluyen gasto en personal que suele ser el componente más importante del gasto, de ahí que en las comparaciones anteriores, el porcentaje del Perú resulte subestimado.

En la segunda parte del Cuadro No. 17 se estima el porcentaje de gasto administrativo de salud del IPSS, también excluyendo los gastos de personal. El porcentaje fluctúa de 5.1% a 10.5% en 1976-84. El porcentaje disminuye constantemente de 1976 a 1981, pero de nuevo aumenta a 8.8% en 1984.

Aparte del alto e injustificado costo administrativo, la Comisión Bicameral de Presupuesto del Congreso de la República, ha reportado irregularidades administrativas en el pasado que han repercutido negativamente en el gasto global, como las compras de equipo con sobreprecio de hasta 25%, la construcción de hospitales y la adquisición de equipos sin licitación pública y malversación de fondos (34).

5.4.3 Personal y salarios excesivos

Las remuneraciones del personal han tomado un porcentaje creciente del gasto de salud del IPSS: de 38.5% en 1982 a 50.3% en 1985. Todas las otras partidas presupuestarias han declinado con excepción de suministros que aumentó ligeramente en 1984 (ver Cuadro No. 18). Básicamente, el porcentaje creciente del gasto de remuneraciones impide el mejoramiento de servicios básicos, mediante renovación de equipo, mantenimiento y compra de medicinas.

Parte del problema es el personal excesivo. El Cuadro No. 19 muestra que el número total de empleados del IPSS por 1,000 asegurados alcanzó su punto más alto en 1982, con 9.9, para

(33) Organización Internacional del Trabajo. El Costo de la Seguridad Social: Undécima Encuesta Internacional. 1978-1980. Ginebra, 1985.

(34) Dictamen Final.

Cuadro No. 18

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE GASTOS CORRIENTES DE SALUD POR
PARTIDAS PRESUPUESTARIAS EN EL IPSS: 1981-1985

PARTIDAS	1981	1982	1983	1984	1985
Remuneraciones	39.50	38.50	43.50	48.20	50.30
Suministros a	20.00	20.00	21.80	20.90	24.30
Servicios contratados y de libre elección	20.70	21.90	18.10	18.00	15.00
Prestaciones monetarias	17.10	18.00	16.00	12.80	10.40
Obras	0.20	0.20	0.10	0.00	0.00
Bienes de capital	2.50	1.40	0.50	0.10	0.00
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

a Medicinas, material quirúrgico y de laboratorio, otros.

FUENTE: Cálculos de ANSSA basados en Barsallo, "Ponencia sobre
financiamiento de las prestaciones de salud..."

Cuadro No. 19

EMPLEADOS Y SALARIOS EN EL IPSS DEL PERU: 1975-1984

Año	Empleador	(a) Asegurados (miles)	Empleados Por 1,000 Asegurados	Remuneraciones Como % del Gasto Total de Seguridad Social
1975	21598	2232	9.4	21.6
1976	22000	-----	-----	21.6
1977	23503	-----	-----	24.4
1978	23900	-----	-----	25.8
1979	24136	-----	-----	26.4
1980	26850	2876	9.3	25.4
1981	27151	2995	9.1	27.3
1982	30791	3113	9.9	27.4
1983	30200	3380	8.9	30.5
1984	28604	3517	8.1	29.6

a En programa de enfermedad-maternidad

FUENTE: Empleados y remuneraciones del IPSS, El Instituto...
Asegurados del Cuadro 1.

disminuir en 1984 a 8.1. En 1985 se nombraron 800 empleados nuevos pero se anularon todos los contratos dos o tres meses después. Entre 1968 (no mostrado en el cuadro) y 1982, el número de empleados aumentó 136% (de 13,000 a 30,791) mientras que el número de asegurados aumentó 92% (de 1.6 a 3.1 millones) (35). La remuneración del personal como porcentaje del gasto total de seguridad social aumentó del 21.6% en 1975-76 al 30.5% en 1983, casi el triple de lo reportado en gastos de administración ese año (36).

En 1983 habían 20,429 empleados en el programa de enfermedad-maternidad del IPSS, 67.6% del total de empleados del IPSS, mientras que en 1979 la proporción era de 62.6%, lo que sugiere una tendencia creciente. La razón personal de salud por cama de hospital en el mismo año era de 4.5, muy superior a la norma internacional de 2.5 a 3.5 (37).

