

Políticas para la ampliación de la cobertura de los trabajadores independientes al seguro social de salud





Políticas para la ampliación de la cobertura de los trabajadores independientes al seguro social de salud

Oficina de la OIT para los Países Andinos
Perú, agosto de 2024



Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. Para consultar una copia de la licencia, véase <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>. El usuario podrá reproducir, compartir (copiar y redistribuir), adaptar (mezclar, transformar y desarrollar el contenido de la obra original), conforme a los términos detallados en la licencia. El usuario deberá citar claramente a la OIT como fuente del material e indicar si se han introducido cambios en el contenido original. No está permitido reproducir el emblema, el nombre ni el logotipo de la OIT en traducciones, adaptaciones u otras obras derivadas.

Atribución de la titularidad - El usuario deberá indicar si se han introducido cambios y citar la obra como sigue: *Políticas para la ampliación de la cobertura de los trabajadores independientes al seguro social de salud*, Lima: Oficina Internacional del Trabajo, 2024, © OIT.

Traducciones - En caso de que se traduzca la presente obra, deberá añadirse, además de la atribución de la titularidad, el siguiente descargo de responsabilidad: *La presente publicación es una traducción de una obra protegida por derechos de autor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Esta traducción no ha sido realizada, revisada ni aprobada por la OIT y no debe considerarse una traducción oficial de la OIT. La OIT declina toda responsabilidad en cuanto a su contenido o exactitud. La responsabilidad incumbe exclusivamente al autor o autores de la traducción.*

Adaptaciones - En caso de que se adapte la presente obra, deberá añadirse, además de la atribución de la titularidad, el siguiente descargo de responsabilidad: *La presente publicación es una adaptación de una obra protegida por derechos de autor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Esta adaptación no ha sido realizada, revisada ni aprobada por la OIT y no debe considerarse una adaptación oficial de la OIT. La OIT declina toda responsabilidad en cuanto a su contenido o exactitud. La responsabilidad incumbe exclusivamente al autor o autores de la adaptación.*

Materiales de terceros - Esta licencia Creative Commons no se aplica a los materiales incluidos en la presente publicación que, aunque no son de la OIT, están protegidos por derechos de autor. Si el material se atribuye a una tercera parte, el usuario que utilice dicho material será el único responsable de obtener las autorizaciones necesarias del titular de los derechos y de responder ante cualquier reclamación por vulneración de los derechos de autor.

Toda controversia derivada de la presente licencia que no pueda ser resuelta de manera amistosa será sometida a arbitraje de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (CNUDMI). Las partes quedarán vinculadas por el laudo arbitral resultante de dicho arbitraje, que resolverá con carácter definitivo dicha controversia.

Toda consulta sobre derechos y licencias deberá dirigirse a la Unidad de Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), a rights@ilo.org. Puede obtenerse información sobre las publicaciones y los productos digitales de la OIT en: www.ilo.org/publns.

ISBN: 97892200003000 (versión impresa)

ISBN: 97892200006000 (versión web PDF)

Las denominaciones empleadas en las publicaciones y las bases de datos de la OIT, que están en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican juicio alguno por parte de la OIT sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

Las opiniones y puntos de vista expresados en esta publicación incumben solamente a su autor o autores y no reflejan necesariamente las opiniones, puntos de vista o políticas de la OIT.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la OIT, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Advertencia

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra Organización. Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas sobre la manera de hacerlo en nuestro idioma. En tal sentido, y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español *o/a* para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por emplear el masculino genérico clásico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a mujeres y hombres.

Índice

Introducción	7
1. Breve referencia a la situación regional	9
2. ¿Quiénes son los trabajadores independientes en el Perú?	12
3. Introducción al sistema de salud del Perú	14
4. Limitaciones del actual seguro potestativo	17
5. Senderos alternativos de reforma para asegurar la cobertura de los trabajadores independientes	20
5.1. Principales restricciones	20
5.2. Alternativas de reformas	21
5.2.1. Alternativa pasiva: mantener la situación actual	22
5.2.2. Alternativa intermedia: reformas en EsSalud	22
5.2.3. Alternativa más ambiciosa: reformas en el sistema de salud	24
5.3. Reflexión final	27
Referencias bibliográficas	28



Introducción

► El presente documento tiene por objeto presentar alternativas de reformas para lograr la ampliación de cobertura de salud en el Perú, con especial referencia a la situación de los trabajadores independientes. Para ello se tomará como base el estudio *Los trabajadores independientes y la protección social en salud en el Perú: caracterización, nivel de cobertura y el rol del seguro social de salud (EsSalud)* (OIT 2024). Allí se presenta un exhaustivo diagnóstico sobre la situación de los trabajadores independientes en el Perú, basado en un análisis tanto cuantitativo como cualitativo; se revisa la evolución reciente y la situación actual del sistema general de salud del Perú, y, de manera especial, se analizan las iniciativas seguidas para la ampliación de la cobertura de carácter no contributivo.

El logro de sistemas de salud más equitativos y eficientes depende, en casi todos los casos, de las posibilidades de integrar sus componentes que responda a una estrategia nacional de reforma en el sistema de salud. En el contexto regional, han sido diversos los caminos utilizados para intentar integrar o coordinar los diferentes segmentos del sistema y avanzar en una cobertura y acceso universal y equitativos. En la región también hay evidencia de que la incorporación de esquemas de aseguramiento es un elemento que facilita la separación de funciones de financiamiento y prestación en los sistemas de salud creando incentivos para la contención de costos, mediante la articulación con los proveedores de servicios, ya sean públicos o privados, y facilita la incorporación de mecanismos de pago que estimulen la racionalización del uso de los recursos (CEPAL, 2006, p. 99).

Como sostiene la OPS, el avance hacia la cobertura universal depende de la recaudación de fondos adecuados que permitan solventar los gastos de salud y procedan de un conjunto de personas suficientemente amplio con apoyo de ingresos fiscales. Cuanta más gente comparta el riesgo financiero (mayor sea el pool de riesgo asumido), menor será el riesgo financiero que recaiga sobre cada persona. Cuanto mayor sea el fondo mancomunado mejor será su capacidad para hacer frente a los riesgos financieros asociados a la cobertura de salud. Para ello, es imprescindible que cada uno pague por adelantado cuando esté sano y pueda recurrir a los fondos mancomunados cuando lo requiera. Y, cuando existe población que no tiene capacidad para aportar parte o la totalidad de estos fondos, sean los ingresos fiscales los que deban cubrir ese financiamiento (OPS, 2010, P. 7).

Por su parte, la OIT, en el año 2012, durante la 101 sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT), aprobó la Recomendación sobre los pisos de protección social, núm. 202, que amplía lo establecido en el Convenio número 102 sobre norma mínima de la seguridad social del año 1952. La Recomendación 202 (R202) tiene el doble objetivo de orientar a los países miembros de la OIT para: establecer y mantener, según proceda, Pisos de Protección Social como un elemento fundamental de sus sistemas nacionales de seguridad social; y, al mismo tiempo, poner en práctica los Pisos de Protección Social en el marco de estrategias de extensión de la seguridad social que garanticen progresivamente niveles más elevados

de seguridad social para el mayor número de personas posible. Es entonces cuando queda claro que los Pisos de Protección Social no deben ser entendidos como niveles mínimos permanentes sino como niveles indispensables que deben ser elevados y ampliados en la medida en que las circunstancias lo permitan.

En relación con el tema que aquí nos ocupa, la R202 reconoce la necesidad de poner en práctica los Pisos de Protección Social en el marco de estrategias de extensión de la seguridad social que aseguren progresivamente niveles más elevados de seguridad social para el mayor número de personas posible (escalera de la seguridad social), según las orientaciones de las normas de la OIT relativas a la seguridad social. Considera que los Pisos de Protección Social constituyen conjuntos de garantías básicas de seguridad social definidos a nivel nacional que aseguran una protección destinada a prevenir o a aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social. Estas garantías deberían asegurar como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas que lo requieran tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso que garanticen conjuntamente un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos como necesarios a nivel nacional.

Con el objeto de analizar las posibilidades de reformas para asegurar la cobertura de salud de los trabajadores independientes, en primer lugar y luego de esta introducción, se entiende necesario revisar rápidamente algunas acciones que se han encarado en otros sistemas de salud de la región y, asimismo, una breve caracterización de esos trabajadores dentro del mercado laboral del Perú. Luego se ofrecerá una descripción de la organización del sistema de salud y la cobertura hoy disponible para ese sector. Con esos elementos se estará en condiciones de presentar algunas alternativas de reforma y las condiciones para su efectiva introducción.

► 1. Breve referencia a la situación regional

La definición de la mejor política de salud es uno de los más difíciles y complejos desafíos de la agenda pública. A ello colaboran, entre otros factores, las dificultades en lograr mejoras en la eficiencia a través de los mecanismos de mercado; las diferentes posiciones acerca de los objetivos de equidad que debe perseguir la política sectorial y los modos de lograrlo; la magnitud de los recursos involucrados y las oportunidades que brinda para lograr importantes rentas innovativas. Y, con relación a la provisión de servicios públicos, las dificultades para determinar el mejor balance entre políticas centralizadas y descentralizadas, y un sinnúmero de rasgos institucionales que operan de diferente manera en cada país. En consecuencia, se requiere de una aproximación que considere los diferentes aspectos críticos del sector.

En América Latina ha predominado el desarrollo de sistemas organizados a través de diferentes segmentos que, por lo general, han tenido grandes dificultades en alcanzar cobertura universal de servicios de salud de cierta calidad. Además, lo que ofrecen suele ser muy diferente para cada grupo poblacional de acuerdo con ingresos, condición frente al mercado de trabajo, localización geográfica y otros factores.

La provisión de servicios de atención de la salud suele estar a cargo de una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, regulación y provisión, conviviendo un subsector público (esencialmente financiado con impuestos generales), la seguridad social (financiada con contribuciones sobre la nómina salarial) y el privado (organizado a partir de seguros privados o pagos directo de bolsillo). La forma en que se coordinan y articulan (o dejan de hacerlo) estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento de los sistemas de salud. La falta de coordinación y articulación suele atender contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad.

