PN-ABE-304
64749

HEALTH CARE FINANCING IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
USAID Contract #LAC-0632-C-00-5137-00

# Metodos del Financiamiento Privado de la Atencion Medica en Lima Metropolitana (resumen del informe "Private Health Care Financing Alternatives in Metropolitan Lima, Peru")


Prepared by:

**Julio Castaneda Costa y Jose Carlos Vera**


Submitted to:

State University of New York at Stony Brook

1987


Group Health Association of America, Inc.
1129 20th Street, N. W.
Washington, D. C. 20002

# METODOS DEL FINANCIAMIENTO PRIVADO

# DE LA ATENCION MEDICA EN LIMA METROPOLITANA

Julio Castaneda Costa
y Jose Carlos Vera

Resumen del informe "Private Health Care Financing Alternatives in Metropolitan Lima, Peru," preparado bajo auspicios del Group Health Association of America, Inc., para State University of New York and Stony Brook.

AID Contract No. LAC 0632-C-00-5137-00 Lima, Peru, 1987

# RESUMEN

## INTRODUCCION

Un equipo de profesionales realizó un trabajo de investigaciòn, explorando las alternativas de financiamiento de la atención de la salud, mediante pòlizas de seguros de salud y otros planes de cobertura del riesgo financiero, para la poblaciòn de Lima Metropolitana y Callao, Perù, como una alternativa a los sistemas tradicionales de financiamiento a cargo del gobierno.

El Informe presentado por el equipo describe los sistema existentes y referidos al sector privado, su evoluciòn, las configuraciones existentes y los patrones dominantes, y estima el potencial de crecimiento de los sistemas de prepago en Lima/Callao.

Dentro de lo posible utilizò datos estadìsticos de estudios y de reportes descriptivos efectuados anteriormente, asi como los datos que proporciona la Encuesta Nacional de Nutriciòn y Salud, ENNSA-PERU-1984, asi como la informaciòn elaborada para el Anàlisis del Sector Salud, ANSSA-PERU, recientemente concluido. Adicionalmente, el equipo coleccionò datos disponibles y efectuò entrevistas con aseguradores, promotores de seguros, administradores de fondos y proveedores de servicios privados de salud.

## 1. EVOLUCION

Hasta mediados de la dècada de los años setenta, los servicios de atenciòn provistos para la población de Lima Metropolitana y el Callao por el Ministerio de Salud (MS) y el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), eran de relativa buena calidad. El influjo de migrantes rurales al àrea metropolitana, combinado con la creciente urbanizaciòn, y el desmejoramiento de la situacion econòmica, causò deterioro de la balanza de pagos y reducciòn de la producciòn industrial, disminuyendo asi las posibilidades del Gobierno de incrementar los presupuestos para ampliar y operar estos servicios de salud, los cuales soportan una mayor demanda por el incremento poblacional, habida en cuenta que los precios se elevan rapidamente y los hospitales tienen los costos de operacin màs elevados. El deterioro de la calidad es acelerado y los pacientes de ingresos econòmicos medios y aun medios bajos, habituales clientes de estos servicios pùblicos, buscan atenciòn en los servicios privados.

Un volumen importante de estos pacientes, inicialmente paga directamente por la atenciòn recibida en los servicios privados con

base a tarifa por servicios, pero los costos de los servicios de salud crecen màs rapidamente que el indice de precios al consumidor. La respuesta es un significativo crecimiento de las ventas de pòlizas de seguro , sugerente que los residentes de Lima/Callao toman conciencia de la necesidad de mantener algùn sistema que los cubra del riesgo econòmico de enfermar.

Por esta època, los mayores empleadores comenzaron a mostrarse interesados en los beneficios de los programas privados de salud por dos razones: como una forma de incrementar los beneficios de sus trabajadores sin elevar los salarios, y como un suplemento o reemplazo para los inadecuados servicios prestados a sus empleados por el IPSS, los cuales en ningun caso incluye a los dependientes, excepto por obstetricia y al recien nacido.

En suma, la aparicion y crecimiento de sistemas capaces de financiar el gasto que implica recibir atencion de la salud es un fenòmeno restringido practicamente a Lima/Callao, y se considera como resultado directo de los cambios econòmicos y sociales acaecidos en el pais en los años setenta. De acuerdo con la mayoria de los investigadores, el mercado de los sistemas de prepago se està trasladando de la posicion de las pòlizas de las compañias de seguros hacia los sistemas de prepago manejados por los proveedores de servicios de atencion de la salud.

## 2. SITUACION

Se estima que el sector privado cubre los riesgos financieros de atencion de la salud de cerca de 470,000 personas en Lima/Callao, o sea alrededor del 8.3% del total de la poblacion metropolitana, mediante varios sistemas de financiamiento por prepago.