Mediante una poderosa asociación y el uso frecuente de la huelga, los médicos han sido el grupo ocupacional menos afectado por la caída de los salarios reales en los últimos años, tomando en consecuencia la mayor proporción del gasto en remuneraciones. En 1976-1980 el personal médico del Hospital Rebagliati, uno de los principales del Perú, aumentó en un 50% mientras que las consultas diarias disminuyeron en un 30% y los ingresos hospitalarios en un 20%. (38).

Hay un excedente creciente de médicos graduados que no pueden ser contratados por el IPSS o el MS y que tampoco pueden encontrar empleo adecuado en el sector privado. Este grupo ejerce presión para aumentar la contratación de médicos, en vez de personal paramédico en el sector público. Por otra parte, el personal graduado de técnicos y auxiliares de salud es una tercera parte o la mitad del número de

(35) El Desarrollo de la Seguridad Social.

(36) La Comisión Bicameral de Presupuesto ha reportado que en el pasado, un buen número de empleados cobraban su salario sin trabajar, que el nivel de calificación era bajo, que el control y supervisión eran ineficientes; además había problemas de indisciplina laboral y de sindicatos (Dictamen Final).

(37) Cálculos basados en cifras elaboradas por ANSSA.

(38) El Desarrollo de la Seguridad Social.

médicos y enfermeras que se gradúan cada año. Por ello, es importante aumentar el entrenamiento y empleo del personal paramédico (que percibe salarios más bajos y está capacitado para atender las necesidades básicas) o reentrenar y reubicar a parte del personal médico actual, para llevar a efecto la extensión de la cobertura sin incremento de gastos de personal.

5.4.4 Ineficiencia hospitalaria

El control del internamiento hospitalario es muy deficiente y muestra cambios notables por regiones. En 1981-84 el promedio de días de internamiento en los servicios propios del IPSS fluctuó pero se mantuvo en 11.8, uno de los más altos de la región frente a niveles deseables de 4 a 6 días (ver el Cuadro No. 20). En 1984 el promedio varió de 5.7 en la región Oriente a 17.4 en el Hospital Almenara de Lima. Aunque en algunos casos el promedio más alto se justifica por la especialización del hospital, los promedios del Cuadro No. 20 son excesivamente altos y parecen ser resultado de pobre control y eficiencia. Se reporta que muchos pacientes son hospitalizados y se demora en hacerles los análisis de laboratorio; asimismo, el período post-operatorio es innecesariamente prolongado.

El porcentaje de ocupación de cama hospitalaria del IPSS es promedio dentro del contexto latinoamericano, aproximadamente 73% en 1982-83. Pero esto es en parte, el resultado de un promedio altísimo de días de internamiento. En 1983 el porcentaje de ocupación de la región Lima fluctuaba entre 51 y 90% y el promedio era el más alto del país (84%) pero tenía también el promedio de días de internamiento superior (12.5). Por el contrario la región Norte, con un promedio de días de internamiento bajo para el nivel nacional (7.4), tenía también el porcentaje de ocupación más bajo (56.7%). Las fluctuaciones en el promedio de rendimiento por cama (número de egresos hospitalarios dividido entre el número de camas) entre las regiones es también notable; en 1983 los extremos se registraron en la región Centro con 14.0 (con un mínimo de 11.5 en el Hospital Zonal de Huariaca) y la región Norte con 28.5 (con un máximo de 50.0 en el Centro de Salud Jaén-Bagua).

El porcentaje de utilización de los servicios ambulatorios es muy bajo: 49% en 1983, con el porcentaje más alto en la región Centro (83.9%) y el más bajo en la región Norte

Cuadro No. 20

PROMEDIO DIAS ESTANCIA Y PORCENTAJE USO CAMA HOSPITALARIA EN
SERVICIOS PROPIOS DEL IPSS, POR REGIONES Y A NIVEL NACIONAL
1981-1984

Regiones	Promedio días estancia hospital				% Uso cama hosp.	
	1981	1982	1983	1984	1982	1983
Lima	0.0	12.4	12.5	12.9	86.9	84.1
General	10.8	10.5	10.7	10.9	0.0	0.0
Hosp. Rebagliati	12.2	11.8	11.2	12.4	0.0	0.0
Hosp. Almenara	17.5	16.5	16.2	17.4	0.0	0.0
Norte	8.1	7.9	7.4	8.0	59.6	56.7
Norte Medio	9.2	8.9	9.1	9.1	70.3	54.7
Centro	12.1	11.8	12.4	13.5	61.9	45.9
Sur Medio	8.8	8.9	8.4	8.5	67.8	58.4
Sur	11.8	11.7	11.5	11.4	58.0	71.0
Oriente	0.0	0.0	6.0	5.7	0.0	49.3
Promedio Nacional						
Servicios propios	11.8	11.4	11.0	11.8	73.5	71.0
Servicios contrata	18.0	15.3	18.8	20.8	0.0	0.0

a A partir de 1984 no hay servicios privados contratados, especialmente en Lima, excepto para enfermos crónicos.

