

Consultoría
“Diseño de un nuevo seguro potestativo de
EsSalud”

Informe final

Realizado por:
Janice Seinfeld Lemlig

Lima, mayo de 2016



OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO
OFICINA DE LA OIT PARA LOS PAISES ANDINOS
Bolivia-Colombia-Ecuador-Perú-Venezuela

OA-337/16

Lima, 03 de mayo de 2016

Señor
Felipe Chu Wong
Gerente Central de Seguros y Prestaciones Económicas
EsSalud
Lima

De mi mayor consideración:

En el marco del Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional entre la OIT y EsSalud, esta Institución solicitó el estudio "Diseño de un Nuevo Seguro Potestativo de EsSalud", con objeto de cimentar las bases para lanzar un nuevo seguro que sustituya a los seguros potestativos existentes actualmente.

En atención a esta solicitud, la OIT y EsSalud desarrollaron conjuntamente unos términos de referencia para que dicho estudio responda a ciertos lineamientos que necesariamente debía contener el producto. Asimismo se procedió a contratar los servicios de la Consultora Janice Seinfeld Lemlig, quien desarrolló el estudio (tres productos) para sustentar técnicamente el Nuevo Seguro Potestativo. Dado que este estudio cumple con los términos de referencia acordados con EsSalud, y que ambas instituciones han expresado su conformidad con respecto al mismo, nos complace remitir adjunto el informe final.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para saludar a usted atentamente.


Philippe Vanhuynegem
Director

Oficina de la OIT para los Países Andinos

Las Flores 275, San Isidro, Lima 27
Apartado Postal 14-124, Lima 14, Perú - Telef. (51-1) 615-0300, Fax (51-1) 615-0401
e-mail: lima@ilo.org - <http://www.ilo.org/lima>

Contenido

1.	Introducción.....	7
2.	Antecedentes.....	9
2.1.	Política de Aseguramiento Universal.....	9
2.2.	Organización del sistema de salud.....	9
2.3.	Seguros potestativos en EsSalud.....	11
3.	Diagnóstico.....	14
3.1.	Metodología.....	14
3.2.	Análisis externo o contextual.....	14
3.3.	Análisis sectorial.....	26
3.4.	Análisis interno.....	38
3.5.	FODA.....	55
4.	Selección adversa y riesgo moral.....	56
4.1.	Experiencia internacional.....	56
4.2.	Mecanismos de solución.....	57
5.	Lineamientos para el diseño del nuevo seguro de EsSalud Potestativo.....	60
5.1.	Cobertura prestacional.....	60
5.2.	Límites y exclusiones.....	62
5.3.	Prima.....	65
5.4.	Copagos y deducibles.....	78
5.5.	Cobertura poblacional.....	79
5.6.	Formas de aseguramiento: aseguramiento colectivo y estrategias complementarias..	82
6.	Proyecciones actuariales.....	85
6.1.	Inflación.....	85
6.2.	Número de afiliados.....	85
6.3.	Componente demográfico – cobertura poblacional.....	87
6.4.	Perfil epidemiológico.....	88
7.	Conclusiones y recomendaciones.....	89
8.	Referencias.....	92
9.	Anexos.....	95
	Anexo N° 1: Detalle de seguros potestativos de EsSalud.....	95
	Anexo N° 2: Principales hallazgos del “Estudio de mercado para la incorporación de nuevos asegurados independientes a la seguridad social”.....	97
	Anexo N° 3: Enfermedades más frecuentes por grupo de edad y tipo de seguro.....	99
	Anexo N° 4: Microseguros de salud en el Perú.....	102

Lista de Cuadros

Cuadro N° 1: Organización del sector salud	10
Cuadro N° 2: Seguros Potestativos ofrecidos por EsSalud.	13
Cuadro N° 3: Desarrollos tecnológicos y su posible impacto en EsSalud	16
Cuadro N° 4: Crecimiento del PBI 2005 – 2018, en porcentaje.....	18
Cuadro N° 5: Tasas de crecimiento inversión privada y pública, en porcentaje	18
Cuadro N° 6: Índice de Confianza empresarial 2007 – 2015.....	19
Cuadro N° 7: Incidencia de la pobreza y pobreza extrema, en porcentaje	19
Cuadro N° 8: Evolución de la tasa de desempleo	20
Cuadro N° 9: Ingreso laboral promedio mensual de la PEA Ocupada 2014, en porcentaje.....	21
Cuadro N° 10: Número y porcentaje de trabajadores en empleo formal e informal, 2012	22
Cuadro N° 11: Informalidad en PEA por grupo de edad 2012, en porcentaje.....	22
Cuadro N° 12: Pirámide poblacional del Perú: 2015 – 2025	24
Cuadro N° 13: Población con enfermedades crónicas según quintil de gasto	25
Cuadro N° 14: Cinco principales causas de mortalidad, Perú 2011	26
Cuadro N° 15: Población peruana afiliada a un seguro de salud	27
Cuadro N° 16: Número de afiliados según IAFA, 2015	27
Cuadro N° 17: Afiliados a un seguro de salud voluntariamente, 2015.....	28
Cuadro N° 18: Población afiliada, de acuerdo con el tipo de seguro	29
Cuadro N° 19: Tipo de aseguramiento, de acuerdo con la zona de residencia	29
Cuadro N° 20: Tipo de aseguramiento, de acuerdo con el quintil de gasto	29
Cuadro N° 21: Comparación entre el seguro independiente SIS y EsSalud.....	31
Cuadro N° 22: Redes de atención ofrecidas por el sector privado	33
Cuadro N° 23: Esquemas de Operadores No Integrados y Operadores Integrados....	33
Cuadro N° 24: Estructura de precios del SIS independiente	34
Cuadro N° 25: Estructura de precios del Seguro EsSalud Independiente	34
Cuadro N° 26: Estructura de precios de los seguros privados de salud	35
Cuadro N° 27: Medios de comunicación y EsSalud por ciudad.....	38
Cuadro N° 28: Afiliados al Seguro EsSalud Independiente, 2014	40
Cuadro N° 29: Población estimada con y sin seguro	41
Cuadro N° 30: Demanda potencial del seguro potestativo de EsSalud, según sexo y condición económica, en porcentaje	42
Cuadro N° 31: Demanda potencial del seguro potestativo de EsSalud, según edad y condición económica, en porcentaje	42
Cuadro N° 32: Población potencial, por edad	43
Cuadro N° 33: Siniestralidad del Seguro EsSalud Independiente	45
Cuadro N° 34: Siniestralidad de seguros privados, en porcentaje.....	46
Cuadro N° 35: Distribución de la población asegura en EsSalud, según sexo y edad, en porcentaje (2014).....	47
Cuadro N° 36: Distribución de la población asegura en EsSalud, según sexo, en porcentaje (2014).....	48
Cuadro N° 37: Distribución de la población asegura en EsSalud, según edad, en porcentaje (2014).....	48
Cuadro N° 38: Extensión de uso en EsSalud según esquema de aseguramiento, en porcentaje.....	49

Cuadro N° 39: Lugar de la atención según esquema de aseguramiento, en porcentaje	49
Cuadro N° 40: Nivel del CAS según esquema de aseguramiento.....	50
Cuadro N° 41: Concentración de uso en consultas en EsSalud según esquema de aseguramiento, en porcentaje.....	50
Cuadro N° 42: Concentración de uso en emergencia en EsSalud según esquema de aseguramiento, en porcentaje.....	51
Cuadro N° 43: Atenciones por tipo de servicio en EsSalud según esquema de aseguramiento, en porcentaje (2014)	51
Cuadro N° 44: Atenciones por grupo de diagnóstico en EsSalud según esquema de aseguramiento, en porcentaje (2014)	52
Cuadro N° 45: Hospitalizaciones por grupo diagnóstico en EsSalud según esquema de aseguramiento, en porcentaje (2014)	54
Cuadro N° 46: Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) del seguro de salud EsSalud Independiente	55
Cuadro N° 47: Beneficios y dificultades de los mecanismos de control de riesgo moral y selección adversa	59
Cuadro N° 48: Limitaciones y exclusiones, principales seguros privados	63
Cuadro N° 49: Periodos de espera y de carencia en seguros privados.....	65
Cuadro N° 50: Escenarios para la estimación de las Primas	69
Cuadro N° 51: Distribución afiliados, número de siniestros – EsSalud Regular, 2014.	69
Cuadro N° 52: Distribución afiliados y número de siniestros – EsSalud Potestativo, 2014	69
Cuadro N° 53: Frecuencias de siniestralidad – EsSalud Regular.....	70
Cuadro N° 54: Frecuencias de siniestralidad – EsSalud Potestativo.....	70
Cuadro N° 55: Gasto promedio mensual en medicina y de bolsillo, población potencial por sexo y edad (en soles).....	72
Cuadro N° 56: Factores sexo-edad de acuerdo al gasto de bolsillo imputado.....	72
Cuadro N° 57: Factores de ajuste relativos.....	73
Cuadro N° 58: Distribución de los gastos anuales en EsSalud Regular de acuerdo a sexo-edad, en soles.....	74
Cuadro N° 59: Monto promedio (MP) gastado por atención de acuerdo a sexo-edad, en soles	74
Cuadro N° 60: Gasto anual en atender PEAS de acuerdo a sexo-edad.....	75
Cuadro N° 61: Primas estimadas para los cuatro escenarios base	75
Cuadro N° 62: Primas estimadas con distribución alternativa de edades	76
Cuadro N° 63: Primas estimadas con factor residual	77
Cuadro N° 64: Prima única con gastos adicionales, en soles.....	77
Cuadro N° 65: Primas estimadas con copagos y deducibles	79
Cuadro N° 66: Relación con el jefe de hogar, población potencial	80
Cuadro N° 67: Carga familiar del jefe de hogar.....	81
Cuadro N° 68: Relación con el jefe de hogar – población potencial entre 18 y 30 años	81
Cuadro N° 69: Primas al 2021, considerando un ajuste por inflación de 5% cada dos años.....	85
Cuadro N° 70: Tasas de crecimiento de la población por sexo y edad, en porcentaje	87
Cuadro N° 71: Población Potencial 2015 y 2021.....	87

Listado de abreviaturas y acrónimos

AUS: Aseguramiento universal en salud

BCRP: Banco Central de Reserva del Perú

CAS: Centros Asistenciales

DS: Decreto Supremo

Enaho: Encuesta Nacional de Hogares

ENSA: Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud

EPS: Entidades Prestadoras de Salud

FFAA: Fuerzas Armadas

Fissal: Fondo de Intangible Solidario de Salud

GCSPE: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

IAFAS: Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática

IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

IPSS: Instituto Peruano de Seguridad Social

IRA: Infección respiratoria aguda

LCA: Lista de condiciones asegurables

LMAUS: Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

MEF: Ministerio de Economía y Finanzas

Minsa: Ministerio de Salud

Mintra: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PBI: Producto Bruto Interno

PEA: Población económicamente activa

PEAS: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

PEI: Plan Estratégico Institucional

PET: Población en edad de trabajar

PMA: Plan Mínimo de Atención

PNP: Policía Nacional del Perú

SGH: Sistema de Gestión Hospitalaria

SGSS: Sistema de Gestión de Servicios de Salud

SIS: Seguro Integral de Salud

Sunat: Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria

SuSalud: Superintendencia Nacional de Salud

1. Introducción

En el Perú, desde el año 2009, existe una política de aseguramiento universal (AUS) la cual busca garantizar el derecho pleno y progresivo de toda la población a la seguridad social en salud. Si bien desde dicha fecha se han logrado importantes avances en la cobertura de salud, existe aún un importante porcentaje de la población que no cuenta con seguro de salud. Entre estos, se encuentran los trabajadores independientes que no son cubiertos por el régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS), ni por el seguro regular del Seguro Social de Salud (EsSalud). Internacionalmente, existe evidencia de que este grupo poblacional es el de más difícil cobertura sobre todo por la presencia de fallas de mercado – como la selección adversa y el riesgo moral¹ – así como la escasa cultura de aseguramiento.

Desde el año 1998, tras la aprobación de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su respectivo reglamento, EsSalud empezó a ofrecer la modalidad de seguro potestativo a todas las personas no consideradas como afiliados regulares. Desde esa fecha, se han diseñado y ofertado distintos planes de seguros potestativos – seguro potestativo EsSalud personal - familiar, seguro potestativo único y seguro potestativo plan protección vital y total. En el año 2010, se diseñó el seguro de salud conocido como “Seguro EsSalud Independiente”, el cual tiene como población objetivo a los trabajadores independientes, autónomos y trabajadores con un empleo informal, así como a todos sus dependientes². Este seguro se diseñó con la intención de cumplir con la Ley Marco de Aseguramiento Universal (LMAUS) y su respectivo reglamento, que establecen la obligatoriedad de todas las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), como EsSalud, de ofertar como mínimo la lista de condiciones denominada Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Desde su creación, la cobertura del Seguro EsSalud Independiente ha sido ampliada, sin que se haya modificado la prima, lo cual ha afectado la sostenibilidad financiera del seguro (EsSalud, 2015); dicha sostenibilidad se ha visto afectada, además, por los indicios de riesgo moral y selección adversa que se evidencian en el Seguro EsSalud Independiente. Muestra de ello es que durante el periodo 2011-2014, la siniestralidad³ de este seguro ha sido mayor al 100% en todos los años (OIT, 2016). Ante esta situación y considerando además los problemas de gestión operativa, la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, mediante resolución N° 30-GCSPE-EsSalud-2015, decidió en octubre de 2015 suspender por un periodo de ocho meses la afiliación de nuevos asegurados al Seguro EsSalud Independiente a fin de desarrollar los estudios necesarios para replantear su configuración.

Por ello, EsSalud solicitó la asistencia técnica de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para la realización del presente estudio, cuyo objetivo es diseñar un nuevo seguro potestativo – con características semejantes a las que actualmente tiene

¹ Ambos conceptos se presentan en detalle en la sección 4.

² Cónyuge, concubina(o), hijos menores de edad, e hijos mayores de edad incapacitados de forma total y permanente para el trabajo.

³ Siniestralidad = Gastos/Ingresos*100

el seguro regular – que esté en línea con los objetivos estratégicos planteados por EsSalud en su Plan Estratégico Institucional – PEI 2012-2016. EsSalud planteó como primer objetivo estratégico de su PEI 2012-2016 extender la cobertura de la Seguridad Social, incluyendo a los trabajadores independientes y aquellos con un empleo informal; como objetivo número tres, planteó garantizar la sostenibilidad financiera de la Seguridad Social en Salud.

La elaboración de un diagnóstico de la situación actual del seguro potestativo, ha permitido identificar las principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del actual seguro potestativo de EsSalud. Como principal fortaleza se identificó el incremento de la oferta asistencial a través de la construcción de nuevos establecimientos de salud y de convenios con el sector privado. Como oportunidades se identificaron la existencia de alrededor de cuatro millones de personas que configuran la demanda potencial del seguro potestativo de EsSalud; la disposición de los trabajadores independientes por adquirir un seguro de salud; la voluntad política para cumplir las metas del AUS; la existencia de mayores recursos tecnológicos para implementar mejoras en el sector salud; el crecimiento sostenido de la economía y la consolidación de la clase media, y una mayor preocupación por la prevención de enfermedades. Por su parte, entre las principales debilidades se encontraron la falta de procesos y sistemas de información que permitan realizar un monitoreo y control de las atenciones que reciben los asegurados según el esquema al que se encuentran afiliados; la escasez de recursos humanos; los problemas de confianza de la población con el seguro; y sobre todo una alta siniestralidad explicada por la alta extensión y concentración de uso de los asegurados potestativos. Finalmente, entre las principales amenazas están la falta de estrategias políticas claras para lograr el AUS, el alto nivel de empleo informal y los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico del país que llevan a tener una población con mayor proporción de adultos mayores y mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Tomando en consideración los hallazgos del diagnóstico y según las necesidades de EsSalud, el presente documento presenta estimaciones relacionadas con la cobertura y la prima del nuevo seguro potestativo de EsSalud, así como alcances en su diseño. Para ello se han considerado diferentes escenarios, considerando variaciones en la extensión de la cobertura; en la prima, considerando pagos diferenciados según rango de edad y existencia de copagos; y en el número de afiliados y estructura poblacional de los mismos. Igualmente, se presentan los principales lineamientos necesarios para su implementación: prima diferenciada por rangos de edad; exclusiones en la cobertura; mecanismos de afiliación colectiva e incentivos para la afiliación de la población menos riesgosa.

El documento se estructura de la siguiente manera: en la sección 2 se hace un breve recuento del mercado de aseguramiento en Perú y de los antecedentes del Seguro EsSalud Independiente. En la sección 3 se muestra el diagnóstico de la situación actual. En la sección 4 se tratan los problemas de selección adversa y riesgo moral, y las alternativas de política para mitigarlos. Por su parte, en la sección 5 se presenta el diseño del seguro potestativo; para ello, se consideran variables claves: la cobertura poblacional, cobertura prestacional, límites y exclusiones, prima, copagos y deducibles así como forma de aseguramiento. La sección 6 presenta proyecciones al año 2021. Finalmente, la sección 7 presenta las conclusiones y recomendaciones.

2. Antecedentes

2.1. Política de Aseguramiento Universal

El Perú se encuentra bajo una política de Aseguramiento Universal en Salud (AUS). La Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud, promulgada en el 2009, tiene como objetivo establecer el marco normativo del AUS con la finalidad de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda la población a la seguridad social en salud. El ámbito de aplicación de esta Ley alcanza a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al sistema nacional de salud, las cuales se categorizan según la Ley en instituciones administradoras de fondos de salud (IAFAS) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS).

Con respecto a la cobertura, la Ley establece que todas las IAFAS tienen la obligación de ofertar planes con coberturas no menores al PEAS, que integra una “la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las IAFAS, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios”. En adición la Ley permite la existencia de planes complementarios y específicos.

Es así que el AUS garantiza que la población se encuentre cubierta bajo un esquema en el que cuente con las garantías explícitas de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad. En este contexto, la Ley establece que el Ministerio de Salud (Minsa) es el órgano rector en el sector salud y tiene la responsabilidad de establecer las normas y las políticas relacionadas con la promoción, implementación y fortalecimiento del AUS; mientras la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud)⁴ es la instancia supervisora del AUS. Se encarga de registrar, autorizar, supervisar y regular a las IAFAS, así como supervisar a las IPRESS. Igualmente, la Ley – en función de la capacidad de pago de los asegurados – establece la creación de tres regímenes de financiamiento: i) régimen contributivo, ii) régimen subsidiado y iii) régimen semi-contributivo.

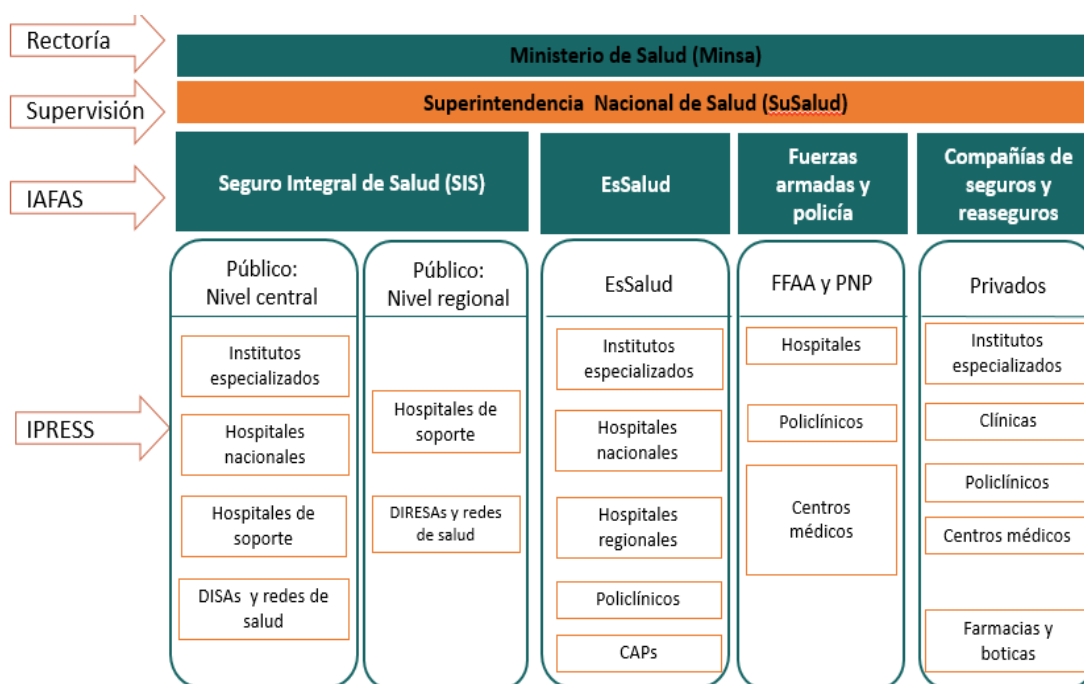
2.2. Organización del sistema de salud

El sistema de salud peruano comprende proveedores de servicios públicos y privados. En el caso de los proveedores públicos se encuentran el Minsa y los gobiernos regionales, EsSalud, y las sanidades de las fuerzas armadas y de la policía nacional. Mientras que los proveedores privados engloban a las empresas privadas, las instituciones no lucrativas, los profesionales médicos y paramédicos que brindan servicios de salud.

⁴ Mediante el DL N°1158 se dispone el cambio en la denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud (SUNASA) a Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), y establece las medidas destinadas al fortalecimiento de sus funciones concordante a su nueva denominación.

Según el tipo de financiamiento, los planes de seguro se clasifican en tres regímenes: contributivo, semi-contributivo y subsidiado. En el primer régimen, las prestaciones están financiadas con aportes de los asegurados; entre las IAFAS que conforman este régimen se encuentran: EsSalud, Entidades Prestadoras de Salud (EPS), Compañías de Seguros, Instituciones de Medicina Prepagada, entre otras. Este régimen es obligatorio para todos los trabajadores dependientes y sus derechohabientes quienes por Ley se afilian al esquema regular de EsSalud y de manera voluntaria y complementaria a una EPS. A este régimen también corresponden todos aquellos seguros potestativos dirigidos a trabajadores independientes y en general a toda persona que se encuentre dispuesta a pagar la prima establecida por cada IAFA.

El segundo y tercer régimen están a cargo del SIS de acuerdo con la Ley N°29761, Ley de financiamiento público de los regímenes subsidiados y semi-contributivos del AUS. El SIS se financia a través del pago de las primas de los asegurados al régimen semi-contributivo y del presupuesto asignado al mismo. El régimen subsidiado se orienta a proteger a toda aquella población en situación de vulnerabilidad – población residente en centros poblados focalizados, gestantes hasta el periodo de puerperio, menores entre cero y cinco años que no cuenten con otro seguro. En aquellos casos en que los afiliados al SIS presenten enfermedades de alto costo – cáncer⁵, insuficiencia renal crónica, enfermedades raras o huérfanas – los gastos generados son financiados por el Fondo de Intangible Solidario de Salud (Fissal).



El Cuadro N° 1 muestra la organización del sector salud en el Perú.

Cuadro N° 1: Organización del sector salud

Elaboración propia

⁵ Cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de colon, cáncer de estómago, cáncer de próstata, leucemias y linfomas.

2.3. Seguros potestativos en EsSalud

El sistema de seguros potestativos en el Perú tiene sus antecedentes en la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, que establece que son asegurados los afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes. Los afiliados regulares son aquellos trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, así como los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia, y los trabajadores independientes incorporados por mandato de una ley especial. Los afiliados potestativos son todas aquellas personas no comprendidas en el párrafo anterior, y que podían afiliarse voluntariamente al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) – hoy EsSalud – o a alguna EPS de su elección. Por su parte, son considerados derechohabientes, el cónyuge o concubino del titular y los hijos menores de edad⁶. También son considerados los hijos mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo.

Si bien las prestaciones son determinadas en función del tipo de afiliación, el Decreto Supremo N° 009-97-SA⁷ establece que todos los planes ofrecidos por el IPSS y las EPS deberán cubrir todas las prestaciones contenidas en el Plan Mínimo de Atención (PMA), exigiendo únicamente que los asegurados potestativos hayan cancelado los aportes correspondientes para tener el derecho a esta cobertura. En estos planes, el aporte de los afiliados potestativos se determina en función al contenido y naturaleza del plan elegido, los mismos que podrán contar con periodos de carencia y excepción de las atenciones por accidentes.

En 1999, tras la promulgación de la Ley N° 27056, que sobre la base del IPSS crea EsSalud, se establece que el ámbito de aplicación de EsSalud comprende a los trabajadores que realizan actividades independientes y sus derechohabientes, y a las personas que se afilien voluntariamente. Dentro de las disposiciones finales, se dictamina que toda mención al IPSS, en los dispositivos legales, normas administrativas, registros administrativos, así como en los actos y contratos en general, se entenderá referida a EsSalud, sin necesidad de trámite o de procedimiento adicional alguno. Por ello, el “Seguro Potestativo Independiente” que comenzó a funcionar en 1998, se mantuvo dentro de su marco de creación.

Posteriormente, en el 2000 EsSalud estableció dos nuevas modalidades de aseguramiento potestativo: una personal⁸ y otra familiar⁹. Ambas modalidades ofrecieron tres planes: esencial, ampliado y completo. Los tres planes cubrían atenciones por maternidad, complicaciones del embarazo, el control del niño, odontología, medición de vista, chequeos médicos y dentales básicos, y dentro de las prestaciones económicas se cubría el sepelio. En el caso del plan esencial,

⁶ La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción, en la atención a la madre gestante.

⁷ Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

⁸ Únicamente el titular.

⁹ El titular y sus derechohabientes.

adicionalmente se cubría la “capa simple”¹⁰; en el caso del plan ampliado, en adición se cubría el PMA, emergencias médicas y quirúrgicas, además de prestaciones económicas por lactancia y maternidad; el último plan, ofrecía adicionalmente algunas capas complejas, las emergencias y tratamiento por trastornos mentales, y en el caso de prestaciones económicas incluía además prestaciones por incapacidad temporal, centros del adulto mayor y centros de rehabilitación profesional. En el caso del Plan Personal la prima oscilaba entre 9 y 37 soles, mientras que en el Plan Familiar, entre 31 y 72 soles.

En el 2005, los seguros potestativos Personal, Familiar e Independiente fueron reemplazados por los seguros potestativos denominados Plan Total y Plan Vital. El primero estaba dirigido a personas mayores de 56 años y podía incluir a su cónyuge; dentro de las prestaciones que ofrecía se encontraban todas aquellas relacionadas con la prevención, promoción y recuperación de la salud; además, prestaciones económicas para sepelio¹¹. Por otro lado, el Plan Vital incluía a los trabajadores independientes y demás personas¹², menores de 56 años, que no reunían los requisitos de afiliación regular; en este caso, las tarifas se establecían de acuerdo al número de derechohabientes y su grupo etario. Entre las prestaciones que ofrecía se encontraba el PMA, atenciones por prevención, promoción y recuperación de la salud, además de prestaciones económicas por maternidad. Cabe señalar que los asegurados a los ex Regímenes Especiales¹³ fueron reasignados a estos planes en función de su edad.

Cuatro años más tarde, en el 2009, tras la promulgación de la LMAUS, se establece que la cobertura de los asegurados incluirá obligatoriamente el PEAS, el cual deberá implementarse progresivamente. EsSalud inició en julio de 2010 las afiliaciones a un nuevo plan de seguro potestativo: Seguro EsSalud Independiente. La cobertura que ofrece este nuevo seguro incluye el PEAS, otras prestaciones recuperativas adicionales señaladas en la lista de cobertura (Lista de Condiciones Asegurables), medicinas contenidas en el petitorio farmacológico e insumos médicos, y acceso al servicio de EsSalud en línea y al sistema de transporte asistido de emergencias (STAE); sin embargo no incluye prestaciones económicas. Las primas de este seguro, en función a la cantidad de afiliados, van desde S/.64 hasta S/.228. Sin embargo, en octubre de 2015, mediante la Resolución de Gerencia General de Seguros y Prestaciones Económicas N°30-GCSPE-ESSALUD-2015 se dispuso que la afiliación al Seguro EsSalud Independiente se suspenda por ocho meses, debido a la solicitud de reajuste de prima¹⁴.

El Cuadro N° 2 presenta un resumen de los seguros potestativos ofrecidos por EsSalud. En el Anexo N° 1 se muestra en mayor detalle las diferentes características de los diferentes seguros potestativos ofrecidos.

¹⁰ La “capa simple” incluye una serie básica de enfermedades, especialmente infecciosas y parasitarias y de procedimientos preventivo-promocionales. No incluye, por ejemplo, tratamiento del cáncer en ninguna de sus formas, ni hemodiálisis.

¹¹ Con un tope de S/.2,070.00.

¹² Sin límite de edad.

¹³ Los asegurados a los siguientes planes: Potestativo Independiente, Continuator Facultativo, Ama de Casa y/o Madre de Familia y Chofer Profesional Independiente.

¹⁴ En la subsección de siniestralidad, dentro del análisis interno, se profundiza al respecto.

Cuadro N° 2: Seguros Potestativos ofrecidos por EsSalud.

Año	Normativa	Objetivo
1998	Acuerdo de Consejo Directivo N° 133-26-IPSS-98 Seguro Potestativo EsSalud Independiente (antiguo).	Dirigido a trabajadores independientes en general.
2000	Resolución N° 326-GG-ESSALUD-2000 Seguro Potestativo EsSalud Independiente: personal y familiar.	Dirigido a trabajadores transportistas, comerciantes pequeños, pequeños empresarios, vendedores, amas de casa, trabajadores de comedores populares y vasos de leche, ambulantes, artesanos, técnicos, asistentes de limpieza, empleadas del hogar eventuales, y a los profesionales independientes.
2004	Acuerdo de Consejo Directivo N° 46-18-ESSALUD-2004 Seguro Potestativo: <ul style="list-style-type: none"> • Plan Protección Total. • Plan Protección Vital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Protección Total. Titular desde 56 años. Para menores con enfermedades crónicas se realiza una evaluación excepcional. • Plan Protección Vital. Trabajadores independientes y personas que no reúnen los requisitos de afiliación regular y sus derechohabientes. Además, los asegurados al Seguro EsSalud Personal-Familiar, EsSalud Independiente y Seguro Potestativo Único.
2010	Acuerdo de Consejo Directivo N° 36-13-ESSALUD-2010 Seguro Potestativo EsSalud Independiente (nuevo).	Dirigido a trabajadores Independientes (profesionales, técnicos, programadores, artesanos, comerciantes, transportistas, artistas); estudiantes y demás emprendedores; así como a sus dependientes (cónyuge o concubino, hijos menores de 18 años, hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo)

Fuente: EsSalud

3. Diagnóstico

3.1. Metodología

Arellano (2014) plantea que para la realización de un diagnóstico estratégico para organismos públicos, se debe considerar un análisis contextual o externo y un análisis interno. Su fin consiste en encontrar tanto las potencialidades y amenazas externas, como las fortalezas y debilidades internas, lo que permitirá culminar con el logro de la definición del problema estratégico (Arellano, 2004). En el caso de la presente consultoría, el problema a resolver es cómo diseñar un nuevo seguro potestativo que esté en línea con los objetivos estratégicos planteados por EsSalud en su PEI.

El análisis contextual o externo es definido por Franco (1999) como el proceso que consiste en identificar factores externos críticos, asegurar un suministro adecuado de información y estudiar dicha información con el fin de determinar la existencia de amenazas u oportunidades que pudieran implicar modificaciones en la estrategia. Por su parte, el análisis sectorial tiene, según Franco (1999)¹⁵, el objetivo de generar estrategias de mercado que permitan colocar productos o servicios de la organización por delante de aquellos de la competencia y, a la vez, cuidar la rentabilidad. Así, Franco propone realizar un análisis del mercado, del producto, del precio, de la plaza y la promoción. Finalmente, el análisis interno se define como el proceso de encontrar y discutir las principales fortalezas y debilidades de la organización, respecto de la misión estratégica. Como señala Arellano (2004), con el análisis interno se busca conocer la capacidad de respuesta de los grupos internos para reaccionar – favorable o desfavorablemente – ante determinadas circunstancias, tanto en términos de comportamiento como de información.

3.2. Análisis externo o contextual

Para el caso del diagnóstico de la situación actual del seguro potestativo se toman en cuenta los factores sugeridos por Franco (1999), que son: político, tecnológico, económico, y demográfico. Además, se toma en cuenta el factor epidemiológico por su importancia en la dinámica del sector salud en general y de los seguros de salud en particular.

3.2.1. Factor político

Las elecciones presidenciales y congresales para el periodo 2016-2021 son sin duda el factor más relevante en el contexto político actual. A fin de evaluar la posible influencia de los resultados de esta elección en el funcionamiento de EsSalud, se evaluaron los planes de gobierno de los cinco candidatos que tenían mayor posibilidad de ser elegidos según las encuestas reportadas a inicios de enero 2016¹⁶, entre los que se encontraban los dos candidatos que actualmente disputan la segunda vuelta.

¹⁵ Originalmente la definición descrita por Franco corresponde al Plan de mercadotecnia para una entidad privada pero el concepto también puede aplicarse a una entidad pública.

¹⁶ Las encuestas publicadas por CPI, Datum e IPSOS Perú colocan a la fecha a los candidatos de Fuerza Popular, Alianza por el Progreso, Peruanos por el Cambio, Alianza Popular y Todos por el Perú, como aquellos con mayor intención de voto (ver <http://elcomercio.pe/politica/elecciones/elecciones-2016-asi->

Una propuesta que se repite en los planes de gobierno es la creación de un sistema de información integrado, mediante el cual, a través del DNI, se pueda tener acceso a la historia clínica de cualquier paciente. Esta propuesta representa una oportunidad para EsSalud pues le permitiría tener una mejor planificación y vigilancia epidemiológica. Otra propuesta que se plantea, aunque no mencionan los mecanismos necesarios para lograrlo, es alcanzar el aseguramiento del 100% de la población; el tipo de estrategias que se implementen para lograr este fin es fundamental. Se espera que estas estrategias no pongan en riesgo la estabilidad presupuestaria de EsSalud.

Es una oportunidad que se considere en la agenda del sector salud la política de aseguramiento. Esto abre la posibilidad de plantear reformas en el sistema de la seguridad social que mejoren la eficiencia de este sub-sistema del sector salud.

Además de las elecciones, en el entorno político, se considera como una posible amenaza la relación mostrada entre EsSalud y el Congreso de la República durante los meses de junio y julio de 2015 a razón de la aprobación de la Ley que exonera permanentemente de descuentos a las gratificaciones. En esa ocasión se aprobó por amplia mayoría la Ley 30334. EsSalud y el poder ejecutivo se oponían; sin embargo, la medida fue bastante popular entre la población.

