

PA-ABE-061

State University of New York at Stony Brook
Group Health Association of America, Inc.
International Resources Group, Ltd.

Health Care Financing in Latin America and the Caribbean

Informe Tecnico

64342

INFORME ECONOMICO SOBRE LA EXTENSION DE
LA COBERTURA POBLACIONAL DEL PROGRAMA
DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD DEL IPSS

Carmelo Mesa-Lago

EQUIPO DEL PROYECTO DE IPSS-USAID SOBRE EXTENSION DE COBERTURA

COORDINADORES IPSS César San Román, Secretaría Ejecutiva
Roberto Yafat, Director de Salud
Nilo Vallejo, Cooperación Internacional

EQUIPO TECNICO IPSS Rosa López Gonzales, Gerencia Inversiones
Homero Gutiérrez, Estadística
Jorge Espinosa, Dirección Salud
Jorge Beltrán, Gerencia de Inversiones
Germán Urruñaga, Ofic. Actuariado
José Cavero Vicentelo, Ofic. Actuarial
Pablo Efrain Concha, IRAD
Alonso Vázquez, IRAD

COORDINADORA USAID Rita Fairbanks

ASESORES HCF/LAC Carmelo Mesa-Lago, Universidad
de Pittsburg, Pittsburgh, PA, EE UU
María Amparo Cruz-Saco, Economista,
Lima, Peru
Julio Castañeda, Medico,
Lima, Peru

INDICE

INTRODUCCION	4
<u>PORTE PRIMERA: EVALUACION DE LA COBERTURA POBLACIONAL Y SITUACION FINANCIERA ACTUAL DE EM-IPSS</u>	7
I. Cobertura Poblacional	7
1. Cifras de Activos Asegurados	9
2. Cifras de Asegurados Dependientes	11
II. Situación Financiera Actual	14
1. Equilibrio Financiero y Actuarial	14
2. Ingresos	21
a. Aportaciones de Empleadores y Asegurados	21
b. Aportación y Deuda del Estado	26
c. Rendimiento de la Inversión	29
3. Egresos	33
a. Gastos de Personal	35
b. Otros Gastos	38
i. Subsidio por enfermedad.	38
ii. Medicamentos	39
iii. Servicios Contratados. Libre Elección y Tratamiento en el Extranjero	40
iv. Integración del IPSS con el MS	41
v. Eficiencia Hospitalaria	44
4. La Crisis y el Plan de Emergencia de 1988	46

III. Conclusiones	51
<u>PARTE SEGUNDA:</u> PRIORIDADES DEPARTAMENTALES PARA LA EXTENSION DE LA COBERTURA DE EM-IPSS Y PERFIL DE SALUD DEPARTAMENTAL	53
I. Pricridades Departamentales para la Extensión	53
1. Procedimiento para Establecer un Ordenamiento de Departamentos	64
2. Aplicación del Análisis Factorial y Primer Ordenamiento .	59
3. El Ordenamiento Final de los Departamentos	64
4. Apéndice	66
II. Perfil de Salud Departamental	69
<u>PARTE TERCERA:</u> EL COSTO DE EXTENDER LA COBERTURA POBLACIONAL	81
I. Resumen de la Legislación vigente sobre Extensión de Cobertura	81
II. Cálculo de la Población a Cubrir por Grupos	83
III. Cálculos del Costo de la Extensión Usando Diversas Alternativas	88
IV. Recomendaciones de Políticas para la Extensión	95

INTRODUCCION

Este informe se compone de tres partes. La primera es una evaluación de la cobertura poblacional y de la situación financiera actual del programa de enfermedad-maternidad (EM) del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) a fin de determinar la población cubierta y las posibilidades financieras de su extensión. La segunda parte fija las prioridades departamentales para la extensión de cobertura y presenta un perfil de salud departamental, con el objeto de determinar el ordenamiento de dichos departamentos en cuanto a sus necesidades de atención de salud. En la tercera parte se hace una estimación del número de personas (asegurados activos y dependientes) en cada uno de los grupos poblacionales a los que la ley ordena la extensión de cobertura, así como del costo de dicha extensión (por grupo y en general, en base a distintos niveles de atención de salud) y recomendaciones de política sobre como llevar a cabo la extensión.

El informe se preparó en cuatro etapas. En la primera (19 al 30 de septiembre) el director del proyecto se entrevistó con las autoridades de AID y el IPSS, así como con los dos consultores peruanos, diseñó el estudio, entrevistó a numerosos funcionarios del IPSS, recopiló la documentación básica, seleccionó y se entrevistó con el equipo del IPSS, preparó instrucciones para los principios integrantes del equipo, y realizó otros arreglos de local, administrativos, etc. En la segunda etapa (1º al 30 de octubre) los dos consultores peruanos, conjuntamente con el equipo del IPSS, recopilaron material adicional, realizaron cálculos y prepararon los cuadros básicos necesarios para el informe; también en esta etapa el equipo peruano escribió el primer borrador del ordenamiento departamental y preparó estimados gruesos del costo de extensión. En la tercera etapa (31 octubre a 12 de noviembre) el director del proyecto viajó de nuevo a

Lima y trabajó con el equipo: revisando y completando la información estadística para la primera parte del informe; discutiendo, revisando y completando la segunda parte; y revisando los cálculos de la tercera parte y elaborando, en conjunto, las recomendaciones de política. En la cuarta etapa (14 de noviembre a 9 de diciembre) el equipo peruano completó material adicional relacionado con las partes segunda y tercera y el director del proyecto redactó el informe final en Pittsburgh.

La primera parte de este informe fue preparada por Mesa-Lago, con apoyo estadístico de López y Cruz-Saco. En la segunda parte, el ordenamiento departamental y el ejercicio de análisis factorial fueron preparados por Cruz-Saco, y el perfil departamental por Castañeda, con apoyo de Mesa-Lago y López. La tercera parte fue preparada en conjunto por Mesa-Lago, Castañeda, López y Cruz-Saco.

La lista completa de todos los integrantes del equipo se inserta en este informe. Un reconocimiento especial se da aquí a varios funcionarios del IPSS que brindaron un apoyo extraordinario al proyecto: el Dr. Nilo Vallejo que además de los arreglos de coordinación, facilitó una oficina, equipo y material de computación y apoyo de personal y administrativo; a Rosa López Gonzáles que coordinó la labor del equipo de trabajo del IPSS, suministró material estadístico, preparó numerosos cálculos y dió apoyo valioso al director y a los dos consultores peruanos: a Homero Gutiérrez, Jorge Beltrán, Germán Urruñaga y José Cavero Vicentelo que realizaron numerosas estimaciones, evacuaron consultas, y digitaron los cuadros estadísticos: al Dr. Romualdo Biaggi, Dr. Jorge Espinoza, Félix Chalco, Enrique Castro Collado, Jaime Llosa, Elberto Molina y Javier Rubatto, que

suministraron personal, información o apoyo administrativo al proyecto; y a Pablo Efraín Concha, Alonso Vázquez, Ernesto Pinto y Rosa Liza Newton que suministraron información y/o evacuaron consultas.

El director del proyecto asume la responsabilidad plena por lo que se dice en este informe.

PARTE PRIMERA
EVALUACION DE LA COBERTURA POBLACIONAL Y
SITUACION FINANCIERA ACTUAL DEL
PROGRAMA DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD
DEL IPSS

Antes de poder hacer un estudio de la posible extensión de la cobertura poblacional del programa de enfermedad-maternidad (EM) del IPSS, es necesario: (1) evaluar la acuciosidad de las cifras de cobertura actual al efecto de determinar cuantas personas están realmente cubiertas y, por tanto, cuantas carecen de protección; y (2) analizar la situación financiera actual de EM y del IPSS en general, con el objeto de evaluar las posibilidades financieras de la extensión de cobertura. Ambos estudios se llevan a cabo en esta primera parte del informe.

Por cuanto ANSSA realizó un estudio profundo de EM a fines de 1985[1], este informe descansa en el mismo para el período anterior a 1986 pero añade información estadística y análisis sobre los años 1986-1988. Con respecto al último año, la información de base se recopiló en octubre y hasta principios de noviembre. Sólo se ha añadido información de principios de diciembre sobre la inflación, debido al crecimiento acentuado de ésta.

I. COBERTURA POBLACIONAL

No hay duda que a partir de 1985 el IPSS ha incrementado notablemente la cobertura de los dependientes asegurados. Antes de esa fecha la cobertura efectiva de dependientes en Perú era una de las más reducidas en América Latina.

pués sólo cubría al cónyuge en maternidad y a hijos de un año en control de crecimiento y vacunaciones[1]. Una ley de 1979 había establecido la obligación de otorgar atención integral de salud al cónyuge e hijos dependientes, pero el IPSS no había tomado las acciones necesarias para implantar dicha obligación. A fines de 1985 el IPSS dictó una disposición interna ordenando la extensión de la atención integral a la esposa e hijos hasta los 14 años y, en 1986, se dictó otra disposición ordenando incrementar la cobertura de los hijos hasta los 18 años de edad[14]. Estas disposiciones, unidas a la ampliación de la infraestructura de salud del IPSS han permitido una aceleración en la cobertura poblacional en 1985-1988. Sin embargo no hay cifras acuciosas sobre la magnitud de dicha extensión.

A los efectos de estimar la población no cubierta por el IPSS (y el posible costo de extensión de cobertura a la misma) es necesario primero tratar de refinar las cifras de la población cubierta actualmente. El IPSS ha usado desde 1985 los términos de cobertura "legal" y "real": la "legal" es la estimada de acuerdo con la ley (por ejemplo, la ley de 1979) que no ha sido regulada por disposición interna del IPSS y la "real" se refiere a la última (por ejemplo: disposiciones de 1985 y 1986)[30]. Ninguno de los dos términos implica acceso real a los beneficios.

El Cuadro 1, presenta los estimados de la Dirección de Estadística del IPSS, basados en la llamada cobertura "real". Nótese que en 1985 ocurre un aumento de más de 9 veces en el número de cónyuges y de casi 17 veces en el número de hijos dependientes. Esto se debe al pase de la disposición del IPSS de 1985 pero es imposible que en tan poco tiempo haya ocurrido en realidad tal incremento en la cobertura. La cobertura "legal" a campesinos no ha sido regulada por disposición interna y no se incluye en el Cuadro 1. En la misma situación se encuentran los grupos a los que la ley de diciembre de 1987 extendió la cobertura "legal" (Ver Parte Tercera). La cobertura a trabajadores del hogar

(servicio doméstico) se legisló y reguló desde hace muchos años, pero no se presentaron cifras desagregadas sino a partir de 1986. La cobertura de amas de casa está regulada pero es voluntaria y se incluye dentro de facultativos en el Cuadro 1 [30].

A los efectos de determinar la cobertura (acceso) real revisaremos las cifras existentes sobre activos y dependientes asegurados.

1. Cifras de Activos Asegurados

Las cifras de registro de activos asegurados del IPSS son muy deficientes, pues no existen records anteriores a 1975 y, partir de dicha fecha, el registro no se ha limplado de bajas (por muertes, jubilación, emigración o retiro del mercado de trabajo). Aunque se está haciendo un intento de limpieza el registro por IRAD, aún no se dispone de cifras adecuadas. Los estimados de asegurados activos del Cuadro 1, son preparados por la Dirección de Estadística con base a la PEA dada por el censo de población de 1981 (asumiendo que todos los obreros y empleados están cubiertos) a la que se le ha añadido el incremento anual de la PEA estimado por el INE. Dichas estimaciones asumen que las disposiciones legales se ejecutan sin excepción, o sea, que no hay evasión. Además no tienen en cuenta que, debido a la crisis económica de los ochenta, el promedio de ocupación formal ha decrecido mientras que el de la ocupación informal (trabajadores independientes, para un familiar sin paga, etc.) y el desempleo han aumentado (y estos grupos no están cubiertos por el IPSS). Por último en dichas estimaciones con base en la PEA no se tiene en cuenta los muertos, emigrados, jubilados y otras bajas de la fuerza laboral que han ocurrido desde 1981 [25, 30, 36].

CUADRO No 1

ESTIMADOS DE COBERTURA POBLACIONAL DEL PROGRAMA ENFERMEDAD - MATERNIDAD DEL IPSS, PERU: 1975-1988
(en miles)

AÑOS	POBLACION:		ASEGURADOS ACTIVOS			DEPENDIENTES			PENSIONISTAS: (e)	TOTAL	PORCENTAJE DE COBERTURA
	TOTAL	Asalariados(a)	Facultativos	Otros(b)	Total	Conyuges(c)	Hijos(d)	Total			
1975	15,161	1,562	17	n.d.	1,579	n.d.	n.d.	0	n.d.		0.0
1980	17,295	1,917	39	47	2,003	70	72	142	128	2,273	13.1
1981	17,755	2,039	50	49	2,138	73	80	153	149	2,440	13.7
1982	18,226	2,116	61	51	2,228	76	83	159	161	2,540	14.0
1983	18,707	2,190	74	54	2,318	79	87	166	181	2,665	14.2
1984	19,198	2,265	87	56	2,408	82	91	173	203	2,784	14.5
1985	19,698	2,345	101	59	2,505	767	1,760	2,527	211	5,243	26.6
1986	20,207	2,428	116	61	2,605	790	2,017	2,807	225	5,637	27.9
1987	20,727	2,515	131	64	2,710	820	2,106	2,926	240	5,876	28.3
1988	21,256	2,603	148	67	2,818	860	2,191	3,051	253	6,122	28.8

(a) Excluye a fuerzas armadas y policiales, pescadores y jinetes de hipodromo; todos los cuales tienen regimenes independientes.

(b) Trabajadoras del hogar (servicio domestico).

(c) Conyuges de activos y pasivos con derecho solo a prestaciones de maternidad hasta 1985, con posterioridad, atencion integral

(d) Hijos menores de un ano, con derecho a atencion ambulatoria hasta 1985, con posterioridad, atencion integral.

(e) Incluye pensionados de vejez, invalidez, muerte y riesgos profesionales; incluso los del sector publico; excluye pensionados de las fuerzas armadas y policiales, pesca y jinetes de hipodromo.

FUENTE: Estimados de la Direccion de Estadistica del IPSS, Noviembre de 1988.

A los efectos de calcular la sobreestimación de la cobertura de los asegurados activos en el Cuadro 1, se hicieron varios chequeos, dos de ellos resumidos en el Cuadro 2. Primero (A) se compararon en 1988 los referidos estimados para obreros y empleados en Lima Metropolitana y Callao, con las cifras de reinscripción de IRAD para dicho sector ocupacional y zona (ajustando ambas series, para hacerlas compatibles). Las cifras de IRAD parecen ser las más precisas disponibles, pues se basan en un chequeo cuadra por cuadra de los empleadores y sus trabajadores. Se sabe que IRAD no ha detectado a todos los empleadores y sus trabajadores, pero los trabajadores de empleadores evasores no son asegurados y, por tanto, no deben ser incluidos en la cobertura del IPSS. La última línea de la comparación A indica que las cifras de la Dirección de Estadística sobreestiman la cobertura en más del 36%. Una comparación similar (B) pero a nivel nacional y agregando asegurados facultativos, trabajadores del hogar y otros asegurados activos, mostró una sobreestimación de casi el 32%. Por último, una comparación de obreros y empleados entre los estimados de la cobertura de la Dirección de Estadística (2,428,000) y la PEA asalariada (2,145,088) calculada con base a una encuesta de hogares, ambos para 1985-1986, demuestra que los primeros son 13% mayores que la segunda, o sea, que aparecen más asegurados que obreros y empleados en la PEA. En resumen, existe probablemente una sobreestimación entre el 32% y el 36% del número de asegurados activos en el Cuadro 1, o sea, entre 900.000 y un millón de trabajadores que aparecen como cubiertos y probablemente no lo están.

2. Cifras de Asegurados Dependientes

Las cifras de dependientes asegurados en el Cuadro 1, son aún más inciertas que las cifras de activos, pues se basan en las disposiciones legales y en

CUADRO No 2

CALCULOS DE LA SOBREESTIMACION DEL NUMERO DE ASEGURADOS EN E-N EN EL IPSS:1988
(miles)

A. COMPARACION ENTRE ESTIMADOS ESTADISTICOS Y CIFRAS DE REINSCRIPCION DE OBREROS Y EMPLEADOS:LIMA-CALLAO:1988

ZONA	DIRECCION DE ESTADISTICA (Estimado)	DIRECCION DE IRAD (Reinscripcion)	% DE SOBRE- ESTIMACION
LIMA METROPOLITANA SUR	370.0	224.9	64.5
LIMA METROPOLITANA CENTRO	124.7	252.8	-50.9 (d)
LIMA METROPOLITANA OESTE	185.2	130.6	41.8
LIMA METROPOLITANA NORTE	321.2	77.0	317.1 (d)
LIMA METROPOLITANA ESTE	236.3	96.4	145.1
OTROS	70.2 (a)	62.6 (a)	12.1
CALLAO	129.1	78.7	64.0
SUB-TOTAL	1,436.7	924.0	-
AJUSTE	-109.6 (b)	50.0 (c)	-
TOTAL	1,327.1	974.0	36.3

- (a) Centro chico en Estadística y solo Chosica en IRAD.
 (b) Se restan 34.220 trabajadoras del hogar y 75.420 facultativos no incluidos en IRAD.
 (c) Se anaden 50,000.parte construccion civil (obreros temporales).parte empleados del gobierno central y parte pequenos distritos no incluidos en IRAD.
 (d) La subestimación en Lima Centro. se debe a que las cifras de la Dirección de Estadística se basan en viviendas mientras que las de IRAD en empresas: Hay muchos que trabajan en el Centro pero viven afuera. Por lo contrario la sobreestimación en Lima Norte se debe a la gran concentración de personas que viven en esta zona pero no trabajan en ella y lo hacen en otras zonas. vr.gr., en el Centro.

B. COMPARACION ENTRE ESTIMADOS ESTADISTICOS Y CIFRAS DE REINSCRIPCION DE ACTIVOS DEL IPSS A NIVEL NACIONAL:1988

ZONA	DIRECCION DE ESTADISTICA (Estimado)	DIRECCION DE IRAD (Reinscripcion)	% DE SOBRE- ESTIMACION
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO	1,436.7	1,009.7	42.3
Empleados y Obreros	1,327.1	873.9	51.9
Facultativos	75.4	84.0	-10.2
Trabajadoras del Hogar	34.2	38.3	-10.7
Otros		13.5	
LIMA PROVINCIAS	170.1	120.9	40.7
RESTO DE LA REPUBLICA	1,212.1	1,007.2	20.3
TOTAL	2,818.9	2,137.8	31.9

FUENTES:IPSS:Direccion de Estadística e IRAD.Noviembre 1988.

un promedio estimado de hijos por asegurado. Aunque hay un proceso de inscripción de dependientes (cónyuge e hijos) no se pudo verificar la acuciosidad de dichas cifras. Se reportó que la inscripción de hijos se ha acelerado desde 1986, debido a la publicidad y que en muchos se da atención a no inscritos y luego se les inscribe, pero hubo versiones conflictivas sobre esto último. También se aduce que ha habido un fuerte incremento de la demanda de servicios de salud del IPSS, debido a la extensión a los hijos y que esto ha provocado incremento de gastos, falta de suministros, etc. [25] A pesar de toda esta evidencia, ya se notó anteriormente la imposibilidad de efectuar un incremento de 17 veces en la cobertura de hijos dependientes y de 9 veces en la de cónyuges en sólo unos meses. Si aplicamos las proporciones de cónyuge-hijo dependiente por asegurado activo basadas en cifras de la Dirección de Estadística, a la sobreestimación de alrededor de un millón de asegurados activos, tendremos que aproximadamente un millón de los dependientes que aparecen en el Cuadro 1 no estarían cubiertos.

El análisis anterior indica que puede haber unos dos millones de personas que aparecen como cubiertos por Enfermedad-Maternidad en el IPSS, pero en realidad probablemente no lo están (por tanto reduciendo la cobertura real del IPSS a unos cuatro millones en vez de seis millones). Esto significa que al considerar la extensión a la población cubierta, deben incluirse esos dos millones que legalmente deberían estar cubiertos pero que en la práctica no lo están. También se concluye que debe continuarse y reforzarse la labor de reinscripción y control de empleadores a los efectos de reducir la evasión y asegurar a un potencial de un millón de trabajadores y sus dependientes.

II. SITUACION FINANCIERA ACTUAL

En esta sección se analiza el estado financiero actual del programa de enfermedad-maternidad (EM) del IPSS a los efectos de evaluar las posibilidades financieras de la extensión de la cobertura poblacional. Primero se discute el equilibrio financiero y actuarial hasta mediados de 1988, luego las diversas fuentes de ingresos así como los egresos y, por último, las causas de la crisis actual y el Plan de Emergencia.

1. Equilibrio Financiero y Actuarial

No hay una serie estadística completa mostrando el balance de ingresos y egresos, por programas, del IPSS que incluya todas las transferencias de uno a otro programa. La información disponible sugiere que el IPSS (todos los programas) generó un superávit global en 1975-81 pero deficitó en 1982-84, hubo un superávit sustancial en 1985, existen cifras contradictorias sobre el equilibrio de 1986 y hay déficits crecientes en 1987-88. Los dos programas principales del IPSS son EM y pensiones; a partir de 1978 el primero efectúa la mayoría de los gastos del IPSS. Como porcentaje del total de gastos del IPSS, el gasto de EM creció de 40% a 64% en 1975-82 pero descendió al 58% en 1987 (Cuadro 3).

El balance de ingresos y egresos de EM (en intis corrientes y constantes), en 1975-88, se presenta en el Cuadro 4. El mismo incluye todos los ingresos corrientes y de capital de EM: por aportaciones de empleadores y asegurados; transferencias de los aportes de pensionistas para su atención en EM; aporte del porcentaje del ingreso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (SATEP) para atención de salud; y "uso de recursos preexistentes", o sea,

CUADRO No 3

POCENTAJE DEL GASTO DE SALUD EN EL TOTAL DE GASTOS DEL IPSS. PERU: 1975-1987

(millones de intis corrientes)

ANOS	GASTOS TOTALES	GASTOS DE SALUD (a)	PORCENTAJE
1975-76	31.1	12.5	40.2
1977	22.1	10.4	47.1
1978	33.3	16.9	50.8
1979	61.2	33.0	53.9
1980	128.2	67.3	52.5
1981	233.2	145.3	62.3
1982	380.0	242.4	63.8
1983	630.2	395.4	62.9
1984	1.188.2	684.1	57.6
1985	3.050.9	1.713.8	56.2
1986	7.720.7	3.997.2	51.8
1987	16.346.8	9.497.7	58.1

(a) Excluye gastos administrativos centrales en 1975-1980.

FUENTE: ANSSA. 1986 y Cuadro No 4

CUADRO No 4

BALANCE DE INGRESOS Y GASTOS TOTALES DE SALUD DEL IPSS.PERU 1975-1988

(Millones de Intis)

AÑOS	INTIS CORRIENTES			DEFLACTOR 1979=100.0 (c)	INTIS CONSTANTES		
	INGRESOS (a)	GASTOS (b)	BALANCE		INGRESOS	GASTOS	BALANCE
1975	6.9	5.4	1.5	22.3	30.9	24.2	6.7
1976	8.4	7.1	1.3	28.8	29.2	24.7	4.5
1977	9.0	10.4	-1.4	38.9	23.1	26.7	-3.6
1978	12.9	16.9	-4.0	62.8	20.5	25.9	-6.4
1979	23.9	33.0	-9.1	100.0	23.9	33.0	-9.1
1980	63.6	67.3	-3.7	163.6	38.9	41.1	-2.3
1981	125.0	145.3	-20.3	286.0	43.7	50.8	-7.1
1982	176.5	242.4	-65.9	465.8	37.9	52.0	-14.1
1983	293.5	395.4	-102.8	973.6	30.2	40.7	-10.5
1984	611.0	684.1	-73.1	2.061.2	29.6	33.2	-3.5
1985	1.852.3	1.713.8	138.5	5.516.9	33.6	31.1	2.5
1986	3.951.8	3.997.2	-45.4	9.679.7	40.8	41.3	-0.5
1987	8.541.2	9.497.7	-956.5	18.606.0	45.9	51.0	-5.1
1988 (d)	17.002.9	17.401.2	-398.3	136.568.0	12.5	12.7	-0.3

(a) Incluye ingresos corrientes y de capital del programa de E-M.mas transferencias del fondo de pensiones para atencion de pensionados en E-M;mas ingresos corrientes y de capital del fondo de riesgos de enfermedades profesionales transferidos a E-M para atencion de salud (esta transferencia se excluye en 1975-79).Excluye "recursos pre-existentes" (vr.gr. uso de reservas) de 1985 en adelante.

(b) Incluye gastos corrientes y de capital ejecutados del programa E-M y del programa de riesgos de enfermedades profesionales en salud (este ultimo se excluye en 1975-79);excluye gastos administrativos centrales en 1975-80

(c) Se utilizo el IPC-INE.

(d) A Setiembre 30.

FUENTE:ANSSA 1986 e IPSS:Contabilidad General y Tesoreria.Noviembre 1988.

extracción de reservas (este último hasta 1984). Los egresos corrientes y de capital incluyen los correspondientes a EM y al SATEP, la asignación a EM de parte del gasto administrativo central (desde 1981), los gastos financieros (servicio de deuda), así como las inversiones financieras y reales (físicas) y los estudios, reparación de mobiliario, etc. Esta reestructuración de ingresos y egresos se ha hecho para dar una versión más realista del equilibrio financiero de EM.

El Cuadro 4 muestra que, en intis corrientes, desde 1977, el balance de EM ha arrojado un déficit anual excepto en 1985. El déficit se reduce en 1980 y en 1984 debido a que tanto el porcentaje de aportación como el máximo de remuneración asegurable se incrementaron a fines de 1979 y 1984; el impacto de este último aumento influyó también el superávit de 1985. También contribuyeron al superávit: un aumento de pagos de empleadores privados, el pago de parte de la aportación del Estado como empleador y el rezago de los salarios del personal del IPSS con relación a la inflación (la caída en el salario real venía ocurriendo desde años anteriores y se compensó con el convenio colectivo de 1986 que indexó dichos salarios).

Las series de ingresos y de gastos en intis constantes muestran tendencias diferentes: los ingresos tienen ciclos en parte motivados por los referidos aumentos en la aportación, mientras que los gastos tienden a aumentar excepto en periodos de alta inflación como en 1983-1985 y especialmente en 1988. El principal factor que motiva esta tendencia creciente del gasto de EM es el costo de personal (ver sección 3-a).

