

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Vilma Aurora Montañez Ginocchio

Directora

Ana Lorena Prieto Toledo

Madrid, 2018



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN
ORTEGA Y GASSET

DOCTORADO EN GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Tesis Doctoral

ANÁLISIS DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD EN PERÚ

VILMA AURORA MONTAÑEZ GINOCCHIO

Directora de la Tesis

ANA LORENA PRIETO TOLEDO
UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO

Madrid, 2017

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	X
ABSTRACT: ANALYSIS OF OUT-OF-POCKET HEALTH EXPENDITURE IN PERU	XII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1. Planteamiento del problema	3
2. Objetivos	5
A) <i>Objetivo general</i>	5
B) <i>Objetivos específicos</i>	5
3. Preguntas de investigación	5
4. Hipótesis de la investigación	5
5. Justificación de la investigación	6
III. MARCO CONCEPTUAL	9
1. Antecedentes de los sistemas de salud	9
2. Cobertura universal	14
A) <i>Los planes de beneficios</i>	18
3. Protección financiera	20
A) <i>Sistemas de financiación</i>	20
a) Recaudación de fondos	20
b) La mancomunación de fondos	26
c) La compra de servicios	32
d) Los seguros de salud	34
B) <i>La equidad e igualdad en el acceso universal a la salud en el financiamiento</i>	37
C) <i>El gasto de bolsillo</i>	40
a) Gasto catastrófico en salud	44
b) Gasto empobrecedor en salud	46
IV. CONTEXTO GENERAL	47
1. Crecimiento económico	47
2. Perfil demográfico, epidemiológico y socioeconómico	48
A) <i>Perfil demográfico</i>	49
B) <i>Perfil epidemiológico</i>	50
C) <i>Perfil socioeconómico</i>	52
3. Breve descripción del sistema de salud en el Perú	55
A) <i>Sector público</i>	55
B) <i>Sector privado</i>	57
C) <i>Regulación y rectoría</i>	58
D) <i>Evolución del sistema y situación actual</i>	58
4. Gasto en salud	61
A) <i>Gasto per cápita en salud</i>	63
5. Las reformas para la protección financiera	65
A) <i>El aseguramiento universal, 2009</i>	65
B) <i>La reforma del año 2013</i>	68
6. La fragmentación del aseguramiento	72

a) Los ingresos de las personas, los seguros y las primas	74
b) El caso del SIS	76
V. GASTO DE BOLSILLO EN SALUD COMPARADO CON OTROS PAÍSES.....	83
1. La evolución del gasto de bolsillo en salud, antes y después de las reformas	83
2. Comparación del gasto de bolsillo en salud de Perú con otros países	84
VI. METODOLOGÍA	95
1. Diseño de la investigación	95
2. Investigación cuantitativa	96
A) <i>Datos panel versus datos no panel</i>	96
B) <i>Programa estadístico</i>	97
C) <i>Análisis descriptivo</i>	98
a) Submuestras para el análisis.....	98
b) Variables descriptivas	101
D) <i>Análisis econométrico</i>	105
VII. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	109
1. Análisis descriptivo: Características de los hogares	109
A) <i>Características de los hogares por tipo de aseguramiento al inicio del período</i>	109
a) Asegurados sólo SIS	109
2. Análisis descriptivo: Evolución y estado del aseguramiento y nivel de ingreso	123
A) <i>Evolución en la composición de los hogares</i>	123
B) <i>Evolución de la presencia de problemas de salud y demanda de servicios de atención</i>	127
a) Aseguramiento por pobreza (distribución de cada grupo de aseguramiento por condición de pobreza).....	130
b) Pobreza por aseguramiento (distribución de la condición de pobreza por tipo de aseguramiento)	133
E) <i>Distribución del gasto de bolsillo en la atención</i>	139
F) <i>Comportamiento de los hogares frente a un problema de salud</i> .	141
a) Búsqueda de atención.....	141
b) Razones para no buscar atención	142
c) Decisión de buscar atención y dónde	143
3. Análisis descriptivo: Probabilidades de transición de los hogares. En la búsqueda de respuestas	146
4. Análisis de regresión econométrica del gasto de bolsillo	150
A) <i>Primer grupo de regresiones de hogares sin seguro</i>	150
B) <i>Segundo grupo de regresiones de hogares con seguro</i>	154
5. Comparación de resultados con las políticas y reformas	159
A) <i>Entendiendo los resultados desde el contexto de las políticas</i>	160
B) <i>Los insuficientes cambios para la separación de funciones en el sistema de salud</i>	171
6. Revisión de resultados finales	174
VIII. DISCUSIÓN Y RESPUESTAS DESDE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	181
IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	189

BIBLIOGRAFÍA	193
ANEXOS	205
Anexo A : Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.....	207
Anexo B : Encuesta Nacional de Hogares, base de datos panel 2007-2011.....	215
Anexo C : Normas adicionales para la implementación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Marzo 2009-Diciembre 2013.....	223
Anexo D : Estadísticas descriptivas.....	243

Lista de Figuras

Figura III.1 Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal.....	16
Figura III.2 Sistemas de Salud.....	18
Figura III.3 Convergencia entre los modelos de sistemas de salud.....	25
Figura III.4: Atención de salud y el gasto de bolsillo: Cómo se llega al gasto de bolsillo.....	42
Figura IV.1: Panorama general del sistema de salud en el Perú.....	58

Lista de Gráficos

Gráfico IV.1: Evolución del PIB 2000-2015 y proyecciones para 2016-2021 (cambio porcentual), Perú, América Latina y el Caribe, y economías avanzadas.....	48
Gráfico IV.2: Pirámide poblacional, 2000 y 2015	49
Gráfico IV.3: Distribución de la carga de enfermedad por sexo, 2004 y 2012.....	51
Gráfico IV.4: Evolución de la pobreza monetaria, 2001-2015, por dominio geográfico	52
Gráfico IV.5: Evolución de la tasa de mortalidad en menores de 5 años, infantil y neonatal, 1990-2015.....	55
Gráfico IV.6: Evolución del aseguramiento en el Perú, 2004-2015.....	59
Gráfico IV.7: Establecimientos de salud por sector, 2016	60
Gráfico IV.8: Evolución de la distribución del financiamiento en salud en el Perú por agentes, 1995-2012.....	62
Gráfico IV.9: Evolución de gasto total en salud per cápita (\$int ajustados por PPA, constantes del año 2011) por tipo de gasto, 1995-2014 ..	63
Gráfico IV.10: Distribución de la PEA ocupada, según aseguramiento, 2005-2015 (%).....	74
Gráfico IV.11: Distribución de la PEA ocupada asalariada con seguro, según tipo de seguro de salud, 2005-2015 (%)	75
Gráfico IV.12: Presupuesto SIS (PIM) y transferencias 2005-2014	77
Gráfico V.1: Evolución del gasto de bolsillo en salud (en \$int, PPA, 2011), Perú y grupos de países seleccionados, 1995-2014.....	85
Gráfico V.2: Evolución del gasto de bolsillo en salud (como porcentaje del gasto total en salud), Perú y grupos de países seleccionados, 1995-2014	86
Gráfico V.3: Gasto de bolsillo en salud (como porcentaje del gasto total en salud), países de América Latina y el Caribe y OCDE, 2014... ..	87
Gráfico V.4: Gasto público en salud (como porcentaje del PIB), países de América Latina y el Caribe y OCDE, 2014	88
Gráfico V.5: GBS como porcentaje del gasto total en salud y gasto público en salud como porcentaje del PIB, países de América Latina y el Caribe y OCDE, 2014	89
Gráfico VI.1: Procedimiento para determinar las líneas de pobreza.....	100
Gráfico VI.2: Factores de riesgo (gasto esperado) de los afiliados al SENASA, 2012.....	102

Gráfico VII.1: Evolución de la condición de pobreza en los hogares en la muestra panel, 2007-2011	130
Gráfico VII.2: Evolución de la condición de pobreza en los hogares en la muestra panel por tipo de aseguramiento, 2007-2011	132
Gráfico VII.3: Evolución del tipo de aseguramiento por condición de pobreza, 2007-2011	134
Gráfico VII.4: Evolución de la condición de pobreza en los hogares en la muestra panel, 2007-2011	138
Gráfico VII.5: Evolución de la condición de pobreza en los hogares en la muestra panel, 2007-2011	142
Gráfico VII.6: Evolución de la decisión de buscar atención por tipo de aseguramiento y por lugar donde buscó, 2007-2011	145
Gráfico VII.7: Ampliación del PEAS en el SIS-FISSAL.....	165
Gráfico VII.8: Poblaciones comparadas de asegurados SIS.....	166

Lista de Tablas

Tabla III.1: Datos básicos de las sociedades de ayuda mutua de varios países (socios en miles)	10
Tabla III.2: Comparación entre el modelo Beveridge y el modelo Bismark....	13
Tabla III.3: Funciones del financiamiento de salud	20
Tabla III.4: Tipos de fondos de riesgo: Fortalezas, debilidades, y condiciones	28
Tabla IV.1: Prioridad relativa del gasto público en salud comparado con el gasto social público, en millones de \$int (PPA, 2011), como porcentaje del presupuesto público, y como porcentaje del PIB.....	64
Tabla IV.2: Regímenes de aseguramiento en salud.....	73
Tabla IV.3: Afiliados al SIS por grupo etario 2011-2014.....	79
Tabla IV.4 Promedio de atenciones por grupo etario 2011-2014.....	80
Tabla IV.5 Presupuesto SIS (PIM) por grupo etario. 2011 - 2014.....	81
Tabla V.1: Países de América Latina y el Caribe y de la OCDE por grupos de GBS/GTS y GPS/PIB, 2014	94
Tabla VII.1: Características de los hogares, 2007	115
Tabla VII.2: Comportamiento de búsqueda de atención, 2007	117
Tabla VII.3: Gasto de bolsillo del hogar y su distribución por tipo de gasto, 2007	122
Tabla VII.4 Evolución en la composición de los hogares	125
Tabla VII.5: Probabilidad de transición de la condición de pobreza.....	148
Tabla VII.6: Probabilidad de transición de la condición de pobreza en dos clasificaciones	148
Tabla VII.7: Probabilidad de transición del aseguramiento	149
Tabla VII.8: Probabilidad de transición del tipo de aseguramiento	150
Tabla VII.9: Determinantes del GBS como porcentaje de la capacidad de pago por grupos de población, sin la variable de aseguramiento	153
Tabla VII.10: Determinantes del GBS como porcentaje de la capacidad de pago por grupos de población, con la variable de aseguramiento ...	156

Tabla Anexo A.1 Decreto Supremo 008-2010-SA. Reglamento de la Ley No 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud	207
Tabla Anexo C.1 Resumen de normas emitidas para la implementación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud por tipo de norma	223
Tabla Anexo C.2 Resumen de normas emitidas por SUNASA para la implementación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud por tipo de norma	229
Tabla Anexo C.3: Descripción general de los DL aprobados en la reforma del año 2013	232
Tabla Anexo D.1: Características del hogar, 2008-2011	243
Tabla Anexo D.2: Comportamiento de búsqueda de atención, 2008-2011	244
Tabla Anexo D.3: Gasto de bolsillo del hogar y su distribución por tipo de gasto, 2008-2011	245

Lista de abreviaturas

APP	Asociación Público Privada
BCRP	Banco Central de Reserva del Perú
CNS	Consejo Nacional de Salud
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EPS	Entidades Prestadoras de Salud
EsSalud	Seguro Social de Salud
FFAA	Fuerzas Armadas
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
GBS	Gasto de bolsillo en salud
GPS	Gasto público en salud
GTS	Gasto total en salud
IDH	Índice de desarrollo humano
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	Ministerio de Salud
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
OCDE/OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEA	Población económicamente activa
PIB	Producto interno bruto
PNP	Policía Nacional del Perú
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y AFPs
SIS	Seguro Integral de Salud
SISOL	Sistema Metropolitano de la Solidaridad
SuSalud	Superintendencia Nacional de Salud

RESUMEN

Perú está implementando una política de aseguramiento universal en el sector salud para mejorar el acceso y proveer protección financiera a su población. El eje central de su política es la expansión del aseguramiento a través del seguro público focalizado a la población pobre y vulnerable. A pesar de la expansión del aseguramiento en los últimos años persiste un alto nivel de financiamiento a través del gasto de bolsillo en salud de los hogares, que se traduce un riesgo financiero. Paralelamente, permanece el reto de asegurar a la población de clase media que no tiene la opción de la seguridad social en salud por el alto nivel de informalidad del mercado laboral.

La investigación realiza un análisis del comportamiento del gasto de bolsillo en salud en Perú, en especial de los grupos que salen de pobreza identificando los determinantes que llevan a que los hogares prefieran el gasto de bolsillo al aseguramiento e identificar aquellos aspectos de las recientes reformas que no generan la respuesta positiva de la población hacia un mayor aseguramiento. Para tales efectos, se utiliza una base de datos panel que permite hacer el seguimiento de los hogares durante cinco años, para entender cómo su comportamiento frente a los problemas de salud va cambiando con los cambios en las condiciones de los hogares.

Los hallazgos del análisis muestran que la afiliación al seguro público –Seguro Integral de Salud (SIS)– contribuyó a disminuir la inequidad en el acceso a salud y el porcentaje de pobres y pobres extremos con cobertura se incrementó, así como la protección a grupos vulnerables como son los adultos mayores. En el proceso, no obstante, fueron experimentando una menor protección financiera al incrementarse su gasto de bolsillo en salud. A pesar de ello, la tendencia de la población asegurada en el SIS es a permanecer en éste incluso de los que salen de pobreza. Cuando los hogares no pobres no tienen seguro, estos no perciben opciones para su aseguramiento, solo un mínimo porcentaje entra al régimen contributivo de la seguridad social y uno inferior compra seguros privados. Se pudo evidenciar que la seguridad social (EsSalud) no ha sido activa en la política de aseguramiento. Como operador de la seguridad social ha mostrado una escasa capacidad para absorber a la PEA con nuevos planes de salud y propuestas integrales de protección social.

La mayor demanda de servicios como consecuencia de la ampliación del aseguramiento al SIS puso en evidencia la debilidad de la oferta de servicios y la percepción de esta se

fue deteriorando. En consecuencia, la demanda de los pobres se reorientó a farmacias y la automedicación y a no buscar atención; y en los no pobres, además a buscar atención en consultorios y clínicas privadas; como parte de su estrategia de gasto en el hogar. Se encontró que durante todo el período de análisis el gasto de bolsillo con relación al gasto total del hogar de los no pobres se mantuvo en 4.5%, lo que resulta en una combinación que les permite solucionar sus problemas de salud en el hogar. Este gasto se encuentra dentro del rango equivalente al valor de la prima del régimen semicontributivo y del aporte de un ingreso promedio al régimen contributivo de la seguridad social y podría servir de referencia al valor que los no pobres estarían dispuestos a pagar por una prima de aseguramiento. Sumaría la necesidad de añadir valor a la oferta de servicios para que se ajuste a sus necesidades de atención, mejorando el acceso, los tiempos de espera y la disponibilidad de medicamentos a precios asequibles.

La situación del bajo aseguramiento de los no pobres pone de manifiesto que el país ha postergado decisiones sobre el derecho a la seguridad social en salud. Los logros alcanzados en los últimos años sobre el aseguramiento y las pérdidas en el tema previsional (retiros hasta el 95% de los fondos previsionales de las AFP) dan un balance negativo para la protección social. Así mismo, a pesar que el financiamiento público en salud ha crecido éste resulta insuficiente. Existen brechas por cerrar para mejorar el acceso de la población a servicios de salud que ocasionan el incremento del gasto de bolsillo. La desprotección financiera a los pobres y la de los no pobres por un escaso nivel de aseguramiento ponen en riesgo la sostenibilidad de la política de aseguramiento y el logro del objetivo de cobertura universal.

ABSTRACT: Analysis of out-of-pocket health expenditure in Peru

Peru is implementing a policy of universal health insurance to improve access to health services and to provide financial protection to its population. The main mechanism of this policy is the expansion of health insurance coverage through the public insurer that targets the poor and vulnerable populations. In spite of the population coverage expansion of recent years, there remains a persistent high level of financing through out-of-pocket health spending, which implies financial risks for households. Also, there is still the challenge of insuring the middle class that does not have the option of health social security due to the high level of informality in the labor market.

This thesis presents an analysis of the behavior of out-of-pocket health expenditures in Peru, concentrating in the population group that emerge from poverty. It identifies the determinants that lead households to prefer out-of-pocket spending over buying insurance and the recent policy reforms that are not providing the positive response to increased health insurance. The analysis uses panel data that allows to follow households during a five-year period to analyze how the behavior towards health problems changes with their changing household conditions.

The findings show that being insured by the Integral Health Insurance (per its name in Spanish, SIS) helped reduce inequities in access to health care, while health insurance coverage of poor and extremely poor populations rose as well as for vulnerable groups such as the elderly. During this coverage expansion, financial protection decreased and out-of-pocket expenditures increased. As SIS's insured population is followed, they remain with this coverage even as they become non-poor. When non-poor households are uninsured, they do not perceive their insurance options, only a small percentage enter the contributory scheme of social security (EsSalud) and a smaller percentage purchase private insurance. Evidence shows that EsSalud has not been active in expanding their population coverage. It has shown little capacity to attract the new economically active population with specific health plans and proposals for social protection.

The increased demand for health services, as a result of the expansion of insurance coverage through SIS, highlights the weakness of the supply of services with a deteriorating patient perception of the quality of care. Consequently, health service demand of the poor population has shifted to pharmacies (self-medication) or to not seek care; while the non-poor, seek care in private clinics.

The analysis shows that during the five-year period, out-of-pocket spending as a percentage of total household spending remained at 4.5%, which allows them to solve their health problems of their households. This level of spending lies within the range equivalent to the semi-contributory scheme premium and of the average contribution to social security. This is an indicator of the non-poor population's willingness to pay for health insurance. It would also be necessary to add value to the supply of services so that it adjusts its services to health care needs, improves access, reduces waiting times and increases drug availability at affordable prices.

The low coverage of the non-poor population shows that the country has postponed decisions regarding the existing right to health social security. The achievements in recent years of the expansion of insurance coverage and losses associated to the pensions (implementing the option of withdrawals of up to 95% of personal pension funds) result in an unfavorable performance for social protection. Parallel to this, even with the increase in public financing for health, it remains insufficient for the growing coverage. There are still gaps that need to be addressed to improve access to health services that explain the increasing out-of-pocket spending. The lacking financial protection of the poor and non-poor populations jeopardizes the sustainability of the insurance policy and the goal of universal coverage.

I. INTRODUCCIÓN

Perú ha logrado una expansión económica sostenida en los últimos 15 años lo que le ha permitido contar con los recursos necesarios para impulsar e implementar varias reformas en los sectores sociales. En el caso del sector salud, el acuerdo alcanzado entre las principales fuerzas políticas del país para consensuar lineamientos generales, ha permitido que se hayan logrado implementar y mantener estas reformas durante varios gobiernos. La concreción de estas reformas tiene su punto de partida en el año 2001 con la creación del seguro público, el Seguro Integral de Salud (SIS), que empieza a funcionar el 2002 con el fin de dar cobertura a poblaciones específicas.

En el año 2007, el SIS amplía su elegibilidad a toda la población pobre sin seguro. En el año 2009, se aprueba la Ley Marco de Aseguramiento Universal que instala el diseño general y el objetivo específico de llevar el aseguramiento a toda la población. Finalmente, en el año 2013, se amplía la elegibilidad a la población vulnerable, definida como mujeres gestantes y niños menores de 5 años sin seguro de salud.

El aseguramiento no es el objetivo final de la política pública, sino más bien lograr mejorar el acceso a los servicios de salud y otorgar protección financiera a hogares de bajos recursos. Tener un seguro de salud debería, en principio, reducir la barrera financiera en el acceso a los servicios, reduciendo el gasto de salud que enfrentan las familias. En la medida que las familias no enfrenten penurias financieras durante períodos de vulnerabilidad por los problemas de salud, es que se logra dar una protección financiera. La focalización del seguro público en la población pobre y vulnerable, se justifica por una constitución que limita el rol del Estado en los mercados y podría sustentarse en el argumento de un gasto público más eficiente.

A pesar de estas reformas, el gasto de bolsillo en salud de los hogares en el Perú ha sido históricamente la fuente de financiamiento más importante. Su impacto negativo en los ingresos y en la salud de las personas genera inequidades en el acceso, malas prácticas en salud con la automedicación, pérdida de oportunidad en el tratamiento oportuno de las enfermedades, que en conjunto generan ineficiencias en el sistema de salud.

El gasto de bolsillo en salud se define como el pago directo que realizan las personas al momento de su atención. En base a esta definición, el gasto de bolsillo en salud toma la forma del pago por honorarios médicos, el pago por los procedimientos relacionados,

mediante la compra de medicamentos e insumos –ya sea por prescripción o automedicación–, el uso de remedios caseros, los copagos y deducibles que pagan los que tienen seguros.

Existen varios estudios sobre el gasto de bolsillo en salud, aunque pocos revisan el caso peruano. Lavilla Ruiz (2012) realizó un estudio del caso peruano para el periodo 2006-2009, enfocado en el empobrecimiento que el gasto de bolsillo en salud produce. También existen estudios en donde se analiza el gasto de bolsillo de manera comparada con países de Latinoamérica (Peticara, 2008).

Materia de esta investigación es analizar el comportamiento de las personas que lleva al gasto de bolsillo en salud y sus determinantes. Para ello, se incorporan variables en el análisis que profundizan en el comportamiento de los hogares según la condición socioeconómica y nivel de aseguramiento de estos; y variables que permiten analizar la dinámica entre la demanda y la oferta de servicios.

El marco conceptual para el estudio del gasto de bolsillo está desarrollado sobre el concepto de la cobertura universal en salud que basa su estrategia en la mejora de la protección financiera a través del financiamiento público, en especial a grupos prioritarios. Utilizando la mancomunación de fondos y la compra de servicios como mecanismos para un uso óptimo de los recursos escasos en el sistema de salud y la disminución del gasto de bolsillo de las personas.

El análisis se realiza en dos etapas, una descriptiva que incluye las características de los grupos poblacionales bajo estudio como el comportamiento de éstos en la búsqueda de atención para el período 2007-2011. En base a los datos de hogares panel de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La segunda etapa es un análisis econométrico que profundiza en los factores que explican el gasto de bolsillo, incorporando variables relacionadas con la composición del hogar, socioeconómicas y de pobreza.

Se presentan resultados del análisis del gasto de bolsillo en los hogares y se analiza el efecto de las políticas y reformas puestas en marcha en los últimos años para disminuir el gasto de bolsillo. La discusión final integra los hallazgos con el análisis del contexto político y se concluye con las principales recomendaciones de política.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe del año 2010 sobre la financiación de los sistemas de salud (OMS, 2010), observa que los países enfrentan tres problemas relacionados entre sí: i) la disponibilidad de recursos; ii) la dependencia excesiva de los pagos directos en el momento que la gente necesita asistencia, incluso contando con seguro; iii) el uso no eficiente e inequitativo de los recursos. La estrategia sería por lo tanto que los países recauden fondos suficientes, disminuyan la dependencia de los pagos directos para financiar los servicios y mejoren la eficiencia y la equidad en salud.

Para el caso de Perú, se observa que la disponibilidad de recursos sigue siendo una limitante, a pesar que en los últimos años el financiamiento de la salud, en especial el gasto público en salud, ha crecido (gracias al crecimiento sostenido de la economía que ha permitido contar con una mayor disponibilidad de recursos públicos). El ritmo de crecimiento del gasto público en salud no ha sido suficiente para cerrar brechas estructurales de la oferta de servicios y atender la demanda creciente de atención de salud en la población.

De esta manera, el gasto directo de las personas o gasto de bolsillo sigue siendo importante dentro del gasto total en salud y el principal gasto que efectúan los hogares es en medicamentos. De igual modo, existe una fuerte concentración de recursos en zonas urbanas y en las zonas rurales los problemas de acceso si bien han mejorado, todavía no cuentan con acceso a servicios de manera oportuna y de calidad.

La política de salud del Perú antepone el derecho a la salud y está comprometida con el logro de un sistema de salud más equitativo, solidario y universal; que elimine progresivamente las barreras económicas, institucionales, culturales y sociales que impiden el acceso. En especial, para evitar que el pago directo de las personas no sea definido por el acceso a los servicios sino por los riesgos (CNS, 2013). Consecuentemente, el Ministerio de Salud (MINSA) mantiene acciones para mejorar la oferta de servicios haciendo inversión en infraestructura, equipamiento y recursos humanos. También, ha emprendido reformas para dar acceso a la atención de salud a la población, en especial pobre y vulnerable mediante el aseguramiento como mecanismo para el logro de la cobertura universal de salud.

El aseguramiento universal en salud de la población es un objetivo clave adoptado por el sector salud y éste se justifica en el hecho que el gasto en servicios de salud puede llegar a empobrecer a las familias si estos gastos son mayores a su capacidad de pago. Esto es así, en especial en las familias pobres que son más vulnerables, que tienen menos activos líquidos para hacer frente a la carga financiera de una enfermedad. Los avances en la cobertura de aseguramiento en salud de la población han sido notables, desde el Estado se han realizado acciones para mejorar el acceso de los más pobres y vulnerables vía subsidios.

Sin embargo, existe un conjunto de factores que limitan la cobertura universal en algunos sectores de la población como son: las poblaciones indígenas que viven en zonas alejadas, y el grupo que sale de la pobreza, que tiende a tener un creciente gasto de bolsillo y un nivel de aseguramiento bajo.

Los datos sugieren que el nivel de ingreso y la regularidad del mismo determinan la decisión de asegurarse y no el riesgo en salud. En términos generales, la decisión de comprar un seguro se basa en que el gasto esperado en salud sea mayor al costo de la prima del seguro y esto solo sucede cuando la enfermedad ya está presente. Cuando el gasto esperado es inferior al costo de la prima del seguro la decisión de asegurarse voluntariamente suele postergarse y en ello influye el nivel educativo del jefe del hogar. También, influye el hecho que el aseguramiento no garantiza el acceso, tanto sea por la distancia o cercanía de los centros de salud, como de la disponibilidad de tiempo de la persona, largos tiempos de espera, entre otras razones. Por ejemplo, si una persona vive en una zona donde no existe un centro de salud, tener un seguro de salud no va a mejorar su acceso a los servicios de salud. El aseguramiento no garantiza un aseguramiento efectivo que se traduzca siempre en mayor acceso. Al existir una brecha entre el aseguramiento y el aseguramiento efectivo éste pierde valor en la población como mecanismo de protección financiera.

Por ello, esta investigación busca identificar qué impulsa e inhibe al gasto de bolsillo en salud de la población, en especial con el grupo que sale de la pobreza. Este grupo poblacional se hace relevante dentro de este contexto de crecimiento económico, con mejora en los niveles de empleo, con mayor capacidad adquisitiva de las personas, y una política de aseguramiento universal. Así, en base a los hallazgos se identifican posibles ajustes y cambios para avanzar hacia la protección financiera en salud.

2. Objetivos

A) Objetivo general

El objetivo general de la investigación es analizar el comportamiento del gasto de bolsillo en salud, en especial del grupo de población que sale de la pobreza, y su proclividad a no asegurarse e indagar sobre los posibles incentivos para contener el gasto de bolsillo en salud.

B) Objetivos específicos

Los objetivos específicos para esta investigación son los siguientes:

- Analizar el comportamiento del gasto de bolsillo en salud de Perú.
- Analizar el comportamiento del gasto de bolsillo del grupo de población que sale de pobreza.
- Identificar los determinantes del gasto de bolsillo de población que sale de pobreza y no cuenta con seguro.
- Analizar por qué las políticas actuales no generan incentivos suficientes para contener el gasto de bolsillo de los hogares.

3. Preguntas de investigación

En base al objetivo general y los objetivos específicos se busca responder a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el comportamiento del gasto de bolsillo en salud en Perú? ¿Qué diferencias existen según diferentes grupos y características? ¿Cuáles son los determinantes del gasto de bolsillo de la población sin aseguramiento?
- ¿Cuán vulnerable es el grupo sin aseguramiento? ¿Qué los lleva a preferir el gasto directo en vez del aseguramiento?
- ¿Por qué son insuficientes las políticas dadas? ¿Qué posibles incentivos podrían cambiar la tendencia creciente del gasto de bolsillo en salud?

4. Hipótesis de la investigación

La persistencia del gasto de bolsillo se explica, en parte, por un grupo de la población que decide no asegurarse.

5. Justificación de la investigación

El objetivo final de las políticas públicas en el sector salud es mejorar el estado de salud de la población. El mecanismo que se ha utilizado en el caso peruano es el aseguramiento con la finalidad de mejorar el acceso a servicios de salud de calidad. En efecto, la reforma más importante en el Perú ha sido la de aseguramiento universal, colocándose como reto lograr que toda la población tenga cobertura. Se han logrado avances importantes en este objetivo intermedio ya que la cantidad de población sin seguro ha disminuido entre los años 2004 y 2015 en 35,6 puntos porcentuales.

El aseguramiento efectivo también debería proteger a sus asegurados de enfrentar las penurias financieras asociadas al riesgo de tener un problema de salud y requerir de atención. Sin embargo, el gasto de bolsillo medido como porcentaje del gasto total en salud para el período 2004-2014 ha tenido sólo una disminución de 3,4 puntos porcentuales (Banco Mundial, 2016b). Cabe señalar además que durante este mismo período, la población en pobreza disminuyó en 26,8 puntos porcentuales (INEI, 2016b). En general, el aumento de los ingresos de las personas lleva a un aumento en sus gastos, incluyendo el gasto en servicios de salud, lo que podría justificar en parte la persistencia del gasto de bolsillo.

Estos datos generales llevan a la inevitable pregunta ¿por qué el aumento de la cobertura poblacional del aseguramiento no ha ido acompañado de una reducción en el gasto de bolsillo de las personas?

Tomando en cuenta que el sector público ha logrado avances importantes con el seguro público en términos de cobertura de la población, y que la cobertura de la seguridad social se ha impulsado sólo por la inercia del sector laboral, persiste un grupo de la población que no opta por un seguro de salud y se mantiene sin protección financiera frente a los problemas de salud. Entender quiénes conforman este grupo y su comportamiento frente a los problemas de salud que surgen en sus hogares, permitiría formular propuestas de políticas para incluirlos en un sistema de aseguramiento que les brinde protección financiera.

El análisis del gasto de bolsillo es necesario para entender su persistencia. Aunque otros estudios se centran en sus determinantes mirando un momento en el tiempo, esta investigación plantea un análisis más integral del comportamiento en el tiempo que lleva a que las personas y hogares opten por el gasto de bolsillo en salud. Se percibe que existen

falencias en las políticas. Por un lado, el seguro público y el seguro social no parecen estar logrando la protección financiera deseada. Sus asegurados no deberían tener gastos de bolsillo en salud. Por otro lado, existe un vacío en las políticas para la población no pobre que persiste sin seguro. Esta población no pobre no califica para el seguro público (focalizado en la población pobre) ni para el seguro social que se activa con un trabajo formal. En la medida que Perú siga disminuyendo la pobreza, no resolver el desafío de identificar los mejores mecanismos para asegurar a la clase media, compromete el desarrollo futuro del país.

III. MARCO CONCEPTUAL

1. Antecedentes de los sistemas de salud

La formación de los servicios de atención sanitaria tiene una larga historia. Primero debe distinguirse claramente entre la atención individual y la atención colectiva. Los inicios de la atención individual se remontan a la historia de la humanidad, pero estas atenciones estaban reservadas para determinadas clases sociales, ya fuera por poder político o poder económico.

Los primeros intentos de socializar la atención sanitaria se ligan a épocas mucho más recientes y normalmente directamente relacionados con los auges de determinadas religiones, apareciendo conceptos como los primeros hospitales o centros de atención para determinadas enfermedades que producían repudio social.

En el medievo, con el impulso de las ciudades, aparecen las primeras formas de asociación que, adicionalmente a preocuparse por defender los intereses de cada uno de sus gremios y cofradías, empiezan a ofrecer ciertos tipos de protección ante riesgos de salud o enfermedad prolongada.

Los orígenes de la atención sanitaria colectiva, después de los gremios y cofradías de inspiración medieval, se remontan a fines del siglo XVIII, inicios del siglo XIX, vinculadas al desarrollo industrial y a la aparición de un nuevo grupo social ligado al trabajo en las industrias.

En Alemania, en los años anteriores a la revolución de 1848 hubo un movimiento dirigido por Rudolf Virchow para la reforma de la atención médica. En este programa de reforma se planteaba el “deber del Estado de velar por el bienestar físico de todos sus miembros, ...adoptar previsiones para el fomento y conservación de la salud... exigieron servicios médicos para los pobres... levantaron voces pidiendo un seguro de salud para los asalariados.” (Sigerist, 1998).

En los datos estimados por Rosen (1958) hablaba de más de 4 millones de asociados en Inglaterra a asociaciones de auxilio colectivo ante la enfermedad, denominadas *Friendly Societies*; en España en la época de la Reina Isabel II aparecen las “sociedades de socorro mutuo”. De acuerdo a los datos de Vilar Rodríguez (2009) las sociedades de socorro mutuo vivieron un crecimiento considerable a fines del siglo XIX e inicios del XX para empezar a decaer a partir del segundo decenio del siglo XX.

Tabla III.1: Datos básicos de las sociedades de ayuda mutua de varios países (socios en miles)

Gran Bretaña			Estados Unidos			Francia			Italia			Portugal		
	Sdades	Socios		Sdades	Socios		Sdades	Socios		Sdades	Socios		Sdades	Socios
1801	7.200	648	1717-1798	5		1847	2.500	400	1800-50	82		1843	13	
1803	9.672	704	1800-1809	1		1853	2.940	354	1862	443	122	1852	20	
1815		925	1810-1819	3		1870	5.700		1894	6.364		1875	256	90
1877		2.750	1820-1829	0		1880	6.777	1.986	1904	6.347	926	1891	280	250
1889		4.395	1830-1839	5		1920		4.300	1924	5.719	885	1903	589	310
1899		5.466	1840-1849	12		1930		8.200	1938	3.448	405	1909	628	363
1905		6.164	1850-1859	15		1938		8.529				1915	657	462
1910		6.623	1860-1869	15								1917	651	450
1920		7.216	1870-1879	52								1919	655	480
1926		7.246	1880-1889	70								1921	688	615
1930		7.679	1890-1899	112	3.708							1924	603	600
1935		8.201	1900-1909	48	8.294							1926	558	572
			1910-1919	40	13.128							1929	523	558
			1920-1929	36	16.680							1931	527	590
			1930-1939	10	12.369									

Porcentaje de socios de sociedades de socorro mutuo respecto a población activa														
Gran Bretaña			Estados Unidos			Francia			Italia			Portugal		
	total	hombres		total	hombres		total	hombres		total	hombres		total	hombres
1889	30,32%	43,92%	1893	15,62%		1880	10,49%	15,82%	1904	5,63%	8,34%	1891	10,40%	15,82%
1920	37,28%	52,84%	1925	36,88%		1920	19,80%	32,79%	1924	4,82%	6,75%	1915	18,15%	24,99%
1930	36,44%	51,89%	1935	24,53%	32,34%	1938	35,82%	56,09%	1938	2,34%	3,03%	1931	14,93%	14,93%

Fuente: Vilar Rodríguez (2009).

A pesar de que este sistema de sociedades de socorro fue el que más desarrollo tuvo, no deben olvidarse algunos modelos que intentaron socializar el tema de la salud como el sistema alemán de las *Krankenkassen* o el sistema *Zemstvo* de Rusia, que acabarían transformando el modelo de atención médica.

Aunque ambos coincidieron en la fecha de puesta en marcha, 1864, el imperio prusiano de Bismarck intentó pasar por primera vez la ley en 1861. De acuerdo a Barona (1991), el sistema alemán, aunque empezó en una primera etapa estableciéndose con “carácter voluntario para satisfacer las reivindicaciones de los trabajadores, llegó a alcanzar la condición de obligatorio en algunos Estados del imperio alemán”. Este sistema se aprovisionaba de cuotas recaudadas tanto a trabajadores como a empresarios en partes iguales. En el sistema alemán se “creó un sistema de seguro social que incluía seguros por enfermedad, accidentes industriales, vejez e invalidez” (Sigerist, 1998).

El sistema *Zemstvo* de la Rusia zarista, por contraposición era un sistema estatal donde con fondos públicos procedentes de los impuestos, el Estado contrataba los servicios de salud y mantenía instituciones asistenciales. Fue una respuesta para un país eminentemente agrícola donde los enfermos sin recursos eran en su gran mayoría campesinos. Paralelamente, Rusia comenzó su desarrollo industrial que necesitaba trabajadores libres. “Una ley de 1866 exigió que los dueños de fábricas suministraran una cama para cada cien trabajadores. Así quedaban dadas las bases para que el gobierno soviético erigiese un sistema completo de servicios médicos” (Sigerist, 1998).

Los sistemas asistenciales, de seguros de salud o mixtos que actualmente son generalizados en la mayoría de los países tienen sus precedentes en estas experiencias.