3.2.2. Factor tecnológico

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL)¹⁷, las potenciales contribuciones de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el sector salud, han sido identificados en ocho dimensiones: (i) acceso, (ii) eficacia, (iii) eficiencia, (iv) calidad, (v) seguridad, (vi) generación de conocimiento, (vii) impacto en la economía e (viii) integración. Cada una de ellas se vincula a los diferentes ámbitos de aplicación de los servicios de salud: prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, educación para la salud, gestión de los servicios y comercio electrónico en el sector salud. Los beneficios y externalidades positivas se extienden tanto a los pacientes y ciudadanos en general, como a los profesionales de salud y al conjunto de la sociedad por sus efectos en términos de crecimiento económico. A continuación se presentan las distintas variables que podrían afectar a EsSalud.

van-encuestas-intencion-voto-noticia-1871888?ref=portada_archivo&ft=flujo_archivo_2016-01-21&e=foto_82).

¹⁷ <http://www.cepal.org/socinfo/noticias/paginas/3/44733/newsletter12.pdf>

Cuadro N° 3: Desarrollos tecnológicos y su posible impacto en EsSalud

Variables	Descripción	Actores	Impacto en EsSalud
Telemedicina	La telemedicina utiliza las tecnologías de la información y de las telecomunicaciones para transferir la información médica para la diagnosis, la terapia y la educación.	Proveedores Internacionales y Operadores locales	Positivo. El acceso, eficacia, eficiencia y calidad interactúan positivamente en aplicaciones de telemedicina. Específicamente, y a modo de ejemplo, la teleconsulta y la teleradiología permiten reorganizar recursos médicos para favorecer el incremento del acceso a prestaciones de salud más oportunas y de mejor calidad, con mejoras de eficiencia en el uso de los recursos de los servicios de salud y en el usuario.
Interconexión informática	La interconexión informática constituye una técnica que responde a la necesidad de hacer interactuar a distintos usuarios a través de redes.	Proveedores Internacionales y Operadores locales	Impacto positivo pues reduce las brechas geográficas, facilitando el acceso a recursos, diagnósticos o al conocimiento de médicos especialistas, mediante la interconexión de centros asistenciales de salud de diferente nivel de resolución (Nivel I, II y III).
Televigilancia de usuarios	La televigilancia permite ver imágenes del usuario a través de internet y en tiempo real, a través cámaras de vídeo instaladas.	Proveedores Internacionales y Operadores locales	Con el sostenido envejecimiento de la población, las aplicaciones de televigilancia adquirirán cada vez más relevancia para el control de pacientes crónicos. Así, se reducen las brechas de acceso a la capacitación continua de los equipos de salud y se favorece que permanezcan trabajando en los centros asistenciales, así como contribuye a la mejora de la calidad de atención.
Salud-electrónica (Salud-e)	La incorporación de las TIC a los sistemas de salud tiene implicancias relacionadas con la prevención, diagnóstico, tratamiento y monitoreo de los pacientes.	Proveedores Internacionales y Operadores locales	Sobre la base de que el excesivo contacto, exámenes y derivaciones constituyen un obstáculo para pacientes que no hablan la lengua oficial, se plantea la capacidad de la salud-e para crear sistemas centrados en el ciudadano que, al mismo tiempo, respeten las distintas tradiciones, contribuyendo a reducir las barreras culturales en la prestación de los servicios.
Integración de la gestión	La integración de datos y servicios web, entre distintas entidades.	Proveedores Internacionales y Operadores locales	La gestión integrada de la información administrativa, clínica y de salud, constituyen un gran potencial a incorporar en el sistema de salud. La mayor capacidad de almacenamiento, agregación y análisis de datos contribuye a la toma decisiones, tanto de optimización de procesos como en la priorización de los diversos destinos del gasto público en salud.

Fuente: (CEPAL, 2010) y (OECD, 2010)

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁸, la presencia de las TIC y sus impactos reconocidos en nuestras vidas diarias, las convierten en aliados estratégicos de la salud pública. Se usa las TIC para la educación; la promoción de la salud y la enseñanza de nuevos comportamientos saludables; se usan para mejorar las referencias y contra referencias fortaleciendo las capacidades del primer nivel de atención para resolver problemas de salud.

El Minsa¹⁹ viene implementando una serie de TIC aplicadas al servicio de la salud como Telesalud y los sistemas de información integrados, las cuales son consideradas como las “nuevas vacunas”, y las herramientas para prevenir enfermedades y facilitar la inclusión social. Con el objetivo de lograr mayor eficacia en los servicios y ofrecer un mejor acceso en la atención, el Minsa evalúa implementar un sistema de historias clínicas electrónicas en los hospitales y diferentes establecimientos de salud. La implementación de este sistema de información será progresiva y se inscribe dentro de las estrategias emprendidas por el Minsa para fortalecer la oferta pública²⁰. Es de esperar que EsSalud pueda también beneficiarse de este tipo de sistemas.

3.2.3. Factor económico

En los últimos 15 años, el Perú ha experimentado un crecimiento económico que ha permitido, entre otras cosas, reducir la pobreza a través de la implementación de un conjunto de programas sociales y mejoras en los servicios públicos, y reducir el desempleo. Sin embargo, la situación económica actual del país presenta un panorama diferente. La desaceleración de la economía china, la caída en los precios de los minerales, e incluso otros factores como el retiro de estímulos monetarios en Estados Unidos, están impactando más fuertemente de lo que se esperaba en la economía peruana (BCRP, 2015). Así, esta enfrenta ahora una etapa de desaceleración en el crecimiento y existe incertidumbre respecto a la futura recuperación.

A continuación se presentan una serie de indicadores, los cuales se han organizado en tres secciones: un primer bloque con indicadores y proyecciones del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP) para un conjunto de variables macroeconómicas; una segunda parte con información de pobreza y de las clases medias, proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); y finalmente, información referida a la situación del trabajo en el Perú. Estas variables son de especial interés para EsSalud pues influyen directamente en su población objetivo, tanto en términos del seguro regular como potestativo.

- **Evolución y tendencias de indicadores macroeconómicos**

El Cuadro N° 4 muestra la evolución del PBI del Perú en los últimos años y las proyecciones para los próximos tres años, elaboradas por el BCRP. Se observa la caída de los últimos cinco años y una ligera mejora para los próximos; aunque la misma depende de la recuperación del sector minero e hidrocarburos. Se debe tener en cuenta

¹⁸ Entrevista a la Directora de la OPS, doctora Carissa Etienne. www.paho.org (Octubre 2013)

¹⁹ Entrevista al Director General de la Oficina General de Estadística e Informática del Minsa. Dr. Walter H. Curioso Vilchez (Diario La República 10 julio 2012)

²⁰ Nota de prensa del MINSa del 23 de febrero 2015 (www.minsa.gob.pe)

que otras proyecciones no son tan optimistas respecto a la recuperación en el crecimiento del PBI.

Las tendencias en otros sectores, como manufacturas y comercio, muestran mayor estabilidad y un ligero aumento en sus tasas de crecimiento.

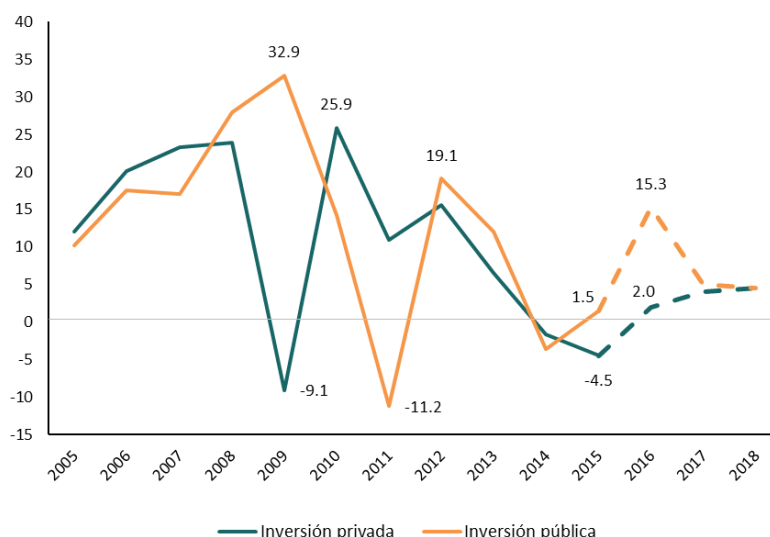
Cuadro N° 4: Crecimiento del PBI 2005 – 2018, en porcentaje



Fuente: BCRP

Por otro lado, el Cuadro N° 5 muestra las fluctuaciones que han presentado la inversión pública y privada en la última década. Para el 2016, según el último Marco Macroeconómico Multianual disponible²¹, se espera un alto crecimiento en la inversión pública, así como una recuperación de la privada tras alcanzar uno de sus puntos más bajos en el 2015. Se espera seguir en esta línea los siguientes años.

Cuadro N° 5: Tasas de crecimiento inversión privada y pública, en porcentaje



Fuente: BCRP

²¹ Ver: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Programa-Economico/mmm-2016-2018-agosto.pdf>

Un punto importante a considerar es el índice de confianza empresarial, ya que con ello se puede explicar algunas decisiones que toman los empresarios. Como se puede observar en el Cuadro N° 6, este indicador ha caído significativamente y ha llegado en el 2015 a su punto más bajo, incluso inferior al del 2009²². Dada esta situación, es probable que los empresarios sean más precavidos en sus decisiones. Ello podría impactar el crecimiento del empleo formal y por ende la población aportante al seguro regular de EsSalud.

Cuadro N° 6: Índice de Confianza empresarial 2007 – 2015

	Índice de confianza empresarial*
2007	72
2008	61
2009	52
2010	71
2011	55
2012	61
2013	57
2014	54
2015	48

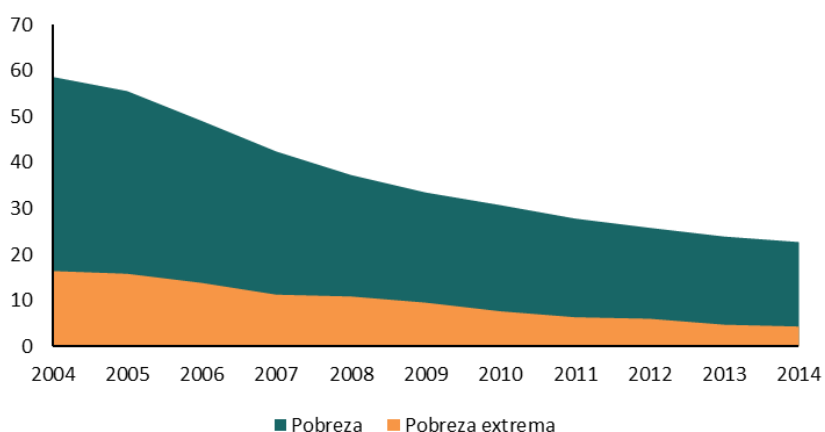
* Promedio anual

Fuente: BCRP

- **Reducción de la pobreza y crecimiento de la clase media**

El Cuadro N° 7 muestra la reducción importante en la incidencia de la pobreza y pobreza extrema en el Perú; no obstante la tendencia muestra que seguimos enfrentando niveles altos de pobreza. Según estimaciones del MEF, la reducción de la pobreza del último año se debió en un 83% a los programas sociales y el 17% restante debido al crecimiento económico (Diario Gestión, 2015).

Cuadro N° 7: Incidencia de la pobreza y pobreza extrema, en porcentaje



Fuente: INEI

²² Valores por encima de 50 indican optimismo; valores por debajo de este número indican pesimismo.

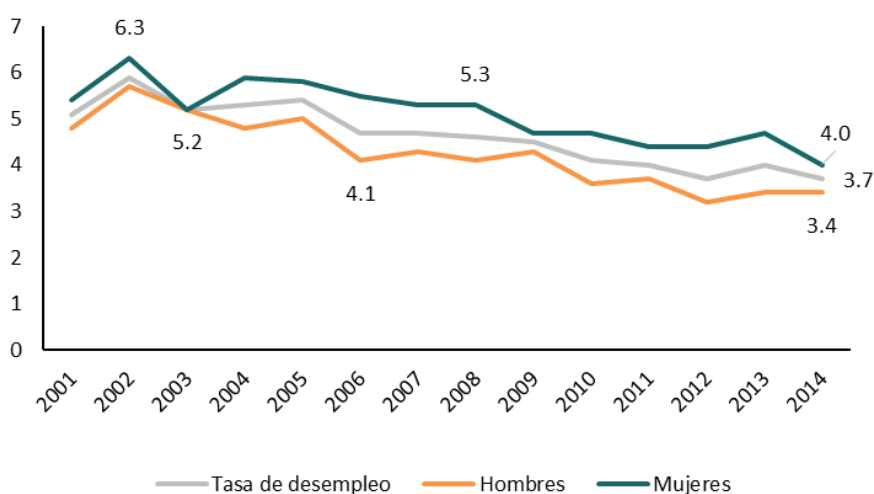
El crecimiento económico de las últimas décadas ha permitido un incremento de la clase media, un fenómeno sin precedentes en la historia peruana, y que reclama un nuevo enfoque de las políticas públicas para que atiendan también a este sector (Ferreira, et al., 2013). La importancia económica de la “nueva” clase media en el Perú es fundamental. Además, como señalan (Jaramillo & Zambrano, 2013) las clases medias – que representan alrededor del 50% de la población, dependiendo de la metodología que se utilice para estimarla – pueden ser un motor para el crecimiento económico, debido a la mayor propensión de acumulación de capital físico y humano. La disminución de la pobreza y el crecimiento de la clase media suponen una oportunidad para EsSalud pues representa un crecimiento de su demanda potencial. Sin embargo, para ello es importante evitar que la población vuelva a la situación de pobreza ante caídas en el crecimiento y ausencia de mayores y mejores redes de protección social.

- **Mercado laboral**

Con el crecimiento económico de los últimos años, la cantidad de empleados así como sus condiciones laborales, han mejorado. No obstante, todavía persisten factores estructurales que no han sido suficientemente abordados, como los relacionados con la informalidad laboral y el fortalecimiento de servicios sociales para trabajadores que no guardan relación de dependencia con una empresa. Así, a pesar del crecimiento económico, un gran sector de trabajadores no percibe mayores cambios en su situación laboral (MINTRA, 2012).

El Cuadro N° 8 presenta la evolución de la tasa de desempleo en los últimos 15 años, calculada como el porcentaje de la población económicamente activa (PEA) que no encuentra trabajo. Se percibe una tendencia a la baja, ubicándose en la actualidad en 3.7%. Se observa que el desempleo no se encuentra igualmente distribuido entre hombres y mujeres. Estas últimas mantienen tasas más altas de desempleo, enfrentando un mayor riesgo.

Cuadro N° 8: Evolución de la tasa de desempleo

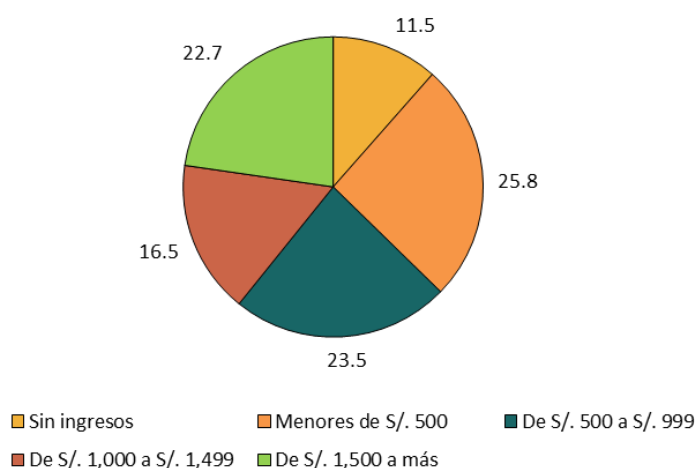


Fuente: Mintra

Tanto la población en edad de trabajar (PET)²³ como la PEA, han venido creciendo en los últimos años, sobre todo por el crecimiento poblacional y económico. En el 2014, la PET estuvo conformada por un total de 22 millones 668 mil personas, que se subdividen en los siguientes grupos: PEA ocupada²⁴ con 15 millones 796 mil personas, PEA desocupada²⁵ con 559 mil y la Población No Económicamente Activa²⁶ con 6 millones 272 mil personas. Así, la tasa de actividad, que equivale a dividir la PEA entre la PET, indica que el 74% de las personas en edad de trabajar se encuentran efectivamente trabajando o en la búsqueda de un trabajo. Esta tasa presenta una diferencia significativa según sexo: en el caso de los hombres equivale a 81% y en el de las mujeres a 63%.

Dentro de la PEA ocupada se observan muchas diferencias en cuanto a los ingresos recibidos. El Cuadro N° 9 clasifica a la PEA ocupada de acuerdo con el ingreso laboral promedio. El 36% no cuenta con ingresos por su trabajo o los mismos son inferiores a S/. 500, menos del sueldo mínimo. Por su parte, solo el 23% cuenta con un ingreso promedio mensual superior a S/. 1,500. Definitivamente, el hecho de estar ocupado no garantiza ingresos suficientes.

Cuadro N° 9: Ingreso laboral promedio mensual de la PEA Ocupada 2014, en porcentaje



Fuente: Mintra

Uno de los mayores problemas que enfrenta el mercado laboral peruano es la informalidad. Un amplio número de personas, casi el 75% de la población, trabaja en situación de informalidad. No están registrados y el Estado desconoce si se cumplen sus derechos laborales y reciben los beneficios que deberían. Incluso en algunos casos, es el propio Estado el que no cumple con estos derechos. El Cuadro N° 10 muestra la

²³ Las personas de 14 a más años de edad que están aptas en cuanto a edad para el ejercicio de funciones productivas.

²⁴ Las personas en edad de trabajar que en la semana de referencia de la encuesta se encontraban trabajando.

²⁵ Las personas en edad de trabajar que en la semana de referencia de la encuesta no se encontraban trabajando pero estaban buscando trabajo activamente.

²⁶ Las personas en edad de trabajar que en la semana de referencia de la encuesta no se encontraban trabajando pero que no estaban buscando trabajo activamente.

distribución de las personas empleadas según si el empleo es formal o informal. Dentro del empleo informal, se distingue entre aquellas personas que a pesar de laborar en el sector formal se encuentran en situación de informalidad y aquellas que laboran fuera del sector formal. A pesar de representar el 74% del empleo, por su baja productividad, el empleo informal, según estimaciones del MEF, aporta alrededor del 20% del PBI.

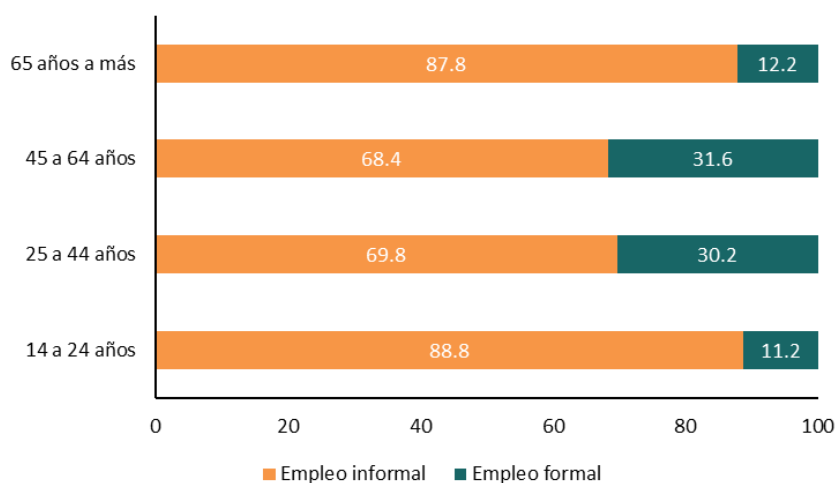
Cuadro N° 10: Número y porcentaje de trabajadores en empleo formal e informal, 2012

	Empleo Total	Empleo Formal	Empleo informal		
			Total	Dentro del Sector Informal	Fuera del Sector Informal
Personas	15,541,484	3,993,255	11,548,229	8,863,413	2,684,815
Porcentaje	100.0%	25.7%	74.3%	57.0%	17.3%

Fuente: INEI

Para una mejor caracterización del empleo informal, el Cuadro N° 11 muestra la composición de la población en trabajos informales de acuerdo con su edad. Se observa que la población más joven y los mayores de 65 años son los que tienen, en mayor proporción, trabajos informales. Asimismo, según el mismo reporte del INEI, el grupo poblacional que reporta trabajar como independiente o como empleador, presenta una tasa muy alta de informalidad, superando el 90%.

Cuadro N° 11: Informalidad en PEA por grupo de edad 2012, en porcentaje



Fuente: INEI

El modelo de proyecciones de Empleo para el Perú hacia el 2020, elaborado por la OIT en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (Mintra), en general es optimista (OIT, 2013). Considera que la mayoría de tendencias son favorables y que las condiciones de trabajo mejorarán. Así, para el 2020 consideran a una PEA compuesta por 19 millones 727 mil personas y una disminución en la informalidad hasta alcanzar el 60%. Un factor negativo, sin embargo, es el aumento previsto en el desempleo hasta 5%.

Se considera una mayor participación del sector construcción y gubernamental, tanto en términos de la población empleada como en la producción. Por su parte, transporte,

comercio y minería se mantendrían estables, mientras agricultura mantendría una tendencia a la baja respecto a la importancia relativa en la economía nacional.

Considerando toda la información económica presentada – indicadores macroeconómicos, pobreza y la situación del mercado laboral – se observa que el Perú enfrenta un panorama de desaceleración económica que puede tener un impacto directo en la pobreza y el mercado laboral. Esto supone una amenaza para EsSalud, pues su población objetivo puede verse directamente afectada.

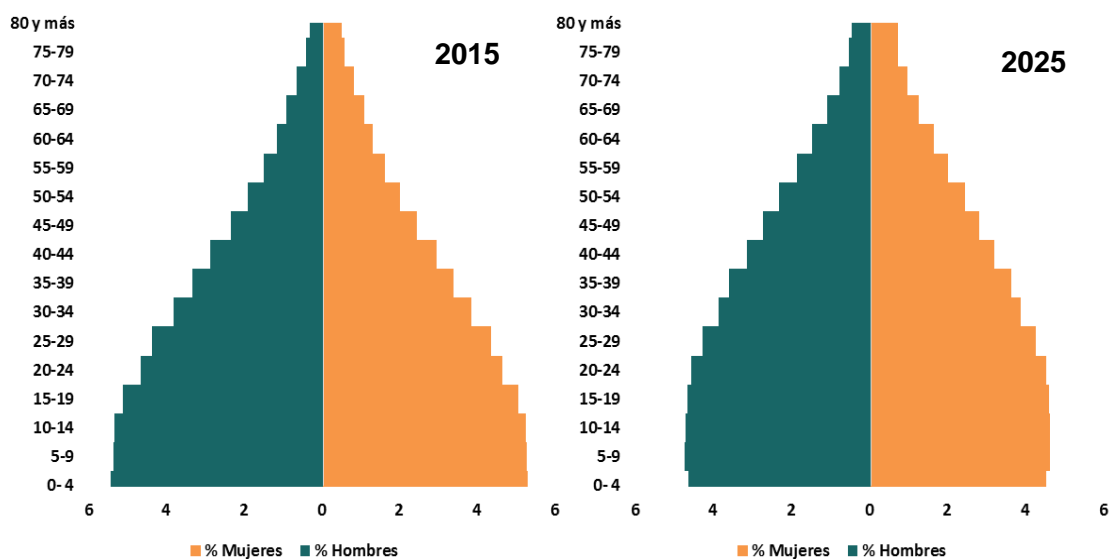
3.2.4. Factor demográfico

La población peruana estimada al 2015 asciende a 31 millones 488 mil habitantes, de las cuales el 50.1% son hombres y el 49.9% mujeres. Asimismo, si se analiza la población por ubicación geográfica, la urbana representa el 77% de la población total, y la rural el 23%. Según cifras del INEI, en el 2014, se registraron 558,466 nacimientos y 143,830 defunciones. Asimismo, en el mismo año se registraron 95,770 matrimonios y 13,598 divorcios.

De acuerdo con el estudio Estimaciones y Proyecciones de Población Total, por Años Calendario y Edades Simples, 1950 – 2050, del INEI, la población adulta mayor en el 2012 ascendió a 2 millones 620 mil habitantes representando el 9% de la población, y se espera que para el 2021 se incremente a 11%. Esto representa una tasa de crecimiento estimada de aproximadamente 4% para este grupo poblacional; tasa mayor a la estimada para la poblacional total que es alrededor de 1%. Ello explica el cambio previsto en el índice de envejecimiento²⁷, el cual se estima llegará a 44% en el 2021 (en el 2012 fue de 30%). De manera similar, la relación de dependencia de vejez pasaría de 14% en el 2012 a 18% en el 2021. Esta dinámica de envejecimiento se ve reflejada en la pirámide poblacional del país. En diez años – entre el 2015 y el 2025 – se observa un mayor crecimiento de la población mayor de 65 años (ver Cuadro N° 12).

²⁷ Según el INEI, se define como el cociente del grupo de población de 0-14 años de edad entre el grupo de 65 y más años de edad.

Cuadro N° 12: Pirámide poblacional del Perú: 2015 – 2025



Fuente: INEI

Por otro lado, la pirámide poblacional del año 2015 (ver Cuadro N° 12) evidencia el actual bono demográfico que viene teniendo el Perú. El Perú pasa por un periodo de máxima expansión de la población en edad de trabajar. El bono demográfico proporciona una oportunidad de mejoramiento económico y social, si se disminuyen las tasas de subempleo, principalmente de los jóvenes (Gestión, 2015).

En relación a la concentración poblacional en el país, el departamento de Lima presenta la mayor concentración: 32% de la población total del país. La provincia de Lima concentra a los distritos con mayor número de habitantes a nivel nacional. Así, por ejemplo, la población en catorce regiones del país tiene, cada una, poblaciones menores a la correspondiente a San Juan de Lurigancho, que tiene 1 millón 91mil habitantes.

3.2.5. Factor epidemiológico

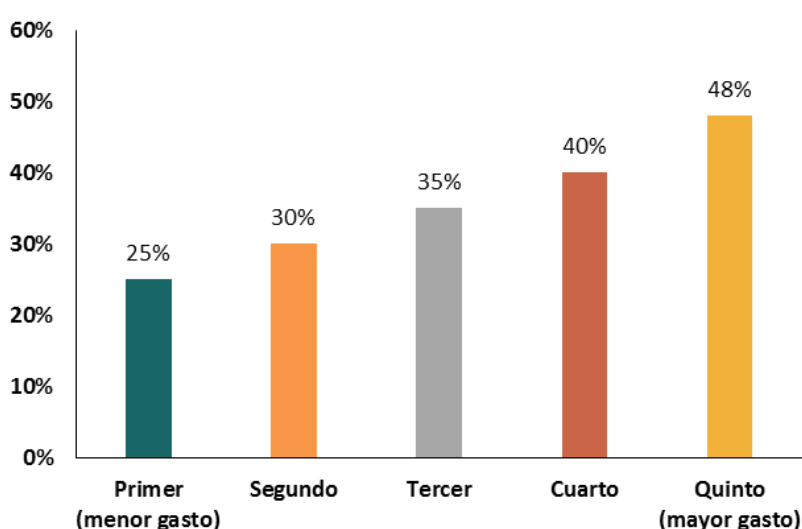
El perfil epidemiológico del Perú ha variado en los últimos años a causa de una transición de factores de riesgo de la salud, cambios en la estructura demográfica, el crecimiento económico, y variaciones en las condiciones de vida. Según el estudio Carga de Enfermedad en el Perú publicado el 2014, y elaborado por la Dirección General de Epidemiología del Minsa, las enfermedades que produjeron la mayor cantidad de años de vida saludable perdidos en el 2012 fueron aquellas ligadas al grupo de No Transmisibles, representando el 61% del total. En el caso del grupo de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, estas representaron el 25% de los años perdidos, mientras que los accidentes y lesiones ocasionaron el 14% de los años de vida saludable perdidos (MINSA, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2008), si se analizan las enfermedades no transmisibles por sexo para el 2004, estas representaron el 57% de los casos de muerte en hombres, y el 65% en mujeres. En el caso de los hombres, la

principal causa de muerte son las infecciones respiratorias agudas, seguidas por las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las lesiones; en el caso de las mujeres las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias agudas, enfermedades circulatorias y cáncer (OMS, 2008).

En el Cuadro N° 13 se observa que la prevalencia de enfermedades crónicas es mayor en los niveles socioeconómicos más altos. Según quintil de gasto para el 2014, en el primer quintil (menor gasto), la prevalencia de enfermedades crónicas fue de 25%, mientras que en el quinto quintil (mayor gasto) fue de 48%. Estos resultados se pueden explicar también por mayores niveles de sub-registro y sub-diagnóstico en los quintiles más bajos.

Cuadro N° 13: Población con enfermedades crónicas según quintil de gasto



Fuente: ENAHO 2014

De acuerdo con la OMS (2005), las causas de las enfermedades crónicas no transmisibles dependen de una serie de factores: subyacentes como los aspectos socioeconómicos, culturales, políticos y ambientales; de riesgos comunes modificables como la dieta, actividad física, entre otros; y de riesgos no modificables como la edad y la herencia genética (OMS, 2005). De estos factores los más importantes son los modificables, con los cuales se puede reducir hasta en 80% la aparición prematura de enfermedades crónicas no transmisibles (Seinfeld & Beltrán, 2012).

Países con un crecimiento económico importante, como el experimentado en el Perú en los últimos años, enfrentan una carga cada vez mayor de riesgos modernos, aunque no desaparecen los riesgos tradicionales (Seinfeld & Beltrán, 2012). En el Cuadro N° 14 se aprecia que las principales causas de mortalidad se deben tanto a enfermedades no transmisibles como a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. Así, las infecciones respiratorias agudas (IRAs) y las enfermedades cerebrovasculares figuran entre las principales causas de mortalidad para casi todos los grupos de edad.

Cuadro N° 14: Cinco principales causas de mortalidad, Perú 2011

Grupos de edad	1era	2	3	4	5ta
0 a 11 años	IRAs	Malformaciones congénitas	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal	Accidentes que obstruyen la respiración	Infecciones específicas del period perinatal
12 a 17 años	Lesiones de intención no determinada	IRAs	Leucemia	Accidentes que obstruyen la respiración	Enfermedades cerebrovasculares
18 a 29 años	Lesiones de intención no determinada	Accidentes de transporte terrestre y otros	IRAs	Enfermedades cerebrovasculares	Envenenamiento
30 a 59 años	Lesiones de intención no determinada	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	IRAs	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades isquémicas del corazón
60 años a más	IRAs	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades hipertensivas	Enfermedades isquémicas del corazón	Septicemia

Fuente: Minsa

3.3. Análisis sectorial

Como se mencionó en la sección de metodología, el análisis sectorial se subdivide tradicionalmente en mercado, productos, precios, promoción y plaza. En la sección de mercado se analiza de manera general el mercado de aseguramiento en el Perú y sus tendencias en los últimos años. Para productos y precios se realiza una revisión de los principales competidores de los seguros potestativos de EsSalud. Finalmente, en el caso de promoción se discute la estrategia seguida por EsSalud para promocionar el seguro potestativo²⁸.

3.3.1. Mercado de aseguramiento

Desde el lado de la oferta, en el mercado de aseguramiento peruano se distinguen tres operadores i) el Estado, ii) las instituciones del régimen de la seguridad social, y iii) las aseguradoras privadas. El Estado opera principalmente a través del SIS – orientado a personas en situación de vulnerabilidad – y de los seguros de salud de la Policía Nacional del Perú (PNP) y las Fuerzas Armadas (FFAA). La seguridad social cubre a los empleados con trabajo formal, en el sector público y privado, a través de EsSalud y complementariamente a través de las EPS. Tanto EsSalud como las EPS ofrecen planes de seguro potestativo para aquellas personas que no cumplen con las condiciones necesarias para afiliarse bajo el esquema regular. Finalmente, el mercado privado de aseguramiento comprende a compañías de seguros que ofrecen planes privados y algunas clínicas que ofrecen el esquema de prepagas (Apoyo Consultoría, 2012).

Desde el año 2009, tras la aprobación de la LMAUS se ha evidenciado un importante crecimiento en el porcentaje de personas aseguradas. Como se verá a continuación, este crecimiento se explica principalmente por una fuerte expansión del SIS, mientras

²⁸ Estrategia similar en el caso del seguro potestativo del SIS – SIS Independiente – y de varios de los seguros privados.

que el porcentaje de afiliados a EsSalud y a los seguro privados se ha mantenido relativamente constante.

Para analizar el mercado de aseguramiento se cuenta con dos fuentes de información principales: los reportes de SuSalud y la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho). Si bien la información de SuSalud es más actualizada y tiene un registro nominal de todos los asegurados; la Enaho permite realizar estimaciones y comparaciones de acuerdo con diversos criterios socioeconómicos. A continuación se utiliza la información de SuSalud para reportar el nivel de aseguramiento alcanzado, y la Enaho para caracterizar a la población asegurada.

El Cuadro N° 15 presenta la cantidad de población registrada en el padrón de afiliados al sistema de AUS desde el 2012, año en el que SuSalud comienza a registrar la información proporcionada por los distintos sistemas de aseguramiento. Según el reporte de diciembre 2015, existían 25 millones 165 mil personas afiliadas a un seguro de salud – 81% de la población peruana. Dentro de las regiones con mayor porcentaje de afiliados se encuentran Amazonas, San Martín y Ucayali, todas por encima del 90% de afiliados; por su lado, Ica, Puno y Tacna son las regiones con menores porcentajes de afiliados: alrededor del 70%. En Lima, el 78% de la población se encuentra afiliada a un seguro de salud, porcentaje por debajo del promedio de afiliados a nivel nacional.

Cuadro N° 15: Población peruana afiliada a un seguro de salud

Año	Población asegurada*	Población estimada**	% de afiliados
2012	16,721,254	30,135,875	55.5%
2013	21,163,806	30,475,144	69.4%
2014	23,241,743	30,814,175	75.4%
2015	25,165,689	31,151,373	80.8%

Fuente: *SuSalud, **INEI

Respecto al número de afiliados según IAFA, el Cuadro N° 16 muestra que el SIS tiene – por amplia diferencia – a la mayor cantidad de asegurados, seguido por EsSalud. El resto de IAFAS tienen significativamente menos afiliados. Las diferencias entre el total de asegurados del Cuadro N° 15 y del Cuadro N° 16 evidencia la existencia de personas afiliadas a al menos dos IAFAs.