El déficit acumulativo de EM ascendió en 1975-88 a 44 millones de intis constantes. En 1980-84 el déficit anual se redujo en parte porque, dentro de los ingresos, se incluyó el uso de la reserva de EM la que prácticamente desapareció

en 1984 según se verá más adelante. La otra parte del déficit se cubrió, hasta 1983, con préstamos del fondo de pensiones, préstamos que nunca se amortizaron ni pagaron intereses adecuados, contribuyendo así a la reducción de la reserva del fondo de pensiones. Además el fondo de pensiones ha asumido tradicionalmente gran parte del gasto administrativo central, lo que envuelve otro subsidio a EM. En 1983 se prohibieron los préstamos del fondo de pensiones a EM, a partir de entonces el déficit de EM se ha cubierto con uso de la reserva de EM y traspasos de las reservas del fondo de pensiones y del fondo de pensiones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (SATEP). El Cuadro 5 muestra como, en 1988, se redujo el déficit de EM en enero-junio con un traspaso de 73 millones de SATEP, y en julio con el uso de 459 millones de las reservas de EM y SATEP.

El Cuadro 6 muestra las reservas legales requeridas por EM comparadas con la reserva actual y el balance resultante en 1975-88. Desde 1980 existe un déficit en la reserva requerida. La reserva actual en intis constantes creció hasta 1977, se redujo drásticamente en 1978-84 hasta casi desaparecer como resultado de su uso para reducir el déficit de EM (nótese que el incremento de aportación en 1979 no evitó la erosión de la reserva), creció en 1985-86 y volvió a reducirse a un nivel precario en 1988.

El análisis anterior muestra que EM no puede sufragar sus gastos con el porcentaje de aportación establecido y por ello ha tenido que agotar sus reservas y recurrir a subsidios, préstamos y traspasos procedentes de los fondos de pensiones, descapitalizando a estos. Los aumentos del porcentaje de aportación y tope en 1979 y 1984 sólo lograron una breve mejoría en el equilibrio financiero de EM pero la tendencia creciente del gasto ha provocado un déficit persistente y crisis periódicas. En 1988 ha ocurrido una nueva crisis que ha obligado a un Plan de Emergencia (ver sección 4). Es necesario que EM se autofinancie y ello

CUADRO N° 5

BALANCE DE INGRESOS Y GASTOS TOTALES DE SALUD DE ILPSS: 1988

(Millones de Intis)

CONCEPTO	ENERO A JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
INGRESOS					
REGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD (D. L. No. 22482)	8.143.5	1.782.5	3.050.9	2.845.9	15.822.8
SEGURO ACC. TRAB. Y ENFER. PROF. (D.L. No. 18846)	599.2	136.8	236.3	207.8	1.180.1
TOTAL INGRESOS	8.742.7	1.919.3	3.287.2	3.053.7	17.002.9
GASTOS					
SYSTEMA DE SALUD	7.635.8	1.997.7	2.301.3	3.047.1	14.982.9
ADMINISTRACION	716.8	199.3	266.6	383.2	1.565.9
INVERSIONES	480.6	36.1	52.0	83.9	652.6
FINANCIEROS (1)	0.3	44.5	55.5	99.5	199.8
TOTAL GASTOS	8.834.5	2.277.6	2.675.4	3.613.7	17.401.2
SUPERAVIT o DEFICIT	-91.8	-358.3	-611.8	-560.0	-398.3
USO DE RESERVAS	73.0	458.8	0.0	0.0	531.8
SALDO FINAL	18.8	100.5	611.8	-560.0	133.5

(1) Se ha considerado el 50% del total del gasto por no disponer de información en forma discriminada.

FUENTE: Dirección General de Tesorería. Noviembre 1988

CUADRO N° 6

EVOLUCION DE LAS RESERVAS FINANCIERAS REALES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDAD - MATERNIDAD IPSS-PERU: 1975-1988

(Mile de Intis)

ANOS	RESER. REQUERIDA X LEY (Precios Ctes.) (a)	RESERVA ACTUAL (Precios Ctes.)	SUPERAVIT o DEFICIT	DEFLACTOR (1979=100.0) (b)	RESERVA ACTUAL (Precios de 1979)
1975	-	5.885	-	22.3	30.874
1976	1.990	8.322	5.432	28.8	28.895
1977	2.310	9.287	5.977	38.9	23.874
1978	2.400	9.530	7.130	62.8	15.175
1979	2.290	10.524	8.234	100.0	10.524
1980	5.360	5.941	(419)	153.5	3.531
1981	15.420	239	(15.181)	285.0	84
1982	32.351	317	(32.034)	465.8	68
1983	44.471	106	(44.365)	973.6	11
1984	70.557	253	(70.404)	2.061.2	12
1985	140.425	159.130	28.705	5.516.9	3.066
1986	439.969	403.938	(36.031)	9.579.7	4.173
1987	977.587	304.832	(672.755)	18.505.0	1.538
1988	2.093.235	487.534 (c)	(1.595.501)	309.725.0 (d)	157 (d)

(a) Estimado: 30% (Ingresos and anterior menos los gastos administrativos y de IRAD, menos gastos financieros)

(b) Se aplica la misma definicion del deflactor del Cuadro No. 4

(c) Reserva al 31 de Agosto de 1988

(d) Inflacion estimada para todo el año; si se usara el deflactor para Enero-Agosto la reserva actual a precios de 1979 seria 764 miles de intis.

FUENTE: Reserva a Precios Corrientes de Jose Barsallo Burqa "POWENCIA SOBRE FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD EN EL IPSS" Lima. 22-25 Octubre 1985 y actualizadas en Noviembre 1988. Reserva Legal, Inflacion y Reservas a precios de 1979 de calculos de ANSSA, actualizados a Diciembre de 1988 con cifras de la Gerencia de Inversiones -Sub Gerencia de Inversiones Financieras.

requiere aumentar el porcentaje de aportación y eliminar el máximo de remuneración asegurable de los empleadores. Pero es necesario también controlar estrictamente el gasto de EM y aumentar su eficiencia. De otra manera el aumento en los aportes sólo dará un respiro y recurrirá la crisis, haciendo aún más difícil otro incremento de aportes. En las secciones siguientes se analizan estos problemas.

2. Ingresos

Las principales fuentes legales de ingresos de EM son tres: (a) aportaciones (cotización salarial) de empleadores y asegurados; (b) aporte del Estado como tal; y (c) rendimiento de las inversiones.

a. Aportaciones de Empleadores y Asegurados

De acuerdo con la Constitución, los empleadores, los asegurados y el Estado como tal (a más de como empleador) deben aportar obligatoriamente a la seguridad social. En 1985-1987, un promedio del 93% de los ingresos de EM procedió de las cotizaciones de empleadores y trabajadores (el 94% en el primer semestre de 1988). A fines de 1984 se aumentó en 1.5% el porcentaje de aportación del asalariado más el empleador a EM, ascendiendo hoy el total a 9% (los independientes facultativos pagan 9%). lo que coloca al Perú entre los cinco países con cotización más alta de América Latina. Sin embargo, dos de los cuatro países con porcentaje de aportación superior a la del Perú tienen una cobertura poblacional más alta (Costa Rica y Panamá) y tres países con un porcentaje inferior tienen cobertura poblacional superior (Argentina, Chile y Uruguay).

Como ya se ha visto, a pesar del alto porcentaje de aportación, el programa EM tradicionalmente ha arrojado déficit y ha tenido que ser subsidiado por otros programas del IPSS. Parte del problema son los altísimos gastos (ver sección 3), parte es la evasión y mora de empleadores. No sólo el Estado no ha cumplido hasta ahora el mandato constitucional de aportar como tal sino, además, es el principal deudor como empleador (ver sección 2-b).

La evasión de los empleadores privados se estimaba conservadoramente en 1985 entre el 35% y el 40% de las aportaciones y el 65% de los empleadores [1]. Ya se ha visto (sección 1) que para 1988 calculamos una brecha de entre 32% y 36% del número de trabajadores que debía estar cubierto pero no están reinscritos (cotizantes) lo que es equivalente a evasión. No existe un cálculo preciso sobre el porcentaje de evasión actual en el IPSS. La mora patronal también es un problema de gran importancia. Un experto ha dicho sobre esto: "Los empleadores acumulan sus adeudos de tal manera que se les hace difícil el pago, luego presionan políticamente para que les condonen la deuda o se les faculte su pago con dinero devaluado ...(o bien) desaparecen o cambian de denominación social burlando definitivamente el pago"[22]. La deuda patronal creció de 60 millones de intls a principios de 1983 a 437 millones a mediados de 1985 a 3,421 millones a mediados de 1988 [1, 11]. En términos reales (eliminando la inflación) la deuda patronal aumentó (en intls constantes de 1979) de 6.2 millones en 1983 a 8.1 millones en junio de 1988. Sin embargo debido a la inflación galopante de la segunda mitad de 1988, la deuda patronal deflacionada podría reducirse a un millón de intls a fines de este año.

Las causas principales de la evasión/mora patronal son las siguientes: (a) la falta de un registro, cuenta corriente de empleadores y cuenta individual de asegurados; (b) la espiral inflacionaria, pues el pago de la deuda atrasada en intls

corrientes (no indexada) estimula la mora ya que el empleador puede devolverla con moneda devaluada; (c) la reducida sanción económica a los morosos, ya que se les carga sólo el 8% mensual (16% desde septiembre de 1988), más una multa de 3,500 a 35,000 intis cuando la tasa de inflación en septiembre de 1988 fue de 114%, de 41% en octubre y de 150% en noviembre (o sea que al moroso le conviene demorar el pago y colocar el adeudo en el mercado financiero con un alto rendimiento, a fin de obtener una ganancia jugosa); (d) el deficiente sistema de inspección, detección y ejecución; (e) el otorgamiento frecuente de moratorias de intereses y multas así como de convenios de pago a mediano plazo con pobre efectividad en el subsiguiente control de pagos; y (f) el mal ejemplo del Estado, el principal moroso [1].

El pequeño tamaño de muchas empresas es otra causa de evasión. En 1988 un análisis de Lima Metropolitana Sur (que se considera representativa del universo) mostró que las empresas con más de 6 trabajadores constituyen sólo el 33% del total de empresas pero emplean el 90% de los trabajadores asegurados y pagan el 96% de la cotización. Por lo contrario, el 66% de las empresas tiene menos de 6 trabajadores, emplean el 10% del total de asegurados y sólo contribuyen el 4% de la aportación [25]. Por tanto, el costo de cobrar, inspeccionar y presionar el pago en empresas pequeñas inscritas (y mucho más detectar a empresas aun menores que son evasoras) es enorme en relación con las empresas grandes.

El Sistema de Inscripción y Recaudación (SIR) gradualmente introducido por IRAD-IPSS desde 1985 es un instrumento importante para reducir la evasión y la mora. El mismo se basa en un empadronamiento casa por casa para detectar a evasores y reinscribir a los inscritos, comprobando el número de sus trabajadores y nómina salarial. Toda esta información es computarizada y sirve para elaborar

una prefactura que se envía al empleador, el cual puede ajustarla para luego recibir la factura final del IPSS, y proceder al pago. Si el empleador deja de pagar se le recarga el 8% (el 16% desde septiembre de 1988, con oposición patronal) más la multa; al tercer mes sin pagar se pasa el caso a cobranza coactiva con amenaza de embargo; teóricamente el empleador puede ser enviado a prisión en ciertos casos. Para agilizar y reducir el costo de recaudación y maximizar recursos, IRAD planea dar prioridad en el cobro a las empresas grandes y cobrar trimestralmente a las pequeñas. En noviembre de 1988 el SIR estaba en funcionamiento en toda Lima Metropolitana (excepto Chosica) y en 15 de los departamentos y se esperaba que estuviera mecanizado el cobro en todo el país a fines de 1988 [25]. Los objetivos del SIR son: (a) identificar y registrar el universo de empleadores y trabajadores asegurables a fin de crear un archivo único de ambos; (b) establecer la cuenta corriente de empleadores y la cuenta individual de asegurados; (c) mantener el control de pago de empleadores y deudores morosos; (d) incrementar la recaudación; y (e) dinamizar la acreditación de derecho del asegurado y el correspondiente otorgamiento del beneficio [11].

Aunque el SIR es sin duda un paso de avance muy importante, su implantación efectiva a nivel nacional y el logro de sus objetivos parecen ser tareas más difíciles de lo que visualizan las autoridades del IPSS (ver sección 4). Por ejemplo, un antecedente, aunque primitivo, de este sistema funcionó principalmente en el seguro del empleado (SES) en 1967-74 y se reactivó en 1978-79. Un sistema similar al SIR se experimentó en Chiclayo por tres años, desde 1983, con buenos resultados. El SIR comenzó a introducirse en los últimos meses de 1985 y originalmente se predijo que estaría implantado en todo el país para fines de 1986 [1]. Parece optimista que quedando menos de dos meses en 1988 y una decena de departamentos por cubrir y con recortes de personal de computación y equipo, pueda completarse la implantación del SIR, a fines de 1988.

La fiscalización y la ejecución de cobros son aún poco efectivas. De un adeudo de 2,312 millones de intis a fin de 1987 sólo un 7.5% fue recuperado por cobranza coactiva. De un total de 23,987 empleadores que fueron fiscalizados en 1988 en Lima Metropolitana (Norte, Este y Oeste), 47% no tenían deuda, 10% tenían deuda pero aún no determinada y 3% tenían una deuda determinada; 26% no presentaron documentación, 12% no fueron ubicados y 2% no estaban inscritos [11]. Estas cifras podrían sugerir proporciones muy bajas de morosos (13% que tenía deuda) y evasores (2% no inscritos). El problema es que el 38% de los fiscalizados o bien no fueron ubicados o bien lo fueron pero no presentó la documentación requerida. Esto pudo ser el resultado de mudanzas o cierre de empresas o que los documentos no estaban en ese momento en la empresa (por ejemplo porque los tenía el contador) pero también pudo ser indicación de mora y evasión (ver sección 4).

Por último, la recaudación de aportaciones no la hace IRAD sino el Banco de la Nación. Después de recibir la factura final del IPSS el empleador paga directamente al Banco de la Nación o a través del sistema bancario. Aquí ocurre un problema de retroalimentación que obstaculiza el sistema de control y cobro coactivo. Cada zona del IPSS tiene su propio equipo de cómputo y aún no están integrados, así que los comprobantes de pago del Banco de la Nación tienen que ser distribuidos a la zona correspondiente para que se digite y compruebe. La nueva ley del IPSS liberó a éste de la obligación de depender exclusivamente en el Banco de la Nación para recaudar las aportaciones así como para el depósito de sus reservas; ahora el IPSS puede escoger otros vehículos más eficientes y lucrativos para la recaudación.

'b. Aportación y Deuda del Estado

El Estado tradicionalmente ha sido remiso al pago de su aportación como empleador y, en algunos casos, retuvo la recaudación de sus empleados. A pesar de la mora estatal, EM ha continuado suministrando las prestaciones de salud a los asegurados del sector público.

Después de un largo período sin efectuar pagos al IPSS, en 1983 el gobierno central pagó el 80% de sus obligaciones como empleador y retención del asegurado en dicho año y reconoció 80 millones de intis como su deuda en 1980-82 pero entregó bonos con un rendimiento real negativo (Como necesitaba liquidez para hacer frente a sus obligaciones inmediatas, EM vendió su parte de bonos al programa de pensiones a un precio mucho más alto que el del mercado, con lo cual se benefició EM pero se erosionaron las reservas de pensiones.) En 1984-85 el gobierno central pagó parte de sus obligaciones pero la deuda continuó incrementándose. A fines de 1985 el IPSS firmó un convenio con el nuevo gobierno cancelando parte de la deuda acumulada con un crédito de US\$21 millones para el suministro de equipo, por la Argentina, a centros asistenciales del IPSS. Este convenio fue un gran paso de avance, pues evitó que al menos esa parte de la deuda continuase devaluándose por la inflación. Según IRAD, en 1986-88 el gobierno central ha pagado regularmente una parte de sus aportaciones como empleador: en enero-septiembre de 1986-88 pagó un 35% de su aporte y un poco más de la mitad del mismo se destinó a EM. Sobre la parte no pagada (65% en 1988) se cargó una mora de 32% pero la tasa de inflación de 1988 se estimaba que llegaría al 2.000% a principios de diciembre. o sea. que el adeudo se devaluará notablemente como se verá más adelante.

Después de 1985, el gobierno central no ha hecho ninguna otra reducción de la deuda acumulada (si bien pagó los intereses de los bonos y ha apoyado el crédito con Argentina) [9]. Sin embargo el IPSS está negociando convenios similares a los de Argentina, para suministros de medicamentos y equipo con los países extranjeros siguientes: República Popular China (US\$135 millones), RDA (US\$ 12 millones) y Colombia (US\$ 5 millones) [33]. Los adeudos de otros organismos públicos son prácticamente incobrables debido a la liquidación de las empresas de propiedad social, los déficit crónicos de los municipios (a los cuales una ley condonó las moras), etc.

El Cuadro 7 resume toda la información disponible sobre la deuda pública total al IPSS (incluyendo la deuda a EM). La información de la deuda del gobierno central es más completa que la de otros organismos públicos, pero la de aquél no es precisa, por ejemplo, en agosto de 1988 IRAD reportó que no se conocía el monto de la deuda pública al IPSS [11]. En intis corrientes, la deuda del sector público se estimaba en 12,175 millones; el 96% de la misma era del gobierno central y un 85% de la misma se concentraba en 1986-88. Para estimar la pérdida de la deuda pública en términos reales debido a la inflación, se han hecho dos cálculos en el Cuadro 7: (1) deflactando el valor nominal de la deuda (a intis constantes de 1979), aparece que en 1988 la misma se redujo en 12,146 millones de intis constantes, o sea, el valor real de la deuda en 1988 es de menos de 29 millones de intis de 1979; y (2) convirtiendo la deuda en dólares al cambio oficial vigente al tiempo de contraerse la misma y al cambio promedio de 1988, aparece que la deuda se redujo en US\$ 1,233 millones, o sea, que el valor de la deuda en 1988 es de menos de US\$ 49 millones.

La anterior discusión se refiere a la obligación del Estado como empleador pero la Constitución le obliga, además, a contribuir como tal. En el decenio del

CUADRO No. 7

ADEUDOS DEL SECTOR PUBLICO AL IPSS Y SU DEVALUACION :1969-1988

DEUDORES	PERIODO	MILLONES	DEFLACTOR	INTIS	PERDIDA	TIPO CAMBIO	MILLONES DE DOLARES:		PERDIDA
		INTIS.	BASE 79	CONSTANTES	(I./1979)	(I./S)	AL TIEMPO	AL CAMBIO	
		(a)	(b)	(I./1979)	(MILLONES)	(c)	BRUTA	1988	CAMBIO
							(NOV. 11)		
GOBIERNO CENTRAL (d)	1969-1979	20.60	17.2	1.20	19.4	0.0721	285.71	0.08	285.63
	1980-1982	14.50	286.0	0.05	14.4	0.4696	30.88	0.06	30.82
	1983	140.70	973.6	0.14	140.6	1.6290	86.37	0.56	85.81
	1984	315.80	2.061.2	0.15	315.6	3.4670	91.09	1.26	89.82
	1985	734.90	5.516.9	0.13	734.8	10.9800	66.93	2.94	63.99
	1986	1.450.00	9.679.7	0.15	1.449.9	13.9500	103.94	5.80	98.14
	1987	1.878.40	18.606.0	0.10	1.878.3	16.8400	111.54	7.51	104.03
	1988 (e)	7.075.00	309.726.0	0.02	7.075.0	250.0000	28.30	28.30	0.00
SUB TOTAL	1969-1988	11.629.90	5.918.6	1.96	11.627.9		804.77	46.52	758.25
EMPRESAS PUBLICAS	1963-1987	253.10	22.3	11.35	241.8	1.9698	128.49	1.01	127.48
GOBIERNOS LOCALES	1962-1985	250.80	15.8	15.87	234.9	0.7700	325.70	1.00	324.70
INSTITUC. PUBLICAS	1980-1985	22.60	719.7	0.03	22.6	2.9140	7.76	0.09	7.67
ORGANISMOS AUTONOMOS	1980-1984	19.34	465.8	0.04	19.3	1.3008	14.87	0.08	14.79
SUB TOTAL		545.80	19.0	27.30	518.5	--	476.81	2.18	474.63
TOTAL		12.175.70	416.11	29.26	12.146.4		1.281.58	48.70	1.232.88

(a) Incluye moras

(b) Los deflatores corresponden al consumo privado pag. 46. cuadro 14. IVE-CUENTAS NACIONALES DEL PERU

El deflactor estimado para 1988 es del 1000 %. Para los periodos especificos se usa el deflactor a la mitad de los mismos

(c) Calculado a cambio oficial promedio del periodo o ano adudado.

(d) Incluye Gobierno Central. Instituciones publicas centrales. Universidades Nacionales y Cordes.

(e) 1988: Proyeccion basada en cifras de Enero-Nov. 30.

FUENTE: IPSS-DINIRAD-14 de Setiembre 1988 y 4.

70 se fijó la contribución estatal tripartita en un 1% destinado al programa de pensiones pero aparentemente nunca se abonó. A fines de 1987 se dictó la ley 24,786 de seguridad social, la cual especifica que a partir de 1988, el Estado debe contribuir con un 1% del total de remuneraciones asegurables del año anterior y que dicho monto debe consignarse en el Presupuesto General de la República. Esa aportación debe destinarse a la extensión de cobertura a población de bajos ingresos, prestaciones sociales e integración funcional de servicios de salud entre el IPSS y el MS. Pero la ley 24,786 se promulgó con posterioridad a la Ley Anual de Presupuesto y no se incluyó la partida correspondiente. El IPSS ha estimado que la suma a pagar por el 1% sería de 915.6 millones de intls y ha propuesto que se cargue mora sobre el adeudo [25, 26]. Pero a principios de noviembre de 1988 no había un acuerdo con el Estado. Se desconoce si en el Presupuesto de la República en preparación para 1989 se ha incluido el monto correspondiente al 1%.

El Plan de Emergencia del IPSS tiene entre sus objetivos la recuperación de adeudos del sector público. En vista de la tendencia al alza en la inflación y el bajo rendimiento de los bonos estatales a ser discutida en la próxima sección, es aconsejable que el IPSS apresure la negociación con el Estado para la concertación de créditos como el argentino de 1985, a fin de contrarrestar la devaluación de la deuda.

c) Rendimiento de la Inversión

Las inversiones generales del IPSS se han caracterizado por un rendimiento negativo. En 1983, el primer rubro de inversión del fondo de pensiones (28%) eran préstamos a otros programas, con un 88% destinado a EM. Esos préstamos

fueron prohibidos y en 1987 sólo representaban el 6% de la inversión, pero fueron sustituidos por trasposos contables difíciles de trazar.

Las inversiones financieras de EM son muy pequeñas, pues su objetivo no es generar un ingreso sustancial (como en el programa de pensiones) sino mantener la reserva de seguridad o contingencia para equilibrar posibles desajustes. La inversión real (Intis constantes) cayó gradualmente en 1975-84 luego creció en 1985-86 pero sin recuperar el nivel de 1979 y ha caído de nuevo en 1987-88.

La composición de las inversiones cambia de depósitos a plazo fijo (y bonos) hacia certificados bancarios en dólares aunque aún en 1985 predominan los depósitos en moneda nacional. El Cuadro 8 muestra las tasas nominales (o efectiva en los depósitos a plazo fijo y certificados bancarios) y la real (deflactada) de la inversión en 1980-88. En toda la serie, el rendimiento real fue negativo con un deterioro dramático en 1988 debido a la altísima inflación. El menor rendimiento se registró en los bonos de acción social y de deuda interna, seguida por los bonos de fomento hipotecario (liquidados en 1985), y luego los depósitos a plazo fijo en moneda nacional. Hasta 1984 toda la inversión estaba en estos instrumentos, por lo que las pérdidas en el valor real de la reserva fueron sustanciales. En 1984-85 con la inversión en dólares se produjo una mejora notable en el rendimiento pues dichos depósitos generaron una tasa real positiva anual superior al 10%. En agosto de 1985 se estableció un cambio fijo y desde entonces todos los certificados en moneda extranjera se estiman al cambio oficial y no pueden extraerse sino en moneda nacional. La tasa real de rendimiento se volvió negativa en 1986-88. Al 2 de diciembre de 1988 el valor en intis al cambio oficial (I/. 500) del depósito de US\$ 1.55 millones era de 775 millones pero al valor del dólar en el mercado paralelo (I/. 730) hubiera sido de 1.131.5 millones. Si en el futuro se cerrara la brecha entre el cambio oficial y el paralelo, la

CUADRO No 8

RENTABILIDAD REAL ANUAL DE LAS INVERSIONES FINANCIERAS DEL PROGRAMA DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD. IPSS: 1980-1988

(en porcentajes)

TIPO DE RENDIMIENTO	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988(d)
Deposito a Plazo Fijo									
Efectiva(a)	35.4	53.9	67.9	71.2	79.5	83.9	34.2	41.1	791.6
Real		-10.9	-2.9	-21.9	-15.1	-28.8	-17.6	-34.2	-57.5
Certificados Bancarios (Moneda Ext.)									
Efectiva(a)					9.7	7.1	7.1	7.1	7.7
Real					10.4	31.3	-16.5	-39.7	-22.3
Bonos Acc. Social y Denda Interna									
Nominal (b)	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0
Real	-34.1	-38.6	-38.6	-52.9	-49.9	-59.9	-34.9	-50.6	-95.0
Bonos de Fomento Hipotecario									
Nominal(c)					19.5	19.5			
Real					-43.5	-53.7			
Tasa de Inflación	60.8	72.7	72.9	125.1	111.5	158.3	62.9	114.5	2.000.0

(a) Tasa de interes de las colocaciones a plazo fijo a 360 dias.

(b) La tasa de interes se mantiene invariable.

(c) Solo existieron durante 1984 y 1985.

(d) Tasa efectiva vigente a diciembre 2 de 1988.

FUENTE: 4 y e IPSS:Gerencia de Inversiones.

FORMULA DE INTERES REAL EN MONEDA NACIONAL

$$[(1+i/(1+\pi))^{-1}] \times 100 \text{ donde: } \pi = \text{inflación}$$

FORMULA DE INTERES REAL EN MONEDA EXTRANJERA

$$[(1+i) (1+E)/(1+\pi)] - 1 \times 100 \text{ DONDE E= TASA DE DEVALUACIÓN (1.425 A DIC 2. 1988)}$$

inversión en dólar recuperaría su valor original, pero, de momento, se ha perdido un tercio del valor de dicha inversión. Por último, el IPSS usó todo el depósito en dólares (de EM y pensiones) en garantía de un crédito de 1,700 millones de intis tomado en 1988 para cubrir un sobregiro (deficit) en que incurrió (ver sección 4).

