

***Participación del
Sector Privado en la
Seguridad Social en Salud -
En Busca de Nuevas Oportunidades***



SEPS

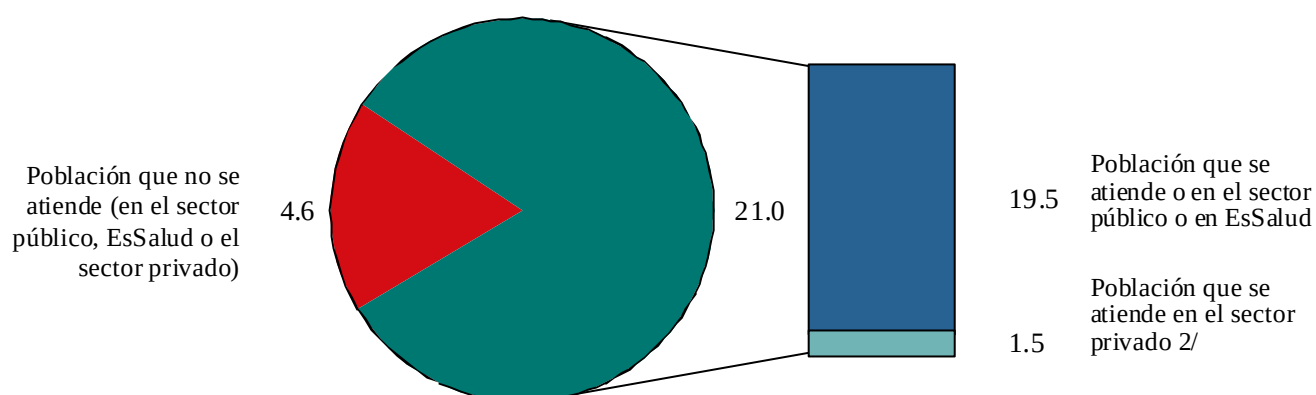
SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES
PRESTADORAS DE SALUD

El acceso al cuidado de la salud es uno de los aspectos fundamentales que contribuye al bienestar de los ciudadanos de una nación. En este sentido, el Estado adquiere una responsabilidad concreta: garantizar la existencia de mecanismos apropiados que faciliten el acceso de toda la población a servicios de salud. El presente documento buscará presentar la situación actual de este sector y perfilar alguna alternativa en el mismo.

Los recursos del país destinados al Sector Salud figuran entre los más bajos de la región. Este resultado repercute en el limitado acceso de la población a las atenciones médicas.

El Perú presenta limitaciones importantes para lograr un acceso universal a la salud. Por el lado de la demanda, 18% de la población no accede a ningún tipo de atención médica; es decir, no se atiende en el Ministerio de Salud, en EsSalud ni con prestadores privados (clínicas, centros médicos o médicos particulares) y sólo el 6% de la población puede acceder a servicios privados de salud de forma regular (ver gráfico 1).

GRAFICO 1
Población que accede a servicios médicos 1/
(en millones)



Notas:

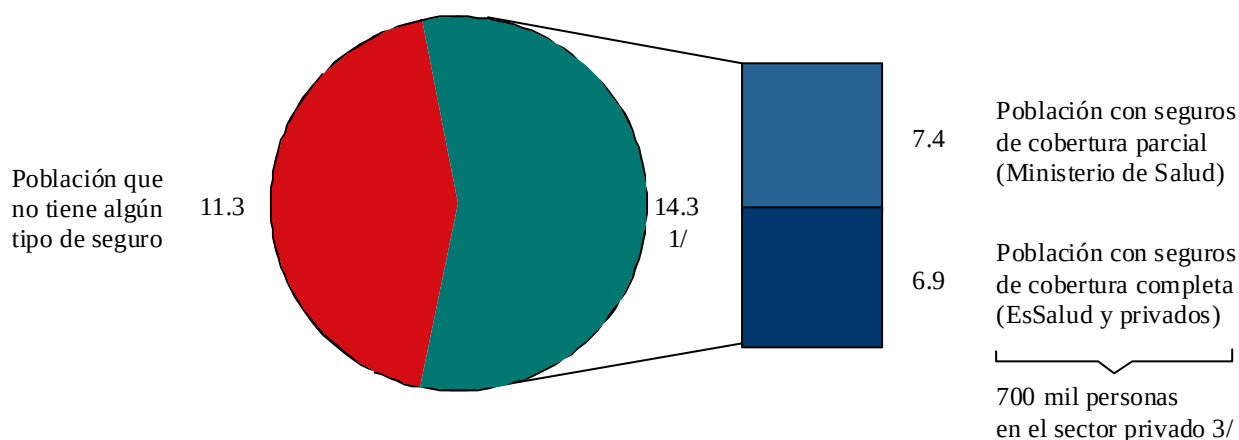
1/ Incluye a la población asegurada y no asegurada

2/ Este número resulta de incorporar a los asegurados que tienen acceso a prestaciones privadas (EPS, Cías de seguros, Pre-pagas, autoseguros) y de la estimación del número de personas que se atienden directamente en el sector privado sin estar cubiertas por algún tipo de seguro. Dicha estimación se construye a partir de los resultados de la encuesta realizada en este estudio.

Fuentes: Declaraciones del Ministro de Salud en Gestión Médica, 2001; Estadísticas de EsSalud 2000; Boletines de SEPS, varios números; Boletín de la SBS; Memoria Maison de Santé 2000, Declaraciones del Presidente de EsSalud en Gestión; Estimaciones que tomó resultados de la encuesta "Hábitos de uso de seguros y servicios de salud", realizada por Apoyo Opinión y Mercado, octubre 2001, Boletín del Ministerio de Trabajo; estudios anteriores de Apoyo Consultoría S.A.; entrevistas diversas.

Si se considera la proporción de la población que está asegurada, los resultados son menos satisfactorios: 56% de la población (14 millones de personas) cuenta con algún tipo de cobertura, ya sea seguro materno-infantil, seguro escolar, seguridad social o planes de salud privados. La mitad de esta población asegurada (7 millones de personas) tiene planes de salud completos (entre seguridad social y los seguros privados) y 10% de estos últimos (700 mil personas) tiene planes que le permite el acceso a la práctica médica privada de forma regular (ver gráfico 2).

GRAFICO 2
Población que está asegurada
(en millones)



Notas:

1/ Incorpora el seguro materno-infantil, escolar, seguridad social, seguros privados.

2/ Incorpora los asegurados de EsSalud, EPS, Cías de Seguros y autoseguros.

3/ Incorpora a los asegurados de las EPS, Cías de Seguros, autoseguros y pre-pagas.

Fuentes: Declaraciones del Ministro de Salud en Gestión Médica, 2001; Estadísticas de EsSalud 2000; Boletines de SEPS, varios números; Boletín de la SBS; Memoria Maison de Santé 2000, Declaraciones del Presidente de EsSalud en Gestión; Estimaciones que tomó resultados de la encuesta "Hábitos de uso de seguros y servicios de salud", realizada por Apoyo Opinión y Mercado, octubre 2001, Boletín del Ministerio de Trabajo; estudios anteriores de Apoyo Consultoría S.A.; entrevistas diversas.

De otro lado, en cuanto a la oferta, existe una brecha significativa entre los recursos que posee el Perú en este sector y los de otros países del continente (ver gráfico 3).