Cuadro N° 16: Número de afiliados según IAFA, 2015

IAFAS	Asegurados
SIS	16,078,993
EsSalud	8,303,345
EPS	745,719
Autoseguro	57,344
Prepagas	616,578
FFAA y PNP	470,987
Empresas De Seguros	628,189
Total*	26,901,155

* Una misma persona puede tener más de un seguro

Fuente: SuSalud

Para los objetivos del presente estudio, es importante distinguir al grupo de asegurados que decidió voluntariamente inscribirse y pagar la prima por un seguro de salud, ya sea público o privado. Dentro de esta categoría podemos ubicar a los seguros SIS independiente²⁹, EsSalud potestativo, EsSalud agrario independiente, empresas de seguro privadas y seguros prepagas.

El Cuadro N° 17 presenta el número de afiliados para cada tipo de seguro potestativo; en total existen 676 mil personas que voluntariamente deciden afiliarse a un seguro de salud: 3% del total de asegurados. Más aún, si no se considerase a las prepagas, el número de afiliados a estos regímenes representa menos del 1% del total de asegurados. Un reto importante, desde un punto de vista de salud pública, es precisamente lograr la afiliación del segmento de población que no puede acceder al régimen subsidiado del SIS (población vulnerable) o al seguro regular de EsSalud (empleado dependientes y formales).

Cuadro N° 17: Afiliados a un seguro de salud voluntariamente, 2015

Asegurados voluntarios	Afiliados
Prepagas	475,013
Empresas seguros privadas	94,147
EsSalud potestativo*	42,504
EsSalud agrario independiente	40,285
SIS independiente	24,014
Total	675,963

*Considera los afiliados al Seguro EsSalud Independiente y sus antecesores

Fuente: SIS, EsSalud, SuSalud

Utilizando la última información del año 2014 de Enaho³⁰, se caracteriza a la población afiliada a un seguro de salud. Lamentablemente, la Enaho no permite distinguir entre los diferentes esquemas de aseguramiento al interior de una IAFA; es decir, no se puede, por ejemplo, diferenciar a los afiliados regulares de EsSalud de los afiliados potestativos.

El Cuadro N° 18 muestra el porcentaje de la población de acuerdo con el tipo de seguro según la Enaho. En el 2014, el SIS cubrió al 39% de la población, incrementado su cobertura en casi ocho puntos porcentuales desde el 2012. Por su parte, EsSalud mantiene una cobertura constante durante los últimos años de alrededor de 24% de la población. Los otros tipos de seguro no superan el 2% de cobertura. Así, las dos IAFAS que predominan en el Perú son el SIS y EsSalud.

²⁹ No se considera dentro de este grupo al SIS Emprendedor que cuenta con poco más de 200 mil afiliados, pues a este seguro son afiliados automáticamente todas las personas que se inscriben en el Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) de la Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria (SUNAT) y cumplen con el pago de sus tributos. Además los afiliados no deben pagar una prima por el seguro.

³⁰ El 2014 es el último año para el que se cuenta con información anual.

Cuadro N° 18: Población afiliada, de acuerdo con el tipo de seguro

Tipo de seguro	2012	2013	2014
Solo Essalud	24.3	24.3	24.6
EsSalud y/o EPS	0.9	1.0	1.0
Solo SIS	31.4	35.3	39.0
Solo FFAA y PNP	1.9	1.6	1.6
Solo privado	1.5	1.6	1.5
Más de un seguro	1.8	1.6	1.4
Sin Seguro	38.2	34.6	31.1

Fuente: Enaho

El Cuadro N° 19 presenta los distintos seguros vigentes de acuerdo a la zona de residencia, ya sea urbano o rural. Se observa que el 33% de las personas que viven en el ámbito urbano no cuenta con seguro, cifra significativamente mayor al 23% reportado en el ámbito rural – donde la mayoría cuenta con el SIS. Asimismo, EsSalud está concentrado principalmente en el ámbito urbano, donde alcanza al 30% de la población. Ello se debe a que en el ámbito urbano se concentra la mayor cantidad de trabajos formales.

Cuadro N° 19: Tipo de aseguramiento, de acuerdo con la zona de residencia

Zona	Solo Essalud	EsSalud y/o EPS	Solo SIS	Solo FFAA y	Solo privado	Más de 1 seguro	Otro	Sin Seguro
Rural	5.2	0.0	71.7	0.2	0.1	0.1	0.2	22.8
Urbano	32.1	1.4	30.4	2.3	2.4	2.6	0.9	33.3

Fuente: Enaho

Al analizar el esquema de aseguramiento de las personas de acuerdo con el quintil de gasto, se observan diferencias interesantes. En primer lugar, el porcentaje de personas sin seguros es mayor – por encima del 36% – en el tercer y cuarto quintil. En los quintiles de menor y mayor gasto es menor al 30%. La población del quintil más bajo se encuentra asegurada mayormente por el SIS: 74%. Por su parte, la mayor parte de la población del quinto quintil se encuentra afiliada a EsSalud (44%) y seguros privados (5%). Es decir, una proporción significativa de personas sin seguro se concentra en la población de ingresos medio-bajos.

Cuadro N° 20: Tipo de aseguramiento, de acuerdo con el quintil de gasto

Quintil de gasto	Solo Essalud	EsSalud y/o EPS	Solo SIS	Solo FFAA y PNP	Solo privado	Más de 1 seguro	Sin Seguro
Primero*	4.0	0.0	73.9	0.0	0.1	0.1	22.0
Segundo	14.0	0.0	54.1	0.3	0.3	0.1	31.2
Tercero	24.7	0.3	35.8	0.8	0.6	0.4	37.5
Cuarto	36.2	0.7	22.2	2.5	1.5	0.9	36.0
Quinto**	43.8	4.0	9.0	4.3	4.7	5.5	28.7

* Quintil con menor gasto.

** Quintil con mayor gasto.

Fuente: Enaho

3.3.2. Productos

Los productos de seguros de salud son ofrecidos por las IAFAS públicas y privadas. Cada una de ellas ofrece productos de seguros con características específicas, atributos y diferencias en cobertura de atenciones (cobertura prestacional), así como en precios (ver siguiente subsección). El análisis que se presenta a continuación, se centra en los seguros potestativos.

- **Productos de seguros del sector público**

SIS Independiente

A partir de 2011, el SIS inició el programa denominado SIS Independiente. Este seguro está dirigido a hombres y mujeres residentes en el país, sin límite de edad, que trabajen de forma independiente, que no cuenten con otro seguro de salud y cuya afiliación está comprendida en el Régimen de Financiamiento Semicolaborativo según el TUO de la LMAUS. La afiliación es exclusiva a dicho régimen y excluyente de los regímenes contributivo y subsidiado, establecidos por la norma en mención.

La cobertura del SIS independiente comprende el PEAS, los tipos de cáncer más comunes, enfermedades de alto costo y enfermedades raras o huérfanas. La cobertura comprende medicinas, análisis, operaciones, hospitalizaciones, traslados de emergencia y un subsidio por fallecimiento de hasta 1,000 soles³¹.

Seguro EsSalud Independiente

En cumplimiento de la LMAUS, EsSalud cuenta en la actualidad con un seguro específico dirigido a los trabajadores independientes y sus derechohabientes. Sin límite de edad y disponible para cualquier residente en el Perú, el seguro comprende atención en consulta externa, hospitalización, cirugías, emergencias y provisión de medicamentos, cubriendo el 80% de las enfermedades más frecuentes. EsSalud Independiente está dirigido a:

- Profesionales independientes (abogados, médicos, economistas, ingenieros, entre otros.).
- Trabajadores independientes (artesanos, carpinteros, taxistas, transportistas y electricistas, entre otros oficios).
- Demás personas independientes que deseen contar con un seguro de esta naturaleza.

En materia de cobertura, EsSalud Independiente brinda las prestaciones que señala el PEAS (1,169 diagnósticos señalados en el Decreto Supremo N° 016-2009-SA) más 235 prestaciones adicionales, cuyas intervenciones se establecen según el tipo de prestación. El derecho a la atención médica comienza el día siguiente de realizado el primer aporte. Posteriormente, el afiliado deberá estar al día en sus aportaciones. No obstante, existen algunas condiciones asegurables que tienen un período de carencia de tres meses o que cuentan con tiempo de espera.

³¹ <http://www.sis.gob.pe/Portal/productos/sisindependiente/quebeneficios.html>

También los trabajadores independientes agrupados en asociaciones o gremios, que deseen inscribirse en EsSalud Independiente, pueden afiliarse bajo la modalidad colectiva. La afiliación es exclusiva a dicho régimen y excluyente del régimen semicontributivo y subsidiado.

A continuación se presenta en el Cuadro N° 21 un resumen comparado de ambos productos de seguros públicos que se dirigen a la misma población objetivo, como son los profesionales independientes.

Cuadro N° 21: Comparación entre el seguro independiente SIS y EsSalud

	Seguro independiente SIS	Seguro independiente EsSalud
PRESTACIONES	Prestaciones preventivas, promocionales, de recuperación y rehabilitación que se indican en el PEAS a que se refiere el Anexo del D. S. N° 016-2009-SA.	Prestaciones preventivas, promocionales, de recuperación y rehabilitación que se indican en el PEAS a que se refiere el Anexo del D. S. N° 016-2009-SA.
	Cobertura plan complementario indicadas en el "Contrato del Seguro SIS Independiente"	Otras prestaciones recuperativas adicionales señaladas en la lista de cobertura establecida en el contrato (Lista de Condiciones Asegurables – LCA) (235 Diagnósticos)
	Cobertura enfermedades de alto costo de atención indicadas en el "Contrato del Seguro SIS Independiente"	Medicinas contenidas en el petitorio farmacológico e insumos médicos establecidos en el contrato.
	Cobertura enfermedades raras y huérfanas indicadas en el "Contrato del Seguro SIS Independiente"	Acceso al servicio de ESSALUD en línea y STAE.
DEDUCIBLES Y COPAGOS		Ambulatorio: S/. 5.00 por consulta médico y/u odontológica (no sujetas las citas o recitas de control, excepto las odontológicas). Tampoco están sujetas las atenciones en los servicios de emergencia, prestaciones de maternidad y prestaciones preventivo-promocionales. Hospitalario: 01 día de habitación más IGV.
	Copagos de 10% de la tarifa de: cinecoronariografía, resonancia magnética nuclear con y sin contraste, resonancia magnética angiográfica con y sin contraste, angiografía arterial y venosa, tomografía espiral multicorte con y sin contraste, tomografía axial multicorte con y sin contraste, ecodoppler arterial y venoso, ecocardiograma, endoscopia, gamagrafía	Copago: 10% de los gastos de: cinecoronariografía, resonancia magnética nuclear, resonancia magnética angiográfica, angiotomografía espiral multicorte y angiografía arterial y venosa.
EXCLUSIONES	Son aquellos diagnósticos y condiciones que no son financiados por el Seguro Integral de Salud bajo ninguna Modalidad	Condiciones asegurables no detalladas en la Lista de Condiciones Asegurables.
	Cirugía profiláctica, estética o cosmética, procedimientos para otros propósitos que no sean mejorar el estado de salud.	Cirugías electivas no recuperativas ni rehabilitadoras. Cirugía Plástica. Odontología Estética.
	Atenciones con otra fuente de financiamiento (Ej.: Accidentes de Tránsito SOAT, estrategias y programas)	Tratamientos de periodoncia y ortodoncia.
	Atención fuera del territorio nacional	Curas de reposo o de sueño.
		Lentes de contacto.
		Enfermedades pre-existentes que no estén dentro de la cobertura del contrato.
		Prestaciones Económicas.
		Centros de Adulto Mayor – CAM.
		Centro de Rehabilitación Profesional – CERP.
		Programa de Asistencia Domiciliaria – PADOMI.
	Endoprótesis y Exoprótesis.	
	Procedimientos y servicios que no se brindan en la cobertura del contrato.	
	Atenciones en el exterior.	
	Otros que se señalen en el contrato de afiliación	
CARENCIA Y ESPERA	Periodo de carencia 30 días calendario desde el inicio de la cobertura. Periodo de espera de dos meses, indicadas en el "Contrato del Seguro SIS Independiente"	Existen algunas condiciones asegurables que tienen periodo de carencia de tres (03) meses o que cuentan con tiempo de espera de 10 ó 24 meses, indicadas en el "Contrato del Seguro EsSalud Independiente"
CARACTERÍSTICAS DEL CONTRATO	La falta de pago de un aporte mensual, suspende la cobertura establecida en el contrato, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento.	El incumplimiento de un aporte suspende la cobertura del contrato, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento. El no pago de 4 aportes consecutivos resuelve el contrato.
	La falta de pago de 3 aportes mensuales consecutivos dará lugar a la resolución automática del contrato.	

Fuente: EsSalud, SIS

- **Productos de seguros del sector Privado**

Los seguros ofrecidos por el sector privado pueden dividirse en lucrativos y no lucrativos. Dentro del sector privado lucrativo están las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios clínicos y servicios de diagnóstico de imágenes, que presentan distintos planes de cobertura de servicios de salud con costos individuales por grupo etario, con coberturas máximas anuales, copagos, deducibles, periodos de carencia y espera, y exclusiones. Por su parte, los no lucrativos están conformados en su mayoría por asociaciones sin fines de lucro y prestan principalmente servicios de primer nivel con financiamiento externo, donantes, entre otros.

Seguros privados dirigidos a la Población Independiente

En el sector privado los seguros dirigidos a la población independiente o que no cuenta con un seguro regular son los esquemas de EPS potestativos, las pólizas de asistencia médica ofrecidas por las aseguradoras privadas y los programas prepagados de las clínicas privadas.

Por lo general, este tipo seguros presentan una cobertura con un monto anual máximo por persona (suma asegurada) y financia todo o una parte de los gastos por prestaciones; no obstante, la cobertura oncológica es al 100%. Las exclusiones, por lo general son similares en todas las coberturas y programas de salud. En el caso de la cobertura de las enfermedades preexistentes, las compañías pueden reservarse el derecho de aceptar o no al usuario con preexistencias. La Ley les permite pedir un pago adicional por protegerlas.

Dado que existe un segmento de trabajadores independientes, principalmente jóvenes con hijos pequeños o adolescentes de la clase media, que actualmente no se encuentran asegurados, y que destinan aproximadamente un 8% de sus ingresos en atenciones de salud – según información de Pacífico Seguros –, el sector privado ofrece diversos planes para este segmento. La Positiva-Sanitas fue la primera empresa en ofrecer un seguro dirigido a trabajadores independientes. Por su parte, Pacífico ofrece un producto privado de seguros de salud, denominado ECOH, el cual es un seguro especializado que ofrece cobertura hospitalaria, oncológica, partos, trasplantes de órganos, chequeos preventivos y de emergencia al 100%. Además, ofrece una cobertura máxima anual de S/. 1'500,000 por persona, así como acceso al programa de salud para enfermedades crónicas, chequeos preventivos, médicos a domicilio, entre otros.

- **Integración vertical en el sector privado**

En los últimos años se ha observado una dinámica de integración vertical en el mercado privado de salud. Así, algunas de las principales aseguradoras han adquirido su propia red de IPRESS - tal es el caso de Pacífico y Rímac (ver Cuadro N° 22).

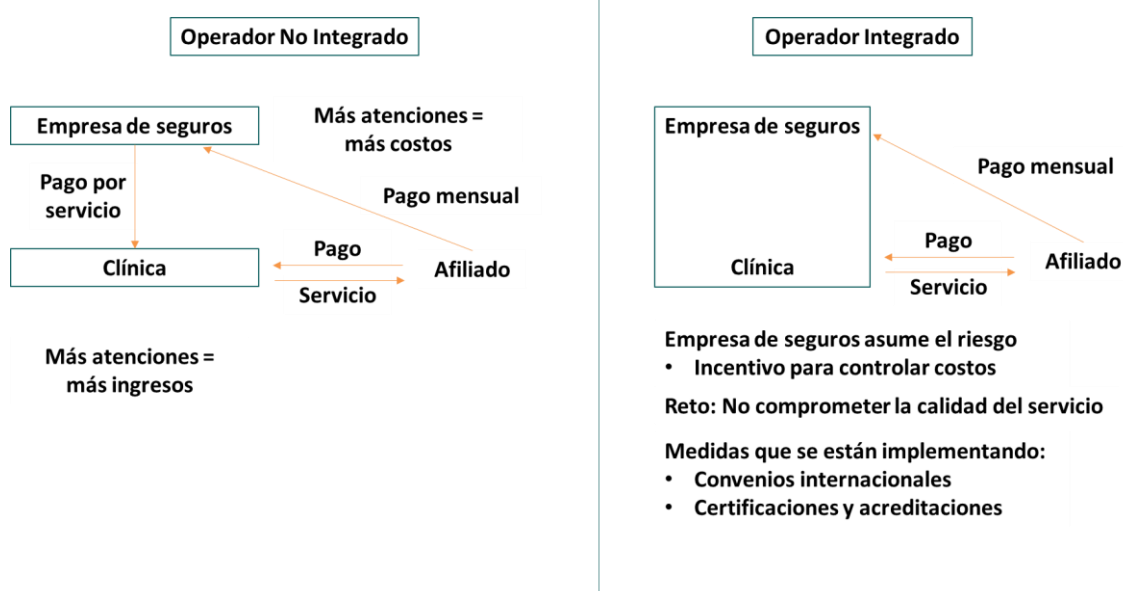
Cuadro N° 22: Redes de atención ofrecidas por el sector privado

	Aseguramiento	Clínicas	Centros Médicos	Laboratorios clínicos	Farmacias
Rímac	Sí	Sí	Sí		
Pacífico	Sí	Sí	Sí	Sí	
Mapfre	Sí		Sí		Sí
Auna		Sí	Sí		
Clínica San Pablo		Sí	Sí	Sí	
Cruz Blanca			Sí	Sí	

Fuente: Apoyo Consultoría

El Cuadro N° 23 muestra las diferencias entre el funcionamiento de un operador integrado y uno no integrado.

Cuadro N° 23: Esquemas de Operadores No Integrados y Operadores Integrados



Fuente: Apoyo Consultoría

3.3.3. Precios

Las primas para los seguros potestativos se abonan de manera mensual y varían según la edad, la cobertura y en algunos casos, el sexo.

- **Primas de seguros del sector público**

En el sector público, como se vio en la sub-sección anterior, se encuentran el SIS Independiente y Seguro EsSalud Independiente.

El SIS independiente se divide en dos rangos de edad: menores de 60 años y de 60 años en adelante. Así mismo, el grupo de menores de 60 años se divide según el número de derechohabientes o dependientes. El aporte requerido es de S/.39 si se trata de un titular solo menor de 60 años y, a medida que se incluyen los derechohabientes, el aporte aumenta hasta S/.115 (cuando se incluyen de tres a más derechohabientes). En el Cuadro N° 24 se detallan los precios según la clasificación indicada anteriormente.

Cuadro N° 24: Estructura de precios del SIS independiente

Tipo de seguro para personas menores de 60 años		Tipo de seguro para personas a partir de los 60 años (continuadores)	
Individual	Aporte mensual	Individual	Aporte mensual
Titular Solo	S/. 39	Titular Solo	S/. 44
Familiar	Aporte mensual		
Titular +1 Derechohabiente	S/. 78	Tipo de seguro para personas a partir de los 60 años (nuevos contratos)	
Titular +2 Derechohabientes	S/. 94	Individual	Aporte mensual
Titular +3 o más Derechohabientes	S/. 115	Titular Solo	S/. 58
Menores Dependientes	Aporte mensual		
Aporte por cada dependiente o hijo	S/. 39		

Fuente: SIS

Por su parte el Seguro EsSalud Independiente, tiene una prima que varía según la modalidad de afiliación y el número de dependientes. La prima para el titular solo, en la modalidad individual cuesta S/. 64, mientras que para el titular con tres o más dependientes cuesta S/. 228. En la modalidad de afiliación colectiva, las primas se van reduciendo mientras mayor sea el número de titulares afiliados. El Cuadro N° 25 detalla las primas de EsSalud.

Cuadro N° 25: Estructura de precios del Seguro EsSalud Independiente

Modalidad	Afiliación	Prima (inc. IGV)			
		Titular	Titular + 1 Dependiente	Titular + 2 Dependientes	Titular + 3 Dependientes o más
Individual	Un titular	S/. 64	S/. 114	S/. 169	S/. 228
Colectiva	Menos de 50 titulares	S/. 64	S/. 114	S/. 169	S/. 228
	De 50 a 79 titulares	S/. 62	S/. 108	S/. 160	S/. 217
	De 80 a 99 titulares	S/. 59	S/. 103	S/. 153	S/. 207
	De 100 a más titulares	S/. 55	S/. 94	S/. 139	S/. 188

Fuente: EsSalud

- **Primas de seguros del sector privado**

En el sector privado, las primas de las aseguradoras están en función de las redes de clínicas donde el asegurado se puede atender, el monto máximo de cobertura y variables como el sexo y edad del asegurado.

Cuadro N° 26: Estructura de precios de los seguros privados de salud

Aseguradoras Privadas	Productos	Beneficio máximo anual por persona	Por rango de edad	Prima promedio mensual
Pacífico Seguros	Seguro de Salud Red preferente	S/. 4,000,000	0-5	S/. 118
			5-60	S/. 194
			60 a más	S/. 674
	Seguro de Salud Total	S/. 9,600,000	0-5	S/. 161
			5-60	S/. 342
			60 a más	S/. 1,079
	Seguro de Salud	S/. 4,000,000	0-5	S/. 107
			5-60	S/. 243
			60 a más	S/. 872
La Positiva	Mediplus II	S/. 6,000,000	0-5	S/. 114
			5-60	S/. 331
			60 a más	S/. 931
	Medsalud	S/. 3,000,000	0-5	S/. 95
			5-60	S/. 298
			60 a más	S/. 933
	Mediplus provincia	S/. 3,000,000	0-5	S/. 92
			5-60	S/. 295
			60 a más	S/. 772
Rímac	Full Salud	S/. 9,600,000	0-5	S/. 228
			5-60	S/. 448
			60 a más	S/. 928
	Red Médica	S/. 4,000,000	0-5	S/. 171
			5-60	S/. 370
			60 a más	S/. 720
	Red Médica Clásico	S/. 3,200,000	0-5	S/. 131
			5-60	S/. 270
			60 a más	S/. 597
Mapfre	Trebol Salud	S/. 3,200,000	0-5	S/. 79
			5-60	S/. 239
			60 a más	S/. 728

Fuente: (EsSalud, 2015)

- **Elasticidad precio**

Un aspecto fundamental al momento de diseñar la estructura de pagos por un seguro de salud son los supuestos acerca de la elasticidad precio de la demanda³². Diversos estudios internacionales muestran que los seguros de salud voluntarios enfrentan una demanda inelástica (menor a 0 y mayor a -1), es decir un incremento del 1% en el precio de los planes voluntarios de salud³³ genera una disminución de menos del 1% en la cantidad demandada de este tipo de seguros.

³² La elasticidad precio se define como el cambio porcentual en la demanda de un producto determinado ante un cambio porcentual en el precio del mencionado producto. En el caso de los seguros de salud, el cambio porcentual en la cantidad de afiliados, ante un cambio porcentual en la prima del seguro.

³³ Como parte del precio del seguro se debe considerar no solo la prima, sino también los copagos (Ringel, et al., 2005)

Así, por ejemplo, en un estudio sobre la demanda de seguros privados en algunas ciudades de China, se estimaron elasticidades que fluctuaban entre -0.27 y -0.42 (Ying & et al., 2007). Igualmente, Ahking, et al. (2009), tras estudiar la demanda por seguros privados en los Estados Unidos entre 1966 y 1999 clasifican a los seguros de salud como bienes inelásticos.

Si la situación presentada en China y Estados Unidos se diera también en el Perú, entonces EsSalud tendría la posibilidad de realizar un ajuste en la prima de su Seguro EsSalud Independiente sin esperar que la cantidad demandada disminuya significativamente.

3.3.4. Promoción y plaza

Los canales de comercialización de los productos de seguros de EsSalud Independiente, son el uso del portal web y la venta o afiliación a través de la red de agencias de seguros y oficinas de seguros a nivel nacional, sobre la base del uso de promotoras y material comunicacional e informativo, especialmente. La Imagen N° 1 muestra la promoción de los diferentes tipos de seguros que ofrece EsSalud a través de su portal web.

Imagen N° 1: Promoción de los tipos de seguros de EsSalud a través de su portal web



Fuente: www.essalud.gob.pe

EsSalud utiliza una estrategia de búsqueda de nuevos afiliados sobre la base de la estrategia de venta de seguros a profesionales independientes formales de manera individual y no precisamente colectiva o grupal que le permita compartir riesgos y compensarlo entre un mayor número de personas. A continuación, en la Imagen N° 2 se

muestran los puntos tradicionales de afiliación más usados por EsSalud para la búsqueda de nuevos asegurados.

Imagen N° 2: Puntos de afiliación de EsSalud



Fuente: EsSalud

Entonces, los planes de venta de los productos de EsSalud presentan una táctica más pasiva de ofrecer información a los interesados y no de buscar proactivamente la utilización de canal de ventas corporativas, gremiales o con asociaciones de profesionales, como lo pueden ser los colegios profesionales. La situación es similar para el caso del seguro potestativo público SIS Independiente. Como se puede apreciar en la Imagen N° 3, las campañas de difusión y mensajes publicitarios se orientan a la promoción de la afiliación individual del mercado total y no segmentando al interior de la población de profesionales independientes.

Imagen N° 3: Estrategias de difusión del seguro EsSalud Independiente



Fuente: EsSalud

En los resultados de “Estudio de mercado para la incorporación de nuevos asegurados independientes a la seguridad social” elaborado en 2013 por el Instituto Cuánto en Lima, Arequipa, La Libertad, Lambayeque y Junín, se muestra que el principal medio por el cual las personas se enteran sobre los servicios de EsSalud es a través de familiares, y no a través de los medios publicitarios implementados por este. El Cuadro N° 27 muestra una síntesis de los resultados hallados en cada región.

Cuadro N° 27: Medios de comunicación y EsSalud por ciudad

	N° entrevistados	Resultados
Lima	281	El 87.8% de los encuestados obtuvo conocimientos de los servicios brindados a través de sus familiares, el 25.1% los adquirió por medios televisivos y el 24.1% indicó haberse informado por su propia cuenta.
Arequipa	283	El 76.6% de los encuestados obtuvo conocimientos de los servicios brindados a través de sus familiares, el 63.2% los adquirió por su propia cuenta y el 10.5% por medios televisivos.
La Libertad	281	El 71.8% de los encuestados obtuvo conocimientos de los servicios brindados a través de sus familiares, el 30.3% los adquirió por su propia cuenta y el 4.9% por medios televisivos.
Lambayeque	280	El 58.6% de los encuestados obtuvo conocimientos de los servicios brindados a través de sus familiares, el 51.4% los adquirió por medios televisivos, el 11.1% por medios radiales o por periódicos, y el 9.3% a través de visitas a sus centros laborales.
Junín	268	El 84.7% de los encuestados obtuvo conocimientos de los servicios brindados a través de sus familiares y el 53.1% los adquirió por su propia cuenta.

Fuente: Instituto Cuánto

3.4. Análisis interno

Finalmente, siguiendo la metodología de diagnóstico planteada, se procede con el análisis interno, cuyo objetivo es encontrar y discutir las principales fortalezas y debilidades de la organización, respecto de su visión: “ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social ...” (EsSalud, 2012) y misión: “... institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y sus acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales integrales y de calidad, mediante un gestión transparente y eficiente” (EsSalud, 2012).

En esta sección se analiza la capacidad de oferta asistencial que puede limitar o extender el accionar del Seguro EsSalud Independiente y, por tanto, forma parte de las fortalezas o debilidades con las que cuenta la institución. En la misma línea, es necesario ver factores determinantes en la capacidad del seguro de responder a las exigencias de la demanda tales como la aceptación que tendría de los potenciales beneficiarios. Adicionalmente, se analizan los procesos y mecanismos de control de aseguramiento y de seguimiento de prestadores pues estos definen la eficiencia con la cual EsSalud podrá ofrecer el seguro potestativo de forma sostenible. Finalmente, se evalúa el problema de siniestralidad, el cual responde en parte a los problemas de selección adversa y riesgo moral, propios de los seguros potestativos.

3.4.1. Capacidad de oferta asistencial

Los centros asistenciales de EsSalud presentan una utilización de sus consultorios físicos que puede ser optimizada. En la mayoría de sus centros asistenciales solo el primer turno – 8 a 12 de la mañana – utiliza toda su capacidad instalada. Durante el

segundo turno – 12 a 4 de la tarde – disminuye el porcentaje de utilización de la capacidad instalada y no existe un tercer turno – 4 a 8 de la noche –, por lo que la capacidad instalada queda ociosa. En el año 2014, EsSalud registraba 2,737 consultorios físicos y 4,384 consultorios funcionales. Cuando se divide, se obtiene en promedio una tasa de utilización de 1.6 turnos; es decir, se trabaja al 53% de la capacidad máxima de producción.

Algo similar puede decirse de las salas de operaciones y las salas de procedimientos, que son utilizadas adecuadamente durante el primer turno, en una tasa menor durante el segundo turno y solo para emergencias durante el tercer turno. En el año 2014, se otorgaron 247 consultorios funcionales, los mismos que trabajando a capacidad máxima darían unas 592,800 horas de uso de sala frente a las 408,532 horas ejecutadas; es decir, se obtiene un 69% de uso de sala quirúrgica.

Los hospitales de mayor capacidad resolutive, tales como Rebagliati, Almenara y Sabogal en Lima, se encuentran congestionados, dado que son los más demandados por los asegurados. Frente a esta situación, EsSalud está ejecutando desde el año 2015 un ambicioso proyecto de expansión hospitalaria que significa una inversión de más de cuatro mil millones de soles. Se construirán cuatro hospitales en Lima, entre ellos el Hospital Vitarte, el Hospital Señor de la Divina Misericordia (Jesús María) que será el primer nosocomio de cuidados paliativos para adultos mayores; el nuevo Hospital Grau y el Hospital de San Juan de Miraflores. Igualmente, con la intención de reducir el número de asegurados en lista de espera por una intervención quirúrgica, en el año 2013 EsSalud lanzó el Plan Confianza. Desde su implementación hasta abril de 2015, se logró reducir el tiempo de espera promedio de 432 días a 91 días y el número de pacientes en espera quirúrgica se redujo de 32 mil a 21 mil. Aunque el mayor impacto se evidenció en la Red Rebagliati en Lima, también se mostraron avances importantes en las demás redes del país. El Plan, al ser una política institucional, abarca a todos los establecimientos de EsSalud y también cuenta con clínicas y hospitales privados aliados. Una de las estrategias fue establecer contratos con clínicas privadas a fin de derivar a los pacientes a IPRESS privadas seleccionadas para que allí se realice la intervención quirúrgica. En esta línea, existe la oportunidad de derivar a los nuevos asegurados y adscribirlos a los centros asistenciales administrados bajo la estrategia de alianzas público privadas, dado que existen metas de atención de 250,000 asegurados.

Un factor crítico para el funcionamiento de la capacidad instalada de EsSalud es el recurso humano, el cual es escaso en todo el país. De acuerdo con el estándar definido por la OPS en los denominados Desafíos de Toronto, el indicador de densidad de recursos humanos en salud, que evalúa la disponibilidad de médicos y enfermeras, debería ser por lo menos de 25 médicos y enfermeras por cada 10,000 habitantes. En el Perú, en el 2011 el indicador era de 19.5 (MINSa, 2013). A esta brecha de personal de salud, se suma el déficit de médicos especialistas y su desigual distribución geográfica.

En el caso particular de EsSalud, la presidente ejecutiva, en una entrevista publicada en medios locales, estima un déficit actual de entre 7,000 y 8,000 médicos. Esto a pesar de haber contratado desde el 2012 a más de 1,000 médicos generales y especialistas (León, 2015). Según un estudio del Minsa (2011), considerando el perfil epidemiológico, con base en las principales patologías prevalentes y con mayor carga de enfermedad,

EsSalud necesita 9,970 especialistas: 5,535 en especialidades y 3,434 subespecialidades (MINSA, 2011).

3.4.2. Demanda por seguros potestativos

La demanda por seguros potestativos, al depender de la voluntad de cada persona de afiliarse, es compleja y responde a factores diversos. La evidencia existente nos muestra que la demanda por seguros voluntarios es mayor entre las familias con elevados factores de riesgo (hogares numerosos, con más mujeres y adultos mayores)³⁴ (Bitrán & Muñoz, s.f.) y (Seinfeld, 2007). Igualmente diversos autores coinciden en mencionar que el conocimiento sobre el funcionamiento de los seguros y sus beneficios es un factor clave para la demanda de los mismos (Gumber & Veena, 2000) y (Madueño, et al., 2003).

En el Perú, como se mencionó en la sección 3.1 – análisis sectorial de mercado – la población afiliada a un seguro de salud potestativo es bastante reducida: a diciembre del 2015, representaba apenas el 2% de la población total y el 3% de la población asegurada. En el caso particular de la población afiliada a alguno de los seguros potestativos de EsSalud – 42 mil 504 a setiembre del 2015 – esta representaba el 0.4% del total de afiliados a EsSalud.

Si bien en la sub-sección de siniestralidad se desarrolla con mayor profundidad las características demográficas de la demanda actual de los seguros potestativos de EsSalud, el Cuadro N° 28 muestra la distribución de los asegurados al Seguro EsSalud Independiente (vigente) según sexo y edad. Se observa que las mujeres se encuentran afiliadas en mayor proporción, así como un número significativo de adultos mayores. Esto se condice con lo indicado por la literatura, que señala que la demanda por este tipo de seguros es mayor entre la población con un perfil de riesgo mayor.

Cuadro N° 28: Afiliados al Seguro EsSalud Independiente, 2014

Edad	Femenino	Masculino	Total
Menor a 1 año	175	193	368
Niño (1 - 11)	1,001	1,028	2,029
Adolescente (12 - 17)	454	408	862
Joven (18 - 29)	5,485	4,022	9,507
Adulto (30 - 59)	10,213	6,420	16,633
Adulto mayor (60 +)	8,207	5,043	13,250
Total	25,535	17,114	42,649

Fuente: EsSalud

3.4.3. Demanda potencial de los seguros potestativos

A continuación se analiza la demanda potencial de seguros potestativos – personas que actualmente no cuentan con un seguro de salud, no trabajan como dependientes³⁵, son

³⁴ Este aspecto se desarrolla en detalle en la subsección referida a siniestralidad.