FUENTE: IPSS, Gerencia de Salud, Boletín de la Gerencia Central de Salud No. 2 (marzo 1984); IPSS, Oficina de Actuariado y Estadística, Boletín Estadístico de Prestaciones de Salud 1982 y 1983; y Barsallo, "Ponencia sobre financiamiento de las prestaciones de salud..."

(34.9%), comparable con niveles deseables del 75 al 80% (39). La explicación de este fenómeno es la baja calidad de los servicios en los centros ambulatorios (edificio y equipo deficientes, escasez de personal, pobres suministros) y la concentración enorme del personal de salud en los hospitales. Esto hace que el usuario evite la atención en el primer y segundo nivel de salud, y sobreutilice la consulta en los hospitales que evacúan las dos terceras partes de las consultas, cuando debía ser lo opuesto.

Por ejemplo, en 1984, el 60% de las consultas del Hospital Nacional Almenara -altamente especializado- era por catarras y otras enfermedades respiratorias y gastrointestinales, que podrían haberse atendido en servicios ambulatorios o puestos de salud.

Otros problemas son las visitas repetidas de los usuarios para obtener diagnóstico. En 1983, el 81% de las consultas del Hospital Rebagliati quedaron sin diagnóstico, y sólo el 8% en el Hospital Almenara (40).

Por último, los "costos unitarios" o promedio de costo por servicios en los distintos hospitales del IPSS, presentan variaciones extremas que probablemente no se justifican por la especialización. Así en 1984, en la región de Lima, el costo inferior de consulta médica se dió en Lima (general), mientras que el costo superior fue en el Hospital Zonal de Cañete (102% más alto que Lima) seguido por el Hospital Nacional Almenara (87% más alto). En consulta odontológica el Hospital Nacional Rebagliati presentaba el costo inferior, mientras que era superior en Almenara (141% más alto) y Cañete (86% más alto). Por último, el costo del día de internamiento hospitalario inferior, se registró en Almenara y el superior en Cañete (67% más alto); éste último además registró un porcentaje de ocupación entre los más bajos del país. En 1981 el costo operativo por consulta en los servicios propios del IPSS era de US\$ 31 mientras que el día de internamiento hospitalario era de US\$ 100, ambos muy altos

(39) Cálculos elaborados en ANSSA en base a cifras del Instituto Peruano de Seguridad Social.

(40) Cálculos de ANSSA basados en información hospitalaria obtenida por ANSSA.

para el nivel de ingreso del Perú (41). Es necesario efectuar un análisis comparativo de costos para introducir medidas de control y eficiencia.

5.4.5 Altos costos de servicios contratados

Debido a que los servicios propios del IPSS no son suficientes para atender a toda la población (y también para algunos servicios no disponibles) el IPSS contrata servicios del MS u otros organismos públicos y, desde 1975, con clínicas y servicios privados. Además los empleados asegurados mantienen el derecho a la libre elección. El Cuadro No. 18 muestra una tendencia decreciente en el gasto de los servicios contratados y de libre elección en relación al total de gastos de salud del IPSS, lo que significa que el gasto en los servicios propios aumentó del 79.3% en 1981 al 85% en 1985 (otros estimados dan cifras de 77.1% y 88.2%, respectivamente). Los servicios contratados con las clínicas privadas (consultas externas, ambulatorias, atención odontológica) alcanzaron su punto máximo en 1982 y desde entonces comenzaron a bajar rápidamente, al tiempo que el IPSS expandía los servicios propios (policlínicos). En 1985 sólo quedaban servicios contratados privados para enfermos crónicos y fuera de Lima.

La tendencia indicada es favorable a la reducción de costos de salud del IPSS, debido a que los servicios contratados privados son excesivamente costosos. Las tarifas se fijan arbitrariamente por no existir estimados fidedignos del costo promedio de atención en el IPSS, que debía servir de base y además, se reajustan semestralmente según el costo de vida. Como en los contratos no está estipulada la regulación de la capacidad de atención, ni la inspección y evaluación de los servicios contratados, es frecuente que las clínicas contratadas no tengan: capacidad y equipo adecuados, personal calificado y suficiente, y de otro lado, sea excesivo su número de atenciones en el horario de consulta y tengan altos períodos de internamiento (42). El Cuadro No.

