



SISTEMA DE INFORMACIÓN

Reporte Económico Macroconsult

¿CÓMO ES EL SECTOR SALUD EN EL PERÚ?

Noviembre 2018

1. Introducción	pp. 3
2. Principales indicadores del sector	pp. 5
3. Estructura del sistema de salud peruano	pp. 12
4. Aseguramiento	pp. 22
5. Prestación	pp. 39
6. Conclusiones	pp. 52

El Reporte Económico Macroconsult es una publicación de MACROCONSULT S.A. que circula exclusivamente por suscripción al SIM

COMITÉ EDITORIAL

Raúl Salazar
Claudio Herzka
Drago Kisic
Álvaro Monge

SOCIOS

Mónica Com
Elmer Cuba
Rafael Carranza
Róger Espinosa
Drago Kisic

Álvaro Monge
Mateo Moreyra
Manuel Salazar
Raúl Salazar

ANALISTAS

Yohnny Campana
Diego Díaz
Sandra Flores
Laís Grey
Eduardo Jiménez

Witson Peña
Katherine Sánchez
Raúl Villacorta

Si usted está interesado en adquirirla puede comunicarse al 203 9800 o enviar un mail a ivalencia@macroconsult.pe

El contenido de esta publicación es propiedad de Macroconsult S.A. Prohibida su reproducción, traducción, divulgación, distribución, reenvío, adaptación, total o parcial, por cualquier forma, procedimiento o medio, sin previa autorización por escrito de Macroconsult S.A.

INTRODUCCIÓN

Como indica la Organización Mundial de la Salud, un sistema de salud está conformado por todas las organizaciones que trabajan en favor de la mejora de la salud de una población. Dada la importancia que tiene la mejora de la salud de las personas en la reducción de la pobreza y el desarrollo, la responsabilidad del buen desempeño del sistema de salud en un país corresponde al gobierno. Por un lado, un sistema de salud adecuadamente constituido brindará servicios oportunos a la población independientemente de su situación económica evitando su empobrecimiento a causa de su atención médica. Por otro lado, una población sana es una población con mayor capacidad productiva. Esto último es de especial importancia dado que permitirá el desarrollo económico a largo plazo del país.

Un sistema de salud está conformado por dos pilares principales: el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. En primer lugar, el sistema de aseguramiento busca proteger a la población ante la ocurrencia de alguna enfermedad a través de su afiliación a algún tipo de seguro sea este de financiamiento público o privado. Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015) firmados por los países miembros de las Naciones Unidas es alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) hacia el año

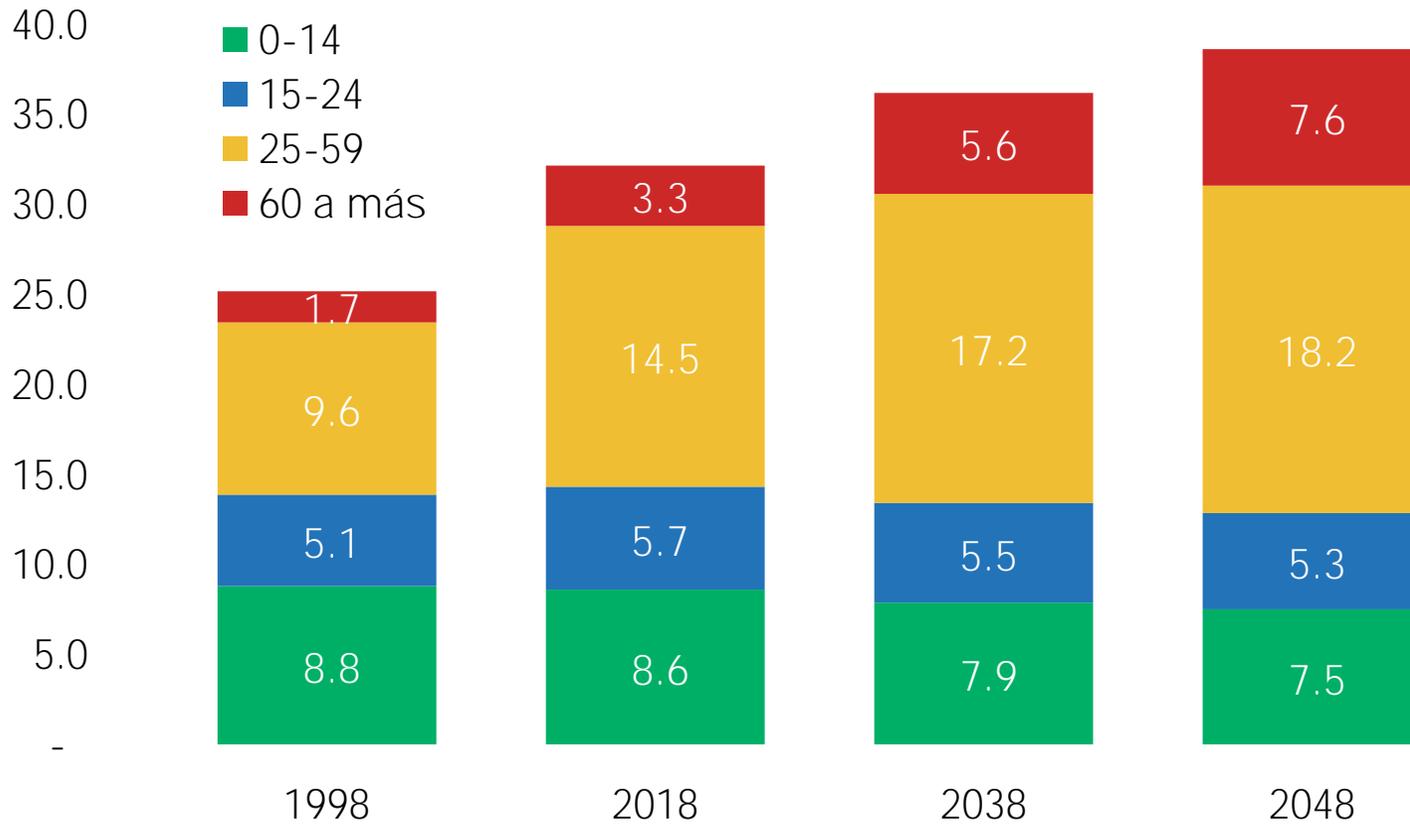
2030, de modo tal que no haya ni una sola persona sin acceso a los servicios de salud que requiera. En el Perú la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud busca alcanzar ese mismo objetivo; sin embargo, aún queda trabajo por hacer. El segundo pilar, la prestación de servicios de salud debe ser una que garantice la atención oportuna y de calidad a los usuarios. En el Perú, la prestación de servicios, de modo similar al aseguramiento, se encuentra constituida por agentes públicos y privados. Las evidentes limitaciones del sector público para hacer frente a las necesidades de atención de la población representan una oportunidad así como una importante responsabilidad para el sector privado.

El presente estudio tiene como objetivo principal brindar una primera descripción de la estructura del sistema de salud en el Perú para quienes estén interesados en invertir en este sector. En ese sentido, este informe incluye una descripción detallada de la estructura del sistema de salud peruano, los indicadores de salud más importantes, así como los principales indicadores de aseguramiento y prestación.

PRINCIPALES INDICADORES DEL SECTOR SALUD

LA POBLACIÓN MAYOR DE 60 REPRESENTARÍA CASI 8% DEL TOTAL EN 2048

Población 1998, 2018, 2038 y 2048
(millones de personas)

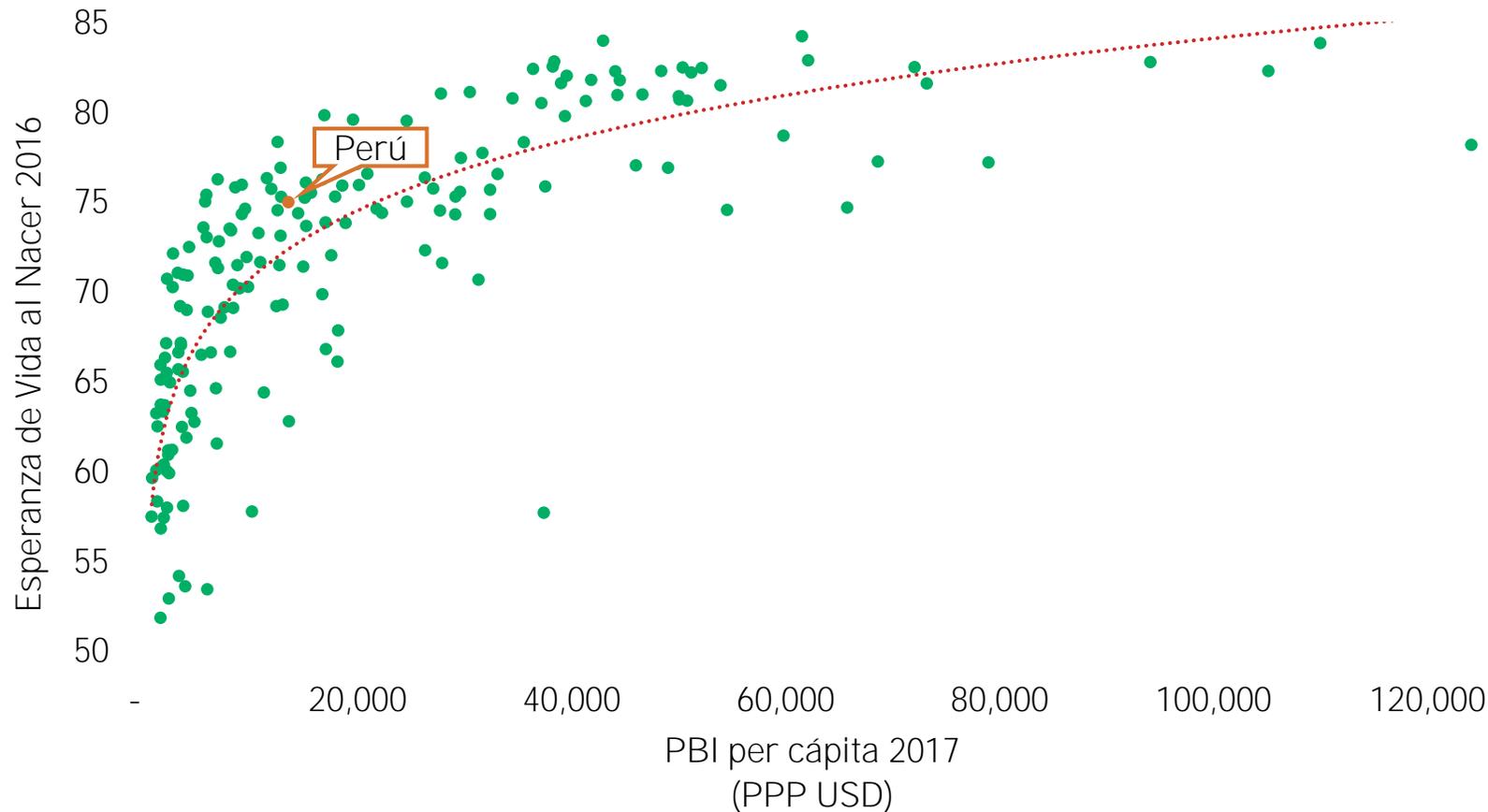


- Dado que los grupos poblacionales con mayor demanda de servicios de salud son los niños y los ancianos es relevante observar la evolución de sus poblaciones las siguientes décadas.
- Si bien es importante señalar que la evolución de la estructura poblacional nos indica que para mediados de siglo tendremos que el grupo de los mayores de 60 años habrá crecido de manera importante (7.6%), no debemos perder de vista que los niños hoy representan casi el 9% de la población y que a mediados del siglo se espera que todavía sean un porcentaje considerable de esta (7.5%).
- Cabe señalar que al 2018 la proporción de la población mayor de 60 años respecto del total casi se duplicó con respecto al que era en 1998.

Fuente: INEI. Elaboración: Macroconsult.

LA ESPERANZA DE VIDA EN EL PERÚ ES DE 75 AÑOS

PBI per cápita y esperanza de vida al nacer (EVN)

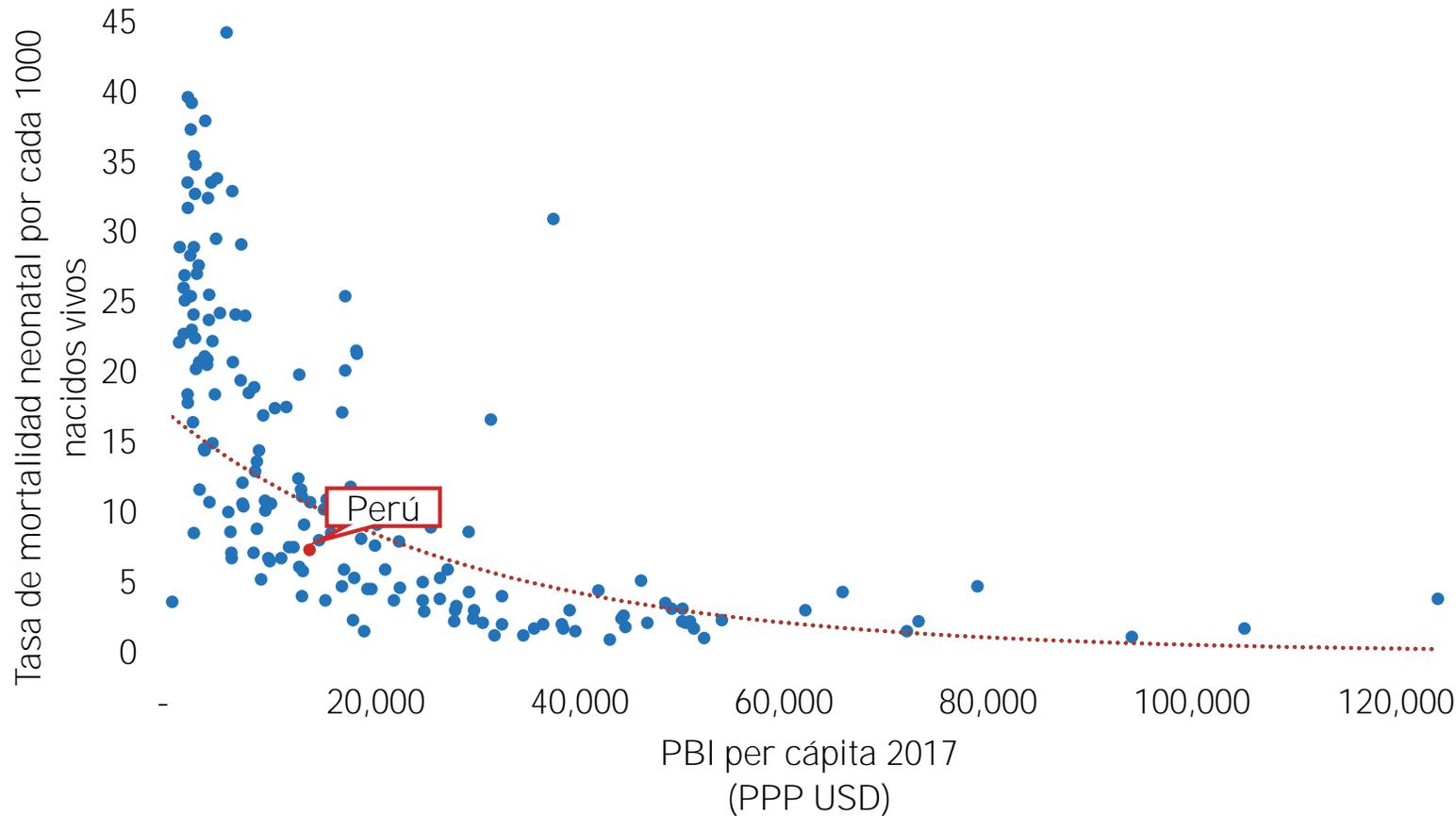


La relación entre PBI per cápita y EVN es muy clara. Países con mayores ingresos per cápita tienen mayor esperanza de vida. El Perú con un PBI per cápita de \$13,521 (medido en una canasta mundial común o en paridad del poder de compra -PPC-) y una esperanza de vida de 75 años se encuentra dentro de lo que se podría esperar, inclusive un tanto por encima.

Fuente: Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional. Elaboración: Macroconsult.

EN EL PERÚ MUEREN SIETE RECIÉN NACIDOS DE CADA 1,000 NACIDOS VIVOS

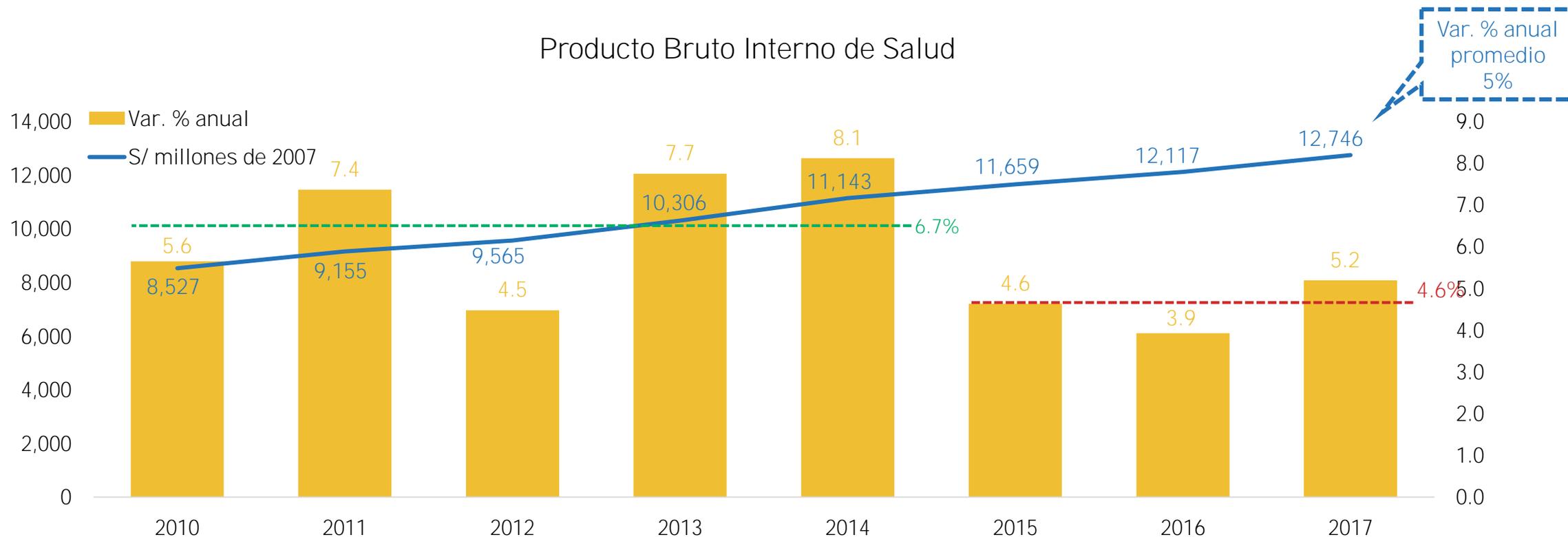
PBI per cápita y mortalidad neonatal



La relación entre la tasa de mortalidad neonatal por cada 1,000 nacidos vivos y el PBI per cápita (medido en paridad del poder de compra -PPC-) es patente: en los países de mayores ingresos la mortalidad es menor.

Fuente: Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional. Elaboración: Macroconsult.

