



Comunicación corta

Seguro social de salud (Essalud) en el Perú, ¿disonancia en el sistema?

Social security (Essalud) in Peru, ¿dissonance in the system?

Bardales-Zuta Víctor Hugo^{1,a}, Condemarin-Torres Kathleen Alexandra^{1,a}

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2023.163.1913>

RESUMEN

El Seguro Social de Salud (EsSalud), en el Perú; es una organización adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, se encuentra en el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE), vinculado con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Fue creado en la década del noventa, reemplazando al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) mediante la Ley de creación del Seguro Social de Salud N° 27056.

Consideramos cinco aspectos en la probable disonancia de EsSalud con el sistema, el primero la concepción legal, segundo la infraestructura, tercero los procesos, cuarto los recursos humanos y quinto el rol del estado.

Palabras clave: seguridad social, salud pública, sistemas de salud (DeCS-BIREME)

ABSTRACT

The Social Security of Health (EsSalud), in Peru; is an organization attached to the Ministry of Labor and Employment Promotion, it is within the scope of the National Fund for Financing State Business Activity (FONAFE), linked to the Ministry of Economy and Finance (MEF). It was created in the 1990s, replacing the Peruvian Institute of Social Security (IPSS) through Law No. 27056 creating Social Security for Health.

We consider five aspects in the probable dissonance of EsSalud with the system, the first the legal conception, second the infrastructure, third the processes, fourth the human resources and fifth the role of the state.

Keywords: social security, public health, health systems (Source: MeSH-NLM).

FILIACIÓN

1. Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú
a. Médico Cirujano

ORCID

1. Bardales-Zuta Víctor Hugo / [0000-0001-6240-4439](https://orcid.org/0000-0001-6240-4439)
2. Condemarin-Torres Kathleen A. / [0000-0001-9588-0212](https://orcid.org/0000-0001-9588-0212)

CORRESPONDENCIA

Bardales-Zuta Víctor Hugo.
Email: vbardalesz@upao.edu.pe

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

CONFLICTO DE INTERÉS

El autor declara que no existe conflicto de interés en el tema abordado, constituyendo opiniones discutibles y presentados con el fundamento de las referencias bibliográficas.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES:

BZVH, CTKA participaron en la concepción, diseño y ejecución del proceso de identificación de prioridades, así como en la elaboración de los directorios. Además, redactaron la primera versión del manuscrito y aprobaron la versión final a ser publicada.

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 13/03/2023
Aceptado: 27/07/2023
Publicado: 30/09/2023

CÓMO CITAR

Bardales-Zuta VH, Condemarin-Torres KA. Seguro social de salud (EsSalud) en el Perú, ¿disonancia en el sistema?. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 30 de septiembre de 2023 [citado 30 de septiembre de 2023];16(3). doi: 10.35434/rcmhnaaa.2023.163.1913



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

El Seguro Social de Salud (EsSalud), en el Perú; es una organización adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, se encuentra en el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE), vinculado con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Fue creado en la década del noventa, reemplazando al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) mediante la Ley de creación del Seguro Social de Salud N° 27056 ⁽¹⁾.

Cambió de forma la institución, ya; con el devenir del tiempo, el fondo del mismo permanece igual o en el sentido estricto del enunciado con algunas mejoras en el ámbito de la salud para la clase trabajadora y sus derechohabientes en el país.

La preservación y el cuidado de la salud de las personas no tiene precio en el mercado, pero; corresponde a un Estado (gobierno), que representa a la nación; la formación de un Seguro Social en Salud que forma parte de una seguridad social, que en la teoría debiera ser compacta, robusta, oportuna y eficiente en el proceso de la custodia del ser humano en materia de salud. Las enfermedades como resultado del desequilibrio de aspectos fundamentales en el entorno del individuo deben ser abordados independientemente de su complejidad de forma rápida, creativa e innovadora ⁽²⁾.

¿Por qué no hay citas en el día en los diferentes servicios de consulta externa? ¿Por qué no hay tratamiento farmacológico en las farmacias del seguro? ¿Por qué los ambientes de emergencia de todos los centros a nivel nacional están colapsados de pacientes? ¿Por qué las referencias a un centro de mayor complejidad no son rápidas y oportunas? ¿Por qué los centros quirúrgicos no funcionan al cien por ciento de su capacidad operativa? ¿Por qué no hay camas hospitalarias o camas en las unidades de cuidados intensivos?