³⁵ Debieran ser asegurados al esquema regular de EsSalud

mayores de edad y no pobres³⁶. El Cuadro N° 29 presenta las estimaciones realizadas para clasificar a la población con y sin seguro, así como sus características. Considerando las dos fuentes de información disponibles – SuSalud y Enaho – se utilizaron dos metodologías distintas para el cálculo de la población potencial que podría acceder a un seguro potestativo.

Cuadro N° 29: Población estimada con y sin seguro

	SUSALUD		ENAH0	
	N°	%	N°	%
Población estimada	30,814,175		31,477,800	
Con seguro	23,241,743	75.4%	21,688,204	68.9%
SIS	15,177,588	49.3%	12,299,480	39.1%
EsSalud	7,594,055	24.6%	8,299,057	26.4%
FFAA y Policía	187,122	0.6%	584,616	1.9%
EPS	728,161	2.4%	338,753	1.1%
Empr. Seguros	94,147	0.3%		
Prepagas	475,013	1.5%		
Autoseguros	20,528	0.1%		
Privado			595,044	1.9%
Otros			235,880	0.7%
Sin seguro	7,572,432	24.6%	9,789,596	31.1%
- Pobre extremo	202,184	0.7%	261,382	0.8%
- Pobre	1,163,126	3.8%	1,503,682	4.8%
- No pobre	6,207,123	20.1%	8,024,532	25.5%
* Menores de edad	1,435,087	4.7%	1,855,272	5.9%
* PEA mayor de edad	3,724,574	12.1%	4,815,107	15.3%
Dependientes	1,311,050	4.3%	1,694,918	5.4%
Trabajador de hogar	95,349	0.3%	123,267	0.4%
Independientes	2,099,915	6.8%	2,714,758	8.6%
Otros	6,704	0.02%	8,667	0.03%
Desocupado	211,556	0.7%	273,498	0.9%
* No PEA mayor de edad	1,047,462	3.4%	1,354,153	4.3%

Fuente: SuSalud, INEI, Enaho

Las diferencias entre las cifras estimadas son consecuencia de las distintas fuentes de información. En el primer caso, la población estimada corresponde a fuentes del INEI y para calcular el número de personas con seguro de salud se usa la información del padrón de afiliados AUS reportada por SuSalud. En el segundo caso, la información corresponde a la Enaho y se usa dicha fuente para saber si los encuestados tenían seguro de salud. Se observa que, para la población con seguro, la mayor diferencia se encuentra en la población que cuenta con SIS. Esta situación conlleva a que el número estimado de personas sin seguro sea superior en más de dos millones en los cálculos realizados utilizando Enaho.

³⁶ Debieran ser asegurados al SIS.

Dado que SuSalud no reporta información sobre las características de las personas sin seguro, para su caracterización se usa la información de la Enaho y con ello se estima el porcentaje de asegurados según pobreza y según las características laborales de la población. Los porcentajes calculados son aplicados al total de personas sin seguro estimados para cada caso a fin de obtener los valores absolutos de cada categoría. Dentro de las distintas categorías presentadas se resalta a la población sin seguro, no pobre, mayor de edad y económicamente activa que es independiente³⁷ o desocupada; así como la población que no se encuentra en la PEA mayor de edad que no es pobre ni tiene seguro. Este grupo de personas es la población que representa la demanda potencial de seguros potestativos – según la fuente de información que se considere, la demanda potencial por el seguro potestativo fluctuaría entre 3.3 millones y 4.3 millones de personas.

Ahora bien, dentro de esta demanda potencial se pueden distinguir dos grupos principales de personas: la PEA mayor de edad sin seguro, no pobre ni dependiente, quienes representan dos tercios del total de la demanda potencial; y la población fuera de la PEA mayor de edad sin seguro, no pobre, quienes representan un tercio de la demanda potencial. Las características en términos de sexo y edad de estos grupos se presentan en los Cuadro N° 30 y Cuadro N° 31, respectivamente. Se observan diferencias importantes: la población que está fuera de la PEA es en su mayoría mujer y joven. Por otro lado, el grupo que cumple con las características de la población potencial y que es PEA, está conformada mayoritariamente por hombres, y se encuentra distribuida más uniformemente por rangos de edad, reduciéndose al momento del retiro.

Cuadro N° 30: Demanda potencial del seguro potestativo de EsSalud, según sexo y condición económica, en porcentaje

Población objetivo	Masculino	Femenino
PEA	56.5	43.6
No PEA	32.8	67.2
Total	49.1	50.9

Fuente: Enaho

Cuadro N° 31: Demanda potencial del seguro potestativo de EsSalud, según edad y condición económica, en porcentaje

Edad	PEA	No PEA	Total
18-34	29.5	48.8	35.5
35-49	33.1	15.8	27.7
50-64	29.1	16.8	25.2
65 +	8.3	18.7	11.5

³⁷ Para el cálculo de trabajadores independientes se sigue la definición de la “Resolución sobre la Clasificación Internacional de la Situación de Empleo” (CISE – 93), adoptada por la OIT en 1993 y que sigue en vigencia. Se define como empleo independiente aquel cuya remuneración depende directamente de los beneficios derivados de los bienes o servicios producidos y considera cuatro subgrupos: empleadores, trabajadores por cuenta propia, integrantes de cooperativas de trabajadores y trabajadores familiares no remunerados (OIT, 1993).

- **Menores de edad:**

La demanda potencial considerada hasta ahora no considera a los menores de edad, quienes si bien no pueden acceder a un seguro potestativo como titulares si pueden calificar como derecho habientes. Para estimar a este grupo poblacional, en primer lugar se ubica a los hogares en los cuales algún miembro es parte de la población potencial. Luego, se considera los menores que son parte de estos hogares, que no cuentan con seguro de salud y no son pobres. Este grupo de menores de edad se agrega a la demanda potencial; con ello la demanda potencial se aproxima a los seis millones de personas. El Cuadro N° 32 muestra la distribución de esta población según rango de edad.

Cuadro N° 32: Población potencial, por edad

Edad	Hombre	Mujer	Total
0-4	142,340	142,413	284,753
5-11	258,503	263,058	521,561
12-17	317,208	282,191	599,398
18-34	893,926	800,132	1,694,058
35-49	567,531	595,214	1,162,744
50-65	488,807	569,913	1,058,721
65+	214,972	269,230	484,202
			5,805,438

Fuente: Enaho

3.4.4. Aceptación de seguros potestativos de EsSalud

Para la presente sección se tomó en consideración la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud (ENSA) llevada a cabo en 2015 por el Instituto Cuánto y la ONG Prisma y el “Estudio de mercado para la incorporación de nuevos asegurados independientes a la seguridad social” elaborado en 2013 por el Instituto Cuánto.

La ENSA recogió las opiniones y experiencias de 25,000 familias afiliada a EsSalud sobre el seguro social³⁸. Entre los resultados, se encontró que el 49% de la población asegurada de 16 a más años no confía en EsSalud. Entre las principales razones por las que desconfían se encuentran: el tiempo invertido en esperas (82%), el maltrato (46%), las negligencias (27%) y la corrupción (14%).

Además, en la encuesta se les preguntó a los afiliados cuáles eran los conceptos que relacionaban con EsSalud. Mientras que el 66% indicó el tiempo de espera, solo el 12% mencionó a los médicos especialistas y 4% la capacidad de prevención. Los otros conceptos mencionados fueron: negligencias (9%), maltrato (6%), corrupción (1%). Es necesario seguir trabajando en afianzar la confianza y la imagen de EsSalud entre sus asegurados.

³⁸ La encuesta no distingue entre los afiliados al seguro regular y los asegurados al seguro potestativo.

En el “Estudio de mercado para la incorporación de nuevos asegurados independientes a la seguridad social” se recoge las impresiones de la demanda potencial del Seguro EsSalud Independiente. El estudio se realizó en Arequipa, Lima, Lambayeque, La Libertad y Junín. Cada uno de los informes regionales tuvo como objetivo medir el grado de aceptación que tendría la creación de un nuevo seguro dirigido a la población que no accede a un seguro regular.

En cada departamento se encuestó aproximadamente a 280 trabajadores independientes de la zona urbana y como parte del cuestionario se les ofreció un nuevo producto: el “Seguro Independiente Total (SIT)”. Al inicio, solamente se les explicó que era un seguro dirigido a todo aquel que no podía acceder al seguro regular y la mayoría se mostró interesada. Se les preguntó si les gustaría contar con este seguro; más del 55% respondió positivamente, con excepción de Arequipa (44%). De los interesados, más del 70% prefirió un plan familiar con el cual puedan asegurar en promedio a un total de 3.5 personas³⁹.

Solo al grupo interesado en el SIT se les dio a escoger entre dos tipos de prima: una personal, de acuerdo con el rango etario; la otra, variaba de acuerdo con el número de derechohabientes. Tanto en Lima como en Arequipa prefirieron la primera: 66% y 43%, respectivamente; en La Libertad, Lambayeque y Junín prefirieron la segunda: 49%, 36% y 72%, respectivamente. Además, se les preguntó por el tipo de institución en la que les gustaría estar afiliados; en Arequipa, Lima, La Libertad y Junín prefirieron una aseguradora privada; en Lambayeque, el 64% prefirió estar asegurado en EsSalud. El Anexo N° 2 muestra una síntesis de los principales hallazgos del estudio por región.

3.4.5. Procesos y mecanismos de control de aseguramiento

Sobre la base de los procesos definidos en las directivas institucionales vigentes de EsSalud relacionadas con la compra de servicios de salud, y de entrevistas con los funcionarios de las diferentes unidades orgánicas involucradas en el presente estudio, se han determinado los siguientes puntos neurálgicos o críticos respecto al control del aseguramiento:

- i. Estimación de los costos reales de las prestaciones de salud utilizadas por los asegurados.
- ii. Seguimiento y control de cumplimiento de planes de cobertura de los productos de seguros.
- iii. Cobranza de prestaciones de salud que exceden los planes de cobertura de los productos de seguros y requieren ser reembolsados.
- iv. Auditoría de seguros.
- v. Auditoría ex ante con los prestadores, siguiendo el enfoque de auditoría de seguros de salud.
- vi. Proceso crítico de análisis, seguimiento y monitoreo en relación a los riesgos de enfermar de las patologías.
- vii. Análisis, seguimiento y monitoreo a los riesgos financieros de las diferentes patologías.

³⁹ Excepto Arequipa (60%).

- viii. Articulación entre los softwares de aseguramiento y los de prestaciones de salud.
- ix. Inclusión de exclusiones, límites, deducibles y pre-existencias, dada la experiencia del seguro regular.

Los puntos ii, iii y iv requieren especialmente un desarrollo de los sistemas informáticos de EsSalud de forma tal que se pueda distinguir claramente a los asegurados regulares de los potestativos en todo momento, desde la inscripción hasta el momento del alta.

3.4.6. Procesos y mecanismos de control de prestaciones de salud

Siguiendo la misma línea, se identificaron los siguientes puntos críticos respecto al control de las prestaciones de salud. Cabe señalar que la superación de muchas de estas dificultades viene de la mano de una mejora en los controles para los asegurados, situación descrita en la subsección anterior.

- i. Elaboración de un estado de cuenta o cuenta individual que registre el consumo del usuario.
- ii. Registro de prestaciones de salud en dos softwares: el sistema de gestión hospitalaria (SGH) y el sistema de gestión de servicios de salud (SGSS).
- iii. Articulación entre los software de prestaciones de salud y los de aseguramiento.
- iv. Automatización de todas las transacciones relacionadas con las prestaciones de salud en cada uno de los servicios y especialidades médicas al interior de los centros asistenciales (CAS).
- v. Cumplimiento de guías de práctica clínica en las intervenciones en salud.
- vi. Validación de información de prestaciones de salud otorgadas conjuntamente con la parte aseguradora.
- vii. Dotación de recursos informáticos (equipos, servidores, terminales, otros), para fortalecer y depurar los procesos de generación de información y depuración de las inconsistencias.
- viii. Liquidación de prestaciones de salud de manera conjunta con el asegurador en salud.
- ix. Proceso crítico de promoción de los nuevos productos de seguros de salud.

3.4.7. Siniestralidad

El Cuadro N° 33 muestra el ratio de siniestralidad del Seguro EsSalud Independiente entre los años 2011 y 2014. El indicador mayor a 100% indica que en todos los años los gastos superaron a los ingresos, presentando un riesgo en su sostenibilidad.

Cuadro N° 33: Siniestralidad del Seguro EsSalud Independiente

	2011	2012	2013	2014
Siniestralidad	193%	206%	203%	155%

Fuente: EsSalud

Según el informe elaborado por la Gerencia de Seguros y Prestaciones Económicas para el ajuste de la prima del Seguro de Salud Independiente (EsSalud, 2015), los factores que explican la alta siniestralidad del Seguro de Salud Independiente son:

- Extensión de la cobertura: incorporación del servicio de junta médica, atención domiciliaria, rehabilitación profesional en caso de personas con discapacidad y ampliación de la lista de condiciones asegurables (LCA).
- Suspensión de período de carencia en situación de emergencia y/o Alerta Roja declarada.
- Disposiciones y procedimientos en beneficio de los afiliados: por ejemplo, cuando un paciente presenta como motivo de atención un diagnóstico sin cobertura, pero su diagnóstico de fondo está incluido en la LCA, entonces el paciente tiene derecho a la atención, a pesar de que el diagnóstico de fondo no es el motivo de la consulta.
- Características y condiciones del Seguro EsSalud Independiente, estructurado tanto por diagnóstico como por procedimiento. Así, en la mayoría de veces se cubren parcialmente las enfermedades aunque se limita a una cantidad de evento al año-afiliación.
- Características de la población: El 31% de afiliados son adultos mayores, quienes presentan mayores problemas de salud; el 60% de afiliados son mujeres, quienes representaron el 69.2% de atenciones.

Sin embargo, como se aprecia en el Cuadro N° 34, la alta siniestralidad del esquema potestativo de aseguramiento, no es exclusiva de EsSalud. Es un factor común entre los seguros potestativos ofrecidos por las aseguradoras privadas. En el año 2014, la tasa de siniestralidad en el sistema de EPS fue de 128%, porcentaje 45 puntos porcentuales por encima del esquema regular.

Cuadro N° 34: Siniestralidad de seguros privados, en porcentaje

Siniestralidad acumulada 2014	Sistema de EPS	RIMAC S.A. EPS	PACIFICOSAL UD EPS S.A.	MAPFRE PERÚ S.A. EPS	La Positiva - Sanitas SA EPS
Regulares	83.4	80.2	86.3	79.0	93.9
Potestativos	128.2	183.6	65.4	-	96.3
SCTR	43.0	39.1	49.2	47.5	30.2

Fuente: SuSalud

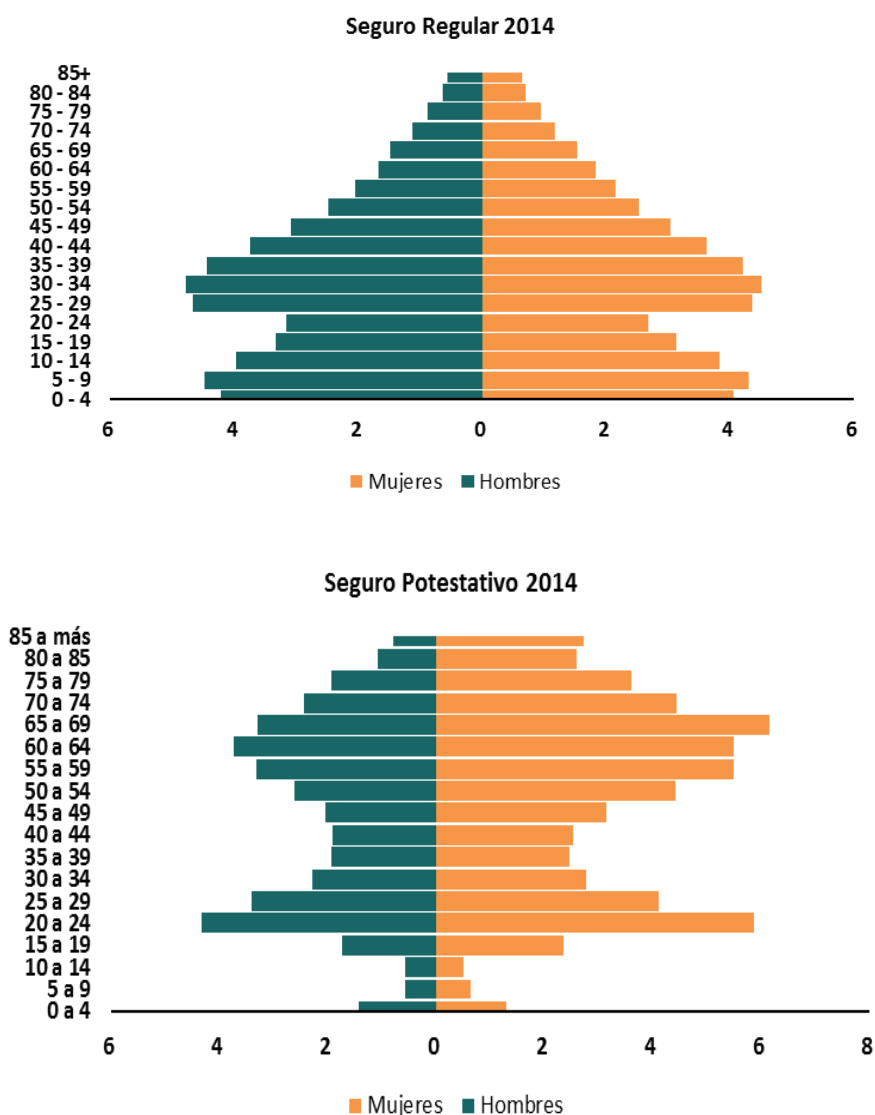
El cuadro anterior refuerza la hipótesis de que la población asegurada a los seguros potestativos es más riesgosa – selección adversa – y realiza un mayor consumo – riesgo moral.

• Perfil de la población asegurada de EsSalud 2014

A continuación se comparan las características demográficas – edad y sexo – de la población asegurada al Seguro de EsSalud Independiente con la asegurada al esquema regular, en base a la información proporcionada por la Gerencia Central de Seguros y

Prestaciones Económicas. En el Cuadro N° 35 se puede observar una clara diferencia en la distribución de los grupos de edad y sexo entre los asegurados del régimen regular y el potestativo. En el régimen regular los mayores de 60 años representan el 13%. En el régimen potestativo, los mayores de 60 años suman el 38%, casi triplicando al régimen regular⁴⁰, con las consecuencias en la utilización de los servicios de salud.

Cuadro N° 35: Distribución de la población asegurada en EsSalud, según sexo y edad, en porcentaje (2014)

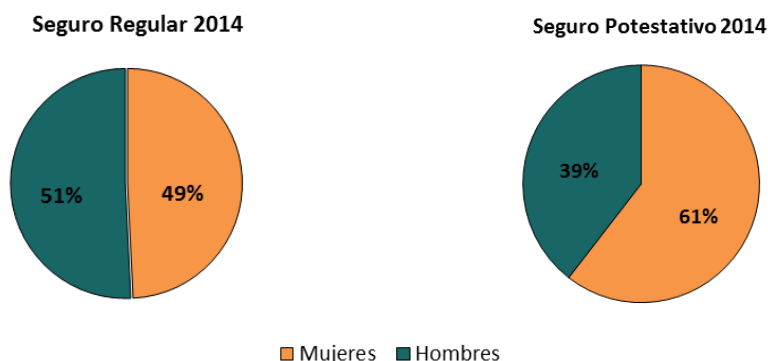


Fuente: EsSalud

En la misma línea, el Cuadro N° 36 muestra una diferencia marcada entre los dos seguros respecto a su distribución por sexo. En el seguro regular, la distribución es prácticamente simétrica, similar a la distribución de la población general. En el seguro potestativo, predomina el sexo femenino con un 61%, con las consecuencias respectivas en el número de diagnósticos y uso de los servicios de salud.

⁴⁰ En la población peruana, los mayores de 60 años representan el 9% de la población, aproximadamente.

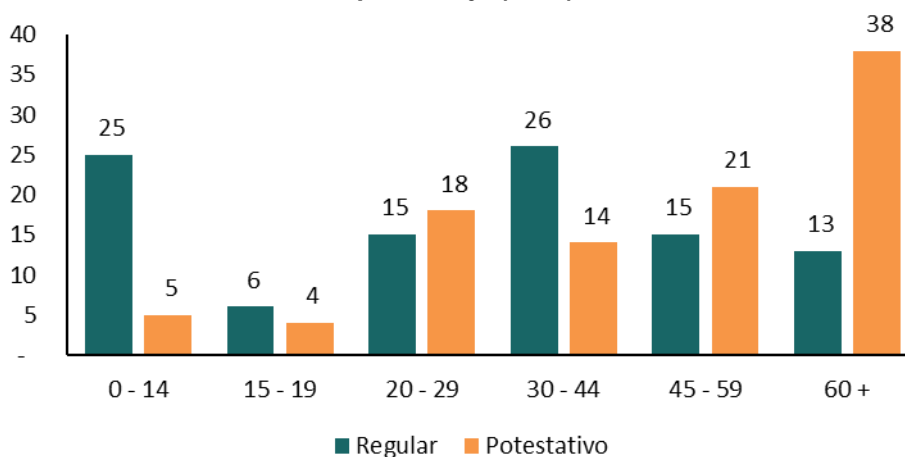
Cuadro N° 36: Distribución de la población asegurada en EsSalud, según sexo, en porcentaje (2014)



Fuente: EsSalud

En el Cuadro N° 37 se presenta, de manera comparativa, los grupos de edad de los asegurados según el esquema al que se encuentran afiliados. Se observa que en el seguro regular el porcentaje de población menor de 19 años llega a un 30%, mientras que en el seguro potestativo este grupo etario no supera el 10%. En el grupo de 30 a 44 años, que generalmente son jóvenes adultos con menor presencia de enfermedades, la afiliación es menor para el seguro potestativo. El porcentaje de mayores de 60 es significativamente mayor en los potestativos que en el regular.

Cuadro N° 37: Distribución de la población asegurada en EsSalud, según edad, en porcentaje (2014)



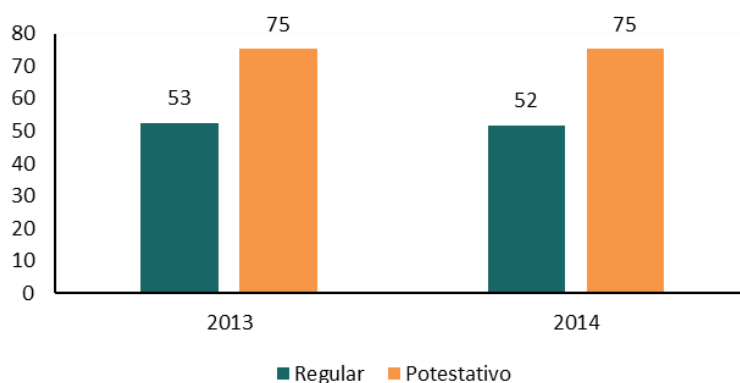
Fuente: EsSalud

- **Perfil de uso de los servicios de salud**

Uno de los indicadores para medir la siniestralidad de un seguro de salud es la denominada extensión de uso⁴¹, dado que refleja qué porcentaje de los asegurados se atienden o hacen uso de los servicios de salud respecto de la población total asegurada. Esta información es importante para identificar un potencial problema de riesgo moral, análisis de costos e identificación de los posibles riesgos del fondo de recaudación.

En el Cuadro N° 38 se aprecia que los asegurados potestativos hacen uso de los servicios de salud hasta 50% más. Este mayor uso se debe ver reflejado en un mayor costo.

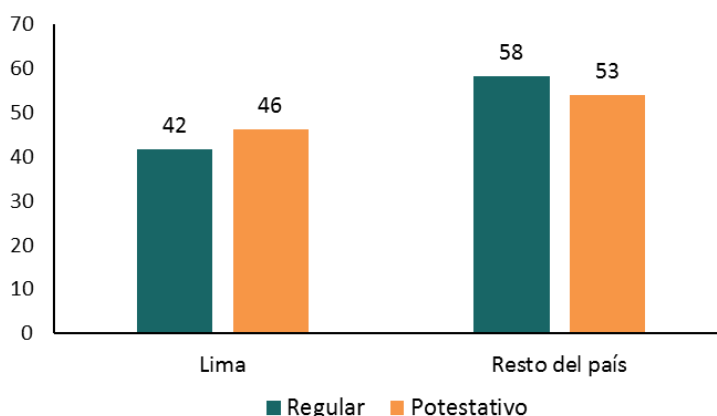
Cuadro N° 38: Extensión de uso en EsSalud según esquema de aseguramiento, en porcentaje



Fuente: EsSalud

De otro lado, como se observa en el Cuadro N° 39, los asegurados potestativos presentan un mayor número de atenciones realizadas en la ciudad de Lima, donde se encuentran los centros asistenciales de mayor resolución (Hospitales Nacionales e Institutos y Centros Especializados), con las especialidades médicas más complejas.

Cuadro N° 39: Lugar de la atención según esquema de aseguramiento, en porcentaje



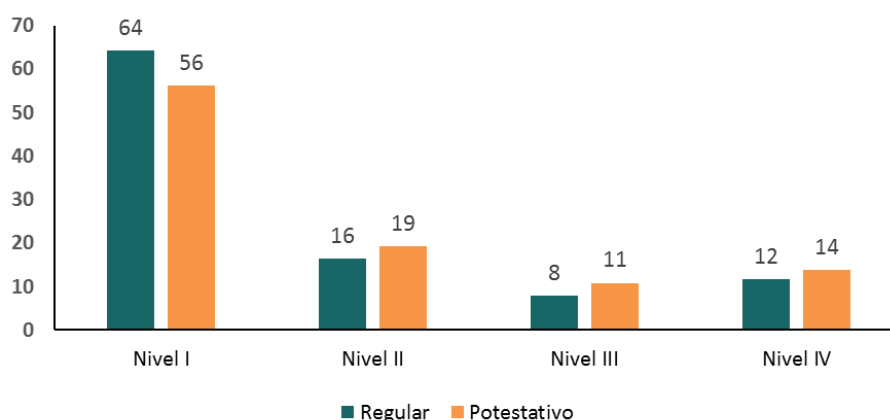
Fuente: EsSalud

Además, al analizar la información de uso de las atenciones por nivel de CAS, se observa que los asegurados potestativos se atienden en los CAS de mayor nivel en

⁴¹ Extensión de uso = N° de atendidos/N° de asegurados * 100

comparación con el comportamiento de los asegurados regulares (probablemente por el tipo de patologías que presentan).

Cuadro N° 40: Nivel del CAS según esquema de aseguramiento, en porcentaje

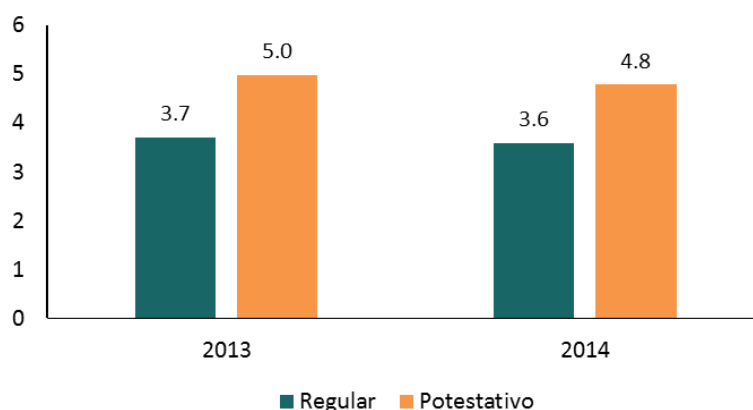


Fuente: EsSalud

- **Concentración de uso y tipos de uso**

El indicador de concentración o intensidad de uso⁴² permite identificar el número de veces que el asegurado consume las prestaciones de salud en un año. Dicho indicador complementa al de extensión de uso. Como se aprecia en los Cuadro N° 41 y N° 42, los asegurados potestativos en promedio hacen mayor uso de la consulta externa y la emergencia que los asegurados regulares. Una mayor concentración de uso de los servicios de consulta externa o de emergencia, demandará un mayor uso de recursos asistenciales (humanos, materiales e insumos).

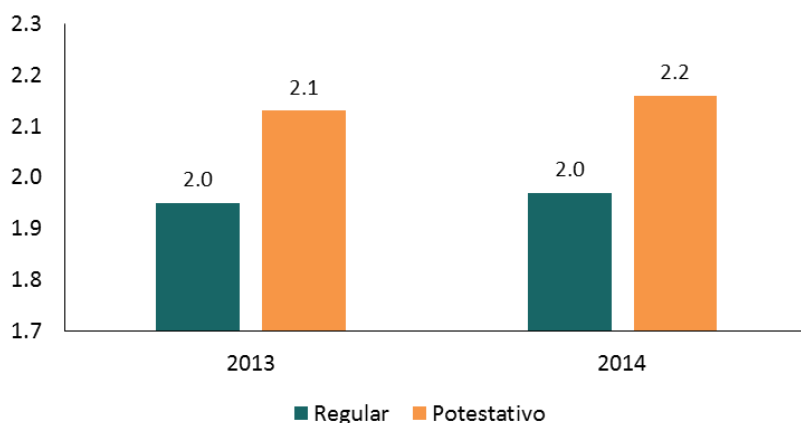
Cuadro N° 41: Concentración de uso en consultas en EsSalud según esquema de aseguramiento, en porcentaje



Fuente: EsSalud

⁴² Intensidad de uso= N° de atenciones en el periodo X/N° de atendido en el periodo X

Cuadro N° 42: Concentración de uso en emergencia en EsSalud según esquema de aseguramiento, en porcentaje



Fuente: EsSalud

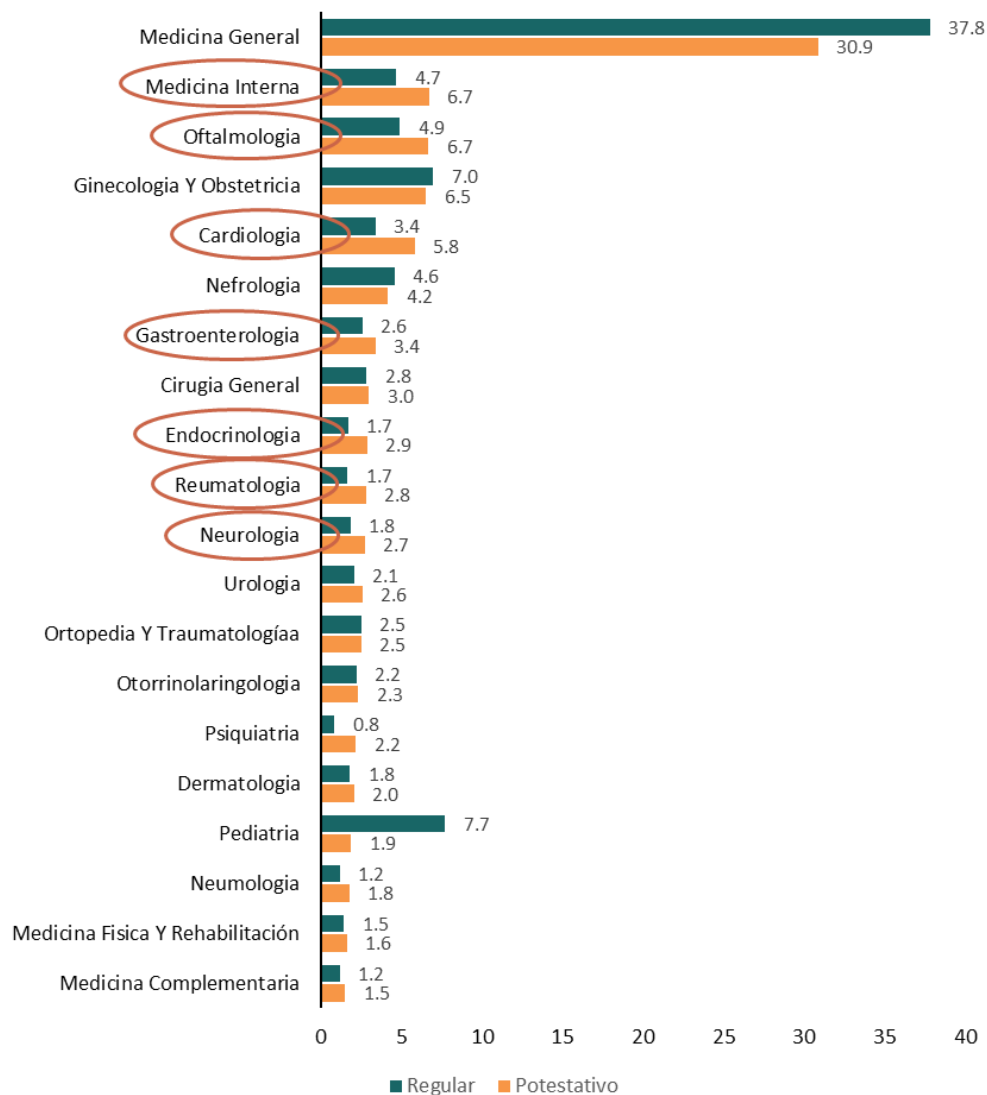
- **Indicador de uso por especialidad**

Consulta externa

El 97% de los asegurados de EsSalud se atienden – básicamente – en 25 servicios o especialidades médicas. Para el presente análisis se consideraron todas las especialidades que representaron al menos el 1.5% del total de visitas realizadas por los asegurados correspondientes; a partir de allí, se compara con el porcentaje de visitas de los afiliados al seguro regular. Con ello se busca encontrar los servicios que mostraron mayores diferencias.

Los asegurados potestativos hacen uso de servicios altamente especializados en mayor proporción que los asegurados regulares. Por ejemplo, se puede observar que los potestativos utilizan los servicios de Medicina Interna, Oftalmología y Cardiología en aproximadamente dos puntos porcentuales más que los regulares.