De hecho, la única cobertura asegurada para la población sin capacidad de contribución suele correr por cuenta del Estado. La seguridad social cubre a los trabajadores formales en relación de dependencia (y, a menudo, a sus dependientes, de acuerdo con la organización de cada sistema en particular) y cuenta con su propia red de hospitales y prestadores. Finalmente, el sector privado cubre generalmente a la población de más altos ingresos y cuenta con una estructura de proveedores propios. No obstante, en muchas oportunidades, los sectores de más bajos recursos, sin seguro y con dificultades para acceder a la oferta pública de servicios, deben afrontar sus necesidades más urgentes mediante pagos de bolsillo en el sector privado. La manera en que los países han intentado reestructurar las interrelaciones entre estos tres sectores caracteriza las distintas reformas que se han llevado a cabo en la región.

Sabiendo que la estructura de financiamiento del sistema de salud no es neutra desde la perspectiva de la equidad, la existencia de una doble institucionalidad asociada a la provisión pública y la seguridad social ha tenido efectos negativos sobre el financiamiento y la prestación de los servicios. Además de promover la duplicación de funciones y el desperdicio de recursos, se generan sistemas de salud diferenciados entre diferentes estratos sociales. A su vez, las dificultades para regular al subsector privado de salud, que en el caso de la región representa una proporción significativa del gasto total, ha sido un factor que agrava el uso poco eficiente de los recursos que la sociedad destina al sector salud.

Mientras más importante sea el subsistema público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema de salud y, en principio, más homogénea será la cobertura. Por el contrario, el mayor peso del financiamiento de bolsillo estará acompañado de una menor redistribución y mayor inequidad. En cambio, cuanto más desarrollada esté la seguridad social en la provisión y financiamiento de la salud, en principio, mayor sería la brecha de cobertura entre los trabajadores formales y el resto de la población que sólo tenga acceso al sector público. No obstante, esto será cierto dependiendo del grado de articulación entre la seguridad social y la provisión pública, y el nivel de financiamiento del sector público.

Ello obliga a trabajar de manera balanceada en dos sentidos, la expansión de los sistemas de aseguramiento y el fortalecimiento de la salud pública tradicional. En la medida que los eventos en salud son aleatorios y estadísticamente independientes, los esquemas de aseguramiento parecen ser una forma eficiente de organización del financiamiento. Sin embargo, las asimetrías de información propias del sector salud, las dificultades en la medición de los riesgos en salud, junto con la necesidad de incorporar mecanismos de solidaridad, hacen que la introducción de esquemas de seguros de riesgo sea más compleja que en otros sectores de la economía.

De manera específica, una mejora en la equidad de los sistemas de la región requiere reducir la dependencia de los gastos de bolsillo como mecanismo para el acceso a los tratamientos de salud requeridos y la integración de los sistemas para alcanzar niveles más elevados de solidaridad. Será necesaria, asimismo, una combinación de complejas iniciativas, entre las que deben contarse: las reformas destinadas a alcanzar mejoras en la eficiencia; la definición explícita de las coberturas aseguradas, y el fortalecimiento y adecuación de los marcos regulatorios. Por su parte, la efectiva mejora en la cobertura de servicios de salud para toda la población requiere políticas de salud pública entre las que se destacan el fortalecimiento de políticas de promoción y prevención, la expansión de la atención primaria y una adecuada coordinación de servicios descentralizados que incluya la compensación de brechas entre regiones.

En consecuencia, los países latinoamericanos enfrentan el desafío de incrementar el financiamiento tributario destinado al sector público, reduciendo la dependencia del gasto privado y las cargas sobre la nómina salarial que, en mayor o menor medida, atentan contra el objetivo de lograr sistemas equitativos e integrados que aseguren una mayor cobertura de mejor calidad. No obstante, las conocidas dificultades que deben enfrentar los países de la región para aumentar la carga tributaria (en parte como consecuencia de la propia informalidad de las economías) han obligado a buscar alternativas de reforma que mantengan ese financiamiento, al menos durante algún período de transición, dependiendo del caso.

Diversas reformas en la región han tratado de resolver la cobertura de los trabajadores independientes y, en general, la población que no percibe beneficios mediante el pago de contribuciones. Deben diferenciarse dos tipos generales de iniciativas. Por un lado, las reformas sistémicas para incorporar esos sectores mediante el avance hacia la cobertura universal. En ese sentido, tal vez el caso extremo es Brasil, que después de la reforma constitucional de 1988 decidió eliminar el segmento con financiamiento contributivo, creando el SUS (Sistema Único de Salud), con cobertura universal financiada con recursos de rentas generales. Otro tipo de reforma, muchas veces tomado como referencia, es el caso pionero de Costa Rica, donde la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en 1961, tuvo como objetivo la eliminación de la fragmentación haciendo homogéneas las coberturas de los sistemas públicos, pero manteniendo los recursos provenientes de las contribuciones sobre los salarios. Tal vez la reforma más exitosa en los últimos años fue la encarada por Uruguay, donde la cobertura es diferenciada pero las reformas plantean caminos hacia la convergencia. Los recursos no contributivos se asignan a la cobertura de los sectores informales de menores ingresos con la intención de equiparar la cobertura con la seguridad social. Otros países de la región (Colombia, Perú, Bolivia, Ecuador y México) realizaron intentos en esa misma dirección, aunque no lograron consolidar esos procesos de reforma.

En segundo lugar, se encuentran reformas puntuales para atender la situación específica de los trabajadores independientes. Aquí debe tenerse en cuenta la introducción en Argentina (y también en Uruguay) del esquema denominado “monotributo”. Se trata de la incorporación del pago de una cuota fija de contribución para la seguridad social (pensiones y salud) dentro de regímenes impositivos simplificados previamente diseñados para reemplazar el pago de IVA e impuestos sobre los ingresos por parte de los pequeños contribuyentes. Como contraprestación de esos pagos los trabajadores tienen derecho a la afiliación a los seguros de salud, en igualdad de condiciones que los trabajadores formales. Son sistemas que no están exentos de dificultades, pero sobresale el hecho de que hayan logrado ampliar la cobertura de este grupo de trabajadores.

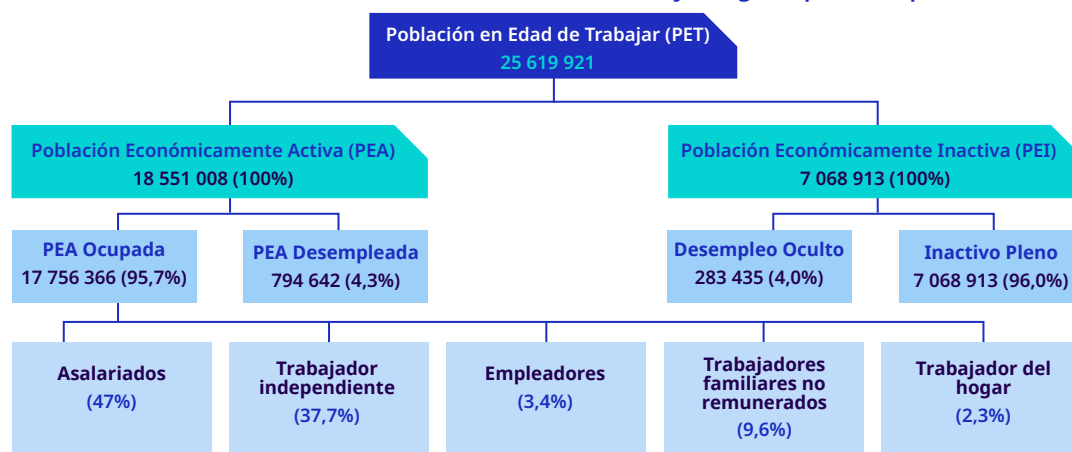
De manera adicional, a este cuadro general se agrega la segmentación territorial que deriva de la descentralización en la provisión pública de los servicios de salud en muchos de los países de la región.

Cuando ha ocurrido, ha multiplicado los niveles de cobertura pública hacia el interior de un mismo país. De este modo, la existencia de sistemas de salud a nivel subnacional con coberturas dispares de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de cada lugar agrega un factor adicional de inequidad, donde los habitantes de un mismo país cuentan con niveles diferentes de cobertura del sector público en función de su localización geográfica. En muchos de los países donde existen fuertes disparidades de desarrollo dentro de su territorio (en general los más extensos) el financiamiento disponible para cada gobierno subnacional es muy diferente y dependerá de los esquemas de transferencias de recursos fiscales entre niveles de gobierno (Cetrángolo y Goldschmit, 2013). En relación con la cobertura de los trabajadores independientes, en la medida en que no existan programas específicos y reciban cobertura de los sectores públicos, la localización de esos trabajadores debe ser tomada en cuenta para caracterizar el acceso a servicios de salud. Entonces, los sistemas descentralizados demandan un mayor cuidado de la organización federal de los sistemas de salud pública, definiendo claramente las responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno y sistemas de transferencias entre niveles que aseguren el financiamiento adecuado de las diferentes funciones.

► 2. ¿Quiénes son los trabajadores independientes en el Perú?