¿Por qué no existe calidad total en las atenciones sanitarias? ¿Por qué el sistema de comunicación a través de las líneas telefónicas no funciona de modo correcto? ¿Por qué en laboratorio no existe analítica sanguínea básica en cantidad suficiente y no existen ciertos análisis especiales de enfermedades neoplásicas o para el tamizaje de las mismas?

¿Por qué el pedido de las ayudas diagnósticas en imágenes o tratamientos especializados en el tiempo son muy prolongados? ¿Por qué, y no menos importante, la disminución de la sensibilidad en el trato del personal sanitario? ⁽³⁾.

Son interrogantes que rebasan el contenido de la razón y merecen explicación detallada de los funcionarios de turno que dirigen en el período correspondiente a la organización. A continuación, mencionaremos algunos aspectos que se relacionan con el tema y pondremos a consideración detalles de mejora en el sistema de salud a modo de conclusiones.

El 30 de enero de 1999 se promulgó la Ley N° 27056, Ley del Seguro Social de Salud (EsSalud), para brindar cobertura a los asegurados y derechohabientes a través de las prestaciones de salud, económicas y sociales, así como otros seguros de riesgos en humanos, todo ello sobre los fundamentos de la base del Instituto Peruano de la Seguridad Social (IPSS) ⁽¹⁾.

La Ley 26790 regula las prestaciones de salud de los trabajadores asegurados, sus cónyuges y los hijos menores, asimismo; las prestaciones de salud que ofertan las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), a trabajadores asegurados que hayan optado de alguna manera por ellas ⁽³⁾.

EsSalud tiene cuatrocientos establecimientos entre hospitales generales, policlínicos y centros especializados de salud, así como, Centros del Adulto Mayor (CAM), Centros Especializados de Rehabilitación Profesional (CERP), Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), Hospital Perú (hospital móvil) ⁽⁴⁾.

La población peruana alcanzó los 33 millones 396 mil habitantes para el año 2022, de igual modo, los asegurados de EsSalud fueron de 12 millones 614 mil 659 asegurados con predominio del sexo masculino y con un porcentaje de jóvenes de menos de 19 años en gran proporción ⁽⁵⁾.

La función de EsSalud es administrar el régimen contributivo de la seguridad social en salud, cuenta con un estamento administrativo integrado por un Consejo Directivo que es el órgano de dirección, que establece la política de la institución y vigila la aplicación de la misma. Está constituido por nueve representantes, de los cuales tres corresponden

al Estado, tres a los Empleadores y tres a los Asegurados. El presidente ejecutivo, preside el Consejo Directivo, es considerado la autoridad ejecutiva, titular del aspecto presupuestal y ejerce la representación. La Gerencia General está a cargo de un Gerente General que es el de mayor categoría administrativa, para el control de sus fines existe un Órgano de Auditoría Interna ^(4,6).

EL ESTUDIO

Cuando se debatió la creación de EsSalud la capacidad de atención de la institución bordeaba el 37% cuando el estándar a nivel internacional era del 80%, señalándose que en los años subsiguientes sería del 60%, realidad que hoy no ha cambiado mucho al comprobar que las gestiones en la conducción de EsSalud siguen estando formadas de solamente de buenas intenciones, agudizándose más con el incremento en la demanda de la población de atención en salud. Los aportes y los aportantes son cada vez menos en relación con el número de asegurados y los tipos de los siniestros de salud son cada vez más complejos, los cuales conllevan a una situación de caos organizado cuando se requiera una atención en salud en las condiciones descritas ⁽²⁾.

La acepción de la salud y de los elementos determinantes deben discernir un nuevo concepto vital, en donde la condición natural de las personas sea estar sano y la enfermedad considerada como un hecho circunstancial, temporal o prolongada que; con un diagnóstico temprano y oportuno, y con un tratamiento eficaz se devuelva ese estado de bienestar que constituye la denominación de salud de las personas. En relación con el desarrollo social, la carta fundamental de los derechos de la Organización de las Naciones Unidas señala a los Estados a crear las condiciones pertinentes para que los aprovechamientos de la seguridad social constituyan un derecho para toda la población y que sus cinco programas: salud, salud ocupacional, servicios sociales, subsidio de desempleo y seguridad económica en la vejez, formen propósitos para todos sin excepción alguna ⁽⁷⁾.

La debilidad del primer nivel del sistema nacional de salud, la no buena atención en los otros niveles de complejidad, la sobresaturación de pacientes en emergencias unido con los pliegos de reclamos de los trabajadores de salud, siguen ocasionando consecuencias innecesarias en el ámbito de la salud. Hay una profundidad de discordancia entre

la realidad de la Salud con la política, planes y programas de un estado temporal y de turno ⁽⁸⁾.