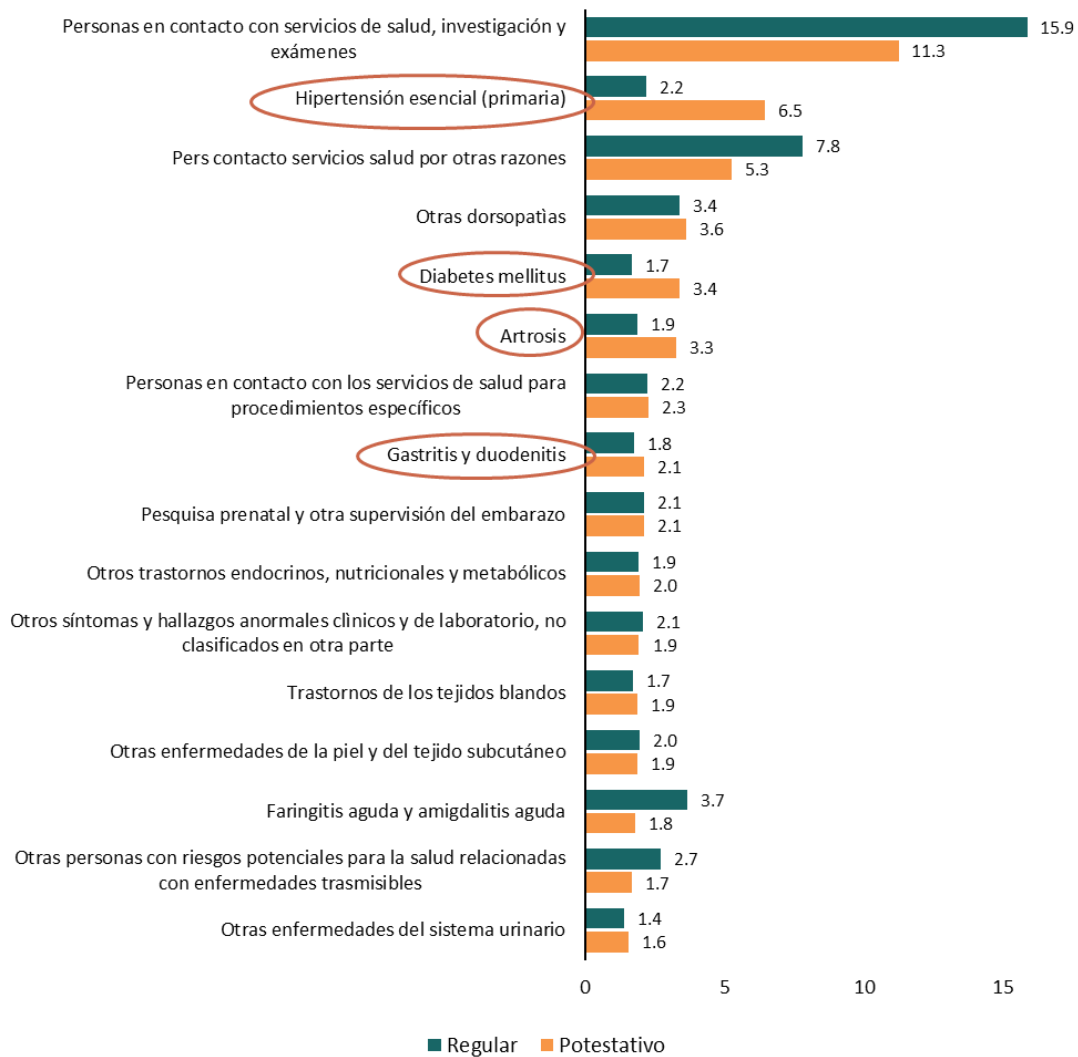
Cuadro N° 43: Atenciones por tipo de servicio en EsSalud según esquema de aseguramiento, en porcentaje (2014)



Fuente: EsSalud

De manera complementaria, en el Cuadro N° 44 se observa que los casos atendidos que pertenecen a grupos de diagnósticos de enfermedades con mayores complicaciones (o mayor nivel de complejidad), pertenecen en mayor proporción en el grupo de pacientes provenientes del seguro potestativo con respecto a los asegurados regulares.

Cuadro N° 44: Atenciones por grupo de diagnóstico en EsSalud según esquema de aseguramiento, en porcentaje (2014)

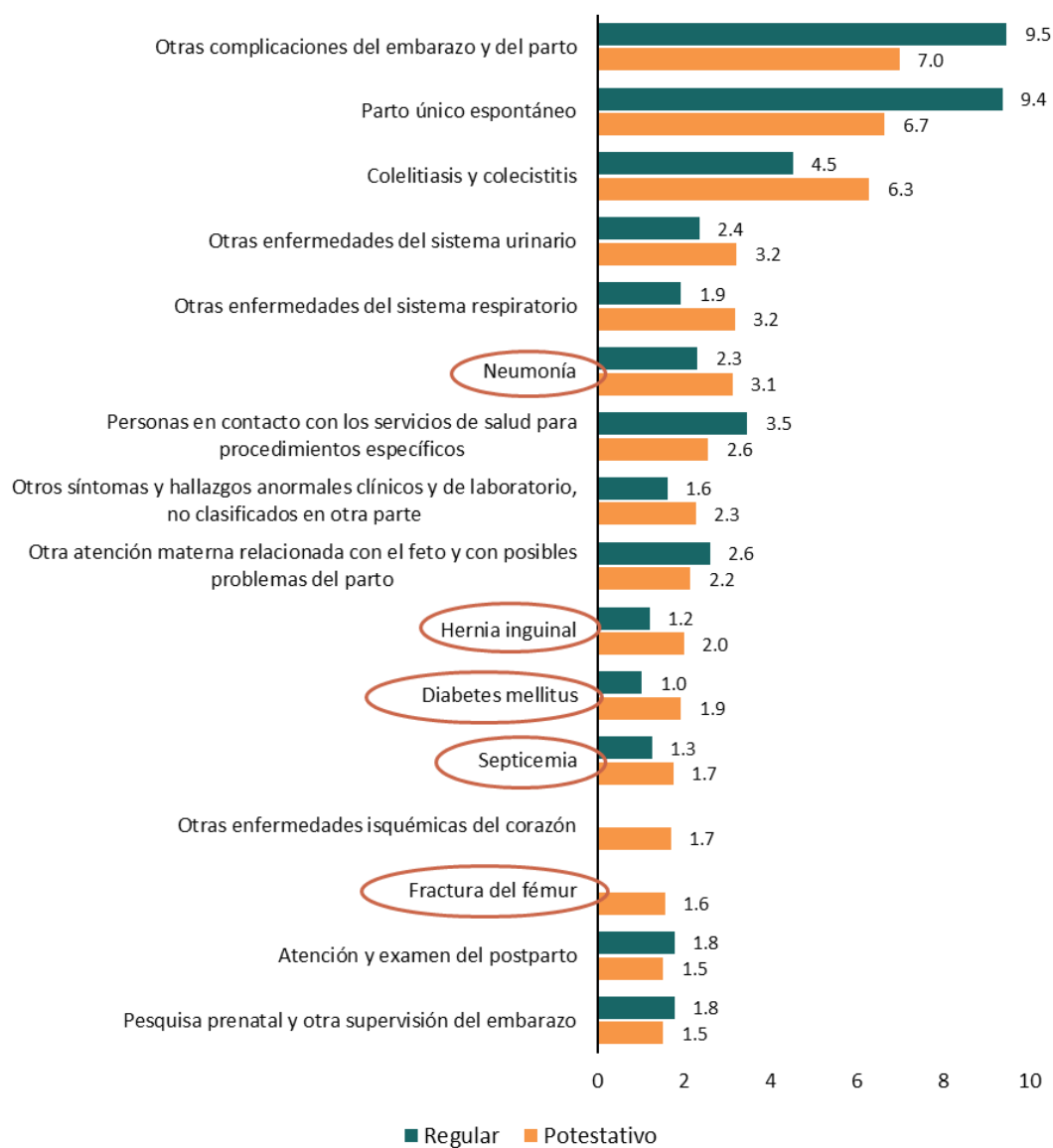


Fuente: EsSalud

Hospitalización

En cuanto al servicio de hospitalización se observa que los primeros diagnósticos para ambos tipos de seguro son similares. Sin embargo, se puede apreciar en el Cuadro N° 45 que para otros grupos de diagnósticos, menos frecuentes pero más complejos – que requieren de alta especialización médica y un CAS de alta resolución – el porcentaje de casos en el esquema potestativo supera al regular.

Cuadro N° 45: Hospitalizaciones por grupo diagnóstico en EsSalud según esquema de aseguramiento, en porcentaje (2014)



Fuente: EsSalud

3.5. FODA

En función al diagnóstico presentado se elaboró la matriz de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para el seguro de salud EsSalud Independiente:

Cuadro N° 46: Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) del seguro de salud EsSalud Independiente

	Oportunidades	Amenazas
Factor político	Los cinco planes de gobierno de los candidatos con mayor posibilidad de ser elegidos, incluyen: - La creación de un sistema de información integrado, que utilice al DNI como identificador único, mediante el cual se pueda tener acceso a la historia clínica. - Al sector salud como punto importante en la agenda de política, lo que representa un escenario en el que se puedan plantear reformas en el sistema de seguridad social que mejoren la eficiencia de este sub-sistema del sector.	- La propuesta de aseguramiento del 100% de la población, si bien tiene un fin acorde con el AUS, no plantea las estrategias para lograr este objetivo. Una mala gestión podría poner en riesgo la estabilidad presupuestaria de EsSalud. - La relación entre EsSalud y el Congreso de la República, ha mostrado momentos álgidos durante el 2015
Factor tecnológico	-El potencial del uso de las TIC en la prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, educación para la salud, gestión de los servicios y comercio electrónico en el sector salud, podría contribuir a mejorar el acceso, eliminar barreras geográficas y optimizar procesos como la priorización del gasto públicos o almacenamiento de información.'	
Factor económico	- Estabilidad macroeconómica -Crecimiento de la clase media y reducción de la pobreza aumentan la demanda potencial del seguro potestativo.	-Altos índices de empleo informal ponen en situación de vulnerabilidad a la demanda potencial de EsSalud
Factor demográfico	- El bono demográfico representa una oportunidad para EsSalud pues se incrementa la demanda potencial capaz de aportar al seguro.	- Envejecimiento de la población presenta una amenaza a futuro por incremento en el perfil de riesgo de los asegurados
Factor epidemiológico	- Principales causas de enfermedades no transmisibles son prevenibles según la OMS.	- Se evidencia una carga cada vez mayor de riesgos modernos; donde las principales causas de mortalidad se deben tanto a enfermedades no transmisibles, como a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. Así, dentro de las principales causas de muerte en casi todos los grupos de edad figuran las infecciones respiratorias agudas (IRAs) y las enfermedades cerebrovasculares.
Demanda por seguro potestativos	- La demanda potencial de EsSalud fluctúa entre 3.3 y 4.3 millones.	
	Fortalezas	Debilidades
Capacidad de oferta asistencial	- Se incrementará la capacidad instalada con la construcción de importantes hospitales. - Existe la opción de derivar a los nuevos asegurados y adscribirlos a los centros asistenciales administrados bajo la estrategia de alianzas público privadas con el fin de evitar congestiones.	-La escasez de recursos humanos a nivel nacional que afronta EsSalud, representan una debilidad en cuanto a su funcionamiento. - EsSalud afronta un déficit de médicos especialistas que además se concentran en Lima; un estudio realizado por el Minsa estimó que se necesitan 5,535 médicos especialistas y 3,434 subespecialistas.
Aceptación de seguros potestativos de EsSalud	- La encuesta realizada por el Instituto Cuánto muestra que entre el 23% y el 58% de los trabajadores independientes encuestados están dispuestos a comprar un seguro de salud potestativo.	- EsSalud cuenta con una imagen poco favorable, el 51% de afiliados desconfía de la institución. - Dentro de los trabajadores independientes que adquirirían un seguro de salud potestativo, la mayoría preferiría un seguro privado.
Siniestralidad		- La Siniestralidad de EsSalud Independiente ha sido siempre mayor a 100%. - Al comparar la población de EsSalud potestativo con EsSalud regular se observa que la primera es más riesgosa: personas mayores o jóvenes con enfermedades pre-existentes, en su mayoría mujeres. - EsSalud potestativo presenta una mayor extensión y concentración de uso, así como un mayor número de atenciones en centros de salud de mayor nivel. Además, varios de los servicios brindados suelen requerir de un mayor nivel de especialidad o son más costosos.

4. Selección adversa y riesgo moral

Durante el 2014 la siniestralidad del seguro EsSalud Independiente fue de 150%; porcentaje que se explica principalmente por: i) el perfil más riesgoso – mayor edad y mayor cantidad de mujeres – de los asegurados potestativos frente a los asegurados al esquema regular; ii) mayor extensión y concentración de uso en contraste con el seguro regular; y iii) atenciones de mayor costo debido a la mayor complejidad de los diagnósticos. Todo esto evidencia la presencia de los problemas de selección adversa y riesgo moral.

La selección adversa ocurre cuando una persona que adquiere un seguro tiene mejor información sobre su salud que la aseguradora (Seinfeld, 2005). Así, los afiliados pueden presentar características (etarias, epidemiológicas, geográficas, entre otras) diferentes a las esperadas por la aseguradora. Por otro lado, el riesgo moral sucede cuando los individuos toman acciones que afectan su beneficio y el de la otra parte, pero estas acciones no pueden ser previstas antes que la acción se realice (Seinfeld, 2005). Por ejemplo, una vez afiliado un individuo puede elegir hacer uso de más servicios de salud así como de servicios más costosos de lo que haría en ausencia del seguro.

Estos problemas no son exclusivos al seguro potestativo de EsSalud; por el contrario, suelen presentarse regularmente en los seguros voluntarios. Por lo general, las aseguradoras privadas con esquemas de afiliación voluntaria, suelen cobrar primas más altas, realizar un control más incisivo de pre-existencias (afiliados más riesgosos) y crear planes más complejos que involucran co-pagos y deducibles, con el objetivo de controlar los riesgos de un seguro voluntario y minimizar la ocurrencia de estos problemas (Powell & Goldman, 2013). Para la implementación y sostenibilidad financiera de un seguro de salud es fundamental considerar la presencia de estas fallas y sus potenciales efectos (Dong, 2013).

4.1. Experiencia internacional

La experiencia internacional de seguros de salud voluntarios muestra la existencia de selección adversa y riesgo moral. A continuación, se presentan los casos de Chile y Colombia y las estrategias adoptadas para enfrentarlos.

En el caso del mercado de salud en Chile, Sapelli y Vial (2003) encontraron una relación cercana entre la decisión voluntaria de afiliarse a un seguro de salud y la intensidad en su uso, especialmente para los trabajadores independientes. La evidencia muestra problemas de selección adversa y de riesgo moral en relación a la utilización de consultas en el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Seguros privados no sufren del mismo problema, principalmente por la presencia de primas ajustadas por riesgo, aunque si existe el problema de sobre-utilización de los servicios. Más aun, Sapelli (2004) encontró la coexistencia de diversas instituciones aseguradoras con reglas de juego distintas, lo que dificultaba una adecuada segmentación de riesgos. Resultados similares fueron encontrados por Hidalgo, et al. (2013) y Bronfman (2008).

En Colombia también se reportaron problemas similares. Vásquez y Gómez (2006) encontraron que las aseguradoras, que ofrecen seguros de salud contributivos, brindan información sobre los servicios que ofrecen como: la tecnología en red, la cobertura, los planes adicionales, calidad de la atención médica, facilidad en los trámites de afiliación, redes de salud, entre otros aspectos. Los autores encuentran que las personas con mayor riesgo están dispuestas a pagar más por planes de seguro con mayor cobertura. Por su parte, Santa María, et al. (2009) mencionan que la selección adversa y el riesgo moral son más graves en el Instituto de Seguros Sociales (ISS). Durante la reforma de 1993 se permitió que los afiliados migren entre los sistemas de salud vigentes. El ISS buscó captar más afiliados a través de eliminar los copagos por atención y reduciendo el tiempo de espera. Se atrajo a personas pobres con mayor riesgo. Mientras tanto, las aseguradoras privadas optaron por restringir las coberturas y hacer uso de mecanismos de copagos para controlar las fallas de mercado, lo que les permitió contar con un menor porcentaje de afiliados riesgosos.

4.2. Mecanismos de solución

La literatura internacional sugiere diversos mecanismos para controlar los problemas de selección adversa y riesgo moral. A continuación, se presentan los principales mecanismos que serán considerados para los lineamientos del nuevo seguro potestativo de EsSalud.

- **Mecanismos de afiliación obligatoria y/o universal**

El principal problema de un seguro de salud potestativo es que la población afiliada responde a un perfil más riesgoso. Atenderlos implica un gasto significativamente mayor. Dado que no se diversifica el riesgo, las contribuciones pueden resultar insuficientes y la sostenibilidad financiera del seguro no estar garantizada.

Para evitar este problema, se puede incorporar el principio de solidaridad de riesgos e ingresos en un mercado de seguros, como se realizó en países que alcanzaron el aseguramiento universal - Alemania, Israel, Suiza, entre otros (Uthoff, et al., 2012). En esa línea, una solución concreta es diseñar mecanismos de afiliación obligatoria a un seguro de salud a través de ciertos condicionamientos o sanciones. Con ello, se diversifica el riesgo y se elimina la selección adversa.

- **Mecanismo de afiliación colectiva**

En países con altos índices de informalidad, como el Perú, resulta bastante complicado implementar un sistema de aseguramiento obligatorio basado en un esquema contributivo. Una alternativa, sin embargo, es la afiliación colectiva; este mecanismo obliga a todos los miembros de un colectivo a afiliarse, siempre que el colectivo decida voluntariamente adquirir el seguro. Al garantizar la afiliación de todos los miembros del colectivo, se logra diversificar el riesgo y se puede contar con una prima más accesible. Morduch & Sharma (2002) afirman que en el caso de los trabajadores informales más expuestos al riesgo, la afiliación comunitaria o colectiva ha demostrado buenos resultados. Sin embargo, requiere de esfuerzos adicionales para la búsqueda de afiliados. Este es el caso de los microseguros de base comunitaria o mutual, donde el público objetivo son asociaciones voluntarias de personas sin fines de lucro. El costo de

la prima está en función del perfil de riesgo de sus miembros, lo que incentiva la búsqueda de grupos más diversos (OIT, 2004).

La efectividad de este mecanismo se basa en las alianzas que se establezcan. Por lo general, las aseguradoras buscan a trabajadores formales e informales de microempresas. Las estrategias atractivas son fundamentales: facilidades para utilizar el seguro, redes de salud, servicios de salud preventiva, entre otros. A pesar de la reciente aplicación de los microseguros en el sector salud a nivel mundial (ver (Center for Health Market Innovations, 2016)), un factor clave en la mayoría de los países ha sido la afiliación colectiva para diversificar el riesgo y contar con un número amplio de afiliados que garanticen la rentabilidad del seguro (Chandani & Garand, 2013).

- **Prima ajustada por riesgo (sexo, edad)**

Las características de la población determinan el nivel de riesgo de los asegurados. Los costos anuales en salud generalmente están relacionados con la edad y el sexo. Un estudio realizado en Estados Unidos muestra que atender a una mujer mayor de 65 años puede costar al año hasta 6 veces más que atender a un infante entre 5 y 11 años, en promedio (Yamamoto, 2013). Para controlar esta situación, se pueden fijar primas diferenciadas según características, como edad y sexo.

Así, se cobraría más al grupo de personas con mayor uso esperado de los servicios de salud. Esto, sin embargo, no resuelve el riesgo moral: independientemente de la edad o el sexo, los asegurados tienden a realizar un uso más intensivo de los servicios de salud. Más aún, el incentivo a afiliarse, dentro de cada grupo de edad, será mayor para las personas con un perfil más riesgoso.

- **Cobertura limitada**

Una cobertura limitada con respecto al número de veces que se puede atender, así como con respecto a las enfermedades que se cubre, suele ser uno de los principales métodos para controlar el riesgo moral. Con ello, la aseguradora puede ahorrar costos que se verán reflejados en el valor de la prima.

Los análisis costo-beneficio son útiles para definir las prioridades de cobertura. Boone (2015) señala la importancia de que los seguros públicos estén complementados con los privados (o contributivos) para que los afiliados estén protegidos con un plan básico. Luego, se pueden añadir diversos tratamientos, considerando la selección adversa.

- **Copagos y deducibles**

El cobro de copagos y deducibles busca desincentivar el sobreconsumo. Al realizar un pago por cada atención consumida, se generan incentivos para limitar su uso. El deducible es un pago fijo que se realiza cada vez que se usa un servicio. El copago suele ser un porcentaje del monto total a pagar asumido por el usuario (Folland, et al., 2007). Ambos pagos se definen en el momento del contrato y se diferencian según el plan.

El copago o deducible puede ser diferenciado, tal como lo proponen Santa María, et al. (2009), quienes encontraron que con un copago único, las personas con menores ingresos son los primeros en disminuir el uso de servicios. Tarifas diferenciadas, por

ejemplo para la zona rural y para la urbana, permiten controlar el sobreuso sin limitar el acceso de las personas de menores ingresos. Los autores recomiendan este mecanismo para garantizar la rentabilidad de la aseguradora, especialmente cuando la cobertura es muy amplia. La selección adversa extrema se conoce como el “espiral de la muerte”: los afiliados son las personas más riesgosas, que cuentan con amplias coberturas imposibles de cubrir por la aseguradora.

Existe una relación negativa entre el cobro por copagos y deducibles y el valor de la prima puesto que estos mecanismos mitigan la extensión de uso. El Cuadro N° 47 presenta los principales beneficios y dificultades para la implementación de cada uno de estos mecanismos.

Cuadro N° 47: Beneficios y dificultades de los mecanismos de control de riesgo moral y selección adversa

Mecanismo	Beneficios	Dificultades
Afiliación obligatoria	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo diversificado. Criterio de solidaridad para compensar gastos de personas con mayor riesgo. Alcanzar aseguramiento universal con mayor rapidez. 	<ul style="list-style-type: none"> En países con alta informalidad, resulta difícil hacer efectivo el cobro de la prima (en caso se decida por un esquema contributivo). Un esquema subsidiado puede resultar excesivamente costoso sino se complementa con otras medidas.
Afiliación colectiva	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo diversificado. Permite el cobro de primas más bajas. Evita selección adversa. 	<ul style="list-style-type: none"> Actualmente, la Ley solo prevé la afiliación colectiva al régimen regular de EsSalud. Requiere de un equipo activo enfocado en buscar alianzas para captar afiliados. Requiere implementar estrategias que hagan atractivo el producto.
Prima ajustada por riesgo (sexo, edad)	<ul style="list-style-type: none"> Más ingresos de personas de mayor riesgo. Evita selección adversa. Planes atractivos para diferentes sectores de la población. 	<ul style="list-style-type: none"> Costos asociados a la discriminación de precios. No soluciona todos los riesgos, por ejemplo pre-existencias. Se requiere de un sistema de cobros que permita discriminar entre asegurados.
Cobertura limitada	<ul style="list-style-type: none"> Reducir costos de aseguradora. Poder asegurar a más personas sin problemas de financiamiento. Complementar seguros privados y públicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Información detallada de los costos de enfermedades para una diferenciación adecuada. Controles bien establecidos para evitar filtraciones. Información imperfecta por parte de asegurados
Copagos y deducibles	<ul style="list-style-type: none"> Reduce riesgo moral. Evita sobreconsumo de los servicios de salud. Ingresos adicionales para aseguradora. 	<ul style="list-style-type: none"> Contratos más complejos. Desincentivos a la afiliación por pagos adicionales. Sistema de cobro y control adecuado.

5. Lineamientos para el diseño del nuevo seguro de EsSalud Potestativo

A continuación se presentan los lineamientos para el diseño del nuevo seguro potestativo de EsSalud. Para Ello, se toma en cuenta los hallazgos del diagnóstico así como las recomendaciones para enfrentar los problemas de selección adversa y riesgo moral. Asimismo, se ha considerado el reglamento de organización y funciones vigente de EsSalud⁴³ a nivel de macro-estructura (nivel central).

Se consideran las siguientes variables, que se detallan a continuación: cobertura prestacional; límites y exclusiones; prima; copagos y deducibles; cobertura poblacional; y formas de aseguramiento.

5.1. Cobertura prestacional

La cobertura prestacional define el conjunto de prestaciones de salud disponibles en el plan. Definir ex ante el plan de beneficios permite garantizar la sostenibilidad financiera al evitar que los costos generados por las necesidades de salud de la población afiliada superen a los ingresos recaudados (Giedion, et al., 2014).

Se considerarán dos escenarios de cobertura prestacional. El primero, supone una cobertura prestacional similar al actual seguro de EsSalud regular⁴⁴, con algunas diferencias como se verá en la siguiente subsección. El segundo, considera un plan explícito de beneficios en salud como el PEAS. Estos dos escenarios son extremos: por un lado, un plan de beneficios con cobertura casi total; por el otro, un plan con una cobertura esencial.

Estos escenarios ofrecen dos formas de racionamiento distintas. En el caso del PEAS, es un racionamiento explícito que permite mejores resultados en términos de equidad y eficiencia, pero requiere de esfuerzos tanto políticos como técnicos (Giedion, et al., 2014). En el caso del seguro regular, se genera un racionamiento implícito; si bien el seguro está obligado a ofrecer una amplia gama de servicios, los recursos limitados generan listas de espera y costos ocultos en el acceso a los servicios; u obligan a incrementar las primas.

Otro escenario sería una cobertura mayor a la del PEAS pero con exclusiones mayores a la del seguro regular. La información de costos disponible actualmente no permite calcular escenarios como éste⁴⁵. No obstante, en la siguiente sub-sección se plantean algunas alternativas de posibles exclusiones que el nuevo seguro potestativo podría analizar.

- **Cobertura similar a la del seguro regular**

⁴³ Ver: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/reglamento_de_organizacion_y_funciones.htm

⁴⁴ Según solicitud de los funcionarios de EsSalud.

⁴⁵ No se cuenta con información sobre costos por diagnóstico CIE-10. Ello impide considerar en el cálculo de la prima límites y exclusiones a la cobertura.

El actual seguro regular incluye, dentro de sus prestaciones, aquellas denominadas prestaciones económicas – subsidio de maternidad, subsidio por incapacidad y subsidio por lactancia y sepelio – como las prestaciones sociales – centro especializado de rehabilitación profesional y centro del adulto mayor.

Se plantea que las prestaciones del nuevo seguro potestativo sean exclusivamente prestaciones de salud. Según el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (Decreto Supremo N° 009-97-SA) éstas serían las siguientes:

- Prestaciones preventivas y promocionales. Se orientan a conservar la salud de la población, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas son: educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones.
- Prestaciones de recuperación: tienen como objetivo atender los riesgos de enfermedad, resolviendo las deficiencias de salud de la población asegurada. Estas son: atención médica (tanto ambulatoria como de hospitalización), medicinas e insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles, y servicios de rehabilitación. Dentro de estas prestaciones también se consideran los tratamientos de alto costo, los cuales han ido incrementándose durante los últimos años (OIT, 2012). Sin embargo, es necesario analizar la viabilidad de la cobertura de este tipo de tratamientos en el nuevo seguro potestativo.

- **PEAS**

El PEAS, aprobado mediante DS N° 016-2009-SA, consiste en “la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios”. Este plan establece una cobertura explícita de 140 condiciones de salud compuesta por una lista de intervenciones y sus respectivas prestaciones⁴⁶, lo que representa un total de 1,169 diagnósticos (EsSalud, 2010)⁴⁷. Según el Minsa, el PEAS ofrece una cobertura del 65% de la carga de enfermedad. El enfoque del PEAS está orientado a una atención integral y enfatiza lo preventivo. El PEAS incluye prestaciones en los tres niveles de atención y cubre los medicamentos incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (Prieto, et al., 2014).

5.1.1. Procesos y actividades críticas para la definición de la cobertura prestacional

Se deben establecer procesos y actividades indispensables para la definición efectiva de la cobertura prestacional del nuevo seguro. En primer lugar, se debe garantizar acceso efectivo y oportuno a las atenciones de salud. En el caso de Lima, se pueden

⁴⁶ Ver: <http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/archivo/PEAS.pdf>

⁴⁷ El MINSa ha realizado una actualización del PEAS, sin embargo esta no se encuentra disponible y durante el plazo de la consultoría no fue posible acceder al mismo, a pesar de los esfuerzos realizados.

considerar los centros asistenciales que han sido implementados a través de la estrategia de asociación público privada (APP); se encuentran desconcentrados en los distritos de Villa María del Triunfo y Bellavista (Callao). Igualmente, se pueden utilizar los establecimientos de las IPRESS privadas con las que se tienen contratos. Asimismo, se debe disminuir la brecha de médicos, sobre todo de especialistas.

En segundo lugar, es necesario implementar sistemas de información que recojan las patologías y diagnósticos cubiertos. Se deberán establecer los procedimientos y directivas necesarios que permitan implementar controles en los diversos servicios de salud (ambulatorio, hospitalario y quirúrgico) a fin de distinguir entre los asegurados en el régimen regular y en el nuevo esquema potestativo.

5.2. Límites y exclusiones

La OMS menciona que “ningún país, por más rico que sea, está en capacidad de proveer a toda la población todas las tecnologías o intervenciones que podrían mejorar la salud o prolongar la vida” (OMS, 2010). Ello también aplica a la oferta de un seguro de salud. Las exclusiones buscan el equilibrio entre los fondos recaudados y los gastos; además son una herramienta para controlar el riesgo moral. Una cobertura más acotada permite un menor precio⁴⁸. Un ejemplo son los micro seguros, enfocados en poblaciones de bajos recursos y que protegen de riesgos específicos (Ingram & McCord, 2011)

Folland, et al. (2007) proponen determinar la elasticidad precio de la demanda por servicios de salud y limitar las enfermedades más inelásticas. Para ello, se requiere los costos por enfermedad⁴⁹, así como su prevalencia o probabilidad de ocurrencia. Dentro de las exclusiones se suele incluir los tratamientos estéticos, las enfermedades preexistentes y el tratamiento de enfermedades raras o huérfanas.

El Cuadro N° 48 muestra las limitaciones y exclusiones planteadas por algunos de los seguros de salud privados que se ofertan en el mercado. Como se aprecia, los seguros privados establecen un monto máximo de cobertura y limitan los establecimientos de salud a los cuales el asegurado tiene capacidad de acceder y ser cubierto. Esta segunda limitación podría ser analizada por EsSalud; por ejemplo, limitando la cobertura de las atenciones en establecimientos del tercer nivel de atención⁵⁰. Igualmente, la mayoría de seguros privados excluyen atenciones en el extranjero.

En relación a las enfermedades raras y huérfanas, la OMS reconoce alrededor de 7,000 enfermedades raras y estima que afectan al 7% de la población mundial. A partir de esta clasificación, se establecen exclusiones en seguros públicos - Chile, Colombia, Honduras y Argentina (Giedion, et al., 2014)-, así como en ciertos seguros privados (Wilson, et al., 2009). En Perú, según la resolución ministerial N° 151-2014/Minsa, existen un grupo de ocho enfermedades huérfanas consideradas de muy alta

⁴⁸ Lamentablemente, como se verá en la sub-sección 5.4: Prima, las limitaciones de información no permiten estimar el impacto en la prima de excluir la atención de las enfermedades raras o huérfanas.

⁴⁹ No se cuenta con la información correspondiente.

⁵⁰ Definido según Resolución de Gerencia General N° 1471-EsSalud-2013.

prioridad⁵¹, 62 de alta prioridad, 27 de baja prioridad y 302 de muy baja prioridad. El nuevo seguro potestativo debiera evaluar la viabilidad financiera de cubrir aquellas enfermedades de muy alta y alta prioridad; así como los medicamentos correspondientes que la misma resolución ministerial señala.

Cuadro N° 48: Limitaciones y exclusiones, principales seguros privados

Seguros	Limitaciones	Exclusiones	Prima referencial mensual
Seguro Medicvida Nacional	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficio máximo: S/. 9,600,000 anual - Acceso a atenciones en todas las redes afiliadas - Enfermedades congénitas hasta por S/. 240,000 anuales (recién nacidos o no diagnosticados) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades preexistentes - Atenciones en el extranjero 	<ul style="list-style-type: none"> - 30 años: S/.236 - 65 años: S/.973
Seguro de Salud Red Preferente	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficio máximo: S/. 3,200,000 anual - Acceso a atenciones en redes limitadas - Atención de parto hasta por S/. 5,000 (cesárea o parto múltiple) - Enfermedades oncológicas: únicamente clínicas aliadas y un día de habitación al 85% - Enfermedades congénitas hasta por S/. 40,000 anuales (recién nacidos o no diagnosticados) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades preexistentes - Segunda opinión médica - Trasplante médula ósea - Controles pre y post natales (laboratorio, ecografía, vacunas adicionales, vitaminas,...) - Vacuna Virus Papilomia Humano - Atenciones en el extranjero 	<ul style="list-style-type: none"> - 30 años: S/.125 - 65 años: S/.576
Seguro Multisalud	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficio máximo: S/. 4,000,000 anual - Acceso a atenciones en la mayoría de clínicas afiliadas, excepto las de mayor calificación - Atención de parto hasta por S/. 6,500 (cesárea o parto múltiple) - Enfermedades oncológicas: únicamente clínicas aliadas y un día de habitación al 85% - Enfermedades congénitas hasta por S/. 150,000 anuales (recién nacidos o no diagnosticados) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades preexistentes - Trasplante médula ósea - Controles pre y post natales (laboratorio, ecografía, vacunas adicionales, ...) - Vacuna Virus Papilomia Humano - Atenciones en el extranjero 	<ul style="list-style-type: none"> - 30 años: S/.173 - 65 años: S/.751
Red Médica Clásica	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficio máximo: S/. 4,000,000 anual - Red de clínicas afiliadas limitadas - Gastos de maternidad hasta por S/. 5,000 - Enfermedades congénitas y epidémicas hasta por S/. 50,000 anuales - Cobertura recién nacido hasta por S/. 15,000 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades preexistentes - Segunda opinión médica - Trasplante médula ósea - Atenciones en el extranjero - Cirugías estéticas 	<ul style="list-style-type: none"> - 30 años: S/. 125 - 65 años: S/. 624

Fuente: Pacífico

El plan de beneficios debiera también considerar la necesidad de limitaciones correspondientes en casos de pre-existencias, como la insuficiencia renal crónica, VIH/SIDA y cáncer. Efectivamente, los tratamientos de alto costo han aumentado su importancia dentro de la estructura de costos de EsSalud. Según OIT, entre los cinco procedimientos más significativos por los montos involucrados durante el 2014, figuran los tratamientos para VIH/SIDA, tratamiento de quimioterapia y tratamiento para pacientes con insuficiencia renal crónica (OIT, 2016). De la misma manera, el nuevo plan debiera considerar la necesidad de excluir de los beneficios los trasplantes de órganos y tejidos, de requerirse para resguardar la sostenibilidad financiera del nuevo

⁵¹ Ver: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/RM151_2014_MINSA_EP.pdf

seguro potestativo. Se recomendaría excluir atenciones de salud fuera del territorio nacional⁵².

