

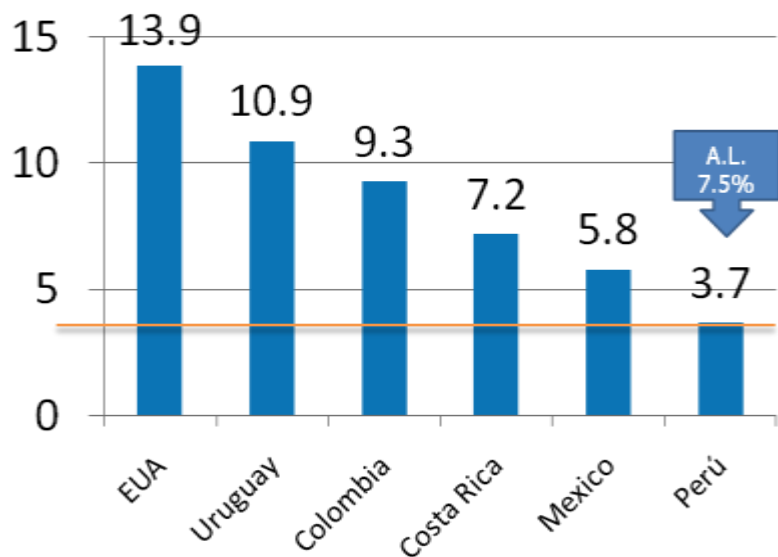


# **Estrategias de implementación del AUS en Asociación de Clínicas Privadas**

**Dr. Carlos Joo Luck  
Vicepresidente de la ACP**

# El Sistema de Salud Peruano

Para el año 2005, el gasto en salud como porcentaje del PBI representó el 3.7% , lo que sería equivalente a más de US\$4,500 millones de dólares, casi 4 puntos porcentuales menor que el promedio A.L.



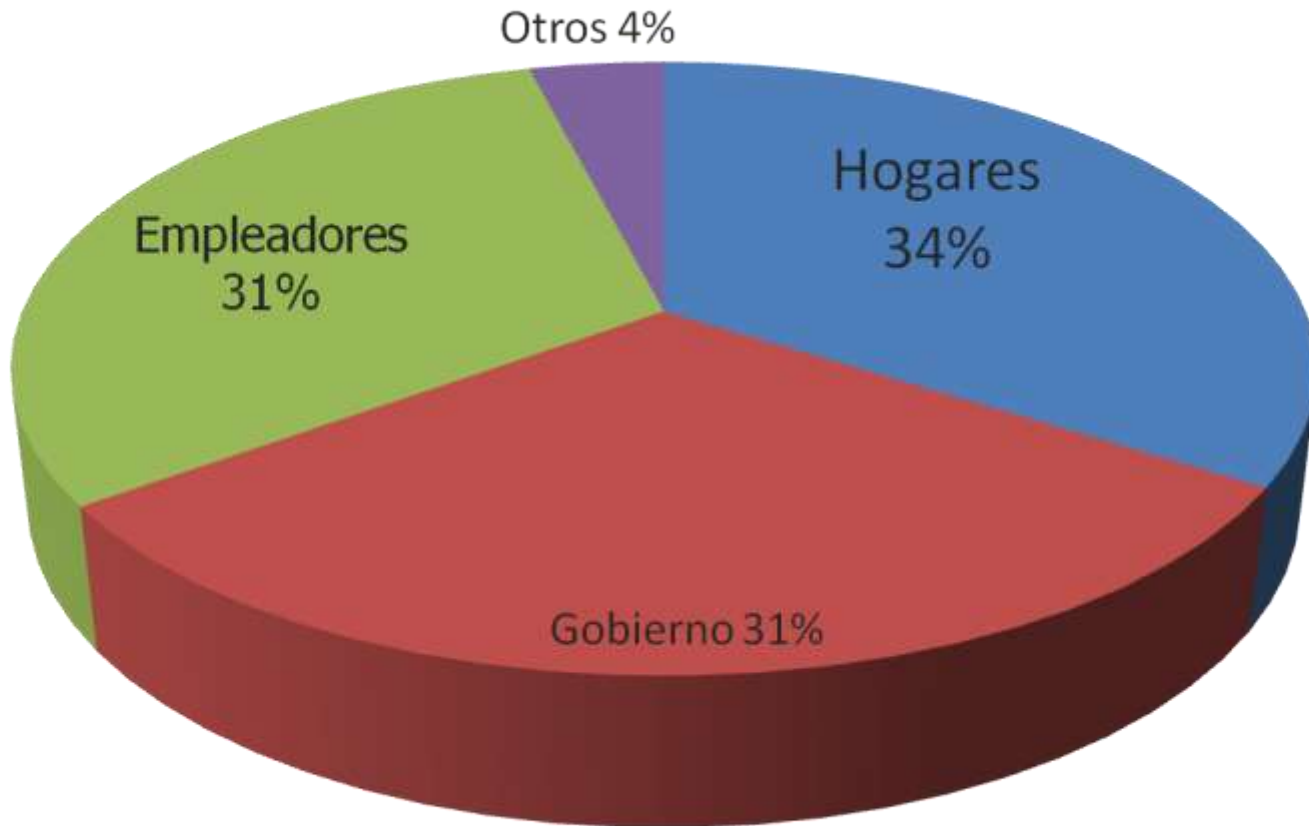
Gasto en salud	1995	2000	2005
Total millones S/	5,413	8,738	11,671
Total millones US\$	2,404	2,510	3,548
Per cápita S/1995	228	341	429
% PBI real Perú	4.5%	3.9%	3.7%
% PBI real AL			7.5%
% PBI real Francia			10.0%
% PBI real Colombia			9.3%

Cuentas Nacionales Minsa - CIES 2008

El origen de los fondos es predominantemente "gasto de bolsillo" (34%), el esfuerzo estatal corresponde a un tercio de la inversión total y viene con tendencia decreciente.

# Fuentes del financiamiento de la salud

---



Total = S/.12 mil millones

Perú 2005 CIES – Minsa



# La población protegida financieramente

Según estudios presentados por el CIES, a pesar del incremento porcentual de la población asegurada entre 1985 y 2005, cerca de dos tercios de los peruanos no tienen ningún tipo de seguro.

Condición de aseguramiento	1985	1994	1997	2000	2002	2003	2004	2005
Con seguro	17,6	25,4	22,7	32,3	40,5	40,5	36,9	35,9
EsSalud		21,0	18,9	19,7	16,4	16,5	17,1	16,8
EsSalud y seguro privado		0,9	0,5	0,4	0,5	0,7	0,7	0,5
Seguro privado		1,6	1,7	1,6	1,6	1,2	1,2	1,4
Fuerzas Armadas y policiales		1,8	1,6	1,3	1,8	1,9	1,9	1,9
Seguro público <sup>a</sup>				9,3	20,2	20,3	16,0	15,3
Sin seguro	82,4	74,6	77,3	67,7	59,5	59,5	63,1	64,1
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total de población (millones)	16,8	22,8	24,3	25,7	26,9	27,3	27,6	28,0

<sup>a</sup> Hasta el año 2000, se refiere al Seguro Escolar Obligatorio y a proyectos piloto del Seguro Materno-Infantil. A partir del 2001, se refiere al SIS. Elaborado sobre la base de Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004), procesamiento de la ENAHO 2001-2005.

Sin embargo, en los últimos tres años y gracias a la mejora en los niveles de la economía y del empleo, la población vinculada a los planes contributivos se ha incrementado progresivamente.

# El sistema prestador peruano

Por el lado de la prestación de servicios de salud, el Estado es el actor más importante, compuesto principalmente por los establecimientos del Ministerio de Salud, Essalud, y FFAA – PNP.

Institución	Tipo de Establecimiento			Total
	Hospita-les	Centros de Salud	Puestos de Salud	
<b>Subsector Público</b>				
MINSA	146	1,203	5,472	6,822
ESSALUD	78	68	179	325
Fuerzas Arma-das	16	44	0	60
Policiales	5	77	198	280
Subtotal	245	1,392	5,849	7,487
<b>Subsector No Público</b>				
Privado	208	356	0	564
Subtotal	208	356	0	564
<b>Total del Sector</b>	<b>453</b>	<b>1,932</b>	<b>5,670</b>	<b>8,051</b>



Fuerzas Armadas y Policiales



Municipalidad de Lima

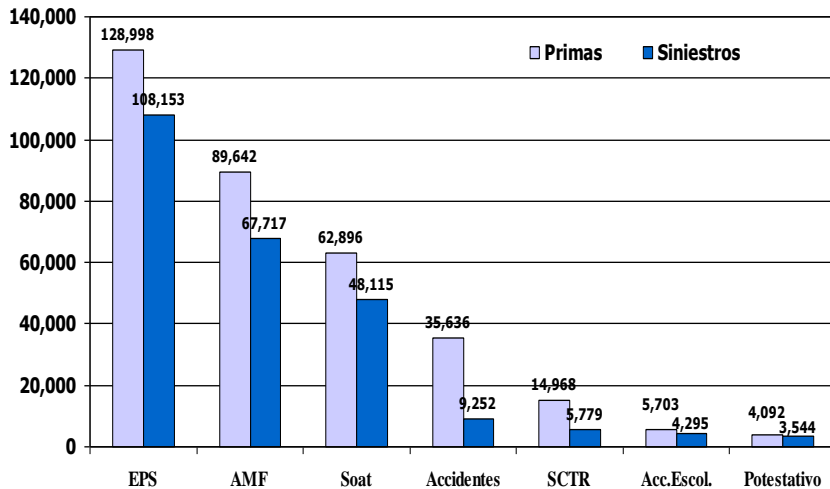
Fuente: Análisis de Situación de Salud 2005-DGE

La mayor oferta de establecimientos la concentra el Minsa, seguido por el sector privado y por ESSALUD en ese orden; los establecimientos del Ministerio de Salud posee la mayor penetración al interior del país.

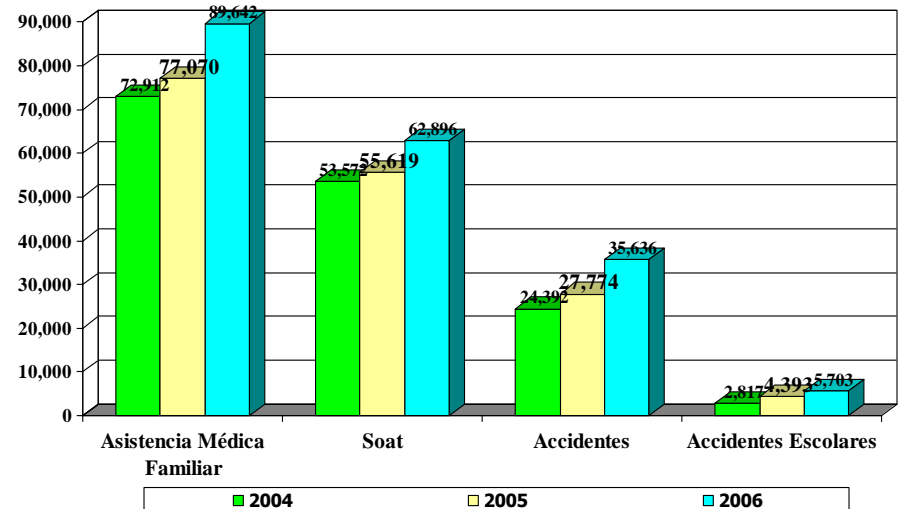
# El sector privado de salud peruano

En el mercado privado de salud participan diversos agentes que no se encuentran integrados, por lo que ninguno tiene un control total de la cadena. Las atenciones se pueden realizar de manera particular, a través de Empresas Prestadoras de Salud, compañías de seguros, autoseguros o planes de medicina prepagada de clínicas.

Mercado Asegurador y de EPS  
Primas y Siniestros 2006  
(En miles de dólares americanos)



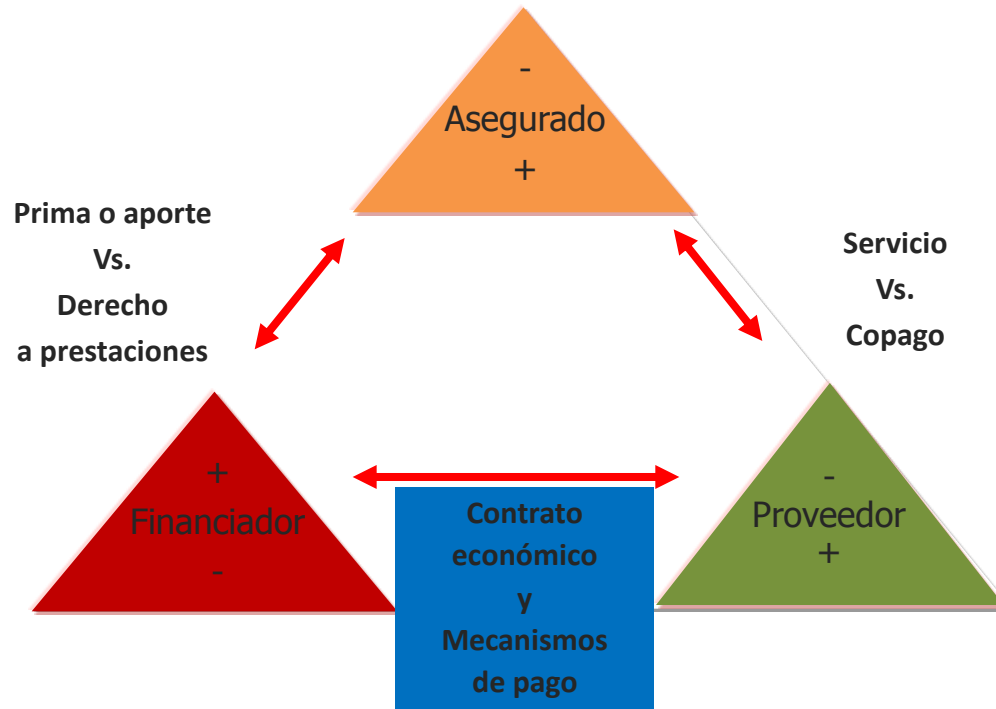
Evolución del mercado asegurador  
(cifras en miles de US\$)



Es un mercado que supera los US\$300 millones de dólares anuales y esta constituido por los aportes a EPS, compañías de seguros, fondos de autoseguros y planes de medicina prepagada. La población de este mercado se estima en un millón de afiliados.

# El sector privado de salud peruano

Para acceder a los beneficios, los afiliados a un plan de salud deben cotizar alrededor de US\$ 30 per cápita mensual. Para acceder a las prestaciones, el financiador contrata una red de establecimientos, en su mayoría privados.



Los mecanismos de pago se encuentran contemplados en los contratos económicos pactados entre el prestador y el financiador, bajo la regulación del supervisor (SEPS, SBS + Indecopi, Cod. Civil, otros) .

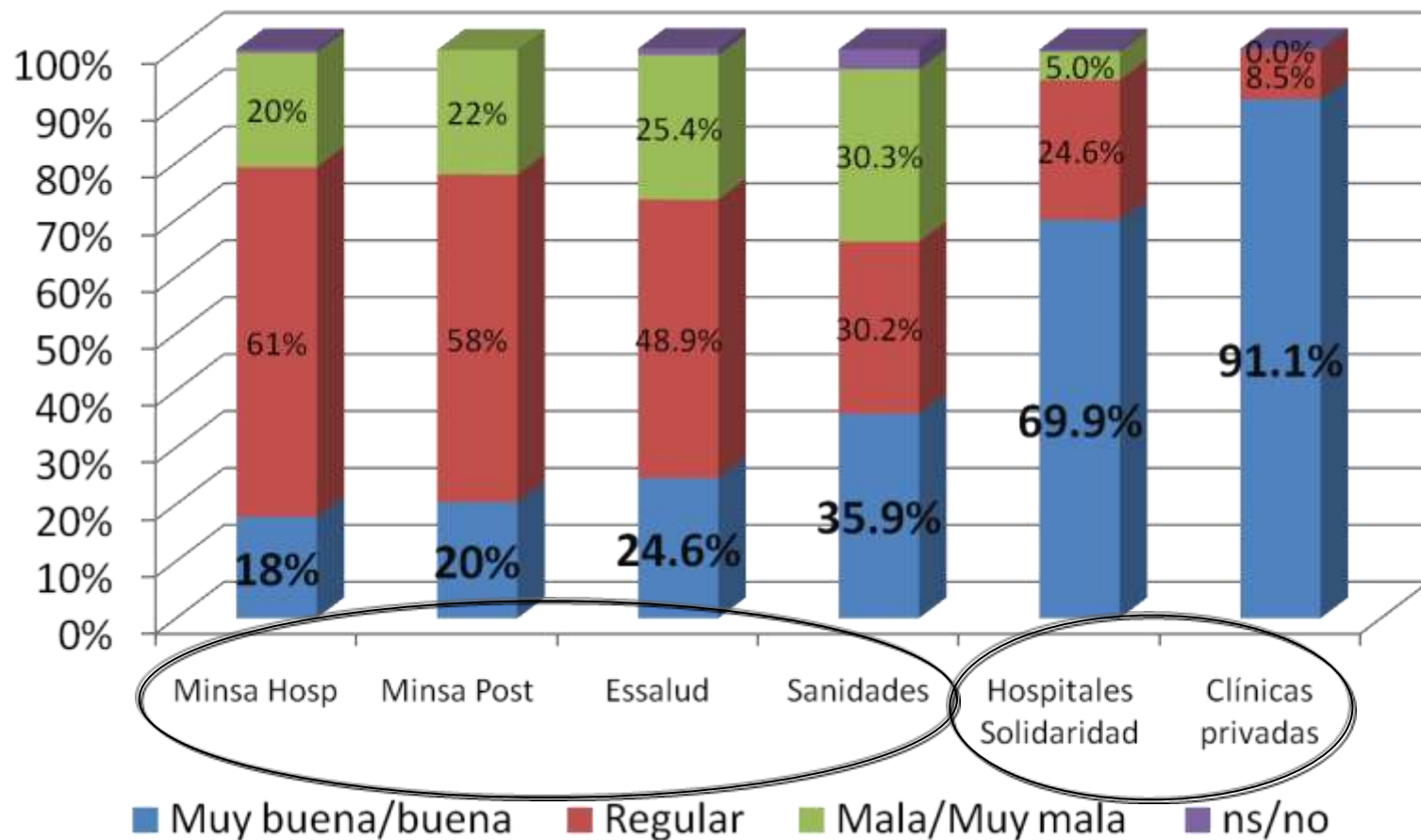


## III Encuesta Anual Sobre Situación De La Salud En El Perú Grupo De Opinión Pública De La Universidad De Lima

Calidad de Atención 2009			
	Muy Buena	Buena	Total
Clínicas Privadas	20.9	70.2	<b>91.1</b>
Hospitales de la Solidaridad	8	61.9	69.9
Hospitales de las Fuerzas Armadas y Policiales	2.7	33.2	35.9
Hospitales de EsSalud	1.8	22.8	24.6
Hospitales del Ministerio de Salud	1.7	16.1	17.8



# En general, ¿La calidad de la atención en .....es MUY BUENA, BUENA, REGULAR, MALA O MUY MALA?



# **ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PRESTADORES PRIVADOS**

---

- 1.- Ordena, controla, regula y fiscaliza el sistema de Salud.**
- 2.- Evita filtraciones y subsidios cruzados mediante DNI como documento a trabajar.**
- 3.- Garantiza un plan básico de salud: NADA por debajo de ello.**
- 4.- Permite eliminar que "gasto de bolsillo" sea un componente importante de financiamiento, por lo tanto lo hace sostenible.**
- 5.- Obliga a ordenar oferta y demanda.**
- 6.- PEAS (en base a carga de enfermedad) en base a costo/beneficio**

# **ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PRESTADORES PRIVADOS**

---

- 7.- SIS oferta prestaciones de salud sin relación exacta con infraestructura Ej. Cáncer en Huancavelica**
- 8.- Permite participación de todos quienes estén en condiciones de hacerlo.**
- 9.- Permite ejecución de todos los modelos de pago , de acuerdo a disponibilidad del prestador (cápita, liquidación por servicios, reparto, egresos hospitalarios, paquetes quirúrgicos etc.). Intercambio de servicios.**
- 10.- Permite "captura" de nuevas personas ej. 80% de nivel B- y 90% de C por capturar.**
- 11.- Reto para privados es comprender que ahora con el Aseguramiento Universal: la ganancia es por volumen y eficiencia, ergo, nuevo escenario y actores.**
- 12.- Comprender que salud es un bien público, como medicamentos es bien social.**



# **ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PRESTADORES PRIVADOS**

---

- 13.- Privados gestionan su riesgo, el estado no (EsSalud)**
- 14.- PEAS (basados en perfil epidemiológico, demográfico, socio económico etc.**
- 15.- Identificación de beneficiarios.**
- 16.- Hay que empezar, considerando que lo perfecto es enemigo de lo bueno.**
- 17.- Sistemas de seguros y coberturas diferentes de acuerdo a capacidad del asegurado, financiador y prestador.**
- 18.- Aseguramiento obligatorio : Uso eficiente de recursos y calidad de los servicios prestados**

# Aseguramiento Universal: Perspectivas de los Prestadores Privados

## FORTALEZAS

- Prestigio como subsector
- Rapidez para la toma de decisión
- Experiencia como prestadores
- Capacidad de inversión
- Gerencia de costos y producción.
- Sobre oferta de servicio
- Equipamiento e infraestructura.
- Usuario tiende a migrar buscando calidad a costo razonable y satisfacción del servicio.
- Planes de salud Pre pagados

- Oferta insuficiente a nivel nacional
- Visión de corto plazo para retorno inversión
- Pobre experiencia en administración de riesgos
- Gerencias no profesionales
- Individualismo empresarial
- Usos y costumbres (MBE)

## DEBILIDADES

## OPORTUNIDADES

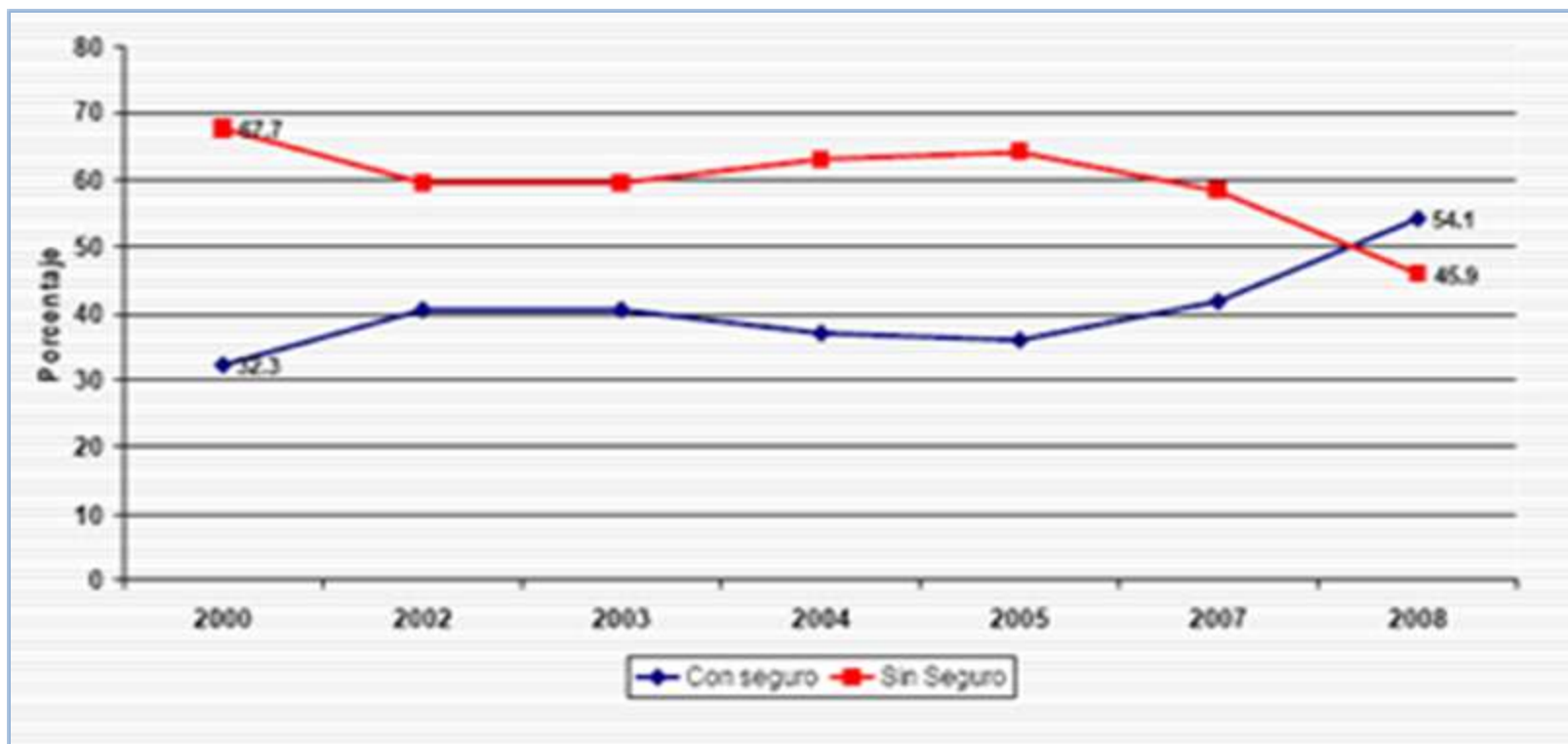
- Política de Estado
- Intercambio de servicios con otros subsectores
- Falta de oferta privada calificada
- Demanda embalsada
- Capital de inversión disponible
- Inclusión progresiva y obligatoria
- Separación progresiva de rectoría, financiamiento y prestación.
- Participación de todos aseguradores públicos y privados.
- Evita filtraciones y subsidios cruzados.
- Promueve acreditación y/o certificación (Incentivos)
- Promueve competencia entre asegurador público y privado.
- Política financiera que contempla administración del riesgo y siniestralidad..

- Competencia desleal del MINSA y ESSALUD
- Escasez de Recursos Humanos calificados
- Pobre oferta de proveedores
- Competencia calificada extranjera
- Centralización.
- Asimetría de información.
- No caer en PEAS que asegure todo para todos (modelo colombiano)
- No fijar política de costos equitativos y justos.

## AMENAZAS

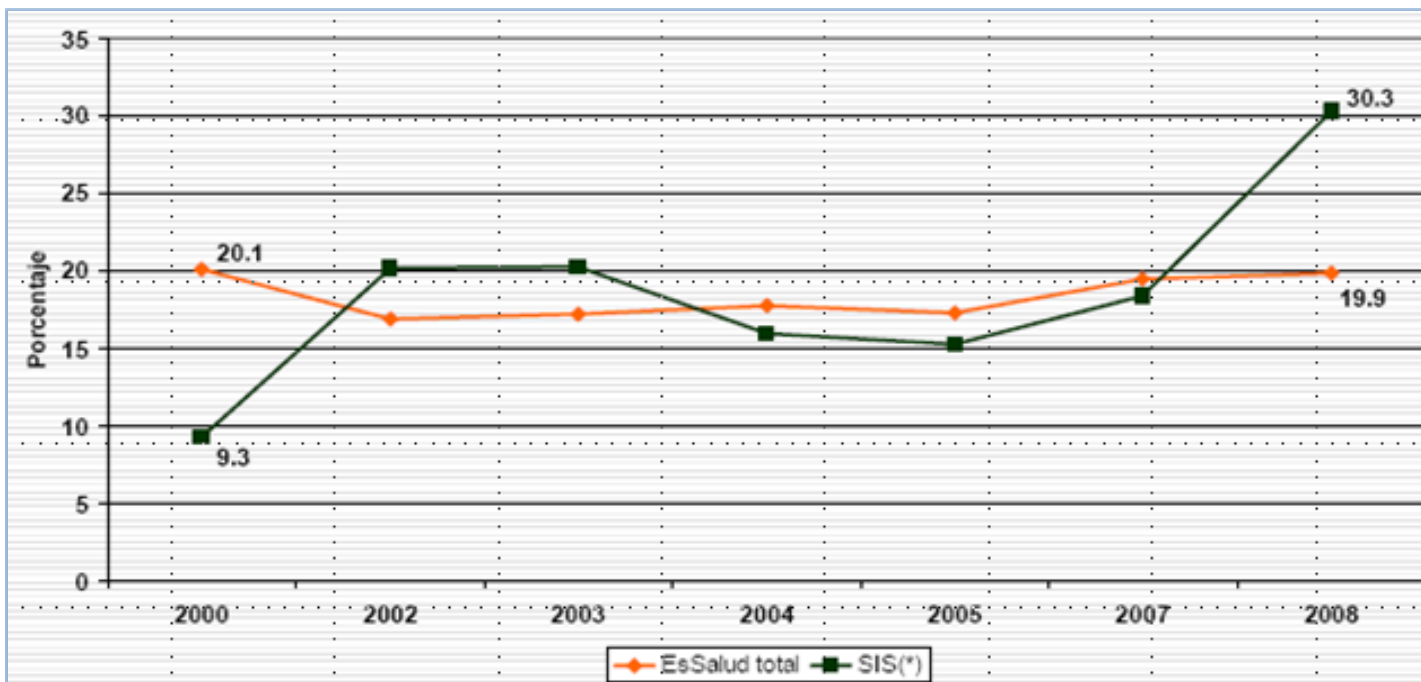
# Tendencia de aseguramiento en salud

## Perú: 2000-2008 (porcentajes)



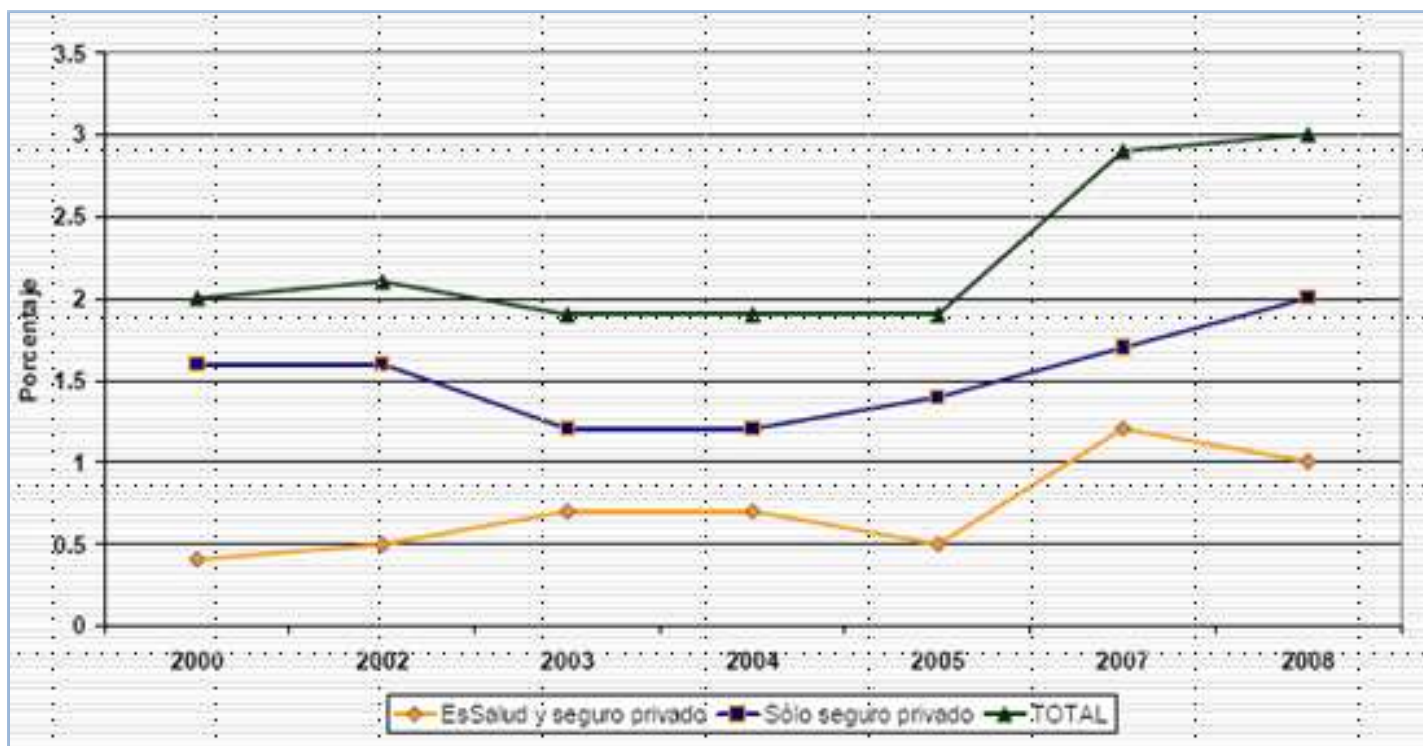
# Población asegurada a SIS y EsSalud

## 2000-2008 (porcentajes)



# Población con seguro privado

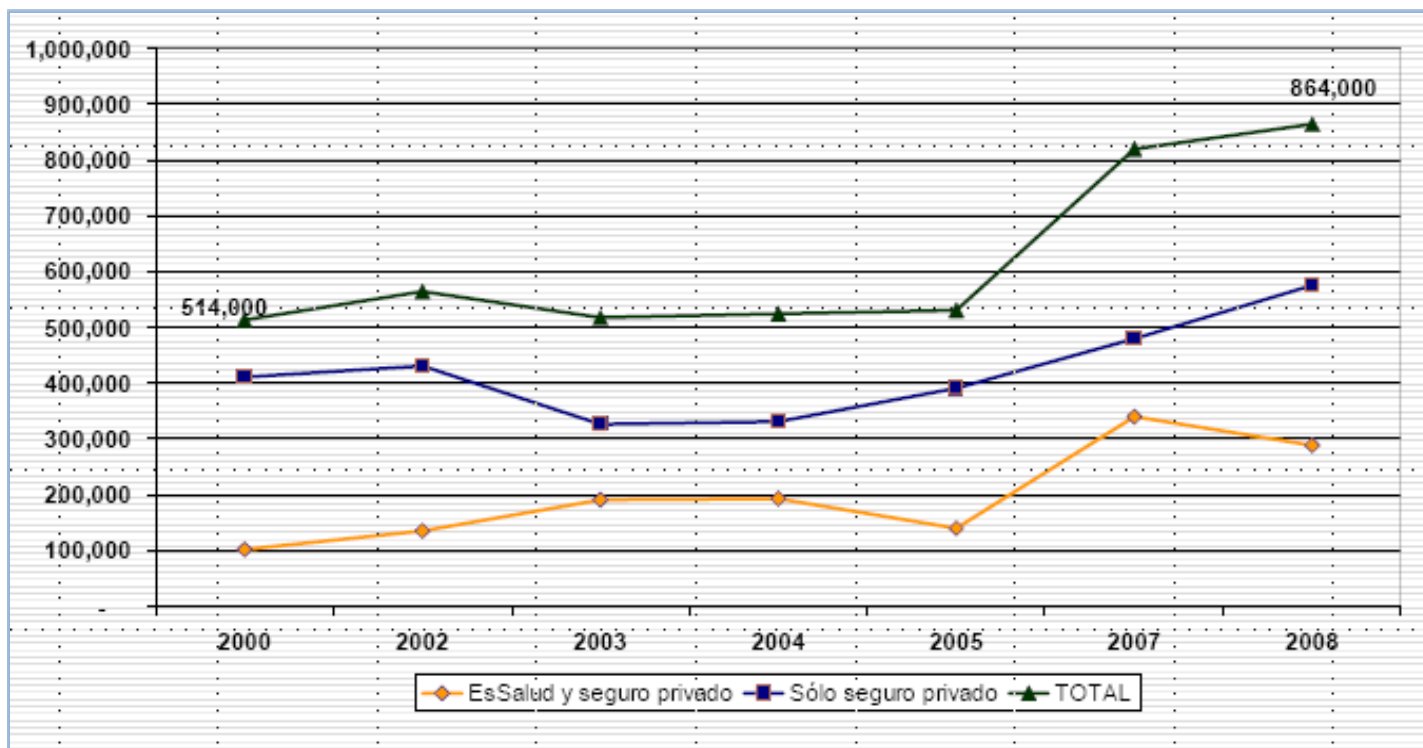
2000-2008 (porcentajes)



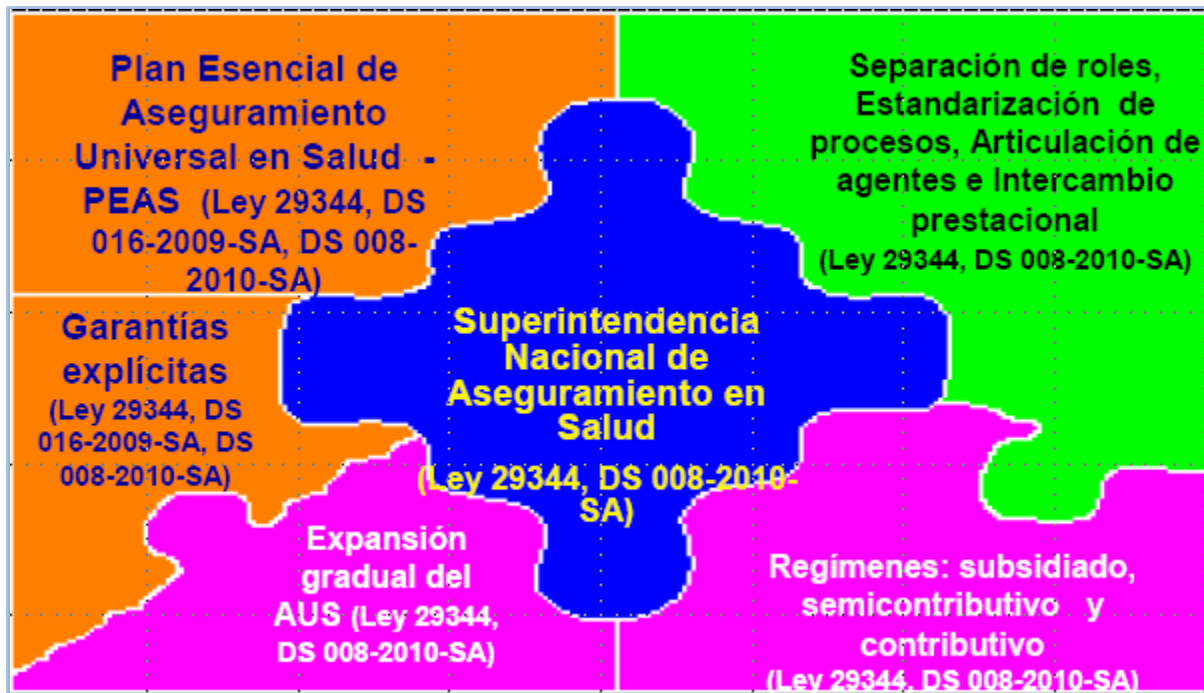


# Población con seguro privado

## 2000-2008



# Elementos clave definidos en la ley





# IPRESS: Funciones

---

- Brindar servicio de salud a los asegurados según su nivel resolutivo.
  - Cumplir estándares de calidad y oportunidad en sus prestaciones.
  - Cobrar los copagos a los asegurados según las condiciones pactadas con las IAFAS.
  - No podrán discriminar a los usuarios que les corresponda atender.
  - Preserva derechos de asegurados (acceso a servicios, confidencialidad, trato, seguridad en la atención, información adecuada, consentimiento informado)
-

# De las enfermedades de alto costo de atención

---

- El MINSA, a través de RM, definirá el listado de enfermedades de alto costo.
  - Se podrá brindar a través de planes complementarios.
  - El MINSA definirá un periodo de carencia para su atención.
  - Para el régimen subsidiado y semi contributivo serán financiadas por el FISSAL.
-



# Regímenes de Financiamiento

---

## Régimen contributivo

Pago o cotización a la IAFA a cuenta propia o del empleador.

## Régimen subsidiado

Financiamiento público total, a cargo del SIS.

Para población en pobreza, sin seguro de salud.

## Régimen semicontributivo

Financiamiento público parcial y aportes propios o de empleador.

---



# De los Afiliados

---

## ☐ Afiliados al Régimen Contributivo

- **Dependientes:** Trabajadores activos en planillas (incluye PYME), pensionistas y CAS.
- **Independientes :** Todos los no pobres que no reúnen requisitos de dependientes.

## ☐ Afiliados al Régimen Subsidiado

- Población en pobreza que no cuenta con seguro de salud.

## ☐ Afiliados al Régimen Semi contributivo

- Trabajadores de Microempresas (DL 1088).
- Afiliados al SIS semisubsidiado (según disposición del SIS).
- Otros que se determinen por norma expresa.

---

**Nota.** La denominación de afiliado dependiente o independiente reemplaza a la de regular y potestativo definida en la Ley 26790

# El mercado de servicios y seguros de salud

---

- **Características generales:**

- Financiamiento y prestación de servicios de salud depende en gran parte de los gastos de bolsillo.
- Por lo tanto precariedad, ineficiencia e inequidad en el sistema , por tanto población de bajos ingresos y alto riesgo quedan excluidos.
- AUS busca superar barrera económicas y lograr que los pobres puedan acceder a los servicios de salud.
- Importante segmento de población NO pobre, sin seguro de ningún tipo, con limitada capacidad adquisitiva para acceder a seguro privado pero que tampoco puede beneficiarse del SIS porque no son pobres.

**Consecuencia:** Este grupo de riesgo corre el riesgo de no acceder a servicios de salud ante presencia de enfermedad o enfrentar gastos catastróficos que arriesguen la economía de su hogar.

# Características de servicios y seguros de salud

---

- Los seguros representan una forma efectiva de enfrentar intervenciones “catastróficamente costosas” o sea aquellos eventos que una persona solo puede solventar vendiendo activos o contrayendo deudas Ej. Cáncer, accidentes graves etc.
- La única manera de asumir dicho tratamiento es a través de un sistema de riesgos compartidos, por medio de contribuciones relacionadas con el gasto esperado dentro del grupo y no con el probable, desconocido consumo de un individuo.
- Fallas en el mercado de seguros.... Selección adversa, riesgo moral, selección de riesgo (descreme).



# Características de servicios y seguros de salud

---

- Entonces, en un mercado de salud privado y no regulado, las personas con condiciones crónicas o con alto riesgo en salud probablemente estén subaseguradas.
- En términos de equidad, las personas de menores ingresos no logran acceder a un seguro, poniendo en riesgo su capacidad de respuesta ante presencia de enfermedades costosas.
- La pregunta es, hasta que punto puede y debe el gobierno intervenir para disminuir las fallas de mercado y aumentar la equidad en los mercados de aseguramiento de salud, sin introducir otras ineficiencias o injusticias peores.





## Miscelánea de problemas

---

- Traslape entre segmentos poblacionales de diferentes efectores de salud, por tanto disminución de eficiencia de gasto además de escasa coordinación funcional (dispersión institucional no coordinada), con la consecuente falta de estrategias comunes y compartir recursos financieros, humanos y de infraestructura.
- Población de EsSalud, FFAA, FFPP y privados que se atienden en MINSA , por lo tanto subsidio cruzado desde MINSA y afecta su capacidad redistributiva hacia la población pobre.
- AUS implica: No preexistencias, No limite de edad, cobertura de enfermedades psiquiátricas, VIH sida, cáncer, etc.

## Miscelánea de problemas...(2)

---

- Cual es el fondo para enfermedades catastróficas en el sector privado.
- Si la premisa es protección de la salud para población de ingresos medios y bajos, en el régimen contributivo del sector privado como se compatibiliza primas bajas, acceso económico a seguros privados con: Peas con no preexistencias, no límites de edad, enfermedades psiquiátricas, no definición de fondo para enfermedades catastróficas, cumplimiento de garantías explícitas de calidad, oportunidad y financieras sin duda incuestionables pero que igualmente tienen un costo (adicional?).



## Tareas pendientes en materia de aseguramiento

---

- Aún falta asegurar la salud de aproximadamente 9 millones de personas en situación de pobreza y, por otro lado, es necesario facilitar el acceso de la población no pobre, pero de bajos ingresos, que no está asegurada, a servicios de salud, así como disminuirle el riesgo financiero ante eventuales gastos curativos.



# Implementación de un esquema de aseguramiento

---

- Existe un bajo nivel de conocimiento de lo que es y como opera un seguro de salud
- Existe cierta reticencia a comprometerse a realizar un pago mensual por el seguro. Sin embargo, disponer de algún tipo de cobertura resultaba atractivo.
- Hay una percepción de mayor habilidad y capacidad de los médicos del MINSA aunque una percepción de mejor calidad de atención en clínicas privadas.
- Considera que es justo realizar pagos para poder acceder a seguros, siempre y cuando estos pagos estén al alcance de sus bolsillos.
- Una preocupación transversal que manifestaron todos los grupos entrevistados es la calidad y disponibilidad de las medicinas, además de que un seguro debería cubrir gastos de sepelio.

# Implementación de un esquema de aseguramiento

---

## 1.- Una Red de prestadores

- a). Minsa y EsSalud
- b) Centros periféricos de clínicas privadas
- c) Red de prestadores privados medianos y pequeños.

## 2.- Sistema de pago a los prestadores

- a). Todas las diferentes modalidades de pago a prestadores (pago por servicios, capitación, costo paciente mes, egresos hospitalarios, paquetes quirúrgicos, reparto, etc.)

## 3.-Provisión de medicamentos

- a). Compras centralizadas, cadenas etc. pero sincerando costos de acto médico y hotelería entre otros.



# Implementación de un esquema de aseguramiento

---

## 4.- Sistema de cobro

- a). Uso de organizaciones de base
  - b). Uso de oficinas de Banco de la Nación (cola y demora contra fidelidad)
  - c). Uso de cajas municipales para cobro mensual o quincenal, ventaja es que gozan de confianza en sectores B- y C
  - d). Uso de recibos de energía eléctrica
- ❖ Todos estos mecanismos buscan que fortalezcan la fidelidad (persistencia) del paciente en el seguro.



## Los retos

---

- Fortalecer oferta de servicios.
  - Implementar garantías explícitas.
  - Cerrar brecha aseguramiento:
    - Implementar obligatoriedad.
    - Financiamiento para seguro público.
    - Afinar focalización.
  - Integrar información.
  - Viabilizar el intercambio de servicios.
  - Universalizar la supervisión.
-

# Reto: Cerrar la brecha de aseguramiento

---



# Conclusiones

---

- Entre los atributos más valorados de un seguro están la cobertura de medicamento, sepelio y gastos de hospitalización.
- Si la persona es menos sana su DAP es mayor y aumenta si ha enfrentado una hospitalización el o algún miembro de su familia.
- Mientras más informadas estén las personas sobre el funcionamiento del mercado de los seguros y sus beneficios potenciales, mayor su DAP.
- Mientras mayor es la DAP, es mayor la probabilidad a asegurarse a un seguro privado.
- Se han identificado algunos distritos con mayor porcentaje de personas dispuestas a afiliarse: Independencia, Jesús María, La Victoria, Los Olivos, Magdalena del Mar, Pueblo Libre, Rímac, San Juan de Miraflores; San Luis y San Miguel.

## Conclusiones...(2)

---

- Para impulsar una estrategia de aseguramiento para personas de ingresos medios bajos habría que sincerar las tarifas del MINSA, de manera que los subsidios estén dirigidos únicamente a las personas sin capacidad de pago por un seguro.
- Además se debe articular una red de prestadores, implementar sistemas de pago, organizar la oferta de bienes complementarias implementar un mecanismo de cobro de las primas (que fortalezca la fidelidad, persistencia del paciente en el seguro).

---

**MUCHAS GRACIAS**