La Población en Edad de Trabajar (PET) en el Perú fue de 25,6 millones de personas y la población económicamente activa (PEA) ocupada alcanzó los 17,7 millones en 2022. Para 2023 se estima que 13,4 millones de personas trabajaron en empleos informales¹ (75,7 por ciento de la PEA). Además, del total de la PEA ocupada con empleo informal, más de 10 millones de personas se encontraron en el sector informal (60,6 por ciento de la PEA ocupada), mientras que el resto trabajó en el sector formal². Asimismo, con respecto a las tres principales actividades económicas, la actividad de servicios concentra 6,7 millones de trabajadores (38,2 por ciento de la PEA ocupada), seguida por las actividades extractivas donde trabajan 4,6 millones personas (25,9 por ciento de la PEA ocupada) y luego se encuentra la actividad de comercio con 3,5 millones de trabajadores (19,4 por ciento de la PEA). Según categoría ocupacional, la PEA ocupada estuvo compuesta principalmente por trabajadores asalariados que representaron 8,3 millones de personas (47 por ciento), seguidos por los trabajadores independientes autoempleados quienes fueron 6,6 millones de personas (37,7 por ciento), luego están los trabajadores familiares no remunerados siendo 1,7 millones de personas (9,6 por ciento), empleadores³ que sumaron un total de 595 mil personas (3,4 por ciento) y trabajadores del hogar con un total de 406 mil personas (2,3 por ciento) (MTPE 2023).

► Ilustración 1. Distribución de la Población en Edad de Trabajar según tipo de empleo



Nota: La categoría asalariados incluye obreros y empleados del sector público y privado.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENAHO (2022) - INEI.

Poniendo el foco en los trabajadores independientes (que incluye a los cuentapropistas y empleadores), es posible destacar cuatro rasgos que se observan en el Perú que dificultan y limitan el alcance de la cobertura de salud en esta población. En primer lugar, el trabajo independiente engloba situaciones de heterogeneidad con relación a la edad, nivel educativo, actividad económica, ingresos, y otros aspectos. Casi la mitad de los trabajadores por cuenta propia no superaron la educación primaria, mientras que el 42% de los empleadores de este grupo cuentan con educación secundaria. En esa línea, existe heterogeneidad en los ingresos de los trabajadores independientes, así como en el flujo de dichos ingresos. El ingreso mensual laboral promedio de un trabajador independiente es de 985 soles, siendo el de los trabajadores por cuenta propia un 11% inferior a ese nivel (875 soles) y el de los empleadores

¹ Se considera a las personas que laboran en unidades productivas no registradas en la SUNAT, así como en puestos asalariados sin seguro de salud o como trabajadores familiares no remunerados.

² Una persona tiene un empleo informal en el sector formal cuando labora en una empresa formal sin poseer aportes al seguro de salud financiados por el empleador.

³ Los trabajadores en este grupo ocupacional son considerados también trabajadores independientes.

2,34 veces ese promedio (2.301 soles). Del mismo modo, las diferencias existen entre las categorías ocupacionales, ya que los profesionales (1.829 soles) tienen un ingreso mensual laboral promedio un 51,4% superior a los técnicos (1.208 soles); mientras que los de oficio (863 soles), y los de subsistencia (708 soles) tienen ingresos menores, que equivalen al 47% y 37% del de los profesionales, respectivamente.

En segundo lugar, como se observa en la información de grupos focales relevada en OIT (2024), los ingresos de los trabajadores independientes son inestables. Tienen periodos con ingresos mayores y otros con ingresos mínimos o no suficientes para sus gastos indispensables. En esa línea, en las entrevistas a representantes de trabajadores se señaló que, según el rubro del trabajador independiente, la volatilidad de ingresos puede ser mayor o menor. Por ejemplo, en el caso de aquellos que trabajan en el sector comercio o servicio, tienen meses como julio o diciembre con mayores ingresos, mientras otros donde sus ingresos son muy pequeños. Esta heterogeneidad de ingresos y la inestabilidad en el importe que ganan mensualmente tienen implicancias en la capacidad de pago de los trabajadores independientes, puesto que el pagar por un seguro tendrá distintos efectos en los ingresos y gastos de esta población.

En tercer lugar, una característica que distingue a los trabajadores independientes cuentapropistas es su alta participación en el empleo informal, pues el 91 por ciento lo es. Esta alta incidencia requiere que las políticas de protección social, en particular la seguridad social, no se vinculen exclusivamente con la relación laboral asalariada formal para lograr el alcance de esta población (OIT 2018). Si bien la cobertura legal está asegurada por el SIS, el alcance del 0,3 por ciento del seguro potestativo de EsSalud sobre el total de trabajadores independientes en el Perú refleja que aún es necesario incluir estrategias adicionales para lograr una mayor participación voluntaria de esta población en EsSalud.

En cuarto lugar, otro aspecto está vinculado con el poco conocimiento y/o desinterés en invertir en un seguro de salud, esto se exagera con respecto al seguro potestativo de EsSalud. Entre los factores que explican esta situación se encuentra que las personas tienden a tener un exceso de confianza frente a cualquier situación de riesgo, minimizan las probabilidades de problemas drásticos de salud, y prevalece la imitación del comportamiento entre trabajadores independientes de no afiliarse a un seguro de salud dado que la mayoría no lo hace (Azuara et al. 2023).

Por ejemplo, de los grupos focales, se evidencia que los trabajadores independientes tienen poco conocimiento sobre los beneficios de contar con la seguridad social en salud, y en esa línea, muy pocos participantes conocían sobre el seguro potestativo de EsSalud. La mayoría opina que EsSalud es solo para trabajadores dependientes, y los que conocen del seguro potestativo no tienen claridad sobre los beneficios que ofrece este plan. Similar situación se encuentra en el cuestionario a grupos focales antes mencionado⁴, solo el 18 por ciento de personas mencionó conocer el +Salud Seguro Potestativo de EsSalud. Asimismo, como señalaron funcionarios y expertos, no existe una cultura de aseguramiento y/o seguridad social en salud en la población, que se intensifica en los jóvenes ya que priorizan el presente al futuro. En esa línea, Collison (2014) menciona que los jóvenes tienen una visión más “ecléctica” del mercado laboral (relaciones laborales) y una menor preocupación por contar con una adecuada seguridad social.

Finalmente, y en relación específica con EsSalud, otra característica de los trabajadores independientes es su opinión sobre la escasa tangibilidad de recibir los beneficios o servicios que ofrece este seguro. Por ejemplo, existe una mala fama de los servicios que brinda esta institución, sea por experiencia propia o de conocidos. En esa línea, en otro estudio cualitativo se obtuvo que los trabajadores independientes que utilizan de algún modo el seguro de salud sienten que tienen una cobertura limitada (OIT 2012). Además, algunos representantes de trabajadores y expertos mencionaron que las actuales características de los servicios de EsSalud (como el horario de atención) desincentiva a un trabajador independiente a afiliarse a este seguro, ya que implican altos costos de transacción para recibir el servicio esperado.

Por lo tanto, las características de los trabajadores independientes vinculadas con su capacidad de pago, su participación en el empleo informal, su poco conocimiento o interés en la seguridad social en salud, así como su opinión sobre los limitados beneficios que obtendrían al afiliarse a EsSalud son aspectos que influyen al momento de decidir afiliarse a la seguridad social en salud.

⁴ En el estudio de caracterización de trabajadores independientes se utilizó un cuestionario virtual como un instrumento de relevamiento de información que tuvo como población objetivo los trabajadores independientes no afiliados a EsSalud. Uno de los objetivos de este instrumento fue identificar el conocimiento del actual seguro potestativo de EsSalud entre los trabajadores independientes.

► 3. Introducción al sistema de salud del Perú

En forma agregada, el gasto corriente en servicios de salud en Perú como porcentaje del PIB fue en 2022 de 6,2%, lo que implicó un aumento del 27% en términos del PIB con relación al año 2002, año en el cual era de 4,9% del PIB. Entre 2000 y 2017 se mantuvo relativamente estable entre 4 y 5 puntos porcentuales del producto y alcanzó un máximo de 6,8% del PIB en 2021.

El financiamiento del sector proviene de los aportes del Tesoro Público, las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y empleadores a la seguridad social, los aportes voluntarios de las personas a seguros privados y al seguro potestativo de EsSalud y gasto de bolsillo (que incluye principalmente gastos en medicamentos y en menor medida pago directo por atenciones de salud).

En 2009, como respuesta a la fragmentación y segmentación del sistema de salud se aprobó la Ley 29.344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) para garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. Normas posteriores⁵ permiten la afiliación al SIS para toda la población que no tuviese un seguro de salud con cobertura del PEAS. La tendencia a partir de entonces muestra un cambio en la participación relativa de los diferentes gastos en favor de una ampliación del gasto público en salud por sobre el gasto privado y el gasto de bolsillo en línea con la incorporación del aseguramiento universal a partir de la Ley AUS.

La ley es aplicable a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al proceso de aseguramiento universal y obligatorio en salud, que son las encargadas de recibir y gestionar los fondos para la cobertura de las atenciones de salud y son denominadas Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). Estas instituciones son: Seguro Integral de Salud (SIS); EsSalud; Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL); Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas (FOSPEMFA) y de la Policía Nacional (SALUDPOL); Entidades Prestadoras de Salud (EPS); Compañías de Seguros; Entidades de Salud que ofrecen servicios de salud prepagados; otros. A su vez, la mencionada Ley establece que las IAFAS deberán financiar como mínimo una lista priorizada de condiciones asegurables denominada Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

El financiamiento de las IAFAS proviene de tres fuentes diferentes, dependiente del tipo de régimen:

- Régimen contributivo, que comprende a las personas que se vinculan a las IAFAS de manera obligatoria a partir del pago de una cotización del trabajador o del empleador;
- Régimen subsidiado, corresponde a las personas que están afiliadas a las IAFAS a partir de financiamiento público total, principalmente población vulnerable y de menores recursos económicos, y
- Régimen semicontributivo, para personas vinculadas a las IAFAS por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores, según corresponda.

De esta manera, el Régimen contributivo es administrado de manera independiente EsSalud, la sanidad de las fuerzas armadas y la sanidad de la Policía Nacional; el Régimen subsidiado, administrado por el SIS y; el Régimen semicontributivo también administrado por el SIS.

Los afiliados obligados a aportar al Régimen Contributivo son los trabajadores activos en relación de dependencia, socios de cooperativas incluyendo trabajadores de pequeñas y medianas empresas, pensionistas de cualquier régimen público y personas trabajadoras de la administración pública. Existe una opción de afiliación voluntaria a este régimen para personas cuya capacidad de pago les permita afrontar el valor de las cuotas⁶.