Finalmente, en el escenario de una cobertura similar al seguro regular, se deberían establecer las exclusiones estipuladas en el Anexo N° 3 del Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, DS N° 009-97-SA: i) cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras); ii) tratamiento de periodoncia y ortodoncia; iii) curas de reposo y del sueño; y iv) lentes de contacto.

5.2.1. Periodos de carencia y espera

Existen límites a la cobertura a través de periodos de carencia y de espera. Ambos implican plazos definidos para que la cobertura del asegurado se active. En el caso del periodo de carencia, las enfermedades adquiridas durante este periodo no serán cubiertas por el seguro en ningún momento; mientras que las adquiridas durante el periodo de espera si serán cubierta una vez que este periodo haya culminado. Los periodos de espera suelen ser más amplio que los de carencia.

El Cuadro N° 49 muestra los periodos de espera y carencia de diversos seguros privados. Los periodos varían de acuerdo a la complejidad del tratamiento pues funcionan como mecanismo para controlar el riesgo moral. Considerando la experiencia de los seguros privados y del seguro regular de EsSalud, se propone establecer un periodo de carencia de tres meses, salvo atenciones de emergencia; y un periodo de espera de nueve meses a partir de la vigencia del contrato para atenciones por maternidad. Igualmente, se propone establecer un periodo de espera similar al de los seguros privados (24 meses) para enfermedades congénitas no diagnosticadas o relacionadas al VIH.

⁵² El nuevo Estudio Financiero Actuarial de EsSalud elaborado por la OIT recomienda precisamente para el caso del seguro regular: “Limitar progresivamente el otorgamiento de las prestaciones asistenciales fuera del territorio nacional”.

Cuadro N° 49: Periodos de espera y de carencia en seguros privados

Seguros	Periodo de carencia	Periodo de espera
Seguro Medicvida Nacional	- 30 días para todas las atenciones - 90 días para casos oncológicos	- 36 meses para enfermedades relacionadas con el virus VIH - 24 meses para trasplantes y diagnósticos congénitos no conocidos - 18 meses para maternidad - 10 meses para diagnósticos y atenciones especificadas en la póliza
Seguro de Salud Red Preferente	- 30 días para todas las atenciones - 90 días para casos oncológicos	- 24 meses para enfermedades congénitas no diagnosticadas - 18 meses para maternidad - 10 meses para diagnósticos y atenciones especificadas en la póliza
Seguro Multisalud	- 30 días para todas las atenciones - 90 días para tratamiento odontológico y oftalmológico - 18 meses para maternidad - 36 meses para enfermedades relacionadas con el virus VIH	- 24 meses para trasplantes de médula ósea - 24 meses para trasplantes para enfermedades congénitas no diagnosticadas - 18 meses para maternidad - 10 meses para diagnósticos y atenciones especificadas en la póliza
Seguro MEDIPLUS II	- 30 días para todas las atenciones - 90 días para tratamiento odontológico y oftalmológico - 36 meses para enfermedades relacionadas con el virus VIH	-
Red Médica Clásica	-	- 18 meses para maternidad

Fuente: Pacífico, Rímac

5.2.2. Procesos y actividades críticas para la definición de los límites y exclusiones

Se debe poder identificar la cobertura que corresponde a cada uno de los asegurados. Por ejemplo, los seguros privados cuentan con sistemas informáticos que permiten detectar automáticamente las enfermedades que son cubiertas. Para ello, se debe implementar, a través del sistema informático, un reporte de cuenta individual de los consumos que realiza el asegurado en cada uno de los servicios con la finalidad de verificar las exclusiones. También hay que controlar los periodos de carencia y espera. Los historiales clínicos electrónicos permiten visualizar de manera automática todo el historial clínico de los pacientes de manera segura y rápida.

5.3. Prima

La prima es el precio del seguro de salud y está en función al costo promedio por asegurado, que a su vez responde al: plan de cobertura ofrecido, perfil demográfico y epidemiológico de la población asegurada, existencia de co-pagos, deducibles, periodos de carencia, entre otros. La prima debe cubrir los gastos de salud generados por los afiliados, más los gastos administrativos asociados; sin embargo, en el caso de EsSalud no se requiere que considere margen de utilidad. Para determinar el valor de la prima en

un seguro público, se deben estimar los gastos efectuados en un periodo de tiempo y estimar el total de ingresos necesarios para no tener pérdidas (De la Peña, 2003).

5.3.1. Metodología para la estimación de la prima

Para definir el precio de un seguro, se requiere identificar los costos y gastos asociados; en la actualidad, EsSalud no dispone de información respecto de los costos asociados al diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías. Por ello, se exploran metodologías alternativas que permitan estimar la prima:

- **Estimación de la prima a partir de los costos promedios**

El costo promedio por asegurado depende de su perfil de riesgo: asegurados más riesgosos generarán un mayor costo. Se plantea un modelo con una prima que varíe según el sexo y rango de edad de los afiliados.

Para estimar dicha prima se requiere información del costo generado por cada individuo.

$$p_{a,b} = \left(\sum_{i=1}^{n_{a,b}} c_{a,b}^i \right) * \frac{1}{n_{a,b}} \quad (\text{Ecuación 1})$$

Donde:

- a = Rango de edad.
- b = Género (hombre o mujer).
- $p_{a,b}$ = Prima para las personas del rango de edad “a” y de género “b”.
- $n_{a,b}$ = Número de afiliados en el rango de edad “a” y de género “b”.
- $c_{a,b}^i$ = Costo generado por cada individuo “i” que se encuentra en el rango de edad “a” y de género “b”.

Dado que no se cuenta con información del costo por individuo, se siguió un proceso planteado por la Oficina de Presupuesto de EE.UU. (2007). Se aplican diversos factores a un costo base para hallar costos diferenciados según sexo y edad. En el caso de Estados Unidos, los factores calculados a partir de encuestas de hogares son:

- Factor edad-sexo ($f_{edad,sexo}$): es el ratio de gasto esperado de acuerdo al sexo y edad. Se divide el gasto esperado de cada grupo entre el gasto promedio de todos los asegurados. En Estados Unidos, este factor varía entre 0.46 para niños entre 2 y 17 años y 2.8 para personas mayores de 64 años – hombres⁵³.
- Factor salud (f_{salud}): se basa en el estado de salud de los asegurados de acuerdo a la edad y sexo. Por lo general, se utiliza la data de atenciones en salud de la población asegurada el año anterior y se califica de acuerdo a su estado de salud (muy buena, buena, regular o pobre).
- Factor experiencia ($f_{experiencia}$): se relaciona a los gastos incurridos por las personas en los años previos. Se calcula a través del gasto en salud de las familias, controlando por edad y sexo. En Estados Unidos, este factor varía desde 0.6 (poco gasto) a 1.9 (mucho gasto).

⁵³ Se puede validar los ratios para el caso peruano usando la siguiente información: http://www.healthcostinstitute.org/files/Age-Curve-Study_0.pdf

- Factor costo por estado ($f_{costo\ por\ estado}$): es un factor geográfico que usa los datos reportados por las diversas instituciones de salud respecto a sus gastos. En Estados Unidos se encuentra entre 0.8 y 1.2.

De este modo el costo promedio por grupo ($c_{a,b}$) se calcula de la siguiente manera:

$$c_{a,b} = p_{base} * f_{edad,sexo} * f_{salud} * f_{experiencia} * f_{costo\ por\ estado} \quad (\text{Ecuación 2})$$

Con este costo promedio por grupo, se utiliza la metodología de estimación de la prima a partir de la frecuencia de siniestralidad y el costo esperado (Beltrán, 1992). Se estima una prima para cada grupo según la frecuencia de siniestralidad y el monto promedio pagado por siniestro. A continuación, se detalla el cálculo de cada uno de las variables requeridas para el cálculo de las primas.

- Frecuencia de siniestralidad ($FS_{a,b}$): Número de siniestros de cada grupo de rango de edad “a” y sexo “b”. Esta frecuencia se obtiene al dividir el número de siniestros ocurridos entre el número de individuos asegurados por cada grupo de edad y sexo.

$$FS_{a,b} = \frac{NS_{a,b}}{I_{a,b}} \quad (\text{Ecuación 3.1})$$

Donde:

- a = Rango de edad.
 - b = Sexo.
 - $NS_{a,b}$ = Número de siniestros ocurridos a los asegurados que se encuentran en el rango de edad “a” y de género “b”.
 - $I_{a,b}$ = Número de asegurados en el rango de edad “a” y género “b”.
 - $FS_{a,b}$ = Frecuencia de siniestralidad de los asegurados en el rango de edad “a” y de género “b”.
- Frecuencia de siniestralidad por enfermedad ($FSE_{a,b}$): Ajusta la frecuencia de siniestralidad en función a la proporción del número de atenciones (consultas u hospitalizaciones) en relación al total de siniestros.

$$FSE_{a,b} = \alpha * FS_{a,b} \quad (\text{Ecuación 3.2})$$

- Frecuencia de siniestralidad por accidente ($FSA_{a,b}$): Ajusta la frecuencia de siniestralidad en función a la proporción del número de accidentes en relación al total de siniestros.

$$FSA_{a,b} = \beta * FS_{a,b} \quad (\text{Ecuación 3.3})$$

Donde:

$$\alpha + \beta = 1^{54}$$

- Monto promedio ($MP_{a,b}$): Se ajusta el monto total pagado con el número de siniestros pagado para cada grupo.

$$MP_{a,b}^S = \frac{MTP_{a,b}^S}{NSP_{a,b}^S} \quad (\text{Ecuación 3.4})$$

$$MP_{a,b} = c_{a,b} * I_{a,b}$$

⁵⁴ Por lo general el valor de α se aproxima a 0.85 y el de β a 0.15.

Donde:

- $MTP_{a,b}$ = Monto total pagado por los asegurados en el rango de edad “a” y género “b”.
- $NSP_{a,b}$ = Número de siniestros pagados por los asegurados en el rango de edad “a” y género “b”.
- $I_{a,b}$ = Número de asegurados en el rango de edad “a” y género “b”.
- $c_{a,b}$ = Costo unitario promedio para cada asegurado que se encuentran en el rango de edad “a” y de género “b”.

Para calcular el valor de la prima para cada grupo, se utiliza la siguiente fórmula:

$$p_{a,b} = \{FSE_{a,b} * [(1 - c) * (MP_{a,b} - d)] + FSA_{a,b} * MP_{a,b}\} * (1 + FI) \text{ (Ecuación 4)}$$

Donde:

- $FSE_{a,b}$ = Frecuencia de siniestralidad por enfermedad para cada asegurado en el rango de edad “a” y género “b”.
- $FSA_{a,b}$ = Frecuencia de siniestralidad por accidente para cada asegurado en el rango de edad “a” y género “b”.
- $MP_{a,b}$ = Monto promedio para los asegurados que se encuentran en el rango de edad “a” y de género “b”.
- c = Copago.
- d = Deducible.
- FI = Factor de inflación.

5.3.2. Limitaciones

La base de datos proporcionada por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas cuenta con información de las atenciones realizadas mediante hospitalizaciones, emergencias y consultas; además, estas atenciones se encuentran desagregadas por enfermedades de acuerdo con el código de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Esta información permite calcular la frecuencia de siniestralidad por grupo de edad y sexo, así como el ratio de ocurrencia de cada enfermedad. Sin embargo, no se cuenta con información sobre el costo del tratamiento por enfermedad; tampoco del costo de tratamiento de cada paciente. Una limitación adicional es que los grupos de edad ya están definidos en las bases de datos proporcionadas.

• Alternativas planteadas

Para estimar el gasto promedio según grupo de edad y sexo, se generan factores que aplicados al gasto total promedio permiten diferenciarlo según edad y sexo. Estos factores son estimados en base a los diferentes niveles de gasto de bolsillo en salud según grupo de edad y sexo, utilizando la Enaho. Para calcular el gasto promedio por siniestro, se divide el gasto promedio por grupo de edad entre la frecuencia de siniestros⁵⁵.

⁵⁵ En el Anexo N° 3 se presentan las consultas más frecuentes por grupo y tipo de seguro.

5.3.3. Estimación de la prima⁵⁶

La metodología usada para calcular las primas requiere de dos variables: i) la frecuencia de siniestralidad de los afiliados según grupo de edad y sexo; y ii) el monto promedio pagado según grupos categorizados por sexo y edad.

Ambas variables dependen de factores como: la cobertura poblacional, la cobertura prestacional, la presencia de copagos, deducibles, entre otros. Se asumen cuatro escenarios en función de las frecuencias de uso (del seguro regular y del seguro potestativo); y del gasto promedio (con una cobertura similar a la del seguro regular sin prestaciones económicas ni sociales y con una cobertura similar al PEAS).

Cuadro N° 50: Escenarios para la estimación de las Primas

Caso 1: - Frecuencia de uso: EsSalud Independiente - Cobertura PEAS	Caso 2: - Frecuencia de uso: EsSalud Regular - Cobertura PEAS
Caso 3: - Frecuencia de uso: EsSalud Independiente - Cobertura similar a EsSalud Regular	Caso 4: - Frecuencia de uso: EsSalud Regular - Cobertura similar a EsSalud Regular

- **Frecuencia de siniestralidad**

Para calcular la frecuencia de siniestralidad se divide el número de siniestros entre el total de afiliados según grupo de edad y sexo. Se cuenta con el número de afiliados y el número de atenciones que realiza cada grupo según sexo y edad (padrón de afiliados; ver Cuadro N° 51 y N° 52).

Cuadro N° 51: Distribución afiliados, número de siniestros – EsSalud Regular, 2014

Edad	Distribución afiliados			N° siniestros		
	Hombres	Mujeres	Todos	Hombres	Mujeres	Todos
0-4	428,148	410,389	838,537	1,344,365	1,226,084	2,570,449
5-11	622,390	598,491	1,220,881	1,040,758	979,024	2,019,782
12-19	571,364	542,771	1,114,135	663,290	818,409	1,481,699
20-29	779,851	706,455	1,486,306	581,182	1,780,765	2,361,947
30-59	2,109,845	2,057,568	4,167,413	3,248,173	7,361,168	10,609,341
60+	666,688	722,540	1,389,228	2,968,264	3,719,137	6,687,401
Todos	5,178,286	5,038,214	10,216,500	9,846,032	15,884,587	25,730,619

Fuente: EsSalud

Cuadro N° 52: Distribución afiliados y número de siniestros – EsSalud Potestativo, 2014

⁵⁶ En la versión digital del presente estudio se Anexa un archivo Excel, con todos los cálculos realizados. Este archivo permite cambiar distintos parámetros para obtener diferentes estimaciones.

Edad	Distribución afiliados			N° siniestros		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-4	780	699	1,479	4,271	3,401	7,672
5-11	447	453	900	771	904	1,675
12-19	1,122	1,433	2,555	2,130	5,051	7,181
20-29	4,183	5,381	9,564	3,996	13,129	17,125
30-59	7,627	11,233	18,860	13,843	40,715	54,558
60+	7,177	13,499	20,676	30,932	81,289	112,221
Todos	21,336	32,698	54,034	55,943	144,489	200,432

Fuente: EsSalud

Luego, se calculan las frecuencias de siniestralidad para cada grupo de edad y sexo considerando la distribución de afiliados, el número de siniestros, el número de siniestros en consultas y hospitalizaciones (frecuencia de siniestralidad por enfermedad, FSE); y emergencias (frecuencia de siniestralidad por accidente o emergencia, FSA) para cada uno de los escenarios planteados: i) frecuencia de uso del seguro regular y ii) frecuencia de uso del seguro potestativo. Los Cuadro N° 53 y N° 54 muestran los resultados.

Cuadro N° 53: Frecuencias de siniestralidad – EsSalud Regular

Edad	FS			Emergencias (%)			FS Hospitalización y Consulta			FS de Emergencias		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-4	3.1	3.0	3.1	26	26	26	2.3	2.2	2.3	0.8	0.8	0.8
5-11	1.7	1.6	1.7	24	23	23	1.3	1.3	1.3	0.4	0.4	0.4
12-19	1.2	1.5	1.3	19	18	19	0.9	1.2	1.1	0.2	0.3	0.2
20-29	0.7	2.5	1.6	29	20	22	0.5	2.0	1.2	0.2	0.5	0.4
30-59	1.5	3.6	2.5	20	15	16	1.2	3.0	2.1	0.3	0.5	0.4
60+	4.5	5.1	4.8	13	12	12	3.9	4.5	4.2	0.6	0.6	0.6

Fuente: EsSalud

Cuadro N° 54: Frecuencias de siniestralidad – EsSalud Potestativo

Edad	FS			% Emergencias			FS Hospitalización y Consulta			FS de Emergencias		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-4	5.5	4.9	5.2	23	21	22	4.2	3.8	4.0	1.3	1.0	1.2
5-11	1.7	2.0	1.9	24	25	25	1.3	1.5	1.4	0.4	0.5	0.5
12-19	1.9	3.5	2.8	16	22	20	1.6	2.8	2.2	0.3	0.8	0.6
20-29	1.0	2.4	1.8	28	23	24	0.7	1.9	1.4	0.3	0.6	0.4
30-59	1.8	3.6	2.9	16	13	14	1.5	3.2	2.5	0.3	0.5	0.4
60+	4.3	6.0	5.4	13	11	12	3.8	5.3	4.8	0.5	0.7	0.6

Fuente: EsSalud

La frecuencia de uso del seguro potestativo es mayor. Por ello, los escenarios que consideren una frecuencia de uso similar al seguro potestativo, tendrán, independientemente de la cobertura ofrecida, primas mayores. Se debe trabajar para lograr que la frecuencia de uso de la población afiliada se asemeje más a la del seguro regular que a la del seguro potestativo⁵⁷.

- **Monto promedio pagado**

⁵⁷ En las siguientes subsecciones se plantean lineamientos para lograrlo.

A diferencia de las frecuencias de siniestralidad, donde existe información disponible, la información sobre los gastos es limitada. Por ello, se consideran factores de ajuste, los cuales permiten obtener distintos montos promedio pagados, según grupo de edad y sexo⁵⁸.

El gasto promedio base depende de la cobertura que se considere.

- **Gasto promedio base: cobertura similar al seguro regular**

El Estudio Financiero Actuarial para EsSalud 2015-2025, señala que el gasto total en salud – prestaciones médicas y otros gastos médicos – del seguro regular de EsSalud fue de S/. 5,417 millones en 2014 (OIT, 2016). Se debe restar los gastos en las prestaciones excluidas de la cobertura. Se tiene información de costos⁵⁹ de los trasplantes de órganos y tejidos: en el 2014 se gastó S/. 39 millones (OIT, 2016). Así, considerando los 10 millones 217 mil afiliados, el gasto promedio en salud por afiliado es de S/. 526 aproximadamente.

Sin embargo, no todos los afiliados con necesidad de atención hacen uso del seguro, ya sea porque se atienden en un local privado o porque no pueden acceder a la atención. En otras palabras, si bien estas personas son aportantes o derechohabientes, no afectan el gasto promedio por asegurado. Con información de la Enaho, se estimó que 12% de los afiliados a EsSalud se atienden en locales privados o no acceden a la atención⁶⁰. Por ello, se considera un número de afiliados “efectivos”⁶¹ de 8 millones 991 mil y un gasto promedio por afiliado de S/. 598⁶².

Adicionalmente, el seguro potestativo generará una serie de gastos administrativos y de afiliación que deben ser cubiertos con los ingresos recaudados. Para estimar estos gastos, se utiliza como referencia la relación que existe entre los gastos administrativos y los gastos de salud en los seguros privados. Según información reportada por SuSalud, en el sistema de EPS, los gastos administrativos y de afiliación representan el 21.2% de los gastos en salud. Se considera esta misma relación entre gastos administrativos y gastos en salud para el nuevo seguro; así, el gasto promedio por afiliado con una cobertura similar a EsSalud regular sería de S/. 725 para el 2014.

- **Gasto promedio base: cobertura igual al PEAS**

Según información disponible, el costo total per cápita del PEAS fue de US\$174.7 en el 2007 (Prieto, et al., 2014). Este costo fue calculado utilizando una metodología de costos estándar que considera el gasto en recursos humanos, equipamiento, infraestructura insumos, servicios intermedios, servicios generales y costos administrativos (Escobedo, 2007). Ajustando el monto total estimado por tipo de cambio

⁵⁸ Se aplican a un gasto promedio base.

⁵⁹ Las exclusiones planteadas deberán ser incorporadas al cálculo de la prima en la medida que se obtenga mayor información sobre sus costos.

⁶⁰ Se consideró a las personas enfermas que no se atienden por las demoras en la atención, el maltrato, la distancia de los establecimientos o falta de dinero.

⁶¹ Es diferente un afiliado efectivo de un afiliado que no hace uso del seguro por no necesitarlo. Se retiran de la estimación a aquellos asegurados que necesitando hacer uso del seguro no lo hacen. Las personas sanas sí son consideradas.

⁶² Se debe tener en cuenta que este gasto no considera inversión en infraestructura y recursos humanos.

e inflación, se tiene un gasto promedio por afiliado en el 2014 de S/. 641 con cobertura del PEAS.

Este gasto promedio por asegurado se considera como la base para los escenarios con cobertura PEAS.

- **Factores de ajuste por sexo y edad**

Los hombres y mujeres de distintas edades generan gastos diferentes en salud, lo cual debe verse reflejado en la prima. Por lo tanto, es necesario diseñar factores de ajuste que aplicados al gasto promedio por asegurado – ya sea considerando una cobertura regular o una cobertura PEAS – permitan obtener gastos diferenciados según edad y sexo. Para obtener estos factores se utiliza información sobre el gasto de bolsillo en salud del grupo poblacional que conforma la demanda potencial del seguro potestativo.

El Cuadro N° 55 presenta los gastos promedios de bolsillo en salud para cada grupo, de acuerdo al sexo y edad. Asimismo, se calcula el gasto promedio por grupo de edad sin distinguir por sexo y el promedio de gasto de toda la población. Esta información proporciona un indicador de los grupos más costosos de atender: las personas mayores de 60 años y los niños 0 a 4 años.

Cuadro N° 55: Gasto promedio mensual en medicina y de bolsillo, población potencial por sexo y edad (en soles)

Edad	Gasto de bolsillo en salud		
	Hombres	Mujeres	Todos
0-4	51	56	53
5-11	30	35	32
12-19	35	31	33
20-29	39	59	49
30-59	50	58	55
60+	78	94	87
Total			54

Fuente: Enaho

Para estimar el factor sexo-edad, se divide el gasto promedio de cada subgrupo de la población entre el promedio de gasto de toda la población involucrada. El Cuadro N° 56 presenta los factores sexo-edad utilizados para calcular los montos promedio pagados. Un factor mayor a uno significa que el gasto promedio de las personas de ese subgrupo es mayor al gasto promedio de toda la población. Cuando el factor es menor a uno, ocurre lo contrario.

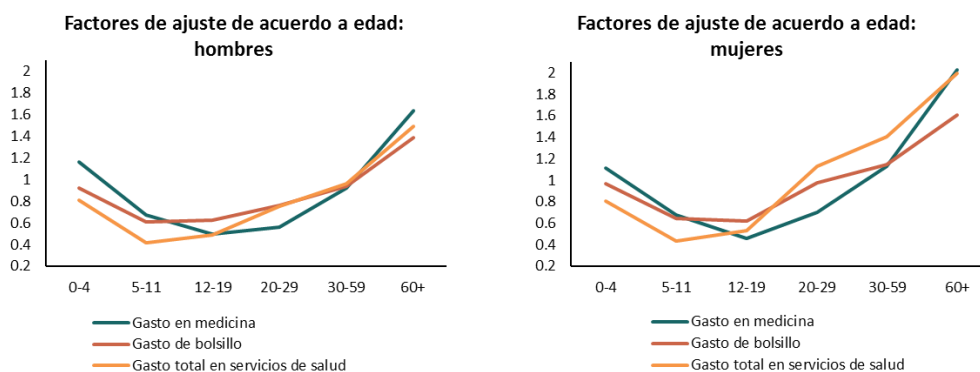
Cuadro N° 56: Factores sexo-edad de acuerdo al gasto de bolsillo imputado

Edad	Factores sexo - edad		
	Hombres	Mujeres	Todos
0-4	0.94	1.03	0.99
5-11	0.55	0.64	0.60
12-19	0.65	0.58	0.62
20-29	0.72	1.10	0.91
30-59	0.93	1.08	1.01
60+	1.44	1.73	1.61

Fuente: Enaho, cálculos propios

Para validar los resultados, se realizó el mismo procedimiento considerando otros indicadores de gasto en salud (gasto en medicina, gasto total en servicios de salud). El Cuadro N° 57 presenta los resultados. La tendencia en los tres casos es similar. Los primeros años de vida suelen presentar un gasto relativo mayor; se reduce durante la niñez y adolescencia; luego sube progresivamente hasta llegar a los adultos mayores, quienes reportan el mayor gasto relativo. Las mujeres, por su parte, reportan un incremento mayor entre los 20 y 60 años. Estos resultados son similares a los encontrados en estudios actuariales de otros países, como el de Estados Unidos (Yamamoto, 2013).

Cuadro N° 57: Factores de ajuste relativos



Fuente: Enaho, cálculos propios

○ **Monto promedio pagado: cobertura similar al seguro regular**

Para calcular el monto promedio pagado por atención o siniestro (MP), se estima el monto total anual incurrido en atender a una persona – promedio – de cada grupo de sexo-edad. Este monto dividido entre el número de siniestros (FS) determina el monto promedio pagado.

El gasto promedio por afiliado con una cobertura similar al seguro regular es de S/. 725 por afiliado y el monto total pagado es de S/. 6,518,136,000⁶³. El gasto promedio se ajusta utilizando los factores señalados. Luego se distribuye el gasto total entre los distintos grupos de población, asegurando que se mantenga el monto total pagado al multiplicar el gasto promedio ajustado por la población de cada grupo. El Apéndice A muestra el procedimiento matemático realizado para llegar a este resultado. Se verifica

⁶³ 725 soles de gasto en promedio, multiplicado por 8 millones 990 mil 520 afiliados (ajustado).

que al multiplicar estos montos por la población de cada grupo, se obtiene la misma cantidad que el monto total pagado por EsSalud Regular. El Cuadro N° 58 muestra los resultados.

Cuadro N° 58: Distribución de los gastos anuales en EsSalud Regular de acuerdo a sexo-edad, en soles

Edad	Costo anual promedio		
	Hombres	Mujeres	Todos
0-4	1,530	1,682	1,589
5-11	900	1,045	964
12-19	1,062	945	996
20-29	1,176	1,789	1,475
30-59	1,508	1,757	1,635
60+	2,337	2,816	2,589

Cálculos propios

A continuación se calcula el monto promedio por siniestro (MP). Para ello, se divide el gasto anual entre el número de siniestros promedio, de acuerdo a lo reportado por EsSalud Regular. El Cuadro N° 59 muestra los resultados. Este indicador debe ser analizado conjuntamente con los resultados presentados en el Cuadro N° 53 y el Cuadro N° 54. Por ejemplo, los hombres se atienden menos que las mujeres; no obstante, cuando lo hacen en promedio generan un gasto mayor y un monto promedio asociado a cada atención más alto. Las mujeres o niños asisten con mayor frecuencia a atenderse, pero en promedio involucran procedimientos más sencillos y con un gasto por atención (MP) menor.

Cuadro N° 59: Monto promedio (MP) gastado por atención de acuerdo a sexo-edad, en soles

Edad	MP		
	Hombres	Mujeres	Todos
0-4	487	563	518
5-11	538	639	583
12-19	915	627	749
20-29	1,578	710	928
30-59	980	491	642
60+	525	547	538

Cálculos propios

○ **Monto promedio pagado: PEAS**

En este caso no se cuenta con el monto total destinado a atender las enfermedades comprendidas en el plan, pero sí se conoce el valor promedio anual del PEAS: S/.641. Se toma este valor como base y se ajusta con los factores de número de afiliados y sexo-edad para obtener los resultados que se muestran en el Cuadro N° 60. Este gasto anual, diferenciado por sexo y edad, es equivalente a la prima anual que se tendría que cobrar para cubrir el PEAS en una población distribuida de forma análoga a la población afiliada al seguro regular.

Cuando se considera una frecuencia de uso similar a la del seguro potestativo, la prima deberá ser ajustada para considerar un perfil más riesgoso.

Cuadro N° 60: Gasto anual en atender PEAS de acuerdo a sexo-edad

Edad	PEAS Base		
	Hombres	Mujeres	Todos
0-4	603	663	632
5-11	355	412	383
12-19	418	372	396
20-29	463	705	586
30-59	594	692	650
60+	921	1,109	1,029

Cálculos propios

- **Resultados**

- **Escenario base**

Las estimaciones permiten obtener un escenario base para los cuatro casos propuestos. El Cuadro N° 61 presenta los resultados⁶⁴. Las primas en el escenario con cobertura similar a la del seguro regular son mayores a las del PEAS; igualmente, las primas que consideran una frecuencia de uso similar al seguro regular actual son inferiores a las que consideran una similar a la del potestativo. Finalmente, dentro de cada escenario las primas son mayores para las mujeres, para los niños menores de 4 años y para las personas mayores de 60 años.

Cuadro N° 61: Primas estimadas para los cuatro escenarios base

	Frecuencia uso: potestativo			Frecuencia uso: regular				
	Hombres	Mujeres	Todos	Hombres	Mujeres	Todos		
PEAS	0-4	103	106	105	0-4	59	65	62
	5-11	36	49	42	5-11	35	40	38
	12-19	67	86	82	12-19	41	37	39
	20-29	58	67	65	20-29	46	69	58
	30-59	69	69	73	30-59	58	68	64
	60+	88	128	114	60+	91	109	101
Cobertura EsSalud Regular	0-4	120	123	121	0-4	69	76	71
	5-11	42	57	49	5-11	40	47	43
	12-19	78	99	95	12-19	48	42	45
	20-29	68	78	75	20-29	53	80	66
	30-59	80	80	83	30-59	68	79	73
	60+	102	148	131	60+	105	126	116

Si bien usar factores de ajuste por sexo y edad, permiten capturar el perfil más riesgoso que los afiliados a un seguro potestativo suelen tener; estos factores no capturan variables que también influyen en el perfil de riesgo: perfil epidemiológico, complejidad de las atenciones. Estas dificultades se tratan a continuación.

- **Distinta distribución de edades**

⁶⁴ Estos resultados toman en cuenta que las primas del nuevo seguro potestativo deben considerar el 18% de IG.V.

A continuación se presentan las primas calculadas para los grupos de edad que suelen usar las aseguradoras privadas. En este escenario la variabilidad de la prima disminuye y los valores de la prima resultantes son más fáciles de implementar desde un punto de vista comercial (ver Cuadro N° 62): para personas menores de 60 años la prima no varía significativamente; para las personas mayores de 60, el valor de la prima se incrementa considerablemente.

Cuadro N° 62: Primas estimadas con distribución alternativa de edades

		Frecuencia uso: potestativo			Frecuencia uso: regular		
		Hombres	Mujeres	Todos	Hombres	Mujeres	Todos
PEAS	0-17	63	76	72	42	44	43
	18-29	61	72	70	44	60	53
	30-59	69	69	73	58	68	64
	60+	88	128	114	91	109	101
Cobertura EsSalud Regular	0-17	73	88	83	49	51	50
	18-29	70	84	80	51	70	61
	30-59	80	80	83	68	79	73
	60+	102	148	131	105	126	116

○ **Factor residual**

Para el escenario con cobertura similar a la del seguro regular, el gasto promedio ha sido calculado considerando el gasto del seguro regular. Sin embargo, el diagnóstico muestra que el seguro potestativo, por lo problemas de riesgo moral y selección adversa, tiene un gasto promedio por afiliado mayor. Parte de este mayor gasto es captado a través de los factores de ajuste aplicados por sexo y edad. Sin embargo, existen otros factores que no han sido incorporados en los cálculos hasta este momento: el perfil epidemiológico de los asegurados potestativos – independientemente de su perfil demográfico – es más costoso; asimismo, contar con un seguro de salud voluntario crea incentivos para utilizarlo más. Ante esta situación se considera la existencia de un factor residual⁶⁵, definido como la suma de todos aquellos factores que afectan los gastos en salud y que no son incluidos explícitamente en un modelo (Benavides, et al., 2013).

Según estimaciones realizadas por la OECD, los países de Sudamérica pertenecientes a la OECD muestran un factor residual promedio de 62% (de la Maisonneuve & Oliveira, 2013). El Cuadro N° 63 presenta las primas calculadas considerando el factor residual mencionado⁶⁶; para el caso de los escenarios con cobertura similar al seguro regular⁶⁷.

⁶⁵ Se debe tener en cuenta que la literatura internacional considera el uso de un factor residual para estimar el crecimiento del gasto en salud. En este caso, ante la falta de información se está adaptando el concepto a las diferencias entre el gasto en salud del seguro regular y el voluntario.

⁶⁶ Cabe mencionar que según el estudio actuarial elaborado por la OIT (2016), el costo médico por acreditado de un asegurado afiliado a un esquema distinto al regular o al agrario es 2.52 veces superior al de un asegurado regular (S/. 1,335 en comparación con S/. 529).

⁶⁷ En el caso de la cobertura PEAS no se utiliza el factor residual, pues se espera que los problemas de selección adversa y riesgo moral sean menores dada la exclusión específica de una serie de diagnósticos.

Cuadro N° 63: Primas estimadas con factor residual

		Frecuencia uso: potestativo			Frecuencia uso: regular		
		Hombres	Mujeres	Todos	Hombres	Mujeres	Todos
PEAS	0-17	63	76	72	42	44	43
	18-29	61	72	70	44	60	53
	30-59	69	69	73	58	68	64
	60+	88	128	114	91	109	101
Cobertura EsSalud Regular	0-17	119	143	134	80	83	80
	18-29	114	135	129	83	114	98
	30-59	129	129	135	110	128	119
	60+	165	240	212	170	205	188

○ **Prima única**

Finalmente, se plante la opción de considerar una prima única, sin diferencias por sexo ni edad. Si bien esta propuesta no es recomendable para controlar los problemas de selección adversa y riesgo moral, su aplicación es más sencilla y requiere de menos esfuerzos de control.

El Cuadro N° 64 presenta las estimaciones que son el resultado de vincular las primas propuestas con la distribución de los afiliados potestativos (para la FS Potestativa) y con la distribución de la población potencial (para la FS Regular), en el caso de la cobertura similar al regular, se considera también el factor residual.

Para una cobertura similar al regular y la frecuencia de uso de los potestativos, la prima mínima debería ser S/. 162, valor por encima de la prima actual (S/. 64). Sin embargo, se recomienda tomar medidas – como la afiliación colectiva y las exclusiones en la cobertura –que eviten una prima demasiado alta que incentive solo la afiliación de la población más riesgosa.