(41) Cálculos basados en cifras elaboradas por ANSSA e IPSS.

(42) Comisión Bicameral, Dictamen Final; y Conclusiones y Recomendaciones generales según el estudio de clínicas contratadas, Boletín de la Gerencia Central de Salud, No. 1-2, 1985.

20 presenta evidencia de los altos costos de los servicios contratados: en 1981 el promedio de días de estancia hospitalaria era de 18 (otras fuentes dan 16), 6.2 días por encima del promedio nacional, va de por sí muy alto. La situación parecía haber empeorado en 1984, con una estancia de 9 días más alta en los servicios contratados. Esto se debe sobre todo, a que estos servicios son usados principalmente por pacientes crónicos, pero también existe pobre control y eficiencia. Otro problema, es que muchos asegurados reciben doble atención: en el IPSS y servicios contratados, debido a la falta de un registro e historia clínica únicos. En todo caso la construcción y habilitación de nuevos policlínicos del IPSS han contribuido a la reducción del uso de los servicios contratados.

El sistema de libre elección implica actualmente un alto costo para el asegurado que absorbe la mayor parte del precio del servicio, debido a que la tarifa de reembolso no se ha reajustado desde 1980, y además hay una demora considerable entre la solicitud de reembolso y su pago, por lo que la inflación devalúa aún más su valor real. (Es interesante apuntar que el día de internamiento hospitalario por libre elección era 8.1 en 1983, menor que en los servicios propios y contratados). En 1984 el IPSS anunció una revitalización de este sistema, que incluía inscripción de los médicos, clínicas y farmacias, ajuste de las tarifas con una base actuarial, y cambio de la solicitud de reembolso al IPSS, pero este plan no se llevó a cabo.

5.4.6 Inadecuación e ineficiencia de la inversión en infraestructura

Hasta hace poco tiempo el énfasis del IPSS se ha dado en la construcción de hospitales (tercer nivel), pese a contar con escasos recursos, los mismos que hubieran sido mejor empleados en puestos de salud (primer nivel). En los últimos años se han construido policlínicos o servicios ambulatorios (segundo nivel), sin embargo, aún el grueso de la inversión en infraestructura está concentrado en la construcción de cuatro hospitales (ver Cuadro No. 21) (43).

(43) De acuerdo a la Comisión Bicameral de Presupuesto del Parlamento, la formulación y ejecución de los cuatro hospitales se hizo sin licitación pública, y sin tener en cuenta las necesidades reales (el proyecto de hospital de Arequipa se aprobó en contra de un estudio de factibilidad). Comisión Bicameral, Dictamen Final.

Cuadro No. 21

**GASTO TOTAL DE LOS PROYECTOS DE INVERSION EN INFRAESTRUCTURA
DE SALUD DEL IPSS :1985**

Hospitales		Inversiones		Cifras Departamento (a)			Cifras Región		
		Total	% Gastado	Camas Número	Costo por cama	% Cobertura	Camas x1000Hab.	% Ocupación Camas	Días Promedio
Cusco	(c)	53197	88.6	300	177.3	4.7	1.1	....	....
Huancayo	(c)	39429	70.1	500	78.9	9.5	1.6	45.9	12.4
Pucallpa	(c)	30392	33.5	215	141.4	7.5	1.1	49.3	6.0
Arequipa	(d)	.....	....	...	.....	17.4	2.8	71.0	11.5
Total		123018	71.6	1015	121.2	14.0	1.7	71.9	11.0

- a Cifras de cobertura del IPSS y camas totales por 1000 habitantes en 1981, en el Departamento donde se está construyendo el hospital.
- c Cifras correspondientes a infraestructura del IPSS en 1983, en la región donde se está construyendo el hospital excluyendo otras instalaciones.
- c Hospitales regionales.
- d Hospitales de enfermos no agudos.

FUENTE: Barsallo, "Ponencia sobre financiamiento de las prestaciones de salud..."; IPSS Estudio de la situación financiera del IPSS"; y Cuadros 1, 3 y 20.

El costo estimado total de estos proyectos era de US\$ 21 millones, pero hoy se calcula en US\$ 123 millones (sin contar el de Arequipa) de los cuales ya se ha gastado el 72%; de este porcentaje a su vez, se gastó el 96% en 1980-82. El número proyectado de camas es de 1,015 que es equivalente a la quinta parte del número de camas del IPSS en 1984: 4,966. El costo por cada cama se programa en US\$ 121,200.