PBI DE SALUD CRECIÓ EN PROMEDIO 5% LOS ÚLTIMOS SIETE AÑOS

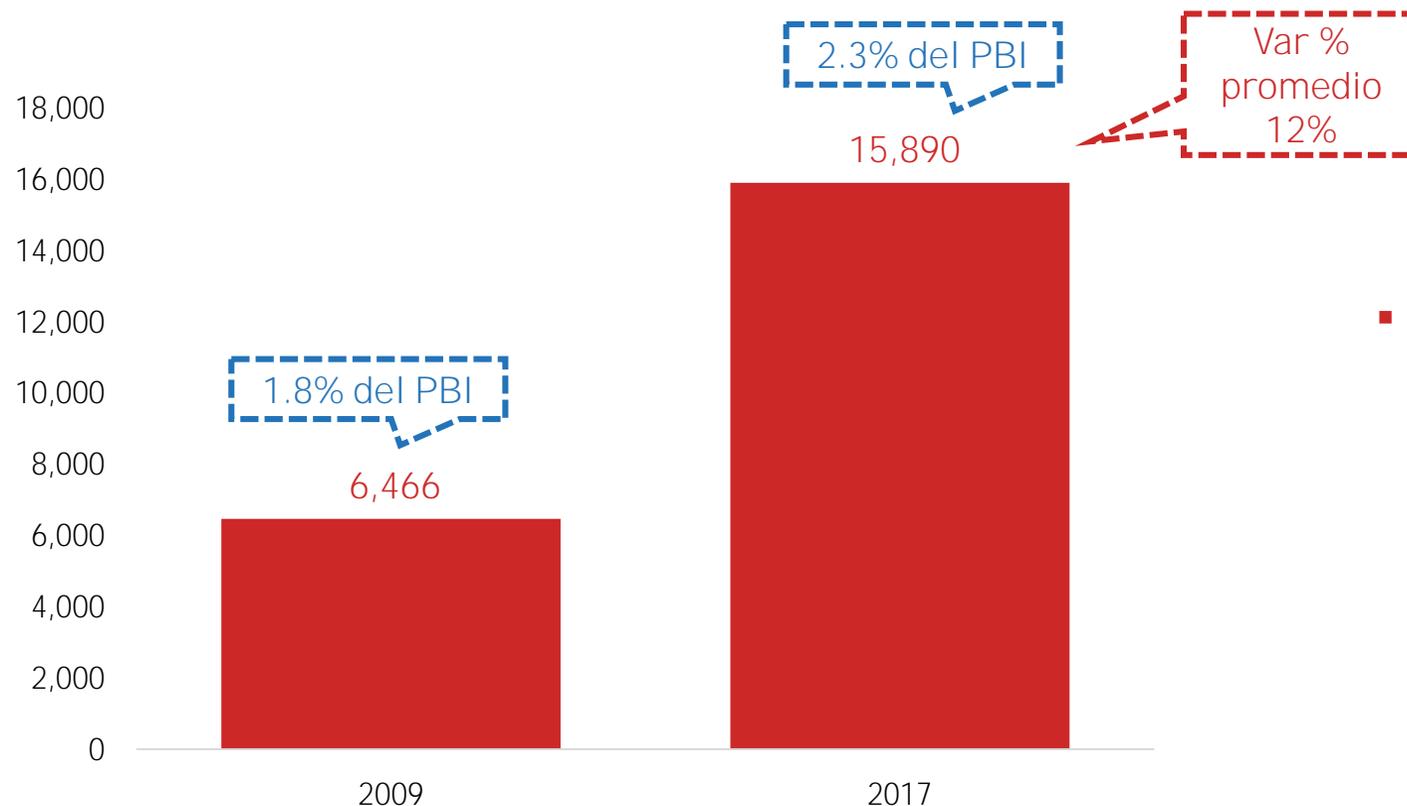


Fuente: INEI. Elaboración: Macroconsult.

El PIB salud ha mostrado un importante dinamismo en los últimos siete años, creciendo a una tasa promedio anual de 5%. Podemos identificar dos periodos con dinamismo diferenciado en línea con el desenvolvimiento del PIB total. En 2017 representa 2.5% del PIB nacional.

GASTO PÚBLICO EN SALUD HA CRECIDO EN PROMEDIO 12% EN LOS ÚLTIMOS OCHO AÑOS

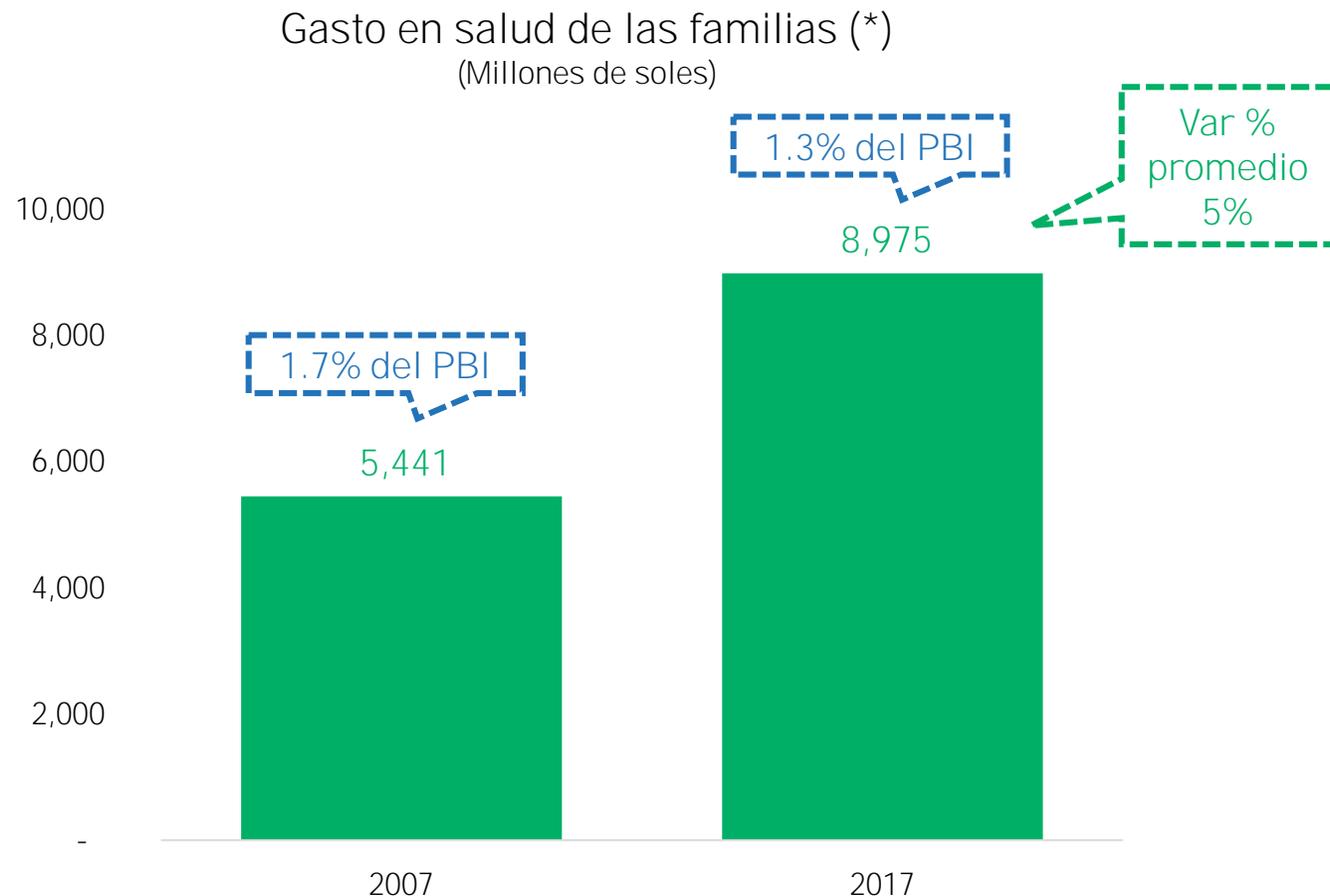
Gasto público en salud
(Millones de soles)



- El gasto público ejecutado destinado a las acciones y servicios orientados a la mejora de la salud de la población se duplicó entre 2009 y 2017.

Fuente: MEF. Elaboración: Macroconsult.

GASTO EN SALUD DE LAS FAMILIAS CRECIÓ 5% EN PROMEDIO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS



- Según la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho), el gasto de las familias en servicios de salud casi se duplicó entre los años 2007 y 2017.
- Este incluye los gastos en consultas, análisis, medicinas, intervenciones quirúrgicas, entre otros.

(*) Familias que viven en zonas urbanas. Solo incluye los gastos en servicios de salud realizados por miembros del hogar. No incluye donaciones, servicios ofrecidos por el SIS, seguros u otros.

Fuente: Enaho (2007), Enaho (2017). Elaboración: Macroconsult.

ESTRUCURA DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO

SISTEMA DE INFORMACIÓN

ASEGURAMIENTO / PRESTACIÓN

- **AUS:** Aseguramiento Universal en Salud.
- **IAFA:** Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento.
- **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- **RAAUS:** Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud.
- **RMPA:** Reporte mensual de personas afiliadas.

TIPOS DE ASEGURADOS

- **Titular:** Es el afiliado al seguro de salud. Puede ser afiliado por su empleador o de modo independiente.
- **Potestativo:** Es el afiliado que no posee los requisitos para una afiliación regular. Incluye a sus dependientes.
- **Derecho habiente:** Dependientes del titular del seguro de salud, en particular el esposo(a), concubino(a), hijos menores o mayores incapacitados.
- **SCTR:** Seguro de Trabajo de Riesgo dirigido a trabajadores de actividades de riesgo como minería, construcción, manufactura, etc.
- **Agrario:** Brinda servicios de salud a trabajadores dependientes e independientes que desarrollen actividades de cultivo, crianza, avícola, agroindustrial, excepto forestales.

PLANES DE SALUD

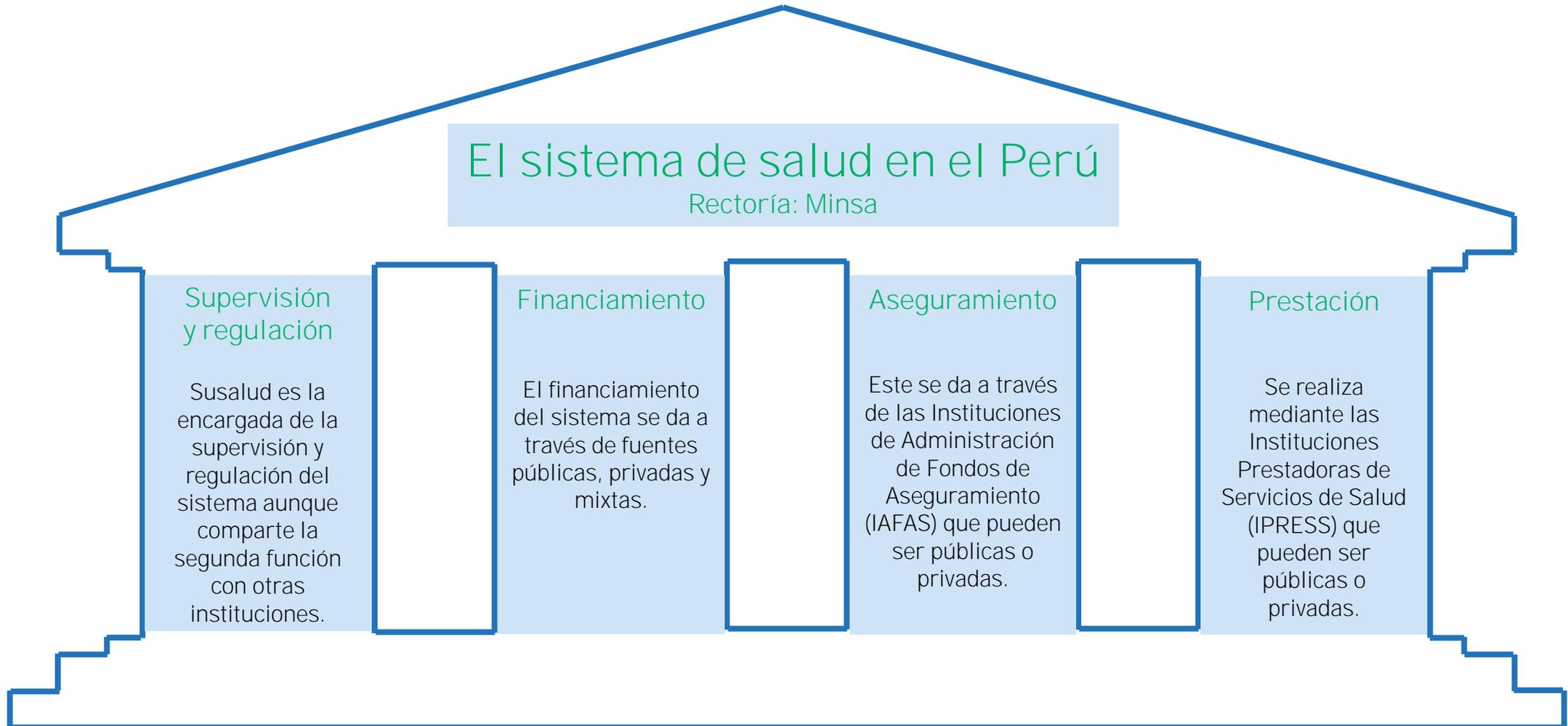
- **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS):** Consiste en una lista de 140 condiciones e intervenciones prioritarias asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las IAFAS sean estas públicas privadas o mixtas.
- **Complementario:** Planes ofrecidos por las IAFAS que complementan al PEAS.
- **Plan específico:** Plan que brinda EsSalud a los usuarios que también están afiliados a una EPS.
- **SCTR:** Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo

TIPOS DE IAFAS

- **Seguro Integral de Salud (SIS):** Destinado a brindar cobertura a nivel nacional especialmente a la población pobre. Puede ser subsidiado o semicontributivo.
- **Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal):** Fondo que da cobertura a las enfermedades de alto costo que no son cubiertas por el SIS.
- **IAFAS de las Fuerzas Armadas:** del Ejército, Marina de Guerra, Fuerza Aérea y a la Policía Nacional del Perú.
- **EsSalud:** Seguro social de salud del Perú. Destinado principalmente a trabajadores formales (seguro regular y agrario) y a independientes (potestativo).
- **Empresas de seguros:** Cubre la capa compleja del plan de salud.
- **Entidades Prestadoras de Salud (EPS).** Brindan servicios de salud a trabajadores que complementan los brindados por EsSalud en redes de clínicas privadas.
- **Prepagas:** Entidades que brindan servicios de salud prepagados.
- **Autoseguros:** Fondo de aseguramiento de salud de una entidad o sociedad organizada.

Fuentes: EsSalud, SIS, Rimac, Pacífico, Sanitas, Ley N°29344 (Ley de Aseguramiento Universal en Salud).

EJES DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ



Fuentes: Colegio Médico del Perú (2016); Comisión de Protección Social (2017) y Alcalde-Rabanal et al. (2011). Elaboración: Macroconsult.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

El sistema de salud en el Perú es sumamente complejo. Esto debido a que al interior de él interactúan agentes privados, públicos y mixtos. Para entender este sistema lo dividimos en cuatro ejes principales: regulación (y supervisión), financiamiento, aseguramiento y prestación.

En primer lugar, la rectoría del sistema está a cargo del Ministerio de Salud (Minsa). Sin embargo, esta es débil principalmente como consecuencia de la importante participación de otros actores. La supervisión del sistema está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud). Esta entidad es la encargada de registrar, autorizar, supervisar y sancionar a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas y privadas. En esa misma línea, Susalud es la encargada de recibir los reclamos de los usuarios de las IAFAS públicas así como de las IPRESS. No obstante, comparte algunos de sus roles con algunas otras instituciones.

Por un lado, comparte con los gobiernos regionales (Gores), el

Ministerio de Defensa (Mindef), el Ministerio del Interior (Mininter) y el Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo (Mintra) la supervisión de las IAFAS públicas. Por otro parte, la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) cumple el rol de sancionar el incorrecto manejo de los fondos de las IAFAS privadas y supervisar el contenido de los contratos que estas ofrecen a los usuarios.

Además, la Defensoría del Pueblo, en su misión de salvaguardar los derechos de salud de la población, interviene ante las quejas de la ciudadanía. De modo similar, la Contraloría de la República, como responsable de la fiscalización del sector público, se ocupa también de la fiscalización del sector salud; en particular, de los hospitales de EsSalud, Minsa y de las Fuerzas Armadas. Adicionalmente, los Gores se encargan de la supervisión de sus proveedores y del registro de los centros de salud. Por último, el Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado (OSCE) se encarga de la supervisión del proceso de adquisiciones y compras de medicamentos y equipos para las IPRESS públicas.

Fuentes: Colegio Médico del Perú (El sistema de salud en Perú: situación y desafíos 2016, <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2018/05/libroSistemaSaludPeru-.pdf>); Comisión de Protección Social (Propuestas de reformas en el sistema de pensiones, financiamiento en la salud y seguro de desempleo 2017) y Alcalde-Rabanal et al. (Sistema de salud de Perú 2011, [http://ascime.edu.pe/data/uploads/auditoria/modulo2/sistema%20de%20salud%20de%20peru%20\(articulo%20de%20revision\).pdf](http://ascime.edu.pe/data/uploads/auditoria/modulo2/sistema%20de%20salud%20de%20peru%20(articulo%20de%20revision).pdf)). Elaboración: Macroconsult.

EL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ

Por el lado del financiamiento, el sistema está conformado por tres regímenes diferentes: 1) el régimen no contributivo o subsidiado, sostenido por los aportes del gobierno, los hogares y la Cooperación Internacional Gubernamental (CIG); 2) el régimen contributivo indirecto financiado por el gobierno, los hogares y los empleadores; y 3) el régimen privado financiado por los empleadores, hogares y cooperación no gubernamental.