El Plan de Emergencia de 1988 reconoció los problemas expuestos en las inversiones y añadió otros: (a) ausencia de un programa de inversiones acorde con los objetivos de seguridad social; (b) toma de decisiones sin apoyo técnico y dándole más valor al criterio político; (c) tasas de interés negativas respecto a la inflación y rendimiento negativo de las colocaciones en moneda nacional con la consiguiente pérdida de su poder adquisitivo; (d) desactualización de los precios de alquiler de inmuebles en relación al mercado y mayores gastos de alquiler en inmuebles en relación al mercado, así como gastos de mantenimiento y administrativos más altos que los ingresos por alquiler; (e) extracción de recursos financieros (de las reservas) para cubrir gastos de operación de EM y pensiones por falta de liquidez de estos; y (f) paralización de la inversión real o física. La Gerencia de Inversiones recomendó las siguientes medidas para hacer frente a la crisis: (a) reorientar las colocaciones a instituciones financieras que oferten mayor tasa de interés y sondear el mercado de capitales para evaluar alternativas de reinversión; (b) reajustar las tasas de interés actuales; (c) actualizar inmediatamente los alquileres; y (d) priorizar los proyectos de infraestructura en salud [8. 12].

El Plan de Emergencia no hace referencia a que, a partir de 1988, el IPSS no está obligado a depositar sus reservas en el Banco de la Nación (que también es el recaudador único de las aportaciones), y queda libre para utilizar para esos fines a todo el sistema bancario y financiero del país escogiendo los que sean más

sólidos y rentables. Se ha argumentado que, si el IPSS retirase todos sus depósitos y la recaudación del Banco de la Nación, no habría recursos suficientes para abonar las remuneraciones mensuales de los funcionarios públicos. Aún si fuera cierto este argumento sería muy débil puesto que implicaría continuar sacrificando a los asegurados presentes y futuros para subsidiar al Banco de la Nación. Al menos, el IPSS debería utilizar la ley para obtener un convenio más lucrativo con aquél.

Una alternativa que se está considerando es que el IPSS tenga un banco propio para manejar su patrimonio. El Presidente de la República ha hecho referencia pública a esto y el IPSS está a punto de concluir un proyecto de la ley sobre dicho banco [28]. A pesar de que esta idea tiene cierto atractivo, hay factores de peso contrario que deben tenerse en cuenta: (a) la historia de las instituciones de seguridad social en la región indica que éstas no han sido administradoras eficientes de su inversión; (b) el IPSS no tiene suficiente personal con experiencia en este campo para competir con eficiencia en el sistema financiero; (c) la adición de otra institución aumentaría la ya inflada nómina de personal del IPSS; y (d) no hay antecedentes exitosos en la región, de un banco operado por la seguridad social. Otra alternativa sería que el IPSS solicitara ofertas de todo el sistema bancario y financiero para escoger las más lucrativas en términos de solidez y rendimiento [2].

3. Egresos

El Cuadro 9 es una reconstrucción contable de todas las categorías de egresos de salud que el IPSS no presenta en forma integrada. La distribución porcentual del gasto total de salud (segunda columna en cada año) indica que los gastos corrientes absorben entre 85% y 96% del total de gastos y muestran una

CUADRO No. 9

GASTOS TOTALES DE SALUD DE EL ISSS: 1981-1988
(En %) (a)

GASTOS	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	(b)							
I.- GASTOS CORRIENTES	100.0	84.8	100.9	87.2	100.0	95.5	100.0	95.3	100.0	94.2	100.0	88.6	100.0	87.4	100.0	95.2
Remuneraciones	40.3	34.1	37.7	32.9	40.3	38.5	42.6	40.6	34.3	32.3	37.7	33.4	46.0	40.2	47.7	45.5
Bienes (c)	20.4	17.3	19.6	17.1	20.2	19.3	18.5	17.7	23.6	22.3	22.8	29.2	18.1	15.8	19.7	18.7
Servicios (d)	21.1	17.9	21.4	18.7	16.8	16.1	15.9	15.2	14.6	13.7	11.5	10.2	7.8	5.8	5.2	4.9
Transferencias (e)	17.5	14.8	17.6	15.4	14.8	14.1	11.4	10.8	12.5	11.7	16.9	15.0	19.4	17.0	19.7	18.8
Gastos Financieros	0.0	0.0	0.9	0.8	4.8	4.6	4.9	4.6	7.8	7.5	1.2	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Gastos Administrativos Centrales	0.7	0.6	2.7	2.4	3.0	2.9	6.7	6.4	7.2	6.8	10.0	8.8	8.7	7.6	7.7	7.3
II.- GASTOS DE CAPITAL	100.0	15.2	100.0	12.8	100.0	4.5	100.0	4.7	100.0	5.8	100.0	11.4	100.0	12.6	100.0	4.8
Inversiones	84.8	12.9	89.1	11.4	87.8	4.0	97.8	4.6	81.6	4.8	87.7	10.0	92.4	11.6	96.1	4.6
Estudios, Obras y Repar. Mobil.	15.2	2.3	10.9	1.4	12.2	0.5	2.2	0.1	18.4	1.0	12.3	1.4	7.6	1.0	3.9	0.2
III.- TOTAL GASTOS	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(a) La primera columna de cada año es una distribución porcentual de gastos corrientes y de gastos de capital; la segunda columna es una distribución porcentual del total de gastos.

(b) A junio 30.

(c) Comprende medicinas y material médico de laboratorio y otros.

(d) Comprende servicios contratados y de libre elección.

(e) Comprende subsidios monetarios y otros.

tendencia creciente. Los gastos de capital fluctúan entre 4% y 15% del gasto total y presentan una tendencia declinante. Debe tenerse en cuenta que el IPSS ha tradicionalmente cargado a EM un porcentaje del gasto central relativamente bajo por lo que el fondo de pensiones subsidia en este sentido a EM y, sin dicho subsidio, la proporción del gasto corriente sería aún mayor.

La distribución porcentual del gasto corriente en 1981-88 (Cuadro 9, primera columna en cada año) muestra que los principales egresos son: (1) remuneración del personal (entre 33% y 48%); (2) bienes, o sea, medicinas, material médico y de laboratorio (entre 18% y 24%); y (3) transferencias, principalmente subsidios monetarios substitutivos del salario, por enfermedad (entre 11% y 20%). Una comparación de la distribución porcentual del gasto corriente en 1981 y 1988 demuestra que las únicas partidas que crecieron proporcionalmente fueron: remuneración del personal (7.4%), gastos administrativos centrales (7%) y transferencias (2.4%). El resto de las partidas experimentó una reducción proporcional.

Por cuanto la remuneración del personal es la partida mayor y la que ha experimentado un mayor crecimiento, nos concentraremos en ella.

a. Gastos de Personal

La remuneración del personal como porcentaje del gasto corriente de EM bajó de 40.3% en 1981 a 34.3% en 1985 pero luego creció cada año hasta alcanzar un record de 47.7% en 1988 (Cuadro 10). El porcentaje de remuneración del personal total del IPSS sobre el gasto corriente global del IPSS (todos los programas) aumentó de 21.6% en 1975 a 35.2% en 1988 [1].

Parte del problema es el personal excesivo. El Cuadro 10 muestra que el número de empleados del IPSS creció de 21,598 en 1975 a 30,791 en 1982, bajó a 28,604 en 1984 y luego aumentó de nuevo hasta alcanzar la cifra record de 43,164 en marzo de 1988, el doble que en 1975. Parte de este incremento está justificado por la extensión de la cobertura poblacional, la construcción y dotación de centros asistenciales y por la integración funcional con el Ministerio de Salud que ha transferido 1,357 empleados a la nómina del IPSS [28 y sección 3-b-iv]. La tercera columna del Cuadro muestra que la proporción de empleados por 1,000 asegurados disminuyó de 9.4 en 1975 a 5.8 en 1985 pero luego aumentó a 7 en 1988. Más aún en la sección I calculamos que la cobertura poblacional (de la Dirección de Estadística, que es la que aparece en el Cuadro 10) está sobreestimada en 1988 en unos dos millones de personas. Al ajustar el número de asegurados resulta que la proporción en 1988 sería de 10.5 empleados por 1,000 asegurados, la cual establece un record histórico.

Las cifras del Cuadro 10 no incluyen los empleados de dos empresas creadas en años recientes que están estrechamente relacionadas con IPSS: SILSA para mantenimiento de edificios y ESVICSA que es un servicio de vigilancia, con aproximadamente 2,000 y 3,000 empleados respectivamente. Antes el IPSS contratava estos servicios y se reporta dió un préstamo muy cuantioso a dichas empresas (que no se está pagando). Aunque estas dos empresas son independientes del IPSS éste es su principal accionista y usuario de sus servicios.

El Plan de Emergencia reporta que ha habido un incremento sustantivo del personal para establecer las nuevas gerencias departamentales, que hay una enorme concentración de personal en Lima, y que el personal ejecutivo es excesivo: 54 direcciones y/o gerencias y 527 cargos de confianza en 1988 (comparado con 104 en 1985). Esto, dice el Plan, ha sobredimensionado a la administración en

CUADRO No 10

EMPLEADOS Y SALARIOS EN EL IPSS DEL PERU: 1975-1988

AÑOS	EMPLEADOS (a)	ASEGURADOS (Miles) (b)	EMPLEADOS X 100 ASEGURADOS	REMUNERACION COMO % % DEL GASTO CTE. DE:	
				IPSS	SALUD
1975	21.598	2.232	9.4	21.5	-----
1976	22.000	-----	-----	21.6	-----
1977	23.503	-----	-----	24.4	-----
1978	23.900	-----	-----	25.8	-----
1979	24.135	-----	-----	26.4	-----
1980	25.850	2.875	9.3	25.4	-----
1981	27.151	2.995	9.1	27.3	40.3
1982	30.791	3.113	9.9	27.4	37.7
1983	30.200	3.380	8.9	30.5	40.3
1984	28.604	3.517	8.1	29.6	42.5
1985	30.272	5.243	5.8	23.7	34.3
1986	31.741	5.637	5.6	25.8	37.7
1987	37.455	5.875	5.4	30.7	45.0
1988(c)	43.154	6.123 / 4.123(d)	7.9 / 10.5 (d)	35.2	47.7

(a) Permanentes y contratados.

(b) En programa de enfermedad y maternidad.

(c) A marzo de 1988.

(d) Estimados basados en sobreestimación calculada de asegurados.

FUENTE: ANSSA. 1986 actualizado a Marzo de 1988 con cifras de la Dirección General de Personal. Asegurados del Cuadro 1.

desmedro de las áreas de EM, pensiones e IRAD. El Plan recomendó reducir al mínimo indispensable la renovación de contratos de personal temporal pero no recomendó prohibir la contratación de personal nuevo o suprimir las plazas de los que se retiran o renuncian [8].

Con respecto a la remuneración, la Evaluación de la Ejecución Presupuestal del IPSS informa que, en 1987, los gastos mayores del presupuesto fueron pensiones (33%) y remuneraciones (31%) pero en el primer semestre de 1988 la proporción de ambos se igualó en un 35%. Esto se debió --dice la Evaluación-- a incrementos de personal, bonificaciones (por escolaridad, vacaciones, días feriados, refrigerio y movilidad) así como la indexación de salarios [9, 10]. El último beneficio fue otorgado por convenio colectivo de 1986, obligando al reajuste automático trimestral de las remuneraciones al costo de vida en 1986-87. La indexación se ejecutó hasta julio de 1988 pero se suspendió debido a la crisis financiera del IPSS (ver sección 4).

En la discusión del Plan de Emergencia (sección 4) se explicarán las medidas tomadas por el IPSS con respecto al personal excesivo. Baste decir aquí que la partida de remuneración, por su magnitud, requiere una atención primordial y que es necesario reducir el personal así como el gasto salarial para poder equilibrar el presupuesto en el futuro.

b. Otros Gastos

i. Subsidio por enfermedad.

De acuerdo con el Cuadro 9. en 1988. casi la quinta parte del gasto corriente fue en transferencias y, dentro de éstas, una parte importante es el subsidio por

enfermedad. El mismo equivale al 100% de la remuneración máxima asegurable por un período de 11 meses y 10 días consecutivos o 18 meses no consecutivos en un período de 36 meses. En América Latina sólo dos países (Argentina y Chile) ambos más desarrollados que el Perú, tienen unas condiciones legales tan generosas y la mayoría de los países otorga entre el 50% y el 66% de la remuneración. La OIT ha criticado el pago del 100% del salario por enfermedad en Perú como una medida que no se justifica socialmente y que aumenta los costos y el ausentismo laboral. El subsidio resulta más beneficioso que trabajar pues no hay que pagar cotización y se puede trabajar como informal o clandestino [1]. Para cortar gastos es aconsejable que se reduzca el porcentaje al 50% o 66% de la remuneración.

II. Medicamentos

La tercera partida más alta del gasto corriente (casi una quinta parte del gasto corriente) es "bienes" y, dentro de estos, la mayoría son los medicamentos. La introducción del petitorio básico fue una medida importante para reducir este gasto. Sin embargo el 85% de los laboratorios nacionales son filiales de laboratorios extranjeros y el insumo importado representa casi la mitad del costo, por lo que la inflación ha inducido incrementos en los costos. Además se reporta que la sobremedicación y la reventa de medicamentos por los usuarios son comunes. Es necesario utilizar sistemáticamente la licitación pública para la compra de medicamentos, promover la producción nacional de medicamentos y la competencia entre productores y distribuidores, considerar una carga mínima por medicamento al usuario y mejorar la eficiencia del abastecimiento de medicamentos en hospitales [1].

iii. Servicios Contratados, Libre Elección y Tratamiento en el Extranjero

El porcentaje del gasto corriente en servicios ha disminuído del 21% al 5% en 1981-88 (Cuadro 9). Una causa de este descenso ha sido el aumento de los servicios propios del IPSS y la reducción de los costosos servicios contratados; éstos últimos sólo se limitan, desde 1984, a los enfermos crónicos [1].

La libre elección continúa pero su costo también ha disminuído debido a que la tarifa de reembolso no se ha ajustado a la altísima inflación, así en noviembre de 1988 se estaba reembolsando sólo 31 intis por consulta médica. Por otra parte la libre elección acentúa la simulación de enfermedad para cobrar subsidio, puesto que el asegurado escoge libremente a su médico y no hay control efectivo sobre el certificado que este firma [1, 30a].

El costo de tratamiento en el extranjero cuando no existe el servicio en el país también se ha reducido después de alcanzar su punto más alto en 1982. En dicho año, 131 asegurados se beneficiaron con esta prestación a un costo de US \$ 1.7 millones más el equivalente a US\$ 7 millones por gastos en libras esterlinas y otras monedas extranjeras, o sea, US \$ 66,000 por beneficiario. En 1987 la suma reportada es de US \$ 303,909 pero pudiera ser mayor pues hay dos cuentas: una de Contabilidad-Tesorería y otra de Lima-Centro. Entre 1978 y junio de 1988 se gastó por este concepto más de US \$ 7 millones, más otros gastos contabilizados en otras monedas extranjeras (por servicios en Canadá, España, Suiza, Inglaterra y Colombia) equivalentes a otros US \$ 7 millones. Además hay una cuenta pendiente que sobrepasa el medio millón de dólares [30a]. Este servicio constituye un lujo injustificable al que sólo tiene derecho una minoría exigua. Si se concediera a todo asegurado que no puede ser tratado en el Perú, su costo sería astronómico. Es obvio que debería ser eliminado.

iv. Integración del IPSS con el MS

La integración de los servicios de salud del IPSS y el MS es una acción recomendada en diversos estudios nacionales e internacionales para corregir la duplicación de servicios de salud por una parte y la necesidad de proveer servicios en áreas deficientes por otra, así como facilitar la extensión de la cobertura poblacional. Se da el caso de departamentos en que existen hospitales de ambas instituciones con muy bajo porcentaje de ocupación (por ejemplo, en Puno: 35% el IPSS y 44% el MS), u hospitales sólo del MS con bajo porcentaje de ocupación (por ejemplo en Ayacucho 36%), u hospitales del MS con relativamente alta ocupación y hospitales del IPSS con relativamente baja ocupación (por ejemplo, en Huánuco 71% y 58%).

La llamada "Integración funcional" se introdujo y reglamentó por Decreto Supremo de 28 de julio de 1986 y Resolución Suprema de 18 de agosto de 1988. Se estableció un Comité Nacional de Integración (presidido por el Ministro de Salud), así como Comités Departamentales encargados de formular el Plan Nacional Integrado de Salud y el plan de inversiones, definir áreas prioritarias, organizar servicios conjuntos y petitorio único, consolidar los presupuestos, determinar mecanismos de compensación financiera por servicios prestados, identificar sectores carentes de atención, etc. Se respetó la autonomía de ambas instituciones, su propiedad sobre las instalaciones respectivas y los recursos de personal, bienes y servicios de cada cual. Se fijó como meta que todos los hospitales de apoyo del MS pasaran al IPSS y el MS administrara todos los centros y puestos de salud. En los lugares en que no hay establecimiento del IPSS o del MS, el que exista daría atención integrada a la población ya sea asegurada o no. Los servicios integrados se financiarían de la forma siguiente:

el que recibe una instalación afectaría sus recursos presupuestales; cuando el IPSS utiliza servicios del MS debería reembolsar al último y, en el caso opuesto, el Estado reembolsaría al IPSS; y el Estado contribuiría con un 1% de la nómina salarial del año anterior de los asegurados en IPSS. Las inversiones de ambas instituciones se planearían conjuntamente a un nivel nacional y departamental, recibiendo prioridad las orientadas a incrementar la cobertura de salud de la población, especialmente la rural y urbana-marginal. Ambas instituciones darían atención gratuita a la madre gestante y lactante y al niño menor de un año [21].

Las diferencias entre ambas instituciones han creado dificultades al proceso de integración: (a) el MS tiene más hospitales que el IPSS y atiende a sectores más amplios de la población; (b) el personal médico del IPSS es mucho mejor pagado que el del MS de forma que la integración del personal del segundo al primero ha obligado a "homologar" salarios lo que ha resultado en un aumento del 120% del salario; (c) el IPSS se financia totalmente con aportaciones de asegurados y empleadores, mientras que el MS lo hace en casi un 90% con fondos del Tesoro, los reembolsos de una a otra institución (especialmente del MS al IPSS) son complejos, y hasta ahora el Estado no ha reembolsado ni establecido efectivamente el impuesto del 1%. Debido a todo esto, el proceso de integración ha resultado muy costoso al IPSS: por el aumento de salarios que ha tenido que pagar al personal integrado del MS, y por la atención que ahora dispensa a la población no asegurada sin recibir compensación adecuada. El problema de la "homologación" salarial también ha provocado huelgas del personal médico con las consiguientes pérdidas y, además, ha introducido ciertas distorsiones. Por ejemplo, los médicos del MS tienen un incentivo para integrarse al IPSS en los servicios donde se les necesita menos (hospitales) y desincentivo para permanecer donde más falta hacen (centros y puestos de salud), o sea, que se tiende a reducir la atención en el primer nivel y a encarecer la atención en niveles superiores.

CUADRO No 11

ESTADO DE LA INTEGRACION FUNCIONAL DE SALUD: 1987

Localidad	Hospital del MS		Facilidades del IPSS	Población Afectada	
	Camas	Empleados		Sólo Ciudad	Area Extendida
Islay	140	235	no	26.480	53.977
Piura	240	615	sí ^a	300.000	500.000
Moquegua	100	205	no	29.900	57.107
Ilo	91	190	no	n.d.	48.576
Perreñafe	29	111	no	31.932	96.171
TOTAL	600	1.357		388.312	755.851

(a) 147 camas.

Fuentes: Cifras recopiladas por Julio Castañeda.

El Cuadro 11 muestra el estado de la integración a fines de 1987 con seis hospitales del MS (con 600 camas y 1,357 empleados) ahora siendo operados por el IPSS en localidades (salvo Piura) en que éste no tenía hospital y sirviendo a una población urbana de 388,312 y a una población potencial total de 755,851. Debido a los problemas mencionados, el proceso se encuentra detenido desde comienzos de 1988; además con el cambio del Ministro de Salud, renunciaron los miembros del Comité Nacional y no se han nombrado reemplazantes [24, 28, 34, 35]. El Plan de Emergencia, en efecto desde septiembre de 1988, ha prohibido efectuar nuevos contratos de integración o renovar los existentes (ver sección 4). Aunque no hay duda que la integración funcional ha incrementado los gastos del IPSS esto se ha debido en parte a la falta de compensación por el Estado y a la forma en que se ha llevado a cabo. Deben estudiarse otras vías para continuar este proceso de manera más eficiente y con compensación adecuada.

v. Eficiencia Hospitalaria

Parte de los altos costos de los servicios de salud se debe al deficiente control del internamiento hospitalario. El promedio nacional de días de estancia ha descendido ligeramente, de 11.8 en 1984 a 11.3 en 1986 pero aún se mantiene altísimo. Además en Lima hay fluctuaciones notables entre distintas áreas: de 4.9 en Oriente a 14.2 en el Hospital Almenara; parte de esto se justifica por la especialización del hospital pero parte es debido al pobre control y eficiencia. El porcentaje promedio nacional de ocupación hospitalaria en 1982 y 1986 era similar: 73.5% y 73.7%, con fluctuaciones extremas por departamento entre 35.2% y 84.6%. Debe notarse que si se redujera el promedio nacional de días de estancia a 6 ó 7 días, el porcentaje nacional de ocupación caería al 39% ó 46% (Ver Cuadro 12). Una mayor eficiencia en el control del internamiento podría reducir los costos.

CUADRO 12

PROMEDIO DIAS ESTANCIA Y PORCENTAJE USO CAMA HOSPITALARIA EN
SERVICIOS PROPIOS DEL IPSS POR REGIONES Y A NIVEL NACIONAL: 1981-87

Regiones	Promedio Dias Estancia							% Uso Cama Hospitalaria					
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1982	1983	1984	1985	1986	1987
LIMA	---	12.4	12.5	12.9	12.7	11.6	10.9	86.9	84.1	83.0	83.0	84.9	87.0
General	10.8	10.5	10.7	10.9	10.6	10.3	8.7	---	---	62.0	64.6	64.8	69.0
Hosp. Rebagliati	12.2	11.8	11.2	12.4	11.4	11.1	10.0	---	---	90.5	90.2	90.2	90.0
Hosp. Almenara	17.5	16.5	16.2	17.4	16.6	15.3	14.2	---	---	82.7	84.7	86.5	91.0
NORTE	8.1	7.9	7.4	8.0	9.1	9.5	8.0	59.6	56.7	48.9	52.8	53.9	50.0
NORTE MEDIO	9.2	8.9	9.1	9.1	9.9	9.7	5.2	70.3	54.7	48.3	48.5	54.1	63.0
CENTRO	12.1	11.8	12.4	13.5	14.1	16.1	13.0	61.9	45.9	45.5	37.6	59.0	61.0
SUR MEDIO	8.8	8.9	8.4	8.5	9.3	8.9	8.1	67.8	58.4	50.7	56.9	66.2	66.0
SUR	11.8	11.7	11.5	11.4	11.6	10.9	9.2	58.0	71.0	68.4	71.2	72.6	65.0
ORIENTE	---	---	6.0	5.7	5.8	4.9	4.9	---	49.3	75.9	68.4	42.9	75.0
SUR ORIENTE	---	---	---	---	---	11.4	8.3	---	---	---	---	76.7	64.0
Promedio Nacional													
Serv. Propios	11.8	11.4	11.0	11.8	11.7	11.3	n.d.	73.5	71.0	69.4	70.4	73.7	n.d.
Serv. Contratados ^a	18.0	15.3	18.8	20.8	26.5	32.5	n.d.	---	---	---	---	---	---

(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) y actualizaciones a octubre 1988.

El porcentaje de utilización de los servicios ambulatorios o centros asistenciales es muy bajo y la explicación tradicional ha sido la baja calidad de los servicios al primer nivel, lo que hace que el usuario evite la atención a este nivel y sobreutilice la consulta en los hospitales, creando cuellos de botella, cuando debía ser lo opuesto [1]. Otra razón es la deficiente localización de los centros asistenciales (por ejemplo, no los hay en Villa El Salvador). También se reporta subutilización del personal médico que rinde menos tiempo que el que debe: hay capacidad para 20 millones de consultas pero se dan 6 millones [34]. Por todo lo dicho los costos unitarios por hospitalización y consulta son muy altos y fluctúan dramáticamente entre los diversos hospitales [1].

Un paso importante para adecuar la infraestructura a las necesidades de salud ha sido el programa del actual gobierno de construir 73 centros asistenciales. Estos centros están orientados a la atención primaria y ofrecen: consulta, servicios intermedios, atención de parto y un número pequeño de camas de reposo y hospitalización. Estos centros se construyen en terreno donado por la municipalidad y con algunos recursos del departamento y son equipados a través del convenio con la Argentina [34]. El número terminado y en funcionamiento de estos centros no es preciso: se informó que 30 fueron inaugurados en marzo de 1988 pero otra fuente reportó que había 48 funcionando en noviembre [7, 28]. Los centros deberían ofrecer mejor calidad de servicio al primer nivel y descongestionar la consulta en los niveles superiores, por lo que constituyen un buen modelo que debe expandirse y recibir prioridad sobre los hospitales.

4. La Crisis y el Plan de Emergencia de 1988

En 1987, el presupuesto total del IPSS arrojó un déficit de 450 millones de intis que obligó a tomar 134 millones de las reservas [9]. El primer semestre de

1988 terminó con un superavit, en parte debido a un aumento de un 22% en la recaudación por el proceso de mecanización. Sin embargo, a mediados de año se había gastado el 69% del presupuesto y fue necesario tomar 876 millones de las reservas para cubrir en parte el gasto, por lo que el referido superavit fue más aparente que real. La evaluación presupuestal del primer semestre advirtió, por tanto, que habría problemas serios en el segundo semestre [10].

A fines de octubre de 1988 había un déficit acumulado de 1,048 millones de intis y se proyectaba, para fines de año, un déficit de 4,212 millones de intis. Este último no incluía la deuda pendiente por posposición de la indexación de salarios del personal y pensiones, que se proyectaba en 31,356 millones, para un déficit total de 36,348 millones de intis (US \$ 145 millones al cambio oficial a mediados de noviembre, o US\$ 73 millones al cambio en el mercado paralelo). Debe advertirse que el IPSS inicialmente proyectó una tasa de inflación de 128% para 1988 la cual se aumentó a 439% en octubre; a principios de noviembre se proyectaba una tasa de 1,200% y para fines de dicho mes se especulaba que la inflación podría llegar al 2,000%; esto afectaría negativamente las proyecciones del déficit del IPSS. El déficit proyectado sería mayor si no se hubiesen liquidado 1,500 millones de intis de colocaciones a plazo fijo (de EM, pensiones y SATEP, prácticamente terminando esta inversión) en marzo, mayo y julio de 1988, a fin de hacer frente a las erogaciones. Además el IPSS tomó un sobregiro (crédito) de 1,700 millones de intis en junio que se ha garantizado con todo el depósito en dólares del IPSS (incluyendo el de EM) [8, 8a].