En todos los sistemas de financiamiento por prepago se ha detectado que intervienen cuatro actores principales: i) la organizacion financiera responsable de cubrir el riesgo financiero, lo que implica responsabilisarse por el pago total o parcial de los gastos incurridos en recuperar la salud, incluyendose en este tipo a los promotores o asesores de seguros (brokers) los cuales actuan en roles tales como: intermediarios de las compañias de seguros con los proveedores de servicios o con los usuarios, como administradores de fondos de beneficios por una tarifa o corriendo solamente el riesgo de no obtener utilidades; ii) los prestadores de los servicios de atencion de la salud de caracter privado, organizados como clinicas y centros de atencion ambulatorios; iii) los mèdicos afiliados a estos o en consultorios individuales; y finalmente, iv) los usuarios de los servicios los cuales, agrupados o individualizados buscan algùn sistema que les permita protegerse del riesgo financiero que implica la recuperacion de la salud.

Las relaciones que mantienen estos actores pueden ser categorizados dentro de cuatro configuraciones bàsicas, utilizando diferentes criterios como: la forma organizacional de los aseguradores y de los proveedores, la asunción del riesgo financiero por los aseguradores (total o parcial, copagos, exclusiones,etc); la extension de los beneficios acordados (ambulatorios, internamientos, medicinas, etc.); las relaciones entre el asegurado y el proveedor, entre otras.

El primer tipo de configuraciòn, se estima, ha capturado una parte de la clientela como del 45% del mercado( 215,000 personas) mediante acuerdos contenidos en diferentes pòlizas de seguros que ofertan las compañias de seguros. Estos convenios son las primeras formas de prepago establecidos en Lima/Callao alrededor de los años setenta. Las pòlizas son vendidas directamente por las compañias de seguros o a travès de "asesores de seguros" o "promotores de seguros", (brokers), tanto a grandes grupos de empleados como a familias aisladas. Las compañias de seguros abonan a los proveedores el valor de los servicios prestados a los usuarios asegurados, por acto médico, mediante tarifas pre-establecidas, algunas veces unilateralmente por aquellos, o reembolsan a los usuarios los gastos incurridos aplicando esas tarifas. Los usuarios deberan abonar los excesos o diferencias en que incurran asi como los copagos y deducibles acordados.

Las pòlizas pueden tener diferentes coberturas y alcances variando tambien las primas y las compañias de seguros asumen los riesgos dentro de estos limites. En esta configuraciòn es frecuente la sobreutilizaciòn de los servicios y el exceso de atenciones dada la poca capacidad de las compañias de seguros para mantener sistemas de control eficientes. Las compañias de seguros no constituyen un grupo homogèneo en terminos de politicas comunes sobre beneficios, exclusiones, limites de cobertura, copagos, deducibles, relaciones entre aseguradores y proveedores y solo recientemente un grupo de 4 de ellas han acordado un tarifario còmun.

Un segundo tipo de configuraciòn para cubrir el riesgo de financiamiento de la atenciòn de la salud, es la denominada como "fondos de beneficios", forma tipicamente asociada a empleadores con gran nùmero de trabajadores a su cargo. Las contribuciones de los empleados pueden ser provenientes de mecanismos administrativos como las multas por faltas de disciplina, tornandose entonces en una forma de herramienta de la administraciòn, que evoluciona a un esquema administrativo de auto-seguro, en el cual los trabajadores y los empleadores aportan para la conformaciòn del fondo. Si el total de pagos por servicios obtenidos por los usuarios supera la disponibilidad de fondos, la administraciòn del fondo requerirà de los contribuyentes fondos adicionales para cubrir la diferencia. Estos fondos pueden ser administrados por la misma

compañia, o por un administrador, generalmente un asesor o promotor de seguros, mediante el pago de una tarifa. Estos administradores de fondos eventualmente obtienen una cobertura del riesgo mediante pòlizas masivas de una compañia de seguros con primas màs econòmicas; otros acuerdan la prestaciòn de los de servicios que consideran necesarios con una clinica como ùnica proveedora de los servicios, a la cual entregan las cuotas colectadas obteniendo un acuerdo similar a un prepago clàsico pero en mejores condiciones de costo o de limites de cobertura. Otros asumen directamente el riesgo financiero y acuerdan tarifas preferenciales por acto mèdico con varias clìnicas, centros ambulatorios y aùn mèdicos independientes.

En este esquema, los sistemas de control de utilizaciòn y aplicaciòn de tarifas se muestran màs eficientes habida en cuenta que los excesos deben ser pagados por los usuarios mediante cuotas adicionales. Dependiendo de los acuerdos con los proveedores puede o no haber copagos y deducibles. Los limites de cobertura son variables pudiendo incluir atenciones generalmente excluidas como atenciones odontològicas, protesis, oftalmometria, etc.

El riesgo no lo asume la administraciòn de los fondos, sea èsta el mismo empleador, un broker contratado o un arreglo de prepago, ya que los excesos deberan ser cubiertos por los participantes en el plan, el riesgo entonces està siempre en manos de los participantes.