GRAFICO 3
Médicos por cada 10,000 habitantes
(1999)

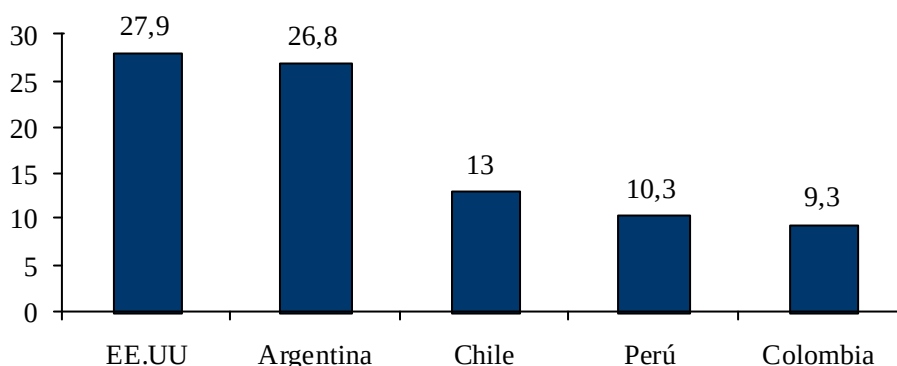
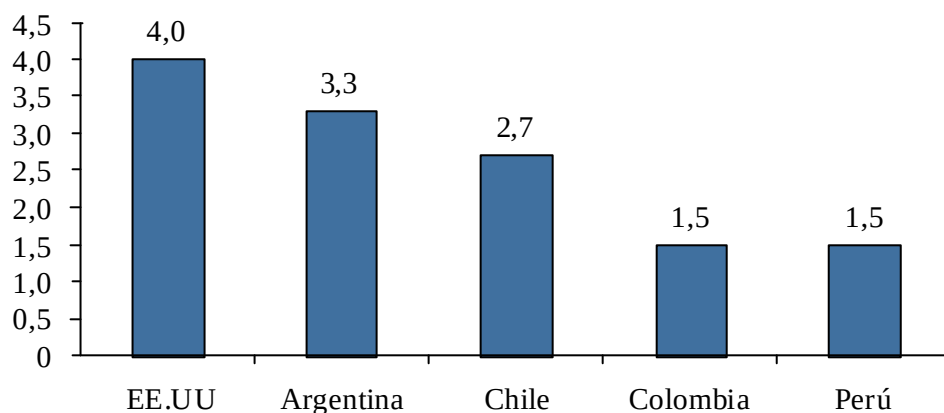


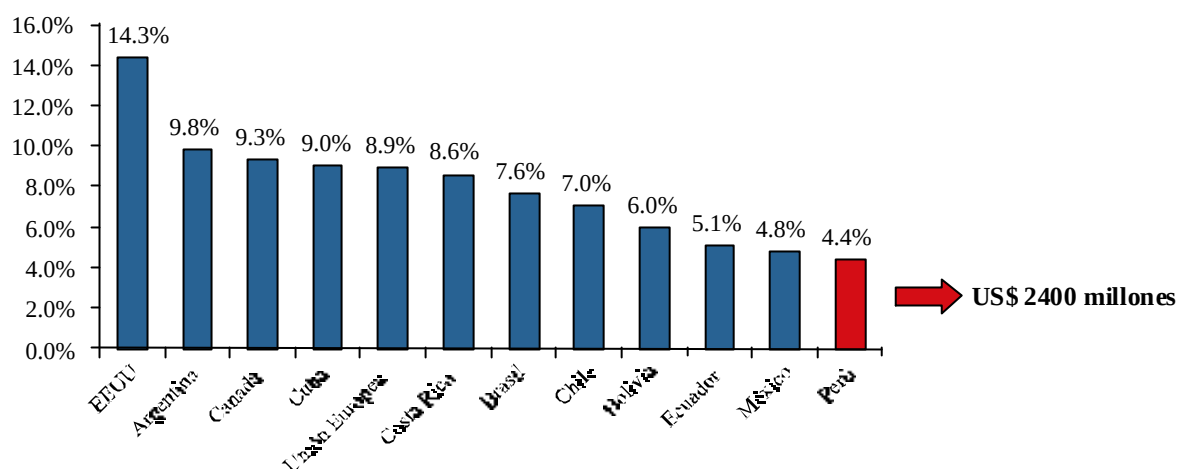
GRAFICO 3
Camas por cada 10,000 habitantes
(1996)



Fuente: Pan American Health Organization, Division of Health Systems and Services Development Human Resources Development Program. Division of Health Promotion and Protection Family Health and Population Program. Based on Country Information 2000.

Estos resultados serían una consecuencia del escaso nivel de recursos del país asignados al sector: el Perú destina menos recursos en salud que otros países de la región, tanto en relación con sus ingresos, como en términos per cápita (ver gráficos 4 y 5).

GRAFICO 4
Gasto Nacional en salud como porcentaje del PBI
(1998)

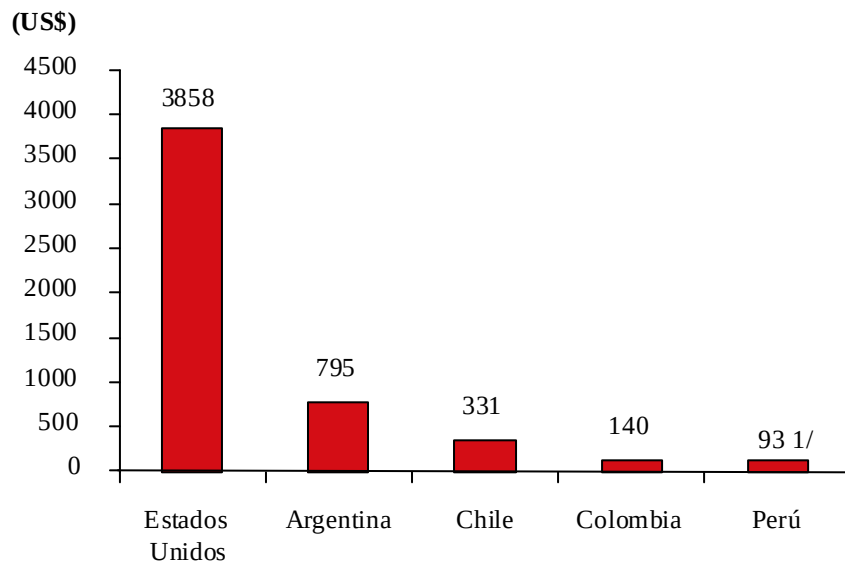


Nota:

Para el gasto del Estado se tomó en cuenta el presupuesto del Minsa, FFAA, Policía y Mipre del año 2000. Para la participación de empresas se consideraron los aportes a EsSalud por seguros regulares y de una fracción de los seguros privados (EPS, autoseguros y compañías de seguros). La cifra de la cooperación extranjera asumió la tasa promedio anual a la que creció entre 1995 y 1998, datos tomados de la OPS. Se consideró el PBI, según la nueva base, US\$ 54,000 millones.

Fuentes: Presupuesto del Estado 2000 (Ministerio de Salud, FFAA, Policía Nacional, Ministerio de la Presidencia), Estadísticas de EsSalud 2000, Organización Panamericana de la Salud.

GRAFICO 5
Gasto Nacional en salud per capita



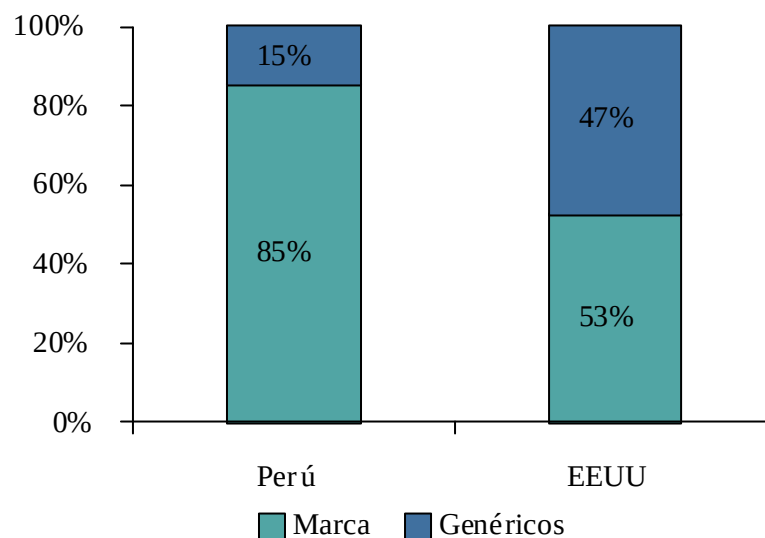
Nota:

1/ Se calculó a partir de un gasto en salud estimado de US\$ 2400 millones y el PBI del 2000, según la nueva base, US\$ 54000 millones.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 1998.