La explicación oficial de las causas de la crisis ratifica el análisis hecho en las dos secciones anteriores de este informe. Por el lado del ingreso, la recesión económica ha agravado la situación por el aumento del desempleo, la caída en el ingreso real y la enorme inflación que aumenta el incentivo para la evasión y la

morosidad de los patronos. Además la Dirección de Planificación considera que el ingreso ha sido insuficiente por funcionamiento inadecuado de IRAD: demoras en recuperación de adeudos por cobranza coactiva, adeudos de inmuebles que deberían tener alta rentabilidad y carencia de control de adeudos estatales [8].

Las principales causas del déficit --de acuerdo con el análisis del IPSS-- se relacionan con los egresos y son las siguientes: (a) La indexación de salarios del personal, combinada con el incremento del personal y aumento de salarios por la homologación del personal médico del Ministerio de Salud integrado funcionalmente al IPSS. La posposición de la indexación de salarios después de julio resulta en una deuda de 17,078 millones de intis, equivalente al 47% del déficit total proyectado para fines de 1988. (b) La indexación trimestral de las pensiones al costo de vida, introducida por ley de octubre de 1984, aunque suspendida debido a la crisis. La deuda proyectada por este concepto para fines de año es de 14,278 millones de intis (39% del déficit total proyectado para fines de 1988). Con la aceleración de la inflación a fines de 1988, la deuda por indexación de salarios y pensiones será mayor que la proyectada. (c) En el área de salud, el significativo incremento de usuarios en EM debido a la extensión de la cobertura a dependientes, el proceso de integración funcional del IPSS con el MS y la construcción de numerosos centros asistenciales. Contribuyendo también a los gastos altos de salud oficialmente se reportan los problemas siguientes: un sistema de salud desarticulado con duplicidad de atención, inadecuada aplicación de la integración funcional, falta de un programa de mantenimiento de infraestructura y equipo, baja productividad de recursos humanos y físicos, y aumento enorme del precio de medicamentos por la inflación [8, 25, 28, 35]. El siguiente párrafo del Plan de Emergencia resume bien la situación: "La elevación dramática del gasto, principalmente en los rubros de remuneraciones, pensiones y medicamentos (que

todavía se espera sean mayores) ha superado abismalmente a la previsión presupuestal del gasto operativo" [12].

Para hacer frente a la crisis, el IPSS aprobó un "Plan de Emergencia" (Resolución 854 del 1 de septiembre de 1988), "Normas de Severa Austeridad y Moralidad" implantadas en agosto-diciembre de 1988 (Resolución 855 de 2 septiembre de 1988) y Directiva 5 de 1988. La primera evaluación del Plan de Emergencia se hizo a fines de septiembre y subsiguientes evaluaciones se planean para finales de cada uno de los tres meses restantes de 1988. Estas disposiciones y documentos contienen una serie de recomendaciones y medidas para hacer frente a la crisis. Por el lado del ingreso: incremento del porcentaje de aportaciones (un estudio actuarial realizado por el actuario asesor Francisco Bayo respalda dicho incremento; también podría eliminarse el tope de la contribución del empleador o cargarse un plus por cobertura familiar de acuerdo al número de dependientes); cobranza coactiva de deudas del sector privado y adecuado control y cobranza de la deuda estatal; mejor control de la evasión; e incremento del rendimiento real de la inversión. Es interesante que el Plan de Emergencia no plantea reclamar la obligación legal del Estado de asignar un 1% de la nómina salarial del año anterior, como contribución a los programas de salud del IPSS.

Las medidas más numerosas del Plan de Emergencia se refieren al control del gasto: (a) En materia de personal: racionalización del personal contratado a fin de reducir su número; prohibición de nuevos contratos (o renovación de existentes) sobre integración funcional (para evitar aumentos salariales y ampliación del número de usuarios); reducción del número de horas extraordinarias en guardias hospitalarias y restricción de la jornada adicional de trabajo; limitaciones en pasajes, viáticos y comisiones de servicio así como de asesorías extranjeras; reducción del gasto por servicios de vigilancia; prohibición del trabajo

meritorio; restricciones en el suministro de uniformes y alimentos al personal. (b) En cuanto a suministros: supresión del gasto en materias primas; restricción de compra de materiales médicos y de laboratorio, de procesamiento de información y de escritorio; limitaciones en el consumo de electricidad, teléfono y fotocopias, así como en las suscripciones a revistas y periódicos, y suministro de gasolina para vehículos. (c) En inversiones: acentuación de la política de austeridad del gasto en inversiones, iniciada en enero y reforzada en junio (sólo se había gastado a mediados de 1988, un 12% de los egresos de capital presupuestados); prohibición de compras de materiales de construcción y de gastos de adecuación de ambientes. (d) En general: determinación de la responsabilidad sancionable de los funcionarios que contraigan obligaciones mayores que las permitidas en el mes; autorización del pago de facturas sólo por compromiso ya existente; y cancelación de cheques y obligaciones por orden de estricta antigüedad [8, 10, 12, 15, 24].

El Plan de Emergencia es un paso duro pero necesario en el control del gasto ya que, según se ha mantenido en este informe, la solución del déficit no puede basarse sólo en el aumento del porcentaje de aportación. Más aún, las medidas de control del gasto, especialmente el de personal, deberían continuar aun después de superada la crisis. Es muy importante también que las prohibiciones y restricciones adoptadas se apliquen consistentemente; en este sentido es preocupante que las resoluciones establezcan numerosas excepciones, vr. gr., en cuanto a contratación de obligaciones mensuales mayores que las previstas, adecuación de ambientes, suministro de informes, etc. Dichas excepciones pueden convertirse en "agujeros legales en expansión", que podrían burlar el Plan de Emergencia. Por último es necesario reducir el personal existente, basándose en un criterio estricto de necesidad y calificación técnica.

III. CONCLUSIONES

Dos conclusiones fundamentales se derivan de la primera parte del informe:

1. La cobertura poblacional real de EM es de aproximadamente unos cuatro millones de personas, por lo que hay unos dos millones que deberían estar cubiertos legalmente pero probablemente no lo están debido a evasión. Esto significa que estos dos millones deben ser considerados como grupo a cubrir en el futuro.

2. Desde 1977 y con la sola excepción de 1985, EM ha sufrido un déficit financiero anual que ha sido tradicionalmente cubierto con préstamos y traspasos de los programas de pensiones contribuyendo a la decapitalización de estos. Dos incrementos en el porcentaje de aportación efectuados en dicho período ayudaron a reducir dicho déficit pero no lo eliminaron por cuanto los gastos continuaron su tendencia creciente.

Es obvio que EM necesita autofinanciarse y que esto, a su vez, demanda un incremento del ingreso. Esto podría lograrse con: (a) un alza del porcentaje de aportación sobre los salarios y/o la eliminación del tope de aportación de los empleadores y/o la introducción de un cargo extra por dependientes cubiertos de acuerdo con el número de estos; (b) medidas para reducir la evasión y la mora; y (c) pago puntual por el Estado de sus obligaciones como empleador y tercera parte, así como convenios rápidos para hacer efectivo el pago de la deuda estatal acumulada.

Sin embargo, el equilibrio a largo plazo de EM requiere de algo más que el aumento del ingreso, o sea, el control estricto del gasto. El Plan de Emergencia es un paso duro pero necesario que debe ser aplicado sin vacilaciones ni excepciones. Este informe considera que dichas medidas deben continuar aún

excepciones. Este informe considera que dichas medidas deben continuar aún después de superada la crisis actual, especialmente en lo que se refiere al control del personal y su remuneración. El informe también sugiere otros aspectos del programa que pueden ser modificados al efecto de cortar el gasto, por ejemplo, la reducción del porcentaje sobre el salario pagado por el subsidio de enfermedad, la eliminación del tratamiento en el extranjero, etc.

La actual crisis financiera del IPSS no permite una extensión de la cobertura poblacional en el corto plazo. Antes de tomar este paso fundamental es imprescindible primero poner EM y el IPSS sobre bases financiero-actuariales sólidas. No obstante, la meta de universalidad no podrá posponerse indefinidamente y, por tanto, este informe sobre extensión de cobertura da pautas del costo de dicha extensión y posibles vías de lograrla en el futuro.

PARTE SEGUNDA

PRIORIDADES DEPARTAMENTALES PARA LA EXTENSION DE LA COBERTURA DE EM-IPSS Y PERFIL DE SALUD DEPARTAMENTAL

Debido a la escasez de recursos a nivel nacional y en el IPSS, la extensión de la cobertura poblacional tendría que hacerse gradualmente teniendo en cuenta las necesidades más graves y apremiantes. Esto implica establecer prioridades para la extensión y el informe considera dos tipos: por departamentos y por grupos poblacionales. Esta parte del informe estudia todos los departamentos del Perú y los ordena, según su necesidad de atención de salud, de acuerdo con tres grupos de variables: (1) socio-económico y de salud, (2) oferta-utilización de recursos de salud, y (3) eficiencia/adequación de los recursos. También se presenta un "perfil de salud departamental" en que se resumen de manera comparativa las características de cada departamento de acuerdo con los tres grupos de variables utilizadas en su ordenamiento. Este provee la base para que las autoridades comiencen el proceso de extensión por aquellos departamentos más necesitados, dejando para el futuro aquellos departamentos que tienen mejores servicios de salud disponibles.

En la parte tercera del informe se determinarán prioridades por grupos ocupacionales, combinando los dos tipos de ordenamientos.

I. PRIORIDADES DEPARTAMENTALES PARA LA EXTENSION

Una de las tareas fundamentales para la implantación de políticas tendientes a extender la cobertura poblacional y mejorar sustantivamente la atención de la salud en el Perú es la identificación de los departamentos que se encuentran en situación de mayor necesidad. Para establecer un ordenamiento adecuado (de peor a mejor) de los departamentos hemos incorporado tres tipos de indicadores: (1) del

nivel socioeconómico y de salud, (2) de la oferta de recursos médicos y hospitalarios, y (3) de la eficiencia o adecuación de los servicios de salud.¹ Los recientes informes y encuestas del Instituto Nacional de Estadística (INE), los estudios del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), del Proyecto ANSSA, y la información disponible del Ministerio de Salud (MS) permiten contar con una base de datos suficiente y confiable, susceptible de ser aprovechada eficientemente para establecer criterios de priorización. En esta segunda parte del trabajo, nuestro propósito ha sido establecer un ordenamiento de los departamentos del país utilizando la información disponible a fin de ayudar a la formulación política en torno a las prioridades que el gobierno debería atender para extender los servicios de salud.

1. Procedimiento para Establecer un Ordenamiento de Departamentos

Con el propósito de establecer el ordenamiento se seleccionó información sobre el desarrollo socioeconómico, nivel de salud y dotación y eficiencia de recursos médicos y hospitalarios según departamento. La base de datos incorpora información homogénea de los servicios del MS y del IPSS, permitiéndonos realizar una evaluación conjunta de ambas entidades. Se obtuvo información sobre 21 variables relevantes, las mismas que se presentan en los Cuadros 13 y 14 "Variables Socioeconómicas y de Nivel de Salud Seleccionadas: 1987" y "Variables sobre Dotación y Eficiencia de Servicios del MS e IPSS: 1987".² Estas variables se

¹Somos conscientes que el uso de estos conceptos presenta problemas en la literatura económica, no obstante, debido a la falta de información suficiente para ajustarnos a las definiciones correctas hemos utilizado otras, aproximadas, que permitan caracterizar a grupos de variables. Para una discusión de la demanda de salud consultar el Informe Técnico No. 2. "Demanda de Servicios de Salud en el Peru", ANSSA-PERU. 1986.

²La definición de las variables se encuentra en el anexo adjunto.

CUADRO N° 13

INFORMACION ESTADISTICA POR DEPARTAMENTO VARIABLES SOCIOECONOMICAS Y DE NIVEL DE SALUD SELECCIONADAS: 1987

DEPARTAMENTO	Poblacion depto (miles)	IPSS Cobertura (miles)	IS Cobertura (%)	PBI pc (intis)	Sub- empleo (%)	Poblacion Rural (%)	Mortali- dad Infantil	Esperanza de Vida	Demanda de Salud (%)	
AMAZONAS	311.6	31.2	10.01	280.4	95.3	9.55	67.8	96.2	58.5	39.29
ANCASH	928.1	216.3	23.31	711.8	112.4	17.8	46.9	91.6	59.8	40.13
APURIMAC	355.7	34.2	9.61	321.5	50.4	9.12	74.2	125.5	50.6	29.39
AREQUIPA	887.9	312.7	35.22	575.2	198.8	27.98	17.4	77.3	63.5	17.22
AYACUCHO	543.7	63.6	11.70	480.1	44.8	11.73	63.5	121.7	51.8	29.39
CAJAMARCA	1192.2	90	7.55	1102.2	66.1	7.2	79.5	99.6	57.6	30.09
CALLAO	547.1	248.1	45.35	299	249	36.2	0.7	59.3	68.5	35.67
CUZCO	975.1	135.4	13.89	839.7	94.7	14.95	58.2	132.5	49	19.69
HUANCAVELICA	363.6	39.3	10.81	324.3	88.8	7.8	75.3	138.4	47.6	36.28
HUANUCO	569.3	68.9	12.10	500.4	132.5	11.36	68.3	97.8	58	26.38
ICA	506.6	206.9	40.84	299.7	194.3	26.48	21.3	65.7	66.8	32.67
JUNIN	1036.2	230.5	22.24	805.7	165.3	20.66	40.1	95.9	58.6	25.45
LA LIBERTAD	1155.4	303.9	26.30	851.5	137.8	22.02	34.8	70	65.6	27.86
LAMBAYEQUE	859.1	267.1	31.09	592	170.6	27.89	23.1	77.7	63.5	33.20
LIMA	6156.1	2772.2	45.03	3383.9	249	36.56	4.3	61.4	67.7	36.56
LORETO	606.3	114	18.80	492.3	432.4	21.81	45.1	89.6	60.1	32.10
MADRE DE DIOS	44.9	6.6	14.70	38.3	254.4	15.68	51.6	94.7	59.3	30.98
MOQUEGUA	123.7	37.9	30.64	85.8	807.1	23.73	22.9	77.8	63.5	29.81
PASCO	264.1	70.5	26.69	193.6	188.1	16.61	42.8	101	57.1	34.28
PIURA	1378.5	299.3	21.71	1079.2	155.2	19.46	38.1	101.2	57	44.15
PUNO	972.6	110.5	11.36	862.1	60.4	10.42	68.2	119.4	52.2	34.14
SAN MARTIN	418.8	67.7	16.17	351.1	103.6	19.81	43.3	84.7	61.4	56.17
TACNA	190.6	66.1	34.68	124.5	370.2	29.62	14.6	78.6	63.5	32.53
TUMBES	132.5	33.4	25.21	99.1	132.2	26.71	21.2	76.8	63.7	44.15
UCAYALI	212.3	49.9	23.50	162.4	174	19.74	43.4	90.2	60.2	32.10

CUADRO N° 14

VARIABLES SOBRE DOTACION Y EFICIENCIA DE SERVICIOS DEL MINISTERIO DE SALUD E IPSS: 1987.

DEPARTAMENTO	MS Consultas p/c	IPSS Consultas p/c	MS casas/ pob cub.	IPSS casas/ pob cub. (10000)	MS p/c (10000)	IPSS p/c (10000)	MS Indice Ocupacion	IPSS Indice Ocupacion	MS Pron. Estancia	IPSS Pron. Estancia	MS I/ p/c	IPSS I/ p/c
AMAZONAS	0.11	0.16	0.331	0	0.78	6.41	41.9	0	10.21	0	48.36	959.10
ANCASH	0.28	1.02	0.583	0.85	3.02	5.92	42	66.7	6.33	10.4	134.38	1363.14
APURIMAC	0.1	0	0.534	0	0.93	4.09	69.4	0	8.27	0	119.59	740.70
AREQUIPA	0.44	1.91	1.329	1.58	4.87	13.78	60.1	73.5	8.82	10.4	237.60	2209.80
AYACUCHO	0.13	0	0.728	0	1.17	0.79	36.5	0	6.63	0	108.57	270.94
CAJAMARCA	0.11	0.42	0.248	0	0.81	4.22	58.5	0	7.91	0	47.82	486.16
CALLAO	1.36	1.43	1.112	0.35	10.67	8.54	65.5	82.2	9.35	7.9	417.86	1132.36
CUZCO	0.2	0	0.751	0.97	2.01	7.09	53.8	63.4	7.69	8.3	97.96	1429.51
HUANCAVELICA	0.1	0	0.303	0	0.83	0.76	44.4	0	6.95	0	66.61	388.63
HUANUCO	0.16	0.82	0.555	0	1.52	3.77	58	0	5.63	0	107.16	642.06
ICA	0.49	2.29	1.263	1.88	5.87	11.36	55.5	66	5.48	8.1	276.25	1920.87
JUVIN	0.23	0.79	0.744	0.79	2.30	5.03	59.1	64.5	6.78	11.9	188.55	1159.01
LA LIBERTAD	0.28	1.51	0.701	0.93	1.54	7.24	58.4	61.4	7.1	8	144.20	1589.65
LANCAYQUEZ	0.23	1.21	0.346	1.85	4.83	8.42	55.2	54.3	5.41	9.7	96.96	1793.32
LIMA	0.48	1.15	0.878	1.02	7.86	8.37	69.9	84.6	14.54	11.1	201.68	1386.37
LORETO	0.21	0.81	0.531	0.53	1.44	4.47	50.5	75.1	4.69	4.9	110.91	891.84
MADRE DE DIOS	0.32	5.11	1.672	0	4.96	39.39	53.4	0	6.52	0	261.96	4373.64
MOQUEGUA	0.74	2.38	1.543	1.54	5.48	3.17	51.2	51.2	7.46	7.5	294.93	1689.74
PASCO	0.1	1.25	0.409	3.09	1.60	7.66	71	58	11.83	14.2	50.90	2258.82
PIURA	0.22	0.79	0.421	1.42	1.48	2.97	40.3	44.3	9.05	6.4	79.61	1163.63
PUNO	0.1	0.5	0.495	0.53	1.67	3.98	44.3	35.2	6.95	4.5	104.11	681.92
SAN MARTIN	0.28	0.04	0.685	0	2.73	3.99	47.1	0	5.09	0	218.76	555.88
TACNA	0.61	0.79	1.731	0	5.94	3.03	53.7	0	8.88	0	368.25	556.87
TUMBES	0.27	0	0.913	0	3.63	3.29	39	0	4.21	0	145.80	498.62
UCAYALI	0.11	0.74	1.003	0	3.26	3.01	47.1	0	4.9	0	175.82	684.43

refieren a la población total, cubierta por el IPSS y por el MS respectivamente, al PBI per cápita según departamento, a la tasa de subempleo, porcentaje de población rural, mortalidad infantil, esperanza de vida, la "demanda" aparente de salud; y a Información del IPSS y del MS sobre: camas, médicos, gasto y consultas per capita, así como promedio de estancias y porcentaje de ocupación de camas hospitalarias.

Por inspección de las cifras contenidas en los cuadros referidos se puede establecer un ordenamiento de los departamentos, el cual evidentemente reflejaría cuáles son los que urgen de una atención prioritaria. Por ejemplo, puede observarse que Huancavelica registra la tasa de mortalidad infantil más alta del país, 138.4; análogamente la esperanza de vida más baja, 47.6 años; uno de los PBI más bajos; la segunda población rural más alta del país; no existe infraestructura hospitalaria del IPSS; y, entre otros, los índices de consultas per cápita y médicos del MS son sumamente bajos. En oposición a Huancavelica, el Callao presenta la tasa de mortalidad infantil más baja del país, 59.8; la esperanza de vida más alta, 68 años, uno de los productos per cápita mayores, la más alta cobertura poblacional del IPSS, y prácticamente, la totalidad de la población es urbana. Puede decirse, entonces, que mientras Huancavelica se encuentra en una situación muy crítica, la del Callao está entre las mejores del país. Habría que realizar ejercicios similares para los 23 departamentos restantes lo cual resultaría bastante tedioso, y en algunos casos se podría prestar a ambigüedades con respecto a la posición final de departamentos con situaciones muy parecidas.

Un método bastante eficiente de ordenar los departamentos siguiendo un procedimiento equivalente al que haríamos por inspección es el análisis factorial. Este procedimiento permite sintetizar información y agrupar los departamentos de acuerdo a "puntajes" calculados sobre la base del total de la información

disponible. Podríamos decir que este método opera en dos etapas: primero, agrupa variables afines en un mismo "factor general", que subyace a las variables que lo conforman; y segundo, otorga a los departamentos un puntaje en base a cuánto tienen de ese factor. De esta forma, se simplifica el procedimiento para ordenar los departamentos, pues el criterio es el puntaje que cada uno de éstos obtiene en los factores. Por ejemplo, si consideramos únicamente las variables indicativas de nivel socioeconómico y de salud, o sea, el PBI per cápita, la tasa de subempleo, el porcentaje de población rural, la mortalidad infantil y la esperanza de vida, todas éstas están referidas a un mismo "factor general" subyacente, en efecto, "desarrollo socioeconómico" o "nivel de pobreza/riqueza". El análisis factorial agrupará las cinco variables mencionadas en un mismo "factor", y otorgará a los departamentos un puntaje: Callao tendría el puntaje más alto, porque de todos los departamentos es el que mejor situación socioeconómica y de salud relativa posee, y por el contrario, Cuzco, Pasco, Huancavelica, Puno y Apurímac, en ese orden y con diferencias mínimas, serían los departamentos más deprimidos en términos de pobreza.³ Así, se sintetiza información puesto que ya no nos tenemos que referir a las cinco variables constitutivas del "factor", sino únicamente al "puntaje" del departamento en este último.

³Es preciso indicar que la variable de subempleo urbano utilizado en el análisis es un indicador de urbanidad, y que los departamentos que poseen una menor tasa de subempleo urbano, presentan simultáneamente las mayores tasas de población rural. Si excluyéramos del análisis esta variable, basados en que la población rural captura por diferencia la tasa de urbanidad, seguiríamos encontrando que los departamentos de mayor necesidad en términos del factor "pobreza" son: Cuzco, Pasco, Huancavelica, Puno, y Apurímac, en ese orden y por mínimas diferencias entre ellos. Igual resultado se obtendría si no se considerara la variable esperanza de vida, dada su alta correlación con la variable mortalidad infantil.

2. Aplicación del Análisis Factorial y Primer Ordenamiento

Aplicamos el análisis factorial al total de la información recogida con solo algunas salvedades: (1) Se excluyeron las variables sobre población⁴ pues todas las variables relevantes estaban referidas a la cobertura del IPSS o MS, para lo cual esta información ya había sido utilizada. En su defecto, se incluyó el porcentaje de cobertura del IPSS.⁵ (2) No se incorporó la variable esperanza de vida, ya que presenta una altísima correlación con la mortalidad infantil, y para los fines del análisis no es óptimo incluirla.

Los resultados muestran que la presencia del MS⁶ y las variables socioeconómicas y de nivel de salud se agrupan en un mismo "factor" que denominamos "desarrollo socioeconómico y de salud" o "pobreza". Ello nos indica que, en general, en los departamentos más pobres, también la dotación de recursos médicos y hospitalarios del MS es escasa. Para ratificar esta hipótesis, se hicieron algunas pruebas que mostraron consistentemente que las variables del MS no añadían información adicional relevante para caracterizar el nivel de desarrollo económico según departamento. De acuerdo a este factor pobreza, es de esperar que un mejor nivel socioeconómico y de salud esté representado por un mayor producto per cápita, mayor cobertura del IPSS, mayor subempleo (indicador no sólo de informalidad, sino también de urbanidad), un menor porcentaje de población rural y una menor mortalidad infantil. Los signos de las primeras tres variables son positivos, y de las últimas dos, negativos. Con relación a las

⁴Total estimada, cubierta por el MS y el IPSS, respectivamente, según departamento.

⁵Que es igual a la población cubierta por el IPSS dividida por la población total.

⁶Las variables del MS son médicos, camas, consultas y gasto per cápita, y las variables socioeconómicas son subempleo, mortalidad infantil, población rural, PBI per cápita, y población cubierta por el IPSS.

variables del MS, se encuentra que en los departamentos de mejor nivel socioeconómico y de salud, el número de médicos, camas, consultas y el gasto per cápita son más elevados. Los departamentos que obtuvieron el "puntaje" más bajo en este factor son: Pasco, Cuzco, Cajamarca, Apurímac, Huancavelica, Puno, Amazonas, Huánuco, Ayacucho, y Piura, por citar los diez departamentos más pobres del país.⁷

Las variables, camas per cápita del IPSS, promedio de estancia y porcentaje de ocupación del IPSS y del MS, se agrupan en un mismo "factor" que fue caracterizado como "eficiencia" de los servicios hospitalarios, o "adecuación de la infraestructura hospitalaria". En este caso los "puntuajes" más altos corresponden a departamentos que poseen, relativamente, un mayor número de camas del IPSS⁸ por mil y una simultánea capacidad instalada ociosa, puesta de manifiesto por sus indicadores de ocupación.⁹

El resto de las variables se alinearon bajo un mismo "factor" general: médicos, gasto y consultas per cápita del IPSS, y el porcentaje de personas que percibió signos de enfermedad y/o accidente y se consultó (la que calificamos como "demanda de servicios de salud"). Este tercer factor se denominó, por no encontrar otro término más adecuado, "oferta" del IPSS. Las primeras tres variables se mueven en la misma dirección, es decir, una mayor "oferta" del IPSS está representada por un número más alto de consultas médicas, de médicos y de gasto en salud por persona cubierta. Simultáneamente, se observa que en los

⁷Ver el Cuadro No 15: "Primer Ordenamiento de Departamentos de Acuerdo a Factores y Ponderaciones".

⁸Porque el indicador de camas del MS por mil se agrupó con el factor pobreza, tal como se señaló antes.

⁹Ver los puntuajes obtenidos según departamento para este factor en el Cuadro.

mismos departamentos en los que la "oferta" del IPSS es mayor, el porcentaje de personas que percibió signos de enfermedad y/o accidente y se consultó fue mayor. Fue de esperar que la variable camas por persona cubierta del IPSS se agrupara conjuntamente con las citadas, bajo el mismo factor. Sin embargo, esta variable se acomodó siempre con las del segundo factor.