El desarrollo y crecimiento en salud es trascendental por su importancia en la preservación de la vida de los humanos. La desprotección de la población peruana necesitada ante el riesgo financiero de la enfermedad es consecuencia de la conjunción de desvaríos de muchos períodos en las políticas de salud y en los temas de la seguridad social ⁽⁹⁾.

En un informe de la Red de Estudio para el Desarrollo (REDES) se mostró que era requerido 28,281 millones de soles para cerrar la brecha de infraestructura en EsSalud y la brecha de recursos humanos a nivel nacional fue de 73,093 profesionales de la salud en el 2019⁽¹⁰⁾. Así mismo, durante el periodo 2020-2021 que la población se vio afectada por la pandemia causada por la SARS-COV-2, se produjo un incremento de la demanda insatisfecha en un 500% en los servicios de salud, principalmente en los servicios de ambulancia debido a la falta de dichas unidades equipadas y del recurso humano disponible para su operatividad ⁽¹¹⁾.

Lo que se precisa es que exista un Seguro Social en Salud consolidado, firme y robustecido, sin embargo; su financiamiento fue menoscabado a través del Decreto Supremo N.° 261 del 2019, en la que se dispuso que solo el 65 % del monto único consolidado de la remuneración sea pensionable y estará afecta a cargas sociales. Podrían discurrir prolongados años en inaceptables condiciones de desprotección financiera en el Sistema de Salud con grandes atisbos de subdesarrollo y de menoscabo en las formas primordiales y elementos esenciales en los derechos de los seres humanos ⁽⁹⁾.

Otro aspecto en cuanto al financiamiento de EsSalud, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el 2019; publicó un informe financiero actuarial en el que presentó propuestas de solución al problema relacionado con el aporte económico hacia la institución en determinados meses del año como los son en julio y diciembre ⁽⁹⁾.

No hay más perversidad en los Sistemas de Salud que la desprotección financiera, cuando se expresa que el principal deudor del sistema en materia de salud es el Estado y contiguamente viene a ser, de modo alguno, juez y parte como cuando dirige la institución a través de un directorio presidido por uno de los representantes de él.

EsSalud tiene una actividad financiera que llama la atención, por cuanto el crecimiento del gasto es mayor que el de los ingresos, que se refleja en los siguientes problemas: Los aportantes hacia EsSalud presentan una tasa decreciente en la Población Económica Activa (PEA), elevada morosidad y evasión acumuladas de los empleadores (público y privado), recibe la mayor proporción de casos de enfermedades crónicas de elevado costo y creciente gasto en remuneraciones y limitantes institucionales para avanzar en la trascendencia de sus complejas funciones. En la parte de gestión de la prestación también surgen problemas de contradicción entre sus planes de cobertura de los servicios en salud ⁽¹¹⁾.

En materia de salud, se han regulado las siguientes prestaciones: de prevención, promoción y atención de la salud; de bienestar y promoción social; de sepelio, y subsidios por incapacidad temporal (en los casos de maternidad). Para tener derecho a ellas se debe acreditar un número de aportaciones al mes del asegurado; en el caso de los trabajadores dependientes, tales aportaciones a cargo de su empleador, mientras que en el caso de los independientes o, en modo general, de los asegurados potestativos, el pago de aquellas prestaciones serán de su incumbencia ⁽¹²⁾.

El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, público y privado. Para la prestación de los servicios de salud, el sector público tiene un régimen subsidiado o contributivo indirecto y contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social en salud. El sistema de seguridad social en salud cuenta con dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). EsSalud otorga servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero; desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le oferta servicios de salud a EsSalud a través de las EPS; sin embargo, estos solo cubren atenciones por capa simple (diagnósticos no complejos). La atención seguirá realizándose en EsSalud por diagnósticos de capa compleja ^(13,14).

La forma del modelo político-económico de los últimos treinta y dos años ha modificado el equilibrio que había traído el desenvolvimiento anterior de la seguridad social. El crecimiento progresivo de la población, su envejecimiento y migración, junto con las modificaciones en la estructura de la sociedad y la inequidad e inoportunidad en la participación del

bienestar económico, han hecho que las situaciones de riesgo de enfermedad o perder la vida de las personas y su entorno familiar sean cada vez mayores, ocasionando desesperanza, pesimismo y desilusión con el incremento en la cantidad de los más necesitados en el país ⁽⁷⁾.