El tercer tipo puede ser denominada como un esquema de "promotor de seguros-como-coasegurador". En èste , el administrador de los fondos, que es un "broker" o "promotor de seguros", acuerda asumir un mìnimo de riesgo al administrar los fondos de un grupo que es muchas veces organizado por él mismo. Su riesgo es limitado en forma que: i) si el total de los pagos por servicios para un periodo de tiempo, sobrepasa el monto recaudado, el fondo deberà abonar la diferencia resultante para cubrir los pagos; y ii) si el total de los pagos es menor que el total de los fondos recaudados, el administrador obtiene esta diferencia como utilidad. El riesgo esta en no obtener utilidades por la administraciòn de los fondos durante un periodo, pero no hay riesgo de cubrir parte de los gastos por atenciones otorgadas a los usuarios. En este esquema el administrador de los fondos tiene el total manejo de las cuotas recaudadas y es èste un poderoso elemento para el control de los costos de las atenciones y de la supervisiòn y auditoria de la utilizaciòn de los servicios.

Se estima que entre el segundo y tercer tipo de configuración cubren aproximadamente a 215,000 personas o sea otro 45% del total del mercado.

El cuarto tipo de configuraciòn y uno de los màs interesantes para este reporte, es una forma de mecanismo de prepago nuevo en el Perù: el proveedor de servicios tambien cubre el riesgo

financiero. Cuatro de estos planes, respaldados por clínicas privadas y ofertando coberturas inteligentemente calculadas han sido identificadas en el àrea metropolitana. El màs importante rasgo de estos planes de "proveedor-financiador" es la unión de los mecanismos de asegurar y de proveer los servicios, una relación que frecuentemente, aun cuando no siempre, implica una partición del riesgo financiero entre la administración de los servicios de salud , los mèdicos y la organización administradora del plan, y, consecuentemente, se incrementa el control de costos y se trata de instaurar medidas eficientes para los controles de sobreutilización y de atenciones innecesarias.

Se han desarrollado hasta tres variantes de esta configuración, según la entidad que asume el riesgo: i) la clínica asume el riesgo y paga a los mèdicos mediante tarifa por acto mèdico; ii) la clínica y los mèdicos, en proporciones acordadas, asumen el riesgo y la partición de los ingresos por cuotas; y, iv) una organización aparte de la clínica y de los mèdicos asume el riesgo y paga a los mèdicos y a la clínica aplicando una tarifa preestablecida.

Aun cuando la elección del proveedor de los servicios por parte del usuario està limitada a las clínicas y mèdicos afiliados al plan, las coberturas y beneficios ofertados son comparables con las ofrecidas por las pòlizas de las compañías de seguros y de los administradores de fondos, sus cuotas son menores y sus trámites burocràticos reducidos, por ello son competitivos en el mercado. Debido a su relativamente reciente establecimiento y algunos fracasos iniciales, su tamaño es pequeño y cubren a lo màs a 40,000 personas. Dado que el riesgo se encuentra en manos de alguno o de todos los actores prestadores de servicios, los sistemas de control de sobreutilización y de atenciones innecesarias se facilitan.

## 3. ANALISIS COMPARATIVO.

La determinación de la posible expansión del mercado de cobertura de riesgo mediante algún sistema de prepago, se debe basar en la comparación de las características de: la distribución de los riesgos financieros, los beneficios ofrecidos en relación con las primas exigidas, y, las actuales coberturas del mercado por cada configuración.

a. Distribución de los riesgos financieros.

Todos los mecanismos de prepago identificados tiene un factor en comun: el individuo traslada su riesgo a la organización con la cual ha acordado una cobertura y èstas asumen este riesgo en diferentes formas.

(1) Las compañias de seguros: varian grandemente los limites de cobertura segùn diferentes modelos de pòlizas y aun del mismo modelo de pòliza para diferentes clientes. Invariablemente los excesos de la cobertura son pagados por el beneficiario de la poliza, pero los limites pueden variar entre diferentes beneficiarios asi como tener diferentes primas.

Por otro lado, el mercado competitivo dificulta a las compañias imponer verdaderas medidas de control de la sobreutilizaciòn y de atenciones innecesarias, dada la posibilidad de perder al cliente y no solo en la venta de las pòlizas de salud, tambien de pòlizas de seguros de otros riesgos que son màs rentables. Esta situaciòn hace que los copagos y deducibles sean una debil medida de control.

(2) Los fondos de beneficios tienen diferentes sistemas de operaciòn y sus dificultades con los proveedores son frecuentes, tanto por diferencias en la aplicaciòn de tarifas como por la sobreutilizaciòn de los servicios y las atenciones innecesarias en que se incurre. Cuando la administración de los fondos depende del empleador de los usuarios, generalmente no cuentan con personal calificado para fines de control y auditoria. Cuando la administración está a cargo de un broker esté trata de economizar en gastos de este tipo teniendo en cuenta que los excesos del limite de los fondos en que se incurra al pagar las atenciones seran cubiertos por el fondo, por lo cual las medidas de control tienden a ser escasas.