Además, existen algunas oportunidades que mejorarían el uso de estos recursos y que aún no han sido aprovechadas. Por ejemplo, el costo de las medicinas, el cual representa una fracción significativa del gasto en salud, podría reducirse a través del uso de genéricos, principio activo de los medicamentos de marca. En países como Estados Unidos, por ejemplo, se consume una mayor proporción de este tipo de medicamentos que en el Perú (ver gráfico 6).

GRAFICO 6
Estructura del Mercado de Medicamentos



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2000.

Los bajos niveles de ingresos de una fracción significativa de las familias del Perú, sumados a los limitados recursos de los que dispone el Estado, hacen que la solución del problema de acceso de la población a los servicios de salud resulte compleja.

Más allá del ámbito de la salud, existen problemas nacionales que repercuten en el desarrollo del sector. En el país existe una alta proporción de hogares con niveles de ingresos bajos y sólo una reducida fracción con ingresos familiares mayores a US\$500 al mes (ver gráfico 7).

GRAFICO 7
Número de hogares e ingresos por NSE
(Perú - 1999)

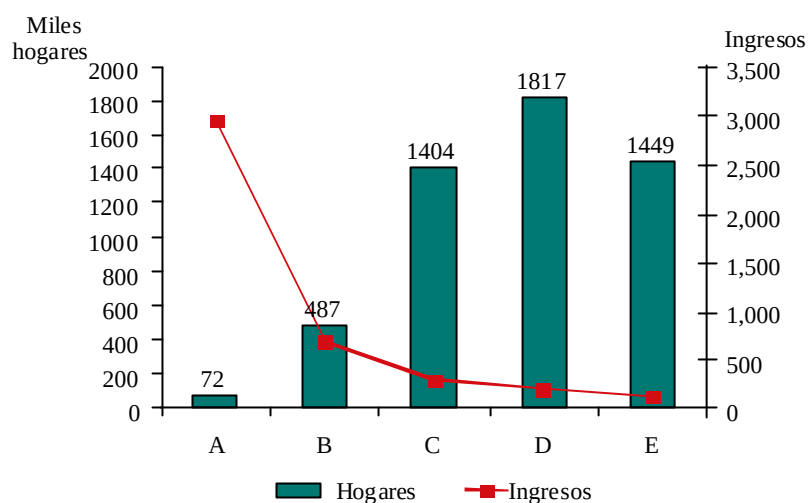
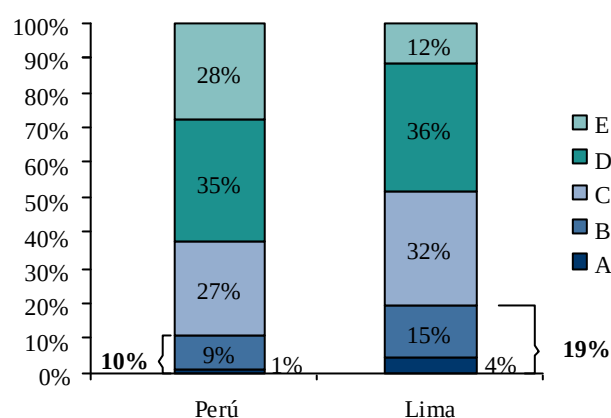


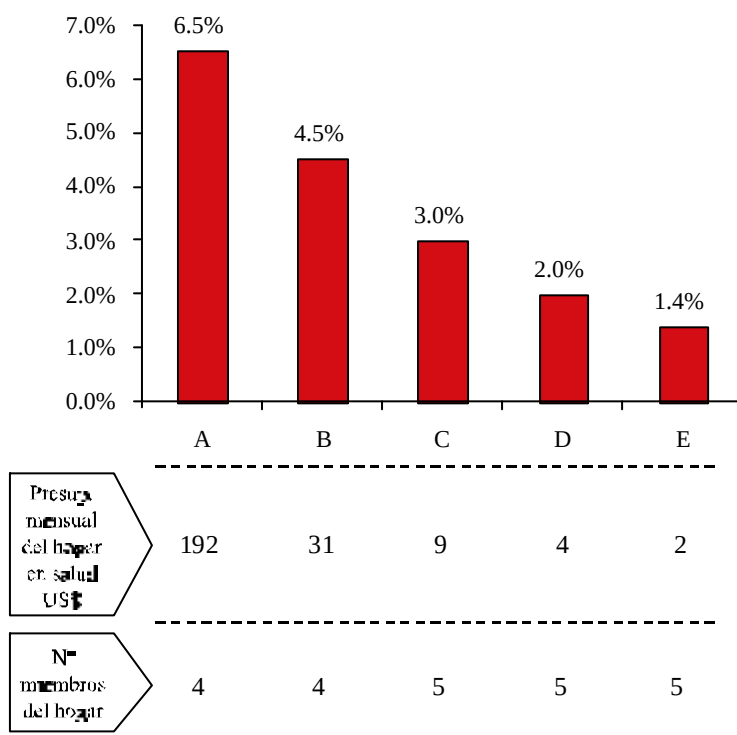
GRAFICO 7
Distribución de hogares según NSE
(1999)



Fuente: Encuesta de Niveles Socio Económicos Perú, 1999 y Lima, 2001, Apoyo Opinión y Mercado.

De otro lado, conforme la familia es de un menor nivel socioeconómico, además, destina una menor proporción de sus ingresos a gastos en salud (ver gráfico 8).

GRAFICO 8
Proporción del ingreso destinado al gasto en salud del hogar por NSE (Promedio)

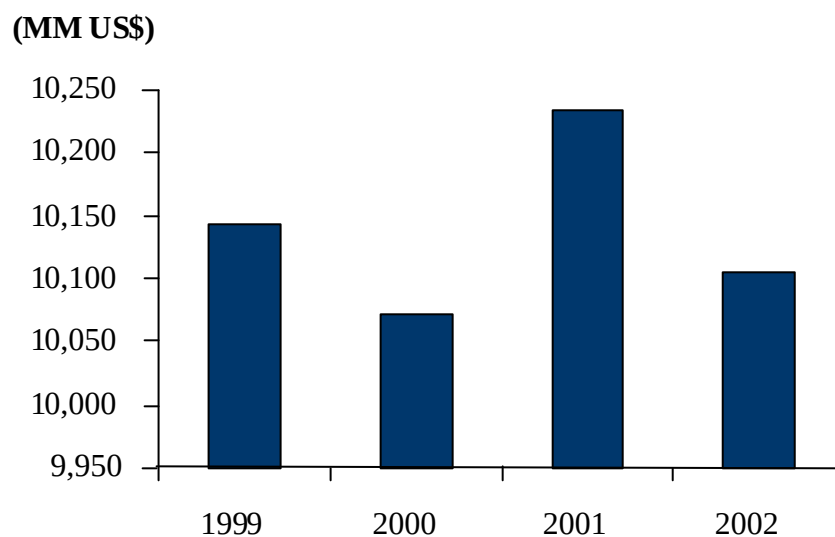


Fuente: Encuesta de Niveles Socio Económicos Perú, 1999 y Lima, 2001, Apoyo Opinión y Mercado, Canasta de consumo, Apoyo Consultoría, 2001, Encuesta de Niveles de Vida, Cuánto, 2001.