La nueva administración del IPSS considera ahora, que estos hospitales son excesivamente grandes, sofisticados, costosos, no adecuados a las necesidades y basados en el énfasis en la medicina curativa. El estado de la edificación de estos cuatro proyectos es como sigue: el de Cusco está casi concluido restando sólo obras menores; el de Huancayo está paralizado pero casi concluido; el de Pucallpa está paralizado, aún requiere trabajo sustancial y continúa generando costos debido al alquiler de equipos que no se utilizan; y el de Arequipa está paralizado desde 1981, tiene varios pabellones concluidos pero los edificios principales aún no se han iniciado (44). Debido al alto costo que significa concluir estos hospitales, además de su equipamiento y mantenimiento, es obvio que la terminación de la mayoría es imposible, al menos en el mediano plazo.

Más aún, en vista de la subutilización de la capacidad hospitalaria ya instalada y las necesidades urgentes de atención básica de la salud, la inversión en dichos hospitales no es sólo ineficiente sino que constituye un mal uso de recursos muy escasos. Esto resulta particularmente obvio en el hospital de Arequipa cuyo departamento tiene la quinta cobertura poblacional más alta del Perú, muy superior al promedio nacional, y en cuanto a camas de hospital se ubica en segundo lugar (sólo debajo de Lima), y aunque tiene porcentaje de ocupación promedio, cuenta con un altísimo promedio de días de internamiento. También se aprecia la misma situación en los hospitales de Huancayo y Pucallpa que están ubicados en departamentos (Junín y Ucayali) cuya cobertura poblacional es respectivamente superior a la de otros 14 y 10 departamentos, cuya razón camas de hospital por habitante es superior o igual respectivamente a la de otros 12 y 11 departamentos y cuyos porcentajes regionales de ocupación hospitalaria son los más bajos del país (y para Huancayo el promedio regional de días de internamiento es de

(44) Entrevista con Rosa López, 13 de diciembre de 1985.

los más altos). (Ver Cuadros Nos. 3 y 21). Estos recursos debían haber sido invertidos en la construcción y equipamiento adecuado de puestos de salud, así como en el mantenimiento y reequipamiento de la actual infraestructura hospitalaria. Es imprescindible integrar, o al menos coordinar, la construcción y uso de la infraestructura de salud del IPSS, el MS y otros organismos públicos, para evitar duplicación y lagunas notables en la atención, así como facilitar el proceso de extensión de la cobertura real y mejorar la eficiencia.

5.4.7 Altos costos de medicamentos

El 85% de los laboratorios nacionales son filiales de laboratorios extranjeros con capital predominantemente foráneo y 60 de las 64 empresas farmacéuticas están ubicadas en Lima. En el costo de fabricación de un medicamento, el insumo importado representa de 45 al 50% del costo, y el Ministerio de Industria acepta como precio del insumo importado simplemente la factura que presenta el laboratorio importador, sin ningún otro control. Las variaciones de precio del mismo insumo importado son notables, por ejemplo pueden variar entre US\$ 50 y 1,200 por kilogramo. La industria farmacéutica se caracteriza por altos costos de producción ganancias y precios (45).

El 86% del total de medicamentos se vende por farmacias privadas, el restante 14% son productos genéricos, una mitad de los cuales distribuye el IPSS. Hasta 1983 no existía un petitorio básico de medicamentos, pero éste se inició tanto en el IPSS como en las clínicas contratadas y servicios de libre elección, esperándose con estas medidas un ahorro de US\$ 4.6 millones anuales. Por último el IPSS no utiliza (al menos hasta fines de 1984) la licitación pública para la compra de medicamentos y en general compra a unas pocas firmas, lo que eleva el precio. Otro aspecto que influye en el excesivo gasto en medicamentos está relacionado al abastecimiento hospitalario, que es sumamente deficiente. De otro lado no hay un control eficaz de la calidad del medicamento y su almacenamiento inadecuado provoca deterioro y pérdidas.

(45) Informe sobre Medicamentos, ANSSA-PERU.