Desde la creación del seguro potestativo de salud (en 1998) de EsSalud han surgido cinco alternativas diferentes para el aseguramiento de los independientes. Cada una de ellas fue incorporando planes de salud que difirieron en su oferta prestacional, así como en su financiamiento dado que ha variado el monto del aporte requerido.

⁵ Decreto de Urgencia N° 017-2019, N° 046-2021 y N° 078-2021.

⁶ Véase Leyes N° 26790 y 27056.

- Desde 2016 las nuevas afiliaciones de independientes a EsSalud se realizan al seguro potestativo llamado “+ Salud Seguro Potestativo”. A pesar de las mejoras y modificaciones realizadas en pos de aumentar el aseguramiento de esta población, solo el 0,1 por ciento del total de asegurados de EsSalud está afiliado a algún seguro potestativo, lo que representa un aproximado de 23 mil personas (entre titulares y derechohabientes) en 2023. Asimismo, del total de trabajadores independientes, alrededor del 0,3 por ciento de ellos está afiliado al seguro potestativo de EsSalud, lo que refleja el limitado alcance de este seguro.
- El Régimen Subsidiado del SIS protegía inicialmente a la población en condición de pobreza, pobreza extrema, o de vulnerabilidad sanitaria que no estuviera afiliada a otro régimen. Para acceder a dicha cobertura era necesario contar con la clasificación socioeconómica (CSE) vigente de pobre o pobre extremo otorgada por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) administrado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). Esta población accede al seguro denominado “SIS Gratuito” que tiene una cobertura más amplia que el PEAS (incluye prestaciones administrativas y de alto costo).
- En 2019, con el fin de cerrar la brecha de cobertura legal en salud, mediante el Decreto de Urgencia N° 017-2019, se determinó la autorización al SIS de afiliarse (con cargo al régimen subsidiado), independientemente de la clasificación socioeconómica, a toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud. Esta afiliación garantiza a los beneficiarios la cobertura gratuita del PEAS y el plan se denomina “SIS Para Todos”. La identificación de personas no cubiertas se realiza en base al cruce de información con el padrón de beneficiarios de la Superintendencia de Salud.
- Por su parte, al Régimen semicontributivo se encuentran obligadas a afiliarse las personas inscriptas en el Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS), que deben hacerlo dentro del plan denominado “SIS Emprendedor” y las personas vinculadas a una microempresa, bajo los alcances de la Ley MYPE que deben afiliarse al “SIS Microempresa”.
- A su vez, el Régimen semicontributivo cuenta con un plan de afiliación voluntario denominado “SIS Independiente” cuyo requisito de afiliación es no contar con otro seguro de salud con cobertura del PEAS (por ejemplo, adhesión voluntaria a EsSalud).

En suma, se observa en la configuración del sistema de salud peruano la existencia de una elevada segmentación entre seguros y subsectores que genera una importante fragmentación de derechos a la salud en la población y significativos desafíos en términos de equidad, accesibilidad y calidad en la cobertura. Si bien aproximadamente el 96 por ciento de la población cuenta con cobertura legal de algún seguro de salud, persisten limitaciones en la oferta de servicios.

Actualmente, los trabajadores independientes pueden acceder, en el sector público, a tres planes del SIS: Para Todos, Independiente y Emprendedor; o a +Salud seguro potestativo de EsSalud, cuyas características salientes se presentan en el cuadro 1. Esto genera distintas coberturas prestacionales, así como distintas condiciones y opciones de financiamiento. Las personas que acceden a algún plan del SIS tienen una cobertura prestacional de los servicios de salud superior a la de EsSalud, principalmente porque este último tiene una mayor cantidad de exclusiones. Asimismo, mientras que el SIS ofrece en sus tres planes la prestación económica de Sepelio, +Salud no lo incluye, y ninguno de los cuatro planes ofrecen prestaciones económicas por maternidad, lactancia, o incapacidad laboral, que si son ofertados por EsSalud regular (para un trabajador dependiente).

Además, a partir del Decreto de Urgencia N° 017-2019 la afiliación y cobertura al SIS Para Todos es gratuita, no se tiene que realizar aportes para acceder al plan, y solo se condiciona a no tener otro seguro de salud que cubra el PEAS; en cambio, acceder al SIS Emprendedor requiere ser contribuyente del Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) y estar al día en los últimos 3 meses de pago a la SUNAT más no implica un pago adicional; para el caso del SIS Independiente es necesario realizar el pago mensual de dicho plan que oscila entre 39 a 115 soles (dependiendo del número de derechohabientes) y no tener otro seguro de salud; por último, para afiliarse a +Salud es necesario el pago mensual de entre 132 a 215 soles (varía según edad y puede aumentar dependiendo del número de derechohabientes). Es decir, existe un plan gratuito y las otras opciones implican un aporte directo o indirecto, siendo el de +Salud el de mayor importe.

Adicionalmente, a excepción del plan SIS Independiente, ninguno de los diferentes planes ofrecidos por el SIS para los trabajadores independientes incorpora períodos de carencia o de espera para acceder a las prestaciones del PEAS, en tanto +Salud contempla carencias para algunos diagnósticos y procedimientos.

► Cuadro 1. Comparación de planes para la población independiente del SIS y EsSalud

	SIS Para Todos	SIS Independiente	SIS Emprendedor	+Salud Seguro Potestativo - EsSalud
Financiamiento	Tesoro público	Tesoro público y aporte del afiliado	Tesoro público y aporte del afiliado	Aporte del afiliado
Potenciales afiliados	Toda la población que no cuente con otro seguro de salud	Toda la población que pueda realizar un aporte mensual. Principalmente, trabajadores independientes, estudiantes universitarios, personas mayores de edad, entre otros	Emprendedor perteneciente al NRUS – SUNAT, categorías 1 y 2	Toda persona residente en el país, sin límite de edad, especialmente a trabajadores independientes, asimismo a universitarios, practicantes y demás emprendedores; que no se encuentren afiliados a EsSalud a través de un empleador
Tipo de afiliación	Individual	Individual, familiar (incluye derechohabientes) y menor dependiente	Individual o familiar (incluye derechohabientes)	Individual o familiar (incluye derechohabientes)
Prestaciones de salud	Más de 12 mil diagnósticos: ► PEAS ► Plan Complementario ► LEAC ► LERH Medicinas, análisis, operaciones, hospitalización, traslados de emergencia	Más de 12 mil diagnósticos: ► PEAS ► Plan Complementario ► LEAC ► LERH Medicinas, análisis, operaciones, hospitalización, traslados de emergencia	Más de 12 mil diagnósticos: ► PEAS ► Plan Complementario ► LEAC ► LERH Medicinas, análisis, operaciones, hospitalización, traslados de emergencia	► Prestaciones contenidas en el PEAS ► Prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud ► Prestaciones de maternidad ► Programa de asistencia domiciliaria, EsSalud en Línea y STAE
Periodo de carencia	No aplica	No aplica	No aplica	Aplica 3 meses, excepto emergencias
Periodo de espera	No aplica	Aplica: 2 meses para intervenciones	No aplica	Aplica 10 meses para algunos diagnósticos y procedimientos
Exclusiones	Procedimientos o terapias que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria			► Procedimientos o terapias que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria ► Trasplantes de órganos y tejidos. Insuficiencia renal crónica terminal, y tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal ► Enfermedades raras o huérfanas, excepto las que se encuentren coberturadas en el PEAS ► Órtesis y otros (sillas de ruedas, zapatos ortopédicos, etc.) excepto lo previsto en el PEAS
Aporte / pago prima	0	Entre 39 y 115 soles (depende del número de derechohabientes)	0 Se debe haber pagado 3 meses continuos a SUNAT el aporte del NRUS	Entre 137 a 215 soles (depende de la edad y número de derechohabientes)
Copagos	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Prestaciones económicas	Sepelio: 1 000 soles	Sepelio: 1 000 soles	Sepelio: 1 000 soles	-

Nota: LEAC: Listado de Enfermedades de Alto Costo, LERH: Listado de Enfermedades Raras y Huérfanas, STAE: Servicio de Transporte Asistido de Emergencias. Dx: Diagnósticos.

Fuente: Elaboración propia con información del SIS y EsSalud.

► 4. Limitaciones del actual seguro potestativo

Actualmente, el marco normativo vinculado a la protección social en salud en Perú permite una afiliación facultativa por parte de los trabajadores independientes a la seguridad social en salud. Sin embargo, no se evidencian acciones integrales que tengan como objetivo incrementar la cobertura de esta población a EsSalud. Además, la regulación y las políticas del Estado están más enfocadas a los empleados dependientes/asalariados, y no se aplican necesariamente a las características de los trabajadores independientes (Heintz and Ghosh 2024; Azuara et al. 2023).

Otro factor limitante está vinculado con las acciones desde el sector salud referente al Aseguramiento Universal en Salud, donde se observa la priorización de la afiliación al SIS. Tomando en cuenta ello, al examinar la cobertura del +Salud Seguro potestativo, se advierte que presenta diferencias sustanciales con el SIS que podrían influir en la decisión del trabajador independiente en afiliarse a alguno de estos planes de salud. Una de ellas hace referencia al alcance prestacional. Por un lado, el SIS cubre un mayor número de diagnósticos en comparación al +Salud, y la otra gran diferencia es que el SIS ofrece un plan gratuito, mientras que para el acceso al plan de EsSalud se requiere un aporte mensual.

Por otra parte, si bien EsSalud presenta una notoria ventaja para acceder a servicios de segundo y tercer nivel de atención, ya que no existen restricciones (como carencias o períodos mínimos de permanencia en el seguro) para asociarse a EsSalud cuando esos recursos son requeridos y desafiliarse cuando dejan de ser necesarios. En consecuencia, esa supuesta ventaja de EsSalud no tiene un impacto sostenido sobre la afiliación a dicha institución y, por el contrario, suele generar problemas de sostenibilidad financiera a la institución.

Dentro de los asegurados a EsSalud, la diferencia entre planes también está presente en los beneficios que gozan los trabajadores dependientes y los trabajadores independientes. El seguro regular de EsSalud ofrece un plan con mayor cobertura que el +Salud, por ejemplo, tratamiento de hemodiálisis, diálisis peritoneal o insuficiencia renal crónica. Además, el seguro regular brinda prestaciones económicas (subsidio por incapacidad temporal, lactancia y maternidad) así como prestaciones de bienestar y promoción social que no son parte del seguro potestativo. A su vez, se pueden observar diferencias con respecto a los niveles de aporte. Por ejemplo, si un trabajador dependiente gana 1025 soles (RMV), corresponde que su empleador pague el 9 por ciento, es decir, 92,25 soles, lo que le permite inscribir a sus derechohabientes sin un pago adicional. De otro lado, un trabajador independiente debería pagar un importe de alrededor de 413 soles por la cobertura personal, y dos derechohabientes⁷, observándose así una diferencia monetaria sustancial, a pesar de contar con una cobertura inferior en términos prestacionales.

Como se dijo, mantener diferencias en las prestaciones tomando en cuenta los tipos de trabajo (empleos formales e informales o dependiente e independiente) o su nivel de ingresos es sumamente discutible, lo que ha dado origen a numerosos intentos de reforma (algunos más exitosos que otros) en varios países de América Latina (Titelman et al. 2015). De acuerdo con OIT (2024), los trabajadores independientes han señalado su desacuerdo en tener un plan de salud inferior al que tienen los trabajadores dependientes, incluso consideran injusto esta diferenciación tomando en cuenta que les corresponde financiar personalmente este seguro, a diferencia de los trabajadores dependientes.

A continuación, se mencionan algunos factores adicionales que, de acuerdo con el estudio realizado por OIT (2024), atentan contra la consolidación del seguro potestativo de EsSalud:

- El actual sistema de pago de aportes influye en el acceso a los servicios y la continuidad de la afiliación tanto por su nivel como por la dificultad de considerar la variabilidad de los ingresos de algunos grupos de independientes, lo que genera discontinuidad en los pagos y suspensión de la cobertura.

⁷ Para este ejemplo se está considerando dos adultos entre 30 a 59 años y un niño o adolescente entre 0 a 17 años, ya que el aporte a +Salud varía según la edad de la persona, aspecto que no sucede en el seguro regular.

- El seguro potestativo tiene una siniestralidad mayor al seguro regular de EsSalud, como consecuencia de permitir el ingreso de afiliados cuando deben enfrentar tratamientos costosos. Al no incluirse al seguro potestativo dentro del pool de asegurados y gastos del seguro regular se limita seriamente la mancomunación de riesgos y el pretendido carácter solidario de la seguridad social. Téngase en cuenta que el seguro regular incluye más de 10 millones de asegurados, mientras que el potestativo cuenta con apenas 23 mil.
- Vinculado con lo anterior, debe señalarse la existencia de largos, confusos y diversos tiempos de espera y periodos de carencia. Se puede observar que durante el periodo de carencia el SIS brinda cobertura al asegurado de EsSalud, lo que genera mayor confusión ya que se es afiliado de una de las IAFAS pero la cobertura se recibe de otra. Esta situación puede reducir la motivación e interés en mantener su cobertura al plan, por lo que las personas dejan de realizar sus aportaciones (Azuara et al. 2023).
- Problemas en la definición de la cobertura de los derechohabientes o dependientes⁸.
- Dificultades para adaptar el seguro potestativo a los cambios en el mercado laboral, generados principalmente por el avance de la tecnología (por ejemplo, trabajos mediante plataformas virtuales).

En consecuencia, puede decirse que el actual +Salud seguro potestativo tiene características que limitan su capacidad de ser un producto que cumpla con las necesidades de los trabajadores independientes. Esto se evidencia en su limitado plan de salud en comparación al ofrecido por el SIS y el seguro regular de EsSalud, en otros beneficios que no brinda (prestaciones económicas y prestaciones de bienestar y promoción social) en comparación al seguro regular de EsSalud, y en el aporte y mecanismos de pago que no se alinean con la capacidad de pago de la población que pretende alcanzar. Asimismo, existen aspectos estructurales como la diferenciación entre el seguro regular y el seguro potestativo que afectan a la sostenibilidad financiera de este último, y con ello, limitan el accionar de EsSalud.

De manera adicional, deben tenerse en cuenta las limitaciones que presenta EsSalud para avanzar en algún proceso de afiliación colectiva, a pesar de existir una aprobación por parte de SUSALUD de este tipo de adhesiones al seguro potestativo y de que la institución cuenta con experiencia en este tipo de afiliación de grupos específicos. De hecho, se evidencia que su uso hacia los trabajadores independientes es mínimo. Esto se debe, de acuerdo con el estudio señalado, a cuatro aspectos principales:

- bajo nivel asociativo entre los trabajadores independientes,
- valores actuales de afiliación que resultan superiores a los que podrían financiar asociaciones de trabajadores con reducida capacidad de pago,
- poco conocimiento sobre la modalidad de afiliación independiente que podría explicarse por los pocos esfuerzos de EsSalud para llegar a esta población, y
- ausencia de registros de trabajadores independientes.

De manera más general, otros factores relacionados con el funcionamiento de EsSalud también deben ser tenidos en cuenta al momento de analizar las posibilidades de afiliación de los trabajadores independientes. OIT (2024) identifican cinco aspectos críticos que impactan en el acceso y calidad de los servicios que ofrece esta entidad:

⁸ Si bien a lo largo del tiempo los planes de seguro potestativo han incluido a los derechohabientes no siempre lo hicieron con el mismo alcance por lo que existen hoy diferencias en la cobertura que acceden según cada tipo de seguro potestativo que se tenga. La mayor dificultad se centra en la definición de quiénes son los derechohabientes, ya que sigue una estructura tradicionalista sobre la familia, y no necesariamente considera potenciales nuevos derechohabientes.

- débil gobernabilidad, que se pone en evidencia por los recurrentes cambios en la conducción de la entidad y en las prioridades que se fija con relación, entre otros temas, a la afiliación de los trabajadores independientes;
- ausencia de avances en la división de funciones en EsSalud que permita diferenciar acciones como IAFAS y aquellas vinculadas como prestador de servicios de Salud. Esa reforma podría ayudar a mejorar los procesos de gestión y de atención, y optimizar la gestión comercial; es decir, mejorar las capacidades y competencias para diseñar una estrategia comercial para la venta de los planes de seguros (con recursos humanos y logísticos);
- el modelo prestacional, centrado en una atención hospitalaria y recuperativa, dejando de lado la atención primaria en salud, la cual es fundamental para atenciones de prevención y de recuperación básicas, que son requeridas por la población.
- limitada oferta de recursos humanos, insumos e infraestructura, con implicancias directas en el acceso a los servicios de salud, así como a la calidad de los servicios que ofrecen;
- débil sostenibilidad financiera que tiene EsSalud, según lo indican los estudios actuariales realizados. Los resultados del último estudio actuarial señalan que se prevé una fragilidad del equilibrio financiero de EsSalud para los siguientes 10 años (OIT 2023c). Además, como se señalan en los estudios actuariales de 2015, 2018, y 2023, existen leyes que están afectando a la sostenibilidad financiera de EsSalud, lo que podría estar limitando sus acciones para mejorar los servicios que ofrece. Por ejemplo, grupos CAS, MINEDU y MINSA tienen topes de cotización que reducen su cotización real a EsSalud, o la exclusión de contribuciones sobre los aguinaldos y gratificaciones.

En resumen, existen varios factores que pueden explicar el bajo alcance de EsSalud en la cobertura de los trabajadores independientes en el Perú. Estos factores, según lo analizado por la OIT (2021), se pueden agrupar en 4 retos que se resumen en el Cuadro 2: barreras legales; barreras administrativas; costos y acuerdos de financiación inadecuados, y beneficios no alineados con las necesidades prioritarias.

► **Cuadro 2. Retos para extender la seguridad social en trabajadores independientes**

Retos según análisis de OIT	Factores que inciden en la afiliación del seguro potestativo
Barreras legales	► Afiliación voluntaria ► Regulación prioriza la seguridad social en salud en trabajadores dependientes/asalariados.
Barreras administrativas	► Trabajadores no tienen suficiente información referente al esquema de protección social en salud y los procesos de registros y pagos del seguro potestativo. ► Dificultad para la aplicación de portabilidad cuando un trabajador se traslada de un tipo de empleo (dependiente) a otro (independiente) o viceversa.
Costos y acuerdos de financiación inadecuados	► El aporte o costo del seguro es elevado para los ingresos o capacidad de pago de un grupo relevante de trabajadores independientes. ► Los esquemas de pagos no consideran la característica de volatilidad de ingresos de los trabajadores independientes.
Beneficios no alineados con las necesidades prioritarias	► Listado de prestaciones inferior en comparación al seguro regular, a pesar de pagar un aporte superior al 9% de la RMV. ► No se incluyen prestaciones económicas como maternidad o sepelio.

Fuente: Informe OIT 2024 (Mayorca y otros (2024).

► 5. Senderos alternativos de reforma para asegurar la cobertura de los trabajadores independientes

Tomando en consideración lo aquí presentado -y los estudios recientes sobre el tema, en especial el documento de Mayorca y otros (2024)- en esta sección presentaremos diferentes alternativas de reforma para asegurar la cobertura de salud para los trabajadores independientes, como forma de acercar la cobertura universal.

Las complejidades del problema, la heterogeneidad de situaciones y la necesaria búsqueda de consensos para que la reforma sea efectiva y sostenible en el tiempo impiden pensarla como un cambio simple e instantáneo. En su lugar, este tipo de políticas requiere la puesta en marcha de un sendero de reformas que permita corregir errores en la trayectoria e ir sumando adhesiones a medida que se avanza con los cambios.