Ante este contexto surgen algunas interrogantes, ¿Cuáles son las medidas que permitirían superar los problemas que enfrenta el Perú en materia de salud?, ¿Existen oportunidades para mejorar el uso de los recursos actuales dirigidos a este sector?, ¿A través de qué fuente se incrementaría el flujo de recursos hacia el sector salud?, ¿El Estado tiene los recursos suficientes para incrementar el gasto en salud que le permita cumplir con los objetivos trazados por el gobierno y alcanzar la universalización del acceso al servicio de salud?

Resulta difícil pensar que el Estado solo pueda absorber esta responsabilidad debido a sus limitados recursos y a la necesidad de mantener un equilibrio fiscal y monetario sostenido. El presupuesto nacional en el año 2002 asciende a cerca de US\$10,000 millones, cifra que se ubica en niveles similares al de los presupuestos de años anteriores (ver gráfico 9).

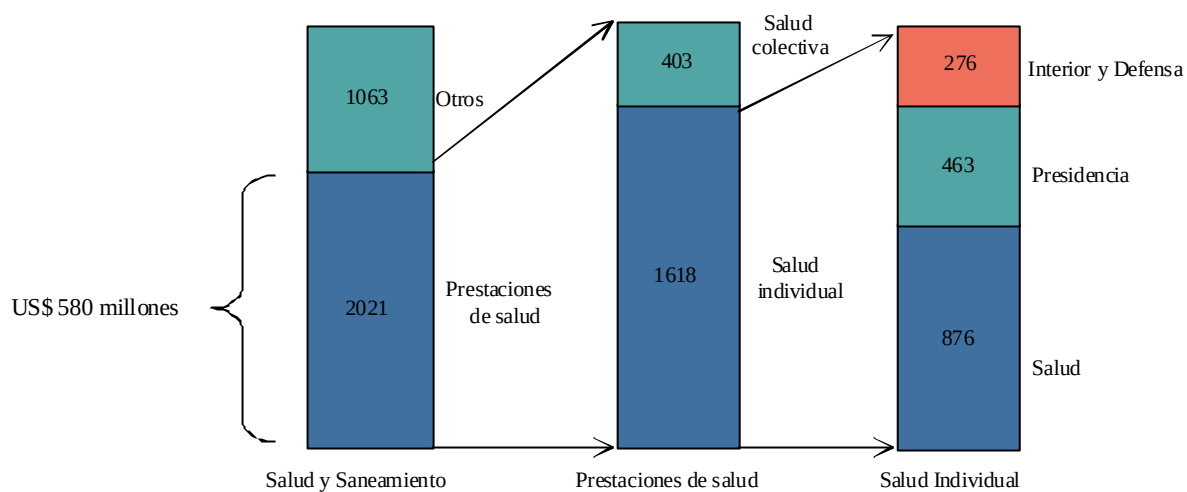
GRAFICO 9 Presupuesto del Estado



Fuente: Perú en Números, Cuánto, 1999, 2000, 2001.

De otro lado, en el año 2000, el 6% del presupuesto del Estado correspondió al sector salud, suma que ascendió a aproximadamente 600 millones de dólares (ver gráfico 10).

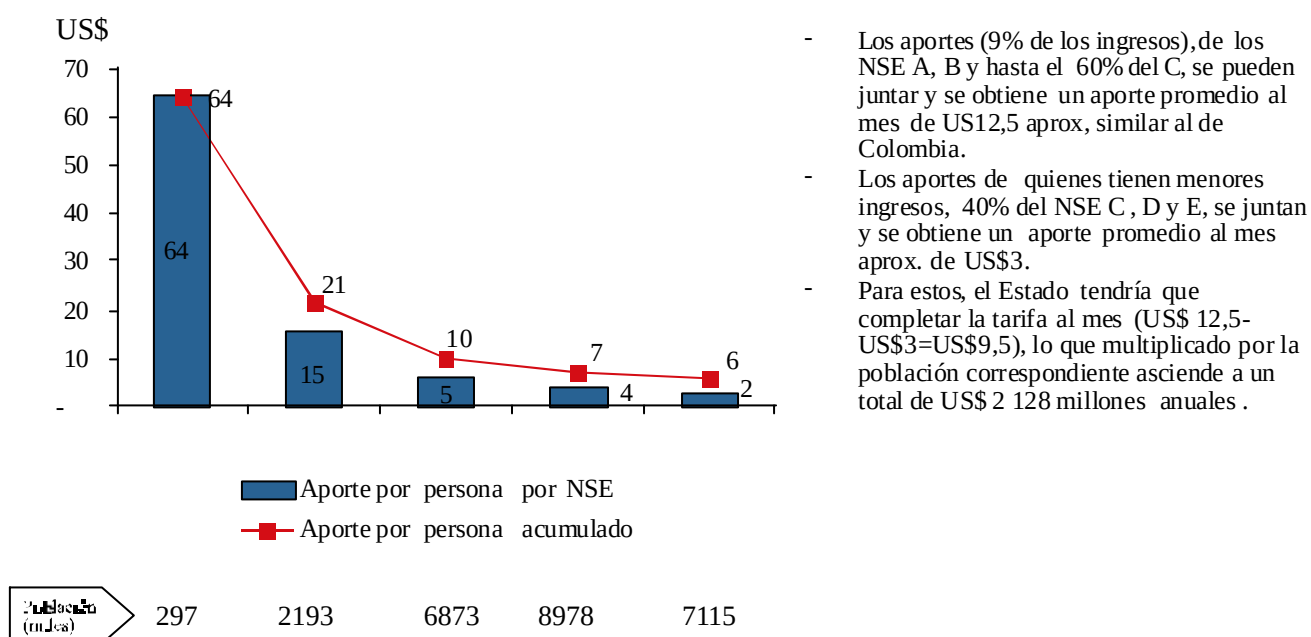
GRAFICO 10 Gasto del Estado en Salud por Ministerios 2000 (en miles de soles)



Fuente: Transparencia Económica MEF, 2001.

Dada la realidad económica de las familias peruanas, para alcanzar la universalidad al acceso de salud, el Estado requeriría de una suma por encima de la mencionada. Por ejemplo, si se implementara el modelo colombiano -un modelo de seguro obligatorio para toda la población que tiene un costo base al mes de US\$12,5 por persona, para el cual los empleadores y empleados, de manera compartida, aportan una proporción de los sueldos brutos a un fondo único y el Estado aporta el monto necesario para completar los aportes de los sectores de menores recursos- se estima que el Estado peruano tendría que aportar alrededor de US\$2,000 millones de dólares al año, cifra equivalente al 20% de su presupuesto actual. Es decir, se requeriría más que triplicar sus niveles actuales de gasto en el sector salud. ¿Es esto viable? ¿En qué forma se sustituirían las partidas presupuestales? ¿Se podría lograr un incremento en la cooperación internacional para este fin que permita alcanzar niveles que sean sostenibles en el tiempo? (ver gráfico 11).