El aseguramiento se realiza a través de las IAFAS que pueden ser públicas o privadas. Las IAFAS públicas están asociadas a los dos primeros regímenes de financiamiento. Las asociadas al régimen subsidiado son el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal). Los militares y policías tienen sus propias IAFAS. Por otra parte, las asociadas al régimen contributivo corresponden a la Seguridad Social. La Seguridad Social comprende a EsSalud y además posee un lado privado representado por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Por otra parte, además de las EPS las IAFAS

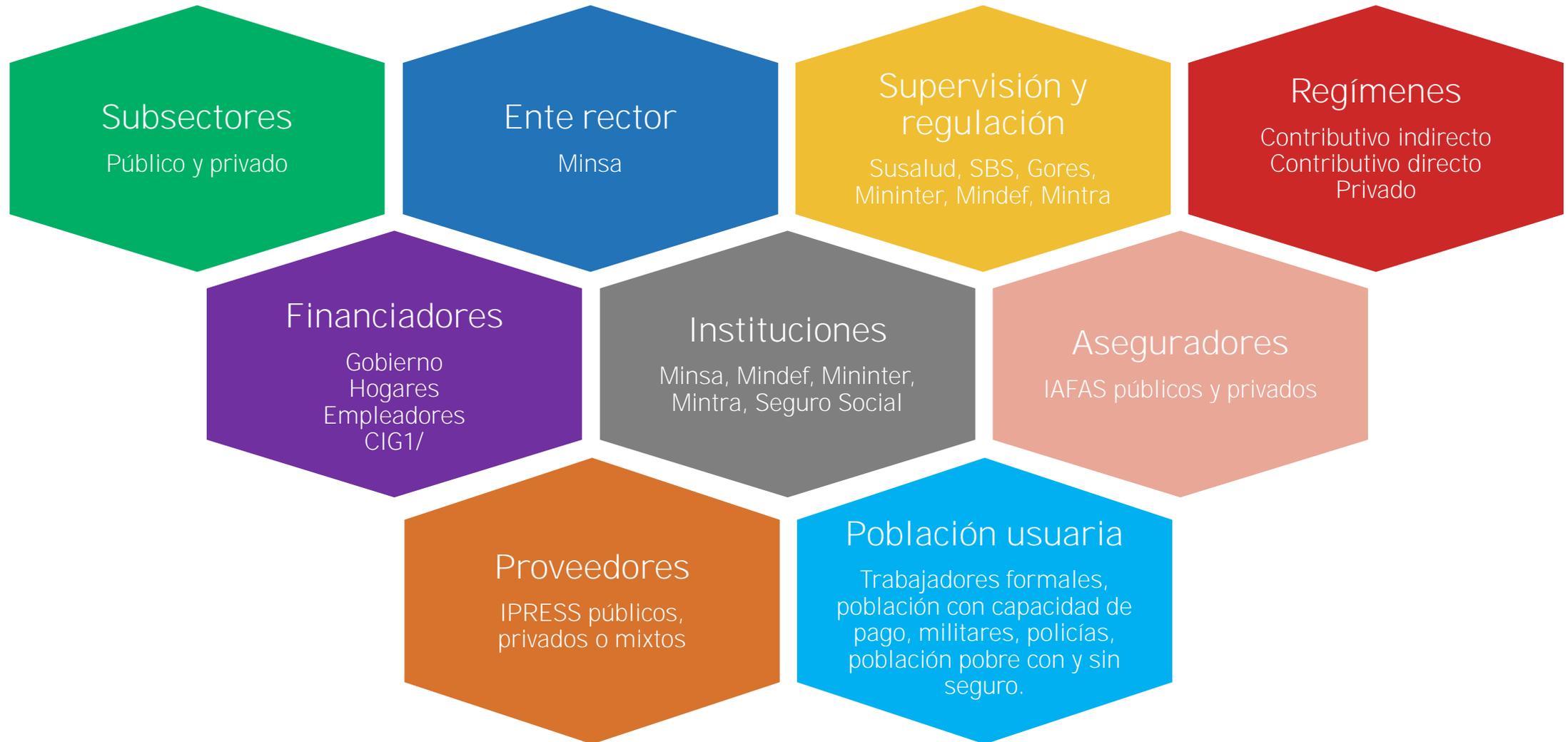
privadas también están conformadas por empresas de seguros, prepagas y autoseguros.

Finalmente, la provisión de salud está a cargo de las IPRESS. Análogamente a las IAFAS, las IPRESS pueden ser públicas o privadas. Las primeras están conformadas por los hospitales e institutos nacionales y regionales, además de los hospitales de las sanidades de las FF.AA. y PNP. Por otro lado, las privadas están conformadas por clínicas, policlínicos, consultorios, entre otros. Además, dentro de los prestadores de servicio privados también se encuentran las asociaciones civiles sin fines de lucro entre las que se encuentran diversas ONG, organizaciones religiosas que reciben financiamiento de donaciones internacionales y locales (Caritas, ADRA), el gobierno y los hogares.

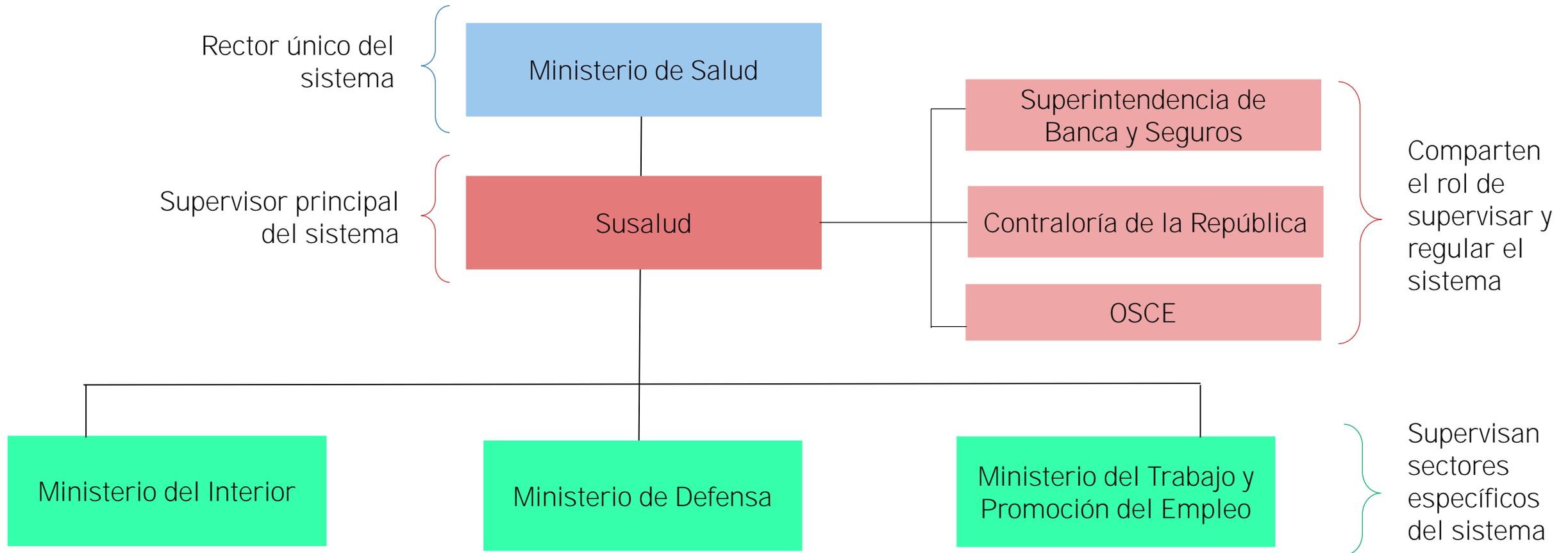
En suma, el sistema de salud está conformado por diversos agentes públicos y privados que se interrelacionan tanto en el financiamiento, aseguramiento y en la prestación de los servicios

Fuentes: Colegio Médico del Perú (El sistema de salud en Perú: situación y desafíos 2016, <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2018/05/libroSistemaSaludPeru-.pdf>); Comisión de Protección Social (Propuestas de reformas en el sistema de pensiones, financiamiento en la salud y seguro de desempleo 2017) y Alcalde-Rabanal et al. (Sistema de salud de Perú 2011, [http://ascime.edu.pe/data/uploads/auditoria/modulo2/sistema%20de%20salud%20de%20peru%20\(articulo%20de%20revisión\).pdf](http://ascime.edu.pe/data/uploads/auditoria/modulo2/sistema%20de%20salud%20de%20peru%20(articulo%20de%20revisión).pdf)). Elaboración: Macroconsult.

ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ

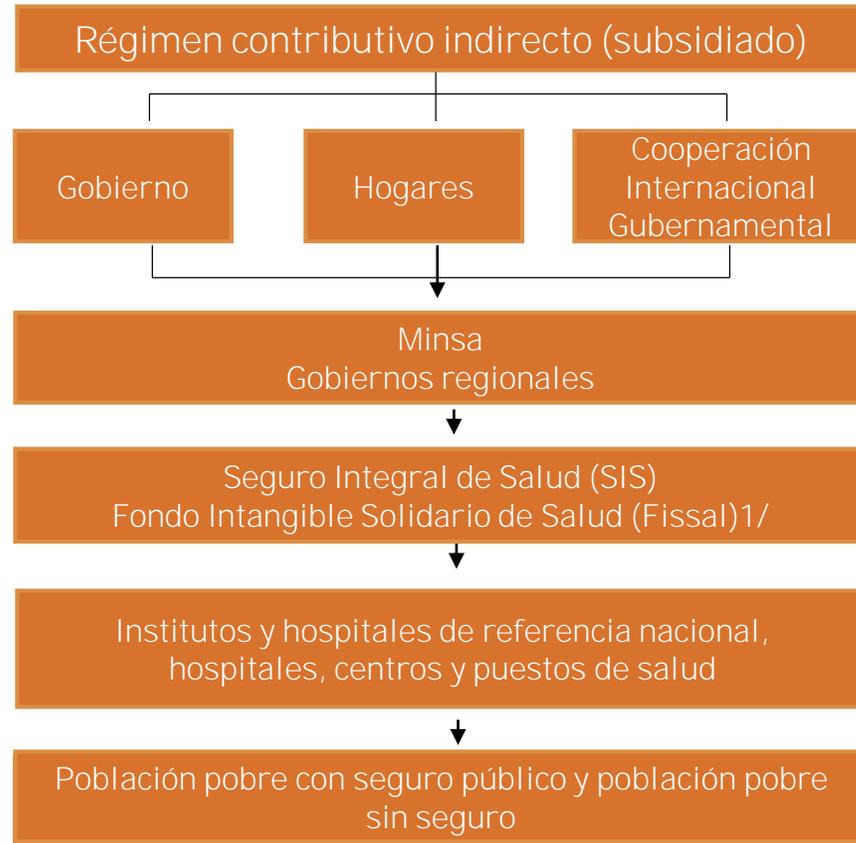


SUPERVISIÓN Y REGULACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD



Fuente: Comisión de Protección Social (2017). Elaboración: Macroconsult.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO INDIRECTO O SUBSIDIADO



Este régimen es financiado principalmente a través de subsidios estatales y en menor medida por las contribuciones de las familias y entidades de cooperación internacional gubernamental.

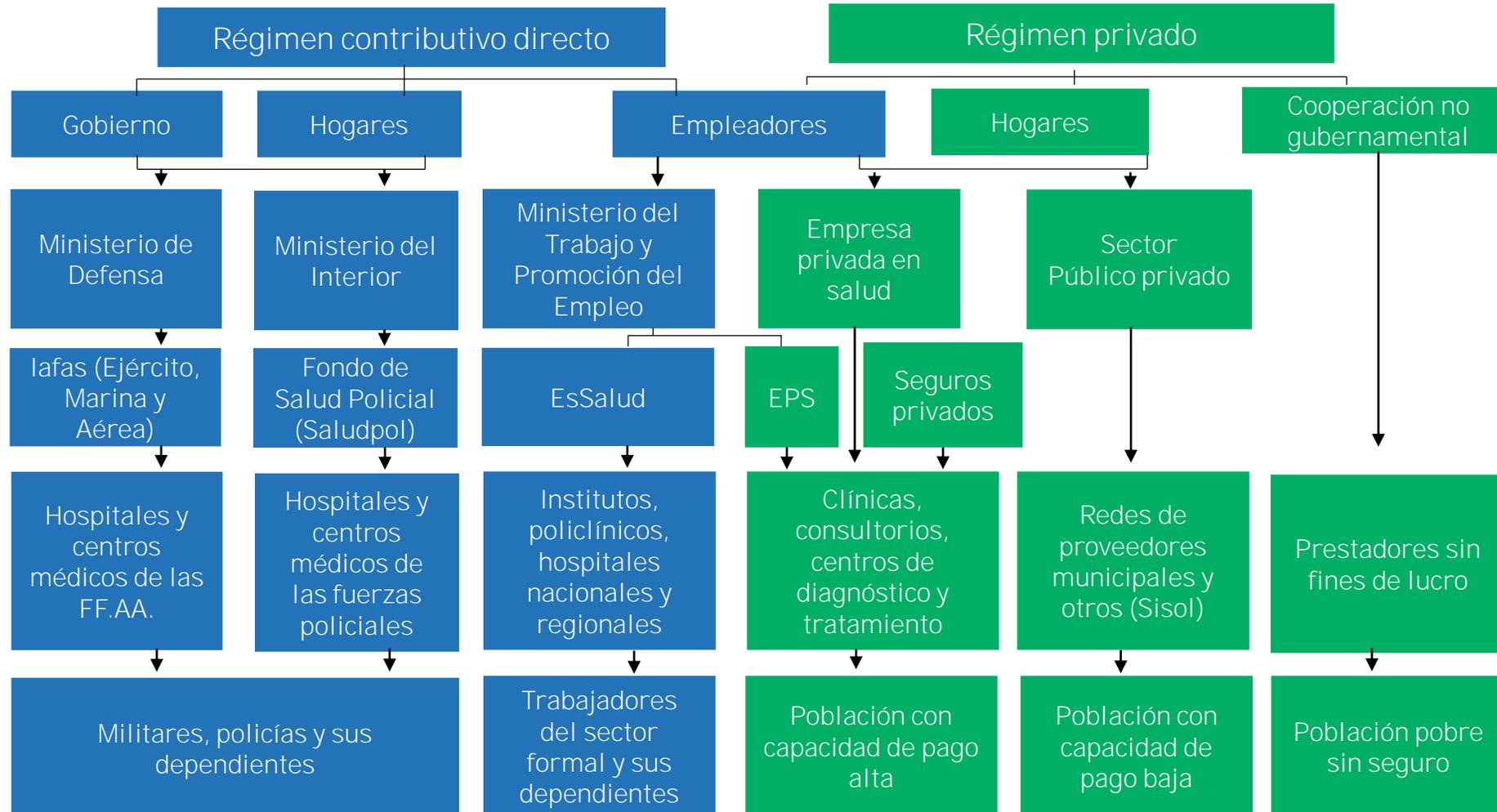
En Lima, los servicios de salud correspondientes al SIS y FISSAL son prestados a través de la red pública (institutos y hospitales de referencia nacional). En regiones, estos servicios son prestados por hospitales nacionales a cargo de los gobiernos regionales.

Este régimen tiene como principales beneficiarios a la población pobre y vulnerable sea que esta posea o no un seguro de salud. Según el Reporte Mensual de Personas Afiliadas (RMPA), a setiembre del 2018 el 61% del total de afiliados están asegurados al SIS.

1/ Fondo Intangible Solidario de Salud.

Fuente: El sistema de salud en Perú (2016). Elaboración: Macroconsult.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DIRECTO Y RÉGIMEN PRIVADO



Fuente: El sistema de salud en Perú (2016). Elaboración: Macroconsult.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DIRECTO Y RÉGIMEN PRIVADO

El régimen contributivo directo es financiado a través del gobierno, las familias y los empleadores. Las sanidades de las Fuerzas Armadas (FF.AA.) y de la Policía Nacional del Perú (PNP) son financiadas a través de las transferencias del gobierno al Ministerio de Defensa y al Ministerio del Interior y de las contribuciones de los militares y policías.

Por otro lado, también tenemos dentro de este régimen a la Seguridad Social. Esta está conformada por EsSalud y las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS). En principio, EsSalud se financia a través de los aportes hechos por los empleadores, los trabajadores, las aportaciones de los asegurados potestativos y de otras reservas e inversiones.

Asimismo, las EPS, son financiadas a través de los aportes que realizan los empleadores de los afiliados. Si bien las EPS son consideradas dentro del régimen privado, su relación con el régimen contributivo directo está dada porque, al igual que EsSalud, las EPS son parte de la Seguridad Social y están bajo la supervisión del Ministerio del Trabajo.

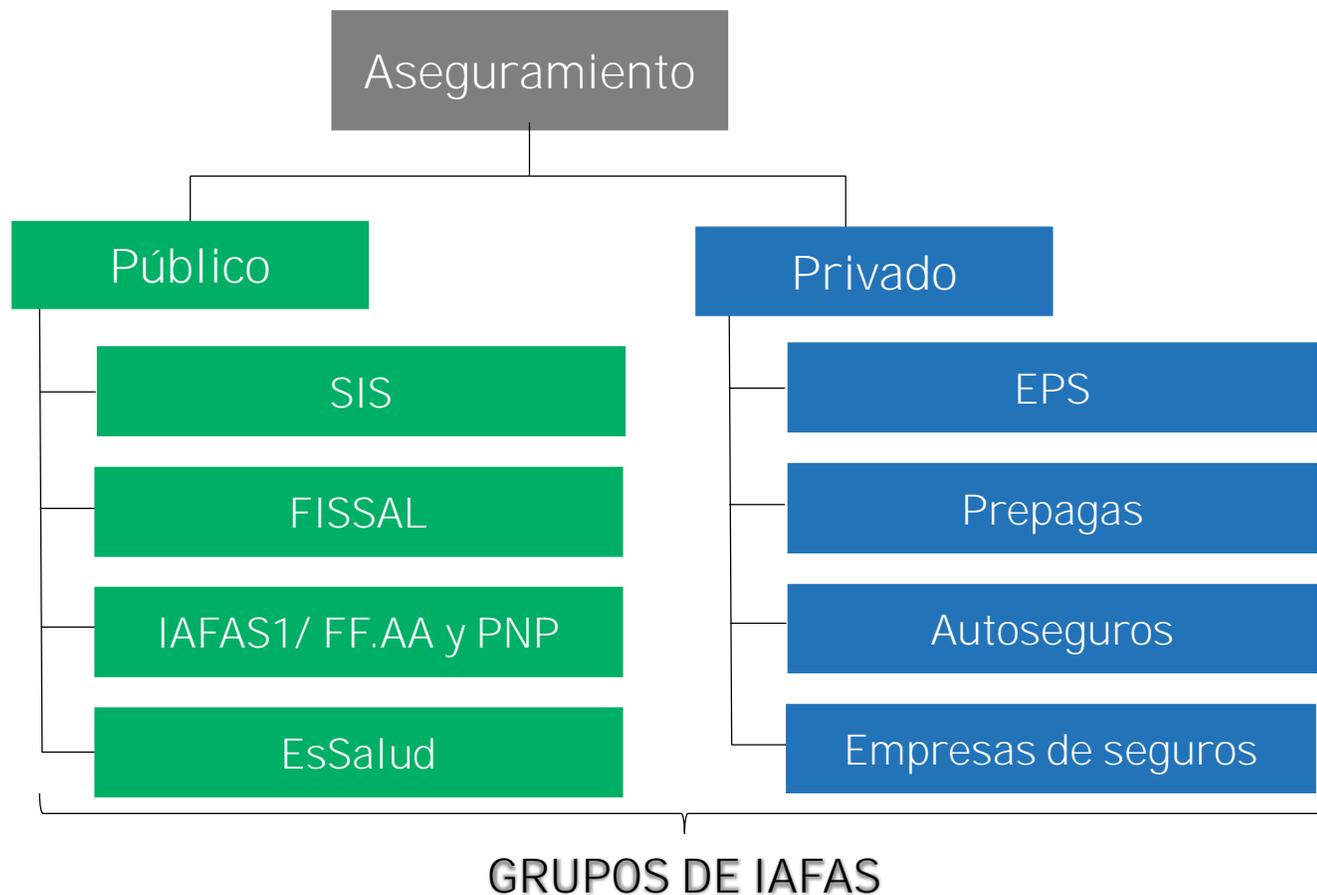
Por otra parte, en el régimen privado además de las EPS, se encuentran también las empresas de seguros, los autoseguros y las prepagas. En todas ellas se mantiene como rasgo común el aporte de los afiliados a estas distintas IAFAS, ya sea una prima de riesgo, cuotas fijas mensuales, entre otras, que además cubren servicios diferenciados.