Por último, el puntaje obtenido por departamento en cada uno de los tres factores descritos fue ponderado de acuerdo a la importancia relativa del factor, y se obtuvo un puntaje final que permitió un ordenamiento definitivo de los departamentos.¹⁰ De acuerdo a los puntajes, los nueve departamentos críticos o más deprimidos son, en orden de importancia: Huancavelica, Cajamarca, Apurímac, Amazonas, Ayacucho, Puno, Cuzco, Huánuco y Piura. Los ocho departamentos intermedios son: Pasco, Ancash, Loreto, San Martín, Junín, Ucayali, La Libertad y Tumbes. Finalmente, los departamentos en mejor situación relativa son: Lambayeque, Madre de Dios, Arequipa, Ica, Tacna, Moquegua, Lima y Callao.

Indudablemente, nuestro método de ordenamiento utilizando toda la información relevante nos había proporcionado un ordenamiento final de los departamentos que ya podía ser utilizado. Sin embargo, el ordenamiento podía ser refinado si la información estadística se utilizaba de una manera más eficiente. En primer lugar, el "factor pobreza" incluía la presencia de las variables del MS, que como se mencionó antes no añadía información nueva. Es más este "factor" tenía un peso más de tres veces superior a los otros dos. Ello debido a que el gran número de variables incluidas explica una proporción importante de las diferencias entre los departamentos, dejando relativamente menos margen al poder explicativo de los otros dos factores. Como nosotros estábamos interesados en sopesar la influencia del IPSS en el ordenamiento de los departamentos, una vez descubierto

¹⁰El ordenamiento final se presenta en la última columna del Cuadro No 15.

CUADRO N° 15

PRIMER ORDENAMIENTO DE DEPARTAMENTOS DE ACUERDO A FACTORES Y PONDERACIONES

FACTOR 1: POBREZA		FACTOR 2: EFICIENCIA		FACTOR 3: OFERTA IPSS		FACTORES PONDERADOS	
1 PASCO	-1.39	1 MADRE DE DIOS	-1.94	1 TUMBES	-1.06	1 HUANCAYELICA	-11.36
2 CUZCO	-1.21	2 SAN MARTIN	-1.33	2 SAN MARTIN	-0.96	2 CAJAMARCA	-10.23
3 CAJAMARCA	-1.12	3 TACNA	-1.29	3 CALLAO	-0.72	3 APURIMAC	-9.40
4 APURIMAC	-1.11	4 TUMBES	-1.28	4 LIMA	-0.70	4 AMAZONAS	-8.70
5 HUANCAYELICA	-1.03	5 UCAYALI	-1.08	5 PIURA	-0.65	5 AYACUCHO	-8.58
6 PUÑO	-0.93	6 AYACUCHO	-0.84	6 TACNA	-0.57	6 PUÑO	-8.28
7 AMAZONAS	-0.81	7 HUANUCO	-0.53	7 AYACUCHO	-0.51	7 CUZCO	-6.80
8 HUANUCO	-0.65	8 HUANCAYELICA	-0.61	8 HUANCAYELICA	-0.48	8 HUANUCO	-6.74
9 AYACUCHO	-0.61	9 AMAZONAS	-0.52	9 LORETO	-0.28	9 PIURA	-3.48
10 PIURA	-0.42	10 CAJAMARCA	-0.32	10 ANCASH	-0.27	10 PASCO	-3.41
11 JUNIN	-0.36	11 APURIMAC	-0.17	11 UCAYALI	-0.26	11 ANCASH	-1.46
12 ANCASH	-0.24	12 MOQUEGUA	-0.05	12 AMAZONAS	-0.23	12 LORETO	-1.44
13 LA LIBERTAD	-0.20	13 CALLAO	-0.04	13 PUÑO	-0.22	13 SAN MARTIN	-1.10
14 LORETO	-0.15	14 PUÑO	-0.03	14 JUNIN	-0.10	14 JUNIN	-0.75
15 MADRE DE DIOS	-0.07	15 ICA	0.15	15 CAJAMARCA	-0.05	15 UCAYALI	-0.68
16 LAMBAYEQUE	-0.05	16 LORETO	0.18	16 LAMBAYEQUE	-0.04	16 LA LIBERTAD	0.81
17 UCAYALI	0.36	17 ANCASH	0.44	17 APURIMAC	0.03	17 TUMBES	1.69
18 AREQUIPA	0.37	18 PIURA	0.59	18 HUANUCO	0.13	18 LAMBAYEQUE	2.22
19 SAN MARTIN	0.60	19 LA LIBERTAD	0.71	19 LA LIBERTAD	0.20	19 MADRE DE DIOS	4.96
20 TUMBES	0.95	20 JUNIN	0.91	20 CUZCO	0.23	20 AREQUIPA	8.04
21 ICA	1.04	21 CUZCO	0.96	21 PASCO	0.34	21 ICA	10.30
22 LIMA	1.16	22 LAMBAYEQUE	1.01	22 MOQUEGUA	0.38	22 TACNA	11.18
23 MOQUEGUA	1.26	23 AREQUIPA	1.01	23 ICA	0.53	23 MOQUEGUA	11.23
24 TACNA	1.95	24 LIMA	1.55	24 AREQUIPA	0.90	24 LIMA	12.13
25 CALLAO	2.66	25 PASCO	2.63	25 MADRE DE DIOS	4.38	25 CALLAO	20.06

Factor 1 : incluye subempleo, mortalidad infantil, poblacion rural, PBI per capita, poblacion cubierta por el IPSS, y las variables del ministerio de salud vinculadas a medicos, camas, consultas y gasto per capita.

Factor 2 : incluye camas del IPSS, y los indices de ocupacion y estancia tanto del IPSS como del MS.

Factor 3 : incluye medicos, gasto y consultas per capita del IPSS, y la demanda aparente de salud.

Nota : las ponderaciones utilizadas para estimar la columna final son los Eigenvalues de los factores; 8.25 para el factor 1, 2.75 para el factor 2, y 2.47 para el factor 3.

el rol del MS y del "factor pobreza", entonces decidimos replicar el análisis excluyendo las variables del MS.

Pero no fue únicamente éste el cambio introducido para refinar el procedimiento. En segundo lugar, se había procurado medir la demanda de salud según departamento. Sólo fue posible obtener un indicador de demanda, representado por el porcentaje de población que percibió signos de enfermedad y/o accidente y se consultó.¹¹ Sin embargo, este indicador nos proporcionó cifras que no eran lo suficientemente confiables. En un esfuerzo por ajustar las variables a los factores, se forzaba a este único indicador de demanda a agruparse conjuntamente con variables representativas de la "oferta" del IPSS. En resumen, la escasa confiabilidad en el dato y la necesidad de contar con un mayor número de variables de demanda de salud, para que sean correctamente agrupadas bajo un mismo factor, nos llevó a decidir la exclusión de dicha variable del análisis.

Finalmente, la inclusión del porcentaje de población cubierta por el IPSS era innecesaria. Las seis variables referidas al IPSS habían sido relacionadas con la cobertura poblacional del IPSS, y por ello, la presencia de esta variable independientemente presentó problemas computacionales. Estos fueron similares a la presencia simultánea de la esperanza de vida y la mortalidad infantil, es decir, la existencia de una alta correlación entre el porcentaje de población cubierta por el IPSS y el resto de variables que usaron este mismo dato como divisor. Para prevenirlos, optamos por excluir la variable del análisis.

¹¹La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud publicada en 1985 por el INE contiene alguna información sobre la demanda de servicios de salud según región de salud, la misma que no pudo ser utilizada en nuestro análisis.

3. El Ordenamiento Final de los Departamentos

Al igual que en el primer ordenamiento, las diez variables relevantes se agruparon en tres factores generales: "pobreza", "oferta del IPSS", y "eficiencia".¹² El factor "pobreza" incluye las mismas variables que en el análisis anterior, y no aparecen las variables del MS, pues han sido excluidas del análisis. El segundo factor incluye exactamente las tres variables indicativas de la "oferta" IPSS, por lo cual la composición del factor se mantiene inalterado dado que la exclusión del MS no lo afecta. El tercer factor presenta las variables que miden la "adecuación" de los servicios hospitalarios del IPSS, o factor "eficiencia" y no aparecen las dos variables del MS que las hemos excluido.

Es importante destacar con relación a este tercer factor de "eficiencia", que los puntajes más elevados reflejan niveles más altos de camas por mil en relación al promedio nacional, combinados con menores índices de ocupación, hospitalaria, o lo que es lo mismo, existencia de capacidad instalada ociosa. Puede decirse que no existe una buena adecuación del recurso camas a las necesidades de salud. De otro lado, de los doce departamentos que se ordenan primero con relación a este tercer factor, once carecen en absoluto de infraestructura hospitalaria del IPSS, por lo cual, la "adecuación" del recurso no puede ser propiamente medido. En este grupo se encuentra el Callao, que requiere ampliación de su capacidad instalada. Este resultado es sumamente similar al que se obtiene cuando se establece el ordenamiento incluyendo las variables del MS. En este caso, se observa que solo Apurímac se separa del grupo anterior¹³. En general, puede decirse que el

¹²Ver los resultados de este análisis en el Cuadro No 16 "Ordenamiento Final de Departamentos de Acuerdo a Factores y Ponderaciones."

¹³Apurímac posee una relativamente alta ocupación y menor promedio de estancia que la media nacional.

CUADRO NO 16

ORDENAMIENTO FINAL DE DEPARTAMENTOS DE ACUERDO A FACTORES Y PONDERACIONES

FACTOR 1: POBREZA		FACTOR 2: OFERTA IPSS		FACTOR 3: EFICIENCIA		FACTORES PONDERADOS	
1 Cuzco	-1.67	1 Tumbes	-0.98	1 Tacna	-1.75	1 Huancavelica	-8.25
2 Pasco	-1.59	2 Tacna	-0.69	2 Madre de Dios	-1.73	2 Apurimac	-7.85
3 Huancavelica	-1.39	3 Ayacucho	-0.64	3 Tumbes	-1.43	3 Puno	-6.24
4 Puno	-1.33	4 San Martin	-0.62	4 Ucayali	-1.21	4 Cuzco	-6.06
5 Apurimac	-1.23	5 Lima	-0.47	5 San Martin	-1.16	5 Ayacucho	-6.02
6 Cajamarca	-0.84	6 Huancavelica	-0.45	6 Huancuco	-0.91	6 Cajamarca	-5.54
7 Ayacucho	-0.77	7 Callao	-0.44	7 Amazonas	-0.81	7 Amazonas	-3.97
8 Madre de Dios	-0.60	8 Loreto	-0.43	8 Cajamarca	-0.71	8 Huancuco	-3.35
9 Ancash	-0.58	9 Ucayali	-0.38	9 Ayacucho	-0.54	9 Pasco	-2.59
10 Amazonas	-0.55	10 Junin	-0.37	10 Apurimac	-0.43	10 Piura	-1.41
11 Piura	-0.39	11 Piura	-0.35	11 Huancavelica	-0.30	11 Ancash	-1.39
12 Huancuco	-0.36	12 Puno	-0.25	12 Callao	-0.25	12 Junin	-0.77
13 Junin	-0.34	13 Apurimac	-0.18	13 Moquegua	0.05	13 San Martin	-0.22
14 Lambayeque	0.25	14 Cajamarca	-0.15	14 Loreto	0.10	14 Ucayali	0.26
15 La Libertad	0.27	15 Cuzco	-0.12	15 La Libertad	0.45	15 Loreto	1.83
16 Arequipa	0.29	16 Ancash	-0.10	16 Puno	0.50	16 La Libertad	2.26
17 Loreto	0.55	17 Huancuco	-0.09	17 Ica	0.51	17 Lambayeque	2.89
18 Ica	0.59	18 Amazonas	-0.01	18 Lima	0.54	18 Tumbes	2.92
19 San Martin	0.61	19 Lambayeque	0.04	19 Piura	0.81	19 Arequipa	4.39
20 Ucayali	0.62	20 La Libertad	0.12	20 Arequipa	0.97	20 Madre de Dios	4.76
21 Moquegua	1.35	21 Moquegua	0.21	21 Lambayeque	1.00	21 Ica	4.95
22 Tumbes	1.48	22 Pasco	0.43	22 Ancash	1.06	22 Tacna	5.72
23 Lima	1.56	23 Ica	0.57	23 Junin	1.09	23 Moquegua	7.11
24 Callao	2.01	24 Arequipa	0.65	24 Cuzco	1.50	24 Lima	7.38
25 Tacna	2.06	25 Madre de Dios	4.63	25 Pasco	2.66	25 Callao	8.40

Factor 1: incluye PBI per capita, poblacion rural, subempleo y mortalidad infantil.

Factor 2: incluye medicos, gasto y consultas per capita del IPSS.

Factor 3: incluye camas per capita, promedio de estancias y ocupacion del IPSS.

Nota: las ponderaciones utilizadas para estinar la columna final son los Eigenvalues de los respectivos factores: 4.84 para el factor 1, 2.25 para el factor 2, y 1.37 para el factor 3.

ordenamiento obtenido por este factor sugiere que los departamentos críticos necesitarían adecuar mejor la capacidad instalada a las necesidades de salud, mediante la creación y/o ampliación de infraestructura.

En el segundo ordenamiento las posiciones de los departamentos, en razgos generales no varían mucho. Los nueve departamentos más deprimidos, es decir, los que se encuentran en situación crítica son, en orden de prioridad: Huancavelica, Apurímac, Puno, Cuzco, Ayacucho, Cajamarca, Amazonas, Huánuco y Pasco. Todos estos departamentos se encuentran en la sierra e incluyen la zona del Trapecio Andino, de reconocida extrema pobreza. Los diez departamentos de mejor posición relativa son: La Libertad, Lambayeque, Tumbes, Arequipa, Madre de Dios, Ica, Tacna, Moquegua, Lima y Callao. Estos se encuentran en la costa, con la excepción de la zona serrana de Arequipa y Madre de Dios, ubicada en la selva. Finalmente, el grupo de departamentos de caracterización intermedia está constituido por: Piura, Ancash, Junín, San Martín, Ucayaly, Loreto. Estos se encuentran ubicados en costa, sierra y selva, y son de mayor heterogeneidad que los departamentos del grupo crítico y del grupo en mejor situación relativa.

4. Apéndice

La información estadística recopilada para ejecutar el análisis proviene del INE, del MS y del IPSS. De acuerdo a los lineamientos del trabajo, la información incluye datos sobre: (a) población total por departamento, población cubierta por el IPSS, y población cubierta por el MS; (b) PBI per capita por departamento; (c) tasa de subempleo; (d) porcentaje de población rural por departamento; (e) mortalidad infantil y esperanza de vida por departamento; (f) demanda de servicios de salud; la siguiente información corresponde tanto al MS como al IPSS: (g) gastos en salud por población cubierta y por departamento; (h) camas por población cubierta; (i) médicos por población cubierta; (j) promedio de estancias

hospitalarias; (k) índice de ocupación hospitalaria; y (l) consultas ejecutadas por población cubierta.

La información sobre estas 21 variables, definidas anteriormente, se presentan en el Cuadro "Información Estadística por Departamento". A continuación se definen detalladamente tales variables.

(1) Población total estimada 1987 (proyectada al 30 de junio de cada año) según departamento, INE.

(2) Población total protegida en Prestaciones de Salud D.L.22482, por tipo de asegurado y dependientes, según departamentos (y provincias), 1987, IPSS.

(3) La población protegida por el MS se obtiene por diferencia. Nótese que se incluye en ésta: la población cubierta por las FFAA, por la caja de pescadores, por beneficencias y el resto de organizaciones sin fines de lucro, y por el sector privado. El ajuste que podría hacerse es sustraer un 9% proporcional a la población cubierta en cada uno de los departamentos, ya que no existen cifras sobre la cobertura de cada una de estas entidades por departamento. Como el ajuste se aplicaría a toda la serie por igual se optó por no ejecutarla para los fines del presente análisis.

(4) PBI per capita según departamento 1985 (estimado, es la cifra más reciente). Valor de comprador a precios constantes de 1979, en Intis, INE. El PBI per capita de Lima y Callao es igual ya que no existe el dato independiente para Callao.

(5) La tasa de subempleo corresponde al porcentaje de la PEA del sector urbano por departamento, conformado por trabajadores independientes, trabajadores familiares, y no especificado en 1981, y proyectado a 1987. La información es del Censo Poblacional 1981 y de INE.

(6) Población rural en porcentaje según departamento, 1987, INE.

(7) Tasa de mortalidad infantil (por mil) según departamento, 1987, INE.

(8) Esperanza de vida en años según departamento, 1987, INE.

(9) Demanda de servicios de salud, representada por la proporción de población que percibió síntomas de enfermedad y/o accidente y efectuó consultas, según región, ajustada por departamento y con cifras estimadas para Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, 1985, INE.

(10) MS, gastos en salud según departamento, 1987, MS.

(11) IPSS, gastos en salud según departamento, 1987, IPSS, Ejecución Real Gastos en Salud, I y II semestres 1987, por Sistemas, en miles de intis, 7 de abril 1988. Incluye alícuota (.58) de Gastos Administrativos e IRAD. No incluye Gastos en Inversiones, IPSS.

(12) MS, número de camas hospitalarias según departamento, 1987, MS.

(13) IPSS, número de camas hospitalarias según departamento, 1987, IPSS.

(14) MS, número de médicos según departamento, 1987, MS.

(15) IPSS, número de médicos según departamento, 1987, IPSS.

(16) MS, índice de promedio de estancias, 1987, MS.

(17) IPSS, índice de promedio de estancias, 1987, IPSS.

(18) MS, índice de ocupación hospitalaria, 1987, MS.

(19) IPSS, índice de ocupación hospitalaria, 1987, IPSS.

(20) MS, número de consultas ejecutadas según departamento, 1987, MS.

(21) IPSS, número de consultas ejecutadas según departamento, 1987, IPSS.

Las variables correspondientes al MS y al IPSS (a partir de esperanza de vida, ver el segundo panel del cuadro), de ser aplicable, fueron divididas por "población cubierta por el MS" o "población cubierta por el IPSS", respectivamente. Esto fue hecho con el fin de obtener datos por habitante cubierto.

II. PERFIL DE SALUD DEPARTAMENTAL

En el Cuadro 17 se reproducen todas las variables utilizadas en el primer ejercicio de ordenamiento (Cuadros 13 y 14), con excepción de las relacionadas con cobertura poblacional y la de "demanda de salud", agrupadas por los tres factores usados. Este cuadro añade un ordenamiento de los 25 departamentos: de 1 (peor) al 25 (mejor), con la excepción del subempleo urbano que se ordena al revés. Este último se debe a que los departamentos mas rurales y menos

CUADRO No. 17

ORDENAMIENTO (a) DE LOS DEPARTAMENTOS POR CADA VARIABLE.

DEPARTAMENTOS(b)	VARIABLES SOCIOECONOMICAS Y DE SALUD											
	PDI/PC 1975		SUBEMPLEO %		POB RURAL %		ANALFABETISMO %		MORTALIDAD INFANTIL		ESPERANZA VIDA	
PROMEDIOS NACIONALES	179.98				31.8		14		88.2		61.4	
1 HUANCAYELICA	5	88.8	2	7.80	2	75.3	3	38	1	138.4	1	47.6
2 APURIMAC	2	50.4	3	9.12	3	74.2	1	46	3	125.5	3	50.6
3 PUNO	3	60.4	5	10.42	5	68.2	7	26	5	119.4	5	52.2
4 COSCO	6	94.7	8	14.95	8	58.2	5	29	2	132.5	2	49.0
5 AYACUCHO	1	44.8	7	11.73	7	63.5	2	41	4	121.7	4	51.8
6 CAJAMARCA	4	66.1	1	7.20	1	79.5	4	31	8	99.6	8	57.6
7 AMAZONAS	7	95.3	4	9.55	5	67.8	9	22	10	96.2	10	58.5
8 HUANUCO	11	132.5	6	11.36	4	66.3	6	27	9	97.8	9	58.0
9 PASCO	17	188.1	10	16.61	14	42.8	10	17	7	101	7	57.1
10 PIURA	13	155.2	12	19.46	16	38.1	11	16	6	101.2	6	57.0
11 ANCASH	9	112.4	11	17.80	10	46.9	8	23	13	91.6	13	59.8
12 JUNIN	14	165.3	15	20.66	15	40.1	12	15	11	95.9	11	58.6
13 SAN MARTIN	8	103.6	14	19.81	13	43.3	14	13	16	84.7	16	61.4
14 UCAYALI	16	174.0	13	19.74	12	43.4	17	9	14	90.2	15	60.2
15 LORETO	24	432.4	16	21.81	11	45.1	15	12	15	89.6	14	60.1
16 LA LIBERTAD	12	137.8	17	22.02	17	34.8	13	14	22	70	22	65.6
17 LAMBAYEQUE	15	170.6	21	27.89	18	23.1	16	10	19	77.7	18	63.5
18 TUMBES	10	132.2	20	26.71	21	21.2	22	6	21	76.8	21	63.7
19 ARIQUIPA	19	198.8	22	27.98	22	17.4	19	7	20	77.3	20	63.5
20 MADRE DE DIOS	22	254.4	9	15.68	9	51.6	20	7	12	94.7	12	59.3
21 ICA	18	194.3	19	26.48	20	21.3	23	5	23	65.7	23	66.8
22 TACNA	23	370.2	23	29.62	23	14.6	21	6	17	78.6	19	63.5
23 MOQUEGUA	25	807.1	18	23.73	19	22.9	18	9	18	77.8	17	63.5
24 LIMA	21	249.0	25	36.56	24	4.3	24	3	24	61.4	24	67.7
25 CALLAO	20	249.0	24	36.20	25	0.7	25	2	25	59.3	25	68.5

(a) Los departamentos se ordenan en general y por cada variable del peor (1) al mejor (25) excepto subempleo que se ha ordenado al revés

(b) Los departamentos se ordenan en esta columna por el ordenamiento final del análisis factorial.

CUADRO N°. 17 (continuación)

ORDENAMIENTO (a) DE LOS DEPARTAMENTOS POR CADA VARIABLE.

DEPARTAMENTOS (b)	VARIABLES DE OFERTA / UTILIZACION							
	INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL -				MINISTERIO SALUD			
	CAMAS POR 1000 HYS.	MEDICOS por 10,000HYS	CONSULTAS POR HAB.	GASTOS PER CAPITA	CAMAS POR 1000 HYS.	MEDICOS por 10.000 HYS.	CONSULTAS POR HAB.	GASTOS PER CAPITA
PROMEDIOS NACIONALES	1.00	1.00	1.00		1.00	1.00	1.00	100.00
1 HUANCAYELICA	1	0.00	1	0.76	1	0.00	2	388.63
2 APURIMAC	1	0.00	11	4.09	1	0.00	10	740.70
3 PUNO	14	0.53	9	3.98	9	0.50	8	681.92
4 CUSCO	18	0.97	17	7.09	8	0.46	18	1.429.51
5 AYACUCHO	1	0.00	2	0.79	1	0.00	1	270.94
6 CAJAMARCA	1	0.00	12	4.22	7	0.42	3	486.16
7 AMAZONAS	1	0.00	16	6.41	6	0.16	12	959.10
8 HUANUCO	1	0.00	8	3.77	15	0.82	7	642.06
9 PASCO	25	3.09	19	7.66	19	1.25	24	2.258.82
10 PIURA	20	1.42	3	2.97	12	0.79	15	1.163.63
11 ANCASH	16	0.85	15	5.92	16	1.02	16	1.363.14
12 JUNIN	15	0.79	14	5.03	11	0.79	14	1.159.01
13 SAN MARTIN	1	0.00	10	3.99	5	0.04	5	555.88
14 UCAYALI	1	0.00	4	3.01	10	0.74	9	684.43
15 LORETO	13	0.53	13	4.47	14	0.81	11	891.84
16 LA LIBERTAD	17	0.93	18	7.24	21	1.51	19	1.589.55
17 LAMBAYEQUE	24	1.85	21	8.42	18	1.21	21	1.793.32
18 TUMBES	1	0.00	7	3.29	1	0.00	4	498.62
19 AREQUIPA	23	1.58	24	13.78	22	1.91	23	2.209.80
20 MADRE DE DIOS	1	0.00	25	39.39	25	5.11	25	4.373.64
21 ICA	21	1.48	23	11.36	23	2.29	22	1.920.87
22 TACNA	1	0.00	5	3.03	13	0.79	6	556.87
23 MOQUEGUA	22	1.53	6	3.17	24	2.38	20	1.689.74
24 LIMA	19	0.98	20	8.37	17	1.15	17	1.386.37
25 CALLAO	12	0.35	22	8.54	20	1.43	13	1.132.36
							2	0.303
							9	0.534
							7	0.495
							16	0.751
							14	0.728
							1	0.248
							3	0.331
							10	0.555
							5	0.409
							6	0.421
							11	0.583
							15	0.744
							12	0.685
							19	1.003
							8	0.531
							13	0.701
							4	0.346
							18	0.913
							17	3.63
							19	4.87
							24	1.672
							20	4.96
							22	5.87
							25	1.731
							23	5.94
							23	1.543
							21	5.48
							24	7.86
							25	10.67
							4	0.10
							11	0.10
							2	0.10
							10	0.20
							8	0.13
							5	0.11
							6	0.11
							9	0.16
							3	0.10
							12	0.22
							15	0.28
							13	0.28
							17	0.23
							19	0.28
							16	0.11
							12	0.21
							14	0.28
							6	0.23
							15	0.27
							20	0.44
							21	0.32
							22	0.49
							24	0.61
							23	0.74
							18	0.48
							25	1.36
							4	66.61
							11	110.69
							8	104.11
							7	97.96
							10	188.57
							1	47.82
							2	48.36
							9	107.16
							3	50.90
							5	79.61
							13	134.38
							17	188.55
							19	218.76
							16	175.82
							12	110.91
							14	144.20
							6	96.96
							15	145.80
							20	237.60
							21	261.96
							22	276.25
							24	368.25
							23	294.93
							18	201.68
							25	417.86

(a) Los departamentos se ordenan en general y por cada variable del peor (1) al mejor (25) excepto subempleo que se ha ordenado al revés.

(b) Los departamentos se ordenan en esta columna por el ordenamiento final del analisis factorial.

CUADRO N° 17 (continuación)

ORDENAMIENTO (a) DE LOS DEPARTAMENTOS POR CADA VARIABLE.