GRAFICO 11
Aporte estimado al mes por persona

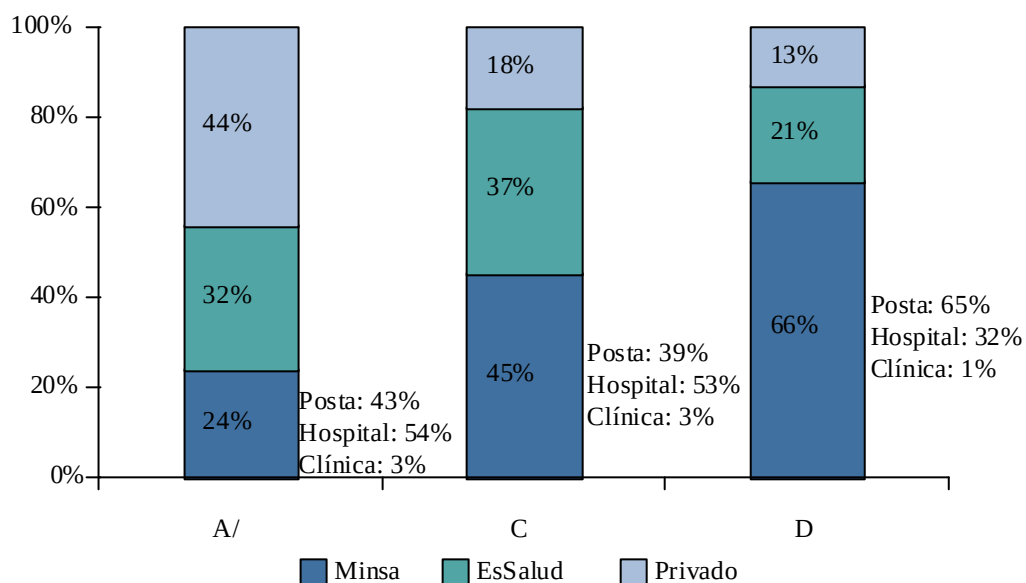


Nota:
Población actualizada al 2001

Fuentes: Encuesta de Niveles Socio Económicos, Apoyo Opinión y Mercado, 1999. Análisis del Sector Salud, Apoyo Consultoría, 2001. Factores que determinan el mercado de las EPS, Apoyo Consultoría, 2001.

Previo a elaborar una respuesta para estas interrogantes, el Estado enfrenta el reto de incrementar la eficiencia en el uso de sus actuales recursos. Por ejemplo, debe poder identificar al segmento de la población que busca favorecer –específicamente, aquellos que no pueden acceder a servicios de salud. Esto último resulta especialmente relevante dado que uno de los hallazgos de una encuesta reciente aplicada a personas mayores a 18 años que se encuentran actualmente trabajando, se encontró que existe una fracción de la población que utiliza los servicios de salud subsidiados por el Estado, que no corresponde a su segmento objetivo (ver gráfico 12).

GRAFICO 12
Centro de Salud en el que se atendió

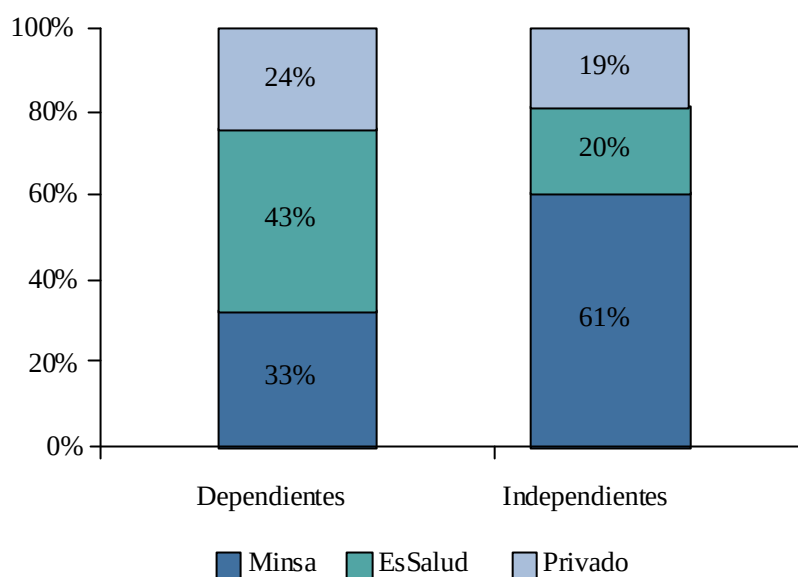


Nota:

Base de la muestra: responsables del hogar mayores de 18 años que están en actividad.

Fuente: "Hábitos de uso de seguros y servicios de salud", encuesta realizada por Apoyo Opinión y Mercado, octubre 2001.

GRAFICO 12
Centro de Salud en el que se atendió



Nota:

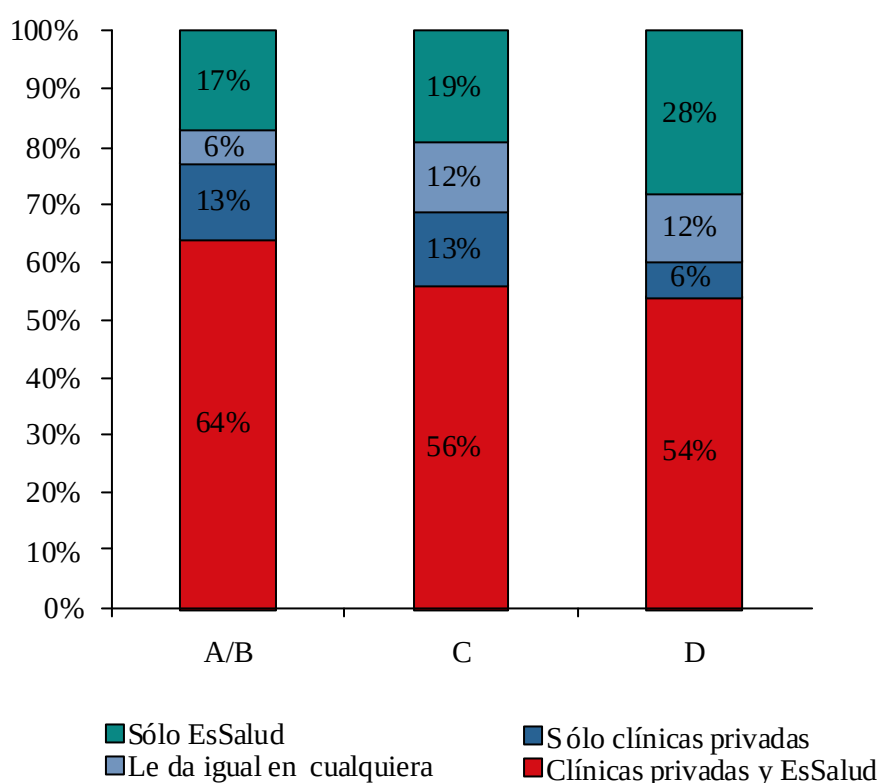
Base de la muestra: responsables del hogar mayores de 18 años que están en actividad.

Fuente: "Hábitos de uso de seguros y servicios de salud", encuesta realizada por Apoyo Opinión y Mercado, octubre 2001.

Resulta claro que el Estado no puede solucionar, solo, los problemas que existen en este sector. Por tanto, se requiere de un esfuerzo conjunto en el que participen todos los actores del mismo para optimizar los recursos destinados a la salud en busca de satisfacer las necesidades y preferencias de la población. La siguiente pregunta que se debería contestar es cuáles son estas preferencias cuya satisfacción contribuiría a mejorar el bienestar del ciudadano.

En este sentido, en un segmento de la población -el de trabajadores dependientes que únicamente están afiliados a EsSalud- se puede observar en todos los niveles socioeconómicos que una alta proporción (60%) prefiere contar con un seguro con cobertura que resulte complementaria entre EsSalud y el sector privado (ver gráfico 13).

GRAFICO 13
Preferencia por seguros de los afiliados
que sólo están en EsSalud



Nota:

1/ Base de la muestra: responsables del hogar mayores de 18 años que sólo están afiliados a EsSalud.

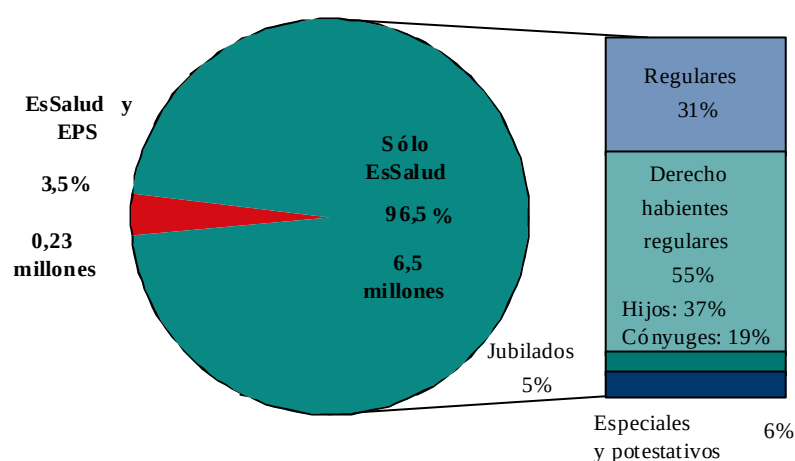
Fuente: "Hábitos de uso de seguros y servicios de salud", encuesta realizada por Apoyo Opinión y Mercado, octubre 2001.