6. COMPARACIONES INTERNACIONALES Y ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS PARA LA EXTENSION

6.1 Comparación del Perú con siete Países Latinoamericanos

Los Cuadros del No. 22 al 25 comparan el Perú con siete países latinoamericanos: Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Méjico y Panamá. De estos países sólo Ecuador se coloca, con Perú, en el grupo de ingreso medio bajo, el resto se ubican en el grupo de ingreso medio alto. Todos ellos, además de Argentina y Uruguay, con excepción de Ecuador, tienen sistemas de seguridad social más desarrollados que el Perú. Los restantes diez países latinoamericanos (así como Ecuador) tienen sistemas menos avanzados que el de Perú (46). No se incluyeron en la comparación los casos de Argentina y Uruguay porque sus programas de enfermedad-maternidad difieren notablemente del resto de América Latina y sus experiencias son difíciles de aplicar al caso peruano. Por otra parte se incluyó al Ecuador, a pesar del desarrollo inferior de su sistema, por tener una experiencia interesante (y potencialmente aplicable en Perú) de extensión de la cobertura poblacional de programa de enfermedad-maternidad.

El Cuadro No. 22 muestra que Perú tiene la cobertura más baja de población total y PEA con excepción del Ecuador; más aún la diferencia de cobertura de la población total en Perú con el país más cercano (Panamá) es de 37%. Tres países (Costa Rica, Méjico y Panamá) cuya ley inicial del programa de enfermedad-maternidad fue promulgada después que la primera ley peruana, tienen hoy una cobertura poblacional muy superior a la del Perú.

(46) El ordenamiento de los países por el desarrollo de la seguridad social proviene de El Desarrollo de la Seguridad Social. Se advierte que "desarrollo" no significa necesariamente "excelencia" del sistema.

Cuadro No.22

COMPARACIONES DE PERU CON SIETE PAISES LATINOAMERICANOS EN LA COBERTURA POBLACIONAL DE SALUD POR LA SEGURIDAD SOCIAL: PRINCIPIOS DE LOS 80'

PAIS	Fecha de la Primera ley creadora Programa Enfermedad-Maternidad	% de Cobertura en salud por la Seguridad Social (1980-1983)		Estructura de la población por grupos de edad (1983)			Diferencias extremas en el % de cobertura de la población total (1980-82)					
		TOTAL	PEA	0-14	15-64	65+	Por unid. geog.(a)		Por ramas de actividad económica			
							Inferior	Superior	Agric.	Manuf.	Públicos.	Servic. Person.
Brasil	1923	96	96	36.9	58.9	4.2	----	----	----	----	----	----
Costa Rica	1941	77	68	37.2	59.1	3.7	15.8	33.9	30.4	68.7	71.9	79.9
Cuba	1934	100	100	28.2	64.2	7.6	0.0	....	----	----	----	0.0
Chile	1924	67	62	30.9	63.6	5.5	39.3	95.6	58.6	89.9	109.4	46.0
Ecuador	1937	11	23	42.4	54.0	3.6	3.0	22.9	4.3	42.6	64.4	23.4
Mejico	1943	60	42	43.3	53.2	3.5	5.4	100.4	5.7	56.0	96.0	37.3
Panama	1941	55	54	38.7	56.9	4.4	12.7	73.3	----	----	----	----
Peru	1936	18	38	41.0	55.4	3.6	2.7	26.7	5.5	31.2	83.5	49.1

a Población total: el número de unidades geográficas (estados, provincias, departamentos, regiones) varía en cada país; en cada país se compara las unidades con el porcentaje de cobertura inferior y superior.

b PEA

c Sólo maternidad.

d De acuerdo con la ley.

FUENTE: El desarrollo de la seguridad social en América Latina excepto población por grupos; CRPAI, anuario Estadístico de América Latina 1984.

El Cuadro No. 25 compara las condiciones legales de las prestaciones monetarias y médico-hospitalarias del programa de enfermedad-maternidad. Tomando en cuenta el total de 12 indicadores del cuadro, a excepción del Ecuador, el resto tiene un sistema de prestaciones de salud superior al del Perú. En general las condiciones peruanas de adquisición son más estrictas.

Perú se ubica en penúltimo lugar en el rubro dependientes con derecho, superando sólo a Ecuador.

La consecuencia lógica de todo lo anterior debería ser que la cotización al programa de salud del IPSS fuera la menor de los ocho países. En la práctica es así, como lo muestra el Cuadro No. 23. La cotización salarial global del Perú es sólo superior a la de Chile, es igual a las de Méjico y Panamá, es inferior a las de Brasil y Ecuador, (que incluyen todos los programas de seguridad social) y Costa Rica. Pero este último país tiene cuatro veces la cobertura poblacional del Perú y prestaciones el doble más generosas. Estos aspectos relevantes muestran que Perú tiene la segunda proporción mayor del gasto de seguridad social dedicado a la salud (sólo superada por Costa Rica) y el mayor déficit en el programa de enfermedad-maternidad.