Cuadro N° 64: Prima única con gastos adicionales, en soles

	FS Potestativo	FS Regular
PEAS	86	61
Cobertura similar al regular	162	114

Si se contrastan los resultados mostrados en los Cuadros N° 63 y 64° con la información sobre precios de los seguros privados (ver Cuadro N° 26) se puede observar, que si bien las primas se aproximan – sobre todo para el caso de los menores de 60 – los precios en el sector privado siguen siendo superiores. Ello se puede explicar por dos motivos: i) la prima del seguro potestativo se calcula tomando como base el monto pagado por el seguro regular; el cual se beneficia de las economías de escala del sistema de EsSalud; ii) las aseguradoras privadas tienen márgenes de utilidad.

- **Prima para derechohabientes**

Siguiendo la práctica de los seguros privados⁶⁸, se recomienda que en caso de afiliación familiar, las primas cobradas a los derechohabientes sean las mismas que las correspondientes a los titulares. En caso se decidiese cobrar una prima única, entonces se propone que la prima ofrecida para los derechohabientes menores de edad sea de S/. 134 en caso se ofrezca una cobertura similar al seguro regular – ver Cuadro N° 63 y S/. 72 en caso se ofrezca una cobertura similar al PEAS – ver Cuadro N° 62.

5.3.4. Procesos y actividades críticas para la definición de la prima

Resulta indispensable establecer un reporte de cuenta individual de los consumos que realiza el asegurado en cada uno de los servicios demandados para determinar los costos por diagnósticos por paciente. Esta información no solo permitirá estimar primas más exactas, sino que permitirá evaluar el efecto de incorporar exclusiones en la cobertura.

Finalmente, hay que considerar los posibles planes alternativos a los que podrían acceder los demandantes potenciales, como los de las aseguradoras privadas, para que el nuevo seguro les resulte atractivo.

5.4. Copagos y deducibles

Las primas mostradas hasta el momento no consideran el uso de copagos y deducibles. La implementación de estos mecanismos, además de reducir la prima a cobrar, permite controlar la selección adversa y el riesgo moral. Así, los co-financiamientos son pagos compartidos entre el asegurado y el asegurador. Permiten modelar conductas y comportamientos de asegurados que sobre-demandan servicios de salud.

El Cuadro N° 65 presenta las primas estimadas con: i) un copago del 0% y un deducible de S/.10; ii) un copago de 5% y un deducible de S/.5; y iii) únicamente un copago de 10%⁶⁹. Lamentablemente, por limitaciones de información, la metodología empleada no permite diferenciar cobros de acuerdo al tipo de atención – consulta o hospitalización⁷⁰. Sin embargo, si permite considerar que no existen copagos y deducibles en caso de emergencias.

⁶⁸ Ver: <http://site.pacificoseguros.com/canales/servicios/cotizadores/salud>

⁶⁹ En el anexo digital del presente documento se pueden estimar diferentes primas con distintos escenarios de copagos y deducibles.

⁷⁰ La mayoría de esquemas de aseguramiento, sobre todo los del sector privado, diferencian los cobros de acuerdo a las atenciones: consultas u hospitalizaciones.

Cuadro N° 65: Primas estimadas con copagos y deducibles

i. Copago 0%, deducible S/. 10

		Frecuencia uso: potestativo				Frecuencia uso: regular			
		Hombres	Mujeres	Todos		Hombres	Mujeres	Todos	
PEAS	0-17	61	74	70		41	43	42	
	18-29	60	70	68		44	59	51	
	30-59	67	66	70		57	65	62	
	60+	84	122	109		87	105	97	
Cobertura EsSalud Regular	0-17	117	140	132		78	81	79	
	18-29	113	133	128		83	112	97	
	30-59	128	126	133		108	125	117	
	60+	161	234	208		166	200	184	

ii. Copago 5%, deducible S/5

		Frecuencia uso: potestativo				Frecuencia uso: regular			
		Hombres	Mujeres	Todos		Hombres	Mujeres	Todos	
PEAS	0-17	60	72	68		40	42	41	
	18-29	58	68	66		42	57	50	
	30-59	65	64	68		55	64	60	
	60+	82	119	107		85	102	95	
Cobertura EsSalud Regular	0-17	113	136	128		76	79	77	
	18-29	109	129	124		80	108	94	
	30-59	123	122	128		105	121	113	
	60+	156	227	201		161	194	178	

iii. Copago: 10%, deducible S/. 10

		Frecuencia uso: potestativo				Frecuencia uso: regular			
		Hombres	Mujeres	Todos		Hombres	Mujeres	Todos	
PEAS	0-17	56	68	64		38	39	39	
	18-29	55	65	63		41	54	47	
	30-59	62	60	64		53	60	57	
	60+	77	112	100		79	95	89	
Cobertura EsSalud Regular	0-17	107	129	122		72	75	73	
	18-29	105	123	118		77	103	89	
	30-59	117	115	121		100	114	107	
	60+	147	214	189		152	183	168	

Si bien los copagos y deducibles son una herramienta útil para evitar el riesgo moral y la selección adversa, se entiende que su implementación en EsSalud requiere de sistemas de cobros en los centros asistenciales, lo que resulta complicado. Por ello, se plantea que el nuevo seguro potestativo no considere el cobro de copagos y deducibles en una primera etapa y que estos sean implementados gradualmente conforme se implementen los sistemas necesarios.

5.5. Cobertura poblacional

La demanda potencial está compuesta por las personas que no tienen seguros de salud, que no son población vulnerable y que no tienen vínculo laboral de dependencia (ver cuadro Cuadro N° 29, en la sección 3.4). Sin embargo, no todos tienen la capacidad de pagar una prima periódica. Por otro lado, EsSalud manifiesta tener una limitada capacidad actual para atender a más afiliados.

El seguro potestativo actual, cuenta con pocos afiliados y presenta desafíos financieros; más aún, los primeros en afiliarse y los más interesados, suelen ser las personas que harían un uso más intensivo y más complejo de los servicios de salud. En esta línea, la cobertura poblacional del nuevo seguro potestativo debe buscar un equilibrio entre un grupo poblacional lo suficientemente amplio y diverso que permita distribuir el riesgo, pero que a su vez no supere la capacidad de oferta asistencial de EsSalud.

De esta manera, para definir la cobertura poblacional es necesario acotar la demanda potencial y definir la población objetivo para concentrar los esfuerzos de afiliación. Se sugiere focalizar esfuerzos de afiliación en el grupo poblacional que cumpla con las siguientes características: trabajadores independientes o asociados en alguna cooperativa o asociación con ingresos constantes así como personas que no pertenecen a la PEA pero que desean adquirir un seguro y cuentan con recursos para adquirirlo.

Se prevé que el nuevo seguro potestativo puede alcanzar la cantidad de 20,000 afiliados durante su primer año de existencia (considerando la magnitud de la población objetivo y la experiencia pasada de seguros potestativos como EsSalud Independiente y SIS Independiente). No obstante, este número dependerá de una serie de factores tanto externos a EsSalud, como el crecimiento económico, formalización de la PEA, oferta del SIS y seguros privados; como internos: cobertura prestacional ofrecida, prima, campañas de comunicación y estrategia de afiliación⁷¹.

5.5.1. Derechohabientes

El Cuadro N° 66 presenta la composición de los hogares donde el jefe(a) de hogar y su esposa(o) califican como potenciales demandantes de un seguro regular. Un porcentaje significativo de las personas que componen estos hogares son los hijos del jefe de hogar, ya sean menores o mayores de edad, pero que viven en el hogar.

Cuadro N° 66: Relación con el jefe de hogar, población potencial

Rol	Cantidad	%
Jefe/jefa	1,564,834	27.0
Esposo/esposa	958,303	16.5
Hijo/hija	2,472,303	42.6
Yerno/nuera	79,960	1.4
Nieto	358,059	6.2
Padres/suegros	96,697	1.7
Otros	275,283	4.7
Total	5,805,438	100

Fuente: Enaho

Por su parte, el Cuadro N° 67 muestra la carga familiar de los jefes de hogar, en particular si tienen esposa e hijos, así como la cantidad de estos últimos que siguen viviendo en el mismo hogar. Se observa que más de la mitad de jefes de hogar viven

⁷¹ En la sección 6: Proyecciones, se presentan diversos escenarios respecto a la evolución del número de afiliados en el tiempo.

con su esposa. Además, dependiendo de la edad, un afiliado titular podría incorporar en el seguro potestativo a uno o dos hijos en promedio.

Cuadro N° 67: Carga familiar del jefe de hogar

Edad	Total	Con esposo/a en el hogar		Con hijos en el hogar		Hijos promedio en el hogar
		N°	%	N°	%	
18-19	3,582	587	16.4	229	6.4	0.1
20 - 29	75,282	43,714	58.1	44,793	59.5	0.9
30 - 39	204,629	145,821	71.3	166,298	81.3	1.8
40 - 49	379,712	251,087	66.1	320,156	84.3	2.0
50 - 59	420,588	253,604	60.3	324,346	77.1	1.6
60 - 69	306,626	171,255	55.9	193,780	63.2	1.1
70+	174,415	63,589	36.5	80,962	46.4	0.7
Total	1,564,834	929,658	59.4	1,130,564	72.2	

Fuente: Enaho

La composición poblacional de la demanda potencial indica la necesidad de diseñar un esquema de cobros especiales para aquellos titulares que deseen afiliar a sus familiares como derechohabientes, a través, por ejemplo, de primas diferenciadas por edad. En esa línea, se propone que los afiliados y cada derecho-habiente realicen los aportes correspondientes a su edad, como si fuesen afiliados. Se podría implementar un descuento por número de afiliados dentro del hogar con el objetivo de promover que toda la familia se encuentre afiliada y se diversifique el riesgo.

5.5.2. Caso especial: jóvenes entre 18 y 30 años

Un grupo particular son los jóvenes entre 18 y 30 años. El Cuadro N° 68 presenta los roles de los jóvenes dentro de sus hogares. Una gran parte sigue viviendo con sus padres; es decir, todavía no son independientes, más aún, según la Enaho, muchos son estudiantes.

Cuadro N° 68: Relación con el jefe de hogar – población potencial entre 18 y 30 años

Rol	Número	%
Jefe/jefa	89,819	6.3
Esposo/esposa	87,198	6.1
Hijo/hija	1,054,240	73.6
Yerno/nuera	39,347	2.8
Nieto	63,572	4.4
Otros	127,542	8.9
Total	1,431,576	100.0

Fuente: Enaho

Este segmento poblacional i) es en general una población sana, no enfrentan riesgos asociados a las personas mayores; ii) presentan retornos futuros elevados, el costo de oportunidad de no atenderles es mayor al de otros segmentos; y iii) al cumplir la mayoría de edad, muchos quedan desprotegidos al no calificar como derecho-habientes para otros regímenes de seguros de salud.

Sin embargo, aún no son independientes y no cuentan con una fuente estable de ingresos. Se debe evaluar la posibilidad de establecer alianzas con instituciones educativas a fin de ofrecer un plan atractivo para esta población⁷².

5.5.3. Procesos y actividades críticas para la definición de la cobertura poblacional

Los esfuerzos para captar a la población objetivo son claves. Se identifican dos actividades principales que EsSalud deberá realizar para difundir el seguro.

En primer lugar, encuestas como la Enaho a nivel nacional o la Encuesta Permanente de Empleo (EPE) en Lima Metropolitana permiten una primera aproximación sobre la ubicación de la mayor cantidad de personas que no cuentan con un seguro de salud, a qué se dedican y que características tienen. Esta información es relevante para una primera consideración en el diseño de propuestas y campañas de afiliación focalizadas. En segundo lugar, se propone evaluar la viabilidad técnica y legal de realizar un convenio con la SUNAT que permita acceder a la información sobre trabajadores independientes, pues en la actualidad la SUNAT no comparte su base de datos de trabajadores independientes para acciones de marketing directo o análisis comercial.

Igualmente, es indispensable trabajar en mejorar la percepción de la población objetivo respecto a EsSalud: que los asegurados tengan la confianza que podrán acceder oportunamente a las atenciones de salud que requieran; para ello, la Gerencia de Operaciones deberá garantizar la disponibilidad de centros asistenciales – propios o en convenio – con cobertura nacional.

5.6. Formas de aseguramiento: aseguramiento colectivo y estrategias complementarias

La forma más común de aseguramiento en EsSalud es a través de la afiliación voluntaria (o potestativa) y la estrategia de promoción y comunicación centra sus esfuerzos en la afiliación de las personas y sus familias, de manera individual. Dado el problema de selección adversa, se generan incentivos para que la afiliación la realicen las personas más riesgosas.

Los mecanismos de afiliación colectiva pueden lograr una mejor distribución del riesgo entre los asegurados. Esto permitiría que la frecuencia de uso se asemeje más al seguro regular que al potestativo.

Un caso interesante son los microseguros que no cuentan con subvenciones del Estado ni de ONGs, y donde los mecanismos de afiliación colectiva han permitido su sostenibilidad financiera. El Center for Health Market Innovations cuenta con 1,508 programas de microseguros de salud en alrededor de 133 países (Center for Health Market Innovations, Programs, 2016). Los más frecuentes están enfocados en maternidad, planeamiento familiar, VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, nutrición, entre

⁷² Un aspecto importante a considerar en este posible plan, son los periodos de carencia relacionados al tema de maternidad.

otros. Mediante la afiliación colectiva han logrado asegurar a grupos de personas, independientemente de su condición de trabajo⁷³. Se enfocaron en convenios con instituciones o gremios de trabajadores. En el caso del nuevo seguro potestativo, EsSalud podría establecer convenios con gremios o instituciones representantes de los trabajadores – por ejemplo los clústeres fomentados por el Ministerio de la Producción – quienes tendrían la responsabilidad de cobrar al interior del grupo y pagar a EsSalud oportunamente el monto recaudado.

Igualmente, se deberán implementar otras estrategias para fomentar la afiliación de personas menos riesgosas. Por ejemplo, Uplift Mutuals, la empresa de microseguros de salud más grande de la India focalizada en brindar seguros a mujeres con trabajos en el sector informal (Center for Health Market Innovations, 2016), estableció una línea telefónica de ayuda las 24 horas del día y los siete días de la semana donde se brinda información sobre los proveedores de servicios de salud disponibles de modo que se soliciten las citas oportunamente y no se pierda tiempo yendo al establecimiento de salud. La implementación de una oferta móvil (policlínicos móviles) – como los utilizados por la ONG ProMujer⁷⁴ – en los lugares de alta concentración poblacional para facilitar el acceso y mejorar la percepción de valor es una estrategia utilizada.

La salud preventiva es clave. Para ello, las aseguradoras ofrecen campañas de salud mensuales, controles médicos gratuitos y educación en salud para evitar enfermedades estacionales.

El Anexo N° 4 incluye una sistematización de las principales experiencias de microseguros en Perú y de las estrategias implementadas para fomentar la afiliación de gente sana. Dentro de las estrategias destacan las clínicas odontológicas móviles, las ecografías en buses, los bajos precios en exámenes de laboratorio y medicamentos genéricos.

Las herramientas tecnológicas, que permiten identificar oportunidades para gestionar datos, crear interfaces con los clientes para la inscripción, la educación para la salud y proporcionar atención a través de la telemedicina, juegan un papel importante. Como parte de su aplicación, las historias clínicas virtuales sirven para identificar las prevalencias de los pacientes. Esta información es clave para establecer campañas de prevención, así como para planificar la distribución de los recursos físicos y humanos según las necesidades de la población. Por último, Chandani y Garand (2013) sugieren que el proceso de inscripción a los seguros sea simple y se realice en un momento y lugar conveniente para los clientes.

5.6.1. Estructura de primas en caso de afiliación colectiva

Como se mencionó anteriormente, la afiliación colectiva permitiría que la frecuencia de uso se asemeje más al seguro regular que al potestativo, lo cual a su vez se debería reflejar en un menor costo incurrido – ver cuadros 62, 63 y 64 – y una menor prima. Entonces, se considera razonable que bajo un esquema de afiliación colectiva se

⁷³ Puede incluir a trabajadores informales.

⁷⁴ Ver: <http://promujer.org/espanol/que-hacemos/>

ofrezcan descuentos en la prima cobrada en función al número de titulares afiliados colectivamente. A más afiliados, mayor distribución de los riesgos y menores costos.

El Cuadro N° 64, muestra que el seguro potestativo podría reducir la prima cobrada hasta en un 29% si se lograra asegurar que la frecuencia de uso será similar a la del seguro regular. Sin embargo, se debe tener en cuenta también, como se ha mencionado en los párrafos anteriores, que para incentivar la afiliación colectiva, se deben implementar estrategias adicionales como líneas telefónicas de ayuda o atenciones de salud preventiva extramuros. Considerando que estas actividades también generarán un costo adicional y que no se puede asegurar que la afiliación colectiva logre una frecuencia de uso efectivamente similar a la del seguro regular es que se proponen tasas de descuento más conservadoras.

El Cuadro N° 25 de la sección 3.3.3. muestra que el actual seguro potestativo de EsSalud ofrece un descuento de 7.8% por afiliado titular caso se afilien entre 80 y 99 titulares, y de 14% en caso los titulares afiliados colectivamente sean más de 100. En esta línea se considera que el nuevo seguro potestativo debiera ofrecer los siguientes descuentos en caso de afiliación colectiva:

- 8% en caso se afilien colectivamente entre 50 y 99 titulares
- 15% en caso se afilien colectivamente entre 100 y 200 titulares
- 20% en caso se afilien colectivamente más de 200 titulares

6. Proyecciones actuariales

El presente capítulo busca explicar dos situaciones: i) la manera como se afecta el valor futuro de la prima, para mantener el equilibrio entre ingresos y gastos; y ii) el desarrollo que debe tener EsSalud en relación a su capacidad asistencial para atender a los nuevos afiliados. Para ello, en base al diseño del seguro potestativo, se presentan proyecciones al 2021 considerando cuatro variables clave: inflación, número de afiliados, componente demográfico, y el perfil epidemiológico de la población. No obstante, dadas las limitaciones de información sobre costos, el análisis para cada uno de estos aspectos se realiza de manera independiente⁷⁵.

La metodología empleada para el cálculo de las primas, iguala ingresos con gastos en todo momento. En caso se mantenga el cobro de primas diferenciadas y las mismas se ajusten de acuerdo a las variables consideradas, no debería existir un desbalance entre ingresos y gastos.

6.1. Inflación

Cuando se incrementan los costos asociados a las prestaciones de salud, es necesario elevar el valor de la prima (la metodología considera igualar ingresos con gastos).

Se propone ajustar el valor de la prima por inflación cada dos años, por lo menos.

El Cuadro N° 69 presenta los valores de las primas considerando un inflación de 2.5% al año – para los ajustes reales se deben considerar los cambios en el índice de precios del consumidor del sector salud, incluyendo los costos crecientes de la tecnología médica (OIT, 2016). Al 2021, el valor de la prima aumentaría en 16% y el ajuste mínimo que debería realizarse es de 5% cada dos años.

Cuadro N° 69: Primas al 2021, considerando un ajuste por inflación de 5% cada dos años

		Frecuencia uso: potestativo				Frecuencia uso: regular			
		Hombres	Mujeres	Todos		Hombres	Mujeres	Todos	
PEAS	0-17	73	88	84		49	51	50	
	18-29	70	84	81		52	70	61	
	30-59	80	80	84		68	79	74	
	60+	102	148	132		105	127	117	
Cobertura EsSalud Regular	0-17	138	165	156		92	96	93	
	18-29	132	157	150		97	132	114	
	30-59	150	150	157		127	148	138	
	60+	191	278	246		197	238	218	

6.2. Número de afiliados

El número de afiliados al seguro potestativo de EsSalud es, actualmente, alrededor de 40,000. Estas personas pueden continuar en el seguro potestativo actual (y sus

⁷⁵ Se debe considerar que la metodología empleada para el cálculo de las primas, iguala ingresos con gastos en todo momento. En caso se mantenga el cobro de primas diferenciadas y las mismas se ajusten de acuerdo a las variables consideradas, no debería existir un desbalance entre ingresos y gastos.

condiciones), excepto se ofrezcan los incentivos adecuados para que voluntariamente se cambien al nuevo seguro.

En ese sentido, suponemos que el nuevo seguro potestativo iniciaría sin afiliados. Si bien la demanda potencial del seguro es bastante amplia, experiencias previas de seguros potestativos permiten considerar una población asegurada durante el primer año de 20,000 afiliados aproximadamente – el actual seguro potestativo de EsSalud tuvo 18,000 afiliados en su primer año y 47,000 en el segundo; por su parte, SIS Independiente reportó 24,014 y 20,714 afiliados en el 2014 y 2015, respectivamente.

Si bien el número de afiliados dependerá de los valores de la prima, la cobertura propuesta⁷⁶ y las demás características del seguro, se proponen tres escenarios para predecir el número de afiliados posibles: moderado, optimista y pesimista (respecto al número de afiliados). El escenario optimista, en el cual se afilian más personas, está asociado a una prima más baja así como a mecanismos de afiliación colectiva y estrategias complementarias para atraer a población menos riesgosa. El escenario pesimista, en cambio, considera una prima más elevada, mecanismos de afiliación individual y una campaña de marketing más pasiva.

El escenario moderado contempla la inclusión de 20,000 afiliados cada año durante los primeros 3 años (similar a EsSalud Independiente de 2010 a 2012). Luego, crece a una menor tasa anual – 15,000 por año. Para el escenario optimista se considera una población potencial alta. Con mecanismos de afiliación colectiva y promoción atractivos se plantea afiliar a 50,000 personas durante los primeros años. Luego el crecimiento anual disminuiría – 40,000 personas cada año – hasta llegar a los 280,000 afiliados en el 2021 aproximadamente (5% de la población potencial). Finalmente, en el escenario pesimista, el número de afiliados sería menor; únicamente se afiliarían personas que necesitan con urgencia la atención y están dispuestos a pagar una prima más alta. En este escenario, el número de afiliados crecería a un ritmo de 5,000 afiliados anuales durante los primeros tres años. Luego, el ingreso de nuevos afiliados se equiparía con la salida de afiliados.

Para mantener el crecimiento anual del seguro potestativo es importante garantizar el acceso oportuno a las prestaciones ofertadas. En el seguro de EsSalud Independiente, se evidenció una caída en el número de afiliados a partir del cuarto año de funcionamiento.

En relación a la estructura poblacional de los nuevos afiliados, se plantea que solo con mecanismos de afiliación colectiva y otras estrategias que incentiven la afiliación de personas de menor riesgo, se logrará tener una distribución de los afiliados que se acerque a la distribución de la población potencial. En caso contrario, es posible que se

⁷⁶ La información actual no permite modelos donde se pueda estimar el número de afiliados en función de variables propias del seguro – cobertura, prima, exclusiones y límites, formas de aseguramiento, campañas de marketing, entre otros – ni de variables ajenas al seguro – crecimiento demográfico, crecimiento económico, disminución de la pobreza entre otros.

mantenga la situación actual, donde un porcentaje importante de los afiliados son personas de edad avanzada.

6.3. Componente demográfico – cobertura poblacional

Se debe entender la distribución de la población y proyectar adecuadamente su evolución; así, el seguro potestativo se ajustará a la demanda. Para que el seguro de salud sea sostenible en el tiempo, requiere los aportes de grupos poblacionales de distintas edades; no se debe centrar en la población de mayor edad (como ocurre actualmente en el potestativo).

El Perú actualmente cuenta con un bono demográfico – la población joven representa una proporción significativa del total; sin embargo, esta situación irá cambiando. Las proyecciones demográficas consideran la información reportada por el INEI hasta el 2025 sobre la composición de la población, según sexo y edad. Sobre esta base, se calculan las tasas de crecimiento de la población (ver Cuadro N° 70).

La proporción de personas mayores de 60 años crece significativamente; la población más joven disminuye. El impacto de estas tasas sobre la demanda potencial del seguro potestativo se presenta en el Cuadro N° 71.

Cuadro N° 70: Tasas de crecimiento de la población por sexo y edad, en porcentaje

Edad	2015 - 2020			2020 - 2025		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0 - 4	-0.49	-0.51	-0.50	-0.42	-0.44	-0.43
5 - 11	-0.48	-0.51	-0.50	-0.52	-0.54	-0.53
12 - 19	0.04	-0.04	0.00	-0.21	-0.24	-0.23
20 - 29	0.47	0.42	0.45	0.14	0.07	0.11
30 - 59	1.99	1.96	1.98	1.69	1.66	1.67
60+	3.56	3.63	3.60	3.69	3.72	3.70
Total	1.04	1.07	1.05	0.93	0.97	0.95

Fuente: INEI

Cuadro N° 71: Población Potencial 2015 y 2021

Edad	2015			2021		
	Hombres	Mujeres	Todos	Hombres	Mujeres	Todos
0-4	142,340	142,413	284,753	138,264	138,219	276,485
5-11	258,503	263,058	521,561	251,000	255,078	506,087
12-19	510,231	452,975	963,206	510,088	451,041	961,045
20-29	543,380	461,850	1,005,231	557,178	472,059	1,029,121
30-59	1,067,178	1,167,040	2,234,218	1,197,674	1,307,448	2,505,218
60+	361,654	434,815	796,469	446,599	539,070	985,619
Todos	2,883,286	2,922,152	5,805,438	3,100,801	3,162,913	6,263,575

Fuente: Enaho

Si se mantiene un cobro de primas diferenciadas por sexo-edad, no habrá mayor impacto del cambio demográfico sobre la sostenibilidad financiera del seguro, pues el valor de la prima reflejará el riesgo asociado para cada grupo de sexo-edad. No obstante, la situación es distinta cuando se considera una prima única. En este caso, el

mayor crecimiento de la población adulta mayor, generará un gasto más alto que no podrá ser cubierto por los ingresos recaudados.

6.4. Perfil epidemiológico

El perfil epidemiológico de las personas cambia en el tiempo y se ajusta a las distintas condiciones de vida. En la actualidad los riesgos modernos como alcoholismo, tabaquismo, sobrepeso y sedentarismo – propios de un país que experimenta crecimiento económico – son elevados (Seinfeld & Beltrán, 2012). Los mayores riesgos en la salud de la población, así como la escasa cultura de prevención, se traducen en mayores gastos para la aseguradora. Por ejemplo, las enfermedades crónicas, afectan cada vez a más personas. Atender estas enfermedades implica altos costos, con el consiguiente efecto en la prima.

Se calcula que para 2020, las enfermedades crónicas no transmisibles expliquen el 75% de las muertes en el mundo. En América Latina, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematura. Las enfermedades crónicas de mayor importancia para la salud públicas son las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer, la diabetes y enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión. Según el Minsa, las muertes causadas por estas enfermedades se han incrementado en más del 15% en los últimos 10 años.

El costo que implica atender una enfermedad crónica es mayor. Por ejemplo en Perú, según lo reportado en Enaho, el gasto de bolsillo mensual en salud de personas que padecen una enfermedad crónica es, en promedio, el doble que el de las personas que no padecen de este tipo de enfermedades. Por ello, se recomienda trabajar fuertemente en la prevención. No obstante, aun en el Perú, los esfuerzos en la salud preventiva son limitados.

Los costos por diagnóstico permitirían calcular el impacto del cambio en el perfil epidemiológico en el costo generado por asegurado. Sin embargo, esta información no está disponible. No obstante, el estudio actuarial de EsSalud, presentado por OIT, permite una aproximación de la evolución de los costos de las atenciones relacionadas a enfermedades crónicas en los próximos años. Se observa que éstos aumentarán significativamente. Así, entre el 2015 y 2025, el gasto en hemodiálisis aumentará en 35%; el doble del aumento esperado en el gasto en emergencias durante el mismo periodo de tiempo (OIT, 2016).

7. Conclusiones y recomendaciones

- El diseño del seguro potestativo para EsSalud representa un desafío para toda la institución. Implica una concepción diferente de los procesos de aseguramiento y prestaciones de salud, al considerar otras alternativas y problemas, pero también nuevas oportunidades.
- El seguro potestativo es de carácter voluntario. Por ello, es fundamental desarrollar los incentivos adecuados para atraer a población de diferentes características. El seguro de EsSalud Independiente presenta una siniestralidad alta debido a los problemas de selección adversa y riesgo moral. Las características de los afiliados y el uso de los servicios de salud, implicaron un gasto elevado para la aseguradora. Esta situación pone en riesgo la sostenibilidad financiera del seguro.
- La capacidad asistencial para atender a los nuevos asegurados potestativos es un aspecto fundamental. EsSalud cuenta con un número significativo de afiliados regulares, los que no siempre son atendidos de manera oportuna según los reportes y las encuestas. El diseño del nuevo seguro potestativo debe asegurar el acceso oportuno de los afiliados a las atenciones en salud. Considerar convenios con IPRESS privadas puede representar una buena estrategia.
- Tanto SIS Independiente como los seguros privados ofrecen planes variados, con diferentes coberturas, precios, promociones y plazas. Dada las características observadas, los mismos son atractivos para sectores específicos de la población. No obstante, existe demanda no satisfecha en el segmento de ingreso medio y trabajadores independientes, el cual debe ser aprovechado por EsSalud en su régimen potestativo.
- Es importante establecer claramente las diferencias entre EsSalud Regular y Potestativo. Los mecanismos de control tanto para la afiliación como para la prestación de servicios deben ser bien establecidos. Dado que los afiliados a cada régimen presentan condiciones distintas, se debe diferenciar los servicios brindados. Ello requiere de recursos informáticos y operativos suficientes. Más aún, si el seguro potestativo ofrece una cobertura menor al regular, como es de esperarse, se debe tener el control de todo el proceso - desde el ingreso al centro asistencial - y saber a qué régimen pertenece el asegurado.
- El desarrollo de los lineamientos para el diseño del seguro potestativo evalúa diferentes variables: cobertura poblacional, cobertura prestacional, límites y exclusiones, periodos de carencia y espera, prima, copagos y deducibles, y finalmente, formas de aseguramiento. Cada uno de estos aspectos, presenta procesos críticos que deben ser trabajados y evaluados permanentemente. Se recomienda el análisis y la revisión de cada uno de los procesos así como desarrollar mecanismos adecuados para captar población menos riesgosa.

- Se propone una cobertura más acotada y que alcance a una población más diversificada, un marco normativo claro que precise los límites, exclusiones y periodos de carencia y espera, primas diferenciadas por edad, presencia de copagos y deducibles, así como mecanismos de afiliación colectiva y servicios adicionales para la población objetivo.
- El cálculo de la prima resulta un proceso complejo pero fundamental. La ausencia de costos desagregados por enfermedad es una gran limitante para las estimaciones. No obstante, se obtiene un monto aproximado que deben pagar los afiliados para alcanzar un equilibrio entre los ingresos y los gastos. El monto estimado, sin embargo, no considera inversión en infraestructura.
- Se presentan escenarios que permiten tener un marco de referencia sobre el cual diseñar estrategias. Las principales variables que afectan los cálculos son la cobertura propuesta (PEAS o cobertura similar a EsSalud Regular) y la frecuencia de uso de los afiliados (puede ser similar a la de EsSalud Regular o a la de EsSalud Potestativo actual).
- Si se mantiene un esquema similar a EsSalud Independiente actual, el valor de la prima asociado sería muy alto, equiparable incluso con seguros de salud privados. El problema de primas tan altas es que son atractivas para las personas que utilizan más intensamente los servicios de salud. Es decir, los afiliados potestativos se atenderían con mayor frecuencia y harían uso de procedimientos más complejos y caros.
- La solución parece ser el desarrollo de mecanismos de control, entre otras alternativas. En primer lugar, limitar la cobertura. La evidencia internacional sugiere empezar con coberturas limitadas (y primas más bajas) para posteriormente ampliar la cobertura en función del espacio presupuestal. En segundo lugar, considerar el cobro de copagos y deducibles que permitan controlar el riesgo moral. Asimismo, considerar formas de aseguramiento innovadoras: estrategias más activas, acercarse a la población potencial y ofrecer seguros colectivos, permite diversificar el riesgo.
- En el diseño de la prima del seguro se plantearon cuatro casos para el cálculo de las primas:

<p>Caso 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de uso: EsSalud Independiente - Cobertura PEAS 	<p>Caso 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de uso: EsSalud Regular - Cobertura PEAS
<p>Caso 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de uso: EsSalud Independientes - Cobertura similar a EsSalud Regular 	<p>Caso 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de uso: EsSalud Regular - Cobertura similar a EsSalud Regular

Actualmente, el seguro potestativo se encuentra en una situación similar al caso 3 que genera elevados gastos per cápita. Más aún, si se considera las proyecciones demográficas y epidemiológicas, no diversificar el riesgo hace complicado sostener el seguro potestativo. En esa línea, se debe buscar una transición en los próximos años hacia el Caso 2. Ello implica, por un lado, limitar la cobertura y, por el otro, controlar la frecuencia de uso. Se plantea establecer exclusiones específicas e implementar mecanismos de afiliación colectiva, además de establecer el cobro de copagos y deducibles.

- Las proyecciones hacia el 2021 plantean nuevos retos. Se debe ajustar la prima por la inflación, por lo menos bianualmente. Asimismo, el componente demográfico – personas de mayor edad – y el perfil epidemiológico – aumento de enfermedades crónicas – generarán un mayor gasto que debe ser cubierto.
- EsSalud potestativo tiene demanda potencial y puede incluir a trabajadores independientes. Estas personas están desprotegidas y enfrentan riesgos importantes; una enfermedad, al ser un evento catastrófico, puede llevar a gastos catastróficos. El Perú, un país en vías de desarrollo que debe garantizar la protección social para todos, pero no se cuenta con los recursos económicos suficientes. En esa línea, se requiere de regímenes contributivos para determinados segmentos de la población. EsSalud tiene la posibilidad de desarrollar un seguro potestativo que cumpla con esa importante función.

8. Referencias

- Apoyo Consultoría, 2012. *Situación actual y perspectivas del mercado de la salud*, Lima: Apoyo Consultoría.
- Arellano, D., 2004. *Gestión estratégica para el sector público: Del pensamiento estratégico al cambio organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BCRP, 2015. *MARCO MACROECONÓMICO MULTIANUAL 2016-2018 REVISADO*, Lima: BCRP.
- Beltrán, M. A., 1992. *Aspectos técnico para la determinación de la prima de riesgo en el seguro de gastos médicos mayores..* México, D. F.: Comisión Nacional de Seguros y Finanzas..
- Benavides, P., Castro, R. & Jones, I., 2013. *Sistema Público de Salud, situación actual y proyecciones fiscales*, Santiago: Dirección de Presupuest, Chile.
- Bitrán, R. & Muñoz, R., s.f. *Voluntary Health Insurance in Chile: Determinants of Enrollment, Financial Protection and Access to Care*, Santiago de Chile: s.n.
- Boone, J., 2015. Basic versus supplementary health insurance: Moral hazard and adverse selection. *Journal of Public Economics*, Volumen 128, pp. 50-58.
- Bronfman, J., 2008. *Health Insurance Choice, Moral Hazard and Adverse Selection: A Study of the Chilean Case Using Panel Data*, s.l.: The Public Purpose.
- Center for Health Market Innovations, 2016. *Uplift Mutuals*. [En línea] Available at: <http://healthmarketinnovations.org/program/uplift-mutuals> [Último acceso: 19 Febrero 2016].
- Center for Health Market Innovations, Programs, 2016. *Programs of the Center for Health Market Innovations*. [En línea] Available at: <http://healthmarketinnovations.org/programs> [Último acceso: 15 Marzo 2016].
- CEPAL, 2010. Salud y TIC. *eLac Newsletter*, Issue 12.
- Chandani, T. & Garand, D., 2013. *Lecciones aprendidas y buenas prácticas en microseguros de salud.*, Luxemburgo: Organización Internacional del Trabajo.
- de la Maisonneuve, C. & Oliveira, J., 2013. *Public spending on health and long-term care: a new set of projections*, Paris: OECD.
- De la Peña, J. I., 2003. *El impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y de dependencia..* Bilbao: Instituto de Estudios Financieros-Actuariales.
- Diario Gestión, 2015. Pobreza en el Perú: MEF asegura que 83% de su reducción en el 2014 se debe a programas sociales. 23 abril.
- Dong, Y., 2013. How Health Insurance Affects Health Care Demand - A Structural Analysis Of Behavioral Moral Hazard And Adverse Selection. *Economic Inquiry*, Issue 51.2, pp. 1324-1344.
- Escobedo, S., 2007. *METODOLOGIA PARA LA ESTIMACION DE COSTOS ESTANDAR DE LOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS INCLUIDOS EN EL PLAN UNIVERSAL DE BENEFICIOS DE SALUD*, Lima: PRAES.
- EsSalud, 2010. *Aseguramiento Universal de Salud en EsSalud*, Lima: EsSalud.
- EsSalud, 2012. *Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016*, Lima: EsSalud.

- EsSalud, 2015. *Propuesta para el ajuste de la prima del Seguro EsSalud Independiente*, Lima: mimeo.
- Ferreira, F. y otros, 2013. *La movilidad económica y el crecimiento de la clase media en América Latina*, Washington: Banco Mundial.
- Folland, S., Goodman, A. & Stano, M., 2007. *The economics of health and health care*. Fifth ed. s.l.:s.n.
- Gestión, 2015. MTPE: Bono demográfico en Perú es una oportunidad de mejora económica y social. *Gestión*, 2 Junio.
- Giedion, U., Tristao, I., Bitrán, R. & Cañon, O., 2014. Explicitar lo implícito: Análisis de siete planes de beneficios en salud de América Latina. En: U. Giedion, R. Bitrán & I. Tristao, edits. *Planes de beneficios en salud de América Latina*. s.l.:BID, pp. 9-44.
- Gumber, A. & Veena, K., 2000. "Health Insurance for Informal Sector: Case Study of Gujarat". *Economic and Political Weekly*, pp. 3067 - 3613.
- Hidalgo, H., Chipulu, M. & Ojiako, U., 2013. Risk segmentation in Chilean social health insurance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(7), pp. 666-681.
- Ingram, M. & McCord, M., 2011. *Defining "Microinsurance": Thoughts for a journey towards a common understanding*, s.l.: Micro Insurance Center.
- Jaramillo, F. & Zambrano, O., 2013. *La clase media en Perú: cuantificación y evolución reciente*, Perú: BID.
- León, J., 2015. Virginia Baffigo: "Essalud posee una cobertura que ninguna aseguradora privada tiene". *La República*, 16 Agosto.
- Madueño, M., de Habich, M. & Jumpa, M., 2003. *Disposición a pagar por seguros de salud en los segmentos no asalariados de medianos y altos ingresos ¿Existe una demanda potencial en Lima Metropolitana?*, Lima: CIES-UPCH.
- MINSAL, 2011. *Necesidad de Médicos Especialistas en Establecimientos del Sector Salud. Perú 2010*, Lima: Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, MINSAL.
- MINSAL, 2013. *Análisis de Situación de Salud del Perú*, Lima: MINSAL.
- MINSAL, 2014. *Carga de enfermedad en el Perú Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012*, Lima: MINSAL.
- MINTRA, 2012. *Políticas Nacionales de Empleo*, IIMA: Ministerio de trabajo y promoción del empleo.
- Morduch, J. & Sharma, M., 2002. *Redes de seguridad, seguro informal y microfinanzas.*, s.l.: Banco Mundial.
- OECD, 2010. *Improving Health Sector Efficiency: The role of information and communication technologies*. Paris: OECD Health Policy Studies.
- Oficina de Presupuesto de E.E.U.U., 2007. *CBO's Health Insurance Simulation Model: A Technical Description*. Washington, D.C.: Congreso de Estados Unidos.
- OIT, 1993. *Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo. 15ª. Informe de la Conferencia*, Ginebra: OIT.
- OIT, 2004. *Mutuales de salud y asociaciones de microempresarios*, Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- OIT, 2012. *Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)*, Lima: OIT.
- OIT, 2013. *Modelo de Proyección de Empleo para Perú*, Lima: s.n.

- OIT, 2016. *Estudio financiero actuarial de EsSalud 2015*, Lima: Organización Internacional del Trabajo.
- OMS, 2005. *Preventing Chronic Diseases: A vital investment*, Ginebra: OMS.
- OMS, 2008. *The Global Burden of Disease: 2004 update*, Ginebra: OMS.
- OMS, 2010. Más dinero para la salud. En: *nforme sobre la salud del mundo. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: s.n.
- Powell, D. & Goldman, D., 2013. *Moral Hazard and Adverse Selection in Private Health Insurance*, s.l.: Rand working paper.
- Prieto, L., Cid, C. & Montañez, V., 2014. Perú: el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. En: U. Giedion, R. Bitrán & I. Tristao, edits. *Planes de beneficios en salud de América Latina*. s.l.: BID, pp. 170 - 198.
- Prieto, L., Cid, C. & Montañez, V., 2014. Perú: el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. *Planes de beneficios en salud de América Latina*, pp. 171-198.
- Ringel, J., Hosek, S., Vollaard, B. & Mahnovski, S., 2005. *The Elasticity of Demand: A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System*, s.l.: National Defense Research Institute.
- Santa María, M., García, F. & Vásquez, T., 2009. El sector salud en Colombia: Riesgo moral y selección adversa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Coyuntura económica*, XXXIX(1), pp. 23-62.
- Sapelli, C., 2004. Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system. *Social Science & Medicine*, 58(2), pp. 259-265.
- Sapelli, C. & Vial, B., 2003. Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. *Journal of Health Economics*, 22(3), pp. 459-476.
- Seinfeld, J., 2005. *Análisis económico de la salud*. s.l.:s.n.
- Seinfeld, J., 2007. *Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿Cómo lograr proteger la salud de personas de ingresos bajo y medio?*. Primera ed. Lima: Universidad del Pacífico - CIES.
- Seinfeld, J. & Beltrán, A., 2012. Retos del sistema de salud: el paradigma del cáncer. En: B. Seminario, C. Sanborn & N. Alva, edits. *Cuando despertemos en el 2062. Visiones del Perú en 50 años*. Lima: Universidad del Pacífico, pp. 443-484.
- Ugarte, Ó., 2013. *Entrevista con el director de SISOL* [Entrevista] (27 Setiembre 2013).
- Uthoff, A., Sánchez, J. M. & Campusano, R., 2012. El mercado de seguros de salud: lecciones sobre el conflicto entre equivalencia y solidaridad. *Revista de la CEPAL*, Issue 108, pp. 147-167.
- Vásquez, J. & Gómez, K., 2006. El problema de selección adversa en el seguro de salud colombiano: un estudio de caso para el régimen contribu. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 5(10).
- Wilson, L., Velásquez, A. & Ponce, C., 2009. La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización dle proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 26(Nº 2), pp. 207 - 217.
- Yamamoto, D., 2013. *Health Care Costs - From Birth to Death*, s.l.: Society of Actuaries.
- Ying, X. & et al., 2007. "Demand for private health insurance in Chinese urban areas". *Health Economics*, pp. 1041-1050.

9. Anexos

Anexo N° 1: Detalle de seguros potestativos de EsSalud

Denominación	Vigencia	Prima	Prestaciones	Deducibles y copagos	Preexistentes	Exclusiones	Periodo de carencia o espera
Seguro Potestativo EsSalud Independiente (antiguo).	De diciembre de 1999 a febrero de 2003	Según grupo etario y número de derechohabientes. De S/.41 a S/.380	Atención médica ambulatoria, hospitalaria y de emergencia. Medicinas e insumos médicos, endoprótesis, servicios de rehabilitación. Cuidado de la salud de la madre gestante antes, durante y después del parto; además del recién nacido, hasta los primeros 30 días. Prestaciones económicas: sepelio solo para el titular, con un límite de S/. 2,070.	Ambulatorio: S/.6 Hospitalario: 1 día de habilitación	No las cubre, salvo aquellas incluidas en el Plan Mínimo de Atención	Cirugía plástica de naturaleza cosmética o estética, odontología estética, ortodoncia, lentes de contacto y trasplante ya sea de órganos como de tejidos.	Atenciones ambulatorias: Espera de 3 meses Tratamientos integrales: Espera de 3 años Fibroma uterino, operación de amígdalas o adenoides, sinusitis, cálculos de vesícula, cálculos renales, tumor benigno de próstata, o catarata senil: Espera de 10 meses
Seguro Potestativo EsSalud Independiente: personal familiar.	De marzo de 2000 a julio de 2002	Personal Esencial: S/.9 Ampliado: S/.25 Completo: S/.37 Familiar Esencial: S/.31 Ampliado: S/.55 Completo: S/.72	Maternidad, complicaciones del embarazo, control del niño, odontología, medición de vista, chequeos médicos y dentales básicos. Además de sepelio. - Plan Esencial: Capa simple, emergencias accidentales. - Plan Ampliado: PMA, emergencias médicas, quirúrgicas y accidentales. Además prestaciones económicas en lactancia y maternidad. - Plan Completo: PMA y algunas de la capa compleja, todas las emergencias y trastornos mentales. Además prestaciones económicas en lactancia, maternidad, incapacidad temporal, centros del adulto mayor y centros de rehabilitación profesional.	Los planes ofrecidos por las EPS, podrán incluir copagos que no podrán exceder el 10% del costo del tratamiento, sea ambulatorio o por hospitalización.	-	Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Además, tratamiento de periodoncia y ortodoncia, curas de reposo y del sueño, lentes de contacto, todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinfligidas. Por otro lado, se racionalizará el suministro de prótesis, ortesis y otros (sillas de rueda, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.); así como los procedimientos, terapias o intervenciones de alto costo y con baja posibilidad de recuperación.	Los planes potestativos podrán establecer períodos de carencia inferiores a los plazos señalados en el Artículo 35. Las atenciones por accidentes no están sujetas a período de carencia.

Denominación	Vigencia	Prima	Prestaciones	Deducibles y copagos	Preexistentes	Exclusiones	Periodo de carencia o espera
Seguro Potestativo: - Plan Protección Total	De enero a noviembre de 2007	Grupo familiar (Titular mayor a 56 años) Titular y cónyuge, o solo el titular: S/.59	Prevención y Promoción de la Salud. Recuperación de la Salud. Prestaciones económicas: Sepelio (hasta S/. 2,070).	Hospitalario: Equivalente a la tarifa de un día de hospitalización más IGV.		Cirugía plástica, odontología estética, lentes de contacto, daños derivados por autoeliminación, ayuda diagnóstica contratada y atenciones en el exterior.	No aplica
Seguro Potestativo: - Plan Protección Vital	De enero de 2005 a julio de 2010	Según grupo etario. Menores de 18 años: S/.40 De 18 a 24 años: S/.49 De 25 a 34 años: S/.67 De 35 a 49 años: S/.85 De 50 a 64 años: S/.112 De 65 a más: S/.139	PMA, prevención, promoción y recuperación de la Salud. Además de hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulino dependiente. Prestación de maternidad.	Ambulatorio: S/. 10 por consulta o interconsulta. Hospitalario: Equivalente a la tarifa de un día de hospitalización más IGV.	No las cubre, salvo aquellas incluidas en el Plan Mínimo de Atención	Cirugía plástica, odontología estética, lentes de contacto, daños derivados por autoeliminación, ayuda diagnóstica contratada y atenciones en el exterior. Prestaciones Económicas. CAM, CERP, PADOMI. Endoprótesis y Exoprótesis.	Carencia: 3 meses, a partir de la fecha de inicio de la vigencia del contrato. Espera: 10 meses para tratamiento, 12 meses para el tratamiento médico de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus no insulino dependiente.
Seguro Potestativo EsSalud Independiente (nuevo).	A partir de julio de 2010	Según cantidad de afiliados. De S/.64 a S/.228	Preventivas, promocionales, de recuperación y rehabilitación que se indican en el PEAS. Otras prestaciones recuperativas adicionales señaladas en la lista de cobertura (Lista de Condiciones Asegurables). Medicinas contenidas en el petitorio farmacológico e insumos médicos. Acceso al servicio de ESSALUD en línea y STAE.	Ambulatorio: S/. 5.00 por consulta médico y/u odontológica (no sujetas las citas o recetas de control, excepto las odontológicas). Hospitalario: 01 día de habitación mas IGV. Copago: 10% de los gastos de cinecoronariografía, resonancia magnética nuclear, resonancia magnética angiográfica, angiografía espinal multicorte y	No las cubre, salvo aquellas incluidas en el PEAS	Cirugías electivas no recuperativas ni rehabilitadoras: cirugía plástica, odontología estética. Además, tratamientos de periodoncia y ortodoncia, curas de reposo o de sueño, lentes de contacto y atenciones al exterior. Centros de Adulto Mayor – CAM. Centro de Rehabilitación Profesional – CERP. Programa de Asistencia Domiciliaria – PADOMI. Endoprótesis y Exoprótesis.	Algunas condiciones asegurables con 3 meses de carencia. Algunas condiciones asegurables con 10 ó 24 meses.

Anexo N° 2: Principales hallazgos del “Estudio de mercado para la incorporación de nuevos asegurados independientes a la seguridad social”

	Población	Lima	Arequipa	La Libertad	Lambayeque	Junín
N° entrevistados	-	281	283	281	280	268
Calificación	Todos los entrevistados	El 78.3% consideró que las características del SIT son buenas o muy buenas.	El 55.1% consideró que las características del SIT son buenas o muy buenas.	El 74.0% consideró que las características del SIT son buenas o muy buenas.	El 58.9% consideró que las características del SIT son buenas o muy buenas.	El 59.7% consideró que las características del SIT son buenas o muy buenas.
Prestaciones Complementarias	Todos los entrevistados	El 92.9% estuvo de acuerdo con las prestaciones que brinda el SIT.	El 89.0% estuvo de acuerdo con las prestaciones que brinda el SIT.	El 98.9% estuvo de acuerdo con las prestaciones que brinda el SIT.	El 88.2% estuvo de acuerdo con las prestaciones que brinda el SIT.	El 96.6% estuvo de acuerdo con las prestaciones que brinda el SIT.
Aceptación del producto	Todos los entrevistados	Al 68.3% le gustaría contar con dicho seguro. De este grupo, el 77.1% prefirió un plan familiar para afiliarse en promedio a un total de 3.1 personas, y el otro 22.9% prefirió un plan individual.	Al 43.8% le gustaría contar con dicho seguro. De este grupo, el 59.7% prefirió un plan familiar para afiliarse en promedio a un total de 3.3 personas, y el otro 40.3% prefirió un plan individual.	Al 61.6% le gustaría contar con dicho seguro. De este grupo, el 80.3% prefirió un plan familiar para afiliarse en promedio a un total de 3.8 personas, y el otro 19.7% prefirió un plan individual.	Al 55.7% le gustaría contar con dicho seguro. De este grupo, el 76.3% prefirió un plan familiar para afiliarse en promedio a un total de 3.5 personas, y el otro 23.7% prefirió un plan individual.	Al 58.6% le gustaría contar con dicho seguro. De este grupo, el 78.5% prefirió un plan familiar para afiliarse en promedio a un total de 3.5 personas, y el otro 21.5% prefirió un plan individual.
Aceptación de alternativas de pago de prima	Aquellos que les gustaría contar con el SIT.	El 66.1%, prefirió la propuesta 1* El 27.6% prefirió la propuesta 2** Es así que al 64.1% del total de encuestados les gustaría contar con el SIT, dadas ambas propuestas.	El 42.7%, prefirió la propuesta 1* El 25.8% prefirió la propuesta 2** Es así que al 30.0% del total de encuestados les gustaría contar con el SIT, dadas ambas propuestas.	El 37.0% prefirió la propuesta 1* El 49.1% prefirió la propuesta 2** Es así que al 53.3% del total de encuestados les gustaría contar con el SIT, dadas ambas propuestas.	El 23.1%, prefirió la propuesta 1* El 35.9% prefirió la propuesta 2** Es así que al 32.9% del total de encuestados les gustaría contar con el SIT, dadas ambas propuestas.	El 26.6%, prefirió la propuesta 1* El 71.5% prefirió la propuesta 2** Es así que al 57.8% del total de encuestados les gustaría contar con el SIT, dadas ambas propuestas.

	Población	Lima	Arequipa	La Libertad	Lambayeque	Junín
Intención de compra	Aquellos que les gustaría contar con el SIT, dadas las alternativas de pago de prima.	El 90.0% mencionó que lo compraría y afiliaría en promedio a un total de 2.6 personas. El 10.0% restante explicó que no lo compraría por considerarlo muy costoso o que tenían otras prioridades. De esta manera el 57.7% del total de encuestados estaría dispuesto a comprar el SIT.	El 75.3% mencionó que lo compraría y afiliaría en promedio a un total de 1.9 personas. El 24.7% restante explicó que no lo compraría porque tiene otras prioridades, es muy costoso o que tendrían que analizarlo con mayor profundidad. De esta manera el 22.6% del total de encuestados estaría dispuesto a comprar el SIT.	El 83.9% mencionó que lo compraría y afiliaría en promedio a un total de 3.1 personas. El 44.5% restante explicó que no lo compraría porque es muy costoso, tendrían que analizarlo con mayor profundidad, o tienen otras prioridades. De esta manera el 44.5% del total de encuestados estaría dispuesto a comprar el SIT.	El 87.0% mencionó que lo compraría y afiliaría en promedio a un total de 2.6 personas. El 13.0% restante explicó que no lo compraría por considerarlo muy costoso o que tendrían que analizarlo con mayor profundidad. De esta manera el 28.6% del total de encuestados estaría dispuesto a comprar el SIT.	El 89.7% mencionó que lo compraría y afiliaría en promedio a un total de 2.7 personas. El 10.3% restante explicó que no lo compraría porque es muy costoso, o que tendrían que analizarlo con mayor profundidad. De esta manera el 51.9% del total de encuestados estaría dispuesto a comprar el SIT.
Institución que le gustaría que le brinde el servicio	Aquellos con la intención de comprar algún SIT.	El 59.3% prefirió una aseguradora privada, el 29.6% EsSalud, el 6.2% otra institución y el 4.9% el Minsa. Entonces el 17.1% del total de encuestados prefirió recibir el servicio por parte de EsSalud.	El 60.9% prefirió una aseguradora privada, el 31.3% EsSalud y el 7.8% el Minsa. Entonces el 7.1% del total de encuestados prefirió recibir el servicio por parte de EsSalud.	El 57.6% prefirió una aseguradora privada, el 28.0% EsSalud y el 13.6% el Minsa. Entonces el 12.5% del total de encuestados prefirió recibir el servicio por parte de EsSalud.	El 63.8% prefirió estar asegurado por EsSalud, el 32.5% por una aseguradora privada y el 3.8% por el Minsa. Entonces el 18.2% del total de encuestados prefirió recibir el servicio por parte de EsSalud.	El 50.4% prefirió una aseguradora privada, el 30.9% el Minsa y el 14.4% EsSalud. Entonces el 14.4% del total de encuestados prefirió recibir el servicio por parte de EsSalud.

Fuente: Cuánto, 2013

Anexo N° 3: Enfermedades más frecuentes por grupo de edad y tipo de seguro.

	0 - 4 años				5 - 11 años			
	Potestativo		Regular		Potestativo		Regular	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
1	Control de salud de rutina del niño	Control de salud de rutina del niño	Control de salud de rutina del niño	Control de salud de rutina del niño	Control de salud de rutina del niño	Control de salud de rutina del niño	Control de salud de rutina del niño	Control de salud de rutina del niño
2	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	Caries de la dentina	Faringitis aguda, no especificada	Faringitis aguda, no especificada	Faringitis aguda, no especificada
3	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta	Faringitis aguda, no especificada	Faringitis aguda, no especificada	Faringitis aguda, no especificada	Caries de la dentina	Examen odontológico	Examen odontológico
4	Necesidad de inmunización contra la poliomielitis	Faringitis aguda, no especificada	Examen odontológico	Examen odontológico	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	Examen odontológico	Caries de la dentina	Caries de la dentina
5	Faringitis aguda, no especificada	Necesidad de inmunización contra la poliomielitis	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta	Examen odontológico	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	Rinofaringitis aguda [resfriado común]
6	Necesidad de inmunización contra la influenza [gripe]	Examen durante el período de crecimiento rápido en la infancia	Necesidad de inmunización contra la poliomielitis	Necesidad de inmunización contra la poliomielitis	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	Amigdalitis aguda, no especificada	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	Parasitosis intestinal, sin otra especificación
7	Examen durante el período de crecimiento rápido en la infancia	Examen odontológico	Examen durante el período de crecimiento rápido en la infancia	Bronquitis aguda, no especificada	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	Asma, no especificado	Amigdalitis aguda, no especificada	Amigdalitis aguda, no especificada
8	Examen odontológico	Necesidad de inmunización contra la influenza [gripe]	Bronquitis aguda, no especificada	Examen durante el período de crecimiento rápido en la infancia	Asma, no especificado	Bronquitis aguda, no especificada	Bronquitis aguda, no especificada	Asma, no especificado
9	Necesidad de inmunización contra combinaciones no especificadas de enfermedades infecciosas	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	Necesidad de inmunización contra la influenza [gripe]	Necesidad de inmunización contra la influenza [gripe]	Amigdalitis aguda, no especificada	Epilepsia, tipo no especificado	Examen médico general	Bronquitis aguda, no especificada
10	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	Necesidad de inmunización contra combinaciones no especificadas de enfermedades infecciosas	Necesidad de inmunización contra sarampión-parotiditis-rubéola [SPR] [MMR]	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	Bronquitis aguda, no especificada	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta	Examen médico general

	12 - 19 años				20 - 29 años			
	Potestativo		Regular		Potestativo		Regular	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
1	Supervisión de primer embarazo normal	Examen médico general	Examen del estado de desarrollo del adolescente	Examen del estado de desarrollo del adolescente	Supervisión de primer embarazo normal	Examen médico general	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino	Examen médico general
2	Examen médico general	Faringitis aguda, no especificada	Caries de la dentina	Faringitis aguda, no especificada	Supervisión de otros embarazos normales	Caries de la dentina	Supervisión de otros embarazos normales	Lumbago no especificado
3	Supervisión de otros embarazos normales	Caries de la dentina	Examen odontológico	Examen odontológico	Examen médico general	Faringitis aguda, no especificada	Supervisión de primer embarazo normal	Faringitis aguda, no especificada
4	Caries de la dentina	Acné vulgar	Faringitis aguda, no especificada	Caries de la dentina	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino	Esquizofrenia paranoide	Examen médico general	Caries de la dentina
5	Examen odontológico	Examen del estado de desarrollo del adolescente	Examen médico general	Examen médico general	Supervisión de embarazo normal no especificado	Epilepsia, tipo no especificado	Caries de la dentina	Examen odontológico
6	Faringitis aguda, no especificada	Epilepsia, tipo no especificado	Control de salud de rutina del niño	Control de salud de rutina del niño	Examen odontológico	Examen odontológico	Examen odontológico	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
7	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	Examen odontológico	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	Caries de la dentina	Lumbago no especificado	Supervisión de embarazo normal no especificado	Gastritis, no especificada
8	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta	Rinitis alérgica, no especificada	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	Amigdalitis aguda, no especificada	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	Dispepsia	Supervisión del uso de drogas anticonceptivas	Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
9	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	Lumbago no especificado	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta	Dolor en articulación	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	Trastorno metabólico, no especificado
10	Examen del estado de desarrollo del adolescente	Desviación del tabique nasal	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta	Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	Gastritis, no especificada	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta	Amigdalitis aguda, no especificada

	30 - 59 años				Más de 60 años			
	Potestativo		Regular		Potestativo		Regular	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
1	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino	Hipertensión esencial (primaria)	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino	Examen médico general	Hipertensión esencial (primaria)	Hipertensión esencial (primaria)	Hipertensión esencial (primaria)	Hipertensión esencial (primaria)
2	Hipertensión esencial (primaria)	Examen médico general	Examen médico general	Lumbago no especificado	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	Hiperplasia de la próstata	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	Hiperplasia de la próstata
3	Examen médico general	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	Lumbago no especificado	Faringitis aguda, no especificada	Examen médico general	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	Examen médico general	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación
4	Lumbago no especificado	Hiperplasia de la próstata	Faringitis aguda, no especificada	Caries de la dentina	Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)	Examen médico general	Lumbago no especificado	Examen médico general
5	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	Lumbago no especificado	Examen de pesquisa especial para tumor de la mama	Examen odontológico	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares	Faringitis aguda, no especificada	Lumbago no especificado
6	Examen de pesquisa especial para tumor de la mama	Esquizofrenia paranoide	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	Hipertensión esencial (primaria)	Lumbago no especificado	Lumbago no especificado	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino	Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares
7	Estados menopáusicos y climatericos femeninos	Caries de la dentina	Caries de la dentina	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares	Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	Faringitis aguda, no especificada
8	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	Faringitis aguda, no especificada	Examen odontológico	Examen de la presión sanguínea	(Osteo)artrosis primaria generalizada	Glaucoma primario de ángulo abierto	Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares	Atención preparatoria para tratamiento subsecuente, no clasificado en otra parte
9	Faringitis aguda, no especificada	Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares	Supervisión de otros embarazos normales	Trastorno metabólico, no especificado	Glaucoma primario de ángulo abierto	Atención preparatoria para tratamiento subsecuente, no clasificado en otra parte	Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)	Examen de la presión sanguínea
10	Supervisión de otros embarazos normales	Hiperlipidemia mixta	Hipertensión esencial (primaria)	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino	Faringitis aguda, no especificada	(Osteo)artrosis primaria generalizada	Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)

Anexo N° 4: Microseguros de salud en el Perú.

Microseguro	Departamento	Zona	Target	Target income	Health focus	Servicio	Componentes clave	Página web
Club PGN	Lima	Urbano	Taxistas	Personas de ingresos bajos y medios	Cuidados primarios	Al beneficiario y a su familia: 100% de atención médica, 100% de gasto en medicinas genéricas y 50% de exámenes de laboratorio y rayos X. (Solo una persona al mes) Solo al beneficiario: seguro de vida (muerte en accidente de tránsito por S/.8,500, muerte accidental por S/.5,500)	<ul style="list-style-type: none"> - El grupo ISSA le diseñó una plataforma virtual que le permite administrar los servicios de salud mediante un plan de salud que especifique la cobertura y permitiendo organizar los gastos de acuerdo a una validación de la cobertura entre la historia clínica virtual y de Guías de Práctica Clínica. - Tiene una alianza con La Positiva, mediante la cual se diseñó un plan para taxistas que consumen gas natural. La idea es que se puedan afiliarse solicitando una tarjeta en la cual van acumulando puntos en función a su consumo, al mes deben consumir al menos 250 m3. 	http://healthmarketinnovations.org/program/club-pgn-loyalty-consumer-plan
ADRA Perú	Arequipa, Puno, Cusco, Ica, Junin, Lima, Ancash, La Libertad, Piura y Lambayeque.	Urbano	Hombre y mujeres	Personas de ingresos bajos y medios	Tuberculosis	Cuenta con establecimientos de salud con una infraestructura adecuada para hacer frente a la propagación de tuberculosis. Además, brindan servicios de fortalecimiento de capacidades de los encargados de brindar	<ul style="list-style-type: none"> - Educación del consumidor - Capacitación de los proveedores de servicios de salud para que realicen mejores diagnósticos. - Monitoreo y tratamiento de reacciones adversas al tratamiento. - Financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA. 	http://healthmarketinnovations.org/program/adra-per%C3%BA
Pro Mujer	Arequipa, Puno, Cusco y Moquegua.	Urbano y Rural	Mujeres	Personas que se encuentran en el quinto quintil de ingresos.	Planificación familiar y salud reproductiva. Atenciones primarias y servicios de salud materna, neonatal e infantil.	Consultas de salud reproductiva, planificación familiar, sensibilización sobre los problemas de salud típicos, campañas de salud enfocadas en servicios odontológicos, ginecológicos, gastroenterología y detección de desnutrición.	<ul style="list-style-type: none"> - 4 clínicas móviles para proporcionar servicios dentales y sonograma mediante el cual pueden realizar ecografías. - Los costos fijos son financiados por donantes como Gems of Hope y el Banco Interamericano de Desarrollo. Mientras que los costos variables son cubiertos por las beneficiarias. 	http://healthmarketinnovations.org/program/pro-mujer-peru
Por ti, Familia: "Mi Doctorcito"	Lima	Urbano	Hombre y mujeres	Personas de ingresos bajos y medios	Cuidados primarios	Ofrecen consultas en medicina general, ginecológicas y pediátricas. Además, exámenes de laboratorios y medicamentos genéricos. Los beneficiarios deben reslizar un pago por atención, pero además reciben donaciones.	<ul style="list-style-type: none"> - El cobro es por atención de consultases en promedio \$2, de exámenes de laboratorio es de \$5. Mientras que los medicamentos y vacunas son distribuidos en los centros de salud. - Operan en un esquema "hub and spoke" de modo que las atenciones se realizan en una mayor cantidad de centros de salud y los casos que requieren de mayor cuidado se atienden en los locales grandes. 	http://healthmarketinnovations.org/program/por-ti-familia

Microseguro	Departamento	Zona	Target	Target income	Health focus	Servicio	Componentes clave	Página web
INPPARES- Clínica del hombre	Lima	Urbano	Hombres	Personas de ingresos bajos, medios y altos.	Cuidados primarios	Provee de tratamientos médicos y psicológicos. Cuenta con un ambiente adecuado para atender las necesidades de salud física, sexual y afectiva de los hombres. Los beneficiarios deben resliazar un pago por atención, pero además reciben	- Alianzas con otras clínicas,empesas locales, universidades y grupos de interés que remiten pacientes. - Talleres con grupos locales como grupos de defensa de los homosexuales, educación sexual y reproductiva. - Descuentos a parejas que se van a atender. También brindan descuentos a grupos como los taxistas. - Consultas virtuales a través de correo electrónico y líneas de chat virtual. Así como uso de redes sociales para promover publicidad.	http://healthmarketinnovations.org/program/inppares
Farmacias similares	Lima	Urbano	Hombre y mujeres	Personas de ingresos bajos, medios y altos.	Servicio de medicamentos	Venden medicamentos a costos bajos, además ofrecen el servicio de consultas médicas y pruebas de laboratorio.	Ofrecen precios bajos y trabajan 24 horas. El precio bajo se debe a que ofrecen medicamentos "similares", que a diferencia de los genéricos no son completamente equivalentes al medicamento original. Además, las consultas médicas y pruebas de laboratorio cuestan en promedio \$2 por visita.	http://healthmarketinnovations.org/program/farmacias-similares
Redplan Salud - INPPARES	Lima, Piura, Cajamarca, La Libertad, Ancash, Junin, Arequipa, Tacna e Ica	Urbano y Rural	Hombre y mujeres de 13 a 24 años	Personas de ingresos bajos	Planeamiento familiar y salud reproductiva. Además, servicios de maternidad, partos y salud del infante.	Proveen de servicios enfocados en mejorar la atención de la salud sexual y reproductiva. Para ello cuentan con una red de enfermeras, parteras y médicos.	Se presenta como una alternativa a cosas bajas para servicios de salud sexual y reproductiva mediante campañas de difusión, trabajo de asociación. Además, mediante convenios con ONGs se garantiza la distribución de productos de calidad a precios bajos.	http://healthmarketinnovations.org/program/redplan-salud-rps
Servi Perú		Urbano y Rural	Hombre y mujeres	Personas de ingresos bajos, medios y altos.	Cuidados primarios	Cuenta con dos clinicas en las que provee consultas ambulatorias, algunas cirugías, hospitalizaciones y análisis clínicos.	Funciona bajo la modalidad de microseguros mutuales, por ello ofrece planes individuales y familiares. Brindan 3 tipos de coberturas: enfermedades, accidentes y servicios funerarios. Los planes individuales cuestan entre S/.3.50 y S/.9.0 por mes; mientras que los planes familiares cuestan entre S/.22.0 y S/.60,0 al mes. Además, están asociados a 90 cooperativas con 575,820 miembros.	http://healthmarketinnovations.org/program/servi-peru

Apéndice matemático

A. Distribución del gasto total de EsSalud Regular de acuerdo al sexo y a la edad

EsSalud Regular gasta S/. /. 6,565,404,000. Este monto será distribuido de acuerdo al sexo y edad de las personas. El objetivo es hallar el monto promedio anual que cuesta atender a una persona promedio de cada grupo de acuerdo a sexo-edad. Para ello se aplica la siguiente fórmula:

$$CA_{a,b} = \frac{CT}{(\sum_{b=1}^2 \cdot \sum_{a=1}^6 Nr_{a,b} * f_{a,b})} * f_{a,b}$$

CT es costo total; CA es el costo anual promedio; Nr es el número de afiliados en EsSalud Regular, y f es el factor de ajuste. Excepto el CT, el resto de variables se encuentra delimitado para cada rango de edad a y para cada sexo b .

Además, se verifica que los costos anuales de cada grupo de sexo-edad sumen el costo total (S/. 6,565,404,000) de EsSalud Regular.

$$CT = \sum_{b=1}^2 \cdot \sum_{a=1}^6 Nr_{a,b} * CA_{a,b}$$