En el seguro social obligatorio, no se visualiza en el futuro un marcado desarrollo del mismo, su privatización (creemos) no es una solución, además; ello implicaría una desnaturalización de la misma a un costo social seguramente elevado. A esto se añade que no se visualiza una constante integradora de la población con sus obligaciones y derechos. Por su lado, los empleadores esgrimen que los gastos en seguridad social en salud son un sobrecosto laboral y tratan de soslayar por todos los medios y las formas dichas obligaciones que deben ser deberes a cumplir de todas maneras ⁽³⁾.

El desarrollo económico y la convicción política del Estado que representa a una nación deben ser los requisitos primordiales para el resurgimiento de la seguridad social. Las dos consideraciones señaladas; en la actualidad, tienen grandes cuestionamientos en los países desprotegidos en los continentes ⁽⁷⁾.

DISCUSIÓN

El derecho universal al cuidado de la salud está sobre hecho jurídicamente, lograrlo será una utopía real o en todo caso verdadera. Bustíos pregona que, para establecer un diferente sistema de Salud, tendríamos que haber llegado a una situación social histórica diferente. Será necesario y de demanda manifiesta un acuerdo nacional con los mejores argumentos científicos, tecnológicos, jurídico-políticos y ético-morales, en un sobrellevado intercambio de posiciones democráticas ⁽¹⁵⁾.

En una atención de salud el buen trato, la calidez y el humanismo son necesarios unidos a los recursos materiales y capacidad real de resolver los problemas, estos aspectos son abordados por el Dr. Alonso Soto. El estudio señala como un reto a ser absuelto el garantizar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, contando de manera oportuna y adecuada con los métodos de ayuda diagnóstica, equipamiento y medicamentos, para una correcta y adecuada atención de calidad en Salud ⁽¹⁶⁾.

La gran demanda de enfermedades no transmisibles, así como de las enfermedades transmisibles, y la consecuencia de los determinantes sociales además del cambio climático continuarán en el presente y en el futuro, por ello es decisivo que los servicios de salud en todos sus niveles se opongan a dichos desafíos a través de sus manifiestas redes. El servicio con calidad, calidez y humanismo puede ser una realidad observable, la trascendencia de la evaluación final, será cuando los profesionales de la salud y los políticos tengan la decisión de recibir su atención médica en los servicios públicos de salud, al igual que la gran mayoría de las personas en el país⁽¹⁷⁾.

¿Por qué la situación actual en el seguro?, por la que creemos que podría ser una disonancia en el sistema, ya que consideramos que se dan cinco aspectos fundamentales en el análisis de la realidad problemática. El primero, la consideración legal, de que todo lo complica creando dependencias innecesarias en artículos y articulados desprovistos de libertad y flexibilidad consabida. Las leyes y reglamentos deben ser coherentes a nuestra realidad manteniendo una lógica que trascienda en el tiempo. Una ley de la modernización del seguro social no garantiza ni es aval de que los hechos o las evidencias en materia de salud sean deslumbrantes, oportunas y prometedoras.

Segundo aspecto, creemos que la infraestructura es la requerida. No es necesario, por ahora, grandes bloques de material indestructible, con la infraestructura actual es suficiente. Lo que percibimos es que no usamos al cien por ciento de sus capacidades o de sus ambientes en el día a día. En esta materia es imprescindible la concepción de lo que es impresionante en cemento no ayudará en la preservación de la salud. En cambio, el equipamiento de los mismos es imprescindible y se justifica cuando se compara con la infraestructura que se cuenta en el Seguro Social.

Tercer aspecto, los recursos humanos, que deben estar imbuidos de nociones de cambio, de hacer mejor las cosas con sentido común y una mística de sobrevalorar la condición humana. Las instituciones serán fuertes e imperecederas si cuentan con seres humanos con cimientos éticos y una prueba de su moral a cada instante y por siempre.

Finalmente, el cuarto aspecto, el rol del estado; su ubicuidad debe ser de observador con la perspicacia inherente de un conductor de los planes en salud

relacionado con un sistema que funcione bien todo el tiempo en defensa del Seguro Social mediante el fortalecimiento del financiamiento, asumir funciones de regulación frente a las amenazas a nivel de la provisión de servicios de salud y de privatización por parte de las aseguradoras privadas y de la amenaza interna de la corrupción. Así mismo, la innovación de una política de gestión de salud orientada a impulsar la descentralización, fortalecimiento del desarrollo de la atención primaria y el fundamento de la investigación y la docencia como herramientas de calidad y reconocimiento social.

