



Factibilidad Económica de la EPSS Aplicación al caso peruano

**Margarita Petrera
OPS/OMS Perú**

**XI Curso Taller OPS/OMS CIESS Legislación de Salud:
Marco Regulatorio para la Extensión de la Protección
Social en Salud.
México DF, 6-10 septiembre 2004**

Proyecto de Extensión de la Protección Social en Salud (EPSS)

- **Iniciativa interagencial (OPS, OIT y ASDI)**
- **Suscrita por los países miembros**
- **Destinada a combatir la exclusión en salud**

El problema

**Población total de A. Latina y el Caribe:
500 millones. De ellas:**

- **125 millones de personas sin acceso permanente a servicios básicos de salud, (27% de la población)**
- **230 millones sin algún tipo de seguro en salud, sistema público o privado, (46% de la población)**

(OPS, Informe 2000)

Proyecto de Extensión de la Protección Social en Salud (EPSS)

El Desafío

“Garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades”

(CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 2002, Resoluc 26/12)

Proyecto de Extensión de la Protección Social en Salud (EPSS)

- **Objetivo del Proyecto**

Extender la protección social en salud combatiendo la exclusión en salud

- **Propósito del Proyecto**

Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para enfrentar la exclusión y reducir las barreras para extender la protección social en salud a los excluidos

Exclusión social en salud

Se define como la falta de acceso de algunos grupos o individuos a los bienes y servicios en salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, que otros grupos de la sociedad disfrutan. La exclusión en salud es: Multicausal, Heterogénea, Dinámica (OPS-OMS, 2003)

Estrategia de EPSS: Qué busca?

- **Caracterizar y medir** la exclusión en salud
- Diseñar, organizar e implementar actividades de **Diálogo Social**
- Elaborar un **Plan de Acción** para la reducción de la exclusión en salud
- Apoyar y promover la movilización de recursos nacionales y supranacionales para la implementación del Plan de Acción (financieros, políticos, tecnológicos)

Fases de la Iniciativa EPSS

Tres Fases

- Fase I: **Caracterización** de la exclusión en salud
- Fase II: **Diálogo social**
- Fase III: Ejecución del **Plan de Acción**

Fase I: Caracterización de la Exclusión Social en Salud

**Las estrategias implementadas
y su impacto sobre la exclusión**

**Medición y caracterización de la
exclusión**

**La estructura de los sistemas de
protección de salud**

Dimensiones de Análisis y Fuentes de Exclusión en la Medición

- **Externa (barreras de acceso)**
 - Económicas
 - Geográficas
 - Laborales
 - Étnicas
 - Género
 - Suministro de servicios públicos en vivienda
- **Interna (sector salud)**
 - Organizacional (garantías de acceso)
 - Estructura (recursos infraestructura y personal)
 - Procesos básicos

Indice Compuesto de Exclusión (composición según fuente)

Pobreza

Precariedad laboral

Ruralidad

Discriminación étnica

Servicios domiciliarios

54%

RR HH calificados en atención salud

Infraestructura hospitalaria

Servicios esenciales atención salud

46%

La exclusión social en salud no sólo es un problema del sector salud

- **La población excluida del sistema de salud en el Perú está compuesta básicamente por los pobres (87%) que residen en zonas rurales (80%), forman parte de la fuerza laboral independiente o dependiente sin contrato de trabajo (68%) y no están asegurados (58%).**
- **Existe un alto grado de asociación negativa entre el nivel de pobreza y la afiliación a seguros de salud**
- **La población excluida y con alto riesgo de exclusión se ubica en un 54% en edad productiva, en el rango de edad de 18-65 años**
- **Escaso grado de instrucción: (74% de la población excluida tiene educación primaria o no tiene educación)**

Grado de Severidad del Riesgo de Exclusión

(distribución de la población nacional)

- Severo 9.6% (2.6 millones de personas)
- Alto 30.1% (8.1 millones de personas)
- Medio 29.6% (8.0 millones de personas)
- Bajo 30.7% (8.3 millones de personas)

TOTAL 100.0% 27 millones de personas

Grado de Severidad del Riesgo de Exclusión

(según departamentos del país)

- Departamentos con + de 80% de población en riesgo severo y alto: los de la sierra sur y selva amazónica
- Departamentos con + de 80% de población en riesgo moderado y alto: los de la sierra norte y central, costa norte
- Departamentos con + de 80% de población en riesgo bajo y moderado: costa central y sur

Perfil de la Población con Alto Riesgo de Exclusión

La población con alto riesgo de exclusión esta compuesta por población pobre (87%) que reside en áreas rurales (80%) y forma parte de la fuerza laboral sin contrato. Generalmente se ubica en el rango de edad de 17 a 45 años (71%). Tiene un bajo grado relativo de instrucción (educación primaria 53%)

Proyecto de Extensión de la Protección Social en Salud

2. Hay tres condiciones para efectivizar la garantía:

- Existencia accesible de la oferta de servicios (física y económica)**

- Evitar el daño catastrófico a los hogares causados por la enfermedad y sus secuelas**

- Dignidad en la atención de salud (calidad y respeto a las características raciales, culturales y económicas de los usuarios)**

Proyecto de Extensión de la Protección Social en Salud

- 3. El abordaje de la exclusión social contempla modalidades de intervención congruentes y reforzadas entre sí en los ámbitos de rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud.**
- 4. Las etapas de la iniciativa a nivel de país pasan por el diagnóstico de la exclusión social en salud e identificación de estrategias, el desarrollo del diálogo social como herramienta; y, la elaboración de un Plan Nacional de Acción.**

Proyecto de Extensión de la Protección Social en Salud

5. Perú esta suscrito a la iniciativa, ha culminado su primera etapa y se encuentra promoviendo el diálogo social, así como la inserción de la iniciativa dentro de los procesos nacionales como el de aseguramiento público en salud, entre otros.

Son preocupaciones importantes de la iniciativa la atención garantizada a la población dispersa rural, así como la incorporación de la PEA informal a esquemas de aseguramiento. Este es uno de los temas promovidos desde el Consejo Nacional de Salud, Comité Universalización de la Seguridad Social en Salud

Una realidad

- 1. El sector informal está creciendo: En América Latina en la última década, 7 de cada 10 puestos de trabajo urbanos se generaron en el sector informal.**

m1

La fuerza de trabajo creció en 40 millones de personas entre 1990 y 1999. De estos, 11 millones no encontró trabajo, 9 millones lo encontró en el sector formal y 29 millones lo generaron en el sector informal (CEPAL 2001)

Slide 19

m1

De los 40 millones
mpetrera, 08/02/2004

Una realidad

- 2. En América Latina, entre el 25 y 70% de la población del sector informal es pobre**
- 3. La mayoría del sector informal no tiene aseguramiento y es altamente vulnerable ante los costos financieros de las enfermedades**

m2

La población con alto riesgo de exclusión en salud en Perú esta compuesta mayoritariamente por población pobre que reside en áreas rurales y forma parte de la fuerza laboral sin contrato. Generalmente tiene entre 17 y 45 años (Estudio Diagnóstico Exclusión Social en Salud en Perú, Iniciativa Extensión Protección Social Salud).

m2

De los 40 millones
mpetrera, 08/02/2004

Barreras Laborales, Perú 2000

	PEA	TIENEN SEGURO SALUD
• Dependientes:	39%	17-8%
– Con contrato	18%	77%
– Sin Contrato	21%	15%
• Independientes:	51%	14%
• Desempleado:	10%	13%
TOTAL PEA	100%	26%

Qué desafíos especiales crea su aseguramiento en salud?

- 1. La población del sector informal tiene una capacidad contributiva escasa, irregular y poco fiable**
- 2. El aseguramiento del sector informal crea importantes costos administrativos**
- 3. La conducta del sector informal frente al aseguramiento en salud tiende a ser reticente y de corto plazo (ante necesidad)**
- 4. No hay incentivos para el aseguramiento de esta población**

Capacidad contributiva de los informales...

Escasa



**Capacidad de pago reducida
de la gran mayoría**

Irregular



**Por cambios estacionales
Cambios de actividad
Periodos de para**

Poco fiable



**Pequeños grupos de mayor
capacidad tiene facilidad para
eludir pagos
Falsos indigentes**

E pur si muove!!!

Indagamos sobre la percepción de los actores sociales involucrados priorizando tres ejes temáticos: condiciones de acceso, calidad de servicios de salud y aseguramiento en salud y encontramos:

- Percepciones diferenciadas de la población usuaria según ubicación urbana-rural, condición laboral y actividad económica.**

(Estudio Diagnóstico Exclusión Social en Salud en Perú, 2002. Iniciativa Extensión Protección Social Salud).

E pur si muove!!!

- **Disposición a pagar por más calidad (reducción en tiempo de espera y efectividad del tratamiento) en microempresarios.**

Demandas por mejora en la calidad y necesidad de red de referencia-contrareferencia efectiva

- **Se requiere de un nivel organizativo inherente a los mismos trabajadores: sus organizaciones son las que deben cobrar y cotizar a un fondo**

Es un reto pendiente

- 1. Los seguros de salud para grupos informales tienden a colapsar sino no están integrados en otros seguros de naturaleza obligatoria**
- 2. Muchos países no han resuelto la incorporación de la población informal bajo esquemas de seguridad social**

En Perú han existido experiencias diversas de asimilación a EsSalud con escasos resultados en afiliación y alta selección adversa. Tema cuya resolución requiere coordinación con un seguro público

Es un reto pendiente

3. Los esquemas de seguros públicos están en desarrollo y tienen como temas centrales: la sostenibilidad financiera y la focalización en los pobres

En Perú, se ha desarrollado progresivamente diversas modalidades (Seguro Escolar, pilotos Materno-Infantil) que han desembocado en el Seguro Integral de Salud que camina a ser un Seguro Público. Uno de sus retos es la discriminación objetiva entre población con capacidad de pago y sin ella. A coordinar con EsSalud la posición frente a la población informal con capacidad de pago.

Es un reto pendiente

4. Necesitamos una visión sectorial de largo plazo hacia un aseguramiento universal, compatible con una definición y compromiso de solidaridad

Qué procesos socio-políticos y económicos soportan los derechos ciudadanos?

Cuales son los acuerdos que los grupos económicos, sociales y políticos están dispuestos a efectuar?

Cual es el rol del Estado como el gran ordenador?