VARIABLES DE EFICIENCIA / ADECUACION				POSIBILIDAD INCREMENTO DE LA PRODUCCION CON LOS RECURSOS DISPONIBLES			
IPSS	PROHEBIO	MIN. SALUD	PROHEBIO	EGRESOS	CONSULTY/MTZ.		
INDICE OCUPACION	ESTANCIAS	INDICE OCUPACION	ESTANCIAS				
71.9	10.1	59.4	8.99	185.080	1.3		
1 0.0	23 0.0	7 44.4	14 6.95	5 2.345	3 0.20		
1 0.0	25 0.0	23 69.4	8 8.27	1 1.167	4 0.20		
12 35.2	14 4.5	6 44.3	13 6.95	19 12.664	8 0.56		
18 63.4	7 8.3	14 53.8	10 7.69	18 12.004	6 0.40		
1 0.0	24 0.0	1 36.5	16 6.63	15 10.573	2 0.20		
1 0.0	20 0.0	19 58.5	9 7.91	6 3.620	1 0.20		
1 0.0	16 0.0	4 41.9	3 10.21	3 1.587	5 0.30		
1 0.0	22 0.0	17 58.0	19 5.63	9 5.531	7 0.40		
16 58.0	1 14.2	25 71.0	2 11.83	4 1.979	14 0.80		
13 44.3	12 6.4	3 40.3	5 9.05	24 20.345	9 0.50		
19 64.5	2 11.9	20 59.1	15 6.78	17 11.901	13 0.70		
1 0.0	15 0.0	9 47.1	22 5.09	13 7.759	11 0.70		
1 0.0	17 0.0	8 47.1	23 4.90	10 5.013	15 0.80		
23 75.1	13 4.9	10 50.5	24 4.69	14 9.088	10 0.50		
17 61.4	9 8.0	18 58.4	12 7.10	20 14.083	17 1.00		
15 54.3	6 9.7	15 55.2	21 5.41	16 11.678	18 1.00		
1 0.0	19 0.0	2 39.0	25 4.21	8 4.826	12 0.70		
22 73.6	4 10.4	21 60.1	7 8.82	21 14.136	22 2.20		
1 0.0	21 0.0	12 53.4	17 6.52	2 1.327	24 2.40		
20 66.0	8 8.1	16 55.5	20 5.48	23 15.195	21 2.10		
1 0.0	18 0.0	13 53.7	6 8.88	7 4.246	19 1.20		
14 51.2	11 7.5	11 51.2	11 7.46	11 6.380	20 1.20		
25 84.6	3 11.1	24 69.9	1 14.54	25 20.863	23 2.30		
24 82.2	10 7.9	22 65.5	4 9.35	12 7.340	25 3.20		

(a) Los departamentos se ordenan en general y por cada variable del peor (1) al mejor (25) excepto subempleo que se ha ordenado al revs.

(b) Los departamentos se ordenan en esta columna por el ordenamiento final del analisis factorial.

ARCH 02-OFERTYGL:

desarrollados tienen un bajo porcentaje de subempleo urbano, mientras que los departamentos más urbanos y desarrollados tienen un alto subempleo urbano; a los efectos de ajustar esta variable con las otras se invirtió su ordenamiento. En las dos últimas columnas del Cuadro 17 se calcula el potencial que tiene cada departamento para ampliar la capacidad disponible y no utilizada en cuanto a egresos y consultas por habitante.

El Cuadro 17 indica que las variables de pobreza son muy consistentes entre sí. Así, a más bajo el ordenamiento de los departamentos (digamos el grupo de los nueve departamentos críticos o más deprimidos) en general: más bajo es el PBI p/c, mayor la población rural (y más bajo el subempleo urbano), mayor el analfabetismo, mayor la mortalidad infantil y más baja la esperanza de vida. Todo lo contrario ocurre a más alto el ordenamiento de los departamentos, digamos en los diez de mejor posición relativa. Hay algunas excepciones a la caracterización anterior, por ejemplo, Pasco encaja en el grupo crítico en las variables de salud, pero tiene una posición mejor en el resto. Mientras que Madre de Dios encaja en el grupo mejor en cuanto a PBI p/c y analfabetismo, pero en los grupos inferiores en el resto de las variables. En ambos departamentos, el puntaje de las variables más críticas es el que ha determinado el ordenamiento general.

Las variables de oferta/utilización de servicios de salud son también bastante consistentes (pero algo menos que las variables de pobreza). Así a más bajo el ordenamiento del departamento, menores son los recursos de salud disponibles. Por ejemplo, no hay camas hospitalarias del IPSS y las consultas por habitante del IPSS son las más bajas (porque la población es predominantemente rural y la cobertura del IPSS es nula o muy baja). Sin embargo la relación es menos consistente en cuanto a médicos y gastos per capita. Pasco y Cuzco aparecen

como excepciones, con recursos mas típicos del grupo mejor. Mas sorprendente es que se encuentra mayor consistencia en los recursos del MS, o sea, los departamentos mas deprimidos tienen también los recursos mas pobres del sector público de salud: la menor proporción de camas, médicos, consultas y gastos per capita. Cuzco de nuevo es una clara excepción pues en cuanto a recursos del MS encaja en el grupo intermedio. Por lo contrario, los departamentos con ordenamiento mas alto son los que tienen los mejores recursos del MS y del IPSS. Dos claras excepciones, en cuanto a recursos del IPSS son Tumbes, Tacna y Madre de Dios, que no tienen camas hospitalarias; además los dos primeros tienen escasos médicos, consultas y gastos por habitante. Este análisis ratifica la necesidad de asignar mayores recursos de salud a los departamentos mas necesitados y viceversa, con escasas excepciones.

Las variables de eficiencia/adequación son las menos consistentes pero esto es en gran medida explicable. El promedio de estancias del grupo de departamentos deprimidos se coloca entre los mas altos especialmente en las instalaciones del MS; esto se debe probablemente a que la población vive a grandes distancias de los hospitales obligando a un período pre y post operatorio mas prolongado. El bajo índice de ocupación en los hospitales disponibles (principalmente del MS) pudiera explicarse por razones culturales o por la baja calidad de los servicios o ambos. Esto indica que es necesaria una labor de educación y mejoramiento de los servicios.

El Cuadro 18, presenta un "perfil de salud departamental", que resume de manera comparativa las características de cada departamento basadas en los tres grupos de variables y el ordenamiento de las mismas. Tambien se explican varias de las excepciones que se han notado mas arriba.

CELDA N° 10
PERFIL DE SALUD DEPARTAMENTAL

ORDEN DEPARTAMENTO	NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD	OFERTA / UTILIZACIÓN DE RECURSOS	EFICIENCIA / ADECUACIÓN
1 BUNACAVELICA	<p>Agricultura de subsistencia y actividad de pequeña minería. Sierra.</p> <p>Su PDI/pc es bajo, ordenándose como 1 entre todos, y su población rural es la segunda más alta del país.</p> <p>Muestra la mortalidad infantil más alta y la esperanza de vida más baja del país respectivamente.</p>	<p>El IPSB no oferta casos ni consultas.</p> <p>Los recursos del ES, son escasos: la segunda menor dotación de camas y tercera menor de médicos del país.</p> <p>Los gastos p/c del ES, son los segundos más bajos p-les del IPSB los terceros.</p>	<p>Tiene un bajo índice de ocupación y de consultas. Sus estaciones promedio, relativamente elevadas al ordenarse como 12, se explican por las dificultades de acceso geográfico y de distancia del domicilio.</p> <p>Se baja utilización de los recursos para consultas podría ser causada por la dispersión poblacional y por el bajo nivel cultural (tercera más alta tasa de analfabetismo del país).</p> <p>Con los recursos disponibles podrá lograrse hasta 2.345 egresos más y duplicar la cantidad de consultas por cápita.</p>
2 APURILIC	<p>Agricultura de subsistencia. Sierra</p> <p>Su PDI/pc es el segundo más bajo del país, la población rural es la tercera más alta, y tiene el índice de analfabetismo más alto.</p> <p>La mortalidad infantil se coloca como la tercera más alta y su esperanza de vida la tercera más baja.</p>	<p>El IPSB no oferta casos ni presta consultas, pero tiene médicos para control de remolinos de libro elección.</p> <p>En el ES, muestra baja proporción de médicos con relación al número de camas. El uso de las consultas disponibles es bajo. Sus patrones culturales o calidad del servicio podrán ser los causales de este comportamiento.</p> <p>Los gastos p/c del ES están por encima del promedio del grupo pero de acuerdo con los recursos.</p> <p>Los gastos del IPSB y los médicos son elevados con relación a los servicios que presta.</p>	<p>Tiene un alto índice de ocupación y de estaciones, cuyo ordenamiento se acerca a los más elevados del país, posiblemente causado por un mejor acceso por sus problemas de eficiencia.</p> <p>La capacidad ociosa es la más reducida del país y su óptimo uso elevará los egresos en 1.167 y las consultas a 0.2 por cápita.</p>
3 PUNO	<p>Agropecuaria de subsistencia (altiplano) y comercio. Sierra.</p> <p>Su PDI/pc es el tercero más bajo del país y tiene un alto porcentaje de población rural y es muy dispersa.</p> <p>Muestra la quinta tasa de mortalidad más elevada del país y la quinta más baja esperanza de vida.</p>	<p>La oferta de camas del IPSB es elevada con relación al resto de su grupo.</p> <p>La oferta de camas del ES es similar al resto, oferta un poco más de médicos.</p> <p>La utilización de las consultas es baja en el ES y más elevada en el IPSB. Los factores culturales podrán influir en el reducido uso del recurso por tratarse de clientela de dos grupos educacionalmente distintos: campesinos y obreros; urbanos y campesinos.</p> <p>Los gastos del IPSB y los médicos son elevados con los del grupo.</p>	<p>Ambas instituciones muestran promedios de estaciones altas, explicables por las dificultades de acceso geográfico como es el caso de Huancavelica.</p> <p>Los índices de ocupación son menos del 50% de la disponibilidad.</p> <p>Sus capacidades para atender más personas es elevada; podrá lograrse hasta 12.644 egresos más y 0.3 consultas por cápita.</p>
4 CUSCO	<p>Economía agrícola y turística, potencial hidroeléctrico. Sierra.</p> <p>Su PDI/pc está dentro del promedio de su grupo.</p> <p>La mortalidad infantil es la segunda más elevada del país y la esperanza de vida es la segunda más baja.</p>	<p>Muestra un oferta de recursos superior a la de su grupo. La dotación de camas y de médicos del IPSB y del ES, supera al promedio nacional.</p> <p>Los gastos del IPSB son superiores al promedio y los del ES se mantienen en el rango promedio del grupo.</p> <p>Razones por las que se puede explicar la mejor dotación relativa de Cusco.</p>	<p>Los índices de ocupación son elevados en comparación con el resto del grupo, posiblemente por mejor accesibilidad. Las estaciones son elevadas, y se prueban que ello se debe al hospital universitario.</p> <p>Los recursos disponibles son relativamente suficientes y es posible mejorar la eficiencia en las estaciones. Con la capacidad ociosa actual se podrá lograr hasta 12.084 egresos más, y duplicar la cantidad de consultas por cápita.</p>

CUENCO N° 10 (continuación)
 PERFIL DE SALUD DEPARTAMENTAL

ORDEN DEPARTAMENTO	NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD	OFERTA / UTILIZACIÓN DE SERVICIOS	EFICIENCIA / ADECUACIÓN
5 AYACUCHO	<p>Agrícola de subsistencia. Sierra. Zona de emergencia por ser el centro de la actividad subvencional. Su PIB/p/c es el más bajo del país y tiene una población rural en el promedio del grupo. La mortalidad infantil que muestra es la cuarta más alta del país y la esperanza de vida es la cuarta más baja.</p>	<p>El IPSS no oferta casas ni consultas. La oferta de casas del ES es superior al promedio de su grupo y es similar al promedio nacional. La oferta de médicos del ES está dentro de su grupo pero los gastos p/c son superiores.</p>	<p>Muestra el índice de ocupación más bajo del país. Su promedio de días estancia es elevado, pudiendo tratarse de un fenómeno de dificultad de movilidad y distancia del domicilio, como los arriba mencionados y/o a la calidad de atención (tomando en cuenta que la relación de médicos es baja). Con su capacidad ociosa actual podría evacuar hasta 10,573 egresos más.</p>
6 CAJAMARCA	<p>Agronegociario. Sierra. Su PIB/p/c es el cuarto más bajo del país y tiene la proporción de población rural más alta. La mortalidad infantil y la esperanza de vida se ordenan octava en el país, dentro de su grupo.</p>	<p>El IPSS no oferta casas pero sí consultas, estas así como los gastos se colocan dentro de su grupo. El ES oferta la proporción de casas más baja del país y la segunda más baja de médicos. Los gastos p/c en el ES son los más bajos del país.</p>	<p>El promedio de ocupación está por encima del nacional y el promedio de estancias es elevado para su grupo. La capacidad ociosa podría permitir hasta 3,620 egresos más.</p>
7 AMAZONAS	<p>Economía agrícola y de extracción maderera. Selva. Tiene un PIB/p/c y población rural dentro de los rangos del grupo. Muestra una mortalidad infantil y esperanza de vida en el rango superior de su grupo.</p>	<p>El IPSS no oferta casas. Los médicos y el gasto de IPSS están en una relación superior a la del grupo. Sin embargo las consultas p/c están dentro del rango, lo cual implica subutilización. El ES oferta casas en relativa baja proporción y cantidad de médicos por capita es la más baja del país. Los gastos p/c son los segundos más bajos del país.</p>	<p>El índice de ocupación es el cuarto más bajo del país, lo cual podría deberse a la difícil accesibilidad de la región. El alto promedio de estancias podría deberse también a la dificultad de movilización y distancia al domicilio. Con la capacidad ociosa podría lograrse hasta 1,587 egresos adicionales y 0.3 consultas por capita adicionales.</p>
8 HUÁNUCO	<p>Agrícola, muy productiva, con agroindustria incipiente. Sierra y Selva. Su PIB/p/c es superior al rango del grupo. Todas las otras variables se encuentran en el rango del grupo. Muestra una mortalidad infantil y esperanza de vida correspondiente al rango superior de su grupo.</p>	<p>El IPSS no oferta casas. Su oferta de médicos está dentro del rango del grupo, pero las consultas por capita son superiores. El ES oferta casas y médicos en proporciones correspondientes al rango superior del grupo. Los gastos del IPSS y del ES están dentro de los límites del grupo.</p>	<p>El índice de ocupación es superior al del grupo y la zona de monte a posiblemente debido a mejores facilidades de transporte. Con la capacidad ociosa disponible se podría lograr hasta 5,531 egresos adicionales y 0.6 consultas por capita.</p>
9 PASCO	<p>Producción de gran minería y ganadería extensiva. Sierra y Selva. Su PIB/p/c ocupa lugar 17 a nivel país, con una población rural relativamente menor que los demás que ocupa el lugar 141 y un analfabetismo que corresponde al lugar 18. Sin embargo, su mortalidad infantil y la esperanza de vida se ordenan óptimas dentro de su grupo.</p>	<p>La oferta de casas del IPSS es la más alta del país. La oferta de médicos también es elevada para el grupo ocupando el lugar 19 a nivel país. La oferta del ES está en el promedio del grupo, siendo ligeramente elevada la de médicos. Los gastos del IPSS son sólo superados por Madre de Dios, mientras que los del ES son los terceros más bajos. Las consultas por capita del ES son muy bajas, debido a que la mayoría de la población es minera y tiene servicios propios o del IPSS. Solo las poblaciones rural y la urbana marginal usan el ES dado que el departamento tiene un subpueblo urbano olvidado.</p>	<p>En el IPSS el índice de ocupación es elevado para su grupo ocupando el lugar 16 pero el promedio de estancias es el más alto del país. Esto puede explicarse porque un número alto de los pacientes son mineros y tienen servicios y subsidios pagados por las empresas mineras. Además, hay incidencia de enfermedades pulmonares profesionales. En el ES el índice de ocupación es el más alto del país y el promedio de estancias el segundo más bajo. Las causas pueden ser las mejores condiciones de accesibilidad. Con la capacidad ociosa se podría incrementar en 1,979 el número de egresos y a 0.8 las consultas por capita.</p>

CONSEJO P. 18 (continúa)
PERFIL DE SALUD DEPARTAMENTAL

ORDEN DEPARTAMENTO	NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD	OFERTA / UTILIZACIÓN DE RECURSOS	EFICIENCIA / ADECUACIÓN
10 PUEBLA	<p>Agrícola intensivo, agroindustrial. Costa.</p> <p>Su PBI/p/c y población rural se encuentran dentro de los rangos del grupo.</p> <p>Sin embargo la mortalidad infantil y la esperanza de vida son elevadas (6to. lugar).</p>	<p>Los servicios hospitalarios están integrados. La oferta de camas del IPSS es elevada para el grupo (20).</p> <p>Sin embargo la oferta de médicos del IPSS es la tercera baja. Para el ES, la oferta de camas y de médicos es más baja que el nivel del grupo, ocupando los lugares 6 y 7.</p> <p>Los gastos del IPSS están dentro del rango del grupo, mientras que los del ES están por debajo de su rango.</p>	<p>En el IPSS, el índice de ocupación y promedio de estancia está dentro de los límites del grupo.</p> <p>El índice de ocupación del ES es muy bajo (terceros en bajalpero el promedio de estancia es uno de los más altos (21)).</p> <p>Hada en facilidad de acceso, valles y llanuras y es del conocimiento, podrá tratarse de un fenómeno de baja eficiencia.</p> <p>La capacidad ociosa podría rondar hasta 20,366 egresos, indicando la siguiente capacidad ociosa a alta del p/c, y 0.5 consultas por capita.</p>
11 CAJALISI	<p>Producción pesquera industrial y agrícola. Costa y Sierra.</p> <p>Su PBI/p/c es inferior para su grupo (9to. lugar). Su población rural, la mortalidad infantil y esperanza de vida están dentro de los límites de rango del grupo.</p>	<p>La oferta de camas y de médicos es como los índices de consulta y gastos p/c del IPSS son ligeramente superiores a los rangos del grupo o en su límite superior pero están concentrados exclusivamente en la zona costera.</p> <p>El ES oferta camas y médicos dentro del rango del grupo, así como los gastos p/c están en el rango.</p>	<p>El índice de ocupación y promedio de estancia para el IPSS son elevados (21 y 22).</p> <p>El fácil acceso, pues es un hospital urbano, podrá ser la razón de estos resultados.</p> <p>Para el ES, el índice de ocupación y promedio de estancia son bajos (5 y 6).</p> <p>Su infraestructura está dispersa en la zona sierra, y está conformada por pequeños hospitales que se caracterizan por tender a una baja calidad.</p>
12 JERICÓ	<p>Economía minera y de agricultura. Sierra.</p> <p>Su PBI/p/c está entre los rangos del grupo y su población rural también.</p> <p>La mortalidad infantil y la esperanza de vida corresponden al grupo.</p>	<p>El IPSS oferta camas, médicos, consultas por capita y gastos dentro de los rangos del grupo.</p> <p>Las camas y médicos del ES se ofrecen en proporciones similares al resto del grupo, sin embargo, los gastos son superiores.</p>	<p>Se observa en el IPSS un índice de ocupación más elevado que el del grupo y el segundo promedio de estancia, solo inferior a Pasco. Los gastos podrán ser los mismos que en este último departamento.</p> <p>En el ES, se observa un índice de ocupación también muy alto y un promedio de permanencia dentro de los límites del grupo. Habida cuenta que los servicios del IPSS son gratuitos para los asegurados y mineros la mayor permanencia podrá explicarse por la misma razón que en Pasco.</p> <p>Con la capacidad ociosa se podrá lograr 11,981 egresos y 0.7 consultas por capita.</p>
13 SAN MARTÍN	<p>Economía agrícola y extractiva. Selva.</p> <p>Su PBI/p/c es inferior al rango del grupo y la población rural dentro del grupo (13).</p> <p>Muestra una mortalidad infantil y esperanza de vida ligeramente superiores al grupo.</p>	<p>El IPSS no oferta camas y el uso del recurso médico es bajísimo: 0.04 consulta p/c.</p> <p>El ES oferta camas y médicos dentro de los rangos del grupo. 0.3 consultas p/c.</p> <p>Esta diferencia podría deberse a que el único hospital del IPSS está en la ciudad mientras que el ES desconcentra sus servicios hacia la zona rural.</p> <p>Los gastos del IPSS son inferiores a los del grupo, mientras que los del ES son elevados (13).</p>	<p>La accesibilidad tan difícil condiciona que la población no pueda llegar hasta los hospitales urbanos.</p> <p>Esta situación explica el bajo índice ocupacional y promedio de estancia.</p> <p>La capacidad ociosa podría lograr hasta 7,759 egresos y 0.7 consultas por capita.</p>

CUADRO N° 10 (continuación)
PERFIL DE SALUD DEPARTAMENTAL

ORDEN DEPARTAMENTO	NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD	OFERTA / UTILIZACIÓN DE RECURSOS	EFICIENCIA / ADECUACIÓN
14 UCAYALI	<p>Economía petrolera, agropecuaria extensiva. Selva.</p> <p>Su PDI/p/c es elevada con relación al resto del grupo y su población rural está dentro de sus límites.</p> <p>La analfabetismo tiene una tasa inferior al grupo (17)</p> <p>La mortalidad infantil y la esperanza de vida se encuentran dentro de los límites de su grupo.</p>	<p>El IPSS se oferta en casa. El promedio de médicos está muy por debajo del rango. (el cuarto a 5 bajo del país).</p> <p>Por lo contrario el ES oferta casas y médicos en proporciones por encima de los rangos del grupo.</p> <p>Los gastos del IPSS son inferiores a los del grupo mientras los del ES. son más elevados.</p> <p>Las consultas por capita son bajas para el ES.. posiblemente por dificultades del acceso de su clientela.</p>	<p>Los índices de ocupación y promedio de atenciones son muy bajos. Debido a las dificultades de acceso de la clientela del ES. Con la capacidad ociosa se podría obtener hasta 6,013 egresos más y lograr 8.8 consultas por persona.</p>
15 CUSCO	<p>Economía petrolera. Selva.</p> <p>Tiene el segundo PDI/p/c más elevado del país (24) solo menor al de Moquegua. Esto se debe al Comercio de carácter fronterizo y al campo petrolero. Su porcentaje de población rural es más baja que la del grupo.</p> <p>Muestra una mortalidad infantil y esperanza de vida dentro de los límites de su grupo (15 y 16)</p>	<p>El IPSS oferta casas y médicos en los límites del grupo, mientras que el ES lo hace por debajo de estos.</p> <p>Los gastos del IPSS están por encima del rango superior y los del ES. dentro del rango, pero los costos de la ciudad de Cusco y, en general, en toda la zona son excesivamente elevados pues su producción alimentaria y su transporte es por avión.</p>	<p>En el IPSS el índice de ocupación es muy alto porque los asegurados viven en la ciudad y en los campamentos de las compañías petroleras, por lo cual su acceso es facilitado.</p> <p>La clientela del ES. no tiene facilidad de acceso.</p> <p>El promedio de atenciones es bajo para el IPSS y bajísimo para el ES. el segundo más bajo del país.</p> <p>Con la capacidad ociosa se podría lograr hasta 9,088 egresos más y 8.5 consultas por capita.</p>
16 LA LIBERTAD	<p>Agrícola intensiva, industria incipiente. Costa y Sierra.</p> <p>Tiene un PDI/p/c inferior al rango de su grupo (12) la proporción de población rural es ligeramente inferior al límite de su grupo.</p> <p>Muestra una tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida superiores a los del grupo (22) y una tasa de analfabetismo más alta que su nivel.</p>	<p>El IPSS oferta casas y médicos y tiene gastos p/c dentro de los límites del grupo, pero la cantidad de consultas p/c es más elevada (23).</p> <p>La oferta de casas y médicos del ES es menor pero hacen buen uso de la consulta.</p> <p>Los gastos son inferiores a los de su grupo.</p>	<p>El índice de ocupación de casas y el promedio de atenciones en el IPSS están dentro de los límites del grupo. Similar situación se observa para el ES. siendo el promedio de atenciones ligeramente menor al ordenamiento que le corresponde.</p> <p>Con la capacidad ociosa es posible generar hasta 16,843 egresos adicionales y lograr 1.04 consultas por habitante.</p>
17 LAMBAYEQUE	<p>Agrícola intensiva y altamente comercial. Costa.</p> <p>Tiene un PDI/p/c ligeramente inferior a su grupo, mientras que los porcentajes de población rural y analfabetismo están dentro del grupo.</p> <p>Su tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida están dentro de su grupo.</p>	<p>La infraestructura hospitalaria ha sido integrada bajo la administración del IPSS.</p> <p>La oferta de casas del IPSS es la segunda más alta del país.</p> <p>Por lo contrario la oferta de casas del ES es muy baja (cuarta) a nivel país.</p> <p>Los gastos por persona del IPSS se encuentran entre los límites del grupo pero los del ES son muy inferiores (6).</p> <p>Esto se debe a causa del cambio de la administración. Similar situación se observa en Piura, donde también se ha producido integración.</p>	<p>Los índices de ocupación de ambas instituciones corresponden al nivel del grupo. El promedio de egresos del IPSS es elevado (28).</p> <p>Sin embargo el del ES es el quinto más bajo a nivel país. La gratuidad de la atención puede ser la causa de esta situación.</p> <p>El gran deterioro que presenta el Hospital de Chiclayo (capital departamental) puede ser otra causa.</p> <p>La capacidad ociosa podría proporcionar 11,678 egresos más pero debe tenerse en consideración el estado del Hospital de Chiclayo. Las consultas pueden elevar su cantidad por persona a 1.04 consultas.</p>

CUADRO N° 18 (continuación)
 PERFIL DE SALUD DEPARTAMENTAL

GRUPO DEPARTAMENTAL	NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD	OFERTA / UTILIZACIÓN DE SERVICIOS	EFICIENCIA / PRODUCTIVIDAD
18 TURKEY	Departamento fronterizo, agrícola y comercial. Costa. Su PIB/p/c es relativamente bajo para el grupo (18). Muestra un subempleo urbano de los hombres altos (20) del grupo y una población rural baja. El comercio informal y a través de la frontera es la ocupación tradicional. La mortalidad infantil y la esperanza de vida está a dentro del grupo.	El IPSS no oferta camas ni consultas. La oferta de camas y médicos del ES corresponde a nivel del grupo. Las consultas p/c y gastos del ES son ligeramente inferiores (15).	El índice de ocupación y el promedio de estancias son de los más bajos del grupo (17 y 11). La cercanía a los Hospitales de Talara y de Piura, unido a las facilidades de comunicación que permiten el desplazamiento por la causa de esta observación. La capacidad ociosa puede producir hasta 4.826 egresos y llegar a 0.70 consultas por persona.
19 ALIQUITA	Agronegocios intensivos, turístico, industria incipiente. Costa y Piura. Su PIB/p/c así como todos sus indicadores del nivel socioeconómico y de salud están dentro del rango del grupo.	La oferta de camas y de médicos así como el gasto p/c del IPSS se aproximan al nivel superior del grupo. Los del ES son ligeramente inferiores pero dentro del grupo.	Muestra índices de ocupación y promedio de estancias en ambas instituciones dentro del grupo. En el departamento funciona una Facultad de Medicina siendo dos de los hospitales sede de centros, lo cual tiende a prolongar las estancias. La capacidad ociosa puede producir hasta 14.136 egresos y llegar a 2.20 consultas por persona.
20 HABIS DE BROS	Agrícola y centro de extracción de oro por lavaderos. Selva. Su PIB/p/c está dentro del grupo, pero los porcentajes de subempleo urbano y población rural corresponden al grupo más deprimido. Su tasa de mortalidad infantil y la de esperanza de vida corresponden a niveles del grupo intermedio.	El IPSS no oferta camas pero su proporción de médicos, consultas y gastos p/c son los más altos del grupo. Esto se debe a la alta tasa remunerativa que se paga al personal médico que trabaja en este departamento y al bajo número de asegurados. En el ES la oferta de camas es la segunda más alta de todo el grupo. Los índices y gastos p/c están en el nivel del grupo.	El índice de ocupación y estancias son inferiores a los del grupo (12 y 9). Las dificultades de movilización de la población de las zonas alejadas de la ciudad explican esta situación. Pero debido a la desconcentración de los servicios del ES las consultas muestran un nivel de acuerdo al grupo. La capacidad ociosa podría producir hasta 1.327 egresos y llegar a 2.66 consultas por persona.
21 TCA	Economía agroindustrial. Costa. Su PIB/p/c, porcentaje de población rural y su nivel de subempleo se encuentran en los límites del grupo. Su tasa de mortalidad infantil y de esperanza de vida se aproximan al nivel superior del grupo (22).	Todos los indicadores tanto del IPSS como del ES están dentro de los niveles del grupo.	El índice de ocupación y el promedio de estancias del IPSS son más altos que los del ES. La total gratuidad de los servicios en el IPSS y los pagos en los establecimientos del ES pueden ser la causa. El promedio de estancias del ES está en el rango inferior del grupo quizá debido a razones de eficiencia. La capacidad ociosa podría producir hasta 15.195 egresos y llegar a 2.10 consultas por persona.
22 YACHA	Agronegocios, comercio y gran minería del cobre. Departamento fronterizo. Costa. Su PIB/p/c es el segundo más alto del grupo. La población rural está dentro del nivel del grupo. Tiene uno de los índices de subempleo urbano más altos del grupo (23). La mortalidad infantil y la esperanza de vida se ordenan dentro del grupo (17 y 19).	El IPSS no oferta camas y las consultas p/c son bajas para el grupo. Los Hospitales de la zona minera son de carácter cerrado. Los gastos de IPSS son muy bajos (6) similares a los del grupo más deprimido. El ES oferta el promedio de casos por c/pita más alto del grupo y la tercera proporción de médicos por c/pita más alta. La cantidad de consultas p/c y gastos está dentro de los rangos del grupo.	El índice de ocupación es relativamente bajo pero el promedio de estancias se encuentra dentro de los límites del grupo. La capacidad ociosa puede producir hasta 5.246 egresos y alcanzar a 1.20 consultas por persona.