CONCLUSIONES

Por lo expuesto, consideramos cinco aspectos en la probable disonancia de EsSalud con el sistema, el primero la concepción legal, segundo la infraestructura, tercero los procesos, cuarto los recursos humanos y quinto el rol del estado.

EsSalud, debe tener autonomía técnica, administrativa, económica, financiera presupuestal y contable, es decir; una entidad independiente del estado. La modernización en ella debe ser en la práctica y con los resultados deseados. Si la concepción primigenia está mal esbozada, los cambios en la actualidad deben darse con el único fin de mejoras en los aspectos de salud de las personas.

Un Seguro Social competente está relacionado con la visión de un país en el sentido de la grandeza del compromiso con la vida y la preservación de la salud.

Lo ideal es la concepción de una seguridad social verdadera, que esté en las circunstancias y en los momentos oportunos en el transcurrir de los seres humanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tenorio-Mucha J, Soto-Becerra P, García-Mostajo J, Maguiña JL, Culquichicón C, Zeta-Ruiz N, et al. Proceso de definición de prioridades institucionales de investigación en el Seguro Social de Salud del Perú, 2020-2022. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA*. 2020;13(2):146-54. doi: 10.35434/rcmhnaaa.2020.132.665
2. Arostegui A. La crisis de la seguridad social en salud (EsSalud). *Enfermedades del aparato digestivo*. 2004; 7(1). Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/ead/v7n1/a8.pdf>
3. Romero Montes F. J, Presente y futuro de la seguridad social en el Perú. *Revista Latinoamericana de Derecho Social [Internet]*. 2009 [Citado el 10 de noviembre

- del 2023]; (8):275-298. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=429640263007>
4. Gobierno del Perú. Seguro Social del Perú - EsSalud [Internet]. [citado 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/194-seguro-social-del-peru-essalud>
 5. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población peruana alcanzó los 33 millones 396 mil personas en el año 2022 [Internet]. 2022. [Citado 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/poblacion-peruana-alcanzo-los-33-millones-396-mil-personas-en-el-ano-2022-13785/>
 6. Lozano N, Morgado E. Instituciones de derecho del trabajo y de la seguridad social. Capítulo 33. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, México; 1997 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/139-instituciones-de-derecho-del-trabajo-y-de-la-seguridad-social>
 7. Miranda G. Las perspectivas de la seguridad social en los inicios del siglo XXI. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2003 [Citado el 10 de noviembre del 2023];29(2):174-82. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21429213.pdf>
 8. Sánchez-Moreno. El sistema nacional de salud en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2022 [Citado el 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/129/1897>
 9. Enciclopedia - Academia peruana de salud [Internet]. [citado 15 de agosto de 2022]. Disponible en: https://academiaperuanadesalud.org/?page_id=1136
 10. REDES. Marco general del sistema de salud. 2020. [citado 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.redesarrollo.pe/wp-content/uploads/2020/09/marco-general-del-sistema-de-salud.pdf>
 11. MINSA. Tiempos de pandemia 2020-2021 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2021 [Citado 15 de julio de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5485.pdf>
 12. Sanabria CA. Marco para el análisis de la seguridad social en el Perú. Pensamiento Crítico. 2008;9:151-70. doi: 10.15381/pc.v9i0.9030
 13. Trigoso WCM. Derecho a la seguridad social y a la libertad de acceso a la salud y pensiones [Internet]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/232470882/El-Derecho-a-La-Seguridad-Social-y-a-La-Libertad-de-Acceso-a-La-Salud-y-Pensiones>
 14. Bardales Zuta VH. Comportamiento de los indicadores de gestión del Hospital I de Florencia de Mora. Essalud. 2012 - 2013. Trujillo - Perú [Internet] [Tesis de Doctorado]. [Perú]: Universidad Nacional de Trujillo; 2015 [citado 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14414/5506>
 15. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud pública Méx [Internet]. 2011 [Citado 2023 Dic 17]; 53(Suppl 2): s243-s254. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019&lng=es
 16. Arias-Stella J. La salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 1 de diciembre de 2014 [citado 16 de diciembre del 2023];31(4). doi: 10.17843/rpmesp.2014.314.109
 17. Cabezas C. Atención médica y de salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2019;36(2):165-6. doi:10.17843/rpmesp.2019.362.4620