ASEGURAMIENTO

SISTEMA DE INFORMACIÓN

Estructura del mercado de aseguramiento en el Perú

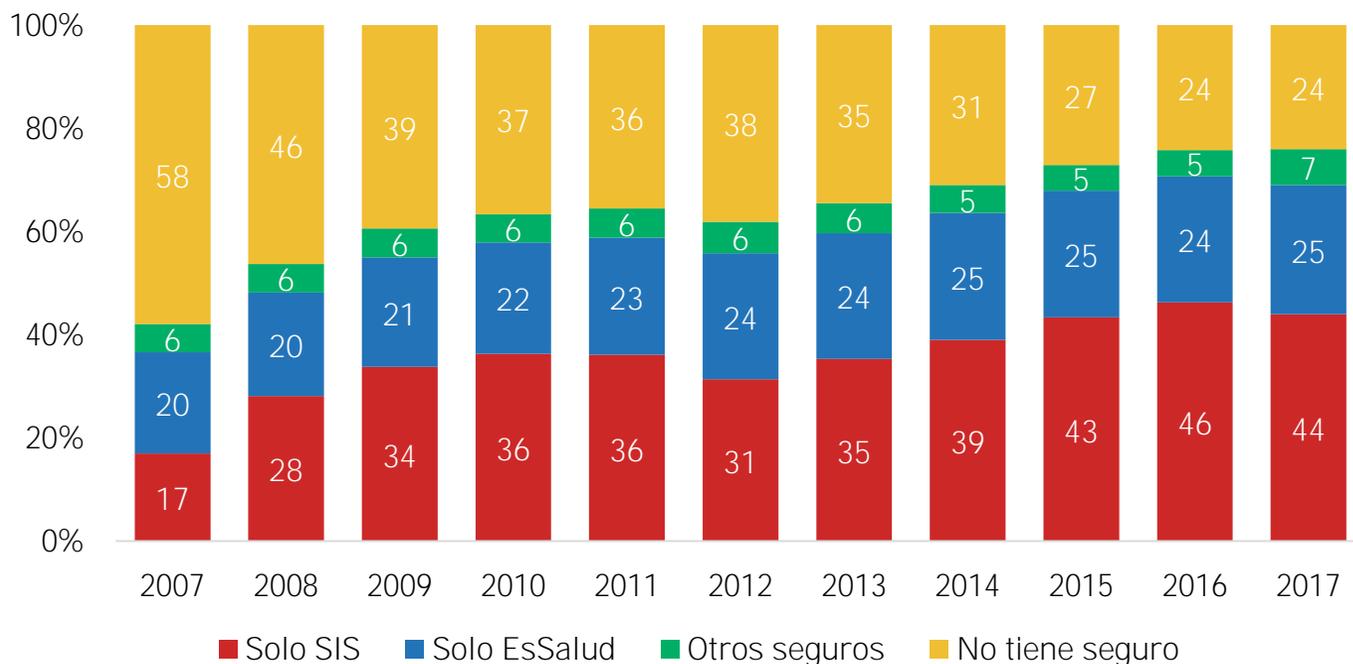


- **Seguro Integral de Salud (SIS):** Destinado a brindar cobertura a nivel nacional. Puede ser subsidiado o semicontributivo.
- **Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal):** Fondo que da cobertura a las enfermedades de alto costo que no son cubiertas por el SIS.
- **IAFAS de las FF.AA.:** del Ejército, Marina de Guerra, Fuerza Aérea y a la Policía Nacional del Perú.
- **EsSalud:** Seguro social de salud del Perú. Destinado principalmente a trabajadores formales (seguro regular y agrario) y a independientes (potestativo).
- **Empresas de seguros:** cubre la capa compleja del plan de salud.
- **Entidades Prestadoras de Salud (EPS).** Brindan servicios de salud a trabajadores que complementan los brindados por EsSalud en redes de clínicas privadas.
- **Prepagas:** Entidades que brindan servicios de salud prepagados.
- **Autoseguros:** Fondo de aseguramiento de salud de una entidad o sociedad organizada.

Fuente: Susalud. Elaboración: Macroconsult.

SIS Y ESSALUD ASEGURAN A CASI EL 70% DE LA POBLACIÓN

Población con acceso a seguros 2007 – 2017 (*)
(% de la población total)



- La evolución del aseguramiento en términos de cobertura poblacional ha tenido un gran crecimiento en los últimos 10 años. El 2007, solo alrededor de 40% de la población estaba afiliada a algún seguro, mientras que al cierre de 2017 lo está el 76% de la misma.
- Como es posible notar a partir del gráfico, el crecimiento del aseguramiento en el Perú se explica por la creciente cobertura del SIS que hoy cubre al 44% de la población.
- Sin embargo, el servicio que este ofrece posee muchas deficiencias. Según el Anuario 2017 de Susalud, el 2016 se recibieron 2,128 reclamos sobre el SIS. El 30% de los reclamos estuvieron asociados a la atención y a la recuperación de la salud (calidad de atención, demora en prestación de servicios, disconformidad con la prescripción médica, infraestructura, entre otros); el 15% de los reclamos estuvieron asociadas a la vulneración del derecho de acceso a la salud (dificultad de acceso a los servicios, demora en la entrega de formatos por las IAFAS o IPRESS, entre otros); el 8,5% realizó reclamos debido al acceso de información; finalmente, el 39% refirió que se vulneraba la protección de otros derechos.

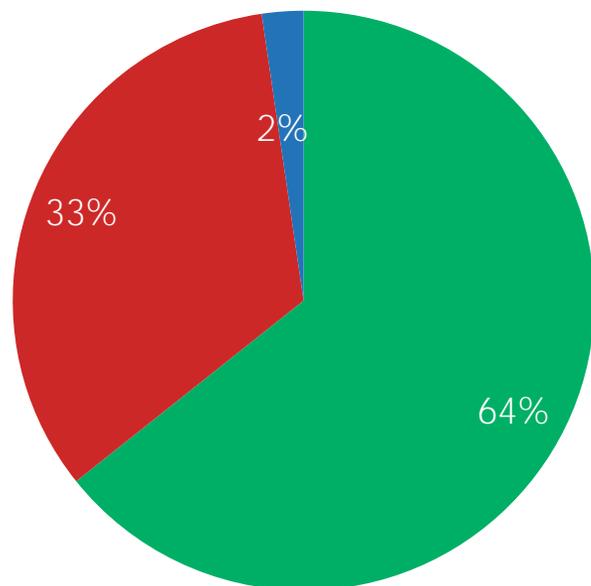
Fuente: Informe Técnico de Condiciones de Vida (2018). Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración: Macroconsult.

(*) Datos de 2007 -2016 fueron obtenidos de Informe Técnico de Condiciones de Vida INEI (2018). Datos del 2017 fueron obtenidos del de Población y Vivienda 2017.

Fuente: SuSalud (2017). Elaboración: Macroconsult.

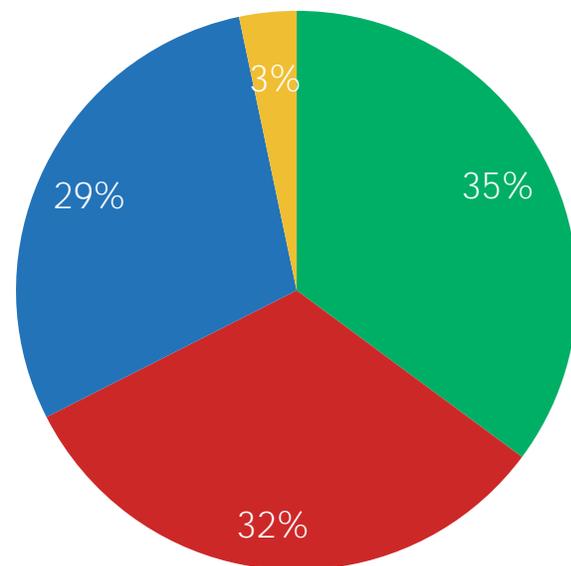
SIS LIDERA LAS AFLIACIONES PÚBLICAS Y LAS PREPAGAS LIDERAN LAS PRIVADAS

Afiliaciones a IAFAS¹ públicas



■ SIS ■ EsSalud ■ FF.AA y PNP

Afiliaciones a IAFAS privadas



■ Prepagas ■ Aseguradoras
■ EPS ■ Autoseguros

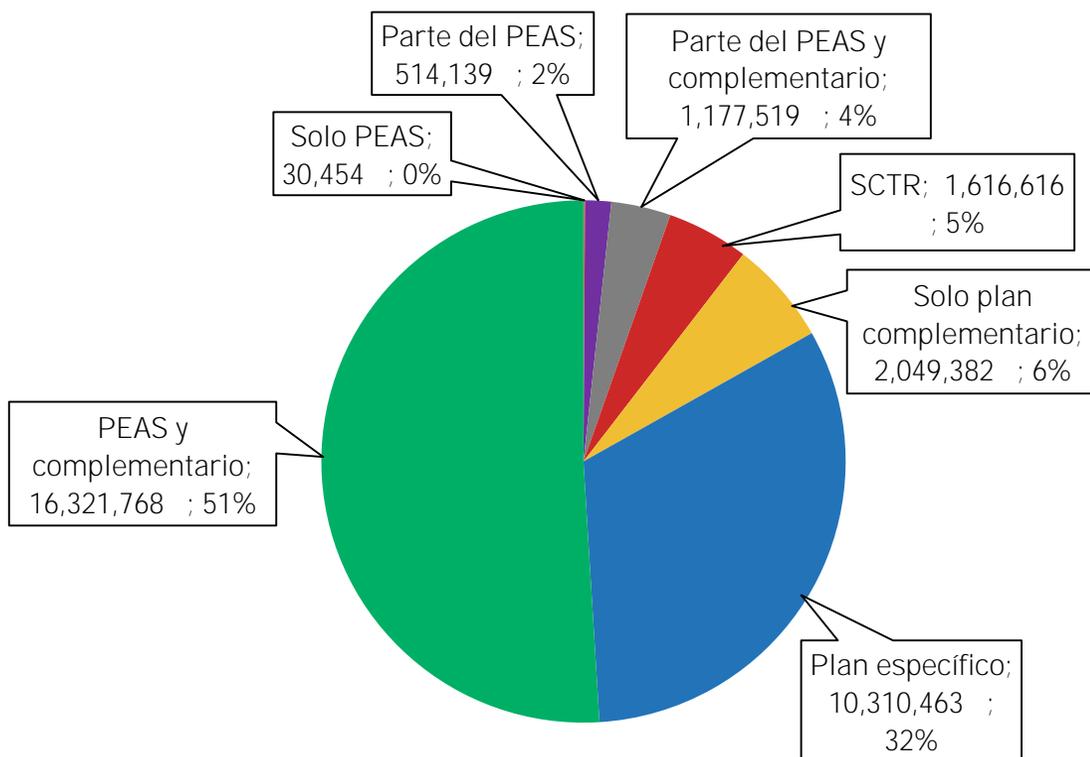
- La mayor parte de afiliados se encuentran en las IAFAS públicas, siendo el SIS el mayor asegurador de este grupo.
- Por el lado de las IAFAS privadas, en la actualidad el mercado está liderado por las prepagas seguidas de cerca por las empresas de seguros de salud y por las entidades prestadoras de salud.
- Todas estas IAFAS sean públicas o privadas se encuentran supervisadas por Susalud.

1/ Institución administradora de fondos de aseguramiento en salud. Estas pueden ser públicas o privadas.

*/ En el caso de que un usuario esté asegurado por más de una IAFAS, el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal (RAAUS) la considera en todas ellas, excepto en el caso de los afiliados a EsSalud que también estén afiliados a una EPS. En este último caso solo están siendo contabilizados en la categoría de EPS, es decir, como parte del sector privado.

Fuente: SuSalud - RAAUS Setiembre 2018. Elaboración: Macroconsult.

Afiliados AUS¹ por planes de salud, 2017
(Número de afiliados)



1/ Los afiliados al Registro de Aseguramiento Universal (RAAUS) pueden estar afiliados a varios planes de salud al mismo tiempo por lo que el número de planes es mayor al número de afiliados.
Fuente: SuSalud. Elaboración: Macroconsult.

PLANES DE SALUD

PLANES DE SALUD

- **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. Consiste en una lista de 140 condiciones e intervenciones prioritarias asegurables.
- **Complementario:** Planes ofrecidos por las IAFAS que complementan al PEAS.
- **Plan específico:** Plan que brinda EsSalud a los usuarios que también están afiliados a una EPS.
- **SCTR:** Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. Actualmente, son 180 las actividades en la que los empleadores se encuentran obligados a contratar el SCTR para asegurar a sus trabajadores. Entre estas se encuentran las actividades de minería, construcción, salud, manufactura, entre otros.

La Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud se promulgó el año 2009. Este marco establecido por la ley busca garantizar el acceso progresivo a la atención en salud de la población independientemente de su condición laboral. Asimismo, estipula que todas las IAFAS deben ofrecer de manera obligatoria el PEAS.

Fuente: Sistema de Salud de Perú (2011). Elaboración: Macroconsult.

PEAS CUBRE 140 DE LAS CONDICIONES PRIORITARIAS ASEGURABLES

<p>A. Población sana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recién nacido 2. Niño sano 3. Adolescente sano 4. Joven y adulto sano 5. Adulto mayor sano 	<p>B. Condiciones obstétricas y ginecológicas</p> <p>Condiciones obstétricas</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Aborto incompleto sin complicaciones 7. Aborto incompleto con complicaciones 8. Embarazo, parto y puerperio normal 9. Enfermedad del trofoblasto 10. Hiperémesis gravídica 11. Embarazo ectópico 12. Óbito fetal 13. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo 14. Diabetes gestacional 15. Embarazo complicado por polihidramnios 16. Desproporción feto pélvica 17. Gestación múltiple 18. Embarazo prolongado <p>19. Gestante mayor de 35 años</p> <p>20. Infección materna</p> <p>21. Enfermedad hipertensiva del embarazo</p> <p>22. Embarazo complicado por isoimmunización Rh(-)</p> <p>23. Retraso en el crecimiento intrauterino/ Oligohidramnios</p> <p>24. Embarazo complicado por riesgo de hipoxia fetal</p> <p>25. Gestación complicado con embolia</p> <p>26. Amenaza de parto pretérmino. Parto pretérmino.</p> <p>27. Embarazo complicado por fracaso en la inducción del parto/Trabajo de parto prolongado/ Distocia de presentación/ Prolapso del cordón</p> <p>28. Desgarro perineal de grado III o IV/ Desgarro de cérvix</p> <p>29. Hemorragia postparto</p> <p>30. Retención de membranas/ Placenta</p> <p>31. Sepsis puerperal</p> <p>32. Infección urinaria en embarazo, parto y puerperio</p> <p>33. Puerperio complicado por infecciones y complicaciones venosas</p> <p>Condiciones ginecológicas</p> <p>34. Distopia genital</p> <p>35. Vulvovaginitis</p> <p>36. Enfermedad inflamatoria pélvica</p> <p>37. Enfermedades benignas de mama</p> <p>38. Menopausia</p>
<p>C. Condiciones pediátricas</p> <p>Condiciones que afectan al recién nacido</p> <ol style="list-style-type: none"> 39. Neonato afectado por el parto 40. Neonato afectado por condiciones maternas 41. Neonato de bajo peso al nacer/ prematurez 42. Infecciones neonatales 43. Sepsis neonatal 44. Trastornos metabólicos: hipoglicemia neonatal, hipocalcemia, hipomagnesemia 45. Ictericia neonatal no fisiológica 	<ol style="list-style-type: none"> 46. Asfixia de nacimiento 47. Dificultad respiratoria en el recién nacido 48. Convulsiones neonatales 49. Hipotiroidismo congénito 50. Incompatibilidad Rh/ABO en el recién nacido <p>Condiciones que afectan al menor de 12 años</p> <ol style="list-style-type: none"> 51. Infección respiratoria aguda 52. Crisis convulsiva, estado convulsivo 53. Hidrocefalia congénita 54. Enfermedades inmunoprevenibles <p>(Inmunizaciones)</p> <ol style="list-style-type: none"> 55. Fiebre de origen desconocido (FOD) en menores de 36 meses. 56. Paladar hendido 57. Displasia congénita de cadera 58. Enfermedad diarreica 59. Parasitosis intestinal 60. Desnutrición 61. Anemia nutricional

PEAS CUBRE 140 DE LAS CONDICIONES PRIORITARIAS ASEGURABLES

<p>D. Condiciones neoplásicas Tumores de aparato genital femenino 62. Cáncer de cuello uterino, displasia cervical 63. Miomatosis uterina 64. Cáncer de mama Otros tumores 65. Hipertrofia prostática 66. Neoplasia de colon 67. Neoplasia de estómago 68. Neoplasia de próstata</p>	<p>E. Condiciones transmisibles Infecciones del aparato respiratorio 69. Neumonía extrahospitalaria 70. Tuberculosis pulmonar 71. Tuberculosis extrapulmonar 72. Tuberculosis con complicaciones 73. Tuberculosis multidrogorresistente</p>	<p>Infecciones del aparato genitourinario y transmisión sexual 74. Infección urinaria baja 75. Infección urinaria alta 76. Infección por VIH 77. Enfermedades de transmisión sexual 78. SIDA Otras infecciones 79. Malaria</p>	<p>80. Bartonelosis 81. Dengue clásico 82. Dengue hemorrágico 83. Tripanosomiasis 84. Leishmaniasis 85. Peste 86. Fiebre amarilla 87. Rabia 88. Quiste hidatídico 89. Lepra 90. Infecciones cutáneas bacterianas</p>	<p>91. Infestaciones de piel y anexos 92. Micosis cutánea 93. Absceso cutáneo(Carbunco) 94. Varicela 95. Brucelosis 96. Hepatitis 97. Conjuntivitis 98. Blefaritis, orzuelo y chalazión 99. Caries, pulpitis, gingivitis</p>
<p>F. Condiciones no transmisibles Condiciones mentales 100. Esquizofrenia 101. Ansiedad 102. Depresión 103. Alcoholismo Condiciones crónicas y degenerativas 104. Asma bronquial 105. Hipertensión arterial 106. Diabetes mellitus no complicada 107. Hipertiroidismo e hipotiroidismo 108. Hiperlipdemia/dislipdemias 109. Obesidad 110. Cataratas 111. Trastornos de la refracción</p>	<p>112. Glaucoma 113. Osteoporosis 114. Osteoartrosis 115. Artritis reumatoidea 116. Enfermedad de los discos vertebrales 117. Enfermedad de Parkinson 118. Epilepsia Condiciones agudas 119. Apendicitis aguda 120. Gastritis aguda y úlcera péptica sin complicación 121. Hemorragia digestiva aguda alta 122. Colelitiasis 123. Cuerpo extraño en aparato digestivo</p>	<p>124. Obstrucción intestinal 125. Síndrome de la espalda dolorosa 126. Heridas contusiones y traumatismos superficiales 127. Lesión de partes blandas de miembro superior/miembro inferior 128. Fractura de columna y pelvis 129. Fractura de extremidades 130. Traumatismos múltiples severos 131. Traumatismo intracraneal 132. Desorden vascular cerebral isquémico 133. Desorden vascular cerebral hemorrágico 134. Lesiones asociadas a violencia</p>	<p>intrafamiliar 135. Litiasis urinaria 136. Intoxicación por órgano-fosforados 137. Cuerpo extraño en aparato respiratorio 138. Insuficiencia respiratoria 139. Quemaduras 140. Enfermedad isquémica del corazón</p>	

SISTEMA DE INFORMACIÓN

En el Perú urbano, 18,572,105 personas están aseguradas a algún seguro de salud.