CELEBRO N° 16 (continuación)
PERFIL DE SALUD DEPARTAMENTAL

GRUPO DEPARTAMENTO	NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD	OFERTA / UTILIZACIÓN DE RECURSOS	EFICIENCIA / ASIGNACIÓN
21 HOCHICGUA	<p>Agroindustrial intensivo, pesca industrial, metalurgia del cobre, Costa y Sierrita.</p> <p>Tiene el PIB/p/c en alto del país. El porcentaje de población rural está dentro del límite del grupo.</p> <p>La mortalidad infantil y la esperanza de vida se localizan dentro del rango del grupo.</p>	<p>La infraestructura hospitalaria ha sido integrada estando administrada por el IPSS.</p> <p>En el IPSS la oferta de camas corresponde al grupo pero la de médicos es muy baja (6).</p> <p>Las consultas y los gastos p/c en ambas instituciones están entre los más altos del país.</p>	<p>El índice de ocupación y el promedio de estancias de ambas instituciones son similares y por debajo del grupo.</p> <p>El 20% de la población tiene acceso a los hospitales de la comuna amina.</p> <p>La capacidad ociosa podría lograr incrementar la producción en 6.300 egresos y 1.200 consultas.</p>
24 LIMA	<p>Industrial, banca y finanzas, gobierno, comercio. Gran concentración poblacional.</p> <p>Costa.</p> <p>Tiene el PIB/p/c quinto más alto del país. Muestra el subempleo urbano más alto del país y la segunda más baja proporción de población rural.</p> <p>La tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida están dentro del rango.</p>	<p>La oferta de camas y de médicos del IPSS así como el uso de consultas y el gasto p/c están dentro del grupo pero aproximan al límite inferior del rango.</p> <p>La alta concentración de asegurados en la capital hace bajar las relaciones que usan esta población como numerador.</p> <p>La cantidad de camas del IS también muestran el mismo patrón. La proporción de médicos es más elevada debido al gran número de establecimientos menores como Centros de Salud y Puestos de Salud.</p>	<p>Los índices de ocupación de los establecimientos de ambas instituciones son de los más elevados del país (25 y 24).</p> <p>Los promedios de estancias son también muy elevados (22 y 23).</p> <p>Esto podría deberse a que son hospitales de caso único, o de carácter especializado, con sistemas de derivación para el tratamiento de casos complicados o crónicos o la combinación de ellos.</p> <p>La capacidad ociosa puede producir 20.863 egresos (pero está debe ajustarse por las razones explicadas) y 2.300 consultas por persona.</p>
25 CALLAO	<p>Primer puerto marítimo, industria.</p> <p>Costa.</p> <p>En PIB/p/c y su tasa de subempleo urbano es la segunda más alta del país y la proporción de la población rural es la más baja.</p> <p>Tiene la mortalidad infantil más baja y la esperanza de vida más alta del país.</p>	<p>La oferta de camas y el gasto p/c del IPSS son bajos (12 y 13). Pero la de médicos está dentro del grupo.</p> <p>La aparente falta de camas es debida a la accesibilidad a los Hospitales Nacionales en Lima.</p> <p>La oferta de médicos y consultas p/c así como los gastos p/c del IS son los más altos del país.</p>	<p>Los índices de ocupación y las estancias están dentro del rango, excepto el promedio de estancias del IPSS que se muestra bajo, debido a la precariedad del hospital del Callao y la cercanía de hospitales de mayor complejidad en Lima.</p> <p>La capacidad ociosa podría producir hasta 7.340 egresos más y alcanzar 1.200 consultas por capita.</p>

PARTE TERCERA
EL COSTO DE EXTENDER LA COBERTURA POBLACIONAL

Esta parte final del informe incluye cuatro aspectos: (I) un sumario de la legislación sobre extensión de cobertura poblacional (grupos a cubrir, prestaciones y financiamiento); (II) la estimación del número de personas a cubrir en cada grupo y del total no cubierto por el IPSS; (III) cálculos del costo de extensión de la cobertura a cada grupo y en total, basados en distintas alternativas (nivel de atención, servicios prestados por el IPSS y el MS); y (IV) recomendaciones de políticas para la extensión.

I. RESUMEN DE LA LEGISLACION

La Ley 24,786 del 28 de diciembre de 1987 dispone, en su artículo 5, que los siguientes grupos poblacionales actualmente no cubiertos por el IPSS estarán comprendidos en su ámbito:

- b) los trabajadores que realizan actividades independientes [por cuenta propia] y sus familiares;
- c) los trabajadores del campo y del mar y sus familiares;
- d) la población afectada por siniestros o catástrofes;
- f) los impedidos físicos y mentales y las personas que carecen de ingresos;
- h) las personas que sufren pena privativa de la libertad;
- l) los trabajadores que prestan servicios al Estado en el extranjero;
- j) los extranjeros que ingresan al país en calidad de turistas;
- k) las personas que prestan servicios voluntarios no remunerados en favor de la comunidad:
- l) los escolares;

- m) las personas dedicadas exclusivamente a las tareas del hogar;
- n) otras que puedan ser comprendidas.

En la práctica, lo anterior cubre a toda la población desprotegida hoy. La referida ley (art. 6) establece que el IPSS determinará la incorporación progresiva de estos grupos aun no protegidos, estableciéndose en cada caso las prestaciones, condiciones de afiliación, financiamiento y administración. Algunos de los grupos especificados anteriormente (vr. gr., trabajadores del campo, trabajadores del hogar) habían sido incluidos en el ámbito del IPSS por leyes anteriores pero que no han sido reglamentadas (excepto las trabajadoras del hogar). Proyectos de reglamento para la incorporación efectiva de alguno de dichos grupos (vr. gr., trabajadores del campo) no fueron aprobados y, hasta principios de diciembre de 1988, la incorporación de los grupos listados arriba no había sido reglamentada.

Con respecto a las prestaciones, hay dos referencias en la ley 24,786. El artículo 5 dispone de manera vaga que la protección a dos de los grupos citados (población afectada por siniestros e impedidos físicos y mentales y personas que carezcan de ingreso) "se otorgará a través de los programas de proyección a la comunidad." Y el artículo 33 dice que el IPSS extenderá sus servicios a la población rural y urbano-marginal de acuerdo con los lineamientos establecidos para los servicios integrados de salud. En resumen, el IPSS tiene la potestad de establecer las prestaciones de cada grupo dentro de los lineamientos muy amplios de la integración funcional.

Algunos de los grupos sujetos a la extensión tienen actualmente cobertura de tipo facultativa o voluntaria pagando el 9% de la remuneración mínima asegurable (vr. gr. independientes). En ciertos casos en que el ingreso del asegurado es muy bajo se han establecido condiciones más favorables, por ejemplo: 4% de la

remuneración mínima asegurable para trabajadores del campo y 6% para amas de casa; y 3% del tercio de dicha remuneración mínima para trabajadoras del hogar (Ver Cuadro 19). La Ley 24,786 (art. 41) especifica una fuente de financiamiento para la extensión progresiva de la cobertura de EM a los grupos de bajo ingreso: el aporte estatal no menor del 1% del monto total de las remuneraciones aseguradas en el año anterior (esta disposición no se ha implantado aún). Además habría el aporte solidario del asegurado cuando gana por encima de la remuneración mínima asegurable. En resumen, la ley autoriza al IPSS para fijar el financiamiento de las prestaciones de salud a los grupos que se cubran.

II. CALCULO DE LA POBLACION A CUBRIR POR GRUPOS

Ya se vió (en la Parte Primera, sección I) que la población realmente cubierta por EM-IPSS es de unos cuatro millones aunque aparecen unos seis millones como cubiertos. Con una población total de unos 21 millones de habitantes, el segmento por cubrir sería de 17 millones, o sea, más de cuatro veces la población cubierta actual. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que parte de dicha población está realmente cubierta por los servicios del MS pero no es posible estimar su número. En todo caso la universalización de la cobertura de salud en Perú es una meta difícil aunque no imposible de lograr.

El Cuadro 20 presenta estimados gruesos de los distintos grupos a cubrir de acuerdo con la Ley 24,786. Un primer problema es que no hay cifras exactas sobre el número de personas en la mayoría de estos grupos. Otro problema es el de la duplicación, por ejemplo, los escolares pueden ser cubiertos como dependientes de otros grupos. A continuación se resume cómo se hizo el estimado de los varios grupos.

CUADRO 19

APORTACIONES LEGALES PARA EN-DE LOS GRUPOS ACTUALMENTE
CUBIERTOS: 1986

(porcentaje de la remuneración asegurable)

Sectores o Grupos	Asegurado	Empleador	Estado	Total
Asalariados (dependientes)	3	6	0	9
Independientes (facultativa)	9 ^b	0	•	9
Pensionados	4	0	0	4
Trabajadores del campo ^a	4 ^b	0	•	4
Trabajadoras del hogar	3 ^c	6 ^c	0	11
Vendedores ambulantes (facultativa)	9 ^d	•	•	9
Mas de casa (facultativa)	5 ^e	0	0	5

(a) Vinculados a empresas asociativas o comunidades nativas: por convenio.

(b) De la remuneración mínima asegurable.

(c) Sobre un tercio de la remuneración mínima asegurable.

(d) Si tienen sindicato éste aporta 6% y el asegurado un 3%.

(e) La ley 24.786 establece que el Estado contribuirá el 1% del monto de la remuneración asegurable del año anterior para la extensión de la cobertura a estos y otros grupos.

Fuentes: 13, 30, 31

CUADRO No. 26

CALCULO DE LA POBLACION A CUBRIR: ACTIVOS, DEPENDIENTES Y TOTAL 1987-88

GRUPOS POBLACIONALES	ACTIVOS	DEPENDIENTES			TOTAL PERSONAS A CUBRIR
		Conyuges	Hijos	Total	
POBLACION TOTAL	- -				20.990.632
I. CUBIERTOS POR IPSS					
Empleados y obreros	2.603.000				
Facultativos	148.000				
Trabajadores del hogar	67.000				
Pensionistas	253.000				
TOTAL	3.071.000	860.000	2.151.000	3.051.000	6.122.000
II. POP. A CUBRIR (POB. TOTAL - CUBIERTOS)					14.868.632
1. Trabajadores del campo y del mar	2.400.000	1.164.000	4.039.100	5.203.100	7.603.100
2. Trabajadores por cuenta propia y para un familiar no remunerado (informales)	1.696.281	822.696	2.854.755	3.677.451	5.373.732
3. Trabajadoras del Hogar	8.000		27.760	27.760	35.760
4. Trabajadores que prestan servicio al Estado en el extranjero	12.000	3.905	9.763	13.668	25.668
5. Personas que sufren pena de prision	14.821				14.821
6. Personas que prestan servicio voluntario no remunerados en favor de la comunidad. No se pudo estimar pero se incluye en 8.					
7. Alumnos matriculados en el sistema educativo nacional excluyendo la superior	(a) 4.028.000 (b) 316.000				(b) 316.000
8. Personas sin ingresos, impedidos y otros.					1.499.551
9. Turistas	330.110				330.110

(a) Si se da prioridad al grupo

(b) Si se le da prioridad a los grupos anteriores

I. Cubiertos por IPSS: se tomaron las cifras de la Dirección de Estadística que sobreestiman los cubiertos en unos dos millones, que son evasores. Dentro de los cubiertos se incluyen 1,172,185 escolares de 5 a 14 años que se estimaron usando una proporción del 53.5% del total de la población menor de 18 años. La misma proporción se aplicó al resto de los grupos.

II. Población por Cubrir: se estimó como residuo en 14,868,632 pero a ésta hay que añadir unos dos millones que debían estar cubiertos por el IPSS pero que no lo están.

1. Trabajadores del campo y del mar: la PEA en agricultura, caza y pesca se estima por INE en 2,507,000, de los cuales el 7.9% está cubierto por el IPSS (asalariados, facultativos y por convenio) lo que deja 2,324,000 por cubrir. Por otra parte, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares (ENNIV/1985-86) la PEA en agricultura, pesca y caza es de 2.4 millones, cifra casi exacta a la del INE. Para estimar a los cónyuges se usó una proporción de 48.5% (dada por ENNIV) sobre la población de 12 y más años, como casados o convivientes. Esta proporción se usó en el resto de los grupos. Para estimar a los hijos dependientes se usó una proporción de IPSS de 3.47 de 0-18 años por cónyuge en la población campesina. Esta proporción se aplicó también a los grupos 2 y 3 [4, 4a, 30]. Se incluye en los dependientes a 2,160,000 escolares de 5-14 años.

2. Trabajadores por cuenta propia y para un familiar no remunerado (informales): el INE proyecta la PEA urbana para 1988 en 4,914,151 y el 37.53% de ella como trabajadores independientes, familiares y no especificados, o sea, 1,844,281; a estos hay que substraer 148,000 cubiertos como facultativos, quedando por cubrir 1,696,281 [4]. Usando las proporciones ya explicadas se estimaron 822,696 cónyuges y 2,854,755 hijos dependientes; entre los últimos se incluyen 1,527,290 de 5-14 años.

3. Trabajadoras del hogar: el ENNIV reporta un total de 75,000, menos 67,000 ya cubiertas, son 8,000. Se estimaron 27,760 hijos dependientes de los cuales 14,852 son de 5-14 años.

4. Trabajadores que prestan servicios al Estado en el extranjero: de acuerdo con información oficial hay 12,000 trabajadores en esta categoría. Debe tenerse en cuenta que siendo funcionarios públicos ellos deben estar cubiertos por el IPSS. Aplicando una proporción de 32.54% se calcularon 3,905 cónyuges y con la proporción usada anteriormente se calcularon 9,763 hijos.

5. Personas que sufren pena de prisión: de acuerdo con INE son 14,821 [4]. No se incluyen familiares de este grupo en la ley. Este grupo ya está prácticamente cubierto mediante hospitalización en instalaciones del MS y servicios ambulatorios provistos por el INPE.

6. Personas que prestan servicio voluntario no remunerado en favor de la comunidad: este grupo no se pudo estimar por pobre definición legal y falta de información, pero se incluye en 8.

7. Los escolares: este grupo, especificado como alumnos matriculados en el sistema educativo nacional excluyendo la enseñanza superior, abarca 5,248,184 escolares entre 5 y 14 años de edad. Por otra parte el INE estima la población de 5-14 años en 5,175,556, una cifra muy similar a la anterior [4]. Se tomó un promedio de las dos cifras (5,200,000) y se calcularon dos alternativas: (a) si se le da prioridad en la cobertura a este grupo sobre los anteriores, hay que substraer 1,172,185 ya cubiertos (por IPSS) de los 5,200,000, así que habría 4,028,000 por cubrir: y (b) si se priorizara a los grupos anteriores sobre los escolares habría que substraer, además, los cubiertos en 1, 2, 3 y 4, que suman 3,702,000, quedando 316,000 por cubrir.

8. Personas sin ingresos, impedidos y otros: este grupo se convierte en un residuo que incluye 700,000 desempleados, la población de 0-4 y 15-18 años no

cubierta anteriormente; etc. Se estimó substrayendo de la población no cubierta (14,868,632) los cubiertos en 1, 2, 3, 4, 5 y 7b (13,369,081), o sea, 1,499,551.

9. Turistas: de acuerdo con el INE durante 1987 ingresaron 330,110 (4). Este grupo no es parte de la población nacional.

III. CALCULOS DEL COSTO DE LA EXTENSION USANDO DIVERSAS ALTERNATIVAS

En el Cuadro 21 se resumen los cálculos de costo de extensión de la cobertura de los diversos grupos poblacionales estimados en el Cuadro 20. Los cálculos se hacen con base a promedios de uso de servicios y costos del IPSS y las prestaciones establecidas en la ley. Un problema es que la ley 24,786 no especifica las prestaciones que deberán otorgarse a los grupos por cubrir y deja esta opción al IPSS. Así pues se decidió calcular los costos con dos alternativas: (1) primer nivel de atención (consulta ambulatoria sin hospitalización), y (2) atención integral (todos los servicios, incluyendo consulta y hospitalización). Debe notarse que el costo unitario de la consulta es más bajo a primer nivel (358 intis) que en la atención integral (404 intis).

Para el grupo ya cubierto por IPSS se presenta sólo el costo de la atención integral pues así lo establece la ley; también se aplica esto a las trabajadoras del hogar y a los turistas. Para los grupos no cubiertos 1, 2 y 7 se estiman costos a los dos niveles de atención (en el grupo 7 se distinguen además dos alternativas: (a) si se le da prioridad a este grupo, y (b) si se le da prioridad a los grupos anteriores). Para el grupo 8 sólo se estima el primer nivel pues así parece sugerirlo la ley 24,786. Para el grupo 5 sólo se estima el costo de los medicamentos pues los otros servicios son prestados por el MS y el INPE. Para el grupo 4 (trabajadores en el extranjero) el cálculo se hace en U.S. dólares.

CALCULO DEL COSTO DE OPERACION DE SALUD (CONSULTA Y HOSPITALIZACION) DELA EPIDEMIA DE LA POLIOMIELITIS EN COSTA RICA: 1957-58

OTROS ESPECIALISTAS	PERSONAS A CUBRIR	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE ACUERDO CON LEY	(A) CONSULTA EMPLERADA (*)		(B) HOSPITALIZACION (*)		COSTO TOTAL (A + B)		
			Promedio persona (11.74) o de personas en consultorio.	Costo Unitario (tales inicial (1) 0.350 o (2) 0.400 & De Consultas = Costo	Promedio persona (10.37) o de personas por día estancia = Costo.	Costo Unitario (1.9) tales inicial	en miles intial		en miles 05 51
							1957	1958 (1) (defectuado)	
1. - NIÑOS órfanos y explotados asalariados, asegurados facultativos, trabajadores de hogar, pensionistas y dependientes respectivos acordados en 1951)	6,122,500	(2) Atención integral del aparcante, cónyuge o hijos:	10,651,000	(2) 0.304,154	2,261,071	4,417,672	(2) 8,721,216	281,540,360	351,225
2. - Trabajadores de campo y del no dependientes.	7,603,100	(1) Preverativo promocional en primer nivel (atención ambulatorial) con servicios del IPRIS. (2) Atención integral.	12,229,194	(1) 0.710,123 (2) 0.314,676	2,913,167	8,489,627	(1) 4,724,123 (2) 10,430,312	152,002,050 309,607,670	191,103 817,001
3. - Trabajadores por cuenta propia y sus familiares no reconocidos (familiares) y sus dependientes (sin fuerza por el IPRIS).	5,372,700	(1) Preverativo promocional en primer nivel (atención ambulatorial) con servicios del IPRIS. (2) Atención integral.	9,350,210	(1) 1.147,315 (2) 1.777,616	1,910,269	9,877,125	(1) 3,367,285 (2) 7,654,621	104,053,590 267,011,370	131,047 304,364
4. - Trabajadores del hogar y sus familiares no cubiertos por IPRIS.	15,760	(2) Atención integral.	62,322	(2) 25,130	12,331	25,501	(2) 50,939	1,414,311	2,055
5. - Trabajadores que prestan servicio en el extranjero	25,660	Estos servicios deberán ser contratados con terceros, como seguro médico, prepago o similares a con cargo a contratos de reciprocidad.							
6. - Personas que sufren penas de cárcel.	14,421	El G.O. de el servicio de hospitalización y el IPRIS el ambulatorio. Sólo se calcula el costo de medicaciones en ambos niveles (1) y (2).	25,749	(1) 1,032 (2) 1,219	9,000	1,152	(1) 1,032 (2) 2,441	33,312 70,795	42 90
7. - Personas que prestan servicios voluntarios no reconocidos en favor de la comunidad (incluido en 8)									
8. - Alumnos matriculados en el sistema educativo nacional: (a) al no dársele prioridad al grupo; y (b) si se dársele prioridad a los grupos anteriores.	(a) 4,926,000 (b) 216,000	(1) Preverativo promocional en primer nivel. (2) Atención integral (1) Preverativo promocional en primer nivel (2) Atención integral	(a) 7,000,720 (b) 945,440	(1) 1,509,122 (2) 2,031,523 (1) 156,043 (2) 223,115	1,400,360 216,920	2,906,702 227,994	(1) 1,509,122 (2) 5,737,735 (1) 156,043 (2) 450,179	80,994,050 265,313,360 6,354,032 14,500,164	102,303 221,517 7,743 18,263
9. - Personas que carecen de ingresos, impedidos y otros	1,499,951	Programa de proporción a la comunidad (la ley no especifica tipo de atención, así que se ha calculado solo nivel 1)	2,609,219	(1) 934,100			(1) 934,100	30,252,760	37,691
10. - COSTOS				6,304,154		4,417,672	8,721,216	281,540,360	351,225
11. - PUNTO									
11.1 - Alternativa 1				(1) 9,240,621			(1) 9,240,621	290,207,250	372,050
11.2 - Alternativa 2				(2) 10,300,034		9,617,700	(2) 19,917,735	643,099,660	803,875
12. - Total	310,110		574,391	(2) 232,054	123,101	230,174	670,220	15,124,960	20,971 (Equivalente a US \$57 por persona)

El costo de la consulta se calcula en base a dos alternativas: (1) primer nivel de atención (costo = 0.350) y (2) atención integral (costo = 0.400)
 El costo de la hospitalización se calcula solo cuando hay atención integral (alternativa 2).
 Inflador utilizado en base en la inflación Julio-Diciembre 1957 (53.281) porque los costos están en dólares de 1957, y octubre a Diciembre de 1958 (12.000%)
 El tipo de cambio utilizado (1000 intial a 1 055) correspondiente a la cotización de mercado libre a principios de diciembre de 1958.

Los estimados de costos del Cuadro 21 facilitarán al gobierno del Perú decidir qué grupos deben cubrirse primero y a qué nivel de atención con la estructura de servicios de salud del IPSS (otra alternativa, con servicios a primer nivel del MS se discute más abajo).

En nuestra opinión, el grupo 1 (trabajadores del campo) debería recibir prioridad pues es el más necesitado de atención. Además, los departamentos más deprimidos son los que tienen porcentajes mayores de población rural y de trabajadores agrícolas no asalariados, o sea, que hay una yuxtaposición de los departamentos y grupo más deprimidos. Creemos que los campesinos deben tener prioridad sobre los trabajadores independientes (que tendrían la segunda prioridad) por que estos últimos viven principalmente en zonas urbanas y tienen mejor acceso a los servicios del MS, a más de que su nivel de vida es superior al de los campesinos. Más aún, una mejoría en el nivel de vida de los campesinos contribuiría a reducir la migración que alimenta la población urbano-marginal. Estos dos grupos unidos representan el 87% de la población no cubierta y, al estar sus dependientes cubiertos, se reduciría notablemente la población escolar sin protección. Lo que restase del grupo escolar (un 2% del total de la población no cubierta) tendría una tercera prioridad.

Los grupos restantes constituyen sólo el 13% de la población no cubierta y algunos ya están mayormente cubiertos (las trabajadoras del hogar) o reciben atención de otros organismos (los presos) o tienen relativo alto ingreso y probablemente ya están cubiertos (los trabajadores en el extranjero). Un grupo importante, sin embargo, es el de los impedidos, los que carecen de ingresos y otros (10% de la población no cubierta) pero éste aunque de alta necesidad sería el más difícil de cubrir financieramente hablando, pues no podría aportar.