(3) En "los proveedores de servicios-cubridor de riesgo financiero", la cobertura del riesgo pueden ser localizada en tres diferentes tipos organizacionales: la clinica, los mèdicos y el plan en si.

Cuando la clinica y el plan forman una misma estructura y los mèdicos no estan formalmente asociados a èsta, los pagos se haran a estos por acto mèdico segùn una tarifa y la sobreutilizaciòn y atenciones innecesarias pueden no ser controladas. Cuando los mèdicos estan formalmente asociados a la estructura de la "clinica-plan", estos puede ser retribuidos en forma de particiòn del total de los ingresos por las cuotas con lo cual la sobreutilizaciòn y las atenciones innecesarias son autocontroladas. En estas estructuraciones los gastos superiores a los ingresos no son trasladados a los usuarios, excepto los excesos de cobertura o limite, pero individualizados no en funciòn de grupo, por lo cual los controles se muestran màs eficientes.

Otra configuraciòn organizacional es cuando la clinica y los mèdicos conforman dos entidades legales diferentes y el plan tambien es otra instituciòn legal. Està ùltima paga las atenciones a la clinica y a los mèdicos por acto mèdico y aplicando tarifas preferenciales, pero es necesario tener en consideracion que la mayoria de los socios o miembros de las tres instituciones son los mismos, por lo tanto los controles se dan a nivel de acuerdo interno y las perdidas o ganancias son compartidas.

b. Comparaciòn de primas y beneficios entre las configuraciones de prepago.

No se ha determinado un patròn comùn de relaciòn entre el valor de las primas y la cobertura ofrecida por los aseguradores, los promotores-aseguradores, los fondos de beneficios y, los proveedores-financiadores, variando los valores en distintas proporciones asi como los sistemas de control de sobreutilizaciòn y de atenciones innecesarias. Algunos patrones de comportamiento son comunes a todos:

(1) Las pòlizas o contratos especifican los riesgos cubiertos y los excluidos con bastante claridad y son practicamente los mismos.

(2) El precio de la prima y el monto de la cobertura varian en diferentes condiciones:

- En pòlizas masivas a mayor nùmero de asociados menor costo de la prima y/o mayor monto de cobertura.

- Cuando la pòliza de salud es adicional a otras polizas que cubren otros riesgos y que se consideran de mayor rentabilidad, el valor de las primas es menor y las coberturan mayores.

- La posibilidad de escoger entre mayor nùmero de proveedores eleva el costo de la prima y/o reduce el valor de la cobertura.

- El pago por reembolso eleva el costo de la prima, mientras que la atenciòn solo por carta de garantia reduce este costo.

- La eliminaciòn de intermediarios como los promotores o brokers, baja el precio de las primas y aùn eleva los montos de la cobertura.

(3) Los sistemas de control son distintos pero por lo general insuficientes y deficientes.

- Los copagos, deducibles y franquicias en las pòlizas de seguros, con o sin la intervenciòn de brokers son una debil defensa contra la sobreutilizaciòn o la atenciòn innecesaria.

- Las auditorias a los proveedores y el control individualizado de los usuarios, que utilizan algunas administradoras de fondos, dan mejores resultados pero son muy escasos.

- El control de la sobreutilizaciòn y de atenciones innecesarias es màs eficiente en los sistemas en los cuales el proveedor de los servicios cubre el riesgo y los mèdicos participan directamente en la distribuciòn de los fondos y no reciben honorarios por acto mèdico.

c. Estimacion del tamaño del mercado.

La cantidad de personas cubiertas por algùn sistema de prepago en el sector privado en el àrea de Lima Metropolitana es muy dificil de calcular debido a la escacez de informaciòn. En las compañias de seguros los datos disponibles se refieren a las sumas totales obtenidas por concepto de primas, mientras que en los fondos de beneficios, en los fondos manejados por brokers y en los sistemas de prepago de los proveedores de servicios los datos son aun màs escasos.

Como una alternativa de estimaciòn se partiò del total de ventas efectuados por las compañias de seguros, de los promedios de precio de una pòliza modelo representativa, de los alcances de èsta en un grupo numeroso (pòliza masiva) y, del promedio de 4.5 personas por familia cubierta; se calculò una cifra de 215,000 personas cubiertas por pòlizas de compañias de seguros. De las entrevistas se aclarò que los administradores de fondos tienen un volumen similar de inscritos y los proveedores tendrian un total de 40,000 personas inscritas. Estas cifras han sido aceptadas por la mayoria de las gentes que mejor conocen el problema y laboran en algunos de los sistemas existentes, los cuales mencionan cifras entre 400,000 y 600,000. Si estas cifras son correctas y no hay argumentos que las niegen, la cantidad de personas cubiertas, por algùn tipo de seguro privado, del riesgo financiero es de solo el 4 % de las familias de Lima/Callao

## 4. DEMANDA POTENCIAL POR SEGUROS PRIVADOS

Se calcula cual podria ser la demanda por sistemas de prepago con base a los precios de las primas y los ingresos familiares, teniendo en consideraciòn algunas premisas:

- El precio de las primas varia entre 5 y 10 dolares mensuales por persona;

- Las familias aceptarian gastar alrededor del 5% de sus ingresos mensuales en atención de la salud;

- Cuando es politica empresarial la dotaciòn de estos sistemas, el empleado generalmente contribuye con el 50% del precio de la prima.

a. Demanda estimada de afiliaciòn por familias y grupos.