El Nacimiento de los sistemas nacionales de salud

La Primera Guerra Mundial, la Gran Depresión del 1929 y posteriormente la II Guerra Mundial hicieron repensar, en particular en los países europeos sus sistemas de atención a la población y dieron lugar a la institucionalización de los sistemas de seguridad social, siendo el primero el Gobierno del Reino Unido con la creación en 1948 del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*, NHS) que nace con un principio central claro: “el servicio de salud estará disponible para todos y será financiado enteramente con impuestos, lo que significa que la población paga en función de sus posibilidades” (NHS, 2016).

Debe destacarse que, en la Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, en su Resolución 217 A (III) (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948), hay dos claras referencias en el Artículo 22 y en el Artículo 25 al derecho a la salud:

Artículo 22: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”

Artículo 25: “1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.”

La mayoría de los países europeos fueron modificando sus sistemas para ir pasando a un servicio de mayor cobertura y financiado total o parcialmente con los impuestos. Los últimos en adaptar sus sistemas nacionales de salud fueron Suecia y Noruega, una explicación probable puede haber sido que, al no haber sufrido los rigores de la II Guerra Mundial, la presión del gremio de médicos y sanitarios fue más fuerte para permanecer en el esquema anterior que la presión social para adoptar un sistema nacional de salud.

Actualmente en todos los países de la Unión Europea, se cuentan con sistemas de salud, aunque el número de países que han optado por financiar sus sistemas de salud a través de impuestos y el número de países en donde se basan principalmente en cotizaciones sociales obligatorias es muy similar (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2014).

El modelo Beveridge, en cuyo informe se inspiró la creación del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, se caracteriza, además de por ser financiado a través de impuestos o presupuestos del Estado, por la universalidad de su acceso, por un fuerte control gubernamental, gran implicación del Estado en la gestión y algunos copagos por parte de los usuarios.

El otro modelo denominado Bismark se caracteriza por la obligatoriedad de las cotizaciones sociales, por lo que las cotizaciones obligatorias tanto para la empresa como para los trabajadores se constituyen en su principal fuente de financiación. Sin embargo, el Estado sigue cumpliendo un rol de garantía de cierto tipo de atenciones para las poblaciones sin cobertura o financiando determinados tipos de asistencia pública.

En este segundo modelo, los recursos financieros pueden ir a parar a entidades o fondos que pueden no ser gubernamentales, aun cuando siguen regidos por leyes específicas para gestionar estos recursos y estos fondos son los que contratan los servicios que se prestarán a sus beneficiarios, adicionalmente pueden existir algunos sistemas de copago o reembolso por parte de los beneficiarios.

Tabla III.2: Comparación entre el modelo Beveridge y el modelo Bismark

Concepto	Modelo Beveridge	Modelo Bismark
Financiación	A través de impuestos y presupuestos del Estado	Financiación a través de cuotas de empresarios y trabajadores o a través de impuestos
Acceso	Universal	A los asegurados
Control	Gubernamental	Por entidades no gubernamentales
Otros	Implicación del Estado en la Gestión Algunos copagos de usuarios	Sistema de reembolso y algunos copagos
Países	Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia	Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo, Países Bajos

Elaboración y fuente: Propia en base a Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación (2014).

En los países europeos, a pesar de aplicar diferentes modelos, y aunque en muchos casos también se aplica el copago en los gastos de atención dependiendo de tipo y modalidad, existen medidas especiales para determinados colectivos o enfermedades y para enfermos crónicos, estableciendo límites máximos ya sea en el nivel de los ingresos de los pacientes o de topes de copago o coaseguro.

Estas medidas tienen por objeto evitar que los gastos de bolsillo ligados a atención médica no puedan nunca alcanzar el nivel de catastróficos para un determinado usuario o colectivo. De acuerdo a la encuesta 2012 de las características de los sistemas de salud elaborada por la OCDE, el porcentaje de población expuesta a gastos sanitarios catastróficos es del 3,3% en Estonia, el país con el porcentaje más elevado, le sigue Irlanda con el 1,9%, pero, en la mayoría de los países el número de hogares expuestos a este riesgo es del 0% (OCDE, 2016).

Es decir, con independencia del modelo utilizado, los sistemas de salud en el espacio europeo logran mantener el gasto de bolsillo en límites que no significan una carga demasiado pesada para la población que hace uso de los servicios.

En la mayoría de los países desarrollados coexisten el sistema de seguro de salud con el sistema nacional de salud, donde el Estado a través de impuestos o contribuciones especiales cubre las necesidades sanitarias de las poblaciones sin acceso al seguro, es

decir que se tiende a cumplir con la Declaración de los Derechos Humanos, a la cobertura universal. Sin importar qué tipo de sistema tengan los países, buscan “promover, restablecer o mantener la salud” (OMS, 2000).

2. Cobertura universal

La OMS ha definido la cobertura universal como el acceso sin dificultades financieras a los servicios para la población, lo que plantea la necesidad de definir cuáles son las necesidades que tiene la población en salud, cuánto cuesta y cómo se ha de pagar (OMS, 2010). Así, los sistemas de salud tienen que saber cuál es el esfuerzo financiero a realizar para lograr que toda la población tenga acceso a salud.

Sin embargo, el objetivo de lograr cobertura universal en salud obliga a realizar intervenciones para ampliar el acceso a las personas a la atención de salud, y este acceso está referido al acceso físico en especial de la población que vive en zonas aisladas y rurales y luego que este acceso permita una atención oportuna y de calidad; el acceso cultural a grupos o poblaciones indígenas y; el acceso económico para evitar el gasto de bolsillo en salud de la población.

El acceso físico es el que se logra cuando las personas cuentan con atención de salud próxima a su lugar, con atención oportuna y con la calidad necesaria. Ello implica que la provisión de servicios sea suficiente y organizada, con prácticas de gestión eficientes.

El acceso cultural exige que el sistema de salud esté organizado para dar respuesta a las necesidades de poblaciones alejadas e indígenas. Existen problemas de acceso cultural, el idioma, las prácticas y creencias de determinadas poblaciones que no están en sintonía con los servicios disponibles, los cuales responden a una concepción occidental y estándar de la salud. La búsqueda de soluciones desde la oferta de servicios no es fácil de conseguir y mucho menos cuando los modelos de atención de salud están profundamente enraizados en el intra-muro de la oferta de servicios.

Sin embargo, aun cuando el acceso esté libre, sólo una parte de la población queda cubierta y viene a ser aquella población que puede pagar por su atención de salud. El resto de la población no accede a esta atención porque no puede pagar y es así que el acceso económico cobra importancia dentro del compromiso de los sistemas para lograr cobertura universal en salud.

La búsqueda de la cobertura universal mediante el acceso económico se afianza en la intervención del Estado para lograr que, la población en su conjunto pueda acceder a la salud. A cuál grupo de población decida subsidiar el Estado es una decisión que varía de país a país, algunos países optan por un subsidio general a favor de todos sus ciudadanos que se cubre mediante el pago contribuciones e impuestos de la misma población. Otros, financian solo a aquellos grupos que no pueden pagar y lo hacen mediante aportes del Estado a su sistema de seguridad social o a través de seguros públicos, o mediante el financiamiento directo de la oferta de servicios. De esta manera, cuanto más se disminuya la barrera económica para el acceso, más cerca se puede estar de la cobertura universal.

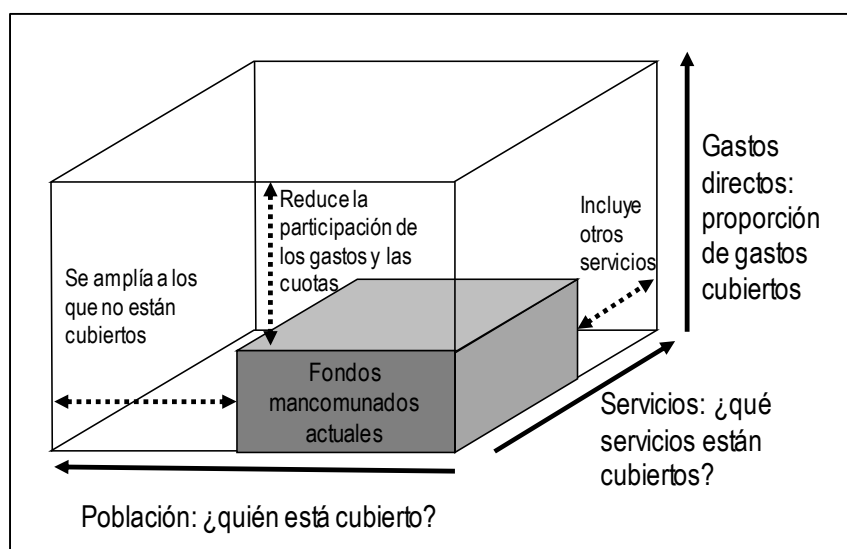
Sin embargo, aun partiendo de la premisa de que se puedan dar todas las condiciones para el acceso físico, económico y cultural persisten problemas en la organización de los sistemas de salud que limitan alcanzar la cobertura universal en salud. Por ejemplo, en el caso de que el subsidio financiero sea muy limitado; o cuando los mecanismos de pago a los proveedores de servicios que se establecen por la atención de la población no generan la respuesta adecuada de la oferta de servicios; o en el caso de la oferta de servicios que tiene una gestión muy ineficiente y resulta en una irrefrenable demanda por más recursos; entre otras fallas en el desenvolvimiento de las relaciones entre los diferentes actores que intervienen en el sistema.

El Estado para responder a esta problemática compleja tiene entre sus alternativas, la posibilidad de establecer un conjunto de regulaciones que preserven y hagan más factible el propósito de lograr la cobertura universal. Estas regulaciones deben responder a políticas claras en cuanto a inversiones, recursos humanos, financiamiento, gestión de servicios, las prácticas clínicas, de poblaciones dispersas, grupos indígenas, la introducción de planes de beneficios para dar un piso de atención a la población con un financiamiento garantizado, la priorización del financiamiento, entre otras acciones. Las políticas de salud que se establezcan, en todo caso, no deben perder la perspectiva de hacia dónde y cómo se quiere llegar con el sistema de salud, así como del financiamiento requerido para alcanzar la cobertura universal de salud (Atun *et al.*, 2015). Los sistemas de salud, por lo tanto, tienen que adaptarse a los retos que impone alcanzar la cobertura universal.

La OMS (2010) plantea como aporte un marco estratégico que sintetiza en la figura de un cubo en el que grafica las tres dimensiones que deben tenerse en cuenta en el avance hacia la cobertura universal (Figura III.1): el porcentaje de población que hay que cubrir, la

oferta de servicios que se ha de conseguir y el porcentaje de gastos totales que se debe garantizar. El punto de partida dependerá del país y del compromiso que asuma para ampliar la cobertura. Para financiar el avance hacia la cobertura universal en salud se tiene que contar con más recursos para destinarlos a la salud; eliminar los problemas económicos de las personas para que tengan acceso a la atención y reducir los riesgos financieros de enfermar; y lograr un uso más eficiente de los recursos disponibles.

Figura III.1 Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal



Fuente: OMS (2010).

Alcanzar la cobertura universal exige, por tanto, una combinación de estrategias que al final logren un equilibrio entre lo que la población necesita para preservar su salud, y lo que se le ofrece para tal fin. Las recomendaciones de Titelman, Cetrángolo y Acosta (2015) para avanzar hacia el logro de la cobertura universal en América Latina (con sistemas de salud segmentados y fragmentados, en su mayoría) son:

“(1) aumento de los ingresos impositivos y una combinación equilibrada de los recursos de los impuestos generales y de los impuestos sobre los salarios que no cree incentivos para la informalidad, la evasión o la elusión; (2) esfuerzos por parte de los gobiernos para aumentar la proporción del gasto público en salud, para que la capacidad del individuo de hacer pagos de bolsillo no se constituya en una barrera para el acceso a los servicios de salud; (3) optimización de la asignación y distribución de ese gasto, mediante un nuevo modelo de integración de las diferentes fuentes, capaz de garantizar fondos para los gobiernos

subnacionales; y (4) financiamiento equitativo para aumentar la capacidad de redistribución de los sistemas tributarios”.

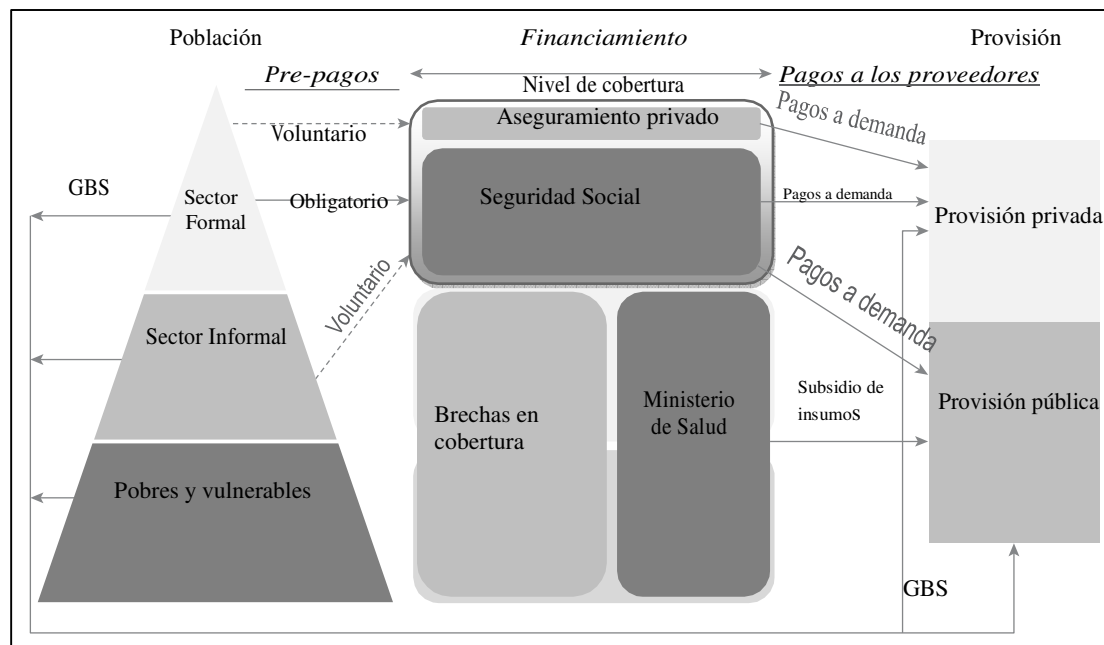
Sin embargo, cada país hará su combinación de estrategias según su realidad financiera, técnica y política.

Las razones por las que los países buscan lograr la cobertura universal en salud también se sustenta en un enfoque de derechos humanos. Las Constituciones de los países incluyen y reafirman el derecho a la salud establecidos en la Declaración de los Derechos Humanos (Artículo 25, 1948). De esta manera, lograr la cobertura universal en salud se ha convertido en un imperativo para los países.

Por dónde empezar y luego cómo seguir avanzando hacia el logro de ésta es el reto que asumen las políticas y reformas sanitarias. El Banco Mundial, evidenció en un estudio para 24 países, que los países que iniciaron el proceso para lograr la cobertura universal de manera progresiva empezaron por dar acceso a los servicios y acceso financiero a los pobres (planteamiento ascendente – *bottom-up approach*) (Cotlear *et al.*, 2015). Sin embargo, encontró que se requieren hacer intervenciones en otros grupos de población de manera simultánea para que la cobertura universal se logre. Por otro lado, el estudio evidenció que algunos países habían optado por una estrategia de “cascada o efecto dominó” empezando por los grupos de altos ingresos repercutiendo y reafirmando las inequidades. Ambas estrategias utilizadas en los países para expandir el acceso en el logro de la cobertura universal, muestran la necesidad de la intervención de los gobiernos para subsidiar a los grupos poblacionales según sus riesgos y vulnerabilidad.

Lograr la cobertura universal es complejo porque los países en su mayoría cuentan con sistemas de salud fragmentados, donde la población tiene acceso a salud por diferentes mecanismos. Por ejemplo, el tener empleo formal permite acceso a la salud al grupo de trabajadores formales, el sector informal de trabajadores en cambio tendrá acceso a la salud en la medida que el mercado de salud le ofrezca opciones de aseguramiento voluntario o pague por su atención cuando lo requiera. Los grupos vulnerables y pobres tendrán acceso si es que el Estado paga por ellos y finalmente están los grupos de altos ingresos que tienen acceso a través de seguros privados.

Figura III.2 Sistemas de Salud



Fuente: Cotlear *et al.* (2015).

El acceso a la salud de estos grupos está así condicionado a la provisión de servicios que le ofrecen a quienes éstos pagan o de quien reciben subsidio. La identificación de los grupos poblacionales se vuelve un requisito importante dentro de este tipo de clasificaciones. La acreditación y certificaciones de la provisión de servicios también cobran importancia para justificar el valor por la atención que brindan. La fragmentación del sistema incrementa el gasto y tiende a hacer más notoria las diferencias en el acceso a la salud entre los grupos de menores ingresos y de mayores ingresos.

A) Los planes de beneficios

El desarrollo de planes de beneficios para apoyar el logro de la cobertura universal en salud permite que el derecho a la salud se dé en igualdad de condiciones, en países con mayores recursos los planes de beneficios abarcan a toda la población, en cambio en países con menores recursos optan por garantizar un plan de beneficios para los grupos poblacionales de menores recursos. No obstante, el objetivo que persiguen los planes de beneficios con la cobertura universal es la de ofrecer acceso sin diferencias a toda la población. La exigencia del derecho a la salud se hace posible a través de los planes de beneficios, pero no están exentos de dificultades pues esta exigencia se enfrenta al problema del financiamiento y de inequidad cuando los recursos no son suficientes. Se

suma a ello, la efectiva respuesta de la provisión de servicios para brindar los planes de beneficios. La capacidad de respuesta de la provisión y la calidad con que se brinden los planes de beneficios determinarán los logros de la cobertura universal.

Giedion, Muñoz y Ávila (2012) estudiaron el problema del financiamiento en los planes de beneficios encontrando que el gasto per cápita en salud se incrementa por la incorporación de nuevas tecnologías y por la difusión. Así mismo, los medicamentos aportan en el incremento del gasto per cápita en salud, por ejemplo, con la incorporación de biológicos y genéticos los países enfrentan la presión por mayor financiamiento. Para contener el crecimiento del gasto algunos países han tenido que crear instituciones con independencia técnica para evaluar los beneficios de incorporar las innovaciones en los planes de beneficios.

Por ello, en la definición de los planes de beneficios no existe una fórmula pre diseñada, sino que responden a decisiones entre prioridades sanitarias, estrategias de asignación del financiamiento y demandas por determinadas atenciones de la población. Giedion *et al.* (2014) concluyen a partir de un estudio de los planes de beneficios de 7 países que los planes de beneficios plantean retos técnicos y políticos, en el primer caso la falta de recursos de todo tipo para definir e implementar los planes y en lo político tienen el reto de frenar las presiones para financiar innovaciones disponibles y de garantizar el financiamiento del costo de los planes de beneficios para no quedar en promesas. Así mismo, destacan la necesidad de incorporar incentivos para que los proveedores de servicios se preocupen por otorgar los planes de beneficios a los grupos poblacionales y finalmente establecen la necesidad de que éstos cuenten con evaluaciones y que vayan combinados con racionamiento implícito para contener una sobredemanda de servicios y mantener el manejo financiero equilibrado.

3. Protección financiera

A) Sistemas de financiación

Los sistemas de financiación de la salud tienen tres funciones: la recaudación de fondos, la mancomunación y la compra de servicios.

Tabla III.3: Funciones del financiamiento de salud

Recaudación de fondos	Mancomunación de fondos	Compra de servicios
Impuestos, cotizaciones, aportes voluntarios, aportes externos, endeudamiento	Presupuestos públicos, seguridad social, inversión privada, seguros privados	Atenciones preventivas, de promoción, curativas, de rehabilitación e inversiones

Elaboración: Propia.

Fuente: Gottret, Schieber y Waters (2008).

a) Recaudación de fondos

La recaudación de fondos involucra la interacción de diversos actores para tomar decisiones de financiamiento del sector salud, tanto en lo relacionado a qué financiar, a quiénes financiará el sistema y que políticas desarrollar para asegurar la sostenibilidad del financiamiento. La obtención de ingresos para financiar la salud de manera sostenible, eficiente y equitativa es tarea difícil pues lo tangible y de retorno inmediato suele ser el foco de atención de los gobiernos, dentro de sus períodos de mandato.

Las políticas de Estado que trascienden estos periodos suelen ser más difíciles de impulsar. Sin embargo, la protección financiera busca el respaldo a las personas para asegurar su acceso a la salud y va más allá buscando que respaldar a las personas contra pérdidas financieras catastróficas impredecibles de salud ya sea por enfermedad o por lesiones. La protección financiera dentro de la cobertura universal en salud se eleva a medida que se establecen parámetros más exigentes. Gottret y Schieber (2006) remarcan que la recaudación busca ingresos suficientes y sostenibles que luego garanticen un uso eficiente y equitativo.

La búsqueda de nuevos recursos para salud, se llama “la creación de espacio fiscal para la salud” y no es más que la búsqueda de ingresos adicionales mediante varios mecanismos. Tandon y Cashin (2010) definen la creación adicional de financiamiento como la capacidad del gobierno de aumentar el gasto en salud “sin poner en riesgo la

solvencia a largo plazo del gobierno o desplazar a los gastos en otros sectores necesarios para alcanzar otros objetivos de desarrollo.” Proponen un necesario equilibrio entre las fuentes de los recursos públicos y el uso de los recursos públicos, expresado en:

$$G_t + r_t B_{t-1} = T_t + B_t + A_t + O_t$$

“ G_t es el gasto no financiero en el período t ;

$r_t B_{t-1}$ es el pago de intereses de deudas no discrecionales;

T_t son impuestos, tasas y otros ingresos públicos incluyendo el señoreaje;

B_t son préstamos internos o externos netos de uso de depósitos;

A_t es la ayuda externa; y

O_t son otras fuentes como venta de activos”.

Heller (2006), al igual que Gottret y Schieber (2006), afirma que la creación de espacio fiscal debe estar sujeta a que sea sostenible financieramente en el tiempo. De esta manera, la responsabilidad en el aumento de los ingresos en salud es sumamente delicado pues no permite reducciones futuras.

El costo de acciones en ese sentido, pueden ser graves para la salud de la población y atenta contra los derechos en salud de la población. Solo cuestiones específicas, como programas de capacitación en el corto plazo pueden no requerir gastos permanentes a futuro, así mismo las inversiones, sin embargo, estas últimas si producirán gastos de mantenimiento que deberá ser contemplado para mantener el equilibrio entre los ingresos y gastos. De igual modo, cualquier mejora salarial del personal de salud producirá un efecto permanente en el gasto y si no es sostenible sus consecuencias producirán graves conflictos laborales y sociales.

Los posibles mecanismos para crear espacio fiscal se clasifican en: una condición básica y nuevos ingresos.

El impulso del crecimiento económico como condición para generar mayores recursos públicos y destinar mayores recursos para salud es una vía (Heller, 2005a, 2005b, 2006).

Si no existe estabilidad en la política macroeconómica la creación de nuevo espacio fiscal para salud se torna débil. El gasto en salud como participación del PIB permite medir el efecto del crecimiento económico en el financiamiento de la salud y la elasticidad del gasto-ingreso debe ser mayor a uno para que sea considerado creciente y estable.

OPS/OMS (2015), advierte de la necesidad de “explorar las dimensiones más relevantes que median entre crecimiento económico y capacidad de los países para aumentar el gasto público en salud”, apostar a que suceda un incremento en el gasto en salud puede ser una apuesta fallida, por ello el crecimiento económico es tratado más como una condición que un mecanismo.

La creación de nuevos ingresos mediante una mayor presión fiscal, puede sustentarse en una ampliación de la base impositiva, en un incremento de las tasas aplicadas a los impuestos, la creación de nuevos impuestos y a una mejor gestión del sistema de recaudación tributaria. La ampliación de la base impositiva a través de cambios en impuestos directos e indirectos. Los impuestos directos son aquellos que afectan las rentas y los impuestos indirectos son los que afectan a la población en general, como son los impuestos sobre las ventas y dentro de éste se ha aplicado con regularidad cambios en el impuesto a los combustibles y derivados. Sobre estos últimos existen impuestos específicos sobre ciertos bienes de tránsito legal pero que afectan la salud de las personas a los que se les aplica impuestos para desincentivar su consumo.

Los ingresos que se generan por estos impuestos se justifican para el financiamiento de la salud. Por ejemplo, el tabaco, el alcohol, el juego de azar, las comidas procesadas con grasas trans y/o alto contenido de sal, bebidas con alto contenido de azúcar, entre otros. La razón de asignar los ingresos que genera la aplicación de impuestos a estos bienes se encuentra en las consecuencias en la salud de las personas que genera su consumo y que se transforman en un mayor gasto en salud para el sistema. La ampliación de la base impositiva puede enfocarse también en captar contribuyentes, en especial en países de Latinoamérica donde la informalidad en el empleo abre una oportunidad para captar nuevos ingresos. Sin embargo, es a su vez una limitante el alto grado de informalidad laboral y afecta la administración del sistema de recaudación tributaria.

La ampliación de ingresos para salud mediante las contribuciones a la seguridad social es válida cuando existe un sistema universal de seguridad social o predominante, pero en sistemas de salud mixtos el mayor ingreso por contribuciones solo beneficia al grupo poblacional sujeto a este régimen.

El efecto solidario para el sistema no se aplica y se desecha como mecanismo para crear espacio fiscal en salud. Sin embargo, OCDE (2007) refiere que internamente las menores contribuciones por rentas bajas no sujetas a retención, las excepciones y exoneraciones si afectan los ingresos esperados para la asistencia sanitaria del grupo poblacional y puede

generar presiones para cubrir los déficits con recursos públicos. De esta manera, si bien este mecanismo cobra importancia según el tipo de sistema, puede contribuir de manera positiva o negativa para el propósito de crear espacio fiscal.

Otro mecanismo, que crea espacio fiscal, es la mejora en la eficiencia del gasto público que permite hacer más con igual o menos recursos y liberar recursos para salud. Heller (2005a, 2005b, 2006) refiere que si bien este mecanismo no amplía ingresos públicos si califica para generar espacio fiscal, sin embargo, la rigidez en el manejo de los recursos públicos hace de esta alternativa un mecanismo poco probable.

Algunas medidas aplicables a este propósito son intervenciones desde el Estado para evaluar costo-efectividad de sus programas y redirigir recursos de programas no exitosos hacia otros sectores y programas prioritarios. La aplicación de medidas para disminuir la corrupción, fortalecer la institucionalidad y la función pública juegan a favor de este mecanismo.

A continuación de la lógica de crear espacio fiscal a partir de una mayor eficiencia en el gasto público se genera otro mecanismo al interior del propio sector salud y éste se expresa como la mejora de la eficiencia del gasto en salud. Al interior del sector también se buscan alternativas para priorizar recursos hacia intervenciones costo-efectivas.

Otros mecanismos que crean espacio fiscal son los aportes externos pero estos recursos tienen problemas para concretar la sostenibilidad del financiamiento. Los aportes externos en donaciones, en especial para los países pobres contribuyen al financiamiento de la salud; algunos toman la forma de programas que priorizan grupos de la población o se incorporan al presupuesto público de los países para apoyar la estrategia de los países para financiar la salud o a través de Organismos No Gubernamentales.

De igual modo, el endeudamiento externo es otro mecanismo que se utiliza con recelo ya que genera compromisos futuros de pago de la deuda y exige como condición una perspectiva estable de la economía para cumplir con los pagos, más aún requiere que el uso de estos recursos no produzca gastos corrientes a futuro que se sumen al gasto futuro.

Un mecanismo poco aceptado es la emisión inorgánica de dinero para la creación de espacio fiscal para salud. Esta medida puede ser válida como estrategia para contrarrestar situaciones de crisis, pero requiere de un manejo monetario cuidadoso para evitar efectos en la inflación, pero es insostenible en el tiempo y requiere que el crecimiento de la economía se produzca. El efecto negativo de este mecanismo es regresivo.

Lograr la protección financiera de la población garantizando los recursos necesarios para lograr la cobertura universal se encuentra condicionado a las características de los sistemas de salud que adoptan los países. Por ejemplo, como fue explicado anteriormente, existen sistemas de salud donde la **recaudación** de fondos se centra en impuestos (Beveridge) bajo un concepto solidario de los sistemas de salud o pueden estar basados en la recaudación vía cotizaciones a la seguridad social (Bismark) o bajo esquemas mixtos donde coexisten subsistemas con diferentes mecanismos de recaudación (Saltman, Rico, y Boerma, 2004).

Un sistema de salud liberal como el de Estados Unidos, donde la salud es un bien de consumo y se financia con aportes de las empresas a seguros de salud privados para sus trabajadores y donde los trabajadores independientes pagan aportes voluntarios a los seguros privados y los que no pueden pagar aportes son financiados por el Estado en sus necesidades inmediatas de salud, dejó fuera del aseguramiento a cincuenta millones de personas. Por ello, en los últimos años una reforma sanitaria llevó al desarrollo de un plan básico para estos grupos financiado por el Estado. Otros sistemas optan por brindar cobertura universal a toda su población y se financian con recursos públicos participan proveedores públicos y privados en el mercado de salud. Requieren así de un esfuerzo de recaudación fuerte para financiar su sistema.

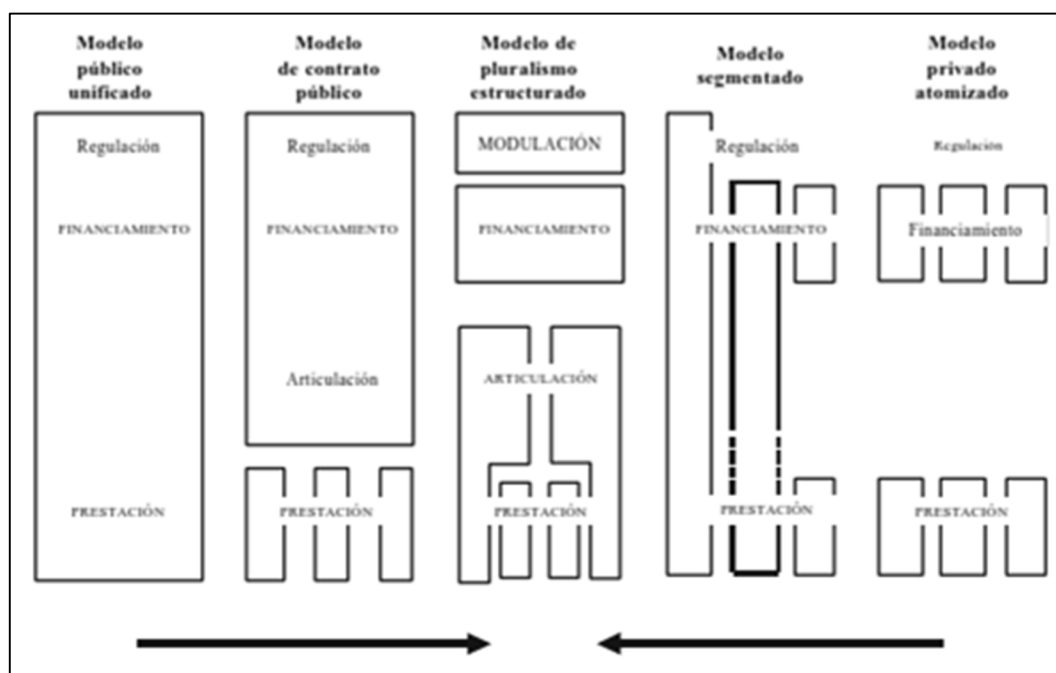
Una variante a este tipo de sistemas son los sistemas públicos unificados donde es el Estado el que financia y provee los servicios, ejemplos de países con este tipo de sistemas son Cuba y Corea del Norte. Los sistemas mixtos son los más difundidos y en estos se encuentran los países latinoamericanos en su mayoría europeos. En estos sistemas la recaudación de fondos para salud está conformada por los aportes públicos, contribuciones y de privados. Cuenta a su vez en la provisión con subsistemas de seguridad social, público y privado. Dentro de este tipo de sistema mixto se puso en marcha la organización de los sistemas en funciones de rectoría, regulación, financiamiento, provisión y compra con el fin de superar las dificultades que generan los sistemas fragmentados y segmentados. A este tipo de sistemas se les ha llamado de pluralismo estructurado. Londoño y Frenk (1997) desarrollan el modelo y plantean la convergencia de sistemas opuestos:

“el pluralismo estructurado otorga una atención cuidadosa al establecimiento del equilibrio de fuerzas necesario entre los diversos actores en el sistema. Así, las organizaciones para la articulación de

servicios de salud tienen que alcanzar un delicado balance entre los incentivos para la contención de costos, implícito en los pagos por capitación, y el imperativo de satisfacer a los consumidores, alentado por la libertad de elección.

La equidad se practica aplicando los principios de finanzas públicas, eliminando las barreras de segregación y desalentando la competencia con base en la selección de riesgos. Al mismo tiempo, la justicia en la remuneración se promueve mediante el ajuste por riesgo en los pagos capitados y el reconocimiento del buen desempeño. Es precisamente esta búsqueda equilibrada de equidad, calidad y eficiencia la que no se ha logrado en los modelos existentes, y la que el pluralismo estructurado intenta alcanzar en forma explícita”.

Figura III.3 Convergencia entre los modelos de sistemas de salud



Fuente: Londoño y Frenk (1997).

Los países de Latinoamérica se han inclinado por este nuevo modelo y las reformas de los últimos años se han orientado a la articulación del financiamiento y de la provisión basados en la separación de funciones dentro del sistema.

b) La mancomunación de fondos

Los sistemas de salud se enfrentan a la necesidad de hacer un uso eficiente de los recursos escasos y la mancomunación de fondos o acumulación de fondos (*risk pooling*) permite mejorar la redistribución de recursos al sistema y a la población. Smith y Witter (2004) resumen la mancomunación como la transferencia de riesgos en tres aspectos, de sanos a enfermos, de ricos a pobres y a lo largo del ciclo de vida.

Algunos fondos toman la forma de fondo único, cuando después de la recaudación las diferentes fuentes se integran en un solo fondo para financiar la atención a toda la población. Este tipo de fondo se basa en el principio de solidaridad y equidad; y distribuye el riesgo de salud entre toda la población. También existen los fondos múltiples, que se gestionan de manera separada para atender a diferentes grupos de la población (trabajadores, familias, pobres, vulnerables, etc.) pero que negocian beneficios para sus asegurados con el fin de evitar subsidios cruzados. Los fondos múltiples integrados (varios fondos interactúan basados en un mecanismo de compensación homogéneo por variaciones en el riesgo) son una forma bastante efectiva en sistemas de salud mixtos. Sin embargo, a pesar de las ventajas en equidad y eficiencia que tiene contar con fondos ya sean únicos o múltiples, muchos países no los tienen y se financian con los pagos directos de los hogares principalmente (Smith y Witter, 2004).

En la Tabla III.4, se resume algunos de los fondos utilizados en los diferentes sistemas, sus fortalezas y debilidades y bajo qué condiciones deben operar para que sean viables los fondos estatales, la seguridad social, los fondos comunitarios y los fondos de aporte voluntarios. Las características de los fondos y cómo se manejan estos dentro de los sistemas de salud depende de las características del financiamiento y de las aspiraciones que persiguen para brindar salud a su población.

Los fondos estatales generalmente buscan que dar acceso universal brindando un plan de beneficios y se financian con recursos públicos. La ventaja que presentan estos fondos es que pueden ampliar la cobertura de manera rápida porque no están sujetos a un aporte de los asegurados. Pero, a la vez generan una mayor demanda por servicios de los nuevos asegurados y tienden a beneficiarse aquellos que tienen mejor acceso a los servicios de salud. Los problemas de desabastecimiento y colapso de la oferta de servicios pueden presentarse cuando se ponen en marcha fondos estatales de manera acelerada. Por ello, requieren de una buena política de focalización, de financiamiento garantizado y de proveedores de servicios suficientes para su atención.

Los fondos de los seguros sociales en cambio, son financiados con los aportes de los empleadores y empleados, están sujetos a una gestión de riesgos y se sujetan normalmente a un plan de beneficios. Cuando los fondos de seguridad social son amplios tienen alta capacidad redistributiva y otorgan mayores recursos para el sistema. Cuando estos fondos no son lo suficientemente amplios se vuelven costosos para sus aportantes. La amplitud del fondo depende de la formalidad del empleo y si la informalidad laboral es muy grande se tienen que complementar con otros fondos estatales.

Existen también los fondos de seguros comunitarios con alcance limitado, tienden a ser costosos porque distribuyen el riesgo entre un número menor de cotizantes. Este tipo de fondos son utilizados para captar grupos específicos con características especiales y generalmente requieren aportes de terceros, ya sean recursos públicos o donaciones para subsistir. Este tipo de fondos son aplicados de manera complementaria a seguros con mayor cobertura o a un sistema de financiamiento a nivel nacional.