Las tres últimas columnas del Cuadro 21 resumen los costos de cobertura de cada grupo: en 1987 (a intis corrientes), en 1988 (deflactado a diciembre 1988) y en U.S. dólares (al cambio de mercado libre a principios de diciembre de 1988). En la parte inferior del Cuadro se dan los totales, distinguiendo en la población a cubrir dos alternativas: (1) en el primer nivel de atención, se suman los costos 1 en todos los grupos, más el costo 2 en el grupo 3 (única alternativa legal) y en el grupo 7 se usa el costo a-1 (pues el resto está protegido en los grupos anteriores); (2) en el nivel de atención integral, se suman los costos 2 de todos los grupos, excepto en el grupo 8 en que se suma el costo 1 (en el grupo 7 se usa el costo a-2 por la razón explicada).

El costo de cubrir a los campesinos e independientes con atención integral, sería el doble de lo que cuesta la cobertura actual total del IPSS; con atención de primer nivel el costo sería ligeramente inferior al costo actual total del IPSS. Debido a que estos dos grupos tienen generalmente muy bajo ingreso, están dispersos y son difíciles de detectar, localizar, registrar y controlar sus aportes, su incorporación tendría que ser subsidiada fuertemente por el Estado.

El costo de cubrir a los trabajadores estatales en el extranjero sería exorbitante. Por ejemplo, usando primas promedios anuales de BlueCross/Blue Shield, para un asegurado soltero y uno casado y con hijos, el costo de asegurar a estos 12.000 trabajadores y sus dependientes fluctuaría entre US\$20 y US\$37 millones. Con el equivalente de esta suma podría cubrirse a una tercera parte de los escolares a primer nivel de atención (1.3 millones de personas) o a toda la población improductiva y de bajo ingreso (1.5 millones de personas). Obviamente cubrir a los trabajadores en el extranjero está fuera de las posibilidades

económicas del país y sería absurdo darle prioridad a este grupo en vista de la gran masa de la población mucho más necesitada.

La extensión de la cobertura a los turistas no tiene sentido desde un punto de vista de necesidad pues prácticamente todos ellos están protegidos en sus países de origen y dicha protección se extiende generalmente a los países a donde viajan. Es posible que el legislador haya incluido a este grupo con mira a obtener parte del financiamiento para la extensión a la población peruana de bajo ingreso. Si los turistas utilizaran los servicios del IPSS con las mismas proporciones que los peruanos actualmente cubiertos, habría que cargar US \$ 57 por turista para sufragar ese costo, lo que es muy alto. En la práctica muy pocos turistas utilizarían los servicios y esos recursos podrían financiar la extensión. Pero debe tenerse en cuenta los efectos negativos que produciría un nuevo impuesto a una industria ya demasiado cargada con tributos.

El costo de cubrir a todos los grupos que hoy no tienen protección (excluyendo a los trabajadores en el extranjero) con atención de primer nivel (298,287 millones de intis o US\$373 millones) sería ligeramente más alto que el costo de la cobertura actual del IPSS (281,540 millones de intis o US \$ 352 millones), pero con atención integral sería más del doble (643,100 millones de intis a US \$ 804 millones). En estos cálculos se excluyen unas dos millones de personas que debían estar cubiertas por el IPSS (y recibir atención integral) pero no lo están, por lo que el total sería aún mayor. Obviamente el país no puede hacer frente a este gasto en la situación actual pero, aun con una notable mejoría económica en el futuro, la atención integral no sería financiable y la atención a primer nivel envolvería un esfuerzo enorme. Debe tenerse en cuenta que los estimados del Cuadro 21 se basan en los costos unitarios actuales y ya hemos argumentado que los mismos podrían reducirse con mejor eficiencia. Pero aún si

esa mejora se materializara, los costos seguirían siendo muy altos. Otra alternativa dentro del IPSS podrían ser los nuevos centros asistenciales discutidos en la primera parte de este estudio, pero aun no existen cifras comprensivas de costos para hacer una evaluación.

Otra alternativa, que pudiera considerar el gobierno, sería la de hacer la extensión con el nivel de atención de los puestos o centros de salud del MS. El costo de este servicio es muy inferior al del costo de primer nivel del IPSS. Pero debe tenerse en cuenta que en estos puestos hay por lo menos un médico y que el servicio en parte resulta más barato porque el personal médico del MS recibe menos de la mitad del salario que el del IPSS. Además estos puestos no dan medicamentos ni análisis, ni insumos. La alternativa extrema (la más barata) sería hacer la extensión con el nivel y costo de los puestos sanitarios del MS, los cuales no tienen médicos. Pero debe advertirse que estos puestos dan atención principalmente (en un 91%) a poblados de menos de 20,000 habitantes y que aunque este modelo fuera viable para cubrir a la mayoría de los campesinos, podría presentar problemas para cubrir a algunos de los grupos restantes. Además los puestos sanitarios tampoco ofrecen medicamentos, ni análisis, ni insumos y su nivel de atención es inferior al de los puestos de salud del MS y muy inferior al de los ambulatorios del IPSS. Sin embargo, para una población que carece de atención estos servicios si bien mínimos serían un paso de avance importante. Los puestos sanitarios de MS están atendidos por personal no profesional que recibe un entrenamiento de seis meses y ofrecen gratis: vacunación, inyecciones, atención de emergencia y partos y planificación familiar; aparentemente hay apoyo comunitario a estos servicios.

En el Cuadro 22, sólo a efectos comparativos, se repiten los cálculos del Cuadro 21, pero usando el promedio de consulta por persona (0.127) y el costo

CUADRO 22

CALCULO DEL COSTO DE ATENCION DE SALUD (CONSULPA) DE LA PARTE DE LA
POBLACION A CUBRIR, EN PUESTOS SANITARIOS DEL MS: 1987-88

Grupos Ocupacionales	Personas a cubrir	Promedio Persona (0.127) x No. Personas	Costo Unitario 1987 ^a (0.04301) por No. atenciones (miles intis)	COSTO TOTAL (1988)	
				miles de intis 1988 (deflactado) ^b	miles US\$ ^c
II. POR CUBRIR					
1. Trabajadores de campo y del mar y sus dependientes	7.603.100	965.594	41.530	1.340.595	1.676
2. Trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados (informales) y sus dependientes (no cubiertos por el IPSS)	5.373.700	682.460	29.353	947.502	1.184
7. Alumnos matriculados en el sistema educativo nacional	(^a) 4.028.000 (^b) 316.000	511.556 40.132	22.002 1.726	710.225 55.719	(^a) 888 (^b) 70
8. Personas que carecen de ingresos impedidos y otros	1.499.551	190.443	8.191	264.406	330
TOTALES	14.792.351	1.878.629	80.800	2.608.222	3.260

(a) Los costos unitarios no incluyen medicamentos.

(b) El deflactor se basa en la inflación julio-diciembre 1987 (53.28%) porque los costos unitarios están a mediados de año y la inflación estimada a diciembre 31. 1988 (2.000%).

(c) Al cambio de 800 intis por US dólar. en el mercado libre. a principios de diciembre 1988.

Fuentes: Cálculos del Consultor basados en cifras de Julio Castañeda y Cuadro 21.

unitario (43 intis) de los puestos sanitarios del MS a mediados de 1987, para los cuatro grupos mayores por cubrir (1, 2, 7 y 8). Se excluyen los grupos 3, 4, 5 y 6, por sus características especiales. El costo total de cubrir con los puestos sanitarios a los cuatro grupos mayores, es menos de un 1% del costo de cobertura de primer nivel con la estructura del IPSS: 2,608 millones de intis ó US\$ 3.3 millones comparado con 297,443 millones de intis ó US\$ 372 millones. Este tipo de extensión sería financieramente viable y, una vez consolidado el sistema, podría ampliarse gradualmente a otros servicios de acuerdo con las posibilidades económicas del país.

IV. RECOMENDACIONES DE POLITICAS PARA LA EXTENSION

1. Los cálculos anteriores indican que es muy difícil si no imposible intentar la extensión de cobertura con los servicios del IPSS, aun si se ofertaran sólo los de primer nivel. Si esto último fuera factible (por abaratamiento de los costos debido a mejora en la eficiencia) debería comenzarse la extensión por el grupo campesino y los departamentos prioritarios.

2. Otra alternativa más viable financieramente, aunque con menor nivel de atención, sería utilizar el modelo de los puestos sanitarios del MS, al menos para cubrir gradualmente al grupo campesino y luego ampliar progresivamente los servicios de acuerdo con las posibilidades económicas del país.

3. Deben apoyarse programas que pongan énfasis en la atención materno-infantil pues benefician a la población no cubierta de escasos recursos y se concentran en un grupo de alta necesidad. Ejemplo de esto es el Plan Trienal Multisectoral (MS, OPS, IPSS, Ministerio de Educación, Fuerzas Armadas) Materno Infantil recién aprobado para 1989-91, que incluye control de enfermedades respiratorias y diarreas agudas, vacunación, alimentación complementaria y planificación familiar.

4. Toda extensión de cobertura plantea eventualmente la referencia del paciente a niveles más complejos de atención. Si se lograra la extensión, ya sea utilizando el primer nivel de atención del IPSS o los puestos de salud o puestos sanitarios del MS, habría en el futuro que proveer servicios superiores. Pero ya se ha visto que los costos de hospitalización del IPSS son muy altos, así que sería imprescindible reducirlos mediante medidas de eficiencia. Además habría que continuar la política de integración de los servicios del IPSS y el MS, ya sea corrigiendo los defectos que han resultado en un significativo aumento de gastos para el IPSS o proveyendo a éste la compensación correspondiente.

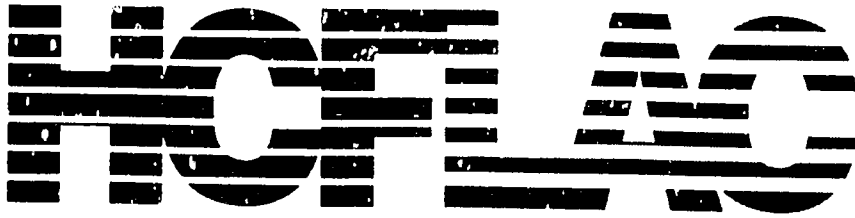
5. El financiamiento de la extensión tendría que ser en gran medida subsidiado. De ahí la importancia de: (a) hacer efectiva la contribución estatal del 1% de la nómina del año anterior; (b) aplicar el principio de solidaridad a los ingresos superiores a la remuneración mínima asegurable; y (c) continuar avanzando en el proceso de mecanización para reducir la evasión y la mora. Los nuevos grupos asegurados tendrían que aportar pero de acuerdo con sus bajos ingresos; debido a las dificultades en el registro y control de aportes de estos grupos podría considerarse como alternativa un tarifa razonable por uso de los servicios. En todo caso los nuevos grupos cubiertos aportarían trabajo comunitario.

6. En el proceso de extensión deben seguirse las prioridades departamentales y de grupos indicadas en este informe. Debe evitarse todo intento de cubrir a grupos no prioritarios y cuyo costo sería exorbitante (vr. gr., trabajadores en el extranjero).

7. Los ingresos procedentes de nuevas fuentes de financiamiento interno o internacional deberán seguir las prioridades indicadas, evitándose la creación de nuevos programas que distraigan parte de esos recursos esenciales o el uso de los mismos en la protección de grupos no prioritarios.

REFERENCIAS

- A. Documentos
1. ANSSA-PERU, Financiamiento de los Programas de Salud del Instituto Peruano de Seguridad Social, Informe Técnico, No. 8, Lima, mayo 1986.
 2. "Coyuntura de la Seguridad Social", Análisis Laboral, 131 (mayo 1988), pp. 4-5.
 3. "El Mensaje Presidencial", Análisis Laboral, 134 (Agosto 1988), p. 7.
 4. INE, Perú: Compendio Estadístico 1987.
 - 4a. -----, Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida ENNIV (1985-1986), Lima, Abril, 1988.
 5. IPSS, Boletín Estadístico de Prestaciones de Salud 1986.
 6. -----, Boletín Informativo, 1:1 (Febrero 1988), pp. 1-10.
 7. -----, Boletín Informativo, 1:2 (Abril 1988), pp. 10-12.
 8. -----, Dirección General de Planificación y Racionalización Plan de Emergencia del IPSS, agosto-diciembre, 1988.
 - 8a. -----, Dirección General de Tesorería, Ingresos y egresos, enero-octubre 1988 y Proyección de Ingresos-egresos y balance, noviembre-diciembre 1988.
 9. -----, Evaluación de la Ejecución Presupuestal del IPSS, 1987.
 10. -----, Evaluación de Ejecución Presupuestal del IPSS, Primer Semestre de 1988.
 11. -----, IRAD, Informe de Gestión, Agosto 1988.
 12. -----, "Plan de Emergencia: Gerencia de Inversiones", 1988.
 13. -----, "Perfil para los Estudios Financieros Actuariales para la Incorporación de Nuevos Grupos Poblacionales al Régimen de Salud" (Elaborado por Víctor Pereda, Rosa López y Julia Pineda), marzo 1988.
 14. -----, "Proyecto Especial de Implementación de la Infraestructura Asistencial del IPSS a Nivel Nacional". mayo 1988.
 15. -----, Resoluciones 854 y 855, Plan de Emergencia y Normas de Austeridad, 2 septiembre 1988.
 16. -----, Situación Financiera del IPSS, 1984, Asistencia Económica, abril 1985.
 17. -----, Situación Financiera del IPSS, 1985 (Elaborado por Rosa López González. et. al.), 1986.
 18. -----, Un Año de Gestión: Agosto 85-Julio 86.



State University of New York at Stony Brook
Group Health Association of America, Inc.
International Resources Group, Ltd.

Health Care Financing in Latin America and the Caribbean

Technical Report

ECONOMIC REPORT ON THE EXTENSION OF POPULATION COVERAGE
BY THE HEALTH-MATERNITY INSURANCE PROGRAM
OF THE PERUVIAN INSTITUTE OF SOCIAL SECURITY

Carmelo Mesa-Lago

(English summary of the original report in
Spanish, dated December 1988)

AID Contract No. LAC 0632-C-00-5137-00

Stony Brook, NY, March, 1989

98.

ECONOMIC REPORT ON THE EXTENSION OF POPULATION COVERAGE

**BY THE HEALTH-MATERNITY INSURANCE PROGRAM
OF THE PERUVIAN INSTITUTE OF SOCIAL SECURITY**

**(English summary of the original report in
Spanish, dated December 1988)**

Carmelo Mesa-Lago

This Report is divided into an Introduction and three parts. The Introduction summarizes the various stages of the project, as well as how and by whom the stages were done. The first part is an evaluation of data pertaining to current population coverage and financial situation of the health-maternity (EM) insurance program of the Peruvian Institute of Social Security (IPSS) in order to determine how many people are actually covered and what the financial possibilities are of extending current coverage. The second part studies and ranks all Departments in Peru according to their health needs and based on three sets of variables; in addition, a "health profile" of all Departments is developed which summarizes in comparative fashion their key features; both tools provide departmental priorities for the government to gradually extend coverage. Finally, the third part estimates the number of workers and their family dependents to be covered in each of the occupational groups as specified in the 1987 law of extension, as well as the cost, in December 1988 intis and U.S. dollars, of providing different packages of health benefits to each group. It also gives recommendations on how to implement the legally mandated extension of coverage. A list of documents, statistics

and legal material collected, as well as all the IPSS officials interviewed, concludes the Report.

PART ONE

I. Population Coverage

IPSS statistics on the "real" coverage of the population are based on rough estimates of how many persons are covered by law as regulated by the IPSS. The estimates are based in the EAP, as reported by the 1981 census, and on annual increment rates: it is assumed that all salaried workers are covered (hence evasion is not taken into account). Therefore IPSS estimates refer to "legal" rather than "real" coverage. In addition, IPSS registration figures are inflated because they have not been "cleaned" of deaths, retirements, emigration, and withdrawals from the labor force, although a computerization process is gradually "cleaning" the data.

In 1988, the IPSS estimated that 2.8 million active workers and a total of 6.1 million people were covered in EM, 39% of the EAP and 29% of the total population, respectively. Two tests of these figures, based on computerized re-registration data coming from a thorough inspection block by block, show that they overestimate coverage by roughly 36% in Lima and 32% in Peru. Therefore, only about 1.9 million workers and a total population of four million people are actually covered by the IPSS, with two million reported as covered who are actually not. To reach universal coverage the IPSS would have to incorporate about 17 million people--more than four times the population currently protected by EM.

II. Current Financial Situation

In 1987, EM expenditures took 52% of total IPSS expenditures, the remaining 42% going mostly to the pension program and, to a lesser extent, to occupational risks. Actual costs of EM are underestimated due to heavy subsidies of administration from the other two programs. Since 1977, EM budget has annually ended in deficit, except for 1985 (due to an increase in contribution in 1984). EM cumulative deficit in 1975-83 was 44 million (constant) intis.

EM deficits were covered, until 1983, with loans from the pension and occupational risk programs and, since then, with transfers which are hidden through accounting techniques. In the first half of 1988, there was a transfer of 460 million intis to EM and IPSS was forced to take a loan for 1,700 million intis. While in 1985 the actual reserve of EM was 20% above the required legal level, in 1988 it was 76% below the required level and was practically exhausted. Partly because of the loans and transfers explained above, the pension program fund has been decapitalized: that program is no longer capable of subsidizing EM and is on the verge of financial collapse.

In October 1988, IPSS projected an overall deficit of 4.2 billion intis for the end of the year excluding a pending debt for indexation of pensions and personnel salaries. Including the latter, the projected debt increased to 35.3 billion intis (US\$145 at the official exchange rate or US\$73 million at the market exchange rate, both in mid-November 1988.) Because inflation increased sharply in the second half of November and in the month of December, the final deficit must have been higher than projected.

The causes of the EM persistent deficit are explained by insufficient income and excessive expenditures.

I. Insufficient Income

The current percentage salary contributions to EM: 3% for the employee and 6% for the employer, for a total of 9%, is one of the highest five global percentages in the region (two of the countries with a higher percentage than Peru are close to universal coverage). Evasion of private employers was estimated in 1985 between 35% and 40%, and according to our 1988 estimates, fluctuated between 32% and 36%. Major reasons for this have been: a) a rate of inflation much higher than the interest rate plus sanctions charged to delinquent employers (in November 1988, inflation was 180% and charges were 18%), thus providing incentive for delaying payments; b) a decline in the size of the formal sector and an increase in the informal sector (outside of social security); c) the inefficient system of registration, inspection and enforcement of compliance; and d) the small size of many enterprises (in 1988, of those enterprises registered, 66% had less than six workers, employed 10% of the total number of insured and only paid 4% of total contribution). Since 1988 a new, computerized system of registration and collection (SIR) has tried, with some degree of success, to reduce evasion and payment delays, but in mid-1989 a big cut in SIR personnel may have hampered that effort.

Another reason for the EM deficit is the huge public debt to the IPSS due to state nonpayment of its employer contributions, particularly in the period 1986-1988. Small parts of that debt have been paid with bonds (whose real interest rate is negative) and through agreements with

foreign countries to equip IPSS health-care facilities. The bulk of the debt, however, has dramatically shrunk in real terms due to Peru's high rates of inflation: in 1988 the cumulative debt was 11,629 million in current intis, but deflated (1979 intis) was only 2 million; in US dollars, it declined from \$805 million to \$46 million.

A third cause for the deficit has been the negative real yields of the EM fund investment. In 1988 such yields were: -95% from state bonds, -58% from bank deposits in intis and -22% from bank deposits in US dollars. In 1985 the latter yield was +31% but, due to the conversion of US dollar deposits into intis as mandated by the 1986 law nationalizing banks, it became negative in that year and has continued to be negative.

2. Excessive Expenditures

As IPSS investment steadily declined in 1981-1988, the percentage of current over total expenditures increased from 85% to 95%. The bulk of IPSS expenditures go to personnel, whose share of total current expenditures declined from 40% to 34% in 1981-1985 but then increased and reached a record 48% in 1988. The ratio of IPSS employees per 1000 insured declined from 9.9 to 5.6 in 1982-86 but increased to 10.5 in 1988 (when proper adjustments are made in the "real" number of insured). The number of IPSS executives almost doubled between 1985 and 1988. In the last year, the proportion of the IPSS budget spent on personnel salaries and fringes equalled for the first time the proportion paid in pensions. From 1986 until mid-1988, salaries were indexed to inflation and adjusted quarterly; fringes included bonuses for vacations (on top of full salary), transfers, holidays and snacks. The partial integration of the ministry of health (MS) and IPSS facilities in 1986-88, also induced an

increase in the total wage bill of IPSS since MS physicians are paid half the salary of IPSS physicians and have, through the integration process, become incorporated into the IPSS.

About one-fifth of IPSS total expenditures are in monetary subsidies paid in lieu of salaries for sickness and maternity; that percentage increased from 11% to 20% in 1984-1988. The subsidy is paid at a rate of 100%, or equal to the full salary (in 90% of Latin American countries the rate ranges from 50% to 66%). No contributions are deducted and the subsidy can be received for almost one year. Reportedly, simulation of sickness is enormous.

The remaining IPSS expenditures are in medicines and laboratory tests (20% in 1988), administration (8%), and contracted services (5%). Between 1978 and June 1988 more than US \$14 million was spent in treating a few hundred insured abroad. According to the law this can be done when specialized treatment is not available at home; obviously, only a lucky few are actually granted such benefit at a cost of US \$66,000 per capita in 1988. Hospital inefficiency contributes to high expenditures: in 1986 the national occupancy rate was 73.7% (fairly high) but there were departments with a rate as low as 35%. Furthermore, the average hospital stay was 11.3 days, a very high figure.

Finally, the expansion of EM coverage to dependent relatives of the insured (wives and children, who had very limited coverage until 1985), combined with the partial integration of MS facilities, induced an increase in the demand for EM services and corresponding costs.

3. The Emergency Plan of 1988

To confront the crisis, in September 1988, IPSS launched an emergency plan as well as a series of normatives on "austerity and administrative morality." On the income side, the plans' goals are an increase in contributions (supported by Francisco Bayo's actuarial review), better control of evasion and payment delays, collection of the state debt, and an increase in the investment yield. The last three goals will be difficult to accomplish because of the aggravation of the economic crisis in the second half of 1988, while the first goal will, in addition, face political obstacles.

On the expenditure side, the plan objectives are: a reduction of personnel, suspension of the integration process with MS, a cut in overtime, restriction of personnel travel, medical and office supply expenditures, and a further reduction in investment. These measures, if implemented, should help reduce excessive expenditures; if combined with an increase in contributions, the cuts may restore the IPSS equilibrium. Past history of the IPSS proves, however, that the financial balance cannot be maintained in the long run unless an increase in contributions is accompanied by a sharp cut in expenditures -- particularly of personnel.

The conclusion of the first part of the Report is that the current crisis of the IPSS makes an extension of its coverage impossible for the moment. Hopefully, sometime in the future IPSS will restore its financial equilibrium, making a new push to expand coverage possible. This should be planned carefully: the remaining two parts of the Report provide the basis for those plans.

PART TWO**I. Departmental Priorities**

Since national and IPSS resources are and will be scarce, any extension of coverage ought to be made gradually, taking into account the most urgent and grave health needs. This section gathered data on 22 variables for the 24 Departments of Peru, plus Callao. Factor analysis was used to cluster all of these variables into three groups which share common characteristics: 1) socioeconomic and health levels; 2) supply-utilization of health resources; and 3) efficiency-adequacy of such resources. Factor analysis also assigned scores on each cluster to the Departments, helped to develop a weighted composite score, and ranked the Departments accordingly (from worst to best) in terms of health needs.

Socioeconomic and health variables were linked by a common factor: level of poverty/wealth. The variables used were: GDP per capita, rural population, urban underemployment, infant mortality, life expectancy, IPSS and MS estimated population coverage, and proportion of the sick population that receive outpatient consultation. The second cluster, supply-utilization of resources, linked variables on the health infrastructure offered by IPSS and HM related to the population they serve (e.g., hospital beds per 1,000 people covered, physicians per 10,000 people) and the cost of such resources (expenditures per capita). Finally, the third cluster of variables measured how efficiently available health-care resources are used, by both IPSS and MS, e.g., hospital occupancy rate, average days of stay, etc.

Socioeconomic/health variables were highly consistent, thus the higher the rank (Lower the number) of a Department: the lower its GDP

p/c, the higher its rural population (and lower its urban underemployment), the higher its infant mortality and the lower its life expectancy. The opposite occurred with the lowest ranked Departments as those in the best position and with least needs. Supply-utilization variables were also consistent but slightly less than in the first cluster, hence as higher the rank of the Department, the lower the health-care resources available. For example, IPSS lacks hospital beds and its outpatient consultation ratios are very low (because the population is predominantly rural and IPSS coverage is null or very low), while MS has the lowest ratios of hospital beds, physicians, outpatient consultation and expenditures per capita. The efficiency-adequacy variables showed the least consistency of the three clusters for causes that can be explained. For instance, the average days of stay (particularly at MS hospitals) is very high among the most needed departments because their population, being rural, live far from the hospitals and need a longer pre- and post-surgical hospital stay. On the other hand, a low percentage of hospital bed occupation can be explained by poor services available, by cultural barriers, or a by combination of both, emphasizing the need for improvement in the quality of such services and the education of the population.

After several tests of the factor analysis technique, a number of variables were deleted because they had none or very poor explicatory value. A final set of ten variables, still grouped in the same factor clusters, was then chosen as the best (most explanatory) for the exercise. The final ranking of the Departments indicated three clear groups, ranked from worst to best: 1) the most deprived nine Departments

in urgent health need were Huancavelica, Apurimac, Puno, Cuzco, Ayacucho, Cajamarca, Amazonas, Huánuco and Pasco. All of these Departments are in the Andean Highlands (Sierra) in a zone of extreme poverty. 2) A group of six Departments were characterized as intermediate: Piura, Ancash, Junín, San Martín, Ucayali and Loreto. These are heterogeneous, located in the three geographical zones of Peru, and constitute the second, most urgent group in terms of health needs. 3) The ten departments in the best situation were: La Libertad, Lambayeque, Tumbes, Arequipa, Madre de Dios, Ica, Tacna, Moquegua, Lima and Callao. All of them (with the exception of two in the jungle) are on the Coast and have the least health needs of the three groups.

Finally, a health profile of all the Departments, (ordered according to the ranking) was developed, presenting summarized key variable information in a comparable manner, explaining significant deviations from consistency (the expected variable behavior), and estimating the unutilized installed hospital capacity.

PART THREE

I. Summary of the Legislation

This section summarizes the legislation (mainly the 1987 law) on extension of EM coverage to specific groups: the self-employed (mostly those in the urban informal sector) and their dependent relatives; peasants and fishermen and their dependent relatives; civil servants working abroad; the population affected by acts of God; prisoners; unpaid voluntary workers in community activities; domestic servants; students; full-time housewives; mentally and physically handicapped and the