Dos diferentes escenarios se presentan para su estimaciòn: cuando en familias pagan el 100% de las primas y cuando en grupos pagan el 50%. En una cantidad de familias en Lima/Callao, calculada con base a las cifras obtenidas de ENNSA, con ingresos econòmicos, despues de los impuestos, suficientes para participar en planes de asunciòn del riesgo aceptables, los potenciales miembros familares a ser enrolados se podria estimar entre 330,000 personas de la clase alta, 500,000 de la clase media y 815,000 de la clase baja, mientras que los grupos enrolables con una contribucion del empleador del orden del 50% de la cuota, se estima en una cantidad de personas adicionales de 343,000 de la clase alta, 478,000 de la clase media, y cerca de 1'000,000 de la clase baja, como posible mercado.

El equipo de investigadores concluye que la demanda potencial por seguros privados de atenciòn de la salud en Lima/Callao, incluyendo todas las configuraciones descritas anteriormente, se encuentra entre 500,000 y 1'800,000 personas.

Estas estimaciones se efectuaròn con base a pòlizas representativas con primas de precio medio y coberturas aceptables y asumiendo que el 56% de las clases media y media alta estarian en situaciòn de adquirir una pòliza de seguro de salud en razòn de sus ingresos y en las presentes circunstancias econòmicas. En el caso de las formas en las cuales los empleadores colaboran con algo como el 50% del valor de la pòliza, se asume que el 80% de los empleados estarian en condiciones de obtener seguro en algùn sistema.

Otro factor importante en la estimaciòn del mercado, de cualquier configuraciòn de sistema de prepago y atenciòn, es el referente al precio promedio de la prima y al monto de las coberturas que èsta implica. Usando una pòliza con prima de bajo precio, con

base al promedio de 56 % referido a grupos familiares se estaria cerca a 815,00 personas y al promedio de 80% de grupos de trabajadores, se estaria alrededor de 980,000 personas.

Entre estos dos tipos: grupos y familias, existe un traslape debido a la gran variedad de modalidades de pòlizas y si èstas, cuando son masivas, cubre o no a la familia de los trabajadores, el volumen de esta duplicidad es imposible determinar dada la falta de informaciòn.

El equipo considera que de existir cada vez planes màs eficientes con primas menores y coberturas mayores, tal como los que estan desarrollando los proveedores de servicios, el crecimiento del mercado por estos planes en Lima/Callao facilmente alcanzaria un gran tamaño.

b. Factores que influyen en la expansiòn de los sistemas de prepago.

El mercado potencial por sistemas privados de prepago es significativo en Lima/Metropolitana y su prospecto esta relacionado con el desenvolvimiento de las diversas configuraciones observadas que deben ser puestas en la perspectiva de los cambios de las condiciones socio-econòmicos y de las politicas del Gobierno al respecto.

(1) Mejoramiento de la gestion de organizaciones de atenciòn

El volumen de la demanda y la probabilidad de alcanzar mayor desarrollo dependen en gran parte de la capacidad de las organizaciones prestadoras de servicios de absorver esta mayor demanda sin elevar los precios. Actualmente, las organizaciones no son capaces de soportar este crecimiento pudiendo ocurrir que: se incremente el nùmero de proveedores de servicios que ofertan sistemas de prepago y/o se creen nuevas formas de gestiòn de organizaciones de atenciòn, pero en ambos casos ellas deberan prestar servicios eficientemente y a precios relativamente bajos.

Es posible que en el corto y medio plazo, nuevos planes de salud se oferten por las clìnicas y centros mèdicos existentes, pero ello implica que estos ofertantes se familiaricen con los conceptos y la organizacion de los sistema de prepago. Especificamente, los administradores deben obtener los conocimientos y habilidades que implica los procedimientos operativos de estos, a fin de que se brinden màs eficientes servicios a relativamente precios bajos. Deberan incluso modificar sus actuales estructuras organizacionales eliminando los incentivos a la ineficiencia que muestran.

El incremento de la demanda puede ir al encuentro de nuevas formas organizativas, existiendo dos posibilidades: un sistema basado en la copropiedad del sistema de prepago entre los mèdicos y la clìnica o uno basado en la competencia entre los proveedores (mèdicos y clinica) y el sistema. En el primer caso el desarrollo de una organización propiedad de los dueños de las clìnicas y los mèdicos y manejada por un administrador designado, sera capaz de ofertar los sistemas de prepagos requeridos. En la segunda forma las organizaciones competentes crean y ofertan los sistemas y contratan los servicios con los proveedores( mèdicos y clinica) con base a compartir los riesgos del financiamiento.