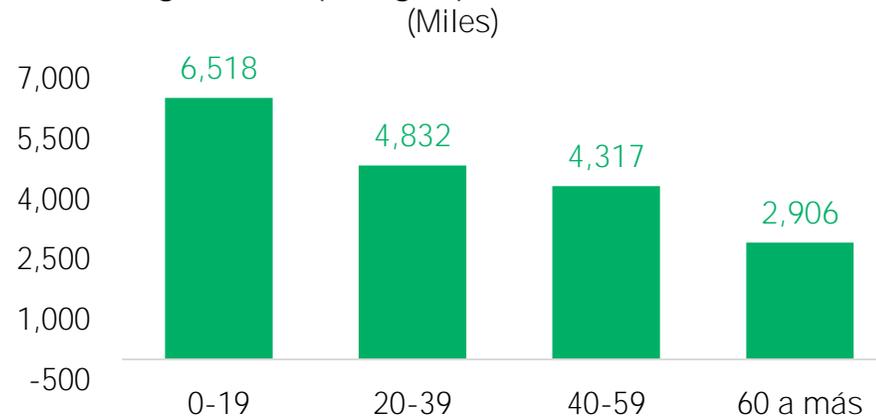
El 22% tiene secundaria completa



El 16% tiene educación superior completa y el 10% superior incompleta y un 2% tiene un posgrado.



Asegurados por grupos de edades 2017

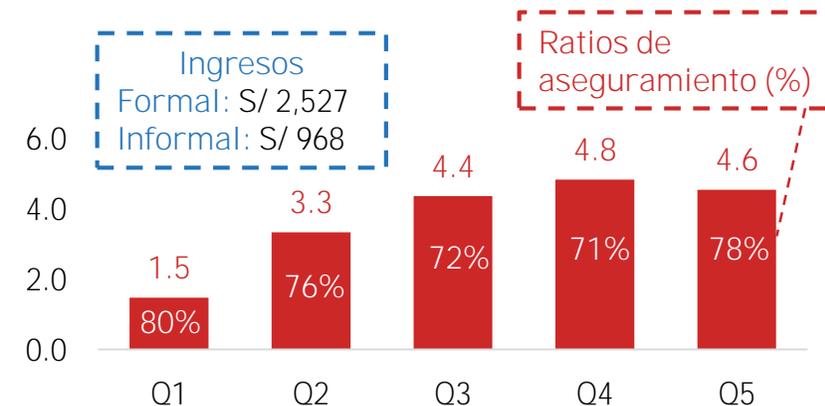


El 50% de los asegurados son adultos y están en el rango de 20 a 59 años.

Fuente: Enaho 2017. Elaboración: Macroconsult.

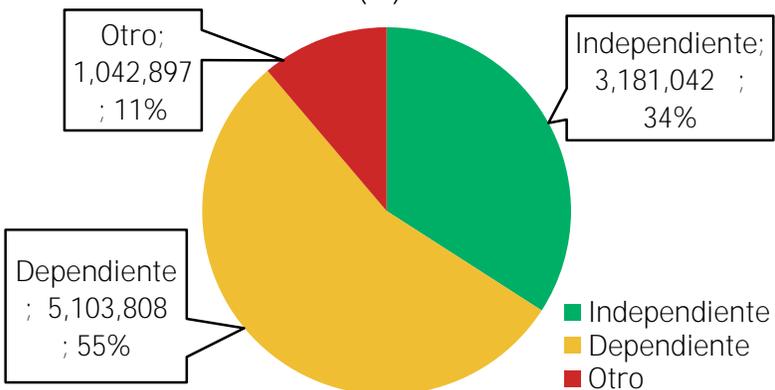
Asegurados por quintiles de ingresos

(Millones de personas)



Fuente: Enaho 2017. Elaboración: Macroconsult.

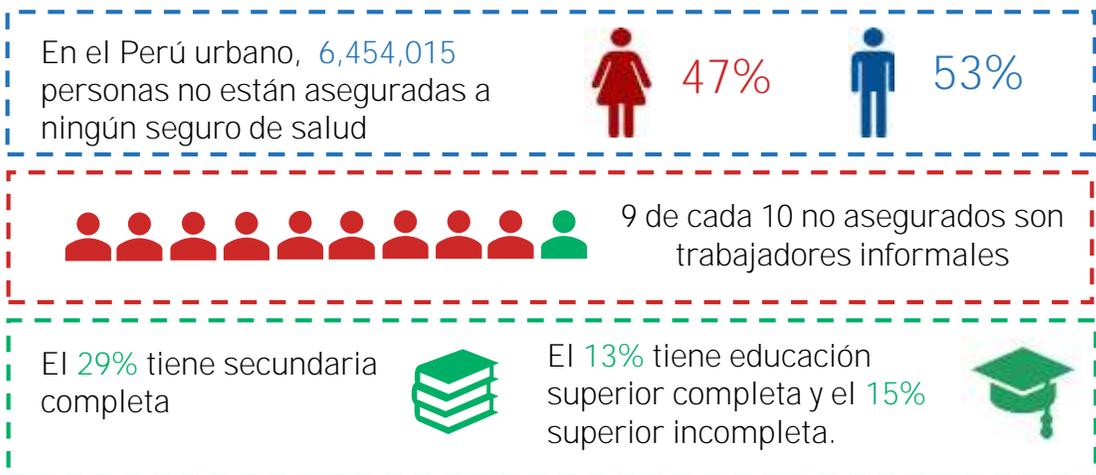
Dependencia laboral (%)



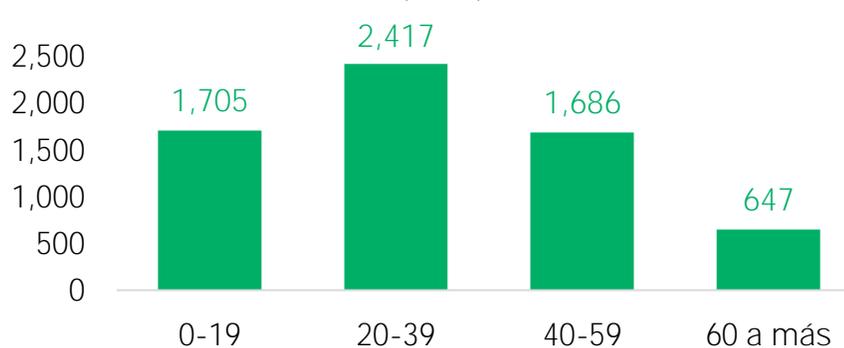
- Como es de esperarse, la mayor parte de la población poseedora de un seguro está conformada por trabajadores dependientes.
- Por otro lado, el 74% de la población asegurada pertenece a los quintiles 3, 4 y 5.

PERFIL DEL NO ASEGURADO

SISTEMA DE INFORMACIÓN



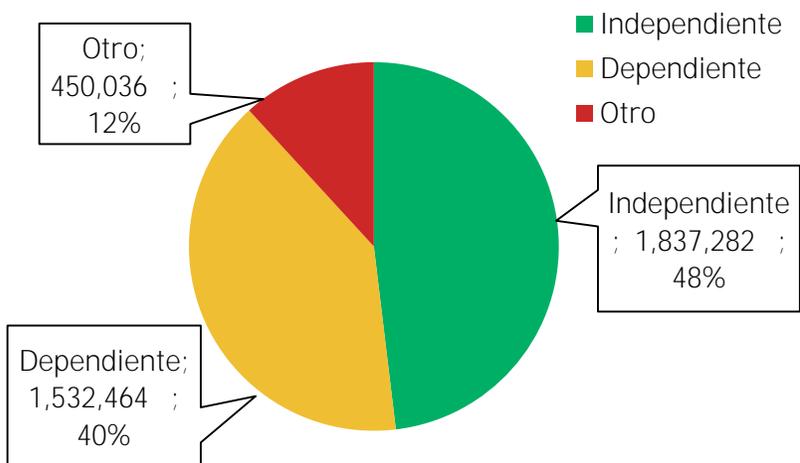
Asegurados por grupos de edades 2017 (Miles)



El 64% de los no asegurados son adultos y están en el rango de 20 a 59 años.

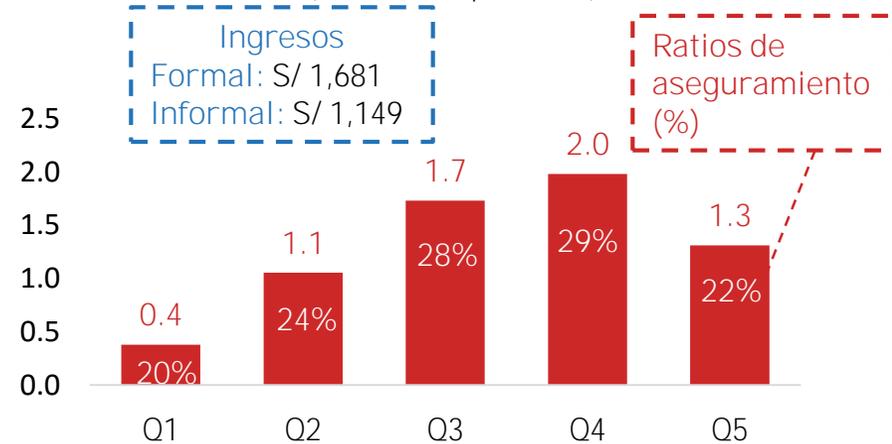
Fuente: Enaho 2017. Elaboración: Macroconsult.

Dependencia laboral (%)



- Casi la mitad de los no asegurados son trabajadores independientes. Entre los que se encontrarían el segmento de pequeños y medianos empresarios. Asimismo, el 78% de la población sin seguro se encuentra entre los quintiles 3, 4 y 5.
- Los informales sin seguro perciben, en promedio, un ingreso mensual más alto que los informales con seguro.
- Solo 6% de la población sin seguro de salud pertenece al quintil más bajo de ingresos (400,000 personas).

No asegurados por quintiles de ingresos (Millones de personas)



Fuente: Enaho 2017. Elaboración: Macroconsult.

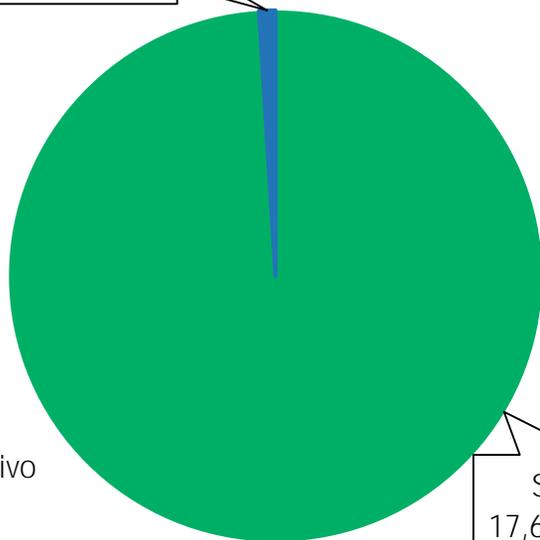
IAFAS públicas

AFILIADOS AL SIS A SETIEMBRE 2018

SIS
17,811,909
afiliados

Afiliados SIS

Semicontributivo;
175,845 ; 1%



Subsidiado;
17,636,064 ; 99%

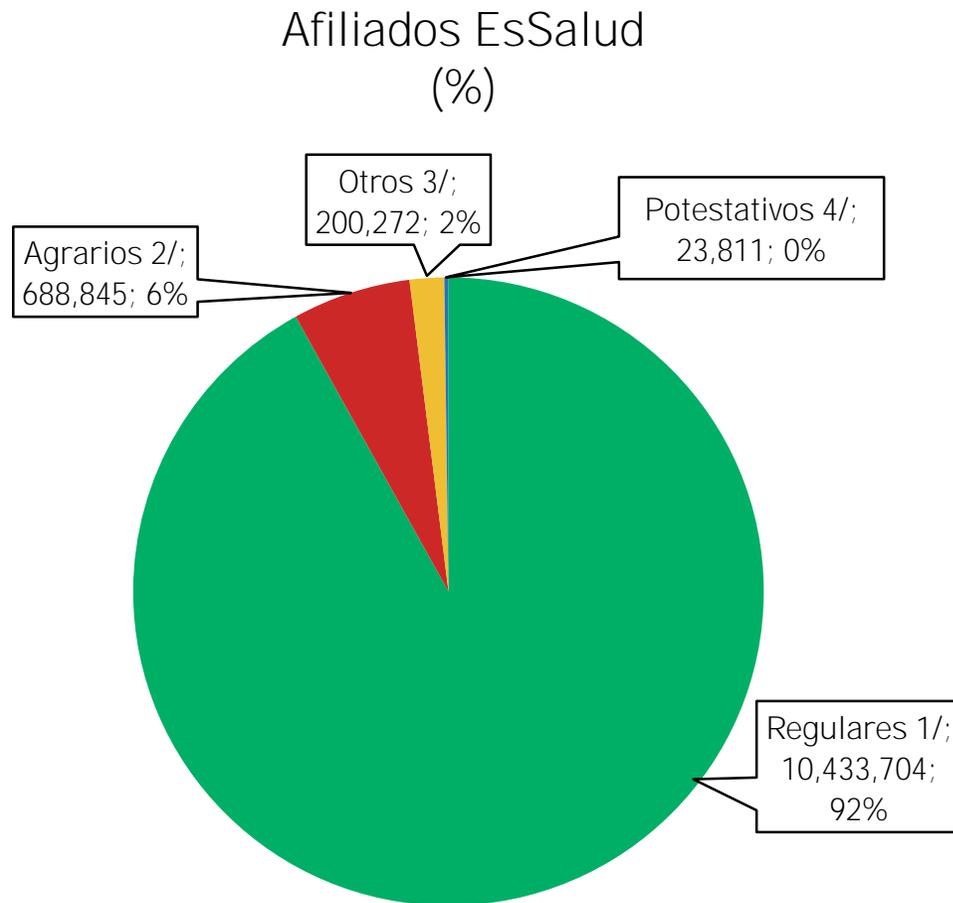
■ Subsidiado
■ Semicontributivo

Fuente: SIS (Octubre 2018). Elaboración: Macroconsult

Rubros	Subsidiado	Semicontributivo	
		Independiente	Microempresa
Población objetivo	Familias en situación de pobreza extrema y no extrema	Personas y familias con limitada capacidad de pago	Conductor de microempresa, trabajadores y derechohabientes
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DNI ▪ No tener otro seguro de salud ▪ Tener calificación SISFOH - MIDIS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DNI ▪ No tener otro seguro de salud ▪ Tener calificación SISFOH - MIDIS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La microempresa debe estar acreditada en REMYPE, MINTRA ▪ Tener DNI
Pago	Sin costo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individual: S/ 15 ▪ Familiar: S/ 14 por cada derechohabiente 	Pago único mensual de S/ 15 Paga el empleador

Fuente: SIS. Elaboración: Macroconsult

ESSALUD: 92% DE SUS ASEGURADOS POSEEN SEGUROS REGULARES



EsSalud
11,346,632
afiliados

- EsSalud cubre la capa compleja y la capa complementaria para los asegurados a EsSalud que no están asegurados a una EPS.
- En el caso de los asegurados a EPS, estos siguen teniendo derecho de atender sus condiciones de salud que excedan el plan ofrecido por esta y que pertenezcan a la capa compleja a través de EsSalud.

1/ Incluye trabajador activo, pensionista, trabajador del hogar, pescador artesanal, CAS.

2/ Incluye agrario dependiente, agrario independiente y actividad acuícola.

3/ Incluye solicitante de pensión y beneficiarios de la Ley N.º 30478.

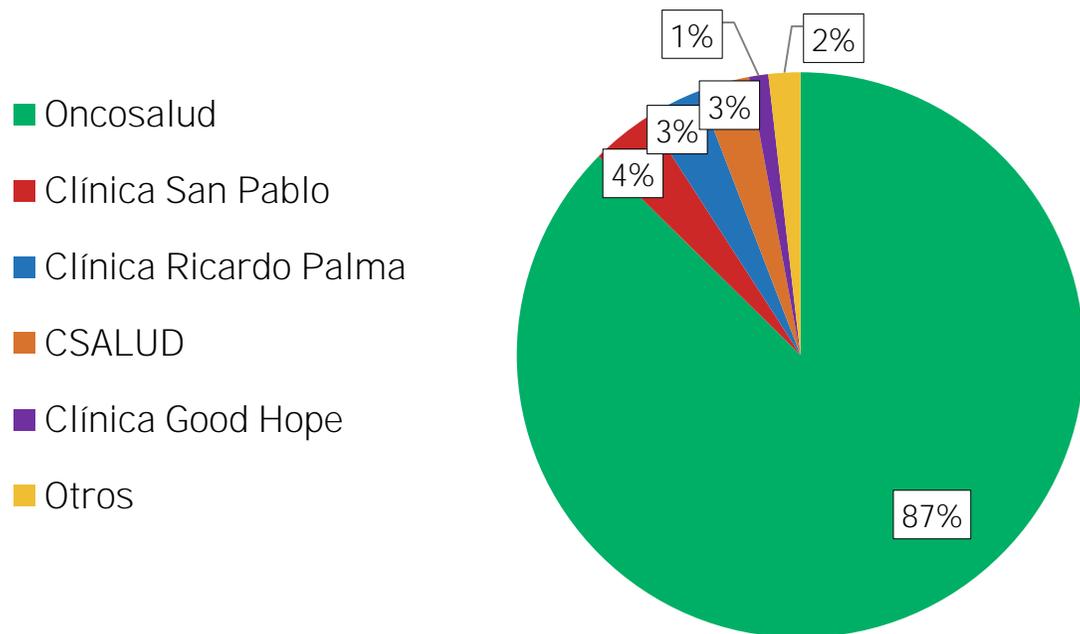
4/ Incluye Plan Protección Total, Plan Protección Vital, EsSalud Independiente Personal – Familiar, EsSalud Independiente (antiguo) y +Salud seguro Potestativo.

Fuente: EsSalud. Elaboración: Macroconsult.

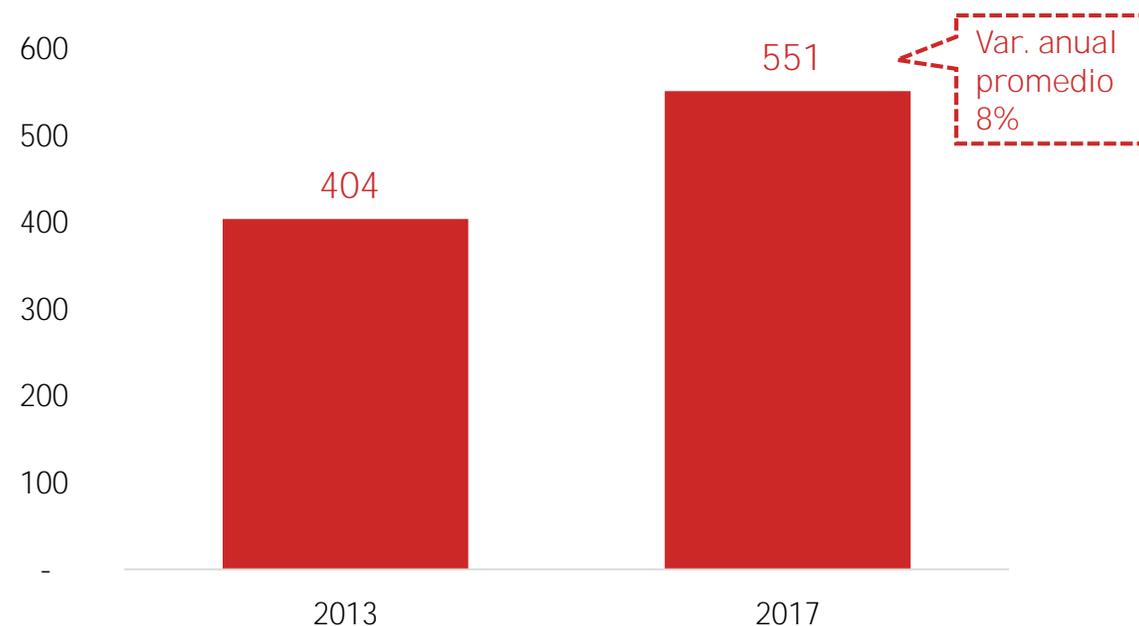
IAFAS privadas

ONCOSALUD LIDERA EL MERCADO DE PREPAGAS

Afiliados por empresa prepaga 2018*/ (%)



Evolución de afiliados a prepagas 2013 – 2017 (Miles de afiliados)



Fuente: SuSalud. Elaboración: Macroconsult.

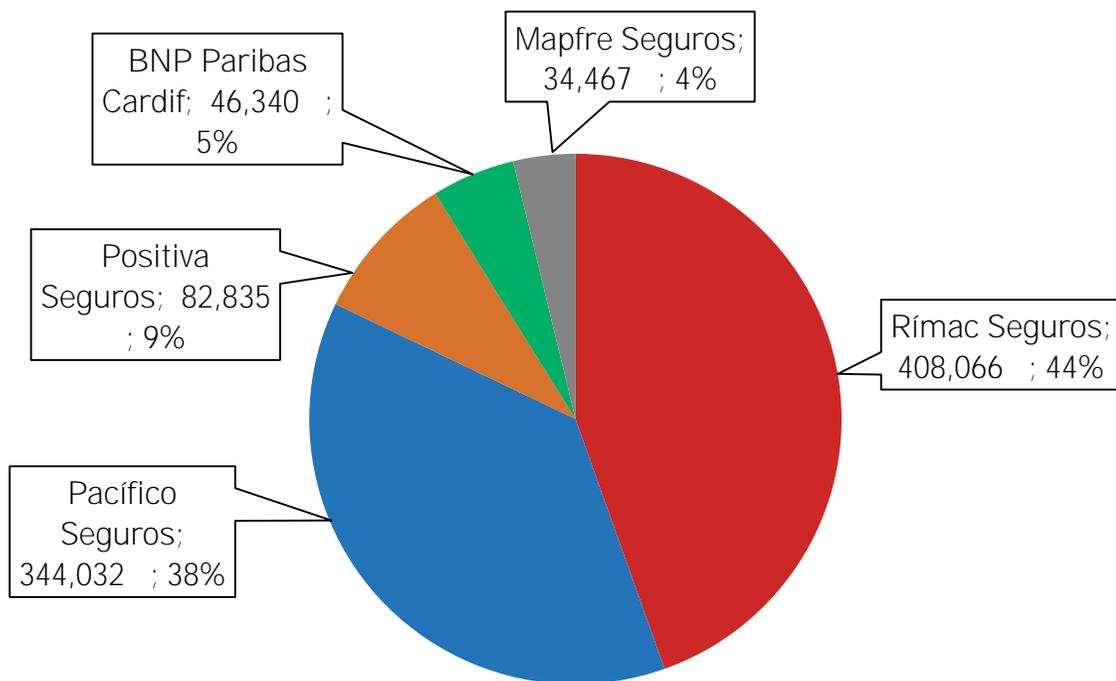
*/ Datos a septiembre de 2018.

Fuente: SuSalud. Elaboración: Macroconsult.

- Si bien la prepaga con mayor número de afiliados es Oncosalud con 869,632 afiliados (87% del total), participan de este mercado otras 15 empresas. Oncosalud es un seguro prepagado que se especializa en la prevención y tratamiento del cáncer.
- El número de afiliados a seguros prepagados aumentó 8% promedio anual entre 2013 y 2017, siendo el incremento de afiliados a Oncosalud el más importante.

RÍMAC Y PACÍFICO LIDERAN MERCADO DE ASEGURADORAS

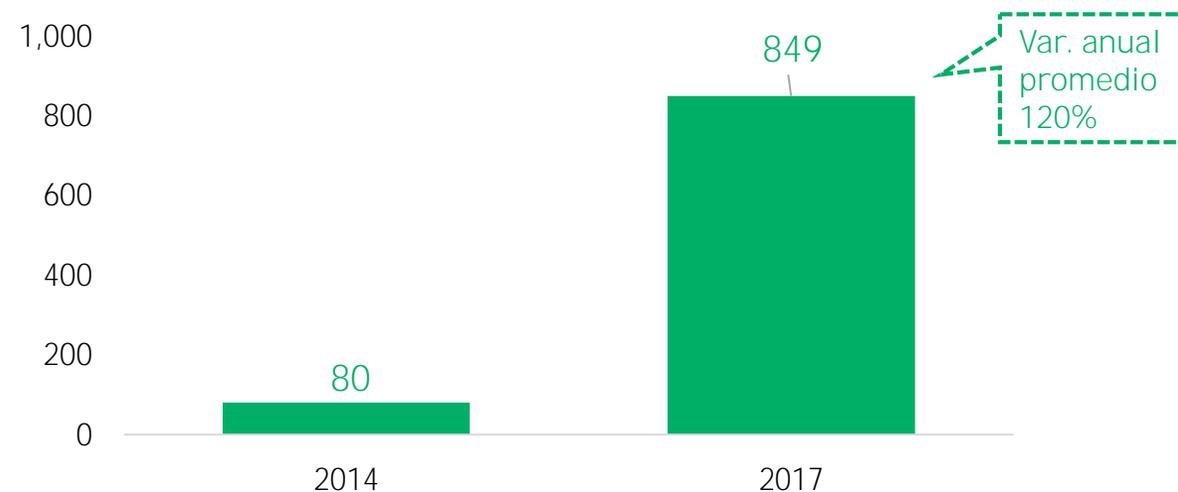
Afiliados en el mercado de aseguradoras 2018*
(%)



*/ Datos a septiembre de 2018.

Fuente: SuSalud. Elaboración: Macroconsult.

Evolución de afiliados a aseguradoras 2014 – 2017
(Miles)

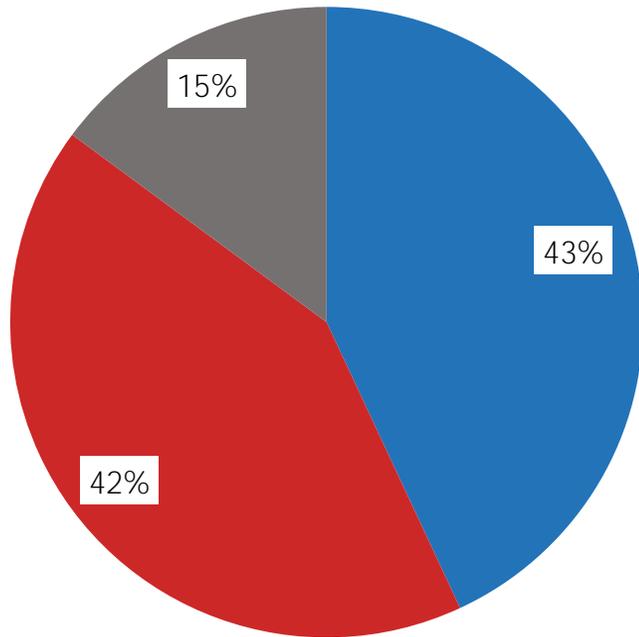


Fuente: SuSalud. Elaboración: Macroconsult.

- En el año 2017, el número de afiliados fue más de 10 veces el número de afiliados el 2014.
- Por otro lado, el crecimiento del número de afiliados respecto del 2016 se explica principalmente por el aumento de afiliados en Rímac Seguros (22%) y La Positiva Seguros (12.1%).

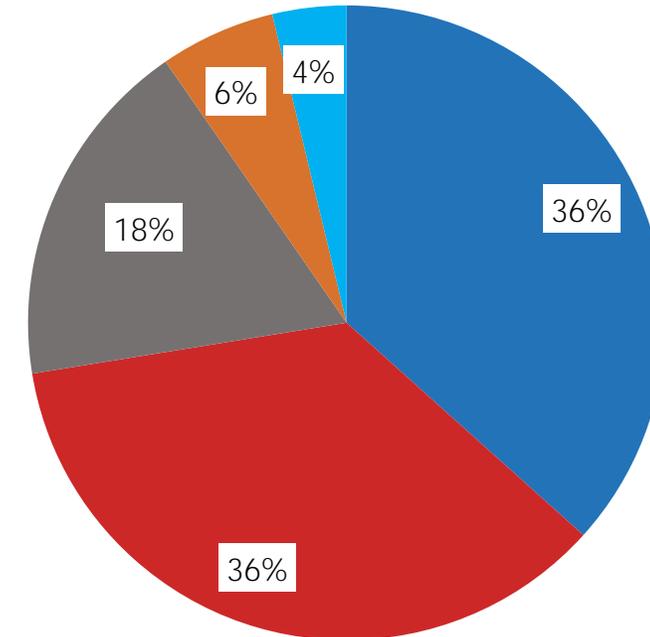
PACÍFICO Y RÍMAC LIDERAN MERCADO DE EPS

Afiliados al mercado de EPS 2013



■ Pacífico EPS S.A. ■ Rímac S.A. EPS
 ■ Mapfre Perú S.A. EPS

Afiliados al mercado de EPS 2017

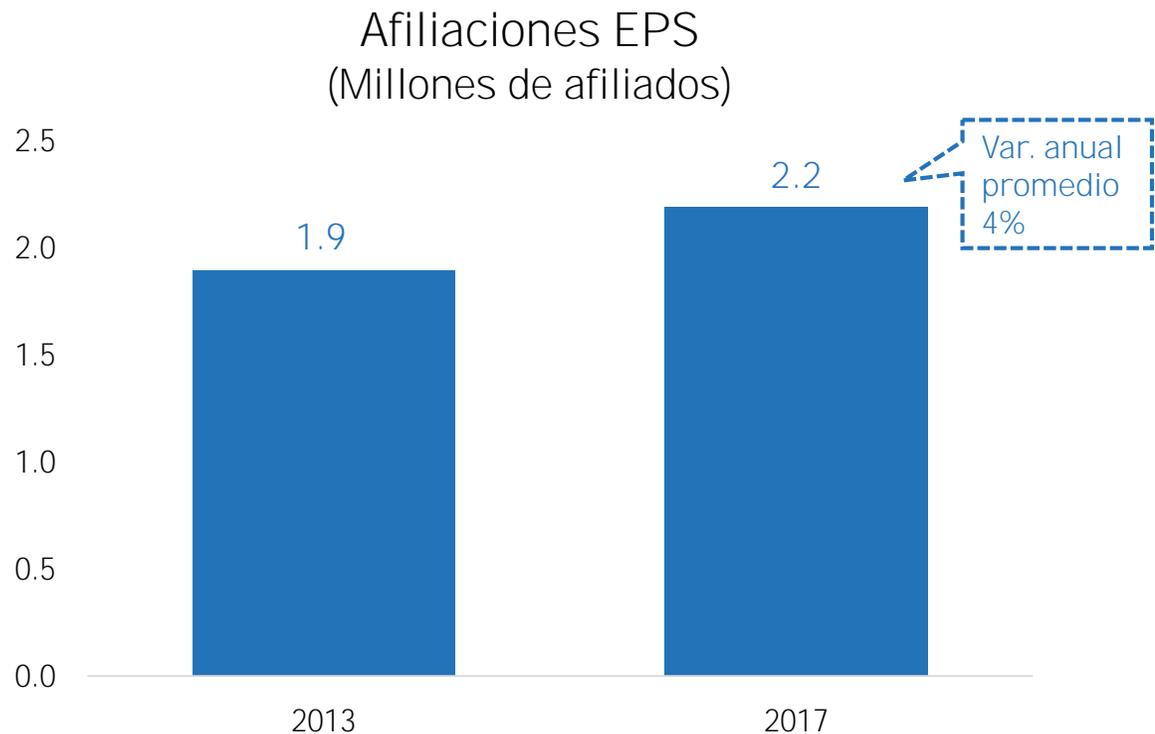


■ Pacífico EPS S.A. ■ Rímac S.A. EPS
 ■ Mapfre Perú S.A. EPS ■ La Positiva S.A. EPS
 ■ Sanitas Perú S.A. EPS

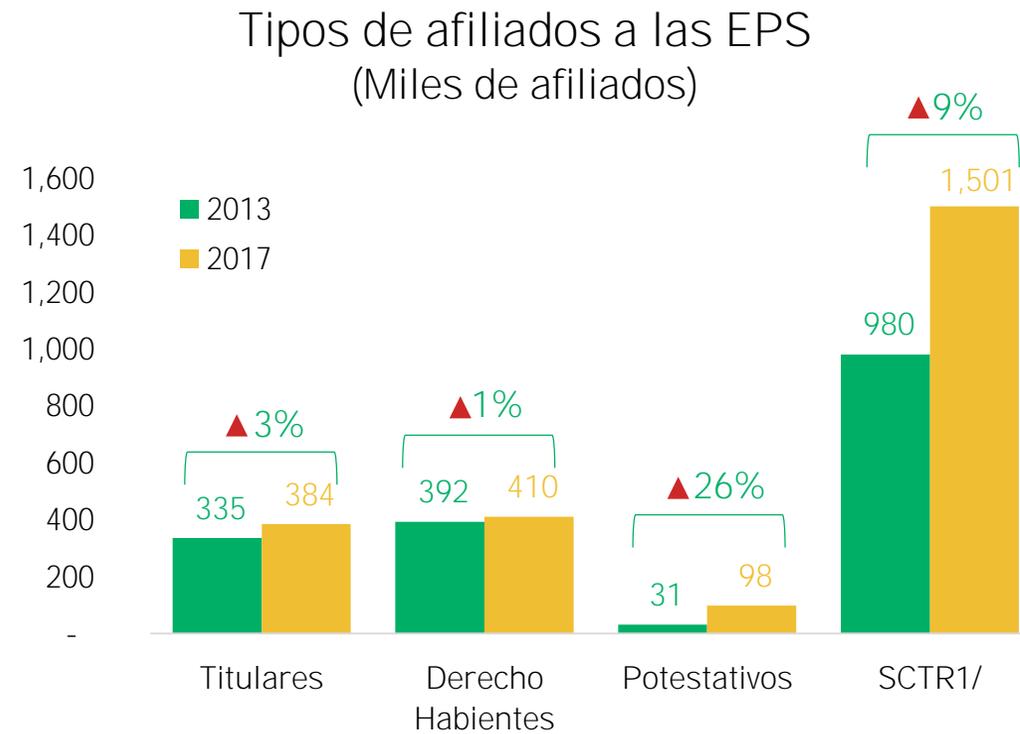
- El 2013 La Positiva Seguros se asoció a la Organización colombiana Sanitas dando lugar a la aparición de La Positiva – Sanitas. Esta tomó el 12% de la participación del mercado durante el 2015; sin embargo, se disolvió al año siguiente dando lugar a La Positiva S.A. EPS y Sanitas Perú S.A. EPS. Al 2017, la primera poseía el 6% del mercado y la segunda, el 4%.
- Asimismo, el mercado de EPS ha estado indiscutiblemente liderado por Pacífico EPS S.A. y Rímac S.A. EPS los últimos cinco años.

Fuente: SuSalud. Elaboración: Macroconsult.

EN PROMEDIO LAS AFILIACIONES A EPS CRECIERON 4% LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS



*Afiliaciones a agosto de 2018.
Fuente: SuSalud. Elaboración: Macroconsult.

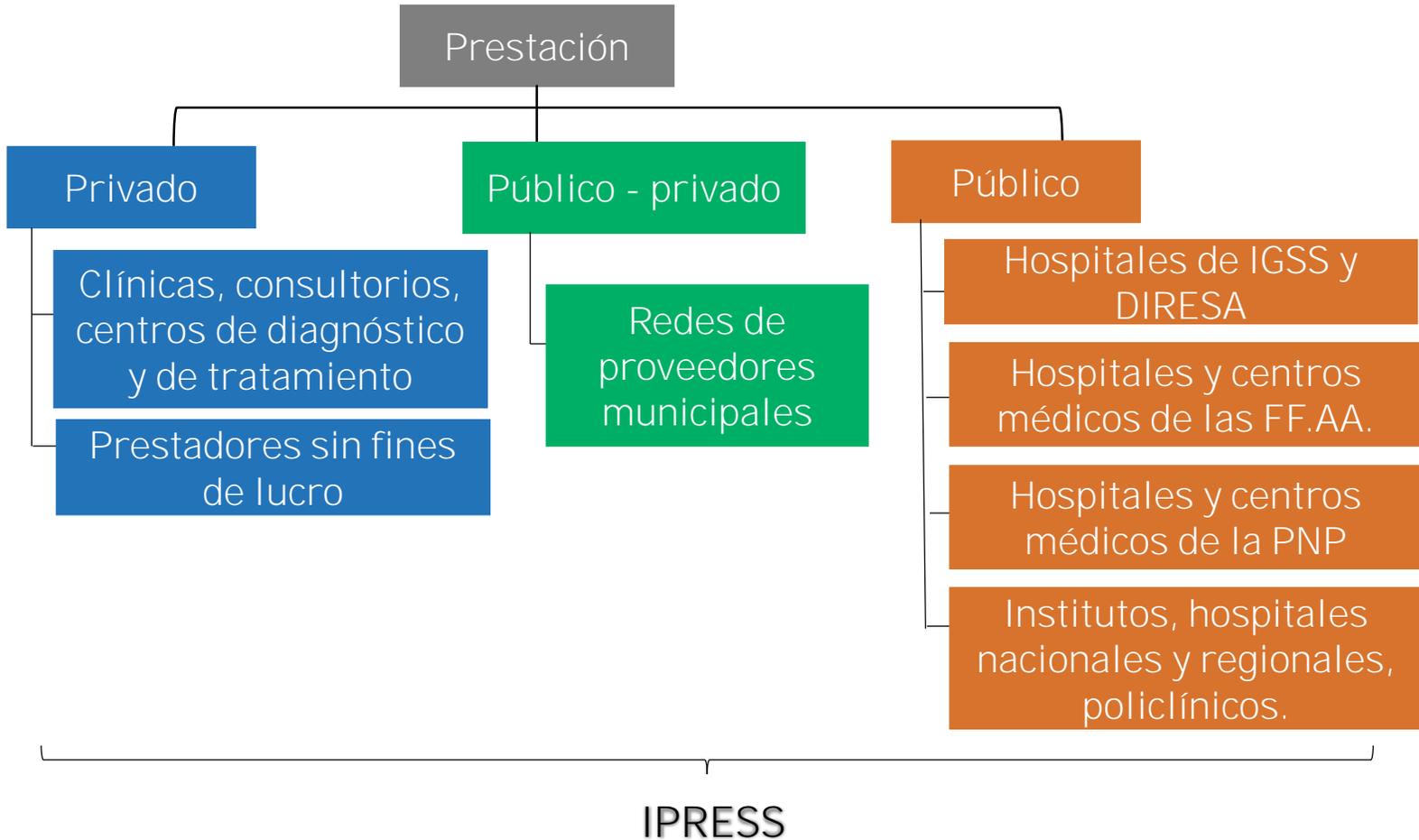


1/ Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
Fuente: SuSalud. Elaboración: Macroconsult.

- El número de afiliados a las EPS ha crecido a una tasa promedio anual de 4% los últimos cuatro años.
- El mayor incremento corresponde al régimen potestativo que es el aseguramiento que se realiza por decisión propia el demandante del seguro sin intermediación de un empleador. El segundo tipo de afiliación con mayor crecimiento es el SCTR asociado a trabajadores de actividades de alto riesgo.

PRESTACIÓN

SEGMENTACIÓN Y FRAGMENTACIÓN EN LA PRESTACIÓN



La prestación de servicios de salud está bajo la supervisión de Susalud y de la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS).

La SBS supervisa el manejo de los fondos de las IAFAS privadas, así como lo comprendido en los contratos.

Por otro lado, Susalud supervisa el cumplimiento de los contratos entre los usuarios y las IAFAS. Finalmente, Susalud es la entidad encargada de recibir las reclamaciones de los usuarios sobre los servicios de salud recibidos.

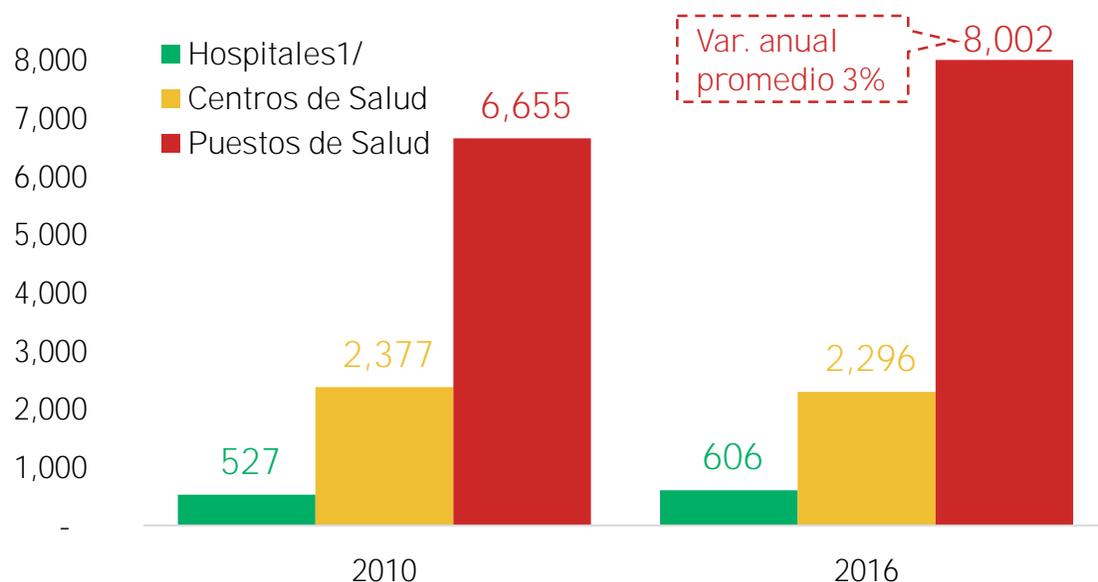
Fuente: Comisión de Protección Social.
Elaboración: Macroconsult.

Fuente: El sistema de salud en el Perú. Elaboración: Macroconsult.

Factores de oferta

LOS HOSPITALES AUMENTARON EN 79 ENTRE 2010 Y 2016

Establecimientos de salud a nivel nacional 2010 -2016



1. Hospitales: Establecimientos de salud destinados a la prestación de servicios de atención médica integral. Brindan atención ambulatoria y hospitalaria especializada
2. Centros de salud: Unidades de referencia donde se derivan los pacientes de los Puestos de Salud según su complejidad de atención. Pueden tener o no tener camas.
3. Puestos de salud: Establecimientos del primer nivel de atención, que desarrollan actividades de atención integral de salud de baja complejidad, con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales.

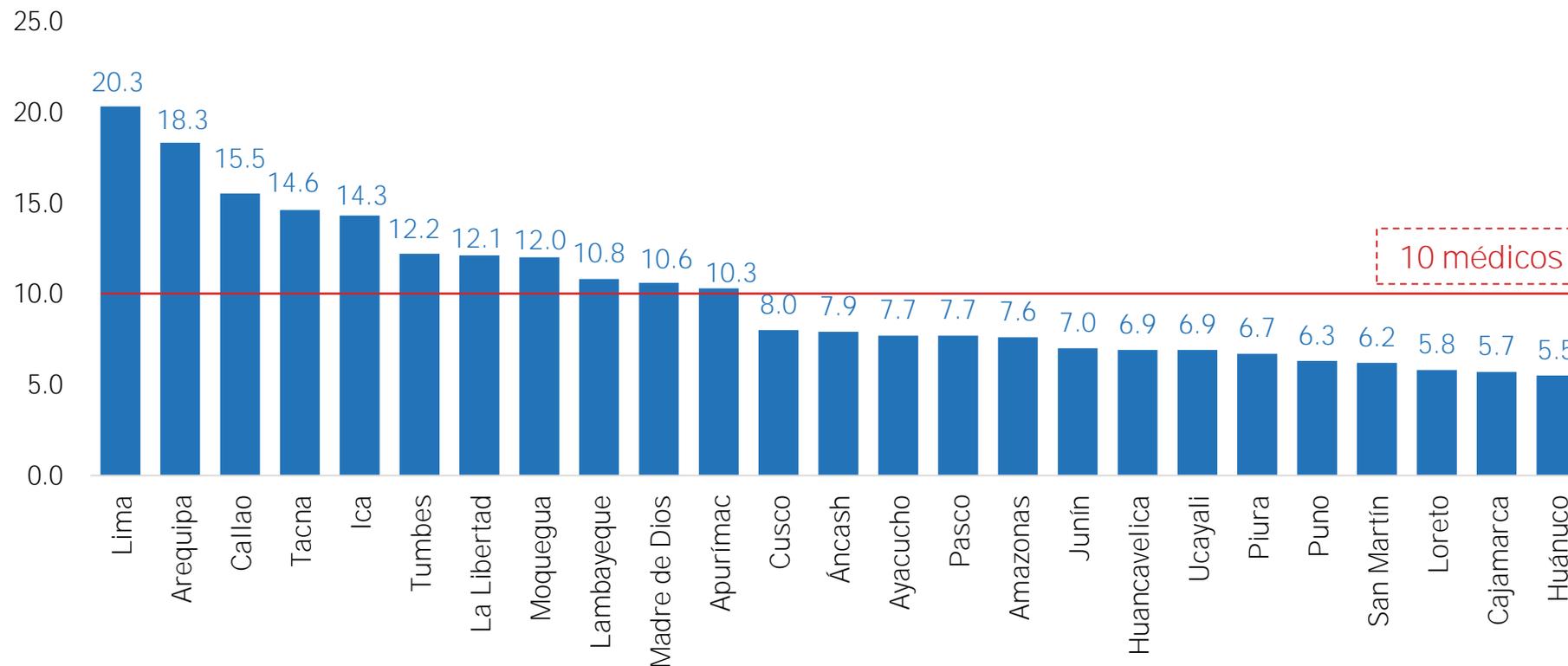
Fuente: SuSalud – Intendencia de Investigación y Desarrollo. Elaboración: Macroconsult.

1/ Incluye, hospitales del MINSA, EsSalud, Gobierno Regional, Fuerzas Armadas y Policiales, Municipalidad provincial, distrital y Clínicas privadas.

- A nivel nacional se puede observar una tendencia creciente en la construcción de más puestos de salud y hospitales los últimos años. Esta tendencia se repite en Lima. Según Susalud, al año 2016 Lima contaba con 1,059 puestos de salud y 203 hospitales entre los que se cuentan los pertenecientes al Minsa, EsSalud, clínicas privadas y otros.
- Asimismo, en el año 2016, entre las regiones con mayor número de establecimientos de salud se encuentran Lima (1,656), Cajamarca (938), Junín (632), Piura (587), Puno (570), Áncash (514), Amazonas (505), Loreto (493) y La Libertad (459).

CAJAMARCA Y HUÁNUCO TIENEN EL MAYOR DÉFICIT DE MÉDICOS A NIVEL NACIONAL

Densidad de médicos por cada 10,000 habitantes 2016
(Número de médicos)

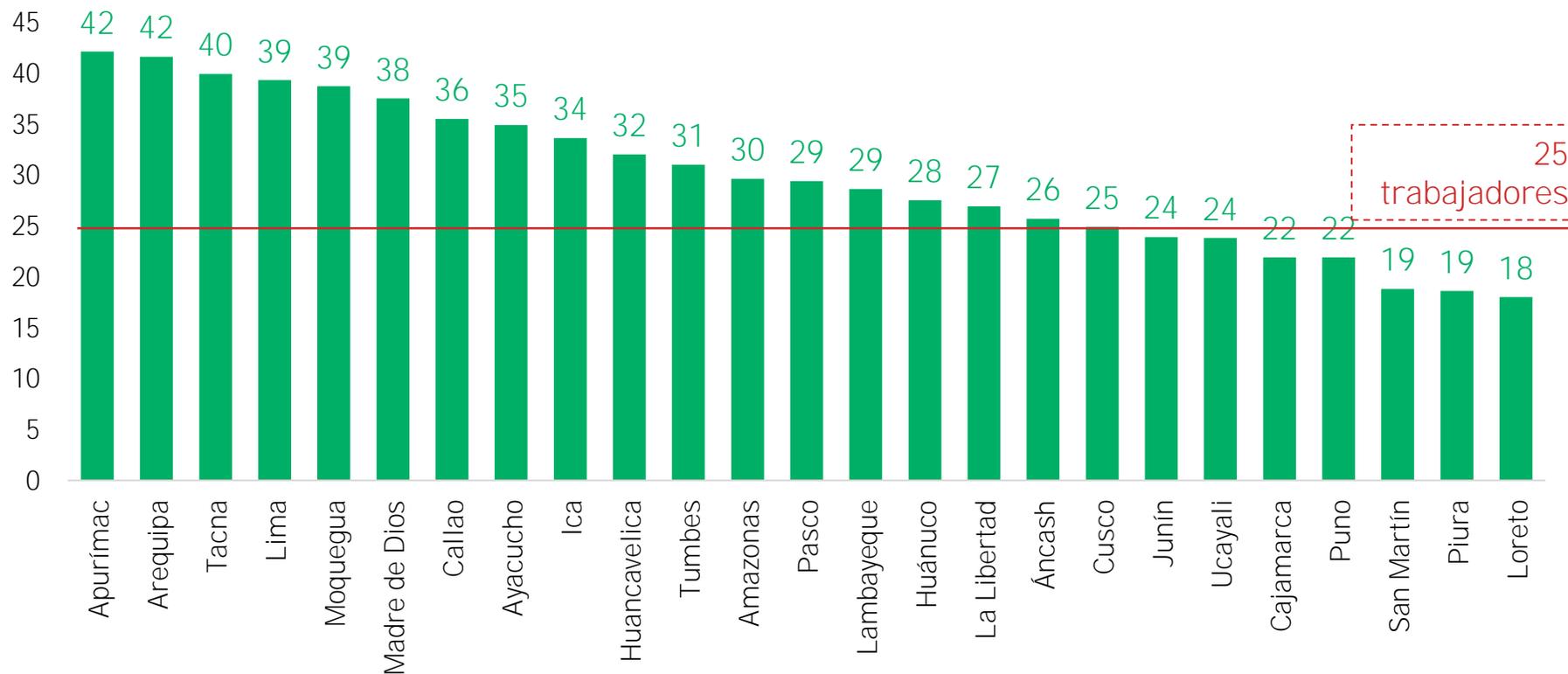


La OMS calcula que para que las intervenciones priorizadas sean cubiertas se requieren al menos de 10 médicos por cada 10,000 habitantes. En ese sentido, vemos que solo 11 de las 25 regiones cumplen con esta densidad mínima de médicos.

Fuente: Ministerio de Salud. Elaboración: Macroconsult.

PIURA Y LORETO TIENEN EL MAYOR DÉFICIT DE TRABAJADORES DE SALUD A NIVEL NACIONAL

Equipo de trabajadores de salud por cada 10,000 habitantes 2016
(Número de enfermeros)

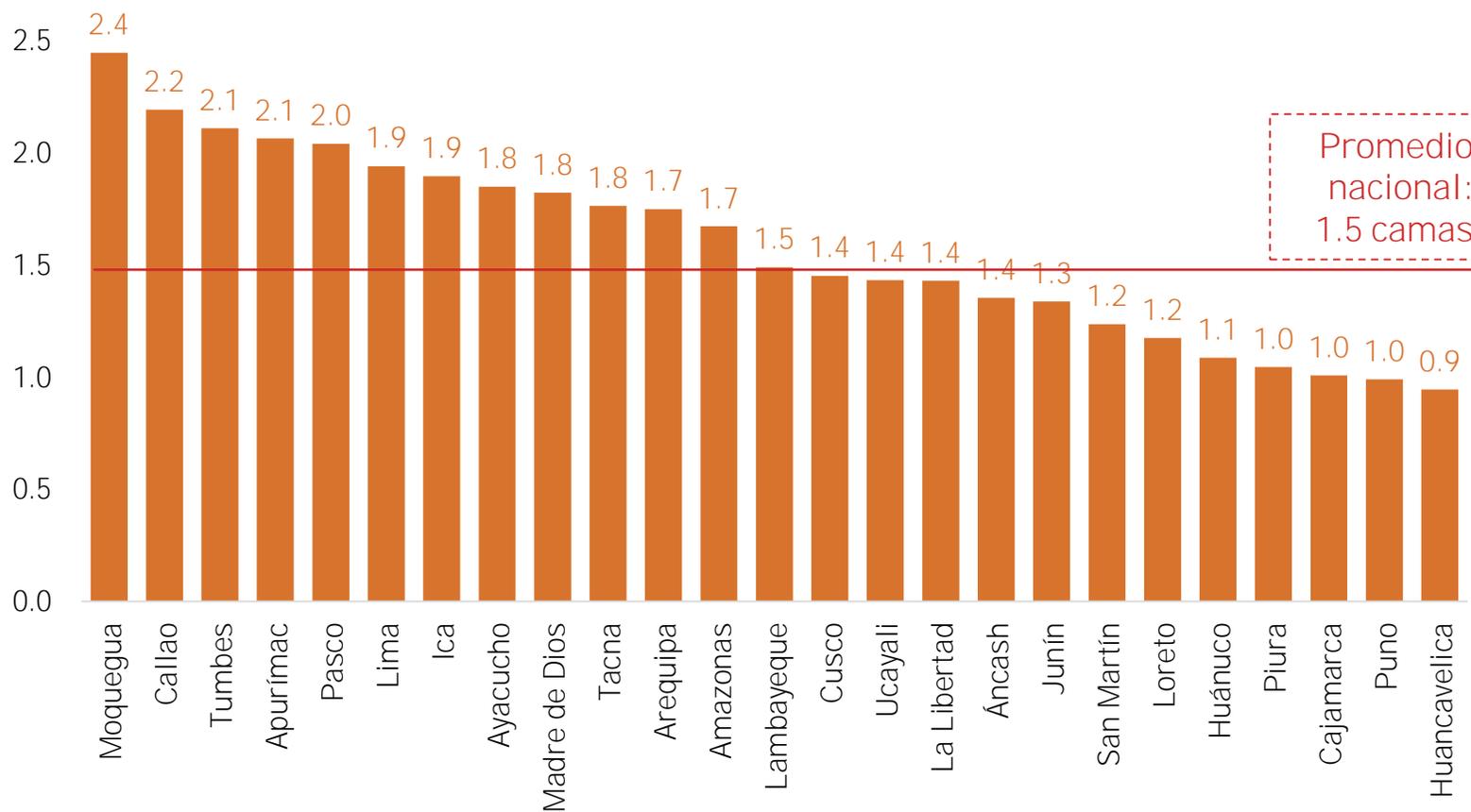


En línea con lo anterior, la OMS también sugiere que por cada 10,000 habitantes se cuente como mínimo con un equipo de 25 profesionales de la salud incluidos médicos, enfermeros y obstetras. En el Perú 18 de las 25 regiones cumplen con el requisito.

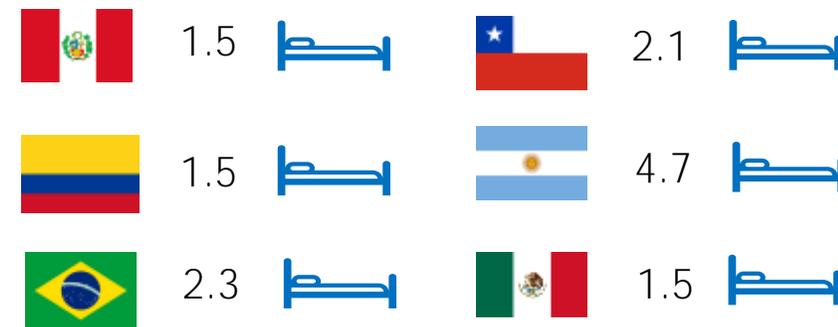
Fuente: Colegio de Enfermeros del Perú. Elaboración: Macroconsult.

MOQUEGUA TIENE EL MAYOR RATIO DE CAMAS HOSPITALARIAS

Camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes a nivel nacional 2015



Camas por cada 1,000 personas



Fuente: Banco Mundial. Elaboración: Macroconsult.

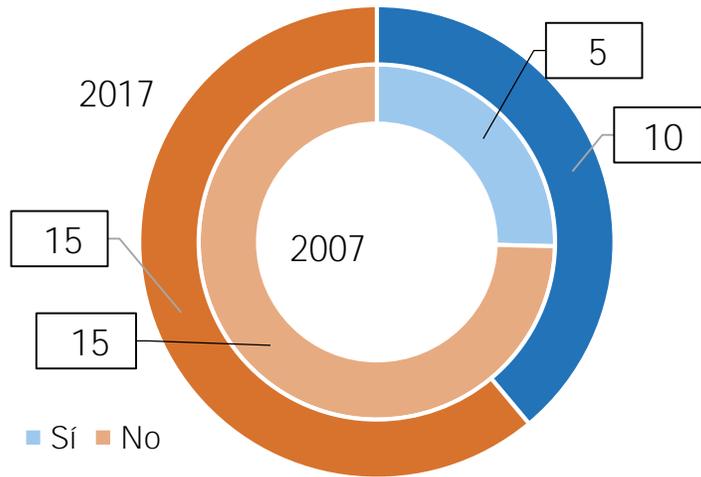
- Si bien el número de camas hospitalarias creció de forma importante los últimos años, el ratio de 1.5 camas por cada mil habitantes se ha mantenido desde el 2008.
- Por otro lado, solo 13 de las 25 regiones están por encima del promedio nacional (1.5 camas).

Fuente: Ministerio de Salud. Elaboración: Macroconsult.

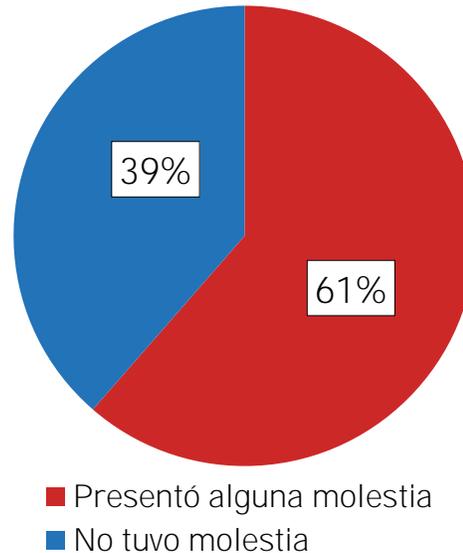
Factores de demanda

POBLACIÓN QUE SUFRIÓ ALGUNA MALESTAR SEGÚN ENAHO

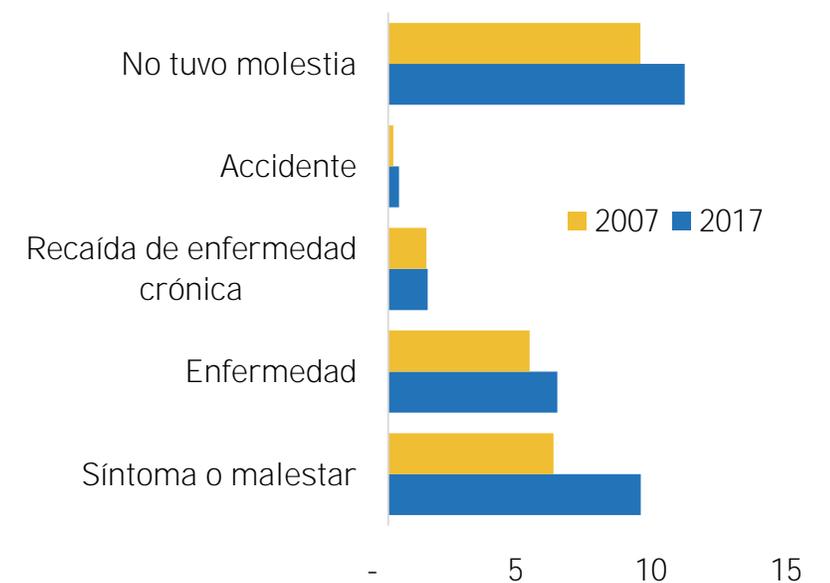
Malestar o enfermedad crónica
(Millones de personas)



Población urbana que sufrió molestias 2017
(%)



Molestias presentadas por la población
(Millones)



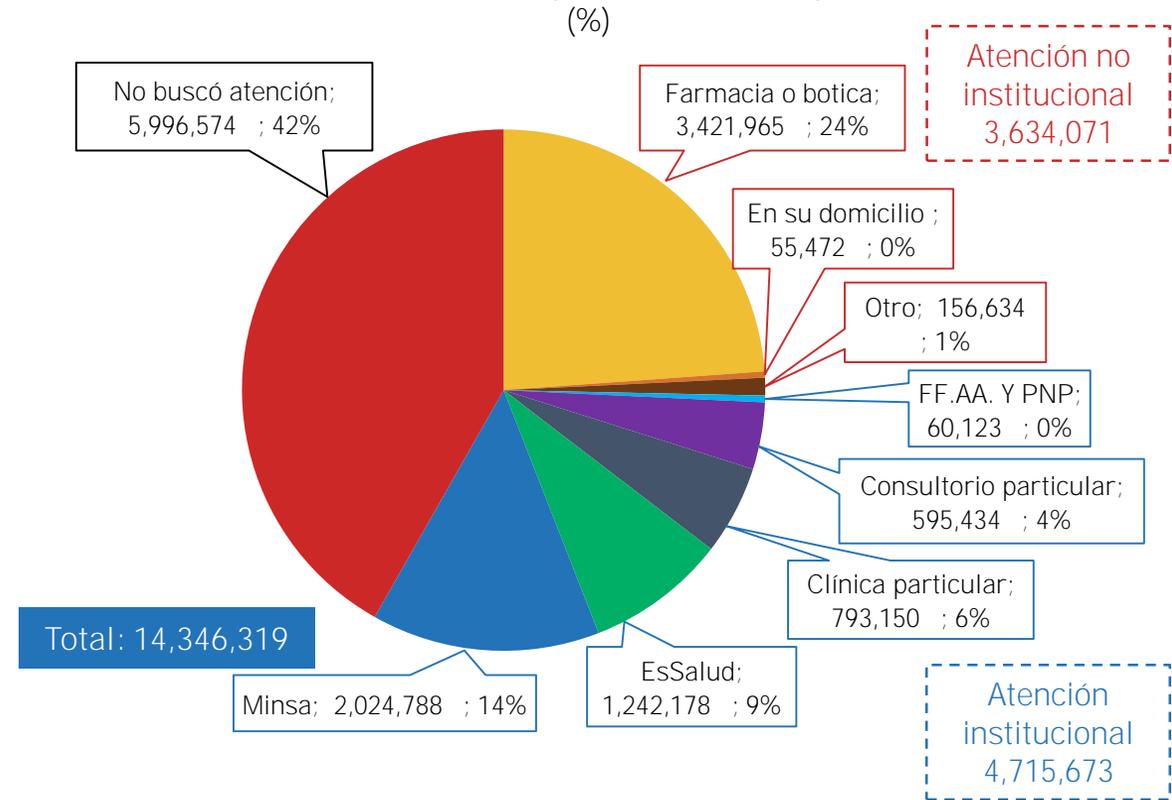
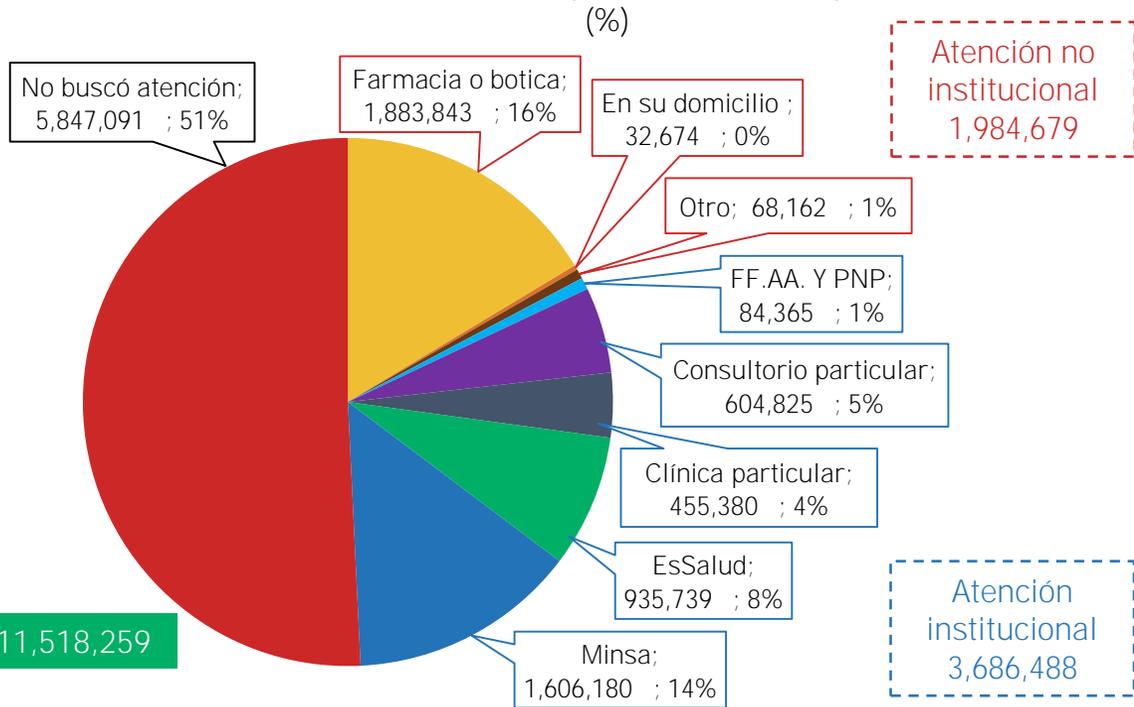
Fuente: Enaho 2007, Enaho 2017. Elaboración: Macroconsult.

- Dado que estamos específicamente interesados en la prestación de servicios de salud recibida por las personas que viven en zonas urbanas, nos limitaremos a esta población. Sobre este grupo identificamos a aquellas que sufrieron molestias durante las cuatro semanas previas a la entrevista.
- Los datos nos indican que 6 de cada 10 personas en el área urbana presentó alguna molestia relacionada a su salud en las cuatro semanas previas a la entrevista. Además, 2 de cada 5 personas sufre de una enfermedad crónica.

¿A DÓNDE ACUDEN LAS PERSONAS CUANDO SE SIENTEN MAL?

Establecimientos a los que acude la población 2007

Establecimientos a los que acude la población 2017



Fuente: Enaho 2007 y Enaho 2017. Elaboración: Macroconsult.

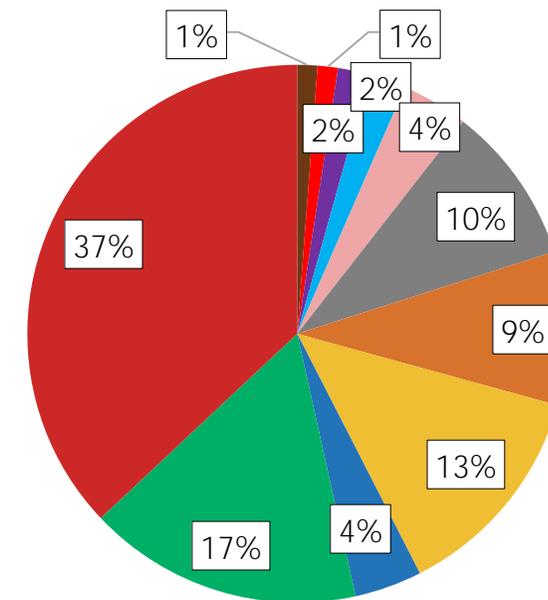
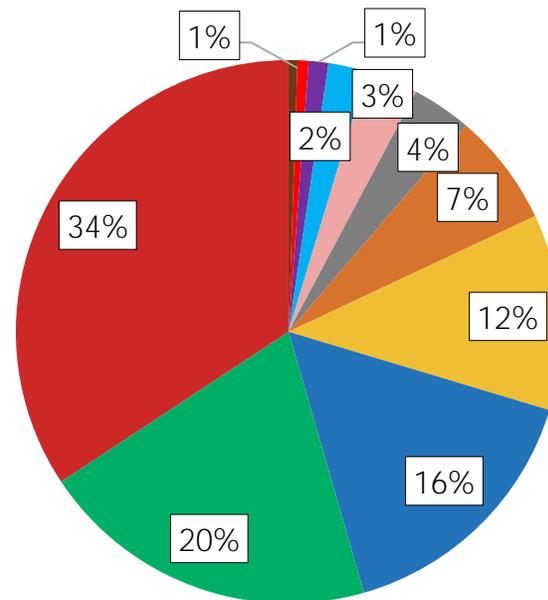
- Según la información recabada en la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) 2007 y 2017, la población que no buscó atención de alguna clase después de haber sufrido algún malestar se redujo en nueve puntos porcentuales (pp) entre los años 2007 y 2017 dentro del área urbana. Esto podría evidenciar una mayor preocupación por la atención de sus problemas de salud.
- En esa misma línea, un mayor porcentaje de la población buscó atención en boticas (+8pp), en clínicas particulares (+2pp) y en los establecimientos de EsSalud (+1pp).

RAZONES POR LAS QUE NO SE ATENDIERON EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Razones para no acudir a un centro de salud 2007 (%)

Razones para no acudir a un centro de salud 2017 (%)

- Por maltrato del personal
- Se encuentra lejos
- No tiene seguro
- Otro
- No confía en los médicos
- Demoran mucho en atender
- Prefiere remedios caseros
- Falta de tiempo
- No tuvo dinero
- Autorecetó
- No era grave/necesario



Fuente: Enaho 2007 y Enaho 2017. Elaboración: Macroconsult.

- Las personas que se sintieron mal y que no acudieron a un establecimiento de salud reportaron que tienen este comportamiento principalmente porque no lo consideraron necesario, se automedicaron, no tuvieron dinero o por falta de tiempo.
- Entre el 2007 y el 2017, una de las razones que cobró mayor importancia fue la demora en la atención que se vio reflejada en un aumento de 4% a 10% de casos. Asimismo el porcentaje de personas que no acudieron debido a la carencia de un seguro médico se duplicó en ese mismo periodo.
- Por otro lado, en el año 2017, la falta de dinero dejó de ser una de las principales razones pasando a explicar solo el 4% del total (-12pp).

DATOS SOBRE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

En promedio transcurren 13 días entre la fecha de la solicitud de la cita hasta el día de la atención de consulta externa^{1/}.

1 hora con 40 minutos es el tiempo promedio de espera de un usuario desde que ingresa al establecimiento de salud hasta que es atendido en consulta.

- **MINSA – GR:** 2 horas con 5 minutos
- **EsSalud:** 1 hora con 20 minutos
- **FF.AA. Y PNP:** 1 hora y 4 minutos
- **Clínicas:** 57 minutos

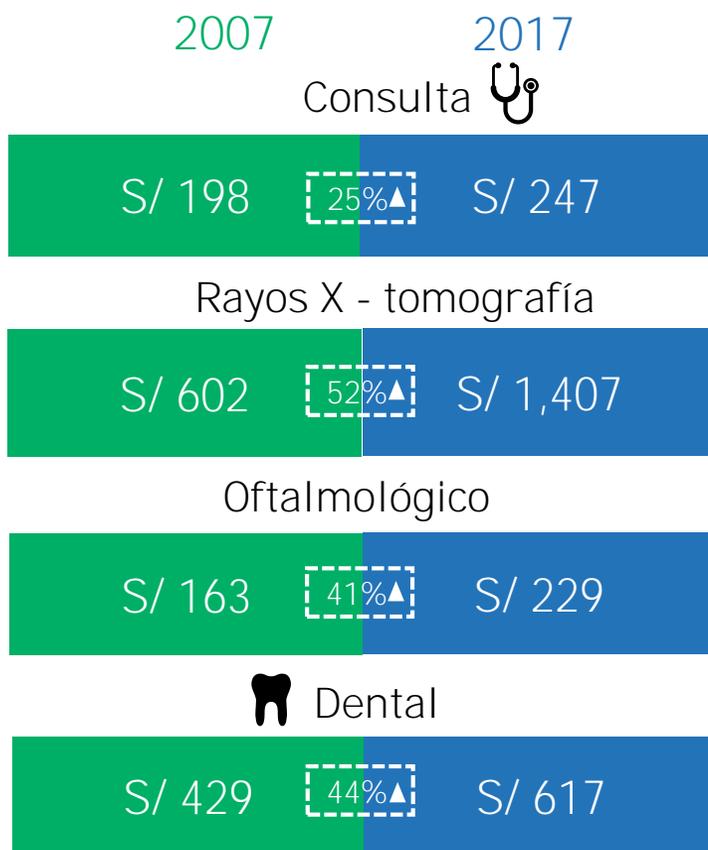
El 89% de los usuarios que se atendieron en consulta externa acudieron a un establecimiento de salud ubicado en su misma ciudad.

El tiempo promedio de duración de una consulta es de 12 minutos.



^{1/} Servicios médicos realizados de forma ambulatoria.
Fuente: Ensusalud 2016. Elaboración propia.

AUMENTO IMPORTANTE DEL GASTO EN SALUD(*) LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS



(*) Este gasto incluye el gasto de los miembros del hogar, el valor de las donaciones de privados y de instituciones estatales (Ej. SIS), seguros y otros.

Fuente: Enaho 2007, Enaho 2017. Elaboración: Macroconsult.

CONCLUSIONES

- Los grupos poblacionales que demandan mayores servicios de salud, niños y ancianos, representan en la actualidad el 12% de la población total. Por otro lado, las proyecciones del INEI estiman que en las siguientes décadas tendrá lugar un envejecimiento poblacional de modo que la población mayor a 60 años pasará de 3.3%, actualmente, a 7.6% en 2048. Los niños (menores de 14 años) pasarán de representar 8.6% a solo 7.5% del total en ese mismo año, manteniendo una importante proporción de la población.
- El Producto Bruto Interno de salud ha venido creciendo a una tasa anual promedio de 5% en los últimos siete años. Análogamente, el gasto público en salud ha crecido de modo importante, a una tasa promedio de 12% anual los últimos ocho años. En esa misma línea, el gasto de las familias en ese rubro el 2017 fue 1.6 veces el gasto de ellas mismas el 2007, creciendo en promedio 5% anual.
- Según la Comisión de Protección Social (CPS), el Ministerio de Salud (Minsa) ejerce una rectoría débil sobre el sistema de salud peruano dado que comparte varias de sus funciones con otras instituciones estatales como los ministerios de Defensa, del Interior y de Trabajo. Asimismo, presenta problemas de segmentación en el aseguramiento y de fragmentación en la prestación de servicios de salud. Dando lugar a la existencia de subsistemas en ambos ámbitos. Por el lado del aseguramiento, esto trae como consecuencia condiciones de financiamiento, provisión y afiliación enfocadas en grupos poblacionales particulares provocando una mala gestión de riesgos, gastos ineficientes y limitaciones en el acceso a servicios de ciertos grupos. Por el lado de la prestación, esto provoca que no se aprovechen eficientemente los escasos recursos humanos y que se haga un uso ineficiente de la infraestructura de salud.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

- Cifras del Minsa indican que en el Perú solo 11 regiones tienen 10 médicos por cada 10,000 habitantes y que 17 tienen un equipo de al menos 25 trabajadores de salud entre médicos, enfermeros y obstetras por cada 10,000 habitantes (estándares mínimos de la Organización Mundial de la Salud). Asimismo, 12 de las 25 regiones están debajo del promedio nacional de 1.5 camas hospitalarias.
- La población afiliada a un seguro de salud pasó de 42% a 76% de la población total en el periodo 2007 -2017. Este crecimiento se debió principalmente a la mayor cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) que pasó de 17% a 44% de la población en ese mismo periodo, sobre todo a aquella en situación de pobreza.
- En línea con lo anterior, la IAFAS más importante del sector público es el SIS que actualmente tiene afiliados a 11,095,060 personas en el área urbana (octubre 2018), de los cuales el 98,4% se encuentra en el régimen subsidiado o gratuito. Sin embargo, el informe final de la Comisión de Protección Social (2017) concluye, con base en los cálculos de Escobedo (2017), que el presupuesto asignado a este seguro no cubre ni el costo fijo, ni los costos variables asociados a la cobertura real del PEAS, cobertura de salud que, en teoría, está garantizada por este seguro. Por ese motivo, concluye que la cobertura prestacional del SIS se encuentra desfinanciada.
- Por otro lado, el mercado de las IAFAS privadas está dividido casi equitativamente entre prepagas (35%), aseguradoras (32%) y EPS (29%), con una menor participación de los autoseguros (3%). Todas ellas han mostrado un importante crecimiento de sus afiliaciones los últimos cinco años. Las empresas aseguradoras crecieron en promedio 120% anual el último quinquenio.

- Sobre la demanda de servicios de salud, datos de la Encuesta Nacional de Hogares revelan que el 2017 se duplicó el número de personas que declararon tener un malestar crónico (de 5 a 10 millones) respecto de los datos del 2007. Además, aumentó en 9 puntos porcentuales (pp.) el número de personas que buscó atención ante el padecimiento de algún malestar. Sin embargo, el porcentaje de la población que no busca ningún tipo de atención ante una molestia sigue siendo alto (42%).
- Por otra parte, si bien es mayor el número de personas que busca atención, la mayor parte de este incremento se debe al aumento de la atención no institucional, específicamente boticas y farmacias (+8 pp.). En contraste, la atención institucional solo aumentó en 1 pp. respecto del 2007: clínicas particulares (+2pp.) y consultorios privados (-1pp.).
- Sobre las razones por las que las personas no buscaron atención ante sus molestias, al comparar las respuestas de la población entre el 2007 y el 2017, resalta la gran reducción de la falta de dinero como respuesta, de 16% a 4%.
- Finalmente, tras la identificación de los rasgos distintivos de la población asegurada y no asegurada, llegamos a la conclusión que existe un mercado potencial para las IAFAS e IPRESS privadas en la población no asegurada. De la población no asegurada, el 78% se encuentra en los tres quintiles de mayores ingresos, el 87% son informales, el 48% son independientes y el 64% son adultos entre 20 y 59 años. Asimismo, los trabajadores informales de este grupo perciben en promedio S/ 1,149 mensuales mientras que los formales ganan en promedio S/ 1,681.



SISTEMA DE INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Ibeeth Valencia

ivalencia@macroconsult.pe

sim.macroconsult.pe

www.grupomacro.pe

(511) 203-9800