El porcentaje peruano en gasto de salud de IPSS/PBI es el quinto más alto (superado por Brasil, Costa Rica, Cuba y Panamá que tienen coberturas mucho mayores); nótese que Chile y Méjico, aunque tienen porcentajes inferiores, tienen una cobertura poblacional al menos tres veces más alta que el Perú.

Perú dedica recursos considerables a la atención de la salud pero ocupa, respectivamente, el sexto y séptimo lugar en cuanto a médicos y camas de hospital por habitante (Cuadro No. 24). Sin embargo, debe notarse que Brasil y Ecuador (con una proporción inferior de camas de hospital) tienen niveles de salud superiores a los del Perú. Más aún, una comparación con el resto de los países latinoamericanos demuestra que Perú tiene servicios superiores a casi todos ellos, pero niveles de salud inferiores, con muy pocas excepciones.

Entre las razones que en parte explican el pobre desempeño peruano se encuentran, el relativo abandono de la población materno-infantil y rural y la poca atención a la medicina preventiva y a las "enfermedades del subdesarrollo" que causan el mayor número de muertes. El Cuadro No. 24 indica también que la eficiencia administrativa del sistema peruano es comparativamente baja: sólo dos países tienen un

Cuadro No. 23

COMPARACIONES DE PERU CON SIETE PAISES LATINOAMERICANOS EN EL FINANCIAMIENTO
DE LA ATENCION DE SALUD POR LA SEGURIDAD SOCIAL

PAIS	% de cotizacion salarial para el programa de enfermedad-maternidad (1982-1984)			TOTAL	% del gasto total de seguridad social destinado a E-M	Balance contable como % de los Ingresos de E-M	Gastos Públicos de salud como % del PBI
	Asegurados	Empleador	Estado		(1960-82)	(1980-82)	(1979-82)
Brasil	8.0	8.0	---	16.0 (b)	24.3	----	4.0
Chile	6.5	---	---	6.5 (c)	21.7	24 (d)	2.4
Cuba	---	10.0 (e)	(e)	10.0 (d)	42.3	----	3.7
Costa Rica	5.5	9.2	1.3	16.0	74.8	(9)	7.3
Ecuador	5.0-7.0	6.0-7.0	---	11.0-14.0 (b)	34.3	----	1.1
Méjico	2.2	5.6	1.1	9.0	64.9	(10)	0.4
Panamá	1.0	8.0	---	9.0	54.6	(23)	4.8
Perú	3.0	6.0	---	9.0	66.9	(53)	2.8

- a Gastos de seguridad social y del ministerio de salud: en algunos países incluye otros organismos del sector público.
- b Cotización a todos los programas de seguridad social; la cotización de enfermedad maternidad no está separada. En Brasil el 25% se destina para la última.
- c Nuevo sistema 6%, sistema antiguo entre 5.6 y 6.5%.
- d Sistema antiguo (1980).
- e El estado financia todo el sistema de prestaciones de salud pero las empresas pagan una cotización de 10% sobre los salarios para prestaciones monetarias, incluidos los subsidios enfermedad y maternidad.

FUENTES: El desarrollo de la seguridad social; CEPAL, Anuario 1984; e información de institutos de seguridad social de los países.

Cuadro No. 24

COMPARACIONES DE PERU CON SIETE PAISES LATINOAMERICANOS EN SERVICIOS, NIVELES Y EFICIENCIA EN LA ADMINISTRACION DE LA SALUD POR LA SEGURIDAD SOCIAL: PRINCIPIOS DE LOS 80'

Pais	Camas de hospital por 1,000 habitantes (1980-82)	Médicos por 1,000 habitantes (1980-82)	Tasas de mortalidad		Proyección esperanza de vida al nacer (1980-85)	% Gastos administrativos del gasto total de seg. social (1980-83)	% Promedio ocupación hospitalaria (1979-83)	Promedio días internamiento hospitalario: (1979-83)
			General (1980-82)	Infantil (1980-82)				
:Brasil	4.2	7.8	8.4 (a)	70.6 (a)	63.4	12.0 (b)	0.0	0.0
:Chile	3.3	9.7	6.2	27.0	69.7	0.0	76.0	8.8
:Costa Rica	3.4	10.0	3.9	18.0	73	4.0	78.0	0.0
:Cuba	4.5	16.7	6.0	18.5	73.5	0.0	81.0	9.6
:Ecuador	1.8	7.8	7.1	63.9	61.3	26.0	58.0	8.2
:Méjico	1.2	9.6	6.4	38.8	65.7	0.0	67.0 (d)	4.6 (e)
:Panamá	3.8	9.3	4.0	20.0	71	0.0	0.0	0.0
:Perú	1.6	8.1	10.9	98.6	58.6	26.0	72.0	11.0

a Proyecciones 1980-1985.

b 1977.

c Excluye gastos de personal.

d IMSS-COPLAMAR

FUENTES: CEPAL, Anuario Estadístico 1984; El desarrollo...; OIT, El costo de la seguridad social 1978-1980 (Ginebra, 1985); y Cuadros del Perú.