Los fondos de los seguros voluntarios son ampliamente utilizados en los sistemas de salud por los seguros privados. Requieren de una buena gestión del riesgo y aplican un precio por el que dan una cobertura a sus asegurados. Requieren de una buena regulación y actúan de manera complementaria a otros seguros, en especial con los seguros públicos.

La OMS (2010) recomienda a los países contar con fondos obligatorios de prepago combinados en un fondo mancomunado a contar con fondos independientes. Plantea que al reducir la fragmentación incrementan la probabilidad de dar protección financiera a mayor cantidad de población. La principal razón para recomendar la mancomunación de fondos es la de mejorar el acceso para aumentar la cobertura universal.

Tabla III.4: Tipos de fondos de riesgo: Fortalezas, debilidades, y condiciones

Tipos de fondos de riesgo	Fortalezas	Debilidades	Condiciones
<p>Fondos estatales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proveen acceso universal a una cobertura determinada. ▪ Se basa en asignaciones presupuestales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amplia cobertura de población dado que no hay contribución ▪ Amplio margen para captar mayores recursos (vía impuestos o no), en comparación a la Seguridad social que solo capta contribuciones. ▪ Es más sencillo de administrar y gestionar porque hay un solo actor y no múltiples actores. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financiamiento inestable, supeditado a las decisiones económicas del gobierno. ▪ Beneficios desproporcionados hacia los no pobres (los servicios tienden a ser más usados en zonas urbanas y por no pobres en niveles de mayor complejidad, los hospitales tienden a cobrarle ilícitamente a los asegurados, baja satisfacción con el personal y falta de medicamentos (OMS, 2000) ▪ Ineficiencia potencial de los servicios de salud (por la no elegibilidad de los asegurados en la red) ▪ Muy sensibles a la presión política de gremios, sindicatos, prensa, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En países con capacidad administrativa y económica de aumentar los impuestos, crear una red eficiente de proveedores, y la capacidad de beneficiar a los pobres. ▪ Coexisten con otros fondos de riesgo. ▪ Habilidad para focalizar a la población pobre y darles igualdad de acceso. ▪ Se necesitan medidas para focalizar el gasto en los pobres.

Tabla III.4: Tipos de fondos de riesgo: Fortalezas, debilidades, y condiciones

Tipos de fondos de riesgo	Fortalezas	Debilidades	Condiciones
<p>Seguro social de salud Requieren contribución de un número cada vez mayor de la población</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Financiados con aporte de empleadores y empleadores. ▪ Gestión de los fondos de riesgo sin fines de lucro. ▪ Existencia de un paquete de beneficios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayores recursos para el sistema de salud (cuando hay suficientes cotizantes) ▪ Menor dependencia de presupuesto o nula. ▪ Alta capacidad redistributiva. ▪ Subvenciones cruzadas de los de ingresos y de riesgos. ▪ Fuerte aprobación de la población a este sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exclusión de los pobres. ▪ Impacto negativo en las nóminas por contribuciones. Incrementa costo laboral. ▪ Manejo complejo y caro, necesitan manejar múltiples funciones como manejo de fondos de riesgo, contratos con proveedores, tener buen monitoreo, y proveer servicios (cuando no está separado). ▪ Incremento en los costos por una mayor demanda. ▪ Baja cobertura a enfermos crónicos y cuidado preventivo. Tamaño del sector informal limita el desarrollo de la seguridad social. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dependen de la política y características socioeconómicas del país. ▪ Amplia base de contribuyentes. ▪ Nivel de ingreso del país creciente. ▪ Distribución de la población – en zonas urbanas con mayor densidad. ▪ Se necesita capacidad administrativa para el manejo del seguro y contar con instituciones que lo supervisen. ▪ Contar con mecanismos para financiar a los pobres. ▪ Contar con habilidades para contener costos.

Tabla III.4: Tipos de fondos de riesgo: Fortalezas, debilidades, y condiciones

Tipos de fondos de riesgo	Fortalezas	Debilidades	Condiciones
<p>Seguros Comunitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Son pequeños y poco viables financieramente. ▪ Pueden ser establecidos para captar población trabajando en el sector informal. ▪ Son parte de una estrategia nacional más global en muchos países operan a través de donaciones para alcanzar sector informal, microseguros, etc., generalmente sin fines de lucro y con control de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejor acceso a salud para población de bajos ingresos. ▪ Es útil cuando es parte de un sistema de financiamiento de salud más grande porque contribuyen a alcanzar a determinado grupos no cubiertos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No son efectivos para captar población pobre. ▪ Limitada protección a sus asegurados y tienen que contar con financiamiento complementario del gobierno, o donantes. ▪ Cuestionable la sostenibilidad de estos seguros. ▪ No se ha comprobado que reduzcan el pago de bolsillo. ▪ Efecto limitado en la prestación de servicios, pero dependerá de la forma como se establezca la relación con los prestadores (incentivos directos). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fuerte sentido de solidaridad local como prerequisite. ▪ Complementario a un sistema de financiamiento de salud nacional.

Tabla III.4: Tipos de fondos de riesgo: Fortalezas, debilidades, y condiciones

Tipos de fondos de riesgo	Fortalezas	Debilidades	Condiciones
<p>Seguros de salud voluntarios</p> <p>Requieren capacidad de gestión para sostenerse su posición en el mercado, identificar y diseñar productos, precios de los productos, vender productos, cobrar primas, administrar reclamos, manejar riesgos, manejar relaciones externas, proveer información a servicios y asegurados, utilizar tecnología de información, comunicaciones, tener capacidad de gestión operativa y estratégica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brindan protección financiera versus pago de bolsillo. ▪ Mejora el acceso a los servicios de salud ▪ Mejora la capacidad de los servicios y promueve la innovación. ▪ Ayuda a financiar servicios de salud no cubiertos públicamente (en el caso de seguros privados complementarios) ▪ Interactúan bien con seguros públicos cobrando, colocando, manejando fondos, administrando reclamos y comprando. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No reducen algunas barreras económicas al acceso. ▪ Aumentan las disparidades de acceso a la atención de salud en algunos países. ▪ No han servido de impulso a la mejora de la calidad, con algunas excepciones. ▪ No se ha aliviado la presión en costos ▪ Se han aumentado el gasto total en salud en varios países de la OCDE. ▪ No han sido capaces de lograr una competencia basada en valores. ▪ En general, han incurrido en elevados costos administrativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesitan contar con un marco regulatorio y una justa competencia para desarrollarse. ▪ Desarrollo regulatorio de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El acceso a la cobertura ▪ Selección adversa ▪ Los beneficios del paquete ▪ Las primas y la regulación de precios ▪ Divulgación ▪ Impuestos y otros incentivos fiscales o subsidios para la compra y necesidades financieras ▪ Reglamento para el manejo de quejas y consultas de los consumidores.

Fuente: Montañez (2011) elaborado en base a Gottret y Schieber (2006).

c) La compra de servicios

La compra de servicios de salud involucra características muy especiales, ya que no se trata de la compra de un bien tangible y conocido. La desinformación del paciente genera una desventaja importante en su compra pues no compra salud sino busca solución a un problema que desconoce y no sabe si la solución que le darán será la que le permita recuperar su salud y en qué tiempo. Entran a tallar los seguros como intermediarios informados para facilitar que la compra resuelva el problema de la información. Sin embargo, si no se aplican controles suficientes a los seguros éstos pueden terminar sacando ventaja de la desinformación del asegurado para su beneficio.

La compra de servicios la efectúan los seguros públicos y privados a la oferta de servicios a precios determinados y ésta gestiona los recursos que sean necesarios para atender a la población. Las distintas formas de comprar servicios toman el nombre de mecanismos de pago y se aplican para optimizar los incentivos para los objetivos que se quieren lograr con la compra.

Maceira (1998) resume y describe seis de los principales mecanismos de pago: el presupuesto por partidas, presupuestos totales, capitación, pago por caso, pago por día, y el arancel por servicio. En el primer método es el más difundido y se basa en la asignación presupuestaria en categorías presupuestarias funcionales y se caracterizan por ser poco flexibles en la gestión de los recursos en el proveedor. Tiene un fuerte control de costos y no genera incentivos para mejorar la productividad, sino que se sustenta en el control del gasto. El presupuesto global como mecanismo de pago, es un manejo presupuestario por unidad productora de servicios que se entrega de manera anticipada. Permite una gestión más flexible pero los gastos se fijan sin tomar en cuenta el mercado sino en base a cálculos de costos de los servicios estimados o reales que puede generar racionamiento.

Por otro lado, existe el mecanismo de pago por capitación, que asigna un precio por persona a un proveedor de salud para mantener sana a la persona y darle a ésta las atenciones que requiere. El proveedor retiene el pago en calidad de fondo y lo utiliza según las necesidades del paciente. Incluye el incentivo para la oferta de servicios de desarrollar acciones de promoción y preventivas mejorando la eficacia de sus intervenciones. Este pago además puede ser ajustado por riesgo de la población beneficiaria. El incentivo explícito en este mecanismo de pago en el proveedor de

salud, según Maceira (1998) es mejorar su eficacia y mejorar la continuidad de la atención. Así, se evita que la población bajo su responsabilidad se enferme y la población, por otro lado, obtiene el beneficio de mantener su salud.

Otro mecanismo de pago es el pago por caso que se paga de manera anticipada y genera el incentivo en el proveedor de servicios para reducir los costos de los servicios y promover el consumo de los servicios seleccionados. Otro mecanismo es el pago por día y se paga de manera anticipada y el incentivo al igual que el pago por caso es a disminuir costos de los servicios involucrados en la atención por día, pero también incentiva a incrementar el tiempo de internamiento de los pacientes si el precio está por encima de los costos marginales. El arancel por servicio o pago por prestación se paga de manera retroactiva y se paga según el consumo existente.

Existen múltiples mecanismos de pago, los cuales buscan optimizar los resultados en salud para la población. Maceira (1998), citando a la publicación de la OMS Saltman y Figueras (1997), sobre los mecanismos de pago plantea que éstos deben servir para “mejorar la eficacia y la calidad, aumentar la disponibilidad, permitir que el paciente elija al médico y deben ser fáciles de implementar”.

Cuando la compra de servicios no se encuentra financiada por el presupuesto público, cotizaciones, seguros privados o públicos, el pago directo de los usuarios es el que afronta el financiamiento para la compra de medicamentos y servicios que requiere.

La aplicación de mecanismos de pago permite realizar una compra de servicios adecuada a la necesidad y tipo de servicios. También se puede realizar una combinación de mecanismos de pago. Los mecanismos de pago mixtos suelen atenuar los posibles incentivos perversos que se generan en el proveedor de servicios. Oggier (2012) plantea sistemas mixtos de cápita ajustado por riesgo según las características del afiliado, cápita parcial con determinados servicios por fuera del contrato, pago por acto con techos individuales (estos últimos restringen el gasto), pago por acto con techos grupales (fija un tope a los pagos de todos los profesionales y fomenta el control de gastos).

Los mecanismos de pago y los incentivos se asocian en función de la unidad de pago que tengan los primeros. Así, el pago por servicio tendrá como unidad de pago el servicio y otros pagos como, el método día hospitalario que tendrá como unidad

de pago al conjunto de procesos asistenciales considerados dentro de éste. Para Álvarez, Pellisé y Lobo (2000) este criterio de selección de unidades de pago y de agrupación pueden hacer la diferencia entre un mecanismo de pago exitoso y uno fallido.

“si el pago es capitolativo, la señal que emitimos es que el prestador tendrá ingresos adicionales si aumenta el número de individuos que tiene adscritos, mientras que sus ingresos no variarán, aunque aumente la intensidad de la atención por individuo adscrito. Si este pago se realiza como contrapartida por una atención integral de la salud, ... entonces los incentivos en pro de la eficiencia afectarán a todos los servicios asistenciales y podrá conseguirse la satisfacción de los adscritos (suponiendo posibilidad de elección y economías de escala) con un nivel mínimo de costes gracias a la utilización racional de los servicios”.

Sin embargo, no es suficiente con la definición del mecanismo de pago y la unidad de pago, definir el precio es un proceso que involucra riesgos financieros y demanda la elaboración de costos de los servicios, procesos, remuneraciones, entre otros que definirán al precio según sea la unidad de pago elegida. La desigualdad en los costos de los diferentes servicios, unos altos y otros bajos, pueden llevar a una estimación del precio por debajo de lo esperado y aumentar el riesgo financiero para el proveedor de servicios. El riesgo financiero se atenúa cuando se cuenta con información suficiente de los servicios, intervenciones, involucrados en la definición del precio. Así, se transfieren los riesgos entre compradores y proveedores según los mecanismos de pago seleccionados, pero más específicamente por la selección de la unidad de pago y la agregación que se defina.

d) Los seguros de salud

El aporte de Arrow (1963) al análisis de la demanda de salud se basa en el concepto que las personas contratan seguros para disminuir o evitar los riesgos financieros de enfermar y no perder la posibilidad de una atención inmediata en caso de requerirlo. El seguro actúa protegiendo a la persona reduciendo los pagos directos y dando acceso oportuno, en especial cuando se trata de lesiones o enfermedades

graves. Entonces la decisión a asegurarse, se presenta por la incertidumbre sobre el buen estado de salud futuro.

Según Arrow (1963), el mercado de salud se caracteriza por una demanda irregular e impredecible y adicionalmente se asocia con el riesgo de la integridad personal. El autor define el comportamiento de los médicos como el esperado para brindar la mejor atención del paciente. Establece que esa atención está marcada no sólo por la incertidumbre que se da por la diferencia en la información entre el médico y el paciente, sino que además por la incertidumbre asociada a los resultados del tratamiento. Otro aspecto que resalta el autor es la tendencia de los proveedores a practicar la discriminación de precios por ingresos y preferir mecanismos de pago como el pago por acto que conlleva el incentivo a sobre-proveer. Así plantea que el rol de los seguros no sólo es de cubrir los riesgos de las personas, sino que también actuar como agente de transmisión de información entre las personas y los proveedores. Sin embargo, plantea que el aseguramiento no está exento de problemas, como son:

- Riesgo moral, que se refiere a los incentivos que el aseguramiento genera en el comportamiento de las personas. Por un lado, una persona con seguro, se cuida menos porque sabe que enfrenta costos de atención más bajos, aumentando su riesgo de salud. Por otro lado, una vez ya enfermo, la persona asegurada al enfrentar menores precios consume más servicios.
- Métodos alternativos de pago de seguro (prepago, indemnización fija, reembolso) que desincentivan a los individuos a buscar mejores precios o servicios, pudiendo producir incentivos perversos entre proveedores y prestadores de servicios.
- Grupos de riesgos desiguales, que, en un mercado competitivo, lleva a primas ajustadas por riesgo, generando lo que se denomina como el “descreme”, donde se busca asegurar a las personas de bajo riesgo y dejar fuera a las personas de alto riesgo. Las pólizas que no ajustan por riesgo, enfrentarán el problema de “selección adversa”, donde las personas más propensas a asegurarse serán las de alto riesgo.
- Los conceptos de confianza y delegación, dada la asimetría de la información entre el paciente, asegurador y médico, plantea que las

relaciones entre estos agentes no necesariamente llevan al comportamiento esperado para la optimización. Por ejemplo, los médicos no deberían dar señales de maximizar sus ingresos, sino de priorizar la salud de sus pacientes, ya que está tomando las decisiones de tratamientos para éstos.

- Licencias y estándares de educación, son medidas que surgen en respuesta a la falta de información de las personas sobre la calidad de los proveedores de salud, y que llevan a una restricción en la provisión de servicios.

Phelps (2003), profundiza en la teoría y determina que la incertidumbre está presente en todo el mercado y momentos de la atención de la salud e incluye la incertidumbre del costo del tratamiento recibido, lo que lleva al desarrollo de fondos de aseguramiento y de reserva para financiar pagos futuros.

Así mismo, la asimetría de información en salud discutida por Arrow (1963), la interpreta Tirole (1988) como un “bien de confianza” donde la confianza del paciente en el médico que lo atiende se basa en el principio de que éste es un agente solvente y ético. Se aplica así, la teoría del principal-agente en donde el paciente se convierte en el principal y el médico en el agente. Los límites de este “bien de confianza” son frágiles y a veces con la aplicación de mecanismos de pago se puede quebrar fácilmente ese bien de confianza.

El mercado de seguros, por tanto, se desenvuelve en dos sentidos, en los que son detectados por las personas y los llevan a buscar protección y de los que se imponen vía la seguridad social o del Estado participando como un agente más para asegurar a determinados grupos.

La racionalidad de la demanda por seguros se distribuirá de manera desigual entre las personas, Ferreiro, Saavedra y Zuleta (2004) plantean que de esta manera si los:

“gastos esperados son bajos con relación a los ingresos o riqueza de las personas, las personas tenderán a ser propensas a asumir tales riesgos. Por el contrario, si los gastos esperados o probables exceden con mucho la capacidad de pago de las personas, las personas tenderán a ser más adversas al riesgo y buscarán asegurarse. Dos son, pues, los elementos a considerar: los costos esperados, y la capacidad autónoma de pago. Si se restan –la diferencia resulta en un stock de riqueza considerado suficiente– los incentivos a asegurarse serán más bien bajos”.

Surge así la necesidad de una regulación que alivie las fallas del mercado de seguros con el fin de asegurar la mayor cobertura y el buen funcionamiento de los seguros de salud.

La teoría financiera dice que la manera de protegerse que tienen los consumidores es diversificando sus activos para disminuir los riesgos. La selección del tipo de seguro y prima a pagar encaja dentro de este concepto, a pesar que los aportes a esta teoría se han dado para el mercado bursátil principalmente (Huang y Litzenberger, 1988; Jarrow, 1988; Sharpe, 1970). La teoría financiera se concentra en la formación de precios de activos financieros. Así, basándose en esta teoría, para el caso de los seguros la definición de la prima se descompone en el costo técnico (actuarial) de los siniestros esperados asegurables distribuidos entre el total de asegurados y los gastos administrativos del asegurador.

Surgen algunos problemas con la aplicación de la prima por los seguros, éstas pueden llevar a una selección de riesgos con el fin de excluir a las personas potencialmente con más siniestros –por ejemplo, incrementando el valor de la prima a personas mayores, con antecedentes de enfermedades (pre-existencias) – que les permitan reducir sus costos técnicos e incrementar sus márgenes de ganancia.

A nivel de la seguridad social, la lógica es diferente pues la demanda ha sido creada mediante la contribución de las empresas y trabajadores para el aseguramiento. La prima entonces busca el equilibrio entre el plan de beneficio, el aporte de los contribuyentes y los costos de su atención.

B) La equidad e igualdad en el acceso universal a la salud en el financiamiento

La equidad en el financiamiento se encuentra vinculada a la capacidad de pago de los ciudadanos independientemente del sistema que tengan. Algunos sistemas se basan en la igualdad en el bienestar como la base para distribuir los recursos. Vargas et al. (2002), refieren que “las políticas de salud cuyos objetivos de equidad están expresados en términos igualitarista se dirigen a la eliminación de las desigualdades en los niveles de salud de la población”. Así mismo, plantean que los que se basan en este tipo de políticas cuentan generalmente con sistemas de salud que son financiados públicamente y que se orientan a lograr cobertura universal. Otros,

basan sus políticas de salud para el logro de equidad en brindar a la población pobre protección financiera basados en un sistema donde las fuerzas del mercado son las que determinan el acceso. Las fallas de mercado llevan a intervenciones desde las políticas para lograr sistemas que logren cobertura universal.

La equidad en salud, en el contexto de las tres funciones del financiamiento, se traduce en la necesidad de recaudar recursos para lograr un efecto redistributivo a favor de la salud. En el caso de la función de recaudación, la equidad se logra a través de impuestos, si el sistema es público, los impuestos en general contribuyen al financiamiento de éste. En cambio, si el sistema es mixto o privado, la recaudación de impuesto se hace más específica y busca que redistribuir recursos de los de ingresos altos a ingresos bajos. Por ejemplo, el impuesto a los ingresos (a la renta) que son progresivos en lugar de impuestos indirectos que son regresivos son los que cobran más importancia. Otra forma de lograr la equidad en salud es a través de la recaudación de impuestos específicos a productos y prácticas que dañan la salud como una forma de equilibrar los aportes de aquellos que exhiben conductas de riesgo para su salud y destinar esos recursos a la atención de salud (Heller, 2005a, 2006).

Las cotizaciones a la seguridad social cuando abarcan a todo el sistema de salud llevan incorporadas el concepto de equidad y solidaridad, pero requiere que mayoritariamente la población se encuentre en el sector formal de la economía. Cuando esto no sucede, la equidad se pierde y se concentra en la protección financiera de su grupo poblacional. Otros aportes pueden resultar inequitativos cuando las limitaciones al acceso están presentes. Como se vio en el marco conceptual los sistemas se financian con impuestos, seguridad social, seguros privados y gasto de bolsillo principalmente, sin embargo, independiente al tipo de sistema de salud que tengan las diferentes fuentes presentan situaciones de regresividad o progresividad (Vargas, Vázquez, y Jané, 2002) y las políticas públicas en salud actúan para disminuir las inequidades que se presentan. De todas ellas, El pago directo como mecanismo de financiamiento es el más inequitativo (OMS, 2010).

La distribución de los recursos buscando equidad ha llevado a los países a la creación de seguros públicos, de programas focalizados a grupos de riesgo sanitario,

a priorizar intervenciones en zonas geográficas apartadas, o según niveles de pobreza. Un ejemplo de priorización en este sentido se presenta en que:

“la vulnerabilidad de los adultos mayores emana de la mayor necesidad de servicios de salud en esta edad, la ausencia de seguridad social activa que les permita disponer de ingresos suficientes y la existencia de una débil infraestructura pública y privada para satisfacer una demanda diferenciada” (Urriola, 2005).

Con la incorporación del criterio de equidad en el financiamiento se puede mejorar el acceso de estos grupos y acelerar el logro de la cobertura universal de salud, toda vez que la protección financiera con criterio de igualdad no es suficiente, debido a que mantiene desigualdades en la morbilidad y mortalidad entre clases sociales y grupos determinados (Stuckler *et al.*, 2010). La OMS (2010), plantea que los sistemas de financiación deben diseñarse para dar atención a toda la población y a su vez garantizar que el uso de estos servicios no expongan al usuario a dificultades financieras. Por otro lado, pone de manifiesto la necesidad de incluir igualdad y equidad dentro de los diseños. Titelman, Cetrángolo y Acosta (2015) recomiendan para América Latina que los gobiernos gasten más en salud, mejoren la asignación y distribución del gasto y lo financien equitativamente.

Sin embargo, no es fácil lograr equidad en salud, a pesar de los grandes avances en los países comprometidos en lograr cobertura de salud universal. OMS (2011), manifiesta que el financiamiento de los sistemas de salud es un área clave. Las funciones de recaudación, mancomunación y compra permiten mejorar la equidad. Exponen que cuando los honorarios son cobrados directamente en el lugar de la atención se genera un uso inapropiado de la atención, en cambio cuando se utilizan los seguros y se aplican mecanismos de pago los problemas de inequidad en la atención de los servicios se atenúan logrando disminuir tanto la inequidad en el financiamiento como en la provisión de servicios.

Por último, cabe mencionar que la igualdad en el financiamiento de la salud es tan importante como la búsqueda de la equidad como elementos esenciales en el logro de la cobertura universal en salud. La igualdad, sin embargo, más allá del tipo de sistema requiere de atención prioritaria de financiamiento. Por ejemplo, para evitar que posibles enfermedades se propaguen y afectan a toda la población. Las vacunas, las intervenciones de salud colectiva benefician a todos y son intervenciones que

los sistemas deben garantizar para toda su población. De igual modo, la actuación frente a desastres exige respuesta inmediata del sistema de salud por lo que la igualdad en el financiamiento, para este tipo de intervenciones, no es negociable.

C) El gasto de bolsillo

La importancia del gasto de bolsillo radica en que puede ser aplicado deliberadamente como herramienta de política para recuperar costos de la atención, contener costos en los servicios de salud, mejorar la calidad y guiar la demanda para modular el uso de los servicios, en busca de la eficiencia del sistema. La otra cara del gasto de bolsillo es que es fundamentalmente un gasto inesperado para las familias, y la decisión de no incurrir en gasto de bolsillo en salud de las familias puede poner en riesgo la salud y la vida, o la decisión de incurrir en gasto de bolsillo puede llevar al empobrecimiento de la familia. La decisión se mueve en torno a la búsqueda de la equidad.

Tomando en cuenta estas dimensiones del gasto de bolsillo, el funcionamiento de los sistemas de salud debe buscar un equilibrio. Según Murray y Frenk (2000), los sistemas de salud tienen tres metas principales: el financiamiento equitativo de la salud, la buena salud y la capacidad de respuesta.

Muchos países mantienen el pago directo como la principal fuente de financiamiento (OMS, 2010). La OMS insta a los países a incrementar el financiamiento público en salud para contrarrestar el crecimiento del gasto de bolsillo. No obstante, el problema con los pagos directos no es su existencia, sino que se conviertan en la principal fuente de financiamiento de la salud de los hogares. El gasto de bolsillo, puede cumplir un papel de restricción de la demanda en exceso en la utilización de servicios y permitir regular su uso. Por ello, la OMS recomienda que este gasto no exceda de 15 a 20% del financiamiento total.

En el concepto de pagos directos o gastos de bolsillo, se consideran los honorarios cobrados para las consultas y procedimientos médicos, para el pago de medicamentos, insumos y otros; siempre y cuando hayan sido realizados

directamente por la persona tenga o no un seguro. Cuando la persona tiene seguro, los pagos directos se realizan a través de coaseguros, copagos y/o deducibles¹.

El gasto de bolsillo se genera ya sea por una realidad impuesta o por decisión propia de los usuarios. La demanda por salud y por servicios de salud (Grossman, 1972) plantea que las personas invierten en su salud y educación porque esperan tener mejores ingresos (preservando su estado de salud). De esta manera, las personas pueden producir salud para sí mismas (autocuidado), pero también demandar servicios para su atención.

Cuando las personas demandan servicios buscan maximizar su utilidad tomando en cuenta su capacidad de pago y los precios existentes de esos servicios. Generan así una curva de demanda que se mueve según sus ingresos, su disponibilidad de tiempo para hacer uso de los servicios de salud (costo de oportunidad) y su aseguramiento. En el caso de las personas que cuentan con seguro, la demanda por servicios tiende a ser mayor porque el precio por los servicios es más bajo (solo realizan co-pagos, deducibles). En estos casos, el gasto de bolsillo a través del co-pago, deducibles busca un equilibrio con la oferta de servicios.

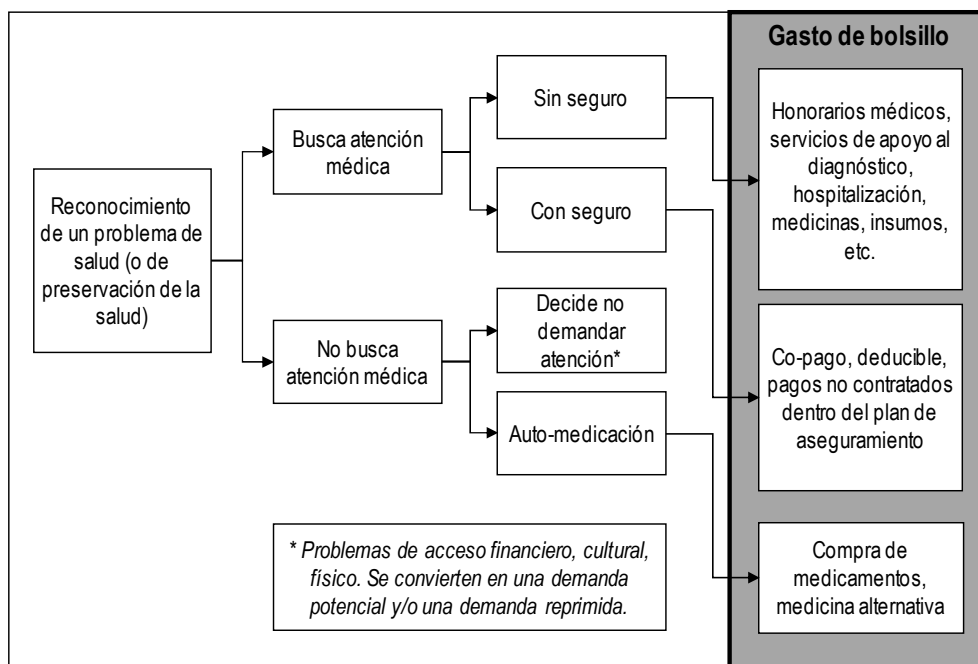
El gasto de bolsillo se genera con la decisión de demandar o no servicios de salud (que incluye no solo servicios formales, sino medicina alternativa y tradicional) (Figura III.4). Surge del reconocimiento de un problema de salud o de la decisión de preservar la salud que lleva a la persona a tomar medidas para generar una demanda de atención. La decisión inmediata plantea dos posibilidades, que la persona busque o no busque atención médica. En el caso de que la persona busque atención médica y cuente con seguro generará un co-pago, deducible. Algunos de éstos se producen desde la primera vez que se hace uso del servicio, otros se producen a partir de un número determinado de veces que se demanda el servicio. En cambio, si la persona no tiene seguro realizará un pago directo por el valor total del servicio. Este último enfrentará el pago total de su atención, por procedimientos, hospitalización, entre otros.

¹ “Los deducibles son la cantidad de gastos que se deben pagar por adelantado antes de que una compañía aseguradora cubra cualquier gasto. Los coaseguros reflejan la proporción subsecuente de los costos que debe pagar la persona asegurada, mientras que los copagos se establecen como una cantidad fija que debe pagar el beneficiario por cada servicio” (OMS, 2010).

Algunos países tienen sistemas de salud con atención universal y gratuita para la población, para un grupo prioritario, o para determinados servicios. En esos casos, no se genera gasto de bolsillo o se aplican de manera limitada y controlada.

Como se veía líneas arriba, la demanda, no solo depende de los ingresos sino del costo de oportunidad para su atención y las preferencias. Aun cuando las personas opten por no buscar atención médica, pueden decidir auto-medicarse o utilizar remedios caseros y así generar gasto de bolsillo. En consecuencia, los gastos que se producen en el momento, por la utilización de los servicios de salud, o por automedicación o uso de remedios caseros, descontando los reembolsos de los seguros, se engloban en el gasto de bolsillo en salud. Los gastos periódicos programados, como el pago de primas, no se consideran como gasto de bolsillo.

Figura III.4: Atención de salud y el gasto de bolsillo: Cómo se llega al gasto de bolsillo



Elaboración: Propia.

La importancia del gasto de bolsillo en la equidad en el acceso, se plasma en que las personas dejen de demandar servicios por no contar con los recursos necesarios, como también que éste sea tan alto que empobrezca a las familias.

Algunos autores, como Peticara (2008), refiere que la carga del gasto de bolsillo expresa la magnitud de los gastos de salud por los que paga respecto de la capacidad de pago del hogar. Esta se define como el ingreso total del hogar menos sus gastos

de subsistencia. Xu (2005) incluye todos los gastos en salud por los que paga directamente la persona al momento de su atención, pero descuenta todos los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia o los concernientes a nutrición especial. Esta exclusión de los gastos de transporte se centra en el hecho que es previo a la decisión de uso del servicio, representa el costo de oportunidad de ir o no a buscar atención. Sin embargo, OMS (2010), hace notar que la barrera al acceso, aún eliminando los pagos directos se sigue manteniendo y hace un llamado a los países para facilitar el transporte, alojamiento necesario para recibir tratamiento, ya que estos pueden ser muy caros para algunas poblaciones y recomienda, las transferencias condicionadas de dinero en efectivo.

En la metodología de la OMS (2005) de Cuentas en Salud, el gasto de bolsillo, se considera dentro de un esquema de fuentes de financiamiento y agentes de financiamiento. Incluye por el lado de las fuentes de financiamiento, a los que asignan dinero para que los agentes de financiamiento puedan distribuirlo o mancomunarlo. Se encuentran en este grupo las contribuciones a la seguridad social, seguros privados, pagos a proveedores por coaseguros o seguros no cubiertos dentro de los contratos de aseguramiento.

Por el lado de los agentes que financian la salud (formales e informales) incluye a las instituciones públicas, privadas, y los hogares que pagan directamente por su atención a través de copagos, deducibles, productos farmacéuticos y otros insumos. La OECD, Eurostat y WHO (2011) mejoran la metodología de cuentas de salud para describir los flujos relacionados con el consumo de bienes y servicios en salud y medirlos desde el gasto de los sistemas. La metodología busca la homogenización de las cuentas en salud con el propósito de comparar el desempeño de los sistemas a nivel internacional y por otro lado a nivel interno de los países para monitorear y evaluar la evolución de los flujos financieros. Esta metodología, considera el gasto directo de los hogares como parte del flujo de financiamiento y resulta del pago por los servicios que recibe, del ingreso principal del hogar o de los ahorros, y se realiza al momento de utilizar los servicios.

Cid Pedraza y Prieto Toledo (2013b), refiere que la OCDE especifica como parte del gasto de bolsillo, los copagos y deducibles dividiéndolos en fijos y variables. Así mismo, define que la automedicación incluye los pagos informales que los

proveedores cobran por sobre los precios formales, la compra de medicamentos en las farmacias y pagos efectuados no cubiertos en los planes de beneficios.

En suma, el gasto de bolsillo ocurre después de varias decisiones que toman las personas en base a su capacidad de pago y la tenencia de seguro. Además, este gasto no es ajeno a la organización del sistema de salud y a su efectividad en proveer la protección financiera deseada.

a) Gasto catastrófico en salud

Como se vio en el punto anterior, el gasto de bolsillo en salud es inequitativo porque afecta más a los hogares que tienen menos ingresos y vuelve más vulnerable a las personas cuando no cuentan con un seguro de salud. Las personas pueden soportar un gasto de bolsillo en salud, pero se enfrentan a la posibilidad de que éste sea catastrófico o empobrecedor. El gasto catastrófico se produce cuando el gasto de bolsillo en salud observa un porcentaje alto como porcentaje del gasto total del hogar o de la capacidad de pago del hogar que los lleva a tener que sacrificar otros consumos para hacer frente a su atención de salud. Para Maceira y Reynoso (2010), “el gasto en salud es catastrófico cuando las familias deben reducir su gasto básico por un período de tiempo para cubrir costos vinculados con la atención de su salud”.

Para la medición del gasto catastrófico existen varias metodologías, pero no hay consenso de cuál debe ser el umbral que marque exactamente el nivel a partir del cual resulta ser perjudicial para las familias. Wagstaff y van Doorslaer (2003), por ejemplo, consideran que el gasto de bolsillo se vuelve catastrófico cuando éste sobrepasa el 25% del gasto total del hogar. En cambio, Xu *et al.* (2003) consideran que el gasto de bolsillo se vuelve catastrófico cuando éste sobrepasa el 40% de la capacidad de pago del hogar, y mide la capacidad de pago como la diferencia entre el gasto total de hogar y el gasto de subsistencia (gasto en alimentos del grupo que gasta entre 45% y 55% del gasto total de hogar en gasto de alimentos que se ajusta al tamaño del hogar).

Sobre el gasto de subsistencia, Xu *et al.* (2003) toman como referencia la línea de pobreza internacional que se mantiene constante a medida que aumenta el ingreso. De esta manera elimina la subestimación que se produce con las familias cuya capacidad de gasto es mayor (cuando se usa el gasto actual en alimentos). No

obstante, la evidencia muestra que la proporción del gasto en alimentos aumenta sobre el total cuando se incrementa la pobreza. Por ello, los autores optan por la línea de pobreza internacional. Wagstaff y van Doorslaer (2003) también incorporan al concepto de gasto catastrófico otra opción, que es definir el gasto catastrófico cuando sobre pasa el 40% del gasto total del hogar, pero a diferencia de Xu *et al.* (2003), estima la capacidad de pago como la diferencia entre el gasto total menos el gasto observado en alimentos.

Sin embargo, los autores encontraron que estas tres formas de definir el gasto catastrófico en salud eran complementarias y no sustitutas, pues cada una podía medir diferentes efectos. Por ejemplo, en la primera definición dada por Wagstaff y van Doorslaer (2003) cuando el gasto de bolsillo es mayor el 25% del gasto total del hogar, mide la equidad en los pagos que se realizan en el sistema de salud, la segunda definición en relación a la capacidad de pago por los autores mide el efecto en la pobreza de los hogares. En el caso de Xu *et al.* (2003), la definición está dada para lograr una comparación entre países.

El gasto de bolsillo y gasto catastrófico pueden ser soportados por los hogares dependiendo de su capacidad de ahorro. Estos pueden tomar medidas para su autocuidado y generar ahorros para situaciones de enfermedad, de esta manera los hogares tendrán una postura adversa al riesgo. Sin embargo, este mecanismo resulta insuficiente pues puede funcionar en gastos esperados que mantienen en un gasto homogéneo a través del tiempo, pero no para afrontar enfermedades que requieren tratamientos más complejos. Ehrlich y Becker (1972) hacen referencia a este mecanismo, al igual que Wagstaff y van Doorslaer (2003) y ponen de relieve que este mecanismo no libra a los hogares de caer en pobreza. Por ello, los seguros resultan siendo la forma más apropiada de afrontar los gastos en salud.

Sin embargo, los sistemas de salud no siempre afrontan el gasto catastrófico proveyendo protección financiera a la población frente a estos. Los planes de beneficios como se veía en el título sobre el tema tienden a definirse sobre el conjunto de prestaciones que se presentan con mayor frecuencia en la población y escapan por lo general enfermedades de alto costo, huérfanas y raras. La mancomunación de fondos es una buena forma de transferir riesgos, en especial para este tipo de situaciones, mientras más grande sea la mancomunación más pequeña será el efecto de estos eventos en el costo del plan de beneficios público o

privado. A este tipo de mancomunación se le llama reaseguro, y tienen un deducible que se expresa como el valor máximo que la aseguradora se compromete a pagar y una vez que se pasa el monto máximo el reasegurador entre a tallar para cubrir el costo de la enfermedad en nombre de la compañía de seguros. Es decir, es la aseguradora la que contrata a la reaseguradora y esta última le cobra una prima. Con este mecanismo, los planes de beneficios pueden dar cobertura a enfermedades costosas, huérfanas y raras que se prioricen. Este mecanismo, sin embargo, no es exclusividad de salud, sino que más bien se extiende a salud desde los mercados financieros. Chicaíza y Cabedo (2007) refieren que el *Chicago Board of Trade* fue el primer organismo que lanzó el primer instrumento de cobertura para la industria aseguradora con opciones para riesgos catastróficos.

b) Gasto empobrecedor en salud

El gasto empobrecedor es aquel que lleva a un hogar a caer en la pobreza a consecuencia de su gasto en salud a diferencia del gasto catastrófico que actúa de manera temporal el gasto de los hogares. En su medición se utiliza la línea internacional de pobreza a nivel mundial para comparaciones entre países Wagstaff y van Doorslaer (2003). Sin embargo, se pueden hacer variantes aplicando una línea de pobreza equiparable para países con ingresos semejantes, como en el caso de Maceira y Reynoso (2012), que van más allá y para hacer una comparación entre países utilizan sus respectivas líneas de pobreza.

Así el gasto empobrecedor medirá el “número de personas cuyo gasto total neto del gasto de bolsillo en salud se sitúa por debajo de la línea de pobreza, mientras que el gasto total incluyendo el gasto de bolsillo se sitúa por encima” Prieto y Montañez (2017).

El gasto empobrecedor en salud determinará el esfuerzo que se deberá hacer a nivel del sistema de salud para evitar que el gasto en salud no ponga en riesgo a la población. Los mecanismos que se aplican son diversos, como ampliar la cobertura del plan de beneficios, mejorar el financiamiento público, entre otros.

IV. CONTEXTO GENERAL

A continuación, se presenta el contexto general en el cual ocurre la persistencia del gasto de bolsillo en salud en el Perú. Incluye una revisión de crecimiento económico del país, la situación de salud de la población peruana y una descripción del sistema de salud.

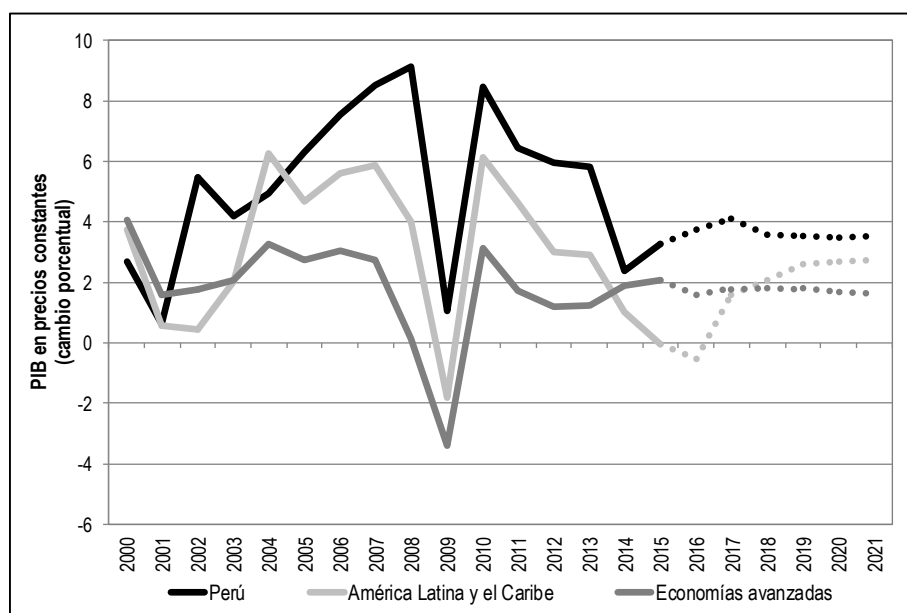
Luego, se profundiza en el contexto específico del gasto en salud, de las reformas orientadas a proveer protección financiera. Se finaliza con la revisión de la fragmentación que existe en el aseguramiento.

1. Crecimiento económico

El Perú ha tenido un desempeño económico muy positivo en los últimos 15 años, con un crecimiento económico sostenido por encima de países de la región, a pesar de la crisis económica que ha golpeado a las economías latinoamericanas (Gráfico IV.1). Las razones centrales de este crecimiento han sido: reformas estructurales internas, el manejo de una política macroeconómica ordenada con reglas claras para el manejo monetario y fiscal, buen aprovechamiento de los períodos favorables externos y la aplicación de políticas contra-cíclicas en los años de crisis internacional.

Es así que, durante el período 2014-2015 se aplicó una política expansiva del gasto de consumo del gobierno relajando así la disciplina fiscal que ha caracterizado al país, generando un déficit fiscal de 0,1% del producto interno bruto (PIB) en el año 2014 y de 2% en el año 2015. El resultado de esta medida ha permitido recuperar el crecimiento del PIB de 2,4% en el año 2014 a 3,3% en el año 2015. El Banco Central de Reserva del Perú (BCRP) proyecta que el crecimiento del PIB para el año 2016 será de 4,0 % y para los siguientes años proyecta 4,6% y 4,2% (BCRP, 2016).

Gráfico IV.1: Evolución del PIB 2000-2015 y proyecciones para 2016-2021 (cambio porcentual), Perú, América Latina y el Caribe, y economías avanzadas



Fuente: FMI-WEO (2016).

El país enfrenta varios retos: por un lado, ha tenido un estancamiento en la inversión privada y pública que pueden afectar la proyección de crecimiento del 2016 y 2017; por otro lado, el entorno internacional que sigue siendo vulnerable y; la necesidad de continuar en la mejora de la equidad y de mantener a la población fuera de la pobreza de manera permanente. El Banco Mundial plantea como reto para el nuevo gobierno, que tomó funciones a fines de julio del 2016, el poner en marcha reformas que incrementen la productividad y la competitividad nacional (Banco Mundial, 2016c).

2. Perfil demográfico, epidemiológico y socioeconómico

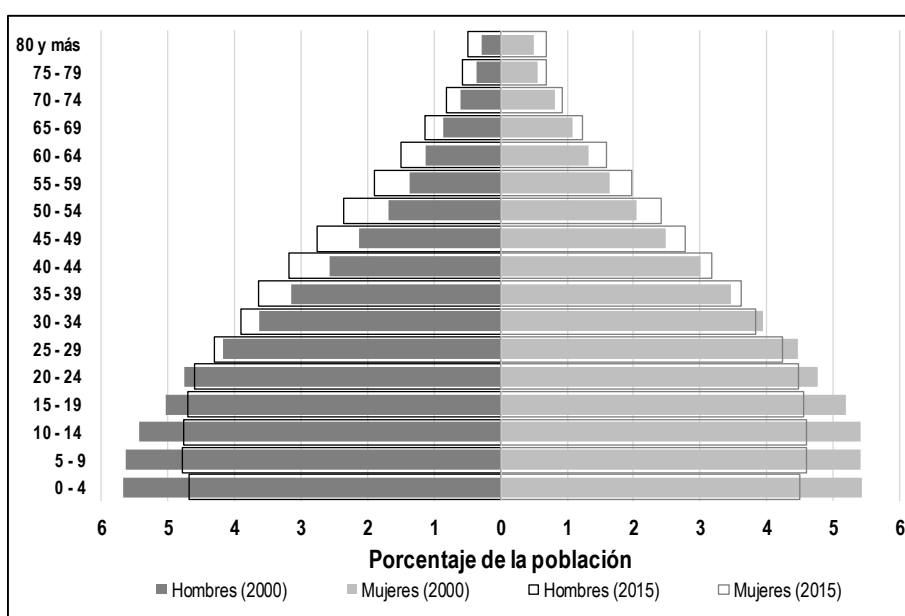
Las necesidades de salud que enfrenta cada país dependen de varios factores. Aquí se presenta el perfil demográfico, epidemiológico y socioeconómico para contextualizar las necesidades de servicios de salud y el estado de salud de la población peruana.

A) Perfil demográfico

Perú cuenta con una población de 31,152 millones de habitantes con un perfil poblacional que ha ido cambiando a medida que las mejoras en el acceso a servicios y el progreso económico han dado paso a un mayor bienestar de las personas.

La esperanza de vida al nacer se ha incrementado y actualmente alcanza 74,6 años. Entre el año 2000 y el año 2015 se destacan los siguientes cambios en la demografía peruana. La pirámide poblacional se ha engrosado en los grupos poblacionales de jóvenes y adultos y ha tendido a estrecharse en la base por una disminución en la fecundidad y cambios en la mortalidad (Gráfico IV.2).

Gráfico IV.2: Pirámide poblacional, 2000 y 2015



Fuente: INEI (2015a).

Las implicancias del cambio en el perfil demográfico del Perú se pueden separar entre las relacionadas a la salud y las relacionadas a la economía.

Desde un punto de vista del estado de salud de la población, Perú tiene una población que está envejeciendo y que requerirá de más servicios para esta población, incluyendo servicios geriátricos y servicios de cuidados de largo plazo.

Desde un punto de vista de la economía, las reducciones de las tasas de mortalidad infantil y en menores de 5 años de edad se traducen en el crecimiento de la proporción de la población entre 25 y 70 años de edad, que representa la población en edad de trabajar. Sin embargo, también implica mayores necesidades en el

sistema de protección social del país. Por ejemplo, el sistema de pensiones debe sostener una población en edad de jubilación más grande y además con mayor proyección de vida.

B) Perfil epidemiológico

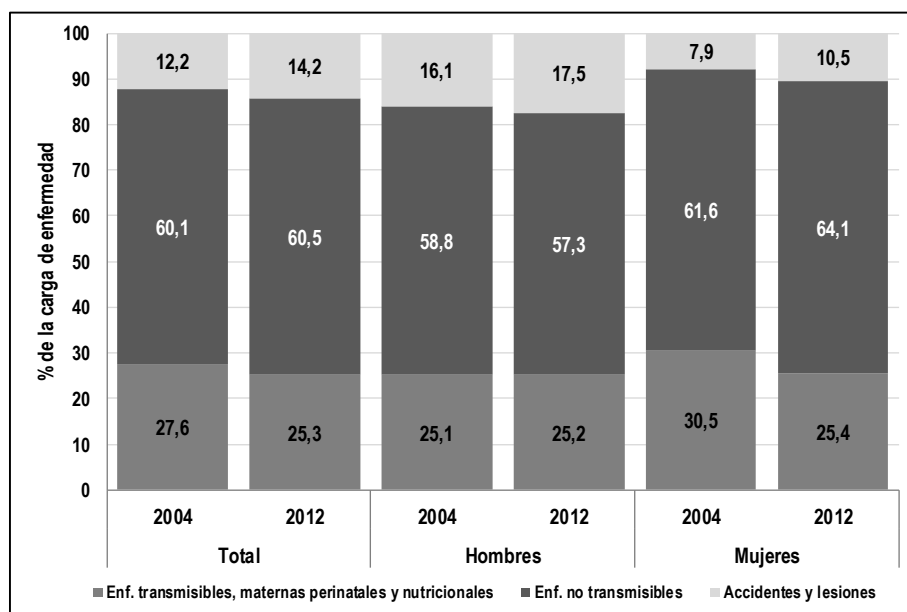
El perfil epidemiológico de un país muestra el tipo de problemas de salud más frecuentes y prevalentes. Una revisión del perfil epidemiológico considera la carga de las enfermedades. La carga de la enfermedad mide en años de vida perdidos, cuáles son los problemas de salud que afectan más al país. Al igual que el perfil demográfico, la carga de la enfermedad también va evolucionando en el tiempo.

Las enfermedades transmisibles, maternas perinatales y nutricionales han descendido entre los años 2004 y 2012 de 27,6% a 25,3% y se modifican progresivamente hacia enfermedades no transmisibles, lesiones y accidentes (Gráfico IV.3). Esto refleja los avances en políticas focalizadas en prevención de ciertos problemas de salud, en mejorar la salud infantil y materna. Estas políticas, que se han implementado con bastante éxito en el Perú, también están en línea con el compromiso de Perú en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs).

Como se mencionó anteriormente, el cambio en el perfil de las enfermedades en las mujeres ha sido significativo. Mientras que en el año 2004 la carga de enfermedades transmisibles, maternas perinatales y nutricionales representaban el 30,5% del total, en el año 2012 disminuyeron a 25,4%. En contraposición, la carga de enfermedad de las enfermedades no transmisibles pasó de 61,6% en el año 2004 a 64,1% en el año 2012 y los accidentes y lesiones pasaron de 7,9% a 10,5% entre esos años.

Este cambio epidemiológico tiene varias implicancias en la respuesta del sistema de salud. Se debe pasar de un sistema que se enfoca en problemas prevenibles y de atenciones costo-efectivas, a un sistema que debe estar preparado para responder a enfermedades crónicas.

Gráfico IV.3: Distribución de la carga de enfermedad por sexo, 2004 y 2012



Fuente: MINSA (2014).

Sin embargo, el cambio tanto en el perfil de la población como en la carga de enfermedad no es homogéneo en el país. Perú concentra, en el año 2015 al 56,3% de su población en la costa, principalmente en Lima, donde se encuentra el 32% de la población. La sierra tiene al 29,7% de la población y la selva alberga al 14% de la población total (INEI, 2015b). La población rural de acuerdo al último censo hecho en el año 2007 representa el 24,1% del total y la urbana el 75,9% (MINSADGE, 2013).

La distribución de la población en el territorio está acompañada por un heterogéneo acceso a servicios. De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el año 2015 el 81,3% de los hogares del país tuvieron acceso a agua por la red pública, de éstos, el 85,4% de los hogares en zonas urbanas tuvo acceso a agua y en las zonas rurales el 69,6% (INEI, 2016c). El problema de acceso a agua potable influye en la carga de enfermedad de la población, por eso, las enfermedades transmisibles, maternas perinatales y desnutrición en las zonas rurales es significativamente mayor al de las zonas rurales.

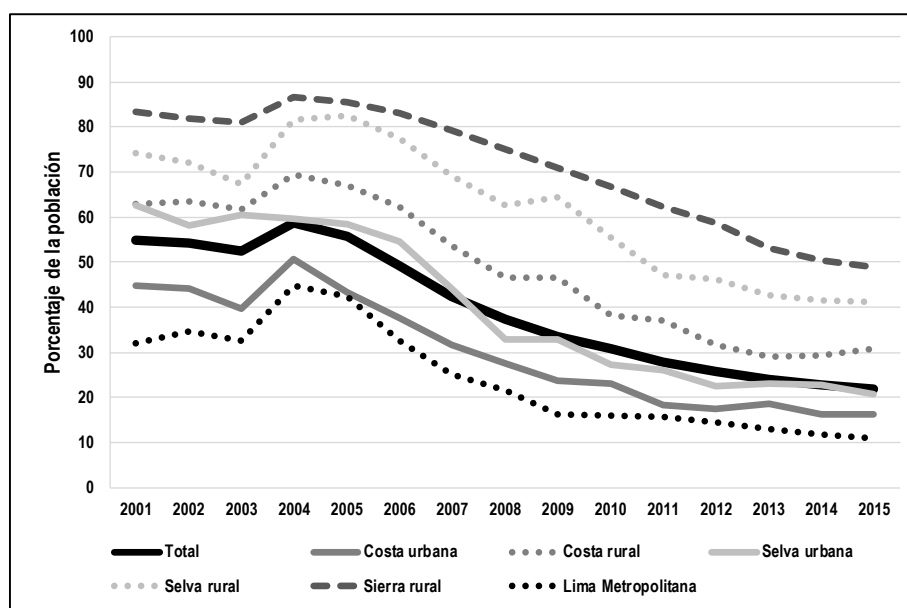
C) Perfil socioeconómico

Se presenta el perfil socioeconómico del Perú a través de dos indicadores clave: la incidencia de la pobreza y el índice de desarrollo humano.

A nivel nacional, la disminución de la pobreza monetaria ha sido significativa (Gráfico IV.4). El nivel más alto de incidencia se dio en el año 2004 que alcanzó al 58,7% o casi 3 de cada cinco personas en el Perú se encontraban en situación de pobreza. Sin embargo, ya al año 2012 Perú logra reducir la pobreza a menos de la mitad llegando a 25,8% de la población. Al año 2015 la pobreza monetaria se sitúa en 21,77%.

Aunque la reducción de la pobreza se ha desacelerado en los últimos años, aún no se ha estancado y se podría estar alcanzando un nivel de pobreza más difícil de superar que requiera de políticas sociales más innovadoras.

Gráfico IV.4: Evolución de la pobreza monetaria, 2001-2015, por dominio geográfico



Fuente: INEI (2016d).

Sin embargo, los avances por área o dominio geográfica no han sido similares, en parte porque la situación en el año 2004 muestra una brecha muy amplia entre áreas urbanas y rurales. La pobreza monetaria se acentúa en las zonas rurales, en especial de la sierra (Gráfico IV.4). Según INEI (2016d), la pobreza en la zona rural es tres

veces la de la zona urbana. Asimismo, aunque Lima Metropolitana tiene una incidencia de 11% en el año 2015, en la sierra rural asciende a 49%.

Las desigualdades entre zonas rurales y urbanas también se observan en el acceso oportuno y de calidad a la educación y la salud y; en las oportunidades de trabajo para estas poblaciones. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en su informe anual sobre el desarrollo humano, para el año 2015, ubica a Perú con un índice de desarrollo humano (IDH)² de 0,734, por debajo del promedio mundial de 0,744 y por debajo del promedio de América Latina y el Caribe de 0,748 (PNUD, 2015). El reporte remarca la necesidad de seguir reduciendo la pobreza con énfasis en la reducción de las desigualdades con una mayor presencia del Estado en zonas donde los beneficios no llegan aún. Al aplicar el factor de desigualdad a Perú el IDH-D baja a 0,563.

En educación, el informe de la OECD (2015) resalta que, el acceso al sistema educativo ha mejorado, especialmente en:

“la educación inicial (tasa neta de matrícula de 84% en 2014), secundaria (78% en 2014) y terciaria (tasa bruta de matrícula de 68,8% en 2014 de acuerdo a cifras oficiales), con una mayor tasa de finalización en los niveles educativos más altos. El desempeño también ha mejorado, fundamentalmente para los alumnos de primaria, tal y como demuestran los resultados del estudio TERCE (Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo) y la ECE (Evaluación Censal de Estudiantes). Y la inversión en educación ha aumentado de manera significativa: el gasto en educación como porcentaje del PIB pasó de representar un 2,9% en 2010 a ser de 3,6% en 2015”.

Sin embargo, estos logros muestran desigualdades en el acceso a educación superior, por el nivel socioeconómico, género, ruralidad y lengua de origen. Así como también, desigualdades en el acceso a educación de calidad y en el desempeño educativo.

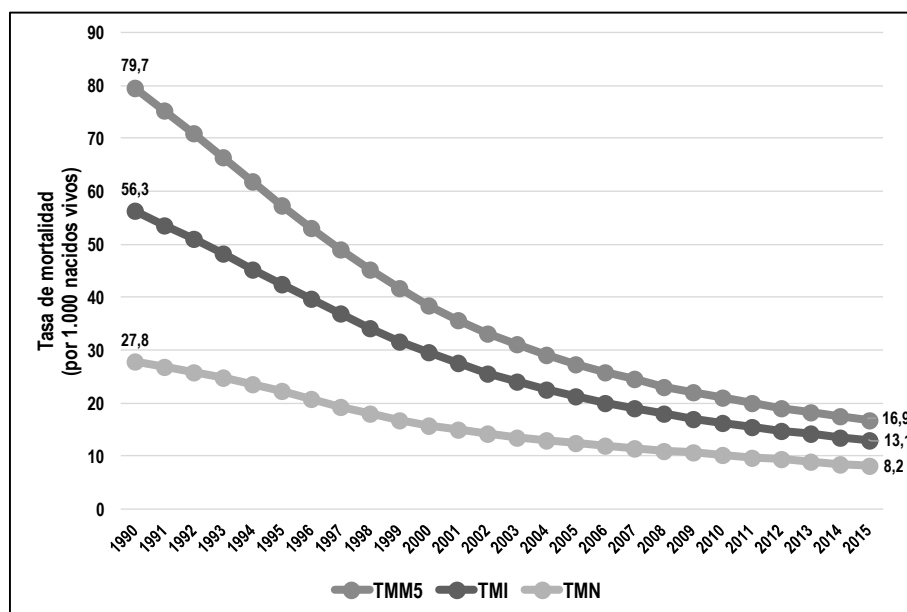
² El IDH considera tres variables: la salud, la educación y los ingresos.

En salud también se observan logros importantes, la esperanza de vida promedio es de 74,6 años en el año 2015. Las zonas urbanas tienen una esperanza de vida al nacer de 74,13 años mientras que en las zonas rurales tienen una esperanza de vida de 68,58 años (UNFPA/Perú, 2016). La esperanza de vida al nacer se ha incrementado principalmente por un descenso en la mortalidad infantil que bajó de 56,3 muertes por 1.000 nacidos vivos en el año 1990 a 13,1 muertes por 1.000 nacidos vivos en el año 2015 (Gráfico IV.5). De igual modo, la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años es 13,1 y la tasa de mortalidad neonatal es de 8,2 en el año 2015.

La desnutrición infantil también experimentó una disminución de 59,53% entre 2000 y 2013 (INEI, 2016f). En el período 2010-2015 la desnutrición descendió 23,2% a 14,4%, sobre todo en las áreas rurales. La anemia en el período 2010-2015 disminuyó de 50,3% a 43,5%. La reducción más importante se dio en el área rural en 6,4 puntos porcentuales (pasó de 57,5% en el año 2014 a 51,1% en el año 2015) y en el área urbana descendió en 1,8 puntos porcentuales (de 42,3% a 40,5%).

La mortalidad materna es la que ha experimentado mayores dificultades, a pesar del descenso significativo entre los períodos 1990-96 y 2004-2010 bajó de 265 muertes maternas por cada 10.000 nacimientos a 93. Sin embargo, la meta de bajar la muerte materna, que en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) al año 2015 se había propuesto como de 66,3 defunciones por cada 10.000 nacidos vivos, no se ha logrado. En las muertes maternas se observan desigualdades entre las zonas rurales y urbanas y en el nivel de educación de las madres a pesar de las mejoras en la atención del parto por personal calificado.

Gráfico IV.5: Evolución de la tasa de mortalidad en menores de 5 años, infantil y neonatal, 1990-2015



Nota: TMM5: Tasa de mortalidad en menores de 5 años; TMI: Tasa de mortalidad infantil; TMN: Tasa de mortalidad neonatal.

Fuente: Banco Mundial (2016b).

En general, el país ha tenido grandes avances en sus resultados sociales y ha logrado disminuir los rezagos que tenía en relación a países de la región. Disminuir las desigualdades internas es el reto que enfrenta para los siguientes años.

3. Breve descripción del sistema de salud en el Perú

El sistema de salud peruano es segmentado y fragmentado (OPS, 2007b) tanto en la organización de la provisión de los servicios de salud como en los esquemas de financiamiento dentro de éste. Los diferentes subsistemas se encuentran organizados verticalmente para atender a determinados grupos de población y entre los sistemas existe escasa interacción.

A) Sector público

Dentro del sector público existen cuatro subsistemas:

1. Subsistema público –MINSA y Gobiernos Regionales (GOREs)– que cuenta con una red de atención de servicios de salud a nivel nacional organizada en atención primaria, hospitales e institutos especializados que pertenecen a los gobiernos regionales y al MINSA. Se atiende en este

subsistema población pobre y vulnerable que cuenta con un seguro público (subsidiado por el Estado) y población no pobre con seguro público (con subsidio parcial del Estado), además de la población sin seguro que paga por su atención. El financiamiento de este subsistema es a través del MINSA, regiones y el Seguro Integral de Salud (SIS). El MINSA y los gobiernos regionales financian las inversiones y gastos corrientes de los servicios de salud. El SIS realiza un pago parcial a los proveedores por la atención a sus asegurados a los que les cubre un plan de beneficios amplio (más del 65% de la carga de enfermedad) y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) que financia un paquete de enfermedades de alto costo, raras y huérfanas para la población pobre y vulnerable.

Algunos municipios cuentan con establecimientos llamados Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) los cuales se financian a través del pago directo de las personas y en convenio con el SIS para mejorar el acceso de los asegurados a servicios de salud.

2. El subsistema de las Fuerzas Armadas (FFAA) – tiene una red de establecimientos de salud para la atención del personal en actividad y en retiro de las FFAA y de sus derechohabientes. La red de atención es pequeña y se concentra en Lima. El financiamiento a su población es a través del Ministerio de Defensa y el fondo de salud que se financia con el aporte del 6% del Estado a su personal y recursos, donaciones y utilidades de sus colocaciones.
3. El subsistema de la Policía Nacional del Perú (PNP) – cuenta con una red de servicios para la atención de personal activo y en retiro y de sus derechohabientes. Se financia con recursos del Ministerio del Interior y a través de un fondo de salud que recibe el 6% del aporte del Estado para la atención integral del personal, aportes de los afiliados al régimen contributivo, donaciones y utilidades de sus colocaciones y otros.
4. El subsistema de la seguridad social (EsSalud) – tiene una red de atención de servicios de salud de atención primaria, hospitales regionales y nacionales para la atención de sus asegurados y derechohabientes. Sus asegurados cuentan con la posibilidad de optar por atención en redes privadas de salud (Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para la atención de la capa simple) mediante un mecanismo que divide el aporte del 9% de los

asegurados en 2,25% para su atención en las EPS y el resto 6,75% va a EsSalud para cubrir atenciones complejas. Los asegurados a EsSalud son principalmente trabajadores formales del sector público y privado, trabajadores independientes, agricultores y otros que por mandato de ley han sido incorporados a este subsistema. EsSalud se encuentra bajo la responsabilidad del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE). EsSalud realiza tanto el financiamiento como la provisión de servicios para la atención de los asegurados sin separación de funciones explícita.

En suma, el primer sistema MINSA-GOREs se financia principalmente por ingresos tributarios, ya sea a través del SIS o de la red de proveedores de los GORE y MINSA. Aunque el SIS es un seguro público focalizado, con una cobertura de problemas y servicios de salud amplio, sólo financia parcialmente los servicios provistos a sus asegurados. Los otros tres sistemas, son sistemas de seguridad social en salud que son cerrados a poblaciones específicas, con sus propias redes de proveedores de servicios de salud, que se financian con contribuciones de los trabajadores y empleadores correspondientes. Es decir, sólo en el sistema público coexisten cuatro sistemas de salud.

B) Sector privado

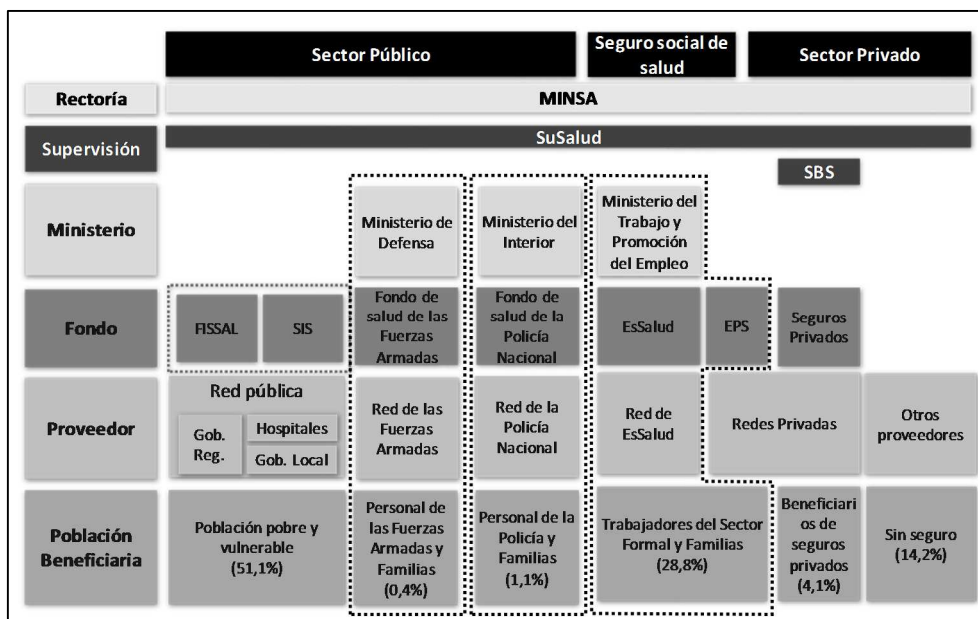
El sector privado de salud funciona como un sistema de mercado de aseguradoras de salud y proveedores, a saber:

- Subsistema privado –que cuenta con clínicas, clínicas especializadas, consultorios médicos, centros médicos y policlínicos, centros odontológicos, laboratorios, entre otros. Al interior del conjunto de establecimientos existen asociaciones de servicios de atención vinculadas a aseguradoras privadas, mineras, petroleras y otros. Los establecimientos se financian con los pagos de los seguros privados (primas) y los pagos directos de la población que hace uso de los servicios. También existe un subsistema privado no lucrativo conformado por organismos no gubernamentales, Cruz Roja Peruana, iglesias, comunidades terapéuticas, entre otros (Alcalde-Rabanal, Lazo-González, y Nigenda, 2011).

C) Regulación y rectoría

La regulación de los proveedores de servicios de salud y financiadores está bajo la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud), sin embargo, la supervisión de los fondos de aseguramiento se encuentra bajo la Superintendencia de Banca, Seguros y AFPs (SBS) y se concentra en los privados.

Figura IV.1: Panorama general del sistema de salud en el Perú



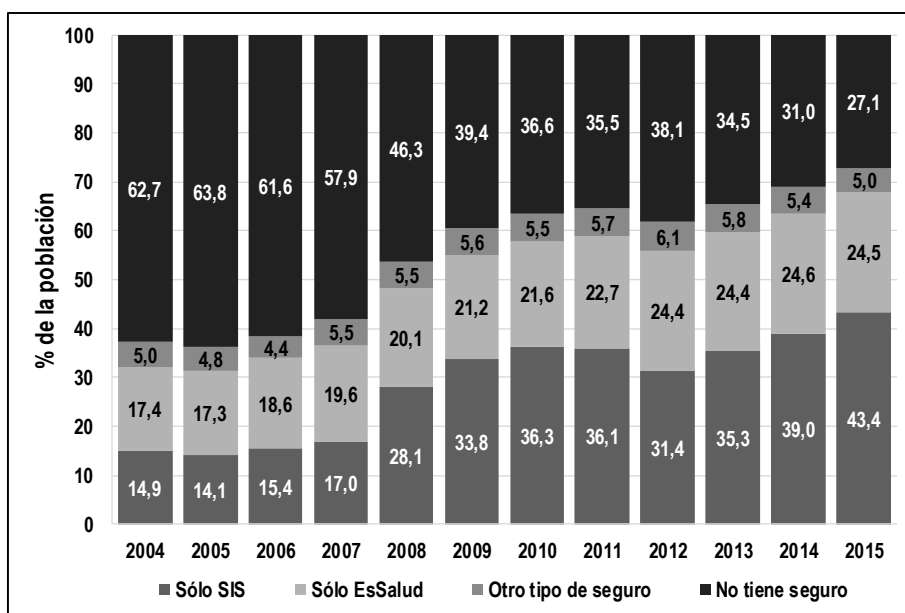
Fuente: Vammalle *et al.* (2016).

La rectoría del sistema de salud está en el MINSA, pero las funciones de conducción, regulación, modulación del financiamiento, de garantizar el aseguramiento, de salud pública y la armonización de la oferta de servicios están limitadas por la compleja organización del sistema de salud (Reich, 2011).

D) Evolución del sistema y situación actual

Un hecho clave en el sistema ha sido el dinamismo del aseguramiento como estrategia para lograr la cobertura universal de salud. Mientras que en el año 2004 solo el 37,3% de la población contaba con algún seguro en el año 2015 el 72,9% de la población tiene uno. El mayor asegurador del sistema, con datos de 2015, es el SIS (43,4% de la población), le sigue la EsSalud (con 24,5%) y otros seguros (5,0%).

Gráfico IV.6: Evolución del aseguramiento en el Perú, 2004-2015

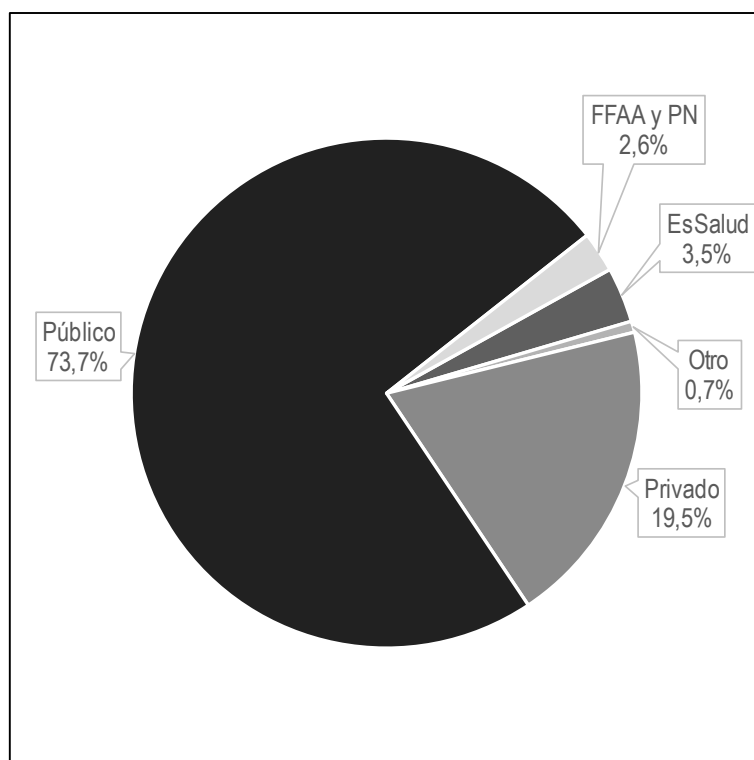


Nota: Otro tipo de seguro incluye Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y/o Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y a la población que tiene dos o más seguros (SIS con EsSalud).

Fuente: INEI (2016b).

La red de provisión de servicios más grande del país es la del subsistema público que cuenta con el 73,7% del total de establecimientos de salud del país (Gráfico IV.7). Le sigue la red privada de EPS que tiene 19,5% y brinda atención privada a los asegurados y derechohabientes que se encuentran afiliados a la seguridad social y éstos también se atienden en la red propia del subsistema de EsSalud que tiene el 3,5% del total de establecimientos, la red de las FFAA y PNP que tiene el 2,6% y finalmente está la provisión de servicios privados que tiene el 0,7% del total (INEI, 2012a, 2016a).

Gráfico IV.7: Establecimientos de salud por sector, 2016



Fuente: SuSalud (2016b).

La segmentación y fragmentación del sistema de salud genera grandes cuellos de botella para el acceso a la atención. La ampliación del aseguramiento ha puesto en evidencia las dificultades de la oferta de servicios del subsistema público y de EsSalud. Petrera (2014), destaca la falta de personal calificado, infraestructura hospitalaria antigua, obsoleta, con escaso mantenimiento y de centros y puestos de salud con severas dificultades para funcionar como redes, todos ellos con carencias de insumos y personal con altas insatisfacciones. De igual modo, menciona que EsSalud tiene problemas de falta de especialistas, así como envejecimiento y crecimiento de su población. Cetrángolo *et al.* (2013) añaden que los servicios básicos los concentra el subsistema público de las regiones y que los hospitales e institutos de alta complejidad pertenecen al sector privado y a EsSalud. La oferta privada por su lado, se está incrementando para atender una demanda creciente y con mayores ingresos, producto del crecimiento económico.

La inversión para desarrollar la oferta de servicios y reducir las brechas ha sido intensa en los últimos años. El año 2014, las inversiones comprometidas para el sector sumaron S/. 8.400 millones (2.800 millones de USD aproximadamente) e

incluyen 200 proyectos a nivel nacional (PCM, 2014). Esta inversión incluye la modalidad de Asociación Público Privada (APP) para mejorar la infraestructura y equipamiento de hospitales.

Para hacer frente al déficit de la oferta de servicios, el año 2013 se abrió la compra-venta de servicios entre EsSalud y el SIS, y los establecimientos en las regiones para mejorar el acceso de los asegurados, pero el mecanismo no ha pasado de ser un ejercicio reducido.

4. Gasto en salud

Las características del sistema y la forma como se desempeña conllevan a que la demanda insatisfecha por servicios de salud genere mayor gasto³ en las personas (mayores precios o se imponen nuevos pagos) (PCM, 2014). El gasto en salud tiende a crecer y los gobiernos tienen que actuar para atenuar las fallas que se producen en los mercados de salud.

En efecto, el gasto total en salud del Perú ha tenido tendencia creciente desde el año 2006 hasta el presente, pero con altibajos. El gasto total en salud incluye el gasto público en salud y el gasto privado en salud. El gasto total en salud como porcentaje del PIB ha pasado de 4,47 en el año 2006 a 5,5 en el año 2014 (Banco Mundial, 2016b).

Sin embargo, el gasto total en salud de Perú se encuentra por debajo del promedio de países de la región que en el año 2014 era 7,73% y de países de la OCDE se encuentra a 6,83 puntos porcentuales del promedio de gasto de esos.

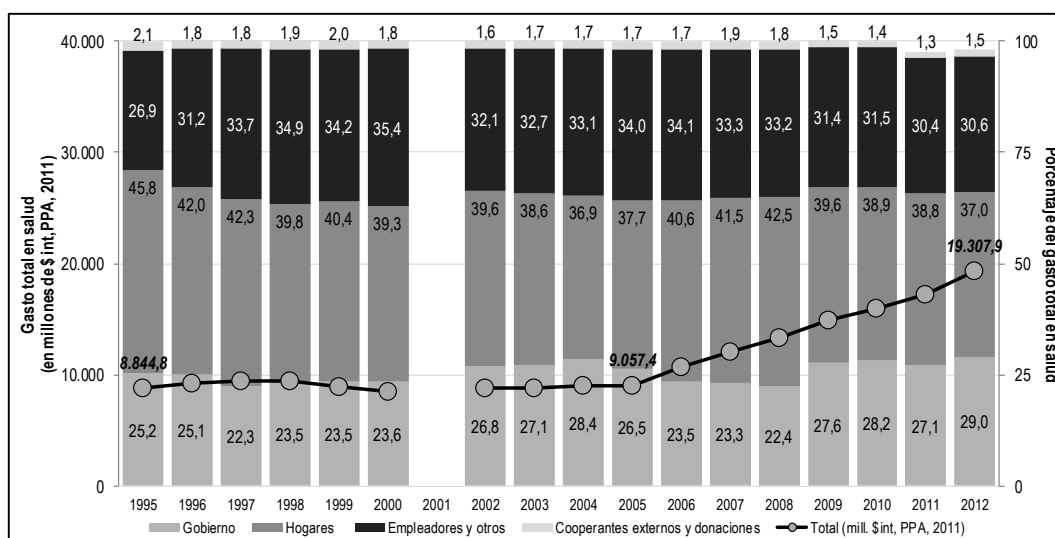
Como se mencionó anteriormente, el gasto total en salud incluye el gasto público y privado. Por el lado público el financiamiento proviene de los impuestos recaudados y las contribuciones a la seguridad social. Por el lado privado, se financian principalmente, de los pagos directos que realizan los hogares para la salud y del pago de primas que estos hacen para asegurarse de manera voluntaria.

Las Cuentas Nacional de Salud Perú (MINSA, 2015), que presenta información hasta el año 2012 muestran que el financiamiento de salud creció en el período

³ La elasticidad precio de la demanda entendida como la variación porcentual en la cantidad demandada que ocurre por cada cambio porcentual en el precio.

1995-2012 por efecto del crecimiento económico propiciando una mayor recaudación de impuestos y destinando más presupuesto público a salud, el discreto crecimiento del empleo formal aumentando las contribuciones (Gráfico IV.8). Sobre las contribuciones, se debe aclarar que durante el período se dieron un conjunto de excepciones al pago de contribuciones que afectaron el volumen de recaudación y por un mayor gasto privado por incremento de la demanda por servicios de salud. De todos estos, el efecto del empleo ha sido el que menos ha contribuido en el crecimiento del gasto en salud. En este sentido, uno de los grandes retos del nuevo gobierno es que en Perú el empleo informal representa el 74% de la PEA ocupada (INEI, 2014a). Los trabajadores informales no acceden a EsSalud y sólo si son calificados como pobres o vulnerables tendrían acceso al SIS.

Gráfico IV.8: Evolución de la distribución del financiamiento en salud en el Perú por agentes, 1995-2012



Elaboración: Propia.

Fuente: MINSA (2015).

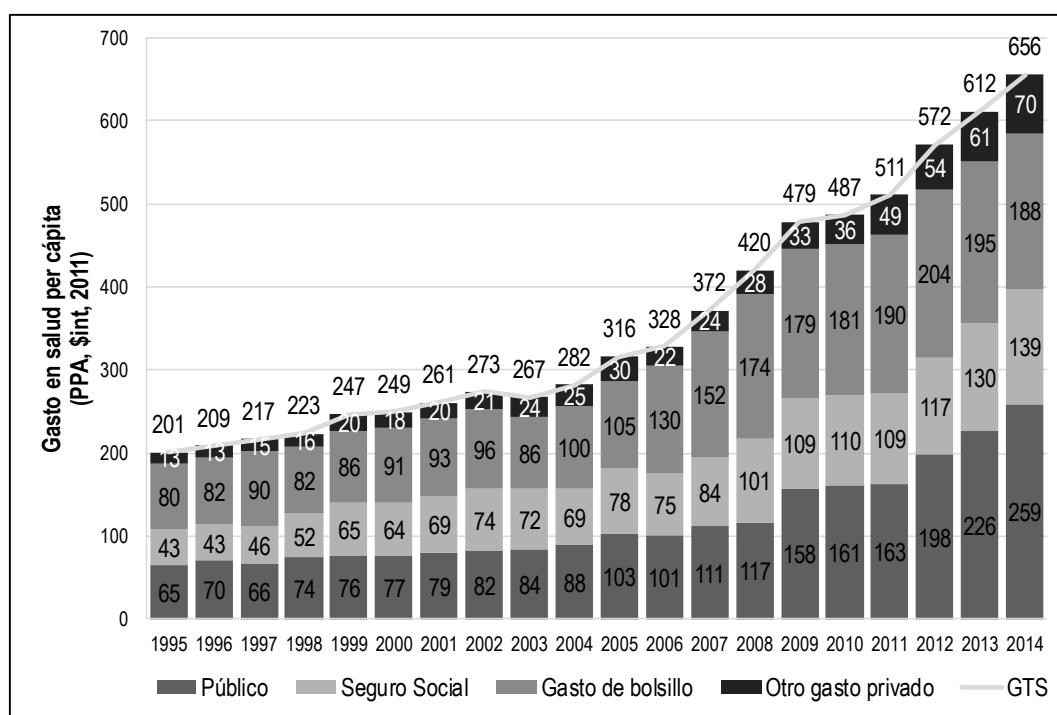
El financiamiento público en salud fue creciente y llegó a representar el 29% del financiamiento total para salud en el año 2012 versus 25,2% en el año 1995. Este financiamiento se ha destinado a la mejora de la oferta de salud y al subsidio de personas pobres y vulnerables a través del SIS. Como contrapeso, el financiamiento de los hogares se desaceleró a partir del año 2008 (se aplicó política contra-cíclica para paliar los efectos de la crisis internacional, y salud recibió mayor financiamiento público) disminuyendo de 42,5% del financiamiento total en salud a 37% en el año 2012.

Las características del sistema de salud, no permite la mancomunación solidaria de fondos y por lo tanto se frena el avance hacia la cobertura universal porque no se comparte el riesgo financiero asociado a la necesidad de utilizar los servicios de salud por la población frenando el acceso de las familias (OMS, 2010).

A) Gasto per cápita en salud

Por efecto del mayor crecimiento del PIB, el PIB per cápita y con éste el gasto total en salud per cápita crecieron. Mientras que en el año 1995 el gasto per cápita en salud (en dólares internacionales ajustados por paridad de poder adquisitivo, a precios constantes de 2011, en adelante \$int) era de \$int 201, en el año 2014 ha llegado a ser de \$int 656. El gasto público per cápita fue significativo en el período, en especial a partir del año 2008.

Gráfico IV.9: Evolución de gasto total en salud per cápita (\$int ajustados por PPA, constantes del año 2011) por tipo de gasto, 1995-2014



Elaboración: Propia.
Fuente: Banco Mundial (2016b).

El gasto per cápita en salud de Perú fue de \$int 656 en el año 2014 y está muy por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (\$int 1.112 en el año 2014) y del promedio de países de la OCDE (\$int 4.704 en el año 2014). Colombia, que al

igual que Perú se ha puesto como meta ingresar a la OCDE tiene un gasto per cápita \$int 843.

Como se observó en el Gráfico IV.8 a partir del año 2008, el gasto público en salud fue parte de una mejora general del gasto social público. El presupuesto público de salud incrementó su participación con relación al presupuesto público total en 2,56 puntos porcentuales en el período 2009-2015, alcanzando una participación de 10,7% en el año 2015 y, mejorando su participación como porcentaje del PIB para ese mismo período en 0,6 puntos porcentuales (Tabla IV.1).

El sector educación para el mismo período incrementó su participación en el presupuesto público en 1,5 punto porcentual y es de 16,87% en el año 2015. Tanto los programas sociales de protección social como los programas de saneamiento vieron reducir su participación tanto con relación al presupuesto público como con su participación en el PIB.

Tabla IV.1: Prioridad relativa del gasto público en salud comparado con el gasto social público, en millones de \$int (PPA, 2011), como porcentaje del presupuesto público, y como porcentaje del PIB

Presupuesto devengado	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Saneamiento	1.699	1.988	2.261	2.562	2.711	2.843	2.138
% presupuesto público	3,03	3,21	3,51	3,78	3,66	3,54	2,62
% PIB	0,66	0,67	0,70	0,77	0,78	0,79	0,58
Vivienda y desarrollo urbano	826	721	648	816	1.173	1.585	2.013
% presupuesto público	1,48	1,16	1,00	1,20	1,58	1,98	2,46
% PIB	0,32	0,24	0,20	0,24	0,34	0,44	0,55
Salud	4.557	4.745	5.358	5.999	7.158	8.258	8.737
% presupuesto público	8,14	7,66	8,31	8,85	9,66	10,29	10,70
% PIB	1,77	1,61	1,66	1,80	2,05	2,30	2,37
Educación	8.609	8.949	9.468	9.839	11.087	12.423	13.774
% presupuesto público	15,37	14,44	14,69	14,52	14,96	15,48	16,87
% PIB	3,35	3,03	2,93	2,95	3,17	3,47	3,73
Protección social	1.954	2.248	2.076	2.577	2.972	3.621	3.172
% presupuesto público	3,49	3,63	3,22	3,80	4,01	4,51	3,88
% PIB	0,76	0,76	0,64	0,77	0,85	1,01	0,86

Elaboración: propia
Fuente: MEF (2016).

La evidencia empírica sobre financiamiento muestra que si el gasto público en salud se incrementa para lograr cobertura universal en salud por encima del 5-6% del PIB, las familias experimentan menos dificultades financieras (Xu *et al.*, 2010). En dicho

estudio, se revisaron los países que han alcanzado la cobertura universal y ninguno tiene un gasto público en salud menor al 5-6% del PIB.

La OMS suscribió un compromiso (OPS/OMS, 2014) con los países miembros para que el gasto público en salud de los países sea del 6% como parte de la estrategia para mejorar la protección financiera de las personas y disminuir las inequidades en salud (OMS, 2010). Perú, a pesar de las mejoras se encuentra en 5,47% de gasto público en salud con relación al PIB en el año 2014.

5. Las reformas para la protección financiera

El compromiso asumido por los países miembros de la OMS para alcanzar cobertura universal en salud no ha sido ajeno al Perú. Las recientes reformas en el sector salud de Perú se han dado en el marco de políticas sistémicas (OMS, 2008) asentadas en principios como la universalidad, solidaridad, unidad y equidad y; en valores sociales como son la eficiencia, la efectividad, la calidad, la sostenibilidad financiera, la transparencia y la participación social.

Perú viene tomando varias medidas para avanzar hacia la cobertura universal. A continuación se describen los dos hitos más recientes: la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el año 2009 y las reformas del año 2013.

A) El aseguramiento universal, 2009

Perú optó por un sistema de salud basado en el aseguramiento. Así, la reforma para el aseguramiento universal en salud – AUS (Congreso de la República del Perú, 2009) de la población atendió a la necesidad de mejorar el acceso económico y dar protección financiera en salud, en especial a los pobres con un reordenamiento de las funciones dentro del sistema. Los objetivos definidos fueron: “Garantizar los derechos a la atención de salud de toda la población, en términos de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento (contrato social). Proteger a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado a eventos de enfermedad. Mantener y mejorar los resultados sanitarios y así contribuir a elevar la productividad del capital humano” (MINSa, 2011).

La Ley 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal – incorporó tres ejes: i) extender la cobertura de asegurados a nivel nacional, principalmente en los segmentos de bajos ingresos; ii) ampliar la cobertura de beneficios, de acuerdo al

perfil demográfico y epidemiológico de la población, y; iii) garantizar la calidad de la atención, con garantías explícitas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, en cuanto a: oportunidad, calidad, financiamiento.

De esta manera, la reforma del AUS definió las funciones de rectoría para el MINSA, de regulación y supervisión para la SuSalud, de financiamiento y compra de servicios y; de provisión de servicios. También definió el plan de beneficios –Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) – que pasó a ser el plan mínimo de aseguramiento a cubrir para toda la población, el que incluye garantías explícitas para la atención materna infantil y cubre el 65% de la carga de enfermedad de la población, es decir incluye los diagnósticos más probables de la población a nivel nacional.

El financiamiento del PEAS se dio a través de tres regímenes: el contributivo, el semicontributivo (pago voluntario parcial y con aporte del Estado) y subsidiado. Con estos arreglos se estimó que “toda la población del país tendría acceso a un conjunto de prestaciones preventivas, de promoción, recuperativas y de rehabilitación en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad” (Congreso de la República del Perú, 2009).

La reforma planteó la separación de funciones como base fundamental para el fortalecimiento en el sistema y el desarrollo del AUS. De esta manera, al MINSA se le dio la autoridad sobre todo el sistema para aprobar y ejecutar la política nacional de aseguramiento a nivel nacional, por encima de las instancias de conducción de los diferentes subsistemas e instancias descentralizadas. Consecuentemente, se le reconoció como la autoridad máxima del sistema de salud, y se abre así la posibilidad de una futura integración del sistema caracterizado por su segmentación y fragmentación. El MINSA se hizo responsable del monitoreo y evaluación del sistema, de la integración progresiva de la información del sector, de fijar los lineamientos para el uso de los fondos públicos destinados al AUS. Conducir el proceso de articulación de la provisión de servicios en el país y a facilitar el acceso de medicamentos de la población.

Para la función de compra del sistema se creó el concepto de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud (IAFAS), las cuales realizarían servicios de cobertura de riesgos en salud a los grupos poblacionales a asegurar. Como parte de su función debían promover la afiliación de la población

y su acceso a los servicios de salud para su atención. Como parte de las IAFAS estarían, el SIS, EsSalud, las FFAA, la PNP, y los privados. Sólo el SIS y seguros privados, hasta antes de la Ley AUS desarrollaban de manera única la función de compra. Tanto, EsSalud como las FFAA y la PNP en cambio tenían la función de compra y provisión en integración vertical.

La clasificación de IAFAS, de los públicos y privados se estandarizaba para aproximarlos progresivamente a las características de “seguros”. Sin embargo, la creación de fondos de aseguramiento para los públicos se enfrentaría al problema de cambiar el tradicional manejo de presupuestos públicos. La separación de la función de compra exigía controlar lo que la provisión de servicios ofrecía a sus asegurados y desarrollar mecanismos de pago para obtener los mayores beneficios para sus asegurados.

La provisión de servicios pasó a llamarse Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y se les dio la responsabilidad de brindar los servicios con calidad y oportunidad. Se les otorgó autonomía administrativa y financiera para desarrollar su gestión dentro de los nuevos estándares que exigía la ley con el PEAS para la venta de servicios a las IAFAS. La autonomía administrativa y financiera vinculada al manejo rígido del presupuesto público también experimentaría dificultades.

La Superintendencia Nacional de Salud – SUNASA se le dio la función de registro, autorización, supervisión y regulación de las IAFAS e IPRESS del sistema de salud. Posteriormente, se le amplió el rol de sanción a IAFAS e IPRESS que incumplieran los mandatos establecidos y cambió su nombre a SUSALUD. La función de registro buscaba el ordenamiento de las IAFAS e IPRESS del país, tanto para su inscripción cubriendo estándares que garantizaran su actividad. La función de autorización se dio para permitir los actos administrativos de compra-venta de servicios. La función de supervisión buscaba que SUSALUD verificara el cumplimiento de las IAFAS e IPRESS de acuerdo a las normas. La función de regulación fue dada para que ésta emitiera normas que rigieran el funcionamiento de las IAFAS e IPRESS y finalmente la función de sanción se dio con el fin de garantizar el cumplimiento de las normas emitidas (ver Anexo A).

La implementación del AUS afrontó varios problemas: la oferta de servicios enfrentó una creciente demanda por atenciones de los asegurados para la cual no

estaba preparada, el financiamiento del PEAS para el régimen subsidiado no se concretó, y la ley no contempló su financiamiento (Prieto, Cid, y Montañez, 2014).

El régimen semicontributivo no se definió claramente y la ambigüedad lo llevó a absorber muy discretamente grupos de población no pobre como, informales, independientes y micro-empresas, que fueron asegurados a través del SIS (que asume el aseguramiento para los pobres) (SIS, 2016).

El régimen contributivo con un plan de beneficios con cobertura casi universal no generó cambios en la seguridad social. EsSalud como operador de la seguridad social en salud recibió el mandato de separar la función de financiamiento y provisión de servicios, pero no se concretó.

El régimen privado cumplió con incluir el PEAS en sus planes de beneficios, pero sin interés real en éste, a la espera de que se dieran nuevas reformas para su participación en el sistema, en vez de ello buscaron otras oportunidades en los mercados de salud para incrementar su participación. Por ejemplo, realizando integración vertical entre las aseguradoras y redes de servicios; concentrando el poder en pocos grupos dentro de un sector privado de por sí restringido.

No obstante, el principal problema de esta reforma fue la inflexibilidad de la norma pública para el manejo presupuestario. No se encontró solución para la creación de fondos de aseguramiento para los seguros públicos en proceso ni para dar autonomía a la gestión de la provisión de servicios. De esta manera, la mancomunación de fondos y la compra de servicios quedaron pendientes postergándose así la creación de mecanismos que permitieran un mayor acceso a los servicios a la población distribuida en los diferentes subsistemas.

A pesar de las limitaciones de implementación, el aseguramiento en salud como se vio en el punto de aseguramiento pasó de 53,7% en el año 2008, antes de la reforma, a 72,9% en el año 2015.

B) La reforma del año 2013

La siguiente reforma del sector salud se dio en el año 2013 y fijó un conjunto de medidas para mejorar el estado de salud de la población con reformas específicas para la construcción de un sistema de salud integrado con el fin de mejorar los niveles de eficacia y eficiencia en la prestación de servicios (CNS, 2013).

Los lineamientos de política que se dieron con esta reforma buscaban que consolidar el proceso de aseguramiento y la integración del sistema. La reforma se orientaba a sobreponerse a los obstáculos a los que tuvo que enfrentarse la primera reforma para su implementación tanto en el aspecto financiero como estructurales del sistema de salud.

Se dieron doce lineamientos (CNS, 2013), a saber:

- i) potenciar las estrategias de intervención en salud pública, con participación multisectorial y regional;
- ii) fortalecer la atención primaria de salud;
- iii) mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados;
- iv) reformar la política de gestión de recursos humanos;
- v) cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre;
- vi) extender el aseguramiento en el régimen subsidiado de acuerdo a criterios de vulnerabilidad;
- vii) fomentar el aseguramiento como medio de formalización;
- viii) consolidar al SIS como operador financiero;
- ix) fortalecer el FISSAL como financiador de segundo piso;
- x) aplicar nuevas modalidades pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud;
- xi) fortalecer el financiamiento de EsSalud; y
- xii) fortalecer la rectoría del sistema de salud.

Con esta reforma se establecieron parámetros para lograr acceso efectivo a los servicios de salud de atención primaria de salud. De esta manera, las inversiones en infraestructura y la capacidad resolutoria de los servicios debería en adelante estar disponibles tomando en cuenta la ubicación geográfica y demográfica. De igual modo, para el nivel hospitalario se buscó un ordenamiento y control a sus acciones, las ineficiencias y problemas de calidad eran de malestar público, en especial con el desempeño de los hospitales nacionales. Para ello, se creó el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), el cual a su vez permitiría al MINSA separarse de la función de provisión que tenía sobre los hospitales nacionales y las redes de servicios de Lima Metropolitana.

La reforma de los recursos humanos en salud fue innovadora e integral, se plantearon cambios en la formación de pre-grado y postgrado. En el primer grupo, para lograr una formación más acorde con competencias necesarias para la atención primaria de salud con la atención integral de las personas, las familias y las comunidades. Para el segundo grupo planteó cambios para facilitar el acceso a la especialización y así acelerar el cierre de brechas de recursos humanos especializados en el sistema. También se propusieron cambios sustanciales en las escalas salariales entre trabajadores de salud y niveles de atención con el fin de mejorar la distribución de los recursos humanos, generando incentivos para la atención en zonas con déficit de recursos humanos y zonas prioritarias.

Por otro lado, entre los retos propuestos se planteó aliviar la carga financiera ya que a pesar de que el nivel de aseguramiento aumentó, el gasto de bolsillo de las familias no descendió como se esperaba con el AUS y porque aún quedaba por asegurar población no pobre. La estrategia que se planteó con la reforma fue de movilizar recursos para el sector de manera eficiente y lograr que el financiamiento público (incluye aporte a la seguridad social) llegue a representar el 80% del financiamiento en salud y en contraposición que el gasto de bolsillo no sobrepase el 15 a 20% del financiamiento total (CNS, 2013). Esta meta de financiamiento OMS (2010), se afirma en evidencia empírica, donde si los gastos de bolsillo se encuentran “por debajo del 20% la incidencia de la catástrofe financiera y el empobrecimiento desciende hasta niveles insignificantes”. Ampliar espacio fiscal para el financiamiento en salud se planteó como uno de los principales retos.

El respaldo y la continuidad de la política de aseguramiento universal enfatizaron en aspectos que todavía no habían sido cubiertos. Por ejemplo, se agregó el criterio de vulnerabilidad al aseguramiento de la población pobre vía el régimen subsidiado, planteó fomentar el aseguramiento como medio de formalización, fortalecer institucionalmente al SIS, el FISSAL, EsSalud y aplicar nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud (CNS, 2013).

El aseguramiento a través del SIS, para concretar la afiliación a los pobres y extenderla hacia la población vulnerable, consideraba necesariamente el fortalecimiento institucional del SIS con el desarrollo de su función de compra para impulsar la integración de la provisión de servicios del sistema a través de la

compra-venta de servicios. Para ello, se habilitaron mecanismos que sortearían los problemas observados en la implementación del AUS: la posibilidad de que el SIS contrate con servicios de salud privados, la posibilidad de realizar alianzas con EsSalud para dar movilidad para la atención a los asegurados de ambos subsistemas mediante convenios de compra-venta que llamaron “intercambio prestacional”.

La incorporación de población vulnerable independientemente de la condición económica en el SIS ha llevado a que el aseguramiento al SIS en el periodo 2013-2015 pase de una participación en el aseguramiento total de 35,3% a 43,4% impulsando el aseguramiento total de la población de 65,5% a 72,9% en ese periodo.

De igual modo, el aseguramiento a población no pobre que trabaja como independiente, o de manera informal y microempresas fue encargado al SIS, a pesar de no ser parte de su población objetivo. Desde el inicio del AUS este régimen que contaba con 51.211 afiliados (2009) y representaba el 0,43% del total de afiliados al SIS pasó a contar con 229.089 afiliados (2013) y a presentar el 1,34%. Existen aproximadamente 8 millones y medio de personas sin seguro.

En cambio, EsSalud siguió la tendencia del empleo formal y no se aplicaron medidas específicas para captar mayor afiliación al régimen contributivo. Las reformas para la seguridad social estuvieron orientadas al saneamiento financiero de EsSalud que se vio afectado por un conjunto de medidas legales que fueron hechas para beneficiar la contratación de personal en el sector público con contribuciones menores afectando el presupuesto de EsSalud. No se aplicaron nuevas medidas para la separación de funciones de compra y provisión de EsSalud ni se establecieron medidas para mejorar la eficiencia y calidad de sus servicios de atención.

Otras medidas que se pusieron en marcha fueron, la atención de emergencia de asegurados SIS en el sector privado y contratos con privados para brindar atención especializada a los asegurados del SIS (SISOL y clínicas privadas).

6. La fragmentación del aseguramiento

La fragmentación en el aseguramiento limita el logro de la cobertura universal. Las reformas se han orientado a disminuir los problemas que esta genera, pero los cambios en este sentido han sido pocos.

La estrategia de aseguramiento se ha soportado en el SIS y éste ha sabido lograr el objetivo de asegurar a los pobres, en especial de áreas rurales. La búsqueda de protección financiera a través del aseguramiento ha sido clara: los asegurados bajo el régimen subsidiado no deberían pagar por su atención. Los asegurados del SIS bajo el régimen semicontributivo realizan un prepago (prima) y tampoco deberían realizar copagos ni se les debería aplicar deducibles y se encuentran principalmente ubicados en zonas urbanas.

EsSalud por otro lado, abarca a los trabajadores y derechohabientes y éstos no pagan por su atención en la red de servicios de EsSalud. Los asegurados que optan por afiliarse a EPS (seguro complementario a EsSalud), en cambio, sí están sujetos a copagos y deducibles. La población asegurada a EsSalud se encuentra mayoritariamente en zonas urbanas.

Los que tienen seguro privado o más de un seguro se encuentran exclusivamente en las zonas urbanas. Accede a seguros privados la población no pobre. Existen otros mecanismos que aplican las clínicas afiliando a las personas, sujetándolas a un pago mensual que le da acceso a su atención con descuentos, y a su vez las clínicas aplican copagos y deducibles al momento de la atención.

Tabla IV.2: Regímenes de aseguramiento en salud

Regímenes	Tipo	Financiamiento	Pagos directos	Aseguradores
Voluntario	Personas con capacidad de pago	Prepago voluntario (primas)	Copagos, deducibles	Privados
Contributivo	Trabajadores del Estado y Privado con vínculo laboral e independientes	Contribuciones a la seguridad social por cuenta propia o su empleador	No	EsSalud y EPS
Semicontributivo	Trabajadores informales, trabajadores independientes, microempresas	Financiamiento público parcial (pre-pago) y aporte de los asegurados y empleadores (prepago)	No	SIS
Subsidiado	Personas en situación de pobreza o vulnerable	Financiamiento público	No	SIS

Elaboración: Propia.

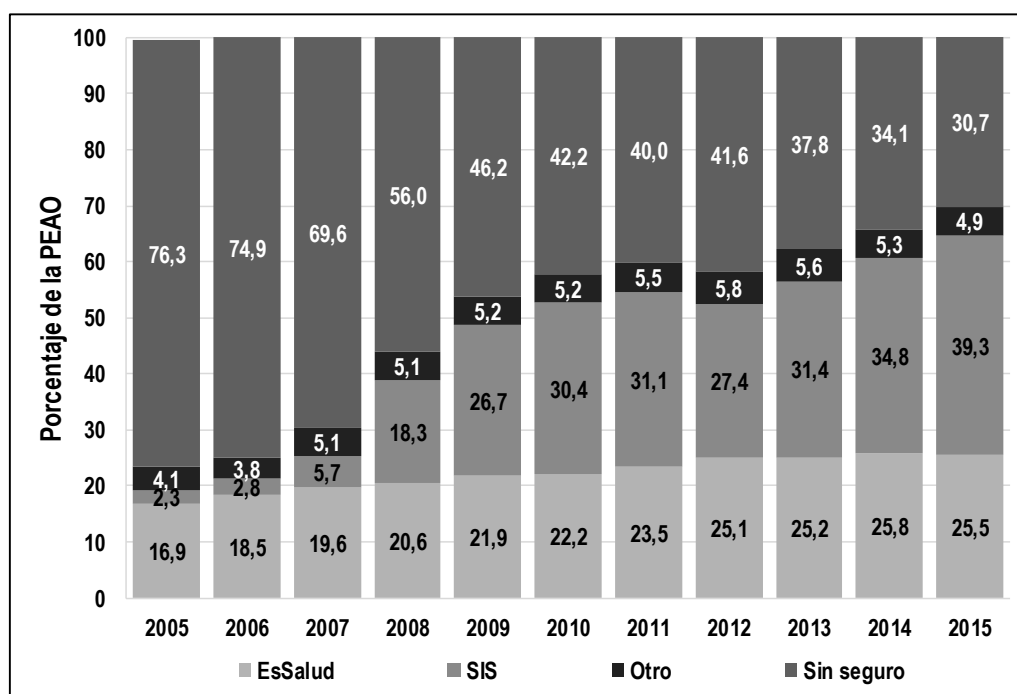
Así, tanto el SIS como EsSalud tienen una política de no pago para la atención de sus asegurados, pero en la práctica el pago directo de los pacientes es habitual. Dichos pagos surgen por diferentes razones. Por ejemplo, las personas aseguradas optan por auto-medicarse y esto se traduce en un gasto de bolsillo en medicamentos. Otro ejemplo sería que personas aseguradas optan por buscar atención en proveedores que están fuera de la red de proveedores cubiertos por su aseguradora. Es decir, que una persona con cobertura de EsSalud opte por atenderse en una clínica privada.

La política de aseguramiento universal, como mecanismo para lograr protección financiera en salud a la población, ha tenido dificultades para ampliar la protección financiera a grupos no pobres, la política se ha asentado en el incremento de la cobertura vía el SIS que está focalizado. La mancomunación de fondos como medida para disminuir la fragmentación ha sido un aspecto tratado en el marco de la última reforma financiera pero no se ha hecho visible.

a) Los ingresos de las personas, los seguros y las primas

La división de la población según la fuente de ingreso y su magnitud ha llevado a que el SIS sea para los pobres, la seguridad social para los trabajadores y los seguros privados para las personas con ingresos altos. Sin embargo, según fue evolucionando el empleo, la pobreza y los ingresos, la delimitación entre seguros ya no está tan clara y ha sido el SIS el que ha asumido el peso del aseguramiento universal de trabajadores independientes, microempresas. El Banco Mundial (2016a) menciona que esta situación escapa a la especialización del SIS.

Gráfico IV.10: Distribución de la PEA ocupada, según aseguramiento, 2005-2015 (%)



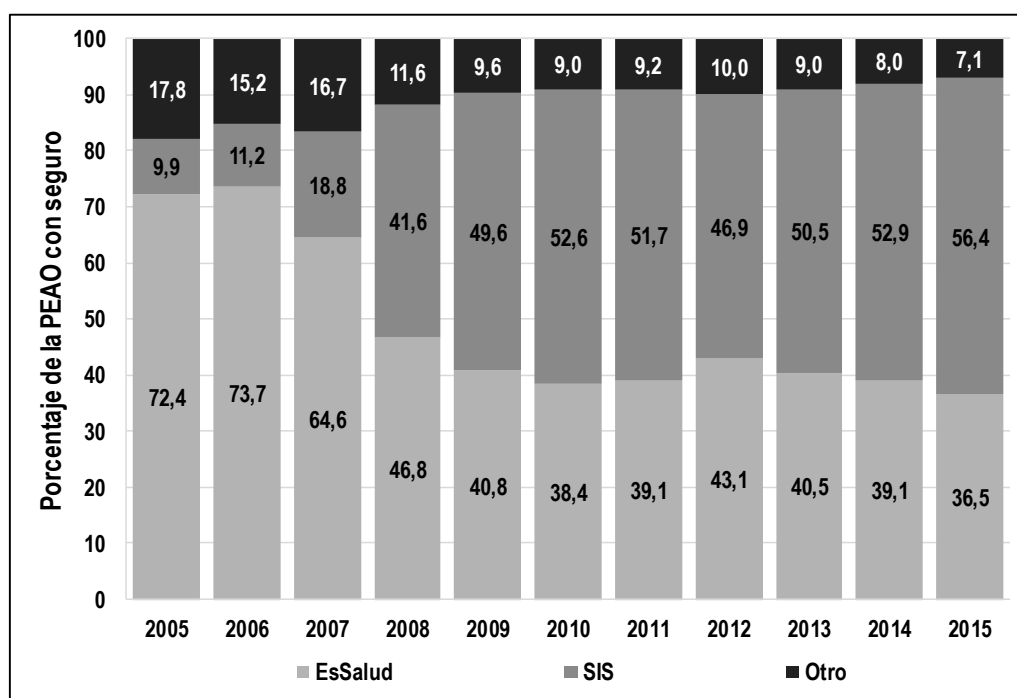
Elaboración: Propia.
Fuente: INEI (2016e).

De esta manera se han producido grupos de población sin seguro y subsidios cruzados. Por ejemplo, de la población económicamente activa ocupada (PEAO) en el año 2015 (INEI, 2016e), 25,5% se encuentra asegurada en la seguridad social, 39,3% en el SIS y 30,7% permanece sin seguro, mientras que en el año 2005 el 16,9% estaba asegurada en la seguridad social, 2,3% estaba en el SIS, 4,1% en otros seguros y 76,3% no tenía seguro. Nótese que con la aparición del SIS el aseguramiento de la PEAO se incrementó gracias a éste. La seguridad social contribuyó tan solo con un incremento en el período de 8,6 puntos porcentuales.

La frágil delimitación de los seguros se afecta por la informalidad de la PEA y las desigualdades en los ingresos de los trabajadores al interior del país. Por ejemplo, el ingreso promedio mensual proveniente del trabajo en las zonas urbanas para el año 2015 fue de \$int. 961,6, en cambio en las zonas rurales el ingreso fue de \$int 417,8 (inferior a la remuneración mínima vital fijada en \$int 493 para el año 2015). Estas diferencias se han mantenido en el tiempo, ya que en el año 2009 el ingreso en las zonas urbanas era de \$int 719,9 y el de zonas rurales \$int 314,4 y la remuneración mínima vital era de 361,6 ese año.

De esta manera, los trabajadores pueden asegurarse en el SIS por su condición de pobreza. Se propicia un desincentivo a la formalización de dichos trabajadores por parte de las empresas. Esta situación se puede observar en la PEA ocupada asalariada que tiene seguro. El año 2005 ésta se encontraba asegurada en un 72,4% en la seguridad social, mientras que en el año 2015 solo el 36,5% está en ésta. El aseguramiento de la PEA ocupada asalariada hacia el SIS pasó de 9,5% en el año 2005 a 56,4% en el año 2015.

Gráfico IV.11: Distribución de la PEA ocupada asalariada con seguro, según tipo de seguro de salud, 2005-2015 (%)



Elaboración: Propia.
Fuente: INEI (2016e).

Por otro lado, los seguros privados han estado concentrados en pocas empresas y se ha mantenido pequeño en comparación con los países en América Latina. La penetración del sector “se situó alrededor de 1,92% a fines del 2015 (1,53% en el 2011), menor al promedio de la región, responde a varios factores económicos y culturales, entre los cuales se puede mencionar los mayores costos de expansión, baja cultura de aseguramiento, acceso a la información sobre los productos ofertados” (Pacific Credit Rating, 2015).

Restrepo (2016) resume los avances del AUS y la reforma del 2013 hacia el logro de la cobertura universal en salud recreando el cubo de OMS, presentado en el Capítulo I –Marco conceptual– que plantea tres dimensiones de la cobertura universal en salud.

Sobre la primera dimensión, destaca los logros a través del aseguramiento poblacional, especialmente del SIS. En el segundo, muestra que al mantenerse el sistema fragmentado los beneficios solo llegan a los asegurados en cada subsistema y resultan imperceptibles. Solo en el caso del SIS, la mejora en el acceso a la atención a través de la ampliación de sus planes y el FISSAL evidencia más beneficios para sus asegurados. La tercera dimensión, de la protección financiera, está referida al gasto directo de las familias y menciona la necesidad de ampliar el estudio de esta dimensión.

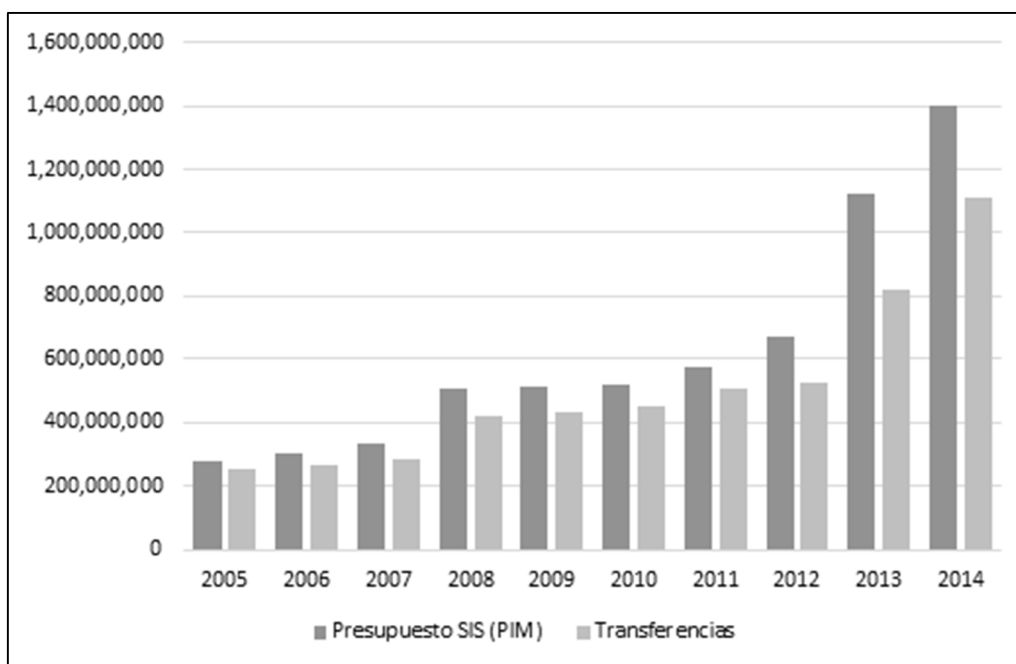
b) El caso del SIS

El SIS a pesar que ha sido el principal soporte del aseguramiento universal ha tenido problemas en llevar adelante este proceso de manera ordenada. El comportamiento de la afiliación, su presupuesto y las atenciones en el SIS son el reflejo del contexto general descrito líneas arriba.

La evolución del presupuesto del SIS en los últimos años ha tenido un comportamiento creciente, pero con varios puntos de inflexión claramente identificados en los años 2008, 2013 y 2014 donde los montos del presupuesto se incrementaron en un 53,8%, 66,5% y 24,7% respectivamente. Nótese, sin embargo, que en el año 2009 que se dio inicio al aseguramiento universal el presupuesto del SIS no aumentó y se mantuvo igual hasta el año 2011 en el que creció un 11,3%, un incremento insuficiente para el volumen de asegurados. Los incrementos en el

presupuesto de los años 2013 y 2014 son financiamientos rezagados al SIS para pagar por atenciones realizadas por la red de servicios y hospitales a nivel nacional. Por lo tanto, las transferencias tuvieron un comportamiento similar con crecimiento durante el período 2005-2014 pero con hitos en los años 2008, 2013 y 2014, con porcentajes del 48,1%, 55,9% y 36% respectivamente.

Gráfico IV.12: Presupuesto SIS (PIM) y transferencias 2005-2014



Elaboración: Propia.
Fuente: SIS (2016).

Por otro lado, las variaciones en el total de afiliados al sistema muestran un comportamiento muy diferente, mientras en los años 2006 y 2007 bajó el número total de afiliados en un 5,8% y en un 32,8%, el año 2008 se incrementó en un 49,2%, pero todavía sin alcanzar la cifra de afiliados en 2005, cifra que se recupera en el 2009. Los años 2010 y 2011 son de crecimiento moderado con un 4,4 y 3% respectivamente, para volver a caer un 11% en el 2012 y recuperar el crecimiento en los siguientes dos años con un 20,9% en 2013 y un 14,8% en 2014. Los problemas financieros del SIS lo llevaron a revisar su base de datos de afiliados en varias oportunidades y someterla a una depuración para mantenerse en los grupos a atender y evitar deudas con los prestadores de servicios. Pero, políticamente eso no fue siempre viable.

Sobre esto último, cabe destacar que la depuración de afiliados también se contraponen al aseguramiento universal en la medida que ya se evidenciaba que el régimen semicontributivo no lograba despegar. Aunque la intención fue desafiliar a los asegurados en el régimen subsidiado, pero afiliarlos al régimen semicontributivo esto no se logró ya que las contribuciones son voluntarias. Esto debió tomarse como una señal del reto en asegurar a las poblaciones no pobres sin trabajo formal.

De esta manera, los incrementos de afiliados fueron consecuentes con los incrementos de transferencia y de presupuesto, salvo en los años 2010 y 2011. Es decir, durante esos años creció el número de afiliaciones, pero no el presupuesto en una cantidad similar, lo que tendría como consecuencia inmediata la falta de los recursos necesarios para atender a los asegurados. Esto también debería ser parte de la explicación de la persistencia del gasto de bolsillo. En la medida que SIS no recibía el financiamiento necesario, se generaron atrasos en las transferencias del SIS a los proveedores públicos, que a su vez se ajustaron reorientando la demanda de los asegurados SIS que generaban gastos de bolsillo.

Por lo que respecta a la distribución de afiliados por grupo etario, solamente se ha podido acceder a datos de los años 2011 a 2014 para el grupo de aseguramiento subsidiado. En este período el SIS perdió afiliados para los grupos de 0 a 4 años y de 12 a 17 años mientras que el resto incrementó su cobertura, aunque en volúmenes relativamente bajos para los grupos de 5 a 11 años y de 18 a 29 años con 10,2 y 29,5% respectivamente. Los grupos de 30 a 59 años y de 60 a más años si mostraron crecimientos importantes, siendo para el primero de 52,2% y para el segundo del 45,6%.

Tabla IV.3: Afiliados al SIS por grupo etario 2011-2014

Grupos	2011	2012	2013	2014
0 - 4 años	1.626.184	1.389.267	1.507.488	1.523.023
5 - 11 años	2.483.306	1.991.166	2.579.184	2.736.209
12 - 17 años	1.948.751	1.551.564	1.746.047	1.926.926
18 - 29 años	2.475.300	2.247.807	2.742.165	3.205.187
30 - 59 años	3.143.427	3.106.653	3.858.250	4.785.033
60 a más	1.083.536	1.067.105	1.292.113	1.577.927
Total	2026.262	2025.913	2027.971	2032.057

Elaboración: Propia.
Fuente: SIS (2016).

Con estos datos se puede observar que el grupo etario más significativo en cuanto a número de afiliados es el de 30 a 59 años que incrementó su participación en 5,8 puntos porcentuales partiendo de un 24,6% del total de afiliados en 2011 a alcanzar el 30,4 en 2014. Se constata el crecimiento de la PEA informal afiliada al SIS, pero bajo el régimen subsidiado y no el régimen semicontributivo creado para captarlos.

En 2011 el segundo grupo en importancia era el de 5 a 11 años con un 19,5% del total y el tercero el grupo de 18 a 29 años con un 19,4% del total, pero para 2014 estos puestos se invirtieron pasando a ser el segundo el grupo de 18 a 29 años con un 20,3% del total y el grupo de niños de 5 a 11 el 17,4% del total de afiliados. En lo que respecta al grupo de 12 a 17 años perdió representatividad al pasar de 15,3% en 2011 a 12,2% en 2014, de igual forma que el grupo de 0 a 4 años que paso de representar un 12,7 en 2011 a un 9,7% en 2014. Finalmente, el grupo de 60 a más años, vio incrementado su peso al pasar de 8,5% en 2011 a 10% en 2014.

Cabe resaltar que, mientras en 2011 el grupo de mayores de edad, de 18 a 60 y más años, solamente representaban el 53% del total de afiliados, para 2014 representaban el 61% del total.

Por lo que respecta al número de atenciones promedio para cada uno de los grupos, se puede constatar que en todos los grupos etarios se incrementó el número de atenciones promedio. Para el grupo de 0 a 4 años el promedio de atenciones anuales en el 2011 era de 6,1 pasando a 11,4 en 2014. En el caso del grupo de 5 a 11 años

el incremento fue de 1,4 a 3,6 atenciones promedio; para el grupo de 12 a 17 años mientras en 2011 las atenciones promedio eran de 1,2 anuales en 2014 llegaron a 2,8. Para los comprendidos entre los 18 a 29 años, el incremento solamente fue de 0,8 puntos porcentuales al pasar de 2,1 en 2011 a 2,9 atenciones anuales en 2014. Igual comportamiento tuvo el incremento del siguiente grupo etario, de 30 a 59 años en cuyo caso el incremento fue solamente de 0,7 puntos porcentuales llegando en el 2014 a 2,5 atenciones promedio anuales; y finalmente, para el caso de 60 a más años se pasó de 1,5 atenciones promedio anuales en 2011 a 2,5 en 2014.

Tabla IV.4 Promedio de atenciones por grupo etario 2011-2014

Grupos	2011	2012	2013	2014
0 - 4 años	6,1	6,9	9,0	11,4
5 - 11 años	1,4	2,1	2,5	3,6
12 - 17 años	1,2	1,8	2,4	2,8
18 - 29 años	2,1	2,5	2,7	2,9
30 - 59 años	1,8	2,1	2,4	2,5
60 a más	1,5	1,8	2,3	2,5

Elaboración: Propia.
Fuente: SIS (2016).

El costo promedio de atención se incrementó en el período de referencia, pasando de 20,5 en 2011 a 21,2 en 2014.

Tabla IV.5 Presupuesto SIS (PIM) por grupo etario. 2011 - 2014

Grupos	2011	2012	2013	2014
Presupuesto SIS (PIM)	575.800.826	674.420.454	1.123.110.046	1.400.088.310
0 - 4 años	202.394.306	211.132.031	347.119.560	420.219.204
5 - 11 años	69.236.052	92.142.613	166.587.328	240.127.168
12 - 17 años	47.531.291	60.882.562	106.302.850	132.183.532
18 - 29 años	105.656.649	124.137.330	192.521.717	228.423.034
30 - 59 años	117.873.053	142.961.024	233.988.105	284.106.696
60 a más	33.109.473	43.164.894	76.590.486	95.028.676
Costo promedio de atención	20,50	22,06	25,65	24,20

Elaboración: Propia.
Fuente: SIS (2016).

Mientras que, en el número de afiliados, el grupo de mayores de edad a 60 o más años son más de la mitad de los afiliados al SIS, en términos de costo de atención pasando a representar en el 2014 al 61% del total de afiliados, cuando se observa el promedio de costo de atención por el número de atenciones, el monto total de este grupo es del 43,4% del presupuesto total.

V. GASTO DE BOLSILLO EN SALUD COMPARADO CON OTROS PAÍSES

1. La evolución del gasto de bolsillo en salud, antes y después de las reformas

El gasto de bolsillo en salud (GBS) como porcentaje del gasto total en salud de Perú en el período 2005-2008 pasó de 33,3% a 41,4%. Aliviar la carga financiera de los hogares era una necesidad urgente y las políticas que se dieron apuntaron a ese propósito. Políticas en Salud (2011) refiere que el financiamiento público en Perú en el año 2005 pasó de cubrir el 75% a cubrir el 67% en el año 2009. De igual modo, se contrajo el financiamiento por afiliado SIS que utilizó los servicios de atención en \$int 34 en el período 2000-2009. Lavilla Ruiz (2012), encontró para el período 2006-2009 que el GBS financiaba más del 50% del gasto de salud y empobrecía al 1% de hogares no pobres y cualquiera sea la capacidad de gasto, la carga del GBS era similar para todos los hogares.

Con la primera reforma del AUS en el año 2009, el incremento del GBS no se frenó. El financiamiento público tardó en aumentar para cubrir a los nuevos asegurados que por efecto de la reforma se incorporaron al SIS y el GBS siguió creciendo hasta el año 2012, a partir de entonces se redujo gradualmente. En total, desde el lanzamiento del aseguramiento universal en el año 2009 al año 2014 el gasto de bolsillo se redujo en 8,8 puntos porcentuales hasta llegar a 28,6% con relación al financiamiento total.

La última reforma del año 2013, ha hecho el énfasis en el incremento del financiamiento poniéndose como reto que el financiamiento público como porcentaje del PIB llegue al promedio Latinoamericano. En consecuencia, la discusión se ha centrado en cómo lograr espacio fiscal para salud.

Políticas en Salud (2014) estableció que el subsector público necesitaba 1,1% del PIB para cubrir a la población bajo el régimen subsidiado y semicontributivo del SIS y se encontraba en 0,5% del PIB en el año 2012. Por diferencia, define que la brecha requerida para el subsector era de 0,6% del PIB (alrededor de 3 mil millones de soles). Matus-López, Prieto Toledo y Cid Pedraza (2016) analiza posibles fuentes para ampliar el espacio fiscal para salud y determina que es posible lograr que el financiamiento público llegue a tener una participación del 6% del PIB, pero

no a corto plazo. Las fuentes más factibles resultaron el crecimiento económico, la ampliación de la base tributaria a través del impuesto a la renta de las personas, la aplicación de impuestos específicos al tabaco y mejorar la eficiencia del gasto público. El análisis de los autores menciona que uno de los retos de generar espacio fiscal para salud es la fragmentación de los fondos. Como se presentó en la sección de descripción del sistema de salud peruano, generar recursos adicionales vía impuestos beneficia sólo al sector MINSA-GORE. Asimismo, destacan que parte de la generación de nuevos recursos debe considerar políticas de formalización del mercado laboral.

El reto de lograr mayor financiamiento público en salud y continuar bajando el gasto de bolsillo en salud sigue siendo un tema de discusión álgido. Es una discusión que incluye no sólo más recursos para el sector, sino que mejorar cómo se están asignando los recursos de tal manera de ser más eficientes con los recursos escasos.

2. Comparación del gasto de bolsillo en salud de Perú con otros países

Si se compara el GBS de Perú con el promedio de los países de ingresos medios altos (clasificación a la que pertenece Perú) éste se encuentra por debajo de estos y gradualmente se ha ido distanciando del promedio. Durante la década de 1990 Perú tenía un gasto mayor al de los países de ingresos medio altos revirtiéndose esta figura a partir del año 2000. El año 2007 la diferencia era de \$int 31,7, el año 2011 la diferencia se incrementó a \$int 54,3 y en el año 2014 la diferencia llegó a \$int 110,9.

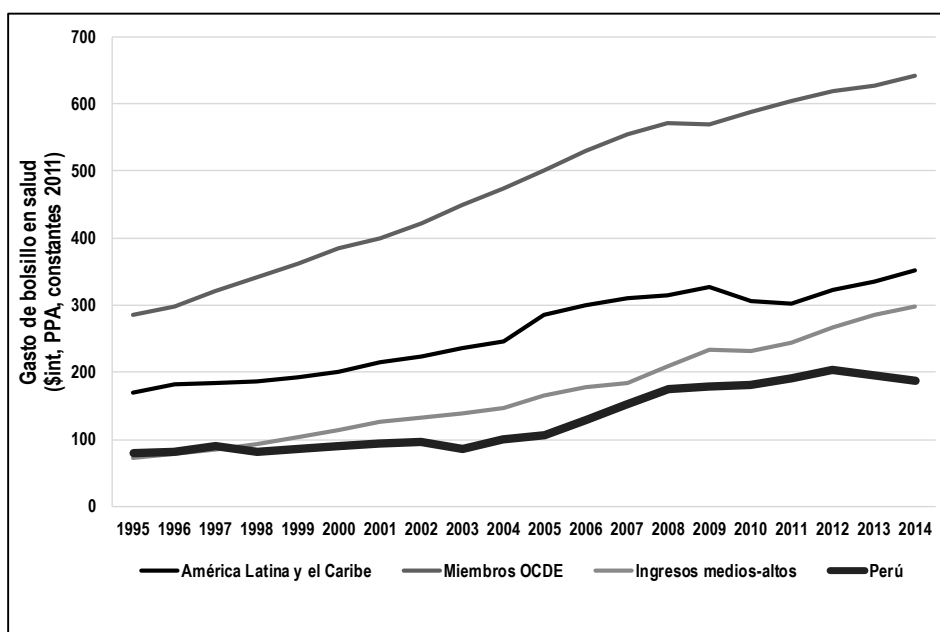
Esta distancia es aún mayor con el GBS promedio de América Latina y el Caribe que se encuentra por encima del promedio de países miembros de la OCDE. Como se veía en el capítulo III, la OMS recomienda que el este gasto no supere el 20% del gasto total en salud y a su vez recomienda que el gasto público en salud como porcentaje del PIB sea no menor al 6%. Tomando como referencia ambas recomendaciones, Perú se encuentra por encima del 20% y por debajo del 6%, es decir que debería incrementar su gasto público en salud para llegar a ajustarse a los niveles recomendados.

La preocupación que existe sobre el GBS en América Latina y el Caribe es porque éste es el reflejo de la desprotección que enfrentan las personas, y las enfermedades

y sus complicaciones tienen un efecto perverso en la sostenibilidad financiera de los hogares (González, 2015), produciendo el empobrecimiento cuando éste gasto en relación al gasto total del hogar supera un umbral se convierte en gasto catastrófico (Peticara, 2008; Wagstaff y van Doorslaer, 2003; Xu, 2005; Xu *et al.*, 2003)⁴.

Por otro lado, si se compara la evolución del GBS como porcentaje del gasto total en salud con países de América Latina y el Caribe se observa el cambio en la tendencia creciente que Perú tenía hasta el año 2008 y cómo la participación del GBS en el gasto total en salud decrece e iguala al promedio de América Latina y el Caribe el año 2013 y continúa descendiendo en el año 2014 e incluso disminuye con relación a los países de ingreso medios altos. Lejos de la realidad de América Latina y el Caribe y de los países de ingresos medios altos se encuentran los países miembros de la OCDE que mantienen una participación estable del GBS en el gasto total en salud que va de 13,8% a 15%.

Gráfico V.1: Evolución del gasto de bolsillo en salud (en \$int, PPA, 2011), Perú y grupos de países seleccionados, 1995-2014

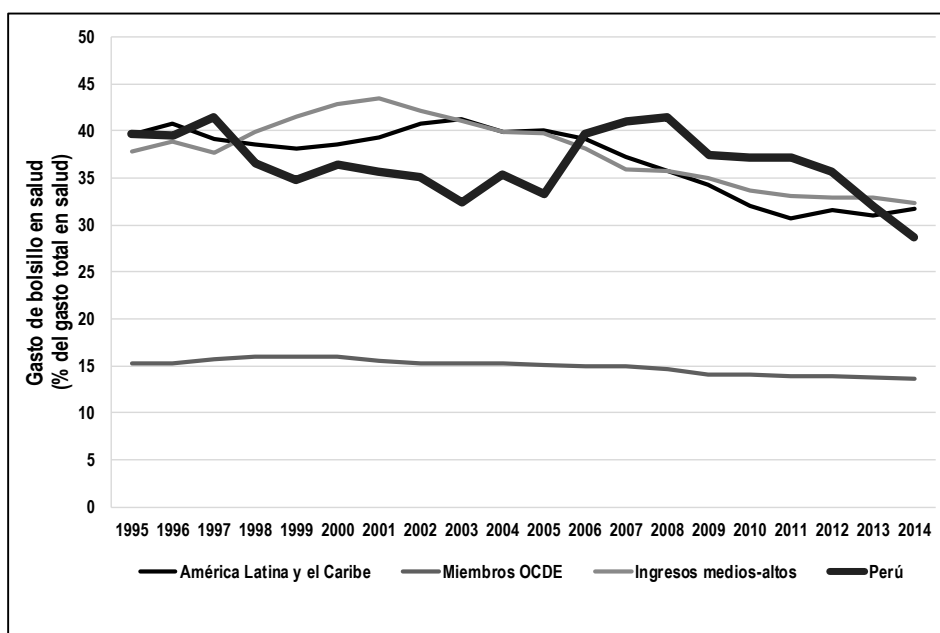


Elaboración: Propia.

Fuente: Banco Mundial (2016b).

⁴ Diferentes estudios usan diferentes umbrales que varían entre el 20% y 40%.

Gráfico V.2: Evolución del gasto de bolsillo en salud (como porcentaje del gasto total en salud), Perú y grupos de países seleccionados, 1995-2014

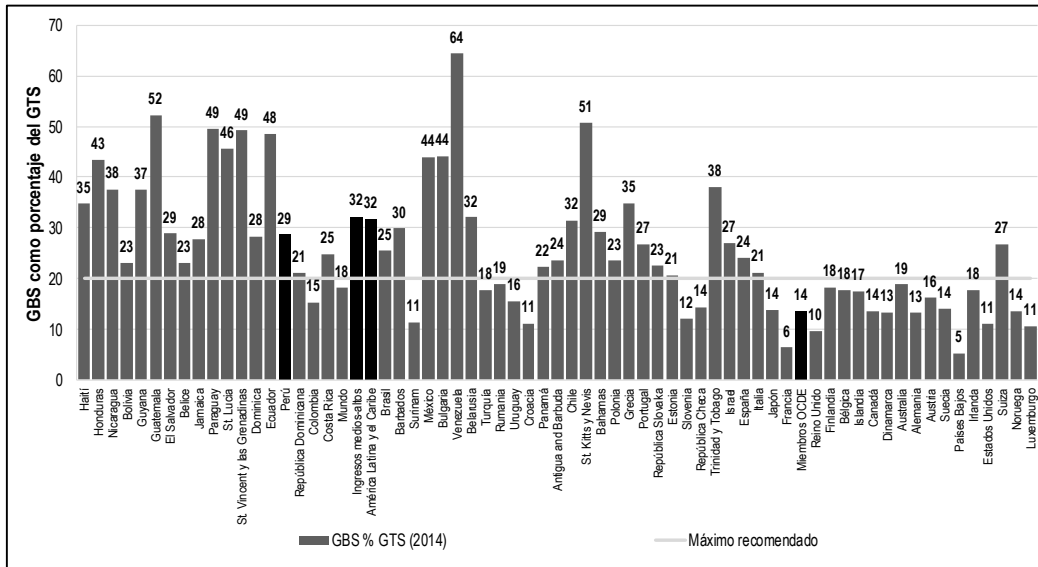


Elaboración: Propia.

Fuente: Banco Mundial (2016b).

De manera más detallada, se puede comparar la participación del GBS como porcentaje del gasto total en salud con otros países en el mundo. Por ejemplo, si se compara con los promedios de gasto de América Latina y el Caribe, la OCDE y países de ingresos medio altos, trazando una línea para el gasto de bolsillo con relación al gasto total en salud del 20%, se puede observar que para el año 2014, los países de Latinoamérica y el Caribe con gasto de bolsillo inferiores al 20% son Colombia (15%), Uruguay (16%) y Surinam (11%) (Gráfico V.3). En el gráfico, los países están ordenados de menor a mayor PIB per cápita. Perú se encuentra en el rango de 20% a 30% en la región junto a diez países más. De éstos, seis tienen PIB per cápita inferior a \$int 11.500, entre los cuales se encuentra Perú. Para estos países el esfuerzo de los hogares es superior a aquellos con PIB per cápita mayor a \$int 11.500. Por ejemplo, Bolivia tiene un PIB per cápita de \$int 6.325 y la participación del GBS en el gasto total es 23%. Destacan con GBS como porcentaje del gasto total en salud elevados Venezuela (64%), Guatemala (52%), Paraguay (49%) y Ecuador (48%).

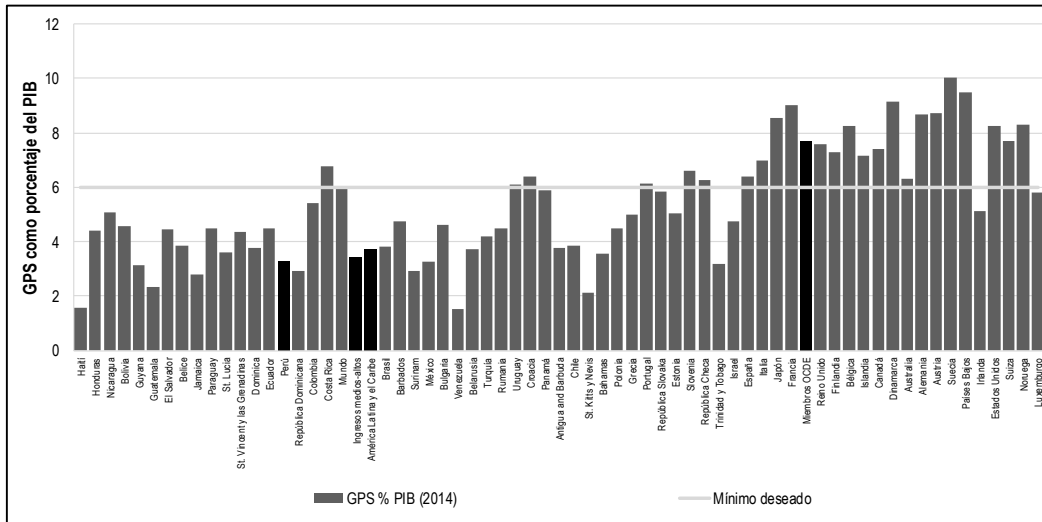
Gráfico V.3: Gasto de bolsillo en salud (como porcentaje del gasto total en salud), países de América Latina y el Caribe y OCDE, 2014



Elaboración: Propia.
Fuente: Banco Mundial (2016b).

Por otro lado, los países de América Latina y el Caribe con gasto público en salud como porcentaje del PIB superior al 6% son Costa Rica y Uruguay (Gráfico V.4). Muy cerca del 6% se encuentran Panamá (5,9%) y Colombia (5,4%). Perú en cambio tiene una participación del 3,3%.

Gráfico V.4: Gasto público en salud (como porcentaje del PIB), países de América Latina y el Caribe y OCDE, 2014



Elaboración: Propia.
Fuente: Banco Mundial (2016b).

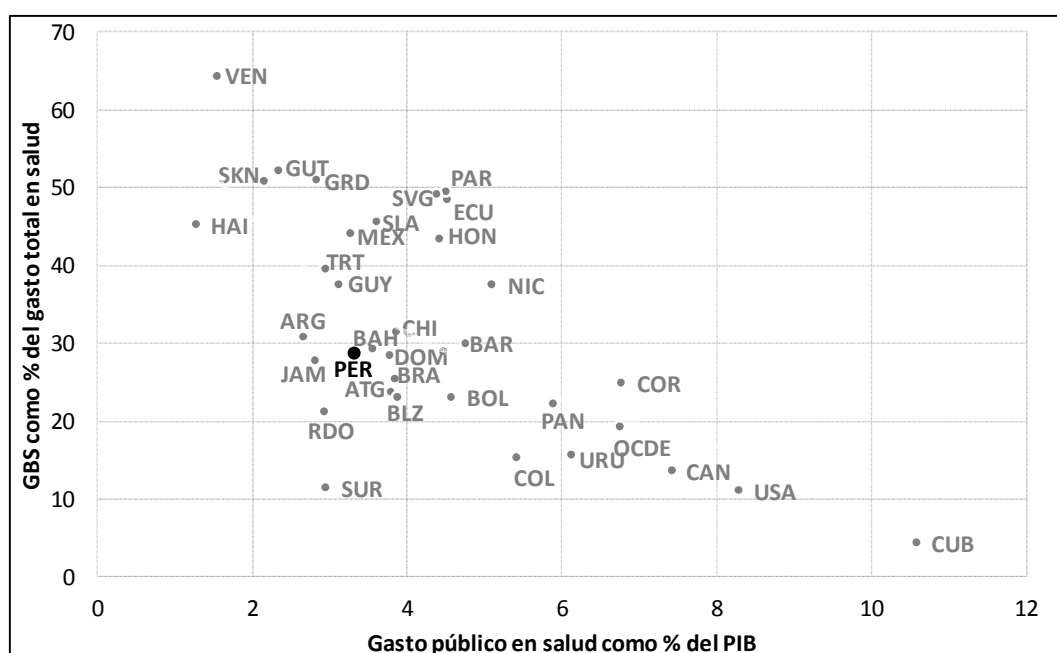
Si se clasifica en cuatro categorías el nivel de gasto público en salud como porcentaje del PIB y el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud:

1. Países que cumplen con el compromiso de tener un GBS con respecto al gasto total en salud (GTS) inferior a 20% y un gasto público en salud (GPS) con participación mayor al 6% del PIB ($GBS/GTS < 20\%$, $GPS/PIB > 6\%$). Tendrían cobertura universal en sus sistemas de salud o estarían muy próximos a tenerla.
2. Países que tienen un GBS con relación a su GTS mayor a 20% y un GPS con participación mayor al 6% del PIB ($GBS/GTS > 20\%$, $GPS/PIB > 6\%$). Tendrían un problema de eficiencia en sus sistemas.
3. Países que tienen un GBS con relación a su GTS menor a 20% y un GPS con participación menor al 6% del PIB. Tendrían eficiencia a corto plazo con problemas de sostenibilidad de sus sistemas de salud.
4. Países que tienen un GBS con relación a su GTS mayor a 20% y un GPS con participación menor al 6% del PIB. Tendrían un problema de inequidad en sus sistemas de salud.

Se obtienen una distribución que ordena a los países de América Latina y el Caribe, y países miembros de la OCDE según su gasto, como se puede ver en la Tabla V.1.

En el primer cuadrante se agrupan principalmente países miembros de la OCDE incluido Uruguay que emprendió una reforma de su sistema de salud para transformarlo en un sistema nacional integrado, único, con un seguro nacional que opera a través del Fondo Nacional de Salud – FONASA y se gestiona bajo la modalidad de seguro social con aportes de sus beneficiarios, los empleadores y recursos públicos (que actúa financiando las diferencias entre los ingresos y los egresos en el sistema).

Gráfico V.5: GBS como porcentaje del gasto total en salud y gasto público en salud como porcentaje del PIB, países de América Latina y el Caribe y OCDE, 2014



Elaboración: Propia.

Fuente: Banco Mundial (2016b).

El FONASA paga a los prestadores una cuota cápita que está determinada en una parte fija ajustada por riesgo del beneficiario (edad y sexo) y una parte variable que responde a la meta que constituye el incentivo y la cuota se define a partir de un plan básico de salud. Esta reforma ha permitido un cambio sustancial para el logro de la cobertura universal. Gallo (2015) refiere que el proceso de reforma emprendido para la integración del sistema único está por concretarse al incorporar grupos con leyes especiales como son los policías, militares y funcionarios de gobiernos departamentales. Con esta incorporación al sistema el financiamiento vía

el FONASA será único. Esta característica de sistemas únicos e integrados es la que se advierte en los países incluidos en este cuadrante.

Una excepción a esta agrupación es el caso de Estados Unidos que es el país con mayor gasto en salud en el mundo, pero con esperanza de vida inferior al promedio que los países de la OCDE y con dificultades para lograr cobertura universal. Con la introducción de la reforma para el aseguramiento público a población de bajos recursos económicos y la posibilidad del aseguramiento individual en vez de colectivo para la compra de seguros privados se espera que el camino a la cobertura universal se acorte. La compra-venta de servicios se realiza según la dinámica del mercado y donde los seguros públicos participan como uno más.

El segundo cuadrante incluye a países que presentan problemas de eficiencia en sus sistemas. Costa Rica fue pionero en Latinoamérica al aplicar reformas en su sistema de salud para transformarlo en un sistema único gestionado por la Caja Costarricense de Seguro Social. Sin embargo, los problemas de financiamiento del sistema provocaron que la calidad de los servicios descendiera y la insatisfacción generó la aparición de un sistema privado paralelo tanto de seguros como de provisión de servicios. La demanda de servicios (innovación, tecnología) presionó al incremento del financiamiento, pero a su vez incrementaron los costos de atención. El pago directo o gasto de bolsillo se ha ido incrementando como una forma de obtener aquello que el sistema no puede proveer (Sáenz *et al.*, 2011).

A pesar de ello, Costa Rica sigue mostrando resultados sanitarios por encima del promedio latinoamericano y sus avances hacia la cobertura universal son significativos. Italia, Portugal y España afectados por la crisis internacional aplicaron medidas de austeridad, que en el caso de España por ejemplo, llevaron a recortes presupuestarios, aplicación de copagos de los medicamentos, aumento del costo compartido de medicamentos para población de ingresos altos, disminución de la cobertura universal (que restringe el acceso a inmigrantes e ilegales a servicios de urgencia y otros)(Casino, 2012). De igual modo, Portugal aplicó copagos para las consultas de atención y en medicamentos y recortes presupuestarios en especial de medicamentos. Los esfuerzos se han concentrado en mejorar la eficiencia de los sistemas, pero la incorporación de copagos y pagos directos para la atención de salud ha incrementado el gasto de bolsillo en salud.

El tercer cuadrante agrupa a países como Colombia, que en la última década ha experimentado un crecimiento económico sostenido y con resultados sanitarios satisfactorios. Colombia emprendió una reforma para corregir las fallas en su sistema concentrando la protección social en el Sistema de Seguridad Social Integral (sustentado en el trabajo formal) y separando las funciones de compra y provisión dentro de éste. Se enfrenta a un gasto en salud cada vez creciente y con problemas de calidad que demanda mayores recursos y con cuellos de botella para incrementar la cobertura de aseguramiento de grupos de población informal.

Glassman *et al.* (2010) menciona que el sistema ha tenido avances para mejorar la cobertura de aseguramiento y lograr una mejor redistribución de los recursos para disminuir desigualdades. Sin embargo, concluye que el sistema “no parece sostenible en el mediano plazo”, por la complejidad del sistema en el manejo de sus recursos y porque el “sistema promueve la informalización de la economía”. Esa situación, según Núñez *et al.* (2012), se mantiene y han surgido problemas por la no actualización de su Plan Obligatorio de Salud que ha llevado a un crecimiento de las prestaciones y servicios no contemplados en el plan original. Otro país que comparte el cuadrante es Irlanda que al igual que toda Europa sufrió las consecuencias de la crisis reduciendo su presupuesto para salud entre el año 2010-2012 pero estos recortes evitaron dañar la provisión de servicios y a la población concentrándose en recortes en la administración. Realizaron mejoras para mejorar eficiencia y sus indicadores sanitarios mejoraron (Thomas *et al.*, 2012). De esta manera, mantuvieron un gasto de bolsillo bajo y su gasto en salud pudo soportar los recortes que introdujo la crisis.

El cuarto cuadrante respalda el llamado de la OMS ha lograr sistemas de salud más equitativos. Un gran número de países cuyo gasto público es inferior al 6% del PBI y su gasto de bolsillo es superior al 20% del gasto total se concentran en este cuadrante.

Perú se encuentra entre el grupo de países con problemas de inequidad en sus sistemas de salud, con gastos público en salud que pueden crecer para reducir GBS. De acuerdo a González (2015), que hace una agrupación para 15 países de América Latina para el gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud, las desigualdades en la región son un gran problema en especial para incorporar a grupos bajo la modalidad

de financiamiento público. Insta a los países que tienen un gasto público en salud con relación al PIB inferior al 6% a incrementar su gasto en salud.

Así mismo, para los países que han sobrepasado esta valla pero que mantienen un GBS alto recomienda la optimización de recursos utilizando modalidades de reasignación de gastos. Estima que los sistemas de América Latina tendrán en los próximos años que enfrentar fuertes presiones para mejorar la cobertura en salud, “en un contexto de aumento de la expectativa de vida y restricciones para el aumento de los recursos del sector”.

El impacto distributivo es bastante regresivo en países como Perú. La participación del GBS tiene un fuerte impacto en la equidad y el impacto redistributivo del gasto público es menor a lo esperado (Cetrángolo, 2014). La reforma en Perú busca la integración del sistema de salud para lograr mayor equidad y ello va de la mano de reducir el gasto de bolsillo y aumentar el gasto público en salud (CNS, 2013).

En base a la evolución reciente del GBS en Perú, éste ha disminuido pero el gasto público en salud no ha logrado crecer lo suficiente, esta situación estará afectando a los hogares en los próximos años. Bárcena y Prado (2010), refiere que los países con población que mayoritariamente tiene algún seguro son los que tienen mayor gasto público. Perú, no se encuentra dentro de este grupo, como se veía líneas arriba el aseguramiento ha crecido, el GBS ha disminuido pero ese logro se perdería a corto plazo si el gasto público en salud no logra aumentar.

México, al igual que Perú se encuentra dentro de esta categoría. Torres y Knauth (2003), analiza el gasto de bolsillo en salud en México para el período 1992-2000, los resultados del estudio concluyen que la fragmentación financiera y concentración del ingreso en las diferentes instituciones han generado un sistema ineficiente de financiamiento de la salud donde más del 50% del gasto total en salud es gasto privado y más de 90% de ese gasto proviene del pago directo o gasto de bolsillo. Identifica la falta de un sistema de aseguramiento universal como principal determinante de pagos de bolsillo excesivos y resalta la importancia de trabajar la protección financiera mediante la extensión del Seguro Popular y del Sistema de Protección Social en Salud.

Otros estudios sobre gasto de bolsillo para América Latina (Baeza, Cabezas, y Oyarzo, 1999; Cruz Rivero *et al.*, 2006; Peticara, 2008), destacan que el gasto de

bolsillo de los hogares y los subsidios públicos implícitos no focalizados u organizados son un problema porque significan una pérdida de eficiencia en la utilización del financiamiento en salud a nivel sistémico. Así mismo, identifican que entre los factores que contribuyen a la adhesión o no a los seguros están el fácil acceso a servicios públicos, los problemas en definir primas que sean atractivas para trabajadores con renta variable y la informalidad laboral. El caso de Chile, con el programa AUGE es un ejemplo positivo de subsidio público focalizado y ha funcionado como un mecanismo de contención de gasto de bolsillo (Cid y Prieto, 2012).

Lograr cobertura universal como se puede observar no es una tarea fácil, depende de la estructura de los sistemas de salud, mostrando que a mayor segmentación y fragmentación la cobertura universal se hace más difícil de lograr. Así mismo, las reformas de los sistemas encuentran problemas presupuestarios que impiden desarrollar la mancomunación y la compra de servicios en pro de la integración de los sistemas de salud para mejorar el acceso de la población, produciendo efectos no esperados como el incremento del gasto en salud y la ineficiencia en la provisión de servicios.

Con la crisis internacional países europeos optaron por incrementar el gasto de bolsillo de los asegurados complementariamente a la reducción de sus presupuestos. El caso de Irlanda muestra que la aplicación de medidas para “sacar la grasa del sistema” (Musgrove, 1997) no solo les permitió sobrellevar la crisis sin afectar el gasto de bolsillo en salud de la población, sino que el sistema ganó en eficiencia. Sin embargo, ninguna ganancia es duradera, los sistemas son dinámicos y requieren de constante monitoreo para tomar las medidas que les permita acercarse a la cobertura universal y mantenerla.

Tabla V.1: Países de América Latina y el Caribe y de la OCDE por grupos de GBS/GTS y GPS/PIB, 2014

	Gasto público en salud >6%	Gasto público en salud <6%	
	Grupo 1: GBS/GTS<20% y GPS/PIB > 6%	Grupo 4: GBS/GTS>20% y GPS/PIB < 6%	
EFICIENTE	Australia Austria Bélgica Canadá Croacia República Checa Dinamarca Finlandia Francia Alemania Islandia Japón Países Bajos Noruega Eslovenia Suecia Reino Unido Estados Unidos Uruguay	Antigua and Barbuda Guyana Argentina Haití Bahamas Honduras Barbados Israel Bielorrusia Jamaica Belice México Bolivia Nicaragua Brasil Panamá Bulgaria Paraguay Chile Perú Dominica Polonia República Dominicana República Eslovaca Ecuador St. Kitts y Nevis El Salvador St. Lucia Estonia Grecia San Vicente y las Granadinas Guatemala Trinidad y Tobago Venezuela	INEQUITATIVO
	Grupo 2: GBS/GTS>20% y GPS/PIB > 6%	Grupo 3: GBS/GTS<20% y GPS/PIB < 6%	
INEFICIENTE	Costa Rica Italia Portugal España Suiza	Colombia Irlanda Luxemburgo Rumania Surinam Turquía	EFICIENTE AL CORTO PLAZO

Elaboración: Propia.
Fuente: Banco Mundial (2016b).

VI. METODOLOGÍA

1. Diseño de la investigación

La investigación se basa en un estudio cuantitativo utilizando la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) a cargo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú. Primero se presenta un análisis descriptivo de las principales variables de investigación, seguido por un análisis econométrico de los determinantes del GBS.

La ENAH es el instrumento de investigación que utiliza el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú desde el año 1995 (ver Anexo B) para realizar el seguimiento de las condiciones de vida de la población. Este instrumento cuenta con el apoyo técnico de una Comisión Consultiva⁵ para Estimación de la Pobreza y otros indicadores, con el fin de garantizar la confianza, calidad y transparencia de la información.

Esta Comisión Consultiva está integrada por representantes de los organismos internacionales, entre los que destacan el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Instituto de Investigación para el Desarrollo del Gobierno Francés, así como por organismos nacionales, como son el Ministerio de Economía y Finanzas, el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales, el Banco Central de Reserva del Perú, y el Consorcio de Investigación Económica y Social, entre otros.

La participación tanto de instituciones de sociedad civil y organismos internacionales, junto con las instancias del Gobierno del Perú, generan las condiciones de confianza en la fiabilidad de los datos.

La cobertura de la encuesta anual no panel es de ámbito nacional, discriminando entre el área urbana y rural de los 24 departamentos del país y la provincia constitucional de El Callao y ha venido desarrollándose desde el año 2003. La

⁵ Resolución Suprema N° 097-2010-PCM, publicada en el diario El Peruano el 13.04.2010.

cobertura de la encuesta panel 2007-2011 es de ámbito nacional, desagregado sólo entre el área rural y urbana.

El período de ejecución ha sido anual desde el año 2007 hasta el año 2011. Para el tamaño de la muestra panel se emplearon 4 sub-muestras con aproximadamente 7.700 viviendas (Anexo B).

Los temas de investigación incluidos en la ENAHO se centran en las características de la vivienda, de la educación de los miembros del hogar de más de 3 años de edad, de la salud y del empleo y el ingreso, siendo este último el que tenía el mayor número de preguntas (Anexo B).

2. Investigación cuantitativa⁶

Se realiza un estudio descriptivo estadístico y econométrico para analizar los cambios en el comportamiento de los hogares en relación con el GBS en el Perú utilizando la muestra panel de la ENAHO para el período 2007-2011.⁷ A pesar de que la ENAHO está disponible anualmente hasta el año 2015, se opta por utilizar la submuestra panel ya que permite hacer el seguimiento de las personas durante los cinco años del panel para analizar el cambio en las condiciones de las personas y en su comportamiento.

A) Datos panel versus datos no panel

La diferencia básica entre un análisis de datos anuales en comparación con un análisis de datos panel es particularmente relevante para responder a las preguntas de investigación aquí planteadas y lograr los objetivos.

Cuando se analiza una encuesta que se realiza anual durante un período, ésta permite analizar tendencias generales de indicadores clave. Sin embargo, como las observaciones (personas u hogares) no son las mismas todos los años, cada año se debe considerar como independiente. Por ejemplo, la ENAHO mide la incidencia

⁶ Los valores monetarios están expresados en dólares internacionales (\$int) ajustados por PPA constantes del año 2011. Según Banco Mundial (2016b), el factor de conversión es de 1.521 soles por \$int.

⁷ La única muestra panel de la ENAHO disponible durante el desarrollo de la tesis fue para el período 2007-2011. Recién a fines de septiembre 2016, se publicó la muestra panel más reciente para el período 2011-2015.

de la pobreza en el Perú. Si se calcula este indicador, se puede llegar a conclusiones como la pobreza ha disminuido durante el período de análisis. Lo que no se puede deducir es si los que salen de la pobreza se mantienen fuera de la pobreza, o si hay grupos que están cayendo en la pobreza, y quiénes son los que se mantienen en forma persistente en una situación de pobreza.

Una base de datos panel, sin embargo, realiza la recolección de información encuestando cada año las mismas observaciones (persona u hogar) durante el período del panel. Es decir, todos los años del panel aparecen las mismas personas y hogares, pero con datos que van evolucionando. Entonces, se identifica quiénes salen de la pobreza, quiénes caen en la pobreza, quienes se mantienen persistentemente en la pobreza, y quienes se mantienen como no pobres.

En el caso particular de esta investigación, la base de datos panel permite identificar quiénes están realizando gastos de bolsillo en salud y luego analizar cómo sus diferentes factores que podrían afectar sus decisiones para realizar dichos gastos cambian en el tiempo, y cómo cambian sus decisiones en relación al gasto de bolsillo. Por ejemplo, si una persona al inicio del panel no tiene seguro, pero se afilia a algún seguro de salud en el siguiente año, la base panel permitiría ver cómo cambió su selección de proveedor y su gasto de bolsillo.

B) Programa estadístico

El manejo de los datos para el análisis descriptivo y econométrico se realiza utilizando el programa estadístico Stata (*Data Analysis and Statistical Software*). Se selecciona este programa dado que sus capacidades de manejo de datos, análisis estadístico, gráfico, simulaciones y regresiones, responde a las necesidades de análisis de datos de esta investigación. Adicionalmente, al tener una amplia difusión en el mundo académico y de investigación, permitiría una fácil réplica del modelo por otros investigadores interesados en el tema.

C) **Análisis descriptivo**

a) *Submuestras para el análisis*

El análisis empieza por una descripción de la población por tipo de aseguramiento y por cambio en la condición de pobreza.

Primero, se divide la base de datos por tipo de aseguramiento según lo declarado por las personas:

- Sin seguro: la persona declaró no tener estar afiliado a ningún sistema de prestaciones de salud;
- Sólo SIS: la persona declaró estar afiliado al SIS y no tener otra afiliación;
- Sólo EsSalud/FFAA/PN: la persona declaró estar afiliada sólo a uno de los sistemas de seguridad social (EsSalud, Fuerzas Armadas, o Policía Nacional);
- Otros: la persona declaró estar afiliada a cualquier otro sistema o a más de un sistema.

El aseguramiento recogido desde la declaración de las personas encuestadas puede ser diferente a la que se obtiene de registros administrativos. Esto se puede dar por diferentes razones, por ejemplo, en el momento de ser encuestado no tenía seguro, pero a fin de año sí estaba afiliado. La encuesta considerará a dicha persona como sin seguro, pero el registro administrativo (que reporta la afiliación al final del año calendario) la considera como afiliada a un seguro. Sin embargo, la autodeclaración muestra el nivel de concientización de la persona respecto a si tiene o no tiene seguro de salud y los beneficios que éste le cubre. Este último punto se hace relevante, porque se implementaron afiliaciones automáticas de personas a los diferentes regímenes del SIS, y las personas podrían no estar informadas de su afiliación. Desde el punto de vista de la toma de decisiones de las personas, el no estar informado sobre su afiliación a un seguro de salud es equivalente a no estar asegurado.

Como se explicó en la descripción del sistema, aunque el aseguramiento es segmentado existe la posibilidad de que una persona tenga más de un seguro. El cuestionario permite que una persona seleccione más de un tipo de seguro. Sin embargo, para efectos de este análisis no tiene sentido mostrar todas las combinaciones posibles porque el tamaño de la muestra es pequeño para generar

tantas subdivisiones. Desde un punto de vista analítico, los casos de las personas con un solo tipo de seguro son más relevantes e intuitivos. Por ejemplo, como la gran mayoría de afiliados al SIS están en el régimen subsidiado (el que está focalizado en la población pobre y vulnerable) que no paga primas y ni copagos, se analiza su comportamiento en ese contexto. Lo mismo ocurre para el caso de los afiliados a EsSalud. El caso de EsSalud también tiene la particularidad que como existe el sistema complementario de EPS las personas con EPS automáticamente estarían clasificadas como personas con dos seguros. Sin embargo, los afiliados a EPS tienen acceso a redes de proveedores privados, pagan primas adicionales y además deben realizar copagos. Mientras que los que sólo tienen EsSalud, no pagan primas (la contribución a EsSalud la realiza el empleador) y no se enfrentan a copagos. Esto mismo ocurre para el sistema de las FFAA y la PNP, ya que funcionan como sistemas de seguridad social. Por esto último se agrupan los afiliados a EsSalud, FFAA y PNP en un solo grupo.

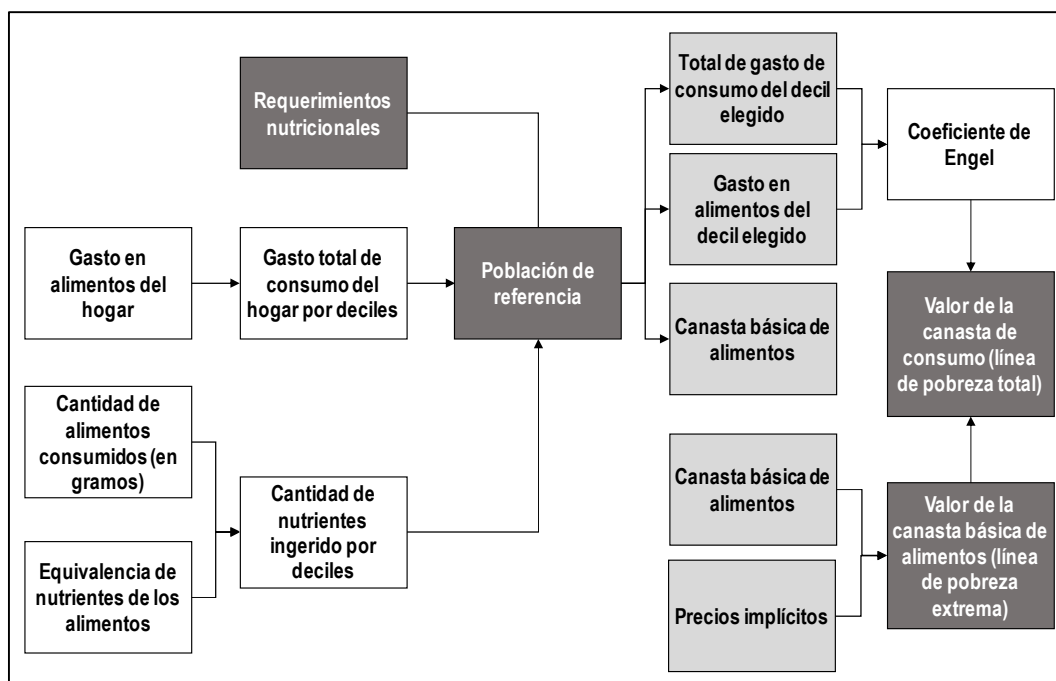
La segunda parte del análisis divide la muestra por cambio en la situación de pobreza. Se utiliza la variable oficial de la incidencia de la pobreza del INEI que se basa en el enfoque monetario absoluto y objetivo de la pobreza (INEI, 2016d). El concepto de la pobreza tiene varias dimensiones incluyendo la monetaria, la desnutrición, necesidades básicas insatisfechas, entre otras. Generar un indicador multidimensional de la pobreza no es tarea fácil y se opta por utilizar el indicador oficial que es el que se utiliza para las políticas sociales en el Perú. Al centrarse en la pobreza monetaria, se excluyen estas otras dimensiones no monetarias. Sin embargo, como la variable clave para la determinación de la pobreza monetaria es el gasto bruto total del hogar per cápita, es importante mencionar que dicho gasto incluye métodos no monetarios de adquisición. Así, el gasto bruto del hogar incluye los gastos financiados a través del autosuministro, autoconsumo, el pago en especie, y las donaciones públicas y privadas. Se denomina pobreza objetiva porque se emplea procedimientos para determinar la ubicación de la persona en relación a un umbral; y se denomina objetiva porque se mide respecto a un umbral (líneas de pobreza) que no resulta de la distribución relativa del bienestar de los hogares (INEI, 2016d).

Así, la base de datos incluye una variable que clasifica a los hogares en tres categorías:

- Pobre extremo: gasto del hogar está por debajo de la línea de pobreza alimentaria;
- Pobre no extremo: gasta por sobre la línea de pobreza alimentaria, pero por debajo de la línea de pobreza; y
- No pobre: gastan por sobre la línea de pobreza.

La línea de pobreza alimentaria mide la capacidad del hogar de adquirir una canasta de alimentos para satisfacer las necesidades nutricionales. La línea de pobreza es la suma de la línea de pobreza alimentaria, más el gasto necesario para satisfacer necesidades esenciales como las de vivienda, salud, educación, vestimenta y transporte. El procedimiento empleado por el INEI se muestra en Gráfico VI.1.

Gráfico VI.1: Procedimiento para determinar las líneas de pobreza



Fuente: INEI (2016d).

Luego se genera una variable dicotómica de pobreza en base a estas dichas categorías:

- Pobre: hogares clasificados como pobres extremos o pobres no extremos; y
- No pobre: hogares clasificados como no pobres.

A partir de esta variable dicotómica se utiliza la base panel de cinco años para calcular el cambio en la condición de la pobreza de un año a otro. Esto genera para los siguientes cuatro grupos:

- Pobre-Pobre: pobre en el período t y pobre en el período $t+1$;
- No pobre-Pobre: clasificado como no pobre en el período t y pobre en el período $t+1$;
- Pobre-No Pobre: clasificado como pobre en el período t y no pobre en el período $t+1$;
- No pobre-No pobre: clasificado como no pobre en el período t y no pobre en el período $t+1$;

Así, el primer grupo es el que persiste en la condición de pobreza, el segundo es el que cae en pobreza, el tercero es el que sale de pobreza y el cuarto es el que se mantiene como no pobre de un período a otro. Con esta variable se logra capturar la evolución en el tiempo del indicador de condiciones de vida empleado por el INEI.

b) Variables descriptivas

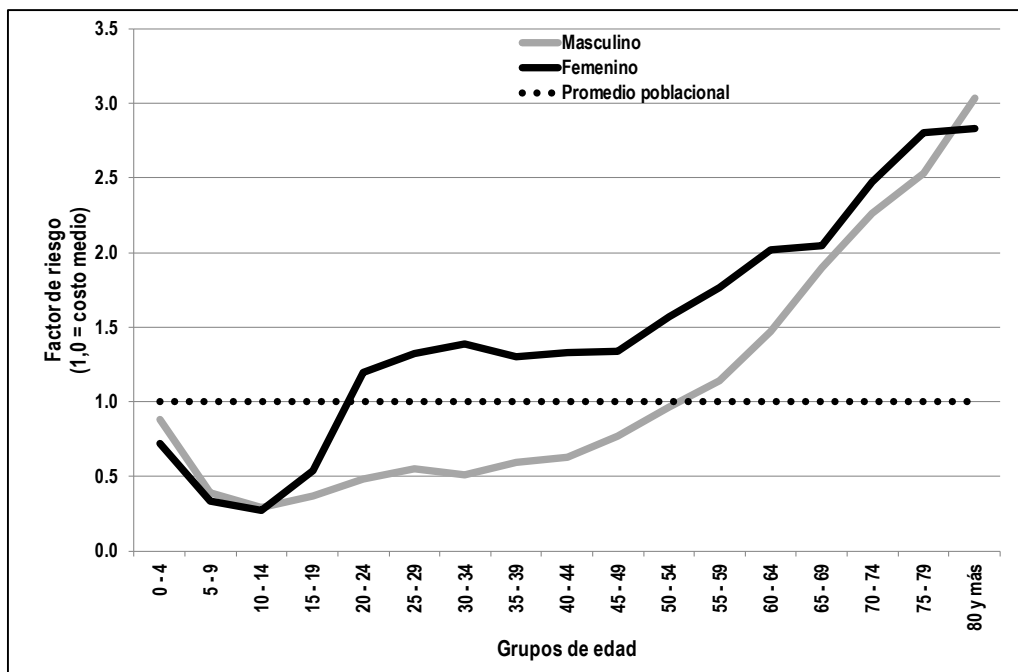
Las variables para el análisis descriptivo incluyen las características de los hogares, el comportamiento de búsqueda de atención, y el GBS. Se incluyeron para el análisis descriptivo las variables que se utilizan en el análisis econométrico como base para este último análisis. Estas variables son indicadores que muestran los determinantes del gasto de bolsillo en salud y el riesgo de las personas y de los hogares de incurrir en problemas de salud.

El primer grupo de variables descriptivas incluyen el tamaño del hogar (cantidad de miembros en el hogar), la edad promedio del jefe del hogar, los años de escolaridad del jefe de hogar, y porcentaje de hogares cuyo jefe del hogar es hombre. El tamaño del hogar es relevante porque el hogar comparte los riesgos financieros de un problema de salud de uno de sus miembros. La edad y escolaridad del jefe del hogar permite diferenciar el comportamiento de un hogar “joven” en comparación con un hogar “maduro”. Estas características también permiten diferenciar algunos riesgos de salud de estos tipos de hogares. Un hogar más joven es más probable que enfrente problemas de salud menores o embarazos, mientras que un hogar más maduro enfrenta problemas de salud crónicos como la diabetes. El sexo del jefe del hogar también es relevante para la toma de decisiones asociadas a la salud. Dentro del perfil cultural peruano, se podría esperar que las mujeres estuvieran más preocupadas por la salud de los miembros del hogar, mientras los hombres se concentran más en la educación de sus miembros.

También se incluyen variables relacionadas específicamente al riesgo de tener un problema de salud como lo son el porcentaje de hogares con niños menores de 5 años, porcentaje de hogares con adultos mayores de 65 años y porcentaje de hogares con mujeres en edad fértil.

El Gráfico VI.2 muestra los factores de riesgos de los afiliados al Seguro Nacional de Salud de República Dominicana. El factor de riesgo se calcula utilizando el gasto esperado en servicios de salud por grupos de edad y sexo. Para transformar el gasto en un indicador de factor de riesgo (financiero) se divide el gasto esperado de un grupo de edad y sexo entre el gasto promedio de los afiliados. Así, los grupos de edad y sexo que presentan factores mayores que uno son grupos cuyos costos esperados son superiores al promedio, es decir son de alto riesgo; mientras que los grupos de edad y sexo que presentan factores menores a uno tienen riesgos menores al promedio y son de menor riesgo. El gráfico muestra como los mayores de 65 tienen riesgos bastante más altos que el promedio, al igual que las mujeres en edad fértil y los niños menores de cinco años.

Gráfico VI.2: Factores de riesgo (gasto esperado) de los afiliados al SENASA, 2012



Fuente: Cid Pedraza y Prieto Toledo (2013a)

Otro grupo de variables descriptivas son las relacionadas a la autopercepción de los problemas salud de las personas: el porcentaje de personas que declaró tener un

problema de salud entre todas las personas, el porcentaje de personas que declaró tener un problema de salud y que consideraron que dicho problema requería de atención, el porcentaje de personas que declaró tener un problema de salud crónico entre todas las personas, y el porcentaje de personas que declaró haber estado hospitalizado en los últimos 12 meses. La segunda de estas variables es la declaración de los que tuvieron algún problema de salud en las últimas cuatro semanas, pero si luego declaran que no se requiere atención, se considera como que no tuvo un problema de salud.

Como se mencionó anteriormente, la autopercepción del estado de salud de cada individuo es lo que inicia el proceso de toma de decisiones que derivan en el gasto de bolsillo en salud (Figura III.4).

En el caso de la variable de la condición de pobreza, ésta se presenta en dos formas. Primero, se distribuye en cada grupo de población definido por su tipo de aseguramiento. Por ejemplo, considerando sólo a la población sin seguro de salud, qué porcentaje es pobre extremo, qué porcentaje es pobre no extremo y qué porcentaje es no pobre. Segundo, se presenta para cada grupo de población definido por su condición de pobreza, cómo se distribuye la afiliación de aseguramiento.

Esto permite tener una mirada estadística a la implicancia que tiene el sistema fragmentado y segmentado peruano. Para esto, se debe tener presente que el SIS debería cubrir a pobres mientras que la seguridad social debería cubrir a los trabajadores formales. Se espera que estos últimos representen más a los no pobres.

Finalmente, se presenta las estimaciones de gasto. Todas las cifras se presentan en dólares internacionales ajustados por paridad de poder de adquisición en precios constantes del año 2011. La conversión se realiza utilizando la información oficial del BCRP de inflación y de factor de conversión del Banco Mundial. La paridad de poder de adquisición permite comparar los niveles de vida internacionalmente. A modo de ejemplo, un dólar americano compra más bienes en Perú que en Estados Unidos. Mientras que después del ajuste, un dólar internacional debería comprar los mismos bienes en Perú y en Estados Unidos.

El primer indicador del gasto es el gasto total del hogar, que incluye todos los gastos que realiza el hogar en alimentos, vestimenta, educación, vivienda, y otros. Se clasifican a los hogares por quintiles de gasto per cápita del hogar y no de ingreso

siguiendo las recomendaciones de la literatura (Rogers y Gray, 1994; Wagstaff y van Doorslaer, 2003).

Por un lado, el consenso es que los encuestados tienden a reportar mejor la información de gasto que de ingreso, donde generalmente existe subdeclaración de ingresos. El ingreso también sufre más fluctuaciones en el tiempo porque está condicionado a la situación laboral de los miembros del hogar. Aunque las fluctuaciones del ingreso también se ven reflejadas en el gasto del hogar, las fluctuaciones del gasto tienden a ser menores comparativamente. Esto también se extrae de la teoría del ciclo de vida. Por otro lado, el gasto mide lo que las personas consumen y refleja más su bienestar. En definitiva, el argumento principal para utilizar el gasto es que éste es una medida más estable en el tiempo que el ingreso, haciéndolo una mejor medida del bienestar económico del hogar.

Como se mencionó anteriormente, la medición del gasto incluye no sólo el gasto monetario, sino que también el gasto en autoconsumo y autosuministro. El autoconsumo se refiere a “bienes primarios (producción agropecuaria, pesca, caza, silvicultura, etc.) producidos por el hogar para su propio consumo”. Y el autosuministro se refiere a “bienes y servicios dedicados a la comercialización y que parte de ellos son utilizados en el consumo del hogar”.

Este mismo gasto también se presenta como el gasto total per cápita, que es el gasto total del hogar dividido entre la cantidad de miembros del hogar. Esta medida es más representativa del nivel de vida ya que los hogares más pobres suelen ser más grandes.

El gasto del hogar en salud está compuesto por dos tipos de gasto: el gasto directo y el indirecto. El gasto de bolsillo en salud (GBS) es el gasto directo. En concordancia con lo expuesto en el marco conceptual, el GBS se calcula siguiendo la metodología propuesta por la OMS en Xu (2005). Se considera como el gasto directo, ya que para recibir las prestaciones de salud deben realizar dichos pagos.⁸

⁸ La ENAHO recolecta los gastos en salud en el Módulo 400 Salud por períodos de recordación que incluye los gastos en:

1. en las últimas 4 semanas: consultas; medicinas e insumos; análisis; rayos X, tomografía, etc.; otros exámenes;

El pago de primas o cotizaciones obligatorias de la seguridad social, son los gastos indirectos en salud, ya que estos pagos se realizan en forma periódica e independiente del contacto con los servicios de salud. Estos gastos también se denominan prepagos.

Cabe resaltar que el GBS está asociado al riesgo de tener un problema de salud, mientras el gasto en primas es, en general, independiente de dicho riesgo. Se puede argumentar que personas de más alto riesgo son más propensas a comprar un seguro de salud,⁹ generando una relación entre el riesgo de salud y el gasto en primas. Sin embargo, esa relación es más relevante si se consideran los riesgos de largo plazo (por ejemplo, durante todo el ciclo de vida) que cuando se está analizando el corto plazo.

Finalmente, el GBS incluye el gasto en consumo final efectivo en servicios, tanto en forma de copagos como pagos completos por atención médica y dental, insumos médicos, aparatos y equipos auxiliares, atención hospitalaria, medicamentos.

El GBS se presenta como el GBS del hogar, calculado como la suma de los GBS de todos los miembros del hogar durante el período de referencia, y como el GBS del hogar per cápita, que es el primero dividido por la cantidad de los miembros del hogar. Se utilizan los cálculos del INEI para estas variables que ya están anualizados.¹⁰

D) Análisis econométrico

El análisis de los determinantes del GBS y de la probabilidad de incurrir en un gasto catastrófico en salud sigue la metodología propuesta por la OMS (Xu, 2005; Xu *et al.*, 2003).

-
2. En los últimos 3 meses: servicio dental y conexos; servicio oftalmológico; compra de lentes; vacunas; control de salud de los niños; anticonceptivos; otros gastos (ortopedia, termómetro, etc.);
 3. En los últimos 12 meses: hospitalización y/o intervención quirúrgica, controles por embarazo; atenciones de parto.

⁹ El comportamiento de personas de mayores riesgos de salud de comprar un seguro de salud se denomina en la literatura académica de economía de la salud como “selección adversa”.

¹⁰ El INEI también realiza imputaciones. Se optó por utilizar las imputaciones que son cálculos oficiales.

Para estudiar qué factores explican que los hogares incurran en un GBS con relación a su capacidad de pago, se utiliza el siguiente modelo Tobit¹¹:

$$\left(\frac{g_b}{c_p} \right)_i = \alpha + \beta X_i + \mu_i$$

Donde:

$g_{b,i}$: gasto de bolsillo en salud del hogar i

$c_{p,i}$: capacidad de pago del hogar i

$\left(\frac{g_{b,i}}{c_{p,i}} \right)$: gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago del hogar i

X_i : variables independientes del modelo del hogar i

μ_i : error

La selección de las variables independientes se basa en las de la metodología OMS como también de la literatura (Abul Naga y Lamiraud, 2011; Cid Pedraza y Prieto Toledo, 2013b; Garg y Karan, 2005; Sulku y Bernard, 2012; Wagstaff y van Doorslaer, 2003). Las variables independientes (X_i) disponibles en las bases de datos panel de la ENAHO son: indicador de niños menores a 5 años que viven en el hogar; indicador de personas mayores a 65 años que viven en el hogar; indicador de mujeres en edad fértil (entre 15 y 45 años) que viven en el hogar; sexo del jefe del hogar; y años de educación de la pareja del jefe del hogar. También se incluyen las características del hogar como área geográfica (1=rural;0=urbano); indicador de piso firme; indicador de techo firme; e indicador acceso a agua potable. Finalmente se incluyen los indicadores de año.

En concreto se han utilizado las siguientes variables:

- Indicador de hogar con niños menores de 5 años
- Indicador de hogar con adultos mayores de 64 años

¹¹ El modelo Tobit fue desarrollado por Tobin (1958) como una versión del modelo regresión lineal donde la variable dependiente está truncada. En este caso, la variable dependiente –gasto de bolsillo del hogar como proporción de la capacidad de pago– está truncada hacia abajo, ya que no puede tomar un valor negativo. Esto elimina el sesgo de la regresión lineal.

- Indicador de hogar con mujeres en edad fértil (15-49 años)
- Sexo del jefe del hogar (hombre=1)
- Edad del jefe del hogar
- Educación (años) de la pareja del jefe del hogar
- Área geográfica (1=rural;0=urbano)
- Indicador piso firme
- Indicador techo firme
- Indicador acceso a agua potable
- Indicador año 2009
- Indicador año 2010
- Indicador año 2011
- Indicador de hogar que fue calificado como No pobre-Pobre
- Indicador de hogar que fue calificado como Pobre-No pobre
- Indicador de hogar que fue calificado como No pobre-No pobre

VII. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Análisis descriptivo: Características de los hogares

A partir de los datos panel de la ENAHO 2007-2011 se analiza tanto las características como el comportamiento de los hogares e individuos con relación al gasto de bolsillo en salud.

Los resultados se presentan desagregados entre hogares sin seguro y con seguro. Dentro de los hogares con seguro, se ha clasificado por tipo de seguro: sólo SIS, sólo EsSalud que incluye a los asegurados de las FFAA y PNP y para facilitar el análisis se le ha llamado “seguridad social” y agrupa a los que comparten el concepto de seguridad social con aportes contributivos y; un grupo “otros” que engloba a los seguros privados y hogares con más de un seguro.

A) Características de los hogares por tipo de aseguramiento al inicio del período

a) Asegurados sólo SIS

Como se vio en el Capítulo IV, Perú se ha transformado rápidamente en los últimos 15 años de un país de ingresos medios bajos a un país de ingresos medios altos. En el año 2007 el 42,4% de la población era pobre, y 11,2% de la población era pobre extremo (INEI, 2012b). Así mismo, del total de pobres no extremos solo el 33,6% tenía algún seguro y de los pobres extremos el 37,6% tenía seguro. El gobierno de turno tomó medidas para disminuir la pobreza y mejorar el acceso de la población pobre a la salud. Es así que, se definió que el SIS asegure población pobre y vulnerable en vez de grupos de riesgo y grupos específicos que se definían por mandato político.

Las características de los hogares asegurados en el SIS en el año 2007 reflejaban la dispersión en el aseguramiento de la población. Del total de hogares asegurados al SIS, el 25,3% era pobre extremo, el 48,5% era pobre no extremo y el 26,3% era no pobre. El SIS reportaba filtración, según ENAHO (2008), ésta era de 31,3%.¹²

¹² En el año 2007, existían otros grupos focalizados a parte de los pobres sin seguro.

Los hogares asegurados al SIS contaban con 6 miembros en promedio, mayor en 0,8 que el promedio de la muestra que se situó en 5,2 y con jefes de hogar con edad promedio de 39,1, inferior en 6,6 años al promedio de la muestra que fue de 45,7. En cuanto al número de hogares con jefe de hogar hombre, en el caso de la muestra panel el número fue de 74,6% mientras que en los hogares SIS la cantidad fue de 6,6 puntos superior alcanzando el 80,6% de hogares con jefe de hogar hombre.

En lo que respecta a los años de escolaridad del jefe del hogar, en el caso de la muestra panel el promedio era de 4,9 años mientras que en los hogares SIS fue de 0,5 años menos alcanzando solamente los 4,4 años, lo que implica un nivel de educación inferior a haber completado la educación primaria.

En cuanto a grupos de riesgo en hogares de asegurados SIS, 29,8% tenía niños menores de 5 años frente a los 9,2% de la muestra, es decir 20,7 puntos de diferente entre ambos, mientras que en lo que se refiere a mujeres en edad fértil se daba justo el caso contrario, siendo la diferencia de 18,4 puntos porcentuales en favor del total de la muestra, es decir en el caso de los hogares SIS solamente el 7,2% tenía mujeres en edad fértil mientras que en el caso de la muestra panel total el número de hogares con mujeres en edad fértil era del 25,6%.

En el caso de los adultos mayores de 65 años, el promedio de la muestra se situó en 8,2% y en el caso del grupo de hogares SIS en el 2,2%, 6 puntos porcentuales menos. Es decir, la población asegurada al SIS era joven, con un número muy bajo de mujeres en edad fértil, pero con hijos pequeños y con bajo nivel de escolaridad.

El 57,7% de los hogares SIS reportaba siniestros de salud, 3,2 puntos porcentuales menos que el promedio de la muestra que se situó en el 60,9%;, pero de éstos el 47,6% consideraba que no era necesario buscar atención médica frente al 45,8 de la muestra, 1,8 puntos porcentuales menos y solo un 15,1% reportaba algún problema crónico (concuerta con la característica de hogares jóvenes), mientras que en la muestra total esta cifra se elevaba al 27,8%; y finalmente el 4% del total de hogares SIS declaraba haber estado hospitalizado en el último año, 0,5 puntos menos que el total de la muestra que alcanzó al 4,5% de los hogares.

Los hogares SIS tenían un gasto total de \$int 9.119 al año, frente a los 15.416 del total de la muestra y un gasto per cápita de \$int 1.603 al año en comparación con los 3.426 del total de hogares. El GBS de la persona era de \$int 47 mientras que el

total de hogares era superior en \$int 120 situándose en los \$int 167 y el GBS del hogar per cápita era inferior en \$int 86 siendo el de total de familias de \$int141 frente a los \$int 52 de los hogares SIS. Así, el GBS representaba en promedio el 2,3% del gasto total del hogar SIS dos puntos porcentuales por debajo del total de familias que se situó en el 4,3%.

a) Asegurados seguridad social (EsSalud, FFAA, PNP)

Los hogares asegurados a la seguridad social eran en un 88,3% no pobres, 31,6 puntos porcentuales más que el promedio de la muestra que se situaba en 56,7 no pobres, en cuanto al número de pobres el total de la muestra era del 31,8% de hogares mientras que los asegurados a la seguridad social solamente representaban 11,2% de los hogares, 20,6 puntos porcentuales menos y en la misma tónica el número de pobres extremos para el total de la muestra era de 11,5% mientras que en el caso de los asegurados a la seguridad social, con 10 puntos porcentuales menos que la muestra, este total solamente llegaba al 0,5% de los hogares con seguridad social.

Estos datos claramente indican que, a diferencia de los hogares del SIS, los hogares con un régimen de seguridad social vinculado al empleo no estaban en condiciones de pobreza. De igual modo, el tamaño del hogar era inferior, a los hogares asegurados al SIS, con 4,7 miembros en promedio y también inferior al promedio de la muestra con 5,2 miembros.

En cuanto al jefe del hogar era mayor en edad, con 50,1 años en promedio frente a los 45,7 de la muestra y con más años de escolaridad, 7,4 en comparación a los 4,9 de la muestra.

El perfil de las familias era principalmente adulto, con solo un 6,5% de niños menores de 5 años y 13,3% de adultos mayores y 23% de mujeres en edad fértil, mientras que en el caso de la muestra total estas cifras fueron de 9,2% para el caso de niños menores de 5 años, 25,6% para las mujeres en edad fértil y un 8,2% de mayores de 65 años.

Es decir, este grupo de asegurados a la seguridad social tenía más adultos mayores de 65 años que el promedio de la muestra, pero menos niños menores de 5 años y menos mujeres en edad fértil.

El perfil de salud de este grupo se caracterizaba por declarar en 59,6% que había tenido un problema de salud durante el año, frente al 60,9% de la muestra total, y de éstos el 44,8% declaraba que no había sido necesario buscar atención, mientras que en la muestra total esta cifra aumentaba al 45,8 por ciento, en ambos casos siendo superior el dato reportado por la muestra en 1 punto porcentual.

Dado el perfil de los asegurados de edad media, el 39,6% declaraba tener algún problema de salud crónico, mientras que en la muestra esta cifra bajaba al 27,8% con una diferencia de 11,8 puntos porcentuales y el 7,9% declaraba haber estado hospitalizado en el año frente a los 4,5% de la muestra, con una diferencia de 3,4 puntos porcentuales.

Como este grupo contaba con ingresos formales y no se encontraba en situación de pobreza, el gasto total del hogar era de \$int. 23.896, frente a los 15.416 de la muestra y tenía un gasto total del hogar per cápita de \$int 6.244 superior casi en el 100% al monto promedio de la muestra que alcanzó los \$int 3.426. El GBS de la persona en promedio era de \$int 325, como es de esperar también casi un 100% superior al de la muestra que se situó en \$int 167 y el GBS del hogar per cápita era \$int 254 en comparación a los \$int 141 del total de hogares de la muestra. Así, el GBS representaba el 5,5% del gasto total del hogar mientras que en el caso de los hogares de la muestra esta cifra fue del 4,3%.

b) Otros seguros

Para el caso de asegurados que contaban con más de un seguro o tenían seguro privado, el promedio de edad se encontraba en 55,2 años casi 10 años superior a la edad promedio de la muestra que se situaba en 45,7 años y un 94,6% de éstos no eran pobres frente al 56,7% de la muestra total, el 4,8% eran pobres no extremos en comparación con el 31,8% de la muestra y 0,6% eran pobres extremos mientras que en la muestra total este porcentaje sube al 11,5%.

El tamaño del hogar de este grupo era de 4,7 miembros en promedio, 0,5 menos que el promedio de la muestra y con 8,7 años de escolaridad, 3,8 años más que los 4,9 años reportados por la muestra. El perfil del hogar tenía sólo 0,4% niños menores de 5 años, mientras que ésta cifra en el total de los hogares era de 9,2 niños. El 11,0% de estos asegurados eran adultos mayores de 65 años frente al 8,2% del total,

21,4% eran mujeres en edad fértil y en el caso de la muestra esta cifra llegaba al 25,6%.

Comparando este grupo con los asegurados a la seguridad social, se puede apreciar un mayor grado de escolaridad, representado en 1,3 años adicionales en promedio, pero un significativamente menor número de niños menores de 5 años. Mientras en el grupo de asegurados a la seguridad social el promedio era de 6,5% de hogares, en el grupo de otros seguros este porcentaje es solamente del 0,4%. Es también significativo el menor número de adultos mayores entre estos dos grupos, mientras el de otros seguros reporta un 11% de hogares con adultos mayores de 65 años, este porcentaje sube al 13,3% en el caso de los asegurados a la seguridad social.

La siniestralidad declarada era del 49,6% del grupo frente al 60,9% promedio, pero solo el 25,7% del total consideraba que por el problema de salud que presentó no era necesario buscar atención formal en comparación al 45,8% promedio. Se vuelven a encontrar en este punto diferencias apreciables entre los dos sub-grupos con seguro. En el caso del seguro social la siniestralidad declarada es superior en 10 puntos porcentuales a la de otros seguros y en el caso de requerir atención médica todavía es mayor la diferencia con 19,1 puntos porcentuales.

Al igual que los no asegurados (27,1%), el 27,4% de los asegurados con otros seguros declaraban tener un problema de salud crónico, muy similar al promedio de la muestra que reportó un 27,8%, pero de nuevo, muy inferior al resultado del grupo de seguridad social en el que esta cantidad sube hasta el 39,6%. El nivel de hospitalización declarado en el año era superior a todos los grupos de asegurados, menos los de la seguridad social, llegando a ser 6,5% del total de los asegurados a ese tipo de seguros, mientras que el promedio fue de 4,5% y en el caso del seguro social del 7,9%.

De acuerdo al perfil socioeconómico del grupo, el gasto total del hogar era muy superior a los anteriores, en promedio \$int 39.446 al año comparado con los 23.896 del grupo de seguridad social y los 15.416 del promedio de la muestra, con un gasto total del hogar per cápita de \$int 9.831 casi tres veces el promedio de la muestra que se situó en 3.426. El GBS de la persona era de \$int 358 mientras que el del promedio fue de 167y el GBS del hogar per cápita de \$int 577 siendo el de la muestra total de 141. Finalmente, la participación del gasto de bolsillo de ese grupo

con relación a su gasto total era de 3,7% menor en 0,6 puntos porcentuales que el resultado del promedio, 4,3%.

c) Sin seguro

Tomando en cuenta que el porcentaje de población sin seguro en el año 2007 era de 63,8 %, la falta de seguro recaía tanto en pobres y no pobres. De los hogares sin seguro, el 52,3% eran no pobres 35,7% pobres y 12,1% pobres extremos¹³ y, lógicamente con valores muy cercanos al total de la muestra cuyos datos eran 56,7%, 31,8% y 11,5% respectivamente. Los hogares en promedio tenían 5,2 miembros, igual que el promedio de la muestra y la edad promedio del jefe del hogar era de 45,5 años frente a los 45,7 del promedio, con jefes del hogar con 4 años de escolaridad, casi un año menos que el promedio que se situó en 4,9 años y 4,7% de presencia de niños en el total de hogares, un número significativamente inferior al promedio que fue de 9,2% de hogares y, finalmente 7,9% de adultos mayores mientras que el promedio fue de 8,2%.

Eran hogares que declaraban problemas de salud por encima de los que tenían seguro de algún tipo (62,7%) y de éstos el 46,5% consideraba que no era necesario buscar atención médica, a solo 0,9 punto porcentual de los asegurados SIS. El 27,1% declaraba tener un problema de salud crónica, cifra muy similar a la del promedio, pero muy superior a la reportada por los asegurados SIS sin embargo, solo el 3,4% declaraba haber estado hospitalizado en el año, por debajo de los que sí contaban con un seguro. Como no asegurados, su demanda de servicios de salud era baja y evitaban hacer gastos en salud.

En el caso de los hogares con mujeres en edad fértil este grupo es el que reportó el número más alta con un 31,8% de los hogares, mientras que el más bajo fue el reportado por los hogares asegurados en el SIS con un 7,2% de los hogares. Este hecho contrasta con el que ya fue mencionado de un muy significativo menor número de hogares con niños menores de 5 años con una diferencia de más de 25 puntos porcentuales frente a los hogares asegurados en el SIS.

¹³ Del total de la población solo el 36,2% tenía seguro, el 29,5% estaba afiliado al SIS, 5,9% a EsSalud y otros seguros era 0.8%. El nivel de aseguramiento era muy bajo.

Tabla VII.1: Características de los hogares, 2007

Indicador	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total
Tamaño del hogar	5,2	6,0	4,7	4,7	5,2
Edad promedio del jefe del hogar	45,5	39,1	50,1	55,2	45,7
Años de escolaridad promedio del jefe del hogar	4,0	4,4	7,4	8,7	4,9
% con niños menores de 5 años	4,7	29,8	6,5	0,4	9,2
% con adultos mayores de 65 años	7,9	2,2	13,3	11,0	8,2
% con mujeres en edad fértil	31,8	7,2	23,0	21,4	25,6
% con jefe del hogar hombre	71,6	80,6	77,5	81,7	74,6
% de personas que declaró tener un problema de salud en las últimas 4 semanas	62,7	57,7	59,6	49,6	60,9
% de personas que declaró tener un problema de salud que requería atención en las últimas 4 semanas	46,5	47,6	44,8	25,7	45,8
% de personas que declaró tener un problema de salud crónico	27,1	15,1	39,6	27,4	27,8
% de personas que declaró haber estado hospitalizado en los últimos 12 meses	3,4	4,0	7,9	6,5	4,5
Aseguramiento por pobreza (columna suma 100%)					
Pobres extremos	12,1	25,3	0,5	0,6	11,5
Pobres no extremos	35,7	48,5	11,2	4,8	31,8
No pobres	52,3	26,3	88,3	94,6	56,7
Pobreza por aseguramiento (fila suma 100%)					
Pobres extremos	62,4	36,5	1,0	0,1	100,0
Pobres no extremos	66,7	25,4	7,6	0,3	100,0
No pobres	54,8	7,7	33,7	3,8	100,0
Gasto (en \$int PPA constantes 2011)					
Gasto total del hogar	13.166	9.119	23.896	39.446	15.416
Gasto total del hogar per cápita	2.664	1.603	6.244	9.831	3.426
Gasto de bolsillo en salud de la persona	136	47	325	358	167
Gasto de bolsillo en salud del hogar per cápita	109	52	254	577	141
% GBS/GT	4,5	2,3	5,5	3,7	4,3

Elaboración y fuente: Propia en base a datos de ENAHO Panel 2007-2011.

Sin embargo, el gasto en salud de los sin seguro estaba en promedio entre los asegurados del SIS y seguridad social. El gasto del hogar en promedio era \$int 13.166 al año, y tenían un gasto per cápita de \$int 2.664. El GBS de la persona en \$int 136 (SIS era \$int 47 y seguridad social \$int 325) y con un GBS per cápita de \$int 109. Con relación al gasto total del hogar el gasto de bolsillo de este grupo representa el 4,5%. De esta manera, reflejaban así ser un punto medio entre los asegurados SIS y los asegurados a la seguridad social.

B) Comportamiento de los hogares por tipo de seguro al inicio del período (2007)

El comportamiento de los hogares con seguro y sin seguro es diferente. Aquel que no tiene seguro evitará demandar servicios porque el precio a pagar es alto con relación a los que sí tienen seguro. En el año 2007, de los que no tenían seguro, 64,2% no buscaba atención. En cambio, de los que si tenían seguro SIS, el 45,5% no buscaba atención y 48,8% de los asegurados a la seguridad social tampoco buscaban atención. En el caso de los otros seguros, el 70,8% no buscó atención, esto podría ser un indicador de que este grupo, de más alto poder adquisitivo, es el que mejor atención preventiva tiene y por tanto requirió menos demanda de servicios de salud.

Tabla VII.2: Comportamiento de búsqueda de atención, 2007

	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total
Decisión de buscar atención y dónde					
No buscó	64,2	45,5	48,6	70,8	58,1
MINSA	12,5	38,3	6,0	4,4	15,1
EsSalud/FFAA/PNP	0,0	0,0	24,2	6,2	5,2
CLAS/Consultorio/Clínica	5,7	7,0	9,1	12,6	6,8
Más de un sector	0,4	1,1	1,4	3,2	0,8
Farmacia/botica	16,1	7,5	10,2	2,7	13,2
Otro no formal	1,2	0,6	0,5	0,0	0,9
Razón para no buscar atención					
No tuvo dinero	28,8	21,8	6,4	0,0	23,5
Se encuentra lejos	3,2	6,0	1,4	0,0	3,1
Demoran mucho en atender	3,7	1,9	10,8	4,5	4,7
No confía en los médicos	5,9	6,1	1,7	0,0	5,1
No era grave/no fue necesario	31,8	32,7	41,8	65,6	34,3
Prefiere curarse con remedios caseros	15,0	16,7	6,3	0,0	13,4
No tiene seguro	2,5	0,0	0,0	0,0	1,7
Se autorecetó o repitió receta anterior	18,8	19,0	25,1	15,6	19,9
Falta de tiempo	12,8	13,7	16,4	10,1	13,5
Por el maltrato del personal de salud	0,8	0,0	1,7	0,0	0,8
Otro	1,3	3,5	1,9	0,1	1,8
Número promedio de razones	1,2	1,2	1,1	1,0	1,2

Elaboración y fuente: Propia en base a ENAHO Panel 2007-2011.

De igual modo, la búsqueda de atención en un mercado de salud tan segmentado y fragmentado llevaba a que la atención se diera exclusivamente en las redes de servicios de cada subsistema de salud público, seguridad social y que los hogares que no contaban con seguro tuvieran como primera opción de búsqueda las farmacias y recurrieran a la automedicación.

En el caso de los hogares sin seguro, la primera alternativa de atención fue, al no contar con red de atención, la farmacia/botica con un 16,1%, seguida del MINSA con un 12,5% y ya muy lejos la opción de CLAS/Consultoría/Clínica con un 5,7%.

Para los hogares asegurados en el SIS, su primera opción fue, la red de atención que le corresponde, en este caso el MINSA, con un 38,3% de los hogares quedando ya muy lejos las opciones de Farmacia/botica con un 7,5% y de CLAS/Consultoría/Clínica con un 7% de los hogares.

Los hogares asegurados en la seguridad social, como en el caso anterior, su primera opción fue la red de servicios de EsSalud/FFAA/PNP con un 24,2% de los hogares, seguido de Farmacia/Botica con el 10,2% de los hogares y CLAS/Consultorio /Clínica con un 9,1%. Este grupo, al tener un mayor poder adquisitivo, distribuyó sus atenciones entre estos tres lugares de atención en mayor medida que el grupo de asegurados SIS y los sin seguro.

Finalmente, en cuanto a la búsqueda de atención del grupo de otros seguros, es el único que tiene los mayores porcentajes en tres redes de atención, la primera con el 12,6% correspondiente a CLAS/Consultorio/Clínica y la segunda con el 6,2 en EsSalud/FFAA/PNP y la tercera con un 4,4% en el MINSA.

En cuanto a lo que respecta a las razones para no buscar atención, en el caso de otros seguros la razón principal fue que no era grave/no fue necesario, con un 65,6%, seguida de los asegurados a la seguridad social con un 41,8%, los asegurados del SIS con un 32,7% y los sin seguro, con el porcentaje más bajo de 31,8%. Autorecetarse o repetir la receta anterior fue la segunda razón para no buscar atención con mayor porcentaje, siendo del 25,1% para los asegurados a la seguridad social, seguidos de los asegurados SIS con un 19%, los sin seguro con 18,8% y finalmente los otros asegurados con un 15,6%. Las razones de lejanía y demoras en la atención no tuvieron resultados significativos, salvo en el caso de los asegurados SIS que reportaron un 10,8% de hogares. Por lo que respecta a la utilización de

remedios caseros, optaron por esta opción el 16,7% de los hogares SIS y el 15% de los hogares sin seguro mientras que en el caso de los afiliados a la seguridad social bajó al 6,3% y en el caso de los otros asegurados fue de 0%. Esto indicaría que, cuantos más recursos tienen los hogares menos se utilizan los remedios caseros.

La razón de falta de tiempo afecta al 16,4% de los hogares afiliados a la seguridad social, al 13,7% de los hogares aseguraos al SIS, al 12,8% de los hogares sin seguro y al 10,1% de los hogares afiliados a otros seguros. Con una ligera diferencia en los afiliados a la seguridad social, en donde podría indicar lentitud en la atención, los otros porcentajes son más o menos similares.

Finalmente, la razón de no buscar atención por el maltrato del personal de salud no tuvo respuestas significativas en ninguno de los grupos siendo la más alta la de los afiliados a la seguridad social con un 1,7% de los hogares.

En resumen, los que tenían algún tipo de seguro argumentaban que no buscaban atención porque consideraban que sus problemas no eran graves o no era necesario, los que no tenían seguro tenían como principal limitante no tener dinero para su atención. Sin embargo, todos los hogares tenían una clara inclinación al uso de remedios caseros y a auto-recetarse o usar recetas anteriores. La falta de tiempo, como razón para no buscar atención en cambio, tenía más peso en los asegurados de la Seguridad Social que en los que no tenían seguro o tenían SIS.

Las limitaciones para el acceso a la atención de salud, ya sea por problemas de dinero o por insuficiencia de servicios en su subsistema, o por falta de tiempo, generan gasto en los hogares que afectan a las familias y sus decisiones de consumo.

C) Gasto de los hogares en gasto de bolsillo por tipo de seguro

En lo que respecta a la distribución del gasto de bolsillo del hogar por tipo de gasto el rubro de Medicinas e insumos es el que tiene el porcentaje más alto, salvo en el caso de los asegurados a otros seguros donde el rubro de otros gastos es el que tiene el porcentaje más alto. Para los hogares sin seguro, el rubro de medicamentos consumió el 61,5% de su gasto de bolsillo, seguido de los asegurados al SIS donde este rubro significó el 59,2% y de los afiliados a la seguridad social y otros seguros donde este rubro utilizó respectivamente, el 36,7 y el 23,9% del total del gasto de bolsillo del hogar.

El siguiente rubro con un impacto significativo en el consumo de los recursos disponibles para gasto de bolsillo del hogar fue el de servicio dental, llegando a ser de un 16% en el caso de los hogares afiliados a la seguridad social, de un 11.8% en el caso de los hogares afiliados a otros seguros, de 10,2% para los hogares sin seguro y, con el monto más bajo, los afiliados al SIS donde este rubro solamente acaparó un 8,2% de los gastos de bolsillo del hogar.

El rubro de otros gastos, para el caso de los afiliados a otros seguros usó el 38,1% de los recursos, mientras que para los afiliados a la seguridad social consumió el 20,7%, en el caso de los no asegurados, un 9,5% y de un 8,3% para el caso de los afiliados al SIS.

La compra de lentes fue significativa para el grupo de hogares asegurados a otros seguros y para los afiliados a la seguridad social alcanzando un 10,5% y un 8,7% respectivamente, del total de gastos de bolsillo del hogar. En el caso de los sin seguro fue solamente del 2,7% y de los afiliados al SIS, todavía menor significando el 1,6% del total de gasto de bolsillo del hogar.

Finalmente, en lo que se refiere a los gastos relativos a Hospitalización/Intervención quirúrgica, en el caso de los afiliados al SIS, este monto llegó a ser del 10,8% del total de gasto de bolsillo del hogar, seguidos de los hogares sin seguro en los cuales este rubro alcanzó el 5,3% del total, del 5% para los afiliados a la seguridad social y del 3,8 a los afiliados a los otros seguros.

Como se vio líneas arriba, el peso del gasto de bolsillo en salud de los hogares con relación al gasto total del hogar era mayor (4,5%) para aquellos que no tienen seguro y ese gasto principalmente se destinaba a la compra de medicamentos (61,5%). Para aquellos que sí contaban con algún seguro, el gasto de bolsillo se destinaba también a medicinas. Por ejemplo, para los asegurados del SIS su gasto de bolsillo representaba el 2,3% de su gasto total, el gasto en medicinas era del 59,2% con relación a su GBS. El siguiente rubro en el que gastaban más eran los servicios dentales que tienen cobertura limitada y escasa oferta y la hospitalización.

Un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo en el año 2006 reveló que los asegurados del SIS manifestaron en un 17% que no había disponibilidad de bienes y servicios en los establecimientos de salud, y los problemas más importantes referidos fueron la falta de medicamentos y la falta de insumos para su atención que

los llevó a comprar guantes, gasa, y otros (Defensoría del Pueblo, 2007). Este hallazgo se corrobora con el 10.8% de hogares asegurados al SIS que efectuaron gasto de bolsillo cuando requirieron hospitalizarse contrastando con el 5% de los asegurados a la seguridad social y el 5,3% de los hogares sin seguro.

De igual modo sucedió en la atención del parto, los asegurados del SIS incurrieron en gasto de bolsillo para su atención mientras que los demás asegurados a otros regímenes no realizaron gasto. La situación de los hogares asegurados al SIS es bastante cercana en el gasto a los hogares sin seguro.

De otro lado, los asegurados a la seguridad social tenían un gasto de bolsillo en medicamentos de 36,7% del total de su gasto de bolsillo y los hogares con seguro privado o doble aseguramiento su gasto en medicinas era aún menor (23,8%).

Tabla VII.3: Gasto de bolsillo del hogar y su distribución por tipo de gasto, 2007

	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total
% GBS/GT	4,5	2,3	5,5	3,7	4,3
Gasto de bolsillo en salud del hogar per cápita	109	52	254	577	141
Distribución del GBS del hogar per cápita					
Consulta	5,1	6,2	4,3	2,6	5,0
Medicinas/insumos	61,5	59,2	36,7	23,9	54,5
Análisis	2,3	2,1	1,9	4,6	2,2
Rayos X, Tomografía, etc.	0,7	0,8	1,1	3,4	0,9
Otros exámenes	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Servicio dental	10,2	8,2	16,0	11,8	11,3
Servicio Oftalmológico	0,5	0,1	1,1	1,0	0,6
Compra de lentes	2,7	1,6	8,7	10,5	4,1
Vacunas	0,0	0,0	0,9	0,0	0,2
Control de niños	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Anticonceptivos	1,0	1,3	2,5	0,2	1,4
Otros gastos	9,5	8,3	20,7	38,1	12,6
Hospitalización/Intervención quirúrgica	5,3	10,8	5,0	3,8	6,0
Controles por embarazo	0,4	0,3	0,7	0,0	0,5
Atenciones de parto	0,7	1,0	0,2	0,0	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Elaboración: Propia.

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

2. Análisis descriptivo: Evolución y estado del aseguramiento y nivel de ingreso

A) Evolución en la composición de los hogares

Con información de panel de los hogares 2007-2011 es factible hacer seguimiento a los cambios en las características de los hogares a lo largo de un período y observar cambios en su comportamiento cuando éstas salen o entran en pobreza, su actitud hacia el aseguramiento, la demanda de servicios y en el gasto en salud.

En la información referente a la evolución del tamaño del hogar para el período observado, 2007-2011 podemos ver como para el caso de todos los hogares de la muestra el tamaño del hogar ha disminuido, salvo en el caso del grupo de los afiliados a la Seguridad Social en los que el número de miembros se ha mantenido en 4,7. Para el grupo de los hogares sin seguro pasó de 5,2 miembros a 4,8; en los asegurados al SIS de 6 a 5,3 y en el caso de los otros seguros de 4,7 a 4.

Por lo que respecta a la edad promedio del jefe del hogar, como era de esperarse, se ha producido un incremento de la edad promedio en todos los sub-grupos, siendo el más significativo el subgrupo de hogares afiliados al SIS que incrementó su edad promedio en 8,3 años pasando de 39,1 a 47,4; para el subgrupo de hogares sin seguro el incremento fue de 7,1 años al pasar de 45,5 a 52,6 y para el grupo de afiliados a la seguridad social de 4,8 años al pasar de 50,1 a 54,9. El grupo que en el que menos se incrementó la edad promedio fue el de afiliados a otros seguros que pasó de 55,2 a 55,7, es decir solamente 0,5 años de incremento.

Al revisar la información sobre los años de escolaridad promedio del jefe del hogar nos encontramos que para el subgrupo de sin seguro y el de afiliados a otros seguros, se incrementan los años de escolaridad en el período de la muestra, pasando el subgrupo de hogares sin seguro de 4 años de escolaridad promedio a 4,2 años y en el caso de otros seguros de 8,7 años de escolaridad promedio a 9,4 años.

En el caso de los otros dos subgrupos la tendencia fue negativa, para el caso de los afiliados al SIS, mientras en 2007 el promedio de escolaridad del jefe del hogar estaba en 4,4 años, en 2011 pasó a un promedio de 3,7 años. De igual manera, los afiliados a la seguridad social pasaron de 7,4 años de escolaridad promedio a 6,6 en el período 2007-2011.

En cuanto al porcentaje de niños menores de 5 años en los hogares, los datos de la investigación arrojaron que en todos los hogares se produjo una disminución siendo la más pronunciada la del grupo de afiliados al SIS al pasar de 29,8% de los hogares con niños menos de 5 años a solamente el 1,9%. Las cifras para los hogares sin seguro pasaron de 4,7% a 0,8%, para los afiliados a la seguridad social, de 6,5% a 1,9% y para el caso de otros seguros de 0,4% a 0%.

Al fijarse en la evolución del porcentaje de hogares con adultos mayores de 65 años, puede constatarse que, salvo para el caso de los hogares afiliados a otros seguros, donde el porcentaje disminuyó pasando de 11% a 8,5% de los hogares, en los otros tres sub-grupos se incrementó el número de hogares con adultos mayores de 65 años. Así tenemos que para el caso de los hogares sin seguro pasaron de 7,9% a 10,7%; para los hogares afiliados al SIS del 2,2% al 8,8% y del 13,3% al 13,9% en los hogares afiliados a la seguridad social.

Revisando la evolución del porcentaje de hogares con mujeres en edad fértil, los subgrupos afiliados a algún tipo de seguro tuvieron un incremento, mientras que el grupo no asegurado fue el único que presentó una disminución, pasando de un 31,8% de los hogares en 2007 a un 28,7% en 2011. En el caso de los afiliados al SIS el incremento fue de 7,2% a 28,6%, es decir 21,4 puntos porcentuales en los cinco años de la muestra; para el subgrupo de afiliados a la seguridad social de 2,3 puntos porcentuales, pasando de 23% a 25,3 y finalmente para el caso de otros seguros de 4,3 puntos porcentuales al pasar de 21,4% al 25,7% de los hogares.

Finalmente, en cuanto a la última variable de este bloque de preguntas referida al porcentaje de hogares con jefe de hogar hombre, salvo en el caso de los hogares afiliados al SIS que pasó de 80,6% a 77,7% perdiendo casi tres puntos porcentuales, los otros sub-grupos han visto incrementarse el número de hogares. El grupo de hogares sin seguro pasó de 71,6% de los hogares a 72%, mientras que el grupo de los afiliados a la seguridad social pasó de 77,5% al 78,5% y finalmente, el grupo de afiliados a otros seguros pasó de 81,7% a 85,9% con una variación de 4,2 puntos porcentuales, la más alta de toda la muestra.

Tabla VII.4 Evolución en la composición de los hogares

	2007	2008	2009	2010	2011
Tamaño del hogar					
Sin seguro	5,2	5,1	4,9	4,9	4,8
Solo SIS	6	5,6	5,6	5,4	5,3
Seguridad Social	4,7	4,7	4,8	4,8	4,7
Otros	4,7	4,2	4,1	4,3	4
Edad Promedio del jefe del hogar					
Sin seguro	45,5	48,1	49,8	51,6	52,6
Solo SIS	39,1	42,5	43,8	46,3	47,4
Seguridad Social	50,1	50,9	51,7	53,9	54,9
Otros	55,2	55,2	51,9	51,5	55,7
Años de escolaridad promedio del jefe del hogar					
Sin seguro	4	4,1	4,4	4,4	4,2
Solo SIS	4,4	4	4	3,7	3,7
Seguridad Social	7,4	7	7,3	6,9	6,6
Otros	8,7	8,1	10,4	10,9	9,4
% con niños menores de 5 años					
Sin seguro	4,7	3,1	3	2	0,8
Solo SIS	29,8	16,8	9,9	4,6	1,9
Seguridad Social	6,5	4,4	3,5	2,9	1,9
Otros	0,4	3,4	3,2	0	0
% con adultos mayores de 65					
Sin seguro	7,9	7,9	8,8	9,5	10,7
Solo SIS	2,2	6	6,4	7,7	8,8
Seguridad Social	13,3	14,2	15,4	15,1	13,9
Otros	11	3,4	1,2	2,4	8,5
% con mujeres en edad fértil					
Sin seguro	31,8	32,1	29,2	29,4	28,7
Solo SIS	7,2	18,8	24	26,6	28,6
Seguridad Social	23	22,8	24,1	22,6	25,3
Otros	21,4	22,2	29,1	30,3	25,7

Tabla VII.4 Evolución en la composición de los hogares

	2007	2008	2009	2010	2011
% con jefe del hogar hombre					
Sin seguro	71,6	73,6	75,9	72,3	72
Solo SIS	80,6	76,3	75,1	76,1	77,7
Seguridad Social	77,5	76,5	77,9	78,3	78,2
Otros	81,7	85,8	89,4	95,2	85,9

Elaboración Propia

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011

En resumen, con el crecimiento económico y la mejora de los ingresos de la población se producen cambios tanto en las características como en el comportamiento de los hogares. Por ejemplo, el tamaño de los hogares en el año 2007 en promedio era de 5,2 miembros y en el año 2011 el promedio bajó a 4,9 miembros. Estos cambios se produjeron en los hogares sin seguro, en los hogares asegurados al SIS y en otros seguros y solo en el caso de los hogares asegurados a la seguridad social permanecieron estables en número de miembros. La edad promedio del jefe del hogar en cambio tendió a aumentar de 45,6 años a 51,4 años, lo que va en línea con el tipo de muestra, ya que se siguen a los mismos hogares en los 5 años de la muestra.

Al interior de los hogares, la cantidad de niños menores de 5 años fue cada vez menor, que también se debe al tipo de muestra panel. Por ejemplo, al inicio del período el 29,8% de los hogares SIS tenía niños menores de 5 años y al año 2011 este porcentaje bajó al 1,9%. Solo el grupo otros, mostró un crecimiento en el porcentaje de niños menores de 5 años durante el período para luego terminar sin niños menores de 5 años. En cambio, los hogares tendieron a envejecer y mientras que en el año 2007 el 8,2% tenía entre sus miembros personas adulto mayores, al final del período este porcentaje se incrementó a 10,8%. En especial, los hogares asegurados al SIS tuvieron un incremento importante de 2,2% a 8,9%.

El INEI (2014b), reporta que en el año 2007 el 43,2% de los adultos mayores contaba con seguro, de éstos el 34,6% se encontraba asegurado a la seguridad social y 3,4% al SIS y 5,2% en otros seguros, y al año 2011 esta situación mejoró a 68% estando el 32,8% asegurado en la seguridad social, el 29,6% en el SIS y 5,6% en

otros seguros. Es decir, el SIS fue el que asumió el mayor porcentaje de incremento en el aseguramiento para este grupo. Finalmente, el porcentaje de mujeres en edad fértil en los hogares se mantuvo en el período tanto para los hogares sin seguro como los con seguro a excepción del grupo otros que incrementó su participación en 8 puntos porcentuales en el período 2007-2011.

B) Evolución de la presencia de problemas de salud y demanda de servicios de atención

En lo que respecta a la evolución de la presencia de los problemas de salud y demanda de los servicios de atención, el porcentaje de personas que declaró tener un problema de salud en las últimas cuatro semanas, en los grupos de asegurados en la seguridad social y otros seguros se incrementó la cantidad de hogares, pasando para el primero de 59,6% en 2007 a un 60,2% en 2011 y para el segundo de 49,6% a 54,3% de los hogares, mientras que en el caso de los hogares sin seguro y los asegurados en el SIS disminuyeron, pasando de 62,7% a un 59,2% y el segundo de un 57,7% a un 57,4% de los hogares.

Para el caso del porcentaje de las personas que declaró tener un problema de salud que requería de atención en las últimas cuatro semanas, disminuyó en todos los casos salvo para el grupo de hogares comprendido en otros seguros que se incrementó, pasando de un 25,7% en 2007 a un 37,1% en 2011. En el caso de los hogares sin seguro pasó de 46,5% a un 37,8% de 2007 a 2011, para los hogares de asegurados en el SIS disminuyó de 47,6% a 43,7% y para el caso de los hogares de afiliados a la seguridad social pasó de un 44,8% en 2007 a un 43% en 2011.

Por lo que respecta al porcentaje de personas que declaró tener un problema de salud crónico, se incrementó en todos los hogares de la muestra siendo particularmente significativo en el caso de los hogares en otros seguros donde el incremento fue de 37,3 puntos porcentuales, pasando de un 27,4% en 2007 a un 64,7% en 2011. En el caso de los hogares sin seguro este incremento fue de 11,7 puntos porcentuales al pasar de 27,1% en 2007 a un 38,8% en 2011, para los hogares de asegurados en el SIS esta cifra pasó de 15,1% a 27%, lo que implica un incremento de 11,9 puntos porcentuales y finalmente para los hogares de afiliados a la seguridad social este monto pasó de 39,6% a 52,6%, es decir, de 2007 a 2011 se incrementó en 13 puntos porcentuales.

Por último, en cuanto al porcentaje de personas que declaró haber estado hospitalizada en los últimos 12 meses, los grupos de sin seguro, seguridad social y otros seguros disminuyeron sus porcentajes y solamente en el caso de los asegurados en el SIS presentaron un incremento, pasando de 4% en 2007 a 5% en 2011. En el caso de los hogares sin seguro la cifra pasó de 3,4% en 2007 a 1,8% en 2011, en el caso de los afiliados a la seguridad social la disminución fue de 1,8 puntos porcentuales al pasar de 7,9% a 6,1% y en el caso de otros seguros la disminución fue solamente de 0,1 puntos porcentuales al pasar de 6,5% al 6,4%.

Como conclusión se puede decir que la transformación progresiva de los hogares a menos miembros y con menos niños y más adulto mayores no significó un cambio significativo en el comportamiento de los hogares en la declaración de problemas de salud, pasando de 61% a 58,6% en el período de referencia (2007-2011). De aquellos que declararon tener un problema de salud, en el año 2007 el 46% declaraba que consideraban que no era necesario buscar atención, porcentaje que fue reduciéndose a 43% en los años 2009 y 2010 hasta llegar a 41,3%. El cambio en el perfil de los hogares (con más adulto mayores) llevó también a un incremento en la declaración de problemas de salud crónico pasando de 28% a 39,1% en el período, en especial en el grupo de asegurados a la seguridad social. Finalmente, la declaración de los hogares sobre hospitalizaciones en el año presentó un comportamiento estable.

Tabla VII.5 Evolución de la presencia de problemas de salud y demanda de servicios de atención

	2007	2008	2009	2010	2011
% de personas que declaró tener un problema de salud en las últimas 4 semanas					
Sin seguro	62,7	53,7	59,1	58,5	59,2
Solo SIS	57,7	61,9	59,6	60,1	57,4
Seguridad Social	59,6	59,3	59,1	62,1	60,2
Otros	49,6	54,6	33,7	58,4	54,3
% de personas que declaró tiene un problema de salud que requería atención en las últimas cuatro semanas					
Sin seguro	46,5	39,6	40,7	38,6	37,8

Tabla VII.5 Evolución de la presencia de problemas de salud y demanda de servicios de atención

	2007	2008	2009	2010	2011
Solo SIS	47,6	48,7	45	46,4	43,7
Seguridad Social	44,8	46,7	46,4	46,1	43
Otros	25,7	44,1	26,4	38,3	37,1
% de personas que declaró tener un problema de salud crónico					
Sin seguro	27,1	26,7	29,6	35,3	38,8
Solo SIS	15,1	17,9	20,5	23,8	27
Seguridad Social	39,6	38	40,1	44,8	52,6
Otros	27,4	43,2	46,3	49	64,7
% de personas que declaró haber estado hospitalizada en los últimos 12 meses					
Sin seguro	3,4	3,2	1,9	2,7	1,8
Solo SIS	4	2,7	3,5	4,2	5
Seguridad Social	7,9	6,4	9,3	6,6	6,1
Otros	6,5	6	4,4	1,4	6,4

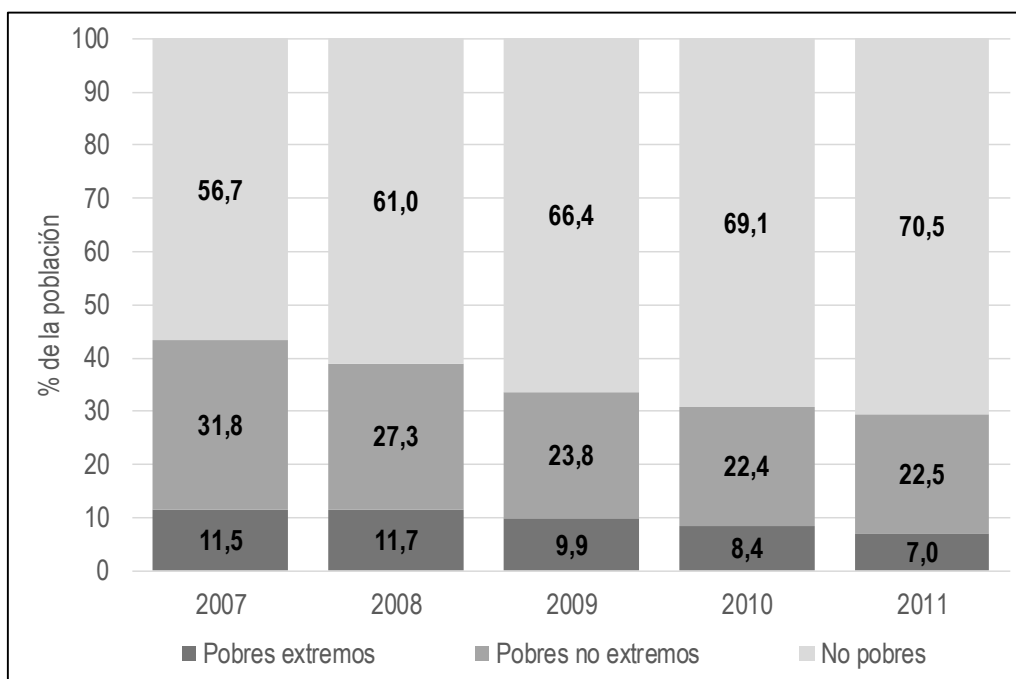
Elaboración Propia

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011

C) Evolución de la pobreza y el aseguramiento

La reducción de la pobreza en el país no ha sido ajena a los hogares bajo observación. Los hogares que se encontraban en pobreza extrema se redujeron en 4,5 puntos porcentuales, pasando del 11,5% de 2007 al 7% del 2011 y los hogares pobres se redujeron en 9,3 puntos porcentuales, al pasar de representar el 31,8% en 2007 a representar el 22,5% en 2011. En total, el 70,5% de los hogares eran no pobres en el 2011, en comparación con el 56,7% reportado en 2007, es decir un incremento de 13,8 puntos porcentuales.

Gráfico VII.1: Evolución de la condición de pobreza en los hogares en la muestra panel, 2007-2011



Elaboración: Propia.

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

a) Aseguramiento por pobreza (distribución de cada grupo de aseguramiento por condición de pobreza)