Otras formas organizacionales pueden aparecer en los proximos años, que proveen coberturas aceptables a primas reducidas, en base a planes de las clinicas-financiadoras, elevando su eficiencia y en las cuales los mèdicos y las clìnicas sean coparticipes en el riesgo.

Varios factores pueden dificultar la expansiòn de los planes existentes de las clìnicas como financiadores del riesgo y en el desarrollo de nuevas formas de organizaciones de brinden atenciòn:

- Carencia de adecuada capacidad de manejo empresarial, especialmente de planeamiento, estadistica y conocimientos administrativos, tanto en las clìnicas privadas como en sus planes de prepago.

- La falta de capitales de riesgo para financiar los costos iniciales de los planes.

- Carencia de conocimientos especificos por parte de las clìnicas y los centros mèdicos acerca de los conceptos de manejo empresarial de los sistemas.

- Oposiciòn, especialmente de los mèdicos bien establecidos, a discutir ninguna otra forma de honorarios que no sea la tradicional de pago por acto mèdico.

- Resistencia de la población acerca de los planes de prepago por experiencias de fracasos anteriores y la creencia que un seguro de salud es un lujo no una necesidad.

- La consideraciòn del aporte al IPSS como un impuesto y del cual no hay excepciòn mediante un sistema alternativo. Los empleadores ven que los costos de los benefcios ascienden y los empleados observan que sus ingresos netos descienden al decidir por un sistema de seguro privado.

Por otro lado, varios factores pueden favorecer el desarrollo de nuevos o mejorar los modelos existentes de asegurar el financiamiento del riesgo esquematizados:

- Los planes de proveedor-financiador han mostrado tener ciertas ventajas en el mercado, incluyendo mayores beneficios y competitividad, con primas menores que las de pòlizas comerciales, no obstante la limitaciòn de escoger al proveedor. Ellos pueden expandir su cobertura, particularmente hacia la clase media baja, personas no comunmente cubiertas por pòlizas de seguros o por fondos de beneficios de los empleadores.

- El crecimiento del interes de los grandes empleadores, combinado con los requerimientos de sus empleados, en obtener alguna forma de cobertura del financiamiento del riesgo de enfermar, continuarà en tanto el Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social no incremente significativamente la calidad y eficiencia de sus servicios de salud.

- El exceso de oferta de mèdicos en Lima/Callao, permite a los administradores de sistemas de prepago negociar acuerdos màs ventajosos que los tradicionales de tarifa por acto mèdico, lo cual contribuye a la formaciòn de grupos de atenciòn en centros mèdicos y en clìnicas, los que pueden conformarse a su vez en otorgadores de planes de prepago.

- La natural evolución del mercado, en el cual la busqueda de formas con mayor eficiencia en el cuidado de la salud favorece la sobrevivencia y aùn el dominio de los sistemas màs eficientes.

(3) Desarrollo de las Empresas Administradoras de Fondos.

El desarrollo de las administradoras de fondos de beneficios en empresas grandes empleadoras, son un elemento fundamental en el crecimiento de los sistemas privados de salud y de las organizaciones proveedoras de servicios. Actualmente se considera que todas las compañias con 3,000 o màs empleados tienen algun forma de administradora de fondos y empresas menores logran, a travès de brokers, conformar grupos lo suficientemente numerosos reuniendo empleados procedentes de diferentes empleadores, para obtener mejores condiciones de primas y coberturas.

Dos factores pueden dificultar el desarrollo de las administradoras de fondos:

- Desconocimiento, debido a la inexperiencia de los administradores de los fondos y aun de los brokers, de los principios de un manejo eficiente de la organizaciòn y del potencial para negociar arreglos favorables con los proveedores y los grupos aseguradores, y

- Permanente inestabilidad de las condiciones laborales, incluyendo alta tasa de desempleo y la base econòmica suficiente para sustentar las coberturas en los sistemas privados de pre pago.

Por otro lado, hay dos factores que favorecen la expansion de las empresas administradoras de fondos:

- Por tratarse de una via para agrupar los recursos econòmicos de los empleados para compartir los riesgos y las facilidades de la colección de las primas por descuento por planilla, la centralizaciòn de la facturación y las revisiòn de cuentas, y

- Los beneficios de salud ofertados por los fondos son un medio pràctico de obtener cobertura para los dependientes, dado que el IPSS la provee solamente para maternidad y limitado cuidado ambulatorio a menores de 18 años.

(3) Recursos necesarios para satisfacer la demanda potencial.

Los requerimientos totales de camas hospitalarias para soportar la demanda actual y la expansiòn calculada se estima entre 1,600 y 3,200 camas. Mejorando la eficiencia y bajando las actualmente altas tasas de hospitalización las necesidades serian entre 1,160 y 2,600 camas. La estimación debe tener presente que los clientes de las clínicas es mixto y pacientes que no tienen ningun tipo de seguro tambien se hospitalizan en ellas, por lo tanto se estima necesarias entre 2,600 a 3,200 camas.

Actualmente hay 2,300 camas en clinicas privadas y es dificil que màs del 50% de ellas puedan ser usadas en pacientes agudos sin cobertura de seguro, especialmente por las limitaciones de las especialidades mèdicas o por causa de la calidad de las facilidades. El indice de ocupaciòn actualmente es menor del 75%, existiendo un remanente de camas que se podran ocupar, pero en el corto plazo este exceso desaparecerà y serà necesario obtener nuevas camas. Dado que la relaciòn cama-paciente en Lima es adecuado, la posibilidad de rentar la camas subocupadas del IPSS y del Ministerio de Salud es una opciòn de menor costo que construir nuevas camas.

Se cuenta con personal sufiente: existe una saturaciòn de mèdicos en el àrea metropolitana y la proyecciòn de formaciòn de enfermeras y obstetrices es adecuada a la necesidad de la expansion estimada. Sin embargo màs y mejores administradores, tanto los tradicionales administradores hospitalarios como los manejadores de sistemas de prepago, son necesarios.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

### a. Medidas de politica.

En Lima/Callao se encuentran establecidos varios sistemas de prepago para cubrir el riesgo del financiamiento de la recuperaciòn de la salud, en cuatro configuracionbes bàsicas y estos se podran expandir en el futuro. Esta expansiòn se favorecerà si el Gobierno incluye politicas de fomento de los seguros privados de salud y los sistemas de prepago y los incluye entre los componentes del sector salud y en las politicas de salud.

Aparte de otras razones para el establecimiento de tales politicas, la màs poderosa es el gran uso de los servicios estatales por parte de las clases medias e incluso altas, en detrimento de las clases màs necesitadas, dada la actual carestia de servicios cuyos costos puedan afrontar, especialmente, las clases media y media baja.

La posibilidad existe, al menos en Lima/Callao, de reducir los presupuestos del Ministerio de Salud destinados a los grandes hospitales, mediante la expansiòn de los servicios de prepago, especialmente de acceso para las clases media y media baja. El Ministerio de Salud tiene que mantener los hospitales en Lima/-Callao, distrayendo recursos necesarios para los programas de atencion primaria en las àreas màs deprimidas. Un acuerdo entre el Ministerio de Salud, el IPSS y los sistemas privados de prepago, en terminos de poblaciòn a ser cubierta, la capacidad de la poblaciòn para pagar directamente los servicios por tarifas, las primas de prepagos y otros arreglos de prepago, puede ser realizado eventualmente.

A menos que una combinaciòn de esfuerzos entre el IPSS y el sector privado de servicios de salud pueda arreglarse para proveer adecuados servicios a un poco màs de cuatro millones de personas en Lima/Callao que ahora utilizan las facilidades del Ministerio de Salud, la regiòn metropolitana seguirà absorviendo màs de la mitad de todos los recursos del Ministerio de Salud.

La apariciòn de los sistemas de prepago en Lima/Callao, acaecida en los ultimos 10 años, es basicamente una reacciòn al deterioro

en la calidad de los servicios pùblicos, especialmente del IPSS. Esta es una razòn para esperar que los servicios del IPSS traten de mejorar y la expansiòn de su cobertura a los familiares de los asegurados se produzca, con lo cual la presiòn de los trabajadores a sus empleadores para obtener sistemas de seguros de salud privados se verìa atenuada. Esta posibilidad, unida a la condiciòn inestable del empleo y al descenso de los ingresos reales de una gran parte de la poblaciòn del àrea de la capital, moderarìa la ràpida expansiòn de las alternativas de financiamiento privado del cuidado de la salud. Hay opciones de politica algunas a favor del mejoramiento del IPSS otras hacia la expansiòn de los sistemas de prepago en el sector privado, pero estas dos posibilidades no son mutuamente excluyentes.

Otra àrea de discusiòn es la referente al reconocimiento formal de los sistemas de prepago. De acuerdo a las disposiciones actuales solo las compañìas de seguros, bajo la autoridad de la Superintendencia de Bancos y Seguros(SBS), estan autorizados para comprometerse a afrontar riesgos desconocidos. En realidad, muchas otras entidades: brokers, fondos de beneficio, proveedores-financiadores, ofertan varias formas de asegurar el riesgo financiero de la perdida de la salud y la SBS no se ha opuesto a estos mecanismos. En el caso que la utilizaciòn de estos sistemas privados de cobertura del riesgo se incremente, el Ministerio de Salud, como la entidad representante del Gobierno en el sector, necesitarà establecer algunos mecanismos para la recolecciòn de datos sobre la utilizaciòn de los servicios y cualquier otra informaciòn necesaria para la coordinaciòn de los planes de salud.

De acuerdo a la visiòn de las autoridades entrevistadas del Ministerio de Salud y del IPSS, dos factores pueden incrementar el desarrollo de los sistemas de prepago en Lima/Callao :

i) la renovaciòn del vigor de la economìa y el incremento de los ingresos netos, mejorarìa la demanda de estos sistemas de prepago, pero que estos incrementos puedan condicionar tambien una mejorìa en los servicios asistenciales del IPSS y el Ministerio de Salud, es dificil de juzgar; y,

ii) es reconocida que la actividad de los aseguradores y administradores de fondos puede complementar a los sistemas pùblicos de atenciòn, reduciendo la demanda en los sobrecargados servicios, pudiendose entonces dedicar màs atenciòn y recursos a servir a la poblaciòn de menores ingresos.

Sin embargo, las autoridades reconocen que los aportes al IPSS con su efecto de "doble impuesto" debido a la obligatoriedad de su pago y al pago de una prima, inhibe el real crecimiento de los mecanismos aseguradores en el sector privado de la salud.

b. Recomendaciones.

A la luz de las consideraciones de politica, el grupo de investigaciòn sugiere las siguientes medidas especificas que pueden ser consideradas por las autoridades nacionales correspondientes, los representantes de agencias de colaboraciòn, los representantes de la industria aseguradora nacional y los proveedores de servicios privados de salud.

(1) El Gobierno Peruano y las agencias internacionales de colaboraciòn podrian reconocer formalmente la existencia de un mercado en el sector privado, donde se da una variedad de formas de seguro ademàs de los tradicionales de las compañias de seguros y que aquella incluye a los brokers, los administradores de fondos y los proveedores-financiadores; que èstas configuraciones ya existen y dado que tienen el potencial para expandir la cobertura, especialmente para la poblaciòn de ingresos medios y bajos, quienes en la mayoria de los casos dependen del sector pùblico de servicios y/o cargan el agobiante pago directo de servicios por tarifa, deben ser tomadas en consideraciòn en la determinaciòn de las futuras politicas y prioridades del sector salud.

(2) El Gobierno debe definir clara y explicitamente cuales son los roles de cada uno de los actores en el sector privado y establecer los lineamientos de politica y regulaciones para su comportamiento. Los sistemas de prepago se pueden ver beneficiados para obtener una mejor coordinaciòn y pueden requerir regulaciòn gubernamental y monitoreo en orden a lograr mejor control de costos y hacer, los planes, màs accesible a las clases medias. Sin normas claras y definidas los planes pueden tener una existencia dudosa y precaria aùn cuando pueda ocurrir su expansiòn y desarrollo.

(3) La industria peruana de seguros debe bajar sus costos. Esta industria ha crecido significativamente en los ùltimos 10 años, pero tiene la competencia encubierta de los empleadores y los brokers quienes han creado sus propios planes de autoseguro en razòn de bajar los costos de las primas. Este hilo de competencia es una clara señal para la industria de que sus costos son excesivos, situaciòn que la industria puede rectificar tanto expandiendose y bajando sus costos, como tornandose màs eficiente en sus pagos a los proveedores y en sus reembolsos a los beneficiarios de las polizas.

(4) Los proveedores de servicios podrian familiarizarse màs con los conceptos que sirven de base a los varios tipos de sistemas de prepago, especialmente desde que en el futuro cercano todo nuevo sistema de prepago sera ofertado en clinicas existentes o en grupos de mèdicos. Los proveedores privados que ya se han iniciado con planes de prepago para suscriptores individuales deben tener en consideraciòn su expansiòn

con estos planes; hay una demanda potencial de la clase media y media baja por obtener una cobertura por una prima que represente una razonablemente baja porciòn de sus ingresos netos, no màs del 3% al 5% o de 30 a 50 dolares por año y por persona. Por esta prima los proveedores deben brindar un paquete de atenciòn mèdica y de servicios de hospitalizaciòn esenciales, de forma de cubrir sus costos y aun tener un razonable beneficio. Como una alternativa, estos planes de prepago pueden ser organizados por o en cooperaciòn, con una instituciòn voluntaria que estè proveyendo atenciòn primaria de la salud.

(5) Los administradores de las organizaciones existentes de prepago deberan desarrollar los conocimientos necesarios para alcanzar la maxima eficiencia, especialmente creando nuevos incentivos de control de costos, destinando parte de los beneficios para incrementar su capacidad gerencial y administrativa.

(6) Finalmente, y dependiendo del volumen de incremento de la demanda por servicios privados, despues que la atenciòn con pago directo se ha reducido y la cobertura del riesgo de la clase media se ha incrementado, es posible que el Ministerio de Salud considere que es economicamente factible, dentro de un plan de reducciòn de costos, conceder la operaciòn de algunos hospitales pùblicos al manejo del sector privado. Dado que en el largo plazo se necesitarian instalar mas camas privadas, algùn arreglo de arriendo puede ser mutuamente beneficioso para ambos, proveyendo una nueva forma de reducir sus gastos el Ministerio y ál mismo tiempo dar acceso a las instalaciones existentes a los mèdicos privados sin incrementar sus planillas salariales ni de financiar la compra o la construcciòn de nuevas instalaciones estos.