Adicionalmente, la ausencia de consenso inicial sobre la necesidad y el tipo de reforma requerida aún dentro del gobierno obliga a presentar un grupo de alternativas para su discusión. Precisamente, ese es el objetivo de este documento y, en especial, esta sección final. Se intentará ofrecer pros y contras de cada alternativa propuesta. Pero antes de encarar esa presentación, se cree conveniente repasar algunos de los factores limitantes o restricciones que deben ser tenidas en cuenta al discutir las reformas. Seguramente, existen otras restricciones que no serán presentadas aquí, pero que en el futuro deberán ser incorporadas en el análisis a medida que sean reconocidas. Por lo general, las reformas en políticas públicas, en especial las referidas a la política de salud, deben ser consideradas como verdaderos “blancos móviles”.

5.1. Principales restricciones

En el Perú, la baja cobertura de la seguridad social contributiva en salud tiene como factor excluyente la alta proporción de empleo informal, tanto entre los trabajadores asalariados como (especialmente) entre los trabajadores independientes. Por su parte, la afiliación voluntaria es menos del 1 por ciento entre los trabajadores independientes que contribuyen a EsSalud, mediante el seguro potestativo.

No es posible pensar esta reforma como un problema simple y unicausal. El universo de trabajadores independientes es sumamente heterogéneo y las razones de la baja cobertura, además de la no obligatoriedad de afiliación, responde a otros factores complementarios para cada subgrupo dentro de este universo. Del mismo modo, las políticas para asegurar su cobertura también deben reconocer una variedad de posibilidades e instrumentos específicos orientados a captar e incentivar la cobertura de cada tipo de trabajador.

Si bien poco menos de la mitad de los trabajadores por cuenta propia no superaron la educación primaria y el ingreso mensual laboral promedio asciende a 875 soles, se reconocen situaciones muy diversas. Así, el ingreso mensual del empleador independiente es mayor a los 2.300 soles y el de los profesionales es mayor a los 1.800 soles, por ejemplo. Adicionalmente, el relevamiento de OIT (2024) muestra la inestabilidad de los ingresos. Esas características atentan contra la posibilidad de mantener un flujo razonable y constante de contribuciones al seguro de salud. A ello hay que sumarle el escaso conocimiento y el usual desinterés en invertir en un seguro de salud durante períodos saludables. Ello es agravado por la ausencia de prestigio por parte de EsSalud entre los trabajadores independientes, de acuerdo con ese mismo relevamiento.

En suma, las características de los trabajadores independientes vinculadas con su capacidad de pago, su participación en el empleo informal, su poco conocimiento o interés en la seguridad social en salud, así como su opinión sobre los limitados beneficios que obtendrían al afiliarse a EsSalud son aspectos que influyen en el bajo nivel de afiliación.

En el diseño original del sistema se pensaba que EsSalud estaría destinada a brindar cobertura de seguro de salud para los trabajadores en relación de dependencia con capacidad financiera de pagar contribuciones. Por su parte los trabajadores independientes presentaban dos subgrupos. Aquellos con niveles de ingresos elevados que podían acceder a seguros privados o gasto directo de bolsillo mientras que los de bajos niveles de ingresos estarían cubiertos de manera gratuita por el estado a través del SIS.

Esa idea no pudo sostenerse y hoy la cobertura gratuita del SIS alcanza a aproximadamente dos tercios de la población, mientras que los pobres e indigentes ascenderían a no más de un tercio de la población. Con esa información podría decirse que hay aproximadamente un tercio de la población con recursos suficientes para pagar por un seguro que, sin embargo, decidió afiliarse al seguro gratuito del SIS.

Ello requiere tres tipos de comentarios. En primer lugar, aun cuando posible, ese esquema implicaba la consolidación de un sistema caracterizado por la fragmentación de los derechos a la salud. En segundo término, debe señalarse que la cobertura casi completa de trabajadores independientes puede no ser real ya que se trata de una “cobertura por norma”, puesto que la normativa establece que todos los que no están cubiertos por EsSalud lo están por el SIS. En tercer lugar, debe señalarse que existe entre la población la sensación de que la calidad de los servicios de EsSalud se ha visto muy resentida. Como resultado de esa decadencia desapareció cierta presión para afiliarse en EsSalud, que hace algunos años (en especial antes de la pandemia por COVID-19) era muy fuerte.

Ciertamente, más allá de la cobertura de cada seguro que muestran las estadísticas y encuestas, en ningún caso aparece como una cobertura efectiva y plena. Ello sucede ya que, por un lado, EsSalud ha desestimado el fortalecimiento de la atención primaria, mientras que ha fortalecido la atención de mayor nivel de complejidad, ocurriendo lo contrario en el caso del SIS, aunque la oferta no es totalmente satisfactoria (ni homogénea) en las diferentes regiones del país.

EsSalud ha priorizado la salud recuperatoria en lugar de la preventiva, para la que faltan equipos y recursos humanos. A su vez, ha tenido dificultades a lo largo del tiempo para acordar la utilización de servicios públicos debido a problemas administrativos, dificultades para realizar los pagos correspondientes y otros problemas de gestión.

Frente a este panorama dominado por la fragmentación institucional y de cobertura y la nula coordinación entre instituciones no logra percibirse una idea clara y consensuada dentro del gobierno acerca de cómo organizar el sistema de salud en su conjunto, qué tipo de cobertura debe asegurarse a cada grupo poblacional más allá del PEAS, cuál es el papel esperado de cada institución y como se espera coordinar los diferentes segmentos. Una prueba palpable de esa ausencia de coordinación resulta del hecho de que a pesar de que es el Ministerio de Salud quien está a cargo de la regulación del sector, EsSalud tiene dependencia institucional del Ministerio de Trabajo, lo que provoca algunas importantes diferencias de criterios que se manifiestan, por ejemplo, en la definición de cambios legislativos.

5.2. Alternativas de reformas

Como se señaló, existen diversos senderos de reforma posibles y su elección dependerá, por supuesto, de las preferencias del gobierno (considerando las diferentes áreas de influencia) y de las posibilidades de lidiar con las restricciones señaladas en la sección anterior y de otras que aquí no fueron consideradas.

Con el objeto de ayudar al debate sobre la elección del sendero más adecuado, a continuación se presentarán tres grupos de alternativas que intentan incorporar las diferentes posibilidades. Esos grupos, ordenados en función de la magnitud de los cambios requeridos, son:

- continuar con la situación actual;
- incorporar mejoras en la gestión de EsSalud sin modificar la visión global de la cobertura del sistema de salud en el Perú;
- encarar una reforma del sistema, redefiniendo las responsabilidades de cada institución.

5.2.1. Alternativa pasiva: mantener la situación actual

Se trata de la opción más simple y menos recomendable, teniendo en cuenta las críticas que despierta el estado actual del sistema de salud en relación con la cobertura de los trabajadores independientes. No obstante, no puede dejar de considerarse esta opción ya sea por falta de decisión o acuerdo dentro de las instituciones gubernamentales o por las dificultades en remover las restricciones existentes.

En este caso no resulta necesario evaluar los impactos ya que serían los documentados aquí y, con más detalle, en el informe de OIT (2024).

5.2.2. Alternativa intermedia: reformas en EsSalud

Con independencia de las decisiones del resto de los organismos del gobierno del país, EsSalud puede (y debe) encarar una serie de reformas para mejorar su funcionamiento y sostenibilidad. Muchas de esas reformas mejorarían notablemente las posibilidades de cobertura de los trabajadores independientes.

En primer lugar, existe un importante espacio para mejoras administrativas y la toma de decisiones dentro de EsSalud, según lo han manifestado casi todas las personas referentes consultadas durante este proyecto. Se trata de intentar desburocratizar el organismo, al tiempo de consolidar un esquema de toma de decisiones sustentado en conocimiento técnico y tratando de resistir a las demandas de políticas que afectan su sostenibilidad financiera.

En este sentido, y con relación a la necesidad de asegurar la sostenibilidad financiera de EsSalud, se debe fortalecer la predictibilidad de gasto de la entidad, además de modificar algunas normas que están afectando al gasto, resulta necesario fortalecer el equipo a cargo de los futuros estudios actuariales que puedan brindar su opinión técnica frente a propuestas que puedan afectar la sostenibilidad financiera.

En relación con la necesidad de mejorar la oferta de servicios y resultar más atractivo para la afiliación de los trabajadores independientes, EsSalud debe hacer esfuerzos para mejorar la infraestructura, la disponibilidad de insumos y la contratación y selección de recursos humanos e insumos. Todo ello debe ser parte de programas plurianuales de inversión y estar en línea con las recomendaciones de los estudios actuariales.

Asimismo, un aspecto central para captar a los trabajadores independientes es mejorar el modelo prestacional a partir del fortalecimiento de la atención primaria en salud. Un ejemplo de estas políticas en la región se encuentra en las reformas propiciadas en Brasil luego de la reforma constitucional de fines de los años ochenta, con la creación del Sistema Único de Salud, que se resumen en el Recuadro 1.

Otra experiencia regional para tener en cuenta es la de Costa Rica que, sin tener el nivel de gasto más alto de la región, mantiene indicadores de estado de salud de la población que son comparables con países desarrollados. En parte, esto puede estar relacionado a su alto enfoque en la atención primaria de la salud y con el desarrollo de una fuerte red de servicios de primer nivel de atención en salud que inició en los años noventa y que está altamente consolidada. Costa Rica cuenta con un sistema de aseguramiento universal único desde hace décadas, que se ha ido fortaleciendo con los años.

Ello alecciona sobre la necesidad de contar con esfuerzos sostenidos y de largo plazo para la implementación y consolidación de los procesos de reforma en salud y para contar con resultados favorables en términos de cobertura y acceso a los servicios de salud. Se trata, entonces, de senderos de reformas que de manera paulatina afectan la organización institucional y requieren ser mantenidas y fortalecidas a lo largo del tiempo. Volviendo al caso del Perú, un camino posible (tal vez el más conveniente para mejorar la oferta de servicios), sea comenzar por la realización de convenios y contratos con otras entidades públicas y privadas del sector salud. Ello requerirá de mejoras en los procesos administrativos, como ya fuera señalado.

Otro incentivo para la incorporación de los trabajadores independientes podría ser la inclusión de un plan potestativo convergente con el plan regular de EsSalud incorporando también las prestaciones

económicas allí consideradas. Ello posibilitaría a su vez, mejorar el pool de riesgo dentro de la institución, mejorar la solidaridad y hacer más sustentable la ecuación financiera.

Alternativamente, puede evaluarse la posibilidad de diseñar un plan potestativo complementario, que brinde cobertura de las prestaciones de alto costo o mayor complejidad, cuidando la ecuación prima-beneficios y que permita absorber los casos de beneficiarios que se afilian exclusivamente para resolver intervenciones complejas, que una vez resuelta la problemática puntual dejan de aportar al seguro.

► Recuadro 1. Fortalecimiento de la atención primaria en Brasil

Una experiencia destacada vinculada al fortalecimiento de la atención primaria ha sido el caso del Sistema Único de Salud (SUS) del Brasil. Allí uno de los instrumentos empleados para avanzar hacia la cobertura universal fue el Programa de Salud de la Familia, creado con el fin de reorientar la práctica médica hacia la atención primaria de la salud mediante la creación de Equipos de Salud de la Familia (ESF) que prestan atención tanto en unidades de salud como en hogares. Este programa buscaba promover cambios en el modelo asistencial centrado en el hospital, consolidado en el período previo a la creación del SUS (1964-1985).

Considerando la organización federal del país, resulta relevante señalar que en 1998, un incentivo financiero per cápita transferido directamente por el gobierno federal a las municipalidades impulsó la expansión del Programa. Este se ha desarrollado a lo largo de los años para abarcar una variedad de servicios, incluyendo el control prenatal, el cuidado y la prevención de enfermedades infecciosas y crónicas, la atención de salud mental y la promoción de la salud y el bienestar. También se ha expandido para incluir el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de violencia de género, el cuidado de la salud de la madre y el niño, así como la atención de salud para los grupos vulnerables y las personas con discapacidad (Fidelis de Almeida, 2015).

La continuidad en el tiempo de este tipo de políticas ha redundado en resultados sanitarios positivos para el país como la reducción de la mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna. Adicionalmente, ha constituido un eslabón relevante para la integración de diferentes componentes del sistema de protección social.

De manera adicional, tomando en consideración los problemas persistentes de la fuerza laboral en el sistema de salud brasileño vinculados con la escasez de profesionales y la mala distribución entre los niveles de atención de salud y áreas geográficas, en 2013 se instrumentó el Programa Mais Médicos (Ley 12.871 de 2013), que permitió incorporar más de 16.000 médicos (de Brasil y del exterior) para la atención primaria de la salud en 3.837 municipalidades del país. Mientras que en 2020 el programa “Médicos pelo Brasil” (Ley 13.958 de 2019) buscó fortalecer la prestación de servicios médicos en lugares remotos o vulnerables así como promover la formación de médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria (OECD, 2021).

Pero, tal vez la reforma más compleja e imprescindible para avanzar en las líneas de reforma antes señaladas sea la separación de funciones en EsSalud. Entre otras cuestiones, ello permitiría asegurar que se cumpla con el PEAS y, asimismo, que se pueda fortalecer atención primaria. La separación de funciones permitiría introducir incentivos orientados a racionalizar y mejorar la capacidad y gestión de la compra de servicios de salud por parte de las instituciones encargadas de administrar los recursos financieros. En este sentido, una experiencia relevante de ser mencionada es la implementación en México entre 2003 y 2019 del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que organizó la cobertura y el financiamiento a partir de la creación del Seguro Popular, un seguro de salud para la población sin aseguramiento. El SPSS fue instrumentado mediante una arquitectura financiera que procuró separar

el financiamiento de la prestación de servicios de salud (González Block; 2016), como se explica en el recuadro 2.

► Recuadro 2. Características de la separación de funciones en México

Durante la vigencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) la administración y operación del Seguro Popular quedaba a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). Su financiamiento provenía de aportaciones anuales que el Gobierno Federal realizaba equivalentes a un monto por persona afiliada. A su vez, los gobiernos de las entidades federativas efectuaban una Aportación Solidaria Estatal (ASE), también por persona afiliada (CONEVAL; s.f). Dichas fuentes debían converger en la prestación de salud de los afiliados de acuerdo con el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y el listado de enfermedades de alto costo del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) (González Block; 2016).

La regulación establecía explícitamente que los REPSS no prestaban directamente servicios de salud, sino que su función estaba dirigida a la compra de servicios a través de la suscripción de acuerdos de gestión y contratos, tanto con instituciones públicas, privadas o de la sociedad civil y a la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la red de prestadores de servicios de salud (González-Robledo et al; 2011). Como resultado de ello, la red de los Servicios Estatales de Salud (SESA), fueron las encargadas de garantizar la prestación de los servicios esenciales de salud establecidos en el CAUSES. A su vez, en el caso de que los SESA no pudieran ofrecer alguno de los servicios contemplados en el CAUSES, existía la posibilidad de comprar servicios de salud a otros prestadores de atención públicos o privados (González-Robledo et al; 2011)

5.2.3. Alternativa más ambiciosa: reformas en el sistema de salud

Esta alternativa contempla cambios estructurales que, en adición a las modificaciones señaladas en el párrafo previo, involucren decisiones que exceden a la propia EsSalud y demandan una redefinición de las responsabilidades de las diferentes instituciones que integran el sistema de salud del Perú. Son decisiones que debieran ser tomadas al más alto nivel del gobierno ya que, hasta donde ha podido comprobarse, no existe consenso entre las diferentes capas de decisión política sobre la mejor forma de organizar esta cobertura ni, mucho menos, como reformular la política pública de salud, en general.

Se trata de una dificultad que no es exclusiva del Perú, sino que ha sido el eje de importantes preocupaciones y reformas en muchos países, en especial de América Latina. Como consecuencia de la elevada informalidad laboral y la escasez de recursos fiscales, la introducción de seguridad social contributiva para la salud ha derivado en diferencias de cobertura que, durante las últimas décadas han motivado importantes reformas que buscaron, con diferente suerte, reducir esas brechas. Son muchos los países que intentaron mejorar la equidad de las políticas sanitarias. Como fuera mencionado anteriormente, un caso muy especial es el de Brasil, donde el modelo Beveridgiano fue establecido luego de la reforma constitucional de fines de los años ochenta, reemplazando el financiamiento contributivo por el de rentas generales con cobertura universal. Pero tal vez la reforma pionera en ese sentido fue la decisión de combinar recursos provenientes de la contribución sobre los salarios de los trabajadores formales con los de rentas generales para brindar cobertura universal y homogénea en Costa Rica. Posteriormente, han sido varios los países que han intentado un camino similar mediante modificaciones, básicamente, del financiamiento de sus sistemas, aunque sin mostrar los avances de aquellos países. Se pueden citar las propuestas de Colombia, Ecuador, Bolivia y México. En cambio, Chile mantuvo un sistema que consolidó la fragmentación por nivel de ingreso, aunque enfrenta actualmente

un prolongado proceso de debate sobre una necesaria reforma, básicamente por motivos regulatorios. Pero el caso de reforma reciente más exitoso es el de Uruguay, donde la introducción de un seguro subsidiado para quienes no poseían cobertura contributiva ha logrado importantes logros en materia de cobertura universal y equitativa. Sin duda, dos elementos de esta reforma han sido cruciales y merecen ser destacados para la reflexión sobre el caso peruano. Se trata de una reforma con un incremento en el gasto público y separación de funciones (financiadoras y prestacionales) en el sistema de salud.

La experiencia regional también resulta de utilidad para comprender que las dificultades que se presentan para brindar cobertura de salud a los trabajadores independientes no pueden ser comprendidas sin mencionar las restricciones de la cobertura del sistema de salud en el Perú en su totalidad. La fragmentación original del sistema y la dinámica que han adoptado en los últimos años los diferentes segmentos del sistema, así como la creciente informalidad en el mercado de trabajo han determinado un agravamiento de los problemas preexistentes en materia de equidad y eficiencia de la política sanitaria.

Debe aclararse que esta alternativa no reemplaza las anteriores, sino que las incorpora. Los cambios propuestos en los dos párrafos previos son la base sobre las que deben sumarse reformas que aquí se proponen. Las mejoras en la gestión de EsSalud, el fortalecimiento de la atención primaria, la especial atención que merece la sostenibilidad de la institución a partir de las recomendaciones de los estudios actuariales periódicos, la modernización de la oferta de servicios con planes plurianuales de inversión son políticas que deben ser mantenidas y reforzadas cualquiera sea la modalidad en la que se avance en esta alternativa.

Del mismo modo, la demorada separación de funciones es una asignatura pendiente indispensable para mejorar la prestación de servicios por parte de EsSalud (seguramente también en el SIS) y, asimismo, para permitir la coordinación de políticas y el intercambio de prestaciones entre las instituciones. La articulación y definición de alcance entre EsSalud (régimen contributivo) y el SIS (régimen no contributivo) es fundamental para lograr una mayor eficiencia y eficacia de la cobertura hacia los trabajadores independientes, fomentando los incentivos a su participación. Adicionalmente, también sería deseable que exista coordinación entre las distintas entidades que participan en la seguridad social y la interrelación entre la política de seguridad social en salud con otras políticas sociales.

Atendiendo a la incorporación de los trabajadores independientes a la cobertura de salud debe recordarse que es un grupo sumamente heterogéneo y la política debe tomar nota de las diferencias. Siendo que es generalmente aceptado que la política pública de salud debe dar servicios en función de las necesidades de atención y financiarse en función de los ingresos de la población, la existencia de trabajadores independientes con ingresos suficientes para poder contribuir y, en muchos casos, superiores a los de relación de dependencia, resulta totalmente inequitativo que no contribuyan al financiamiento del sistema.

En consecuencia, con independencia de la institución que quede encargada de darles cobertura del seguro de salud, debe introducirse algún mecanismo para discriminar por necesidad y no por ingreso. Por supuesto, al tratarse de trabajadores que no están en relación de dependencia resulta más difícil establecer el nivel de aporte. No obstante, a partir de la información de la administración tributaria (SUNAT) podrían definirse escalas de aporte y, en caso de que esos aportes fuesen inferiores al nivel necesario para financiar una cápita promedio de salud, podría establecerse de manera explícita el subsidio público a cada trabajador independiente. Ello, con independencia de cuál sea la institución encargada de brindar la cobertura de salud (SIS o EsSalud). Si se optara por este camino, resulta indispensable aprovechar la experiencia del denominado monotributo, tanto en Argentina como en Uruguay. Esos casos ofrecen importantes enseñanzas sobre las virtudes a ser aprovechadas y los defectos que deben ser evitados llegado el caso de introducir este mecanismo tributario (Cetrángolo et al, 2018).

La posibilidad de unificar el plan potestativo con el plan regular de EsSalud mencionada en el párrafo anterior permite contemplar situaciones de transiciones entre el trabajo en relación de dependencia y el trabajo independiente a lo largo de la vida activa de un trabajador, combinando diferentes modalidades de empleo. Asimismo, la reforma puede contemplar la variabilidad de los ingresos de los trabajadores independientes mediante la consideración de aportes trimestrales o cuatrimestrales en función de la estacionalidad de ingresos de los trabajadores.

En concreto, los cambios mencionados son algunos de los requeridos para avanzar en una alternativa de reforma que consiste en lograr la cobertura de los diferentes grupos de trabajadores independientes mediante el aseguramiento, como parte de una reforma estructural que tienda paulatinamente a asegurar la cobertura de la totalidad de la población.

Teniendo en cuenta el punto de partida para esta reforma, deberá contemplarse un período de ajuste y adaptación hasta lograr una efectiva competencia entre los servicios. Ello deberá incluir modificaciones en alguna o ambas instituciones para modernizar varios aspectos de manera que puedan lograrse coberturas similares. De manera especial debieran permitir la incorporación de derechohabientes de tal manera de considerar las nuevas estructuras familiares; aclarar la aplicación de periodos de carencia y tiempos de espera que hoy presentan cierta confusión y suelen ser disfuncionales con el tipo de movilidad laboral que existe en el país; asegurar la portabilidad de los beneficios, y, por supuesto, una paulatina convergencia respecto a los beneficios y el pago entre los planes que ofrecen el SIS y EsSalud para los trabajadores independientes.

Debe señalarse aquí que este tipo de reforma puede ser pensada de diversas maneras en relación con el papel de EsSalud y el SIS. En teoría se pueden pensar en cuatro formas de lograr la cobertura de los trabajadores independientes de manera equitativa y coordinada:

- i. Coordinación de cobertura con separación de la población en cada una de las instituciones: Se trata de volver a la idea original de concentrar en el SIS a los trabajadores independientes sin capacidad contributiva (financiado con subsidio presupuestario estableciendo un umbral de ingresos para acceder al SIS) y hacer que EsSalud sea la institución encargada de brindar cobertura a los trabajadores y sus familias que puedan hacer aportes para financiar la cobertura.
- ii. Coordinación de cobertura con competencia entre instituciones: En este caso cada trabajador independiente podría elegir en que institución requiere cobertura de salud. Si bien todas las alternativas demandan previamente avanzar en la separación de funciones, en este caso resulta esencial para que cada trabajador pueda elegir entre posibilidades de cobertura completa con cápitales homogéneas o, en todo caso, ajustadas por riesgo. Adicionalmente, es necesario que los subsidios para atender la cobertura de los trabajadores sin recursos se dirijan a la institución elegida por cada trabajador. Se trataría de una especie restringida de subsidio a la demanda regulada.
- iii. Coordinación de cobertura con organización conjunta definida por un organismo superior: Este caso avanza sobre los anteriores al crear una institución que asigne cobertura y financiamiento, y regule la totalidad del sector. Dependiendo de la manera en que logre implementarse esta alternativa puede involucrar la desaparición del SIS y EsSalud, pero no necesariamente.
- iv. Eliminación de una institución para que esté a cargo exclusivamente de un único organismo. Aun cuando parezca difícil de instrumentar hoy, no debe dejar de considerarse una opción extrema donde la coordinación entre instituciones deje de ser necesaria por la desaparición de una de las dos. Se introduce esta alternativa como teóricamente factible, pero su eventual implementación requeriría de reformas institucionales más complejas.

5.3. Reflexión final

Se han presentado diferentes alternativas para encarar procesos de reforma en EsSalud y el sistema de salud del Perú para mejorar la cobertura de salud de los trabajadores independientes. Resulta conveniente resaltar tres aspectos complejos pero imprescindibles que debieran ser considerados sea cual fuere el sendero de cambios elegido. En primer lugar, sea cual fuere el camino que se decida implementar, resulta esencial promover las ventajas de la seguridad social en salud, en especial teniendo en cuenta el escaso conocimiento por parte de los trabajadores independientes. En segundo lugar, la existencia de seguros públicos alternativos para esta población con coberturas y costos diferentes resulta en una competencia que podría calificarse como desleal y atenta contra la prevención y la sostenibilidad del sistema. Por último, y relacionado con esto último, las presiones políticas para incorporar prestaciones nuevas a la cobertura brindada sin un adecuado análisis técnico y de factibilidad financiera, podrá atentar contra la consolidación de un sistema equitativo y eficiente.

► Referencias bibliográficas

- Azuara, Oliver, Luis Carmona, Mauricio Mondragón, and Fermín Vivanco.** 2023. "Mejorar las vidas de los trabajadores independientes: el camino hacia su aseguramiento efectivo." BID Publicaciones, July. <https://doi.org/10.18235/0005030>.
- Cetrángolo, O. y A. Goldschmit.** 2013. "La descentralización y el financiamiento de políticas sociales eficaces: impactos, desafíos y reformas. El caso de la Argentina" Serie Macroeconomía del Desarrollo 144, CEPAL, Santiago de Chile.
- Cetrángolo, O., J. C. Gómez Sabaini, A. Goldschmit y D. Morán.** 2018. "Regímenes Tributarios Simplificados", en Salazar-Xirinachs, J. y Chacaltana, J. Políticas de Formalización en América Latina: Avances y Desafíos. Capítulo 4. OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, FORLAC, Lima, 2018. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_645159.pdf
- Collison.** 2014. "Baby boomer workers are revolutionizing retirement. Are they and their employers ready?" 15th Annual Transamerica Retirement Survey, Transamerica Center for Retirement, New York.
- CONEVAL (s.f).** "Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI". https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf
- CEPAL (Comisión Económica para América latina y el Caribe).** 2006. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad, Santiago de Chile.
- Fidelis de Almeida, P.** 2015. Atención primaria de salud en un sistema universal: El caso de Brasil. En Atención primaria de salud en Suramérica. ISAGS-UNASUR.
- González-Block, Miguel Ángel, Figueroa, Alejandro, García-Téllez, Ignacio, & Alarcón, José.** 2016. Asignación financiera en el Sistema de Protección Social en Salud de México: retos para la compra estratégica. Salud Pública de México, 58(5), 522-532. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8242>
- González-Robledo, Luz María, Nigenda, Gustavo, González-Robledo, María Cecilia, & Reich, Michael.** 2011. Separación de funciones en el Sistema de Protección Social en Salud, México 2009: avances y retos. Salud Pública de México, 53(Supl. 4), 416-424. Recuperado en 19 de junio de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000005&lng=es&tlng=es
- Heintz, J. and J. Ghosh.** 2024. "Good Intentions, Better Outcomes: Shifting the Debate About Social Protection and Informality." Workingpaper series 596. Political Economy Research Institute. <https://peri.umass.edu/component/k2/item/1795-good-intentions-better-outcomes-shifting-the-debate-about-social-protection-and-informality>.
- MTPE (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo).** 2023. "Informe anual del empleo en el Perú - ENAHO 2022." <https://www.gob.pe/institucion/mtpe/informes-publicaciones/4790054-informe-anual-del-empleo-en-el-peru-enaho-2022>.
- OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico).** 2021. OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021.

- OIT (Organización Internacional del Trabajo).** 2012. "Los Trabajadores Independientes y La Seguridad Social En El Perú." Programa para la extensión de la protección social en los países de la subregión andina, Bolivia, Ecuador y Perú. Lima.
- . 2018. "Resolución Sobre Las Estadísticas de Las Relaciones Del Trabajo." In , 27. Ginebra. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/meetingdocument/wcms_647367.pdf.
- . 2021. "Extending Social Security to Workers in the Informal Economy. Lessons from International Experience." Ginebra. <https://www.social-protection.org/gimi/Course.action?id=3>.
- . 2024. "Los trabajadores independientes y la protección social en salud en el Perú: caracterización, nivel de cobertura y el rol del seguro social de salud (EsSalud)". Lima
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal, Ginebra.
- Titelman, D., O. Cetrángolo, O. L. Acosta.** 2015. "Universal Health Coverage in Latin American Countries: How to Improve Solidarity-Based Schemes." The Lancet 385 (9975): 1359–63. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61780-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61780-3).



Organización
Internacional
del Trabajo

Organización Internacional del Trabajo
Calle Las Flores 275, San Isidro,
Lima - Perú
(511) 615 0300

 OITAndina
 OIT.Americas
 OIT_Americas
www.ilo.org/es/paisesandinos