COMPARACIONES DE PERU CON SIETE PAISES LATINOAMERICANOS EN PRESTACIONES DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD
POR LA SEGURIDAD SOCIAL: PRINCIPIOS DE LOS 80

País	Prestaciones monetarias				Prestaciones médico-hospitalarias				Dependiente con derecho ^a		
	Enfermedad		Maternidad		Semana de contribución						
	Semanas de contribución	% del salario	Semana de duración	Semana de contribución	Semana de duración	Enf.	Mat.	Semanas duración	Cónyuge	Hijos	Pad.
:Brasil	52	70-90	52.0	100.0	12.0	0.0 (a)	0.0 (a)	(e)	x	x	0
:Chile	13	100.0	13.0	100.0	13.0	0.0 (a)	0.0 (a)	0.0	x	x	0
:Costa Rica	4	50.0	26.0	50.0	8.0	4.0	13.0	52.0	x	x	0
:Cuba	0 (a)	60-90	11.0	100.0	18.0	0.0	0.0	(e)	x	x	x
:Ecuador	26	66-75	26.0	75.0	8.0	26.0	26.0	26.0	x	(c)	x
:Méjico	6	60.0	30.0	100.0	12.0	0.0	0.0	52-104	x	x	x
:Panamá	26	70.0	39.0	100.0	14.0	0.0	0.0	26.0	x	x	x
:Perú	13	100.0	39.0	100.0	12.0	26.0	26.0	52.0	(e)	(c)	0

a El derecho se concede por la simple condición de asegurado (trabajador en Cuba) sin período de calificación.

b Generalmente hasta los 18 años en algunos países incluye a mayores de 18 si son incapacitados estudiantes.

c Menores de un año.

d Solo Maternidad.

e Indefinido.

FUENTES: Mesa-Lago, "Financing Health Care in Latin America and the Caribbean", World Bank, 1983; El Desarrollo...; y Legislación de los países.

porcentaje de gastos administrativos más altos y, si se incluyera el gasto en personal, probablemente tendría el más alto porcentaje. Perú tiene un porcentaje de ocupación hospitalaria promedio (superado por Cuba, Costa Rica y Chile) pero cuenta con el mayor promedio de días de internamiento. Compárese a Perú con Méjico, este último tiene menos de la mitad del promedio de días de internamiento del Perú con 67% de ocupación contra 72% en Perú. Si se redujera el promedio de internamiento peruano (11 días) al promedio de Méjico 4.6 días, el porcentaje de ocupación peruano caería a 30%.

En resumen, los cuadros demuestran que el Perú dedica recursos relativamente altos a la atención de la salud pero dichos recursos no son asignados a las necesidades más urgentes, se concentran en el sector de la población con menor riesgo y en la medicina curativa. Además, los recursos se administran de manera muy ineficiente. Una reasignación de recursos a la población de mayor riesgo (materno-infantil y zonas rurales) con énfasis en la atención primaria, y las enfermedades del subdesarrollo, así como una mayor eficiencia en la administración de los recursos, tendrían un impacto notable en la extensión de la cobertura y el mejoramiento de los niveles de salud.

7. BIBLIOGRAFIA

- 1) BUSTIOS ROMANI, Carlos. Atención Médica y su Contexto. Perú 1963-1983. Lima, Escuela de Salud Pública del Perú, 1985.
- 2) DE FERIANI, David. Paving for Health Service in Developing Countries: An Overview. (Washington, D.C.: World Bank Staff Working Papers, No. 721, 1985), pp. 99-103.
- 3) MESA-LAGO, Carmelo. Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1979, pp. 136-141.
- 4) MESA-LAGO, Carmelo. Financing Health Care in Latin America and The Caribbean. World Bank, 1983.
- 5) NACIONES UNIDAS. Anuario Estadístico de América Latina 1984.
- 6) ZSCHOCK, Dieter K. "Medical Care Under Social Insurance in Latin America" en: Latin American Research Review, Vol. 20, (3), 1985.