Dada la realidad del país y bajo las condiciones normadas en la Ley de Reforma del Régimen de la Seguridad Social (26790), el sistema de EPS ya habría afiliado a la población que puede acceder a los planes de salud con las características ofrecidas, permitiéndole contar con servicios complementarios de salud.

La reforma de salud iniciada en 1997 intentó un primer acercamiento a la complementariedad en las prestaciones médicas bajo el Régimen de la Seguridad Social. La Ley 26790 creó a las Entidades Prestadoras de Salud para que brinden cobertura a las enfermedades de menor complejidad (capa simple) y ofrezcan tratamientos preventivos. Por estos servicios, las EPS accederían al 25% de los aportes que las empresas otorgan a EsSalud (9% de la planilla), y éste mantendría el 75% restante, con lo cual cubriría los diagnósticos incluidos en la capa compleja. Esta medida pretendía descongestionar a EsSalud de las atenciones más frecuentes y menos complejas. De esta manera podría especializarse en otorgar tratamientos de alta complejidad para todos los asegurados bajo el Régimen de Seguridad Social y atender a una mayor fracción de la demanda para todos los diagnósticos de los asegurados que permanecieran en EsSalud y mejorar su acceso a servicios médicos. Esto sigue siendo válido si se considera que, actualmente, sólo el 52% de los asegurados a EsSalud utiliza sus servicios.

De otro lado, tras tres años de operaciones, las EPS han logrado afiliar a casi 4% de la población empleada dependiente (ver gráfico 14), resultado que se encuentra por debajo del alcanzado por el sector privado en diferentes modelos de seguridad social, como el colombiano, el chileno y el estadounidense (ver gráfico 15), producto de las condiciones y normas diseñadas para una primera etapa del sistema.

GRAFICO 14
Asegurados bajo el Régimen de Seguridad Social
(2000)



Fuente: Estadísticas EsSalud 2000, Boletines Trimestrales 2001 SEPS, varios números.

GRAFICO 15
Población Chilena en ISAPRES

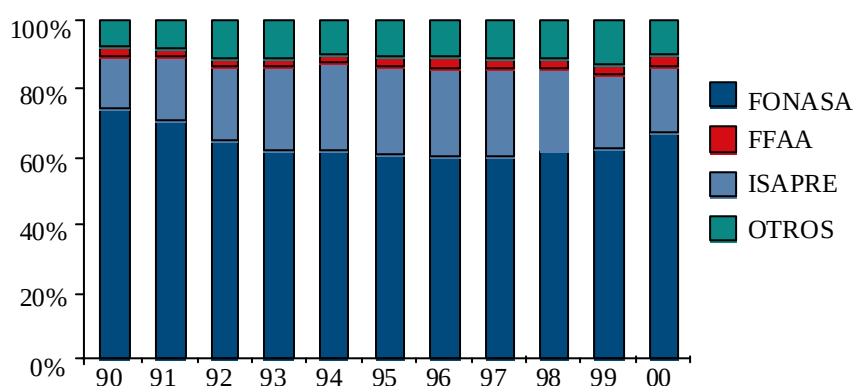


GRAFICO 15
Población Colombiana en EPS privadas

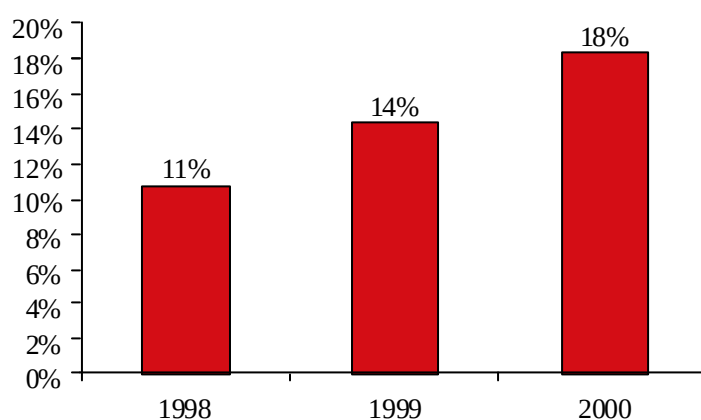
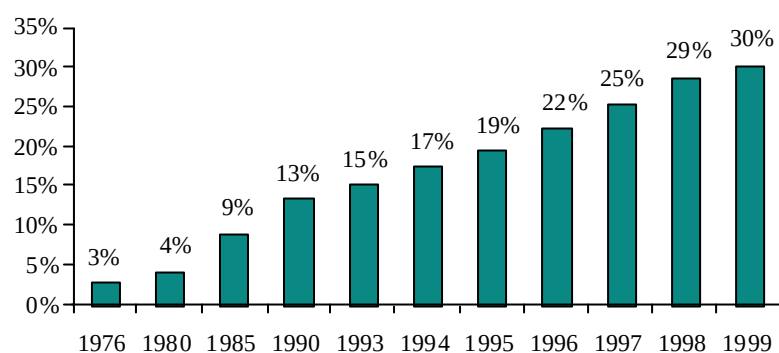


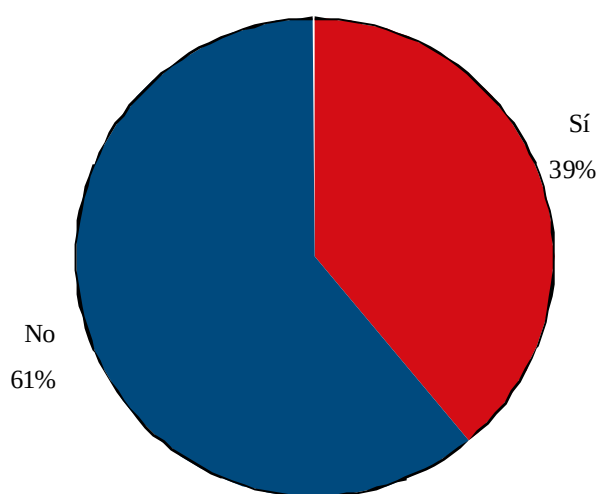
GRAFICO 15
Población Estadounidense en el HMO



Fuente: Superintendencia de Isapres, www.saludcolombia.com, Office of Health Maintenance Organizations.

Bajo el marco legal vigente, las EPS han realizado importantes esfuerzos para lograr un favorable impacto en el sector. En primer lugar, han permitido un mejor uso de los recursos de los empleadores y de los empleados que realizaban un doble aporte por concepto de salud, tanto a EsSalud como a una compañía de seguros privado. En este segmento, las EPS colocaron planes completos de salud, que resultaban competitivos con los ofrecidos por las compañías de seguros o los mismos programas de autoseguros de las empresas. Este segmento subsidió a trabajadores de sus centros laborales permitiéndoles el acceso a servicios médicos privados, lo que constituyó un segundo impacto favorable del sistema, además de continuar subsidiando al resto de trabajadores dependientes que permanecieron afiliados exclusivamente a EsSalud (ver gráfico 16).

GRAFICO 16
¿Tenía Usted un seguro privado anteriormente?



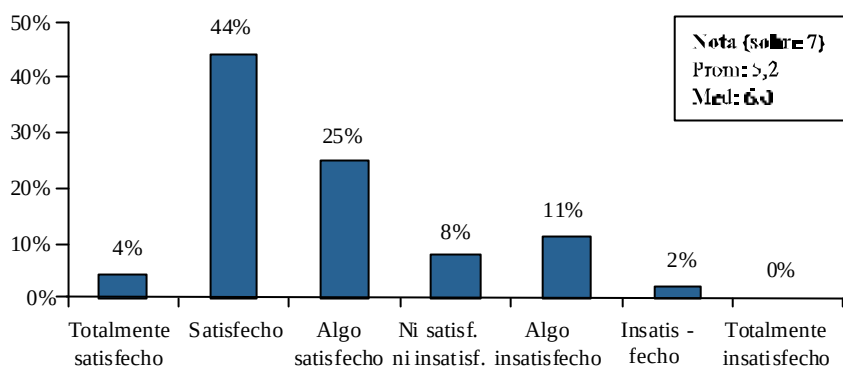
Nota:

1/ Base de la muestra: responsables del hogar mayores de 18 años afiliados a EPS que actualmente están en actividad.

Fuente: "Hábitos de uso de seguros y servicios de salud", encuesta realizada por Apoyo Opinión y Mercado, octubre 2001.

Adicionalmente, el mayor nivel de satisfacción de los asegurados en las EPS en comparación a aquellos que se atienden en EsSalud, así como el inicio de una cultura preventiva de enfermedades, constituyen aportes significativos en el sector (ver gráficos 17 y 18).

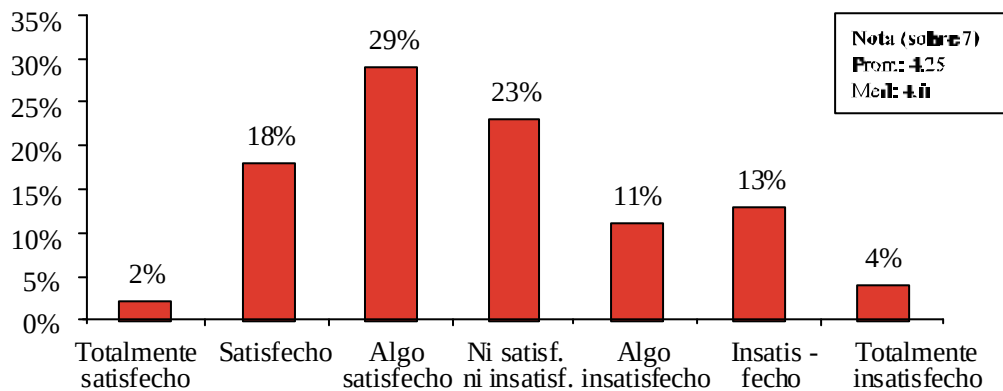
GRAFICO 17
Nivel de satisfacción con las EPS 1/



Nota:

1/ Base de la muestra: responsables del hogar mayores de 18 años afiliados a EPS que actualmente están en actividad.

GRAFICO 17
Nivel de satisfacción con EsSalud 2/

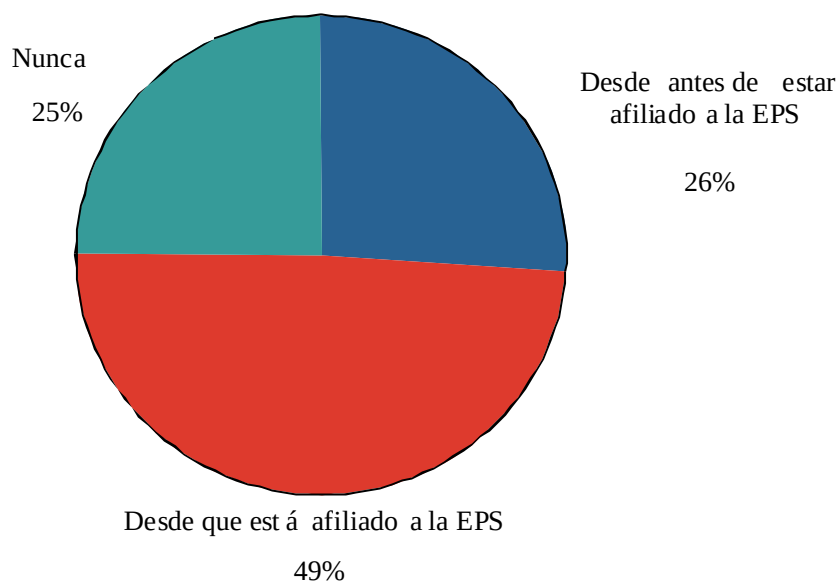


Nota:

2/. Base de la muestra: responsables del hogar mayores de 18 años que sólo están afiliados a EsSalud.

Fuente: "Hábitos de uso de seguros y servicios de salud", encuesta realizada por Apoyo Opinión y Mercado, octubre 2001.

GRAFICO 18
¿Desde cuándo utiliza medicina preventiva?



Nota:

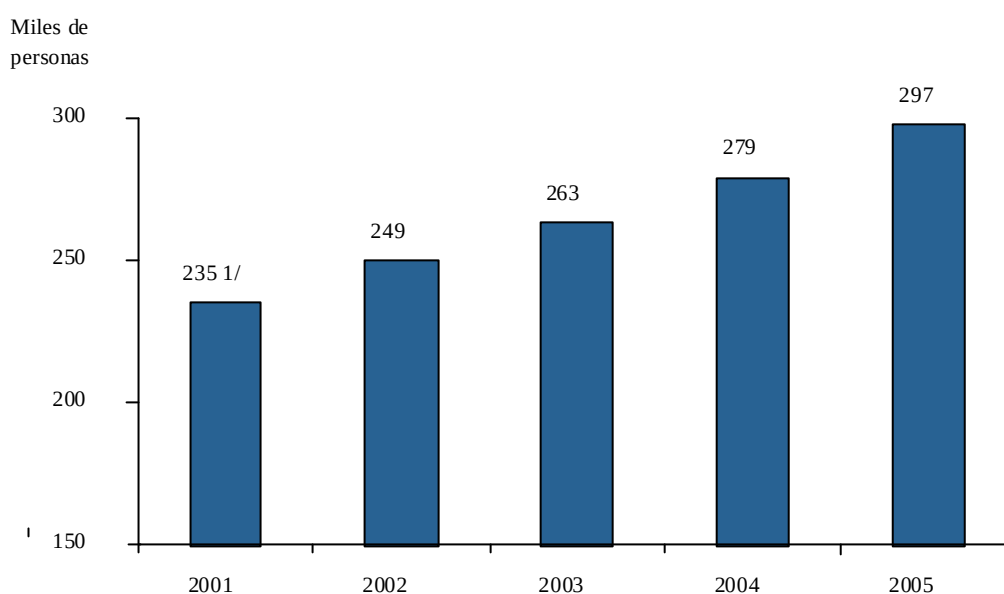
1/ Base de la muestra: responsables del hogar mayores de 18 años afiliados a EPS que actualmente están en actividad.

Fuente: "Hábitos de uso de seguros y servicios de salud", encuesta realizada por Apoyo Opinión y Mercado, octubre 2001.

Sin embargo, la búsqueda de nuevos segmentos de mercado para colocar la llamada capa simple en forma exclusiva no ha resultado exitosa. El diseño del producto comprende un listado de algunos diagnósticos que, de complicarse, pasarían al ámbito de la capa compleja y, por tanto, al de EsSalud.

Bajo las condiciones actuales, las EPS han logrado afiliar prácticamente a toda la población que podía acceder, económicamente hablando, al producto ofrecido por ellas. De no registrarse cambios significativos en el sistema actual, el número de asegurados en planes con cobertura en el sector privado sólo se incrementaría de acuerdo a las tasas de crecimiento del ingreso de la población (PBI) y de la PEA (ver gráfico 19).

GRAFICO 19
Proyección del número de asegurados
regulares en el sistema EPS



Nota:

1/ Se ha proyectado sobre la base de los asegurados regulares promedio de los últimos 6 meses.

Fuente: Modelo para la estimación del mercado potencial, Apoyo Consultoría, 2001; Boletines SEPS, varios números.

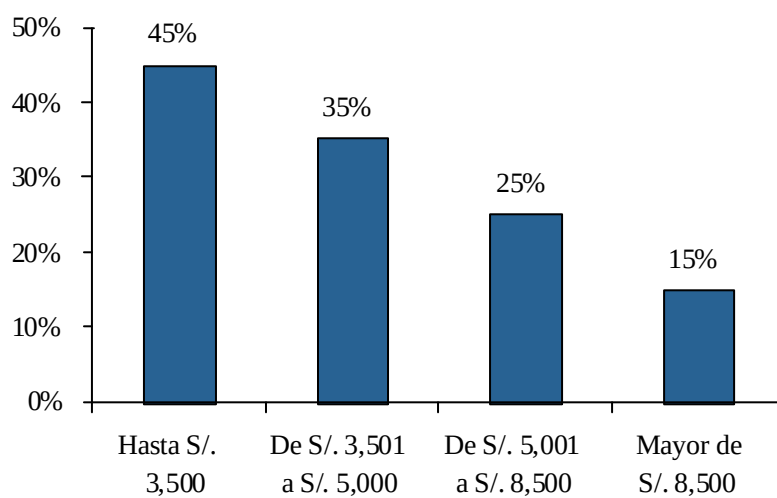
Para lograr impactos significativos en la participación del Sector Privado en la Seguridad Social es necesario introducir ajustes al marco normativo vigente.

En vista de los resultados observados, se hace necesario una revisión del marco normativo vigente de la seguridad social, conforme lo estipula la ley actual. En éste se indica que cada dos años se deben evaluar la composición de la capa simple y el monto del crédito sobre los aportes de EsSalud.

En este sentido, la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) ha estudiado varias opciones con el fin de mejorar el acceso a las atenciones privadas de salud. Sus propuestas finales se orientan en dos sentidos: mejorar la aplicación del listado de capa simple en los servicios de salud del sistema de EPS y establecer un esquema de crédito contra las aportaciones a EsSalud que sea acorde con la capa simple modificada. Lo anterior supondría:

1. Contar con una capa simple ampliada que consta de un plan de salud constituido por 819 diagnósticos, según el CIE-10, (368 diagnósticos adicionales a los comprendidos en la capa simple actual). En la selección de estos se buscó la especificidad y la integralidad del servicio en cada patología. En este sentido, durante el año 2000 y los primeros meses del 2001, la SEPS llevó a cabo estudios técnicos sobre la composición de la misma, a fin de reformular su contenido, buscando evitar referencias frecuentes entre las EPS y EsSalud. Por ello, se agruparon las enfermedades que con mayor frecuencia se atienden en el sistema EPS, dándole a la Capa Simple una integralidad que la hiciera susceptible de ser adquirida en forma independiente de la Capa Compleja.
2. De otro lado, la SEPS está proponiendo un crédito escalonado de acuerdo a rangos de ingresos (entre 15% y 45% del aporte). Actualmente éste es del 25%. (ver gráfico 20). En este sentido, el crédito escalonado propuesto por SEPS permitiría que los trabajadores de menores ingresos cuenten con un mayor crédito contra las aportaciones a EsSalud con el fin de financiar su Plan de Salud y que, cuanto mayores sean los ingresos del trabajador, menor será el crédito a deducirse.

GRAFICO 20
Crédito escalonado propuesto



Fuente: Documento sobre exposición de motivos, SEPS, 2001.

La introducción de la capa simple ampliada sumada a un mayor crédito contra los aportes a EsSalud, incrementaría el acceso de una mayor fracción de la población a prestaciones de salud a través de las EPS. La implementación de este escenario constituiría un cambio moderado al Régimen de Seguridad Social.

De otro lado, en un estudio elaborado para la SEPS por Apoyo Consultoría, se estimó la población dependiente -trabajadores bajo esta modalidad y sus derecho habientes- que podría acceder a planes de seguros ofrecidos por las EPS, bajo distintos escenarios. Algunos de ellos consideran modelos alternativos al actual régimen de seguridad social que funcionan en otros países y otros recogen las propuestas que viene realizando la SEPS ya señaladas anteriormente.

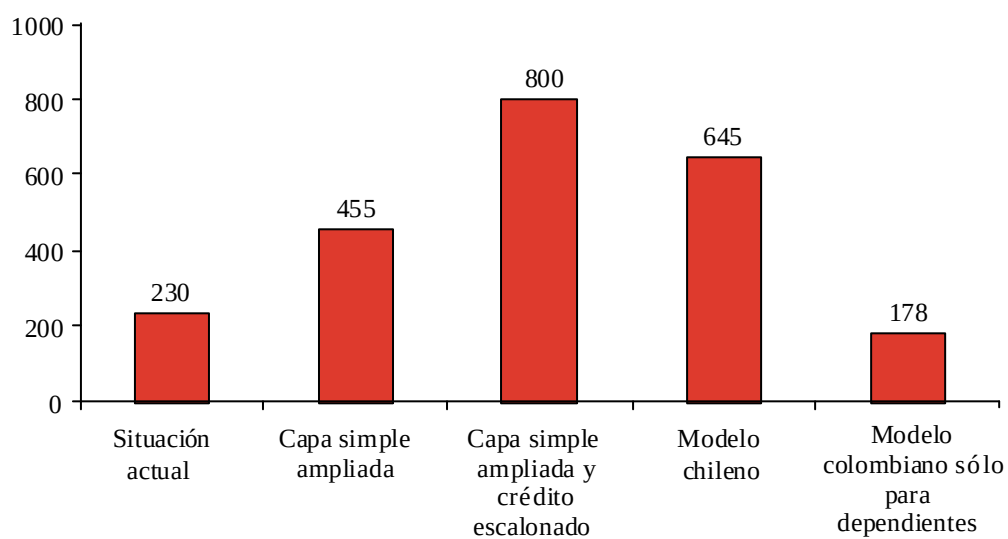
- Escenario 1: bajo las condiciones actuales
- Escenario 2: bajo la capa simple ampliada propuesta por la SEPS.
- Escenario 3: bajo la capa simple ampliada junto con el crédito escalonado propuestos por la SEPS.
- Escenario 4: adaptación del modelo chileno (el íntegro del aporte de las empresas a la seguridad social se destina a EsSalud o a las EPS de forma individual)
- Escenario 5: adaptación del modelo colombiano para los dependientes (un fondo único del régimen contributivo al cual todos aportan y se distribuye en partes iguales entre todos los aportantes).

Los resultados de estos cálculos favorecieron el tercer escenario, en términos de número de afiliados para las EPS. Éste permitiría quintuplicar el acceso actual a servicios privados, elevándolo hasta el 15% del total de asegurados dependientes (ver gráfico 21). Este escenario introduce un cambio moderado en el régimen de la seguridad social por el cual los actores que lo componen podrían verse beneficiados.

1. EsSalud continuaría percibiendo una fracción del aporte de las empresas por los empleados que decidieran adquirir la capa simple ampliada en una EPS, a la vez que permite ayudar en solucionar el problema de congestión existente, produciéndose la complementariedad buscada.
2. Se incrementaría el dinamismo en la práctica médica privada, lo que permitiría un mayor aprovechamiento de los recursos existentes en este sector.
3. Finalmente, se incrementaría el bienestar de quienes actualmente están afiliados sólo a EsSalud y quisieran contar con un sistema de salud complementario entre éste y el sector privado, opción que como se mencionó anteriormente, es la preferida por el usuario actual.

GRAFICO 21
Población peruana estimada que podría
acceder a atenciones privadas en el Régimen
de Seguridad Social, según escenarios

Miles de personas



Fuente: Modelo para la estimación del mercado potencial, Apoyo Consultoría, 2001.

Documento elaborado por:

