

ANÁLISIS DEL MERCADO DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

MARKET ANALYSIS OF HEALTH CARE ENTITIES

PERCY ANTONIO VILCHEZ OIIVARES*

Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Contables
Universidad Nacional Mayor de San Marcos-UNMSM / Lima-Perú

[Recepción: Abril 2016/ Conformidad: Mayo 2016]



RESUMEN

En los países la atención de salud de la población es un tema central, diversos países han planteado y ejecutado políticas y programas de salud que les ha permitido mejorar y reducir los problemas de equidad en salud. Esta situación no ha sido ajena al sistema de salud en el Perú. Donde en el año 1997 con la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, se planteó la participación de las Entidades Prestadoras de Salud como un modelo alternativo de atención en salud en un contexto de régimen contributivo.

Esta nueva regulación, modifica las reglas de seguridad social, introduciendo a las Entidades Prestadoras de Salud bajo este régimen, donde estas entidades atenderían enfermedades de capa simple y EsSalud se concentraría en atenciones de enfermedades de capa compleja.

El presente trabajo de investigación, tiene por objetivo analizar el grado de penetración que ha tenido en el mercado de salud la participación de las Entidades Prestadoras de Salud, siendo la fecha de medición el año 2014. Los resultados demuestran que existe una participación no significativa de las Entidades Prestadoras de Salud respecto a los afiliados al Sistema de Aseguramiento Universal. Asimismo, no existe en los planes de salud regulares un adecuado dinamismo en el sistema debido a que dos EPS (Rimac y Pacifico Salud) concentran el 94.77% del total de afiliados regulares al sistema de EPS.

Palabras clave:

Aportes en salud, capa simple, capa compleja, equidad en salud, planes de salud, prestaciones de salud.

ABSTRACT

In the countries, population's health care is a central matter, several countries have outlined and implemented health policies and programs that enabled them to improve and reduce the problems of equity in health. This situation has not been distant to the health system in Peru. In 1997 with the Law No. 26790 -Law on the Modernization of Social Security in Health- it was proposed the participation of Health Care Entities as an alternative model of health care in a context of a contributory regime.

This new regulation modifies the rules of social security, introducing the Health Care Entities under this regime, where these entities would treat simple layer diseases and EsSalud would focus on care of complex layer diseases.

The objective of this research is to analyze the degree of Health Care Entities' penetration within the health market, the date of measurement being 2014. The results show that there is a non-significant participation of the Health Care Entities with respect to Universal Assurance System affiliates. Likewise, there is no adequate dynamism in the health system because two EPS (Rimac and Pacifico Salud) concentrate 94.77% of the total number of regular members of the EPS system.

Keywords:

Health contributions, simple layer, complex layer, health equity, health plans, health benefits.

*Doctorando en Ciencias Contables y Empresariales – UNMSM. Email: pvilchezo@unmsm.edu.pe

INTRODUCCIÓN

Con la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en el año 1997 se presentaron cambios en los sistemas de salud en nuestro país, siendo uno de los principales cambios, la creación de un tipo de institución de salud privada denominada Entidades Prestadoras de Salud, como un complemento de los servicios brindados por EsSalud.

Debido a lo anterior el sistema de salud en nuestro país lo conforma el Ministerio de Salud que ofrece un Seguro Integral de Salud (régimen subsidiado), asimismo un seguro social de salud para trabajadores estables y asalariados, el denominado EsSalud (régimen contributivo) y complementariamente con las Entidades Prestadoras de Salud. Adicionalmente, el sistema incluye la sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.

Al mes de diciembre del 2014, la población de asegurados al Seguro Integral de Salud fue de 15,079,371, la población asegurada en EsSalud es 7,594,055, las Entidades Prestadoras de Salud, afiliación en planes de salud generales, es de 832,408, y los otros seguros es de 763,701 afiliados. Presentando un total de personas con algún tipo de seguro de 24,269,535 personas

De todas las Entidades mencionadas anteriormente, las Entidades Prestadoras de Salud constituyen un nuevo modelo de salud contributivo alternativo y opcional, vigente en la actualidad en nuestro país, que se financia principalmente a través de los aportes que las empresas realizan donde el equivalente del 2,25% del sueldo de los trabajadores se destina a la Entidad Prestadora de Salud y el 6.75% se destina a EsSalud.

Las empresas que se afilian a las Entidades Prestadoras de Salud, sus trabajadores recibirán la atención de enfermedades de capa simple en los establecimientos de salud que indiquen los planes de salud de las EPS y la atención de capa compleja la deben efectuar en EsSalud. Adicionalmente los afiliados a las Entidades Prestadoras de Salud se pueden atender las enfermedades de capa simple en EsSalud, pero esto último no debe ser la razón de ser del modelo, por el contrario, el modelo debe de generar una importante

descongestión de los hospitales y otras instalaciones en las que brinda los servicios EsSalud, de tal forma que esta institución se concentre en atenciones de enfermedades de capa compleja.

El presente trabajo de investigación incluye una introducción, se proporciona un marco teórico y normativo, a continuación se presenta un análisis del mercado de las Entidades Prestadoras de Salud. Posteriormente se presentan los resultados que se desprenden del análisis de contenido que son la base para emitir las conclusiones de la investigación.

MARCO TEÓRICO

El bienestar de las personas y en sentido amplio el Estado de Bienestar está vinculado a diversos ámbitos pero en el tema de salud el bienestar está asociado a garantizar la salud, es decir brindar servicios de salud que sean accesibles y oportunos a la población, y ambos en un contexto de equidad en salud como eje central de las políticas públicas en salud.

Lograr la equidad en salud es una problemática por la que diversos Estados realizan esfuerzos por eliminar la inequidad, implementando reformas de salud que busquen la eficiencia y la sostenibilidad financiera de los servicios de salud.

Whitethed (1990, p. 15) define a la inequidad como “aquellas diferencias en salud innecesarias, evitables y además incorrectas e injustas”. Para esta autora, la equidad en salud significa idealmente que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y más pragmáticamente que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar. Asimismo, señala que la equidad no significa que todos deben tener el mismo nivel de salud y consumir la misma cantidad de servicios y recursos, sino que deben considerarse las necesidades de cada uno en un contexto del resto de la sociedad.

Por otra parte, la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud (2002) presento una declaración sobre equidad en salud en la segunda conferencia internacional realizada en Canadá y define inequidad como “las diferencias sistemáticas y potencialmente

remediables en uno o más aspectos del estado de salud de las poblaciones o subgrupos de poblaciones social, económicas o geográficamente definidas”.

A partir de las dos definiciones anteriores y con el fin de unificar criterios, se puede aproximar la siguiente definición de salud e inequidad como “las diferencias sistemáticas en los sistemas y atenciones de la salud recibidas por la población debidas a factores sociales, económicos, culturales y/o por los planes de salud que definen el acceso, utilización y calidad de los servicios de atención de la salud”.

En ese sentido, las definiciones de equidad con relación a los sistemas de salud se refieren a la equidad prestacional y la equidad financiera y en ambos casos a la equidad horizontal y vertical.

La equidad horizontal está referida por ejemplo: todas las personas con igual nivel de necesidad deberían recibir igual trato, igual accesibilidad a los servicios de salud, no debería haber copagos diferenciados, ni tiempos de espera diferenciados que afectan la oportunidad. Asimismo, la equidad vertical se refiere por ejemplo: a priorizar planes de salud especiales a poblaciones de escasos recursos.

Si bien es cierto muchos países vienen desarrollando esfuerzos para lograr una aproximación significativa hacia la equidad en salud (equidad de accesos a servicios, utilización y calidad de los servicios), su logro demanda una asignación importante de recursos económicos, recursos humanos (oferta de profesionales de salud), recursos tecnológicos, recursos de infraestructura y equipamiento, entre otros; consecuentemente debe ser una política de Estado en la que se requiere una participación activa de los agentes del sistema de salud (Estado, prestadores de salud, financiadores, usuario-paciente).

En las últimas décadas, se han efectuado investigaciones vinculadas a la economía y salud, consecuentemente se ha gestado una nueva área de estudio en las ciencias económicas empresariales denominada economía de la salud, que es una rama de la economía que estudia el proceso de salud y como se utilizan los recursos para atender las necesidades

de salud de la población. En ese sentido, la asignación de recursos de salud se encuentra estrechamente vinculada a la equidad en la asignación de salud, en la eficiencia entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos.

Rathe (2012) sostiene que “al igual que la economía en general, la economía de la salud tiene dos enfoques, el de la microeconomía y el de la macroeconomía. La microeconomía de la salud estudia el mercado de servicios de salud, y por lo tanto el comportamiento de los productores y consumidores individuales. Asimismo, estudia el comportamiento de los grupos de productores y consumidores. Los productores en el mercado de servicios de salud están representados por los médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos, entre otros, que brindan sus servicios en hospitales, clínicas y otros similares. Los consumidores en el mercado de servicios de salud están representados por todas las personas que demandan el servicios de salud denominados pacientes”.

Asimismo, la autora mencionada, precisa que en el sector salud podemos encontrar varios mercados de servicios de salud. Cada uno tiene características particulares, tales como el mercado de tecnología médica, el mercado de seguros de salud y el mercado de laboratorios farmacéuticos, entre otros. Los productores de salud fijan tarifas o precios por los servicios en función a los costos del servicio y excepcionalmente a regulaciones de entidades especializadas.

Por otro lado, los mercados de los bienes y servicios relacionados con la salud no funcionan como los mercados convencionales. Las diferencias se deben a la naturaleza del acto médico, el rol del gobierno, la estructura imperfecta de mercado y la equidad. Por lo tanto, se señala que el mercado de bienes y servicios de salud es, posiblemente, el más imperfecto de todos los mercados; donde las decisiones que se deben realizar para abordar el tratamiento médico y el consumo de los bienes o servicios de salud las decide el médico y no el paciente.

En esta situación, el médico resulta ser un “agente” del consumidor que debe orientarlo sobre cuál

bien o servicio consumir. No obstante, el médico al ofrecer el servicio de salud recibe una compensación económica por su trabajo y esto genera un conflicto de interés. Entonces, existe una relación imperfecta en este mercado y el médico a veces puede inducir a un consumo innecesario.

Por otro lado, Rathe et al. (2012) sostiene que “la macroeconomía de la salud estudia los hechos económicos en función del funcionamiento general de todo el sistema económico”. En el caso del sector salud, se estudia las políticas en salud pública, los flujos económicos del sistema de salud, y la relación respecto a otros sectores como educación, vivienda, etc.

El estudio de la macroeconomía de la salud permite conocer cómo asignar los recursos económicos en la población para atender sus necesidades y cumplir con el rol del Estado de mejorar la equidad en la asignación de recursos y reducir la pobreza.

Por lo expuesto, la economía de salud permite describir y analizar el sistema de salud, el rol de cada uno de las instituciones de salud que participan y cuáles deben ser los mecanismos adecuados que contribuyan al mejoramiento del sistema.

Existe vinculación cercana entre equidad, economía de la salud y seguridad social, donde esta última se constituye en un instrumento de política social en salud que se orienta a buscar el bienestar común de sus afiliados, mejorando la calidad de vida y disminuir las diferencias entre clases económicas, centrado en los principios de universalidad, la solidaridad, la unidad y la internacionalidad.

Marco Normativo

En nuestro país la reforma de la salud se dio por la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud Ley N° 26790 del 17 de mayo de 1997 y su Reglamento con Decreto Supremo N° 009-97-SA del 8 de setiembre de 1997 con la finalidad de lograr la universalización de la salud que permita reconocer el derecho de la población al bienestar y garantizar el libre acceso a prestaciones de salud, en el marco de los principios de equidad, solidaridad y facilidad de

acceso a los servicios de salud.

De acuerdo a este marco normativo las prestaciones de salud están a cargo de un régimen estatal, no contributivo (subsidiado) a cargo del Ministerio de Salud que otorga prestaciones de salud pública colectiva e individual para la población de escasos recursos económicos y un régimen contributivo constituido por el seguro social de salud, a cargo de EsSalud y complementado por las Entidades Prestadoras de Salud.

Las Entidades Prestadoras de Salud son empresas e instituciones públicas o privadas distintas de EsSalud, cuya finalidad es la de prestar servicio de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros. Su funcionamiento es financiado con recursos propios.

De acuerdo al Reglamento de las Entidades Prestadoras de Salud Decreto Supremo N° 009-97-SA en su art. 7 “Son asegurados del seguro social de salud los afiliados regulares y potestativos y sus derecho habientes. Son afiliados regulares: los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, y los pensionistas que reciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia. Las personas que no reúnen los requisitos de afiliación regular, así como todos aquellos que la Ley determine, se afilian bajo la modalidad de asegurados potestativos”.

Asimismo, respecto al seguro de trabajo de riesgo el Decreto Supremo N° 009-97-SA en su art. 82 señala “El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo otorga cobertura adicional por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados regulares del seguro social de salud. Es obligatorio y por cuenta de las entidades empleadoras que desarrollan las actividades de alto riesgo especificadas en la referida norma..”

Por lo expuesto anteriormente, la regulación señala que los afiliados pueden ser regulares, potestativos y afiliados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

En relación a los aportes de asegurados regulares el

Decreto Supremo N° 009-97-SA en su art. 33 señala “El aporte de los afiliados regulares en actividad, incluyendo tanto los que laboran bajo relación de dependencia como los socios de cooperativas, equivale al 9% de las remuneraciones o ingreso. Es de cargo obligatorio de la Entidad Empleadora que debe declararlos y pagarlos mensualmente al IPSS (hoy EsSalud), sin efectuar retención alguna al trabajador, dentro de los primeros cinco días del mes siguiente a aquél en que se devengaron las remuneraciones afectas”

La cobertura para los asegurados regulares, regulados en el Decreto Supremo N° 009-97-SA en su art. 34 señala “La cobertura del Seguro Social de Salud, para los afiliados regulares y sus derechohabientes, comprende las prestaciones de la capa simple referidas en la norma y las prestaciones de la capa compleja definidas... Los asegurados regulares en actividad tienen derecho a las prestaciones de primera capa a cargo del IPSS (hoy EsSalud) de la Entidad Empleadora a través de servicios propios o de planes contratados con una Entidad Prestadora de Salud, según el caso; así como las prestaciones de la capa compleja y subsidios económicos a cargo del IPSS (hoy EsSalud)”.

A manera de aclaración, las enfermedades de la capa simple representan diagnósticos de mayor frecuencia y menor complejidad, son sencillas y frecuentes; y las enfermedades de capa compleja representan diagnósticos muy complicados, de alto costo y que requieren hospitalización prolongada.

Asimismo, respecto a los créditos contra los aportes en el Decreto Supremo N° 009-97 SA en su art. 39 señala “Las Entidades Empleadoras que otorgan cobertura de salud a sus trabajadores en actividad, mediante servicios propios o a través de planes o programas de salud contratados con Entidades Prestadoras de Salud, gozarán de un crédito respecto de las aportaciones señaladas en la norma”. Respecto al crédito contra los aportes en su art. 40 señala “El crédito establecido en el Art.15 de la Ley N° 26790, será equivalente al 25% de los aportes a que se refiere el inciso a) del art.6 de dicha ley, correspondientes a los trabajadores que gocen de la cobertura ofrecida

por la Entidad Empleadora”.

Por lo indicado anteriormente el crédito de los aportes a favor de las Entidades Prestadoras de Salud es del 2.25% de los ingresos de los trabajadores asegurados.

De acuerdo al Decreto Supremo N 009-97 SA en su art. 41 se señala “La cobertura que ofrezca la Entidad Empleadora con cargo al crédito, sea a través de servicios propios o de planes contratados con una Entidad Prestadora de Salud, deberá contemplar los mismos beneficios para todos los trabajadores cubiertos y sus derechohabientes, independientemente de su nivel remunerativo. Dicha cobertura no excluirá el tratamiento de dolencias preexistentes y comprenderá, al menos las prestaciones de la capa simple y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el seguro complementario de trabajo riesgo; manteniendo los asegurados su derecho a la coberturas correspondientes a la capa compleja y a las prestaciones económicas, por cuenta del IPSS (hoy EsSalud). Cualquier trabajador puede optar individualmente por mantener su cobertura íntegramente a cargo del IPSS (hoy EsSalud)”.

De acuerdo a los estudios que sustentan la creación de las Entidades Prestadoras de Salud sólo el crédito de los aportes no son suficientes para financiar los planes de salud, en ese sentido la misma norma en su art. 42 señala “Los planes de salud ofrecidos por las EPS podrán incluir copagos, a cargo del asegurado, destinados a promover el uso equitativo de las prestaciones de recuperación de la salud señaladas en esta norma. Salvo consentimiento expresado por cada trabajador en forma individual al tiempo de la votación prevista en este reglamento para elegir las EPS y el plan de salud, los copagos a cargo del asegurado regular no podrán superar el 2% de su ingreso mensual por cada atención de carácter ambulatorio no el 10% de dicho ingreso por cada atención de carácter hospitalario Los copagos tampoco podrán exceder el 10% del costo del tratamiento, sea ambulatorio o por hospitalización. No están sujetas al copago algunas atenciones en servicios de emergencia, la prestación de maternidad ni las prestaciones por educación para la salud, evaluación y control de riesgos, inmunizaciones, prestaciones económicas

y subsidio por incapacidad temporal. Tampoco las que ofrezcan las Entidades Empleadoras en establecimientos propios de salud”.

La cobertura para asegurados potestativos regulados en el Decreto Supremo N° 009-97-SA en su art. 24 señala “Los trabajadores y profesionales independientes, incluidos los que estuvieron sujetos a regímenes especiales obligatorios, y las demás personas que no reúnan los requisitos para una afiliación regular, así como todos aquellos que la ley determine; se afilian al seguro social bajo la modalidad de potestativos.”. Asimismo, en su art. 25 señala “La afiliación de los asegurados potestativos se realiza libremente ante el IPSS (hoy EsSalud) o cualquier Entidad Prestadora de Salud, de acuerdo al plan que ellos elijan”.

Asimismo, respecto a la cobertura la referida norma señala en su art. 26 “Los planes potestativos ofrecidos por el IPSS (hoy EsSalud) o las Entidades Prestadoras de Salud deberán cubrir todas las prestaciones contenidas en el Plan Mínimo de Atención; pudiendo además, incluir prestaciones adicionales de cualquier índole. En caso de afiliarse al IPSS (hoy EsSalud), efectuarán sus aportaciones directamente a esta entidad. En caso de afiliarse a una Entidad Prestadora de Salud efectuará el pago de la retribución correspondiente a la Entidad Prestadora de Salud elegida”. En relación a los aportes en su art. 27 señala “El aporte de los afiliados potestativos se determina en función al contenido y naturaleza del plan elegido. Es de cargo del afiliado y se expresa en términos monetarios según lo establecido en el contrato, independiente de sus ingresos”.

La cobertura para asegurados al Seguro Complementario de Trabajo y Riesgo esta regulada en el Decreto Supremo N° 009-97-SA en su art. 82 señala “El Seguro Complementario de Trabajo y Riesgo otorga cobertura adicional por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados regulares del seguro social de salud. Es obligatorio y por cuenta de las entidades empleadoras que desarrollan las actividades de alto riesgo...”.

Asimismo, el art. 83 señala “La cobertura de salud por trabajo de riesgo comprende la asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional; atención médica; rehabilitación y readaptación laboral, cualquiera que sea su nivel de complejidad... ..”.

Respecto a la operatividad de las Entidades Prestadoras de Salud el Decreto Supremo N° 009-97-SA señala en el Capítulo VII diversas regulaciones y que a continuación se presenta un resumen del mismo:

- Las Entidades Prestadoras de Salud tienen como objetivo exclusivo el de prestar servicios de atención de salud (Art. 56).
- Las Entidades Prestadoras de Salud mantendrán los márgenes de solvencia y los niveles de otros indicadores determinados por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (Hoy SUSALUD), para garantizar la solidez patrimonial y el equilibrio financiero, de sus operaciones en el corto y mediano plazo. (Art. 58).
- Las Entidades Prestadoras de Salud deben contar al menos con infraestructura propia indicada en la regulación. La infraestructura propia debe ser suficiente para atender directamente al menos al 30% de la demanda de prestaciones de sus afiliados.(Art. 59).
- Las Entidades Prestadoras de Salud son responsables frente a los usuarios por los servicios que preste con infraestructura propia o de terceros. (Art. 62).

METODOLOGÍA

La investigación, es de tipo no experimental, debido a que se realizará un análisis descriptivo de los hechos económicos, financieros y administrativos que han ocurrido en el mercado de salud debido a la participación de las Entidades Prestadoras de Salud en el año 2014. El estudio presenta fuentes teóricas que servirán de parámetros a la investigación.

La presente investigación sobre “Análisis del Mercado de las Entidades Prestadoras de Salud” tiene un enfoque cuantitativo, es un estudio descriptivo; porque presenta las características y resultados del modelo de gestión social, económico y financiero de las Entidades Prestadoras de Salud y su comportamiento, con el objetivo de contribuir a lograr eficiencia, equidad y solidaridad en el sistema de seguridad social en salud privada del país.

La presente investigación ha requerido la utilización

del Análisis de contenido documental, la misma que se efectuará por medio de la búsqueda de información y documentos de cada entidad prestadora de salud y de la Superintendencia Nacional de Salud (antes Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud). Para aplicar el análisis de contenido se han establecido las siguientes categorías, la misma que se muestra en la Tabla N° 01.

De lo anterior, se puede determinar cuál ha sido el comportamiento de dichas entidades en el período

Tabla N° 01
Análisis de Contenido al Objeto de Estudio

| Categoría de Tipo | Descripción | Fuente |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Evaluación de afiliaciones al sistema de EPS por tipo de seguro año 2014 | Anuario Estadístico de SUSALUD, Informes anuales de EPS. |
| 2 | Evaluación de los aportes, y prestaciones. | Memoria e informe de Anuario Estadístico de SUSALUD, Informes anuales de EPS. |
| 3 | Evaluación de las afiliaciones y el porcentaje de siniestralidad de las EPS | Memoria e informe de Anuario Estadístico de SUSALUD, Informes anuales de EPS. |

Fuente: Elaboración Propia

2014. Finalmente, una vez concluido el análisis y la interpretación de los resultados se elaborará las respectivas conclusiones..

Análisis del Mercado de las EPS

Las Entidades Prestadoras de Salud de acuerdo al marco legal vigente pueden ser empresas públicas, privadas o mixtas, que brinda servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a la regulación de la Superintendencia Nacional de Salud. En la actualidad las Entidades Prestadoras de Salud son empresas privadas.

Oferta- Portafolio de productos

Las Entidades Prestadoras de Salud ofrecen dos planes de salud. Un plan de salud en general (seguros regulares y potestativos) y un plan de salud para trabajos de riesgo.

Los seguros regulares están dirigidos a trabajadores dependientes y derecho-habientes, es obligatorio

para Essalud pero es opcional para las Entidades Prestadoras de Salud donde la empresa aporta el equivalente al 2.25% de su sueldo y 6.75% a EsSalud. Si el plan de salud que se desea no es cubierto con el aporte del 2.25%, la empresa o el trabajador aporta la diferencia. Los planes de salud incorporan copagos que son cubiertos por el trabajador y derecho-habientes en el momento de la atención. Las Entidades Prestadoras de Salud atiende a los afiliados que requieren atención en capa simple y EsSalud debe continuar con la posibilidad que el afiliado pueda atenderse en EsSalud en capa simple y en capa compleja.

Los seguros potestativos están dirigidos a cualquier persona que no trabaja como dependiente, su característica es de ser un seguro opcional, el afiliado paga una tarifa en función al plan de salud que demande.

Los seguros para trabajo y riesgo (denominados Seguro Complementario de Trabajo y Riesgo SCTR), son obligatorios para las empresas que están clasifi-

cadadas como entidades que realizan actividades de riesgo. La empresa puede optar por EsSalud o por una Entidad Prestadora de Salud. La empresa asume los pagos de los planes de salud.

Afiliados al sistema de EPS

Los afiliados al sistema de Entidades Prestadoras de Salud al 31 de diciembre del 2014.

Tal como se puede apreciar en el Tabla N° 02 los afiliados a planes de salud en general (regulares y potestativos) en el año 2014 es de 832,408 afiliados, esta cifra representa el 3.43% del sistema de asegu-

ramiento universal en salud (en el año 2014 es de 24,269,535 afiliados) y los afiliados regulares que son de 776,726 afiliados a las Entidades Prestadoras de Salud representa el 10.22% de los afiliados a EsSalud (en el año 2014 es de 7,594,055 afiliados). Si bien es cierto en los últimos años ha existido un importante crecimiento de afiliados al sistema de Entidades Prestadoras de Salud, su participación respecto a todo el sistema todavía no es significativa.

La afiliación a los sistemas de salud contributivo está vinculado a asegurar al trabajador que se encuentra en planilla de la empresa, en ese sentido, el crecimiento de la población de afiliados a estos sistemas

Tabla N° 02:
Afiliaciones a Planes de Salud en General - Regulares y Potestativos

| Tipo de Seguro | Condición | Número de Afiliados |
|-------------------------|-------------------|---------------------|
| Regulares | Asegurados | 776,726 |
| | Titulares | 361.615 |
| | Derecho-habientes | 415,111 |
| Potestativos | Asegurados | 55,682 |
| Trabajo y riesgo (SCTR) | Asegurados | 1,126,868 |
| Total Sistema | | 1,959,276 |

Fuente: Anuario Estadístico SUSALUD 2014

y en especial al sistema de Entidades Prestadoras de Salud está sujeto al nivel de formalidad que tiene la población económicamente activa.

Los afiliados por tipo de Entidad Prestadora de Salud y el análisis de la participación porcentual por EPS al 31 de diciembre del 2014 se presenta en la Tabla N° 03 (Continúa en la sgte. página)

Tal como se puede apreciar en la Tabla N° 03 respecto a los afiliados regulares, la EPS Pacífico Salud es la líder en afiliaciones en el seguro regular con 394,105 afiliados que representa el 50.74%, seguido muy cerca por Rimac que alcanzó en el mismo período 341,956 afiliados que representa el 44.03%, las EPS Mapfre Perú y La Positiva Sanitas no tienen participación significativa. Asimismo, es importante

Tabla N° 03
Afiliaciones por EPS por tipo de seguro año 2014

| Entidad Prestadora de Salud | Afiliados Regulares | Afiliados Potestativos | Afiliados al SCTR |
|-----------------------------|---------------------|------------------------|-------------------|
| Afiliados | | | |
| Rímac | 341,956 | 34,306 | 354,419 |

| | | | |
|--------------------------|----------------|---------------|------------------|
| Pacífico Salud | 394,105 | 2,781 | 381,530 |
| Mapfre Perú | 23,951 | 1,546 | 221,127 |
| La Positiva Sanitas | 16,714 | 17,049 | 169,792 |
| Total | 776,726 | 55,682 | 1,126,868 |
| | | | |
| Participación (%) | | | |
| Rímac | 44.03 | 61.61 | 31.45 |
| Pacífico Salud | 50.74 | 4.99 | 33.86 |
| Mapfre Perú | 3.08 | 2.78 | 19.62 |
| La Positiva Sanitas | 2.15 | 30.62 | 15.07 |
| Total | 100.00 | 100.00 | 100.00 |

Fuente: Anuario Estadístico SUSALUD 2014

señalar que la oferta del mercado de EPS en asegurados regulares está concentrado en dos EPS que son Rimac y Pacífico Salud, que captan el 94.77% del total de afiliados regulares al sistema de EPS.

Respecto a los afiliados potestativos, la EPS Rimac es la líder de afiliaciones con 34,306 afiliados que representa el 61.61%, seguido por la EPS La Positiva Sanitas que alcanzó en el mismo período 17,049 afiliados que representa el 30.62%, las EPS Pacífico Salud y Mapfre Perú no tienen participación significativa.

Respecto a los afiliados al SCTR, la EPS Pacífico Salud es la líder de afiliaciones al SCTR con 381,530 afiliaciones que representa el 33.86%, seguido por la EPS Rimac con 354,419 afiliados que representa el 31.45%, las EPS Mapfre Perú con 19.62% y la Positiva Sanitas con 15.07% también tienen una participación muy importante; con lo cual existe una elevada competitividad en la oferta de los planes de salud de SCTR.

Aportes, prestaciones y siniestralidad al sistema de EPS

Los aportes, prestaciones y siniestralidad de las Entidades Prestadoras de Salud al 31 de diciembre del 2014.

Tal como se puede apreciar en la Tabla N° 04 respecto a los afiliados regulares presentan un margen de prestaciones por mes positivo, si bien es cierto es un margen positivo, se debe tener en cuenta que es un margen de prestaciones de salud, es decir no incorporan los gastos operativos. Asimismo, respecto a la siniestralidad de los afiliados es mayor incluso que la siniestralidad del sistema, es necesario revisar los mecanismos de financiamiento y control de costos que tienen este tipo de entidades.

Respecto a los afiliados potestativos presentan un margen de prestaciones por mes negativo, por lo que es necesario revisar los planes de salud ofertados y el manejo de las exclusiones por preexistencia. Asimismo, respecto a la siniestralidad de los afiliados, en este tipo de planes de salud requiere una revisión integral de la oferta.

Respecto a los afiliados al SCTR presentan un margen de prestaciones positivo, pero no es significativo, lo cual se explica por el tipo de cobertura masiva de estos planes de salud, la cantidad de afiliados y los tipos de atenciones que se brindan en este tipo de planes de salud.

Tabla N° 04
Aportes, prestaciones y siniestralidad del sistema de EPS año 2014

| Conceptos | Afiliados Regulares | Afiliados Potestativos | Afiliados al SCTR | Sistema EPS |
|--------------------------------|---------------------|------------------------|-------------------|-------------|
| Afiliados | 776,726 | 55,682 | 1,126,868 | 1,959,276 |
| Aporte en miles de soles | 1,388,584 | 71,593 | 236,856 | 1,697,033 |
| Prestaciones en miles de soles | 1,157,679 | 91.804 | 101,836 | 1,351,320 |
| Margen en prestaciones por mes | 24.77 | -30.25 | 9.98 | 14.70 |
| % Siniestralidad | 83.37% | 128.23% | 42.99% | 79.63% |

Fuente: Anuario Estadístico SUSALUD 2014

De la Tabla N° 04 se aprecia que el margen de prestaciones es de S/ 14.70, si bien es cierto es un margen positivo debe tenerse en cuenta que es un margen en prestaciones y no un margen operativo. Respecto a la siniestralidad que alcanzó un 79.63%, se debe señalar que el punto crítico del sistema de Entidades Prestadoras de Salud.

CONCLUSIONES

1. Con la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud Ley N° 26790 el Estado Peruano ha otorgado a los inversionistas privados la posibilidad de participar en el mercado de salud privado bajo un régimen contributivo, a través de las entidades denominadas en la Ley Entidades Prestadoras de Salud.
2. La afiliación a las Entidades Prestadoras de Salud es voluntaria pero requiere votación de los trabajadores para que se apruebe su participación; la financiación de los planes de salud se logra con el 25% de los aportes a EsSalud (es decir 2.25%) y la diferencia con un pago adicional de los afiliados o de la empresa, o de ambos. Con esa afiliación el trabajador no pierde su derecho de atenderse a EsSalud.
3. Los aportes deben gestionar los gastos de salud de los afiliados regulares y potestativos a los que se les ofrece planes de salud en general para que puedan acceder a centros de salud privados para que se atiendan en enfermedades de capa simple y mantengan la atención en EsSalud en capa simple y compleja.
4. Las Entidades Prestadoras de Salud tienen 832,408 afiliados (regulares y potestativos), esta cifra representa el 3.43% del sistema de aseguramiento universal en salud y los afiliados regulares que son de 776,726 afiliados a las Entidades Prestadoras de Salud representa el 10.22% de los afiliados a EsSalud. Si bien es cierto en los últimos años ha existido un importante crecimiento de afiliados al sistema de Entidades Prestadoras de Salud, su participación respecto a todo el sistema todavía no es significativa.
5. En las Entidades Prestadoras de Salud el producto de salud más importantes lo constituyen los planes de salud dirigidos a afiliados regulares, en estos planes de salud la EPS Pacífico Salud es la líder en afiliaciones con 394,105 afiliados que representa el 50.74%, seguido muy cerca por Rimac con 341,956 afiliados que representa el 44.03%, las EPS Mapfre Perú y La Positiva Sanitas no tienen participación significativa. Al

respecto, la oferta del mercado de EPS en asegurados regulares está concentrado en dos EPS que son Rimac y Pacífico Salud, que captan el 94.77% del total de afiliados regulares al sistema de EPS.

6. La siniestralidad que presenta el sistema de Entidades Prestadoras de Salud en el año 2014 es de 79.63%, dicha cifra es alta y representa el punto crítico del sistema por lo cual es necesario desarrollar tareas de monitoreo permanente de los planes de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERNAL, C. (2010). Metodología de la Investigación. Colombia: Editorial Pearson tercera edición.
2. DECRETO SUPREMO N° 009-97. (1997) Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Perú. Acceso en web ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/DS-009-97-SA_RLMSS.pdf.
3. LEY N° 26790. (1997). Ley de la Seguridad Social en Salud. Perú. Acceso en web <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26790.pdf>.
4. RATHE, M. (2012). Conferencia sobre Economía de la Salud: Conceptos básicos. República Dominicana: Fundación Plenitud.
5. SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA LA EQUIDAD EN SALUD (2002). Declaración sobre Equidad en Salud en Toronto en el marco de la Segunda Conferencia Internacional. Estados Unidos: Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 12 (6).
6. SUSALUD. (2015). Anuario Estadístico 2014. Perú: Publicación elaborada por la Intendencia de Investigación de la Superintendencia Nacional de Salud. www.susalud.portales.susalud.gob.pe/web/portal.
7. WHITETHEAD, M. (1990). Concepts and Principles of Equity and Health. Estados Unidos: Who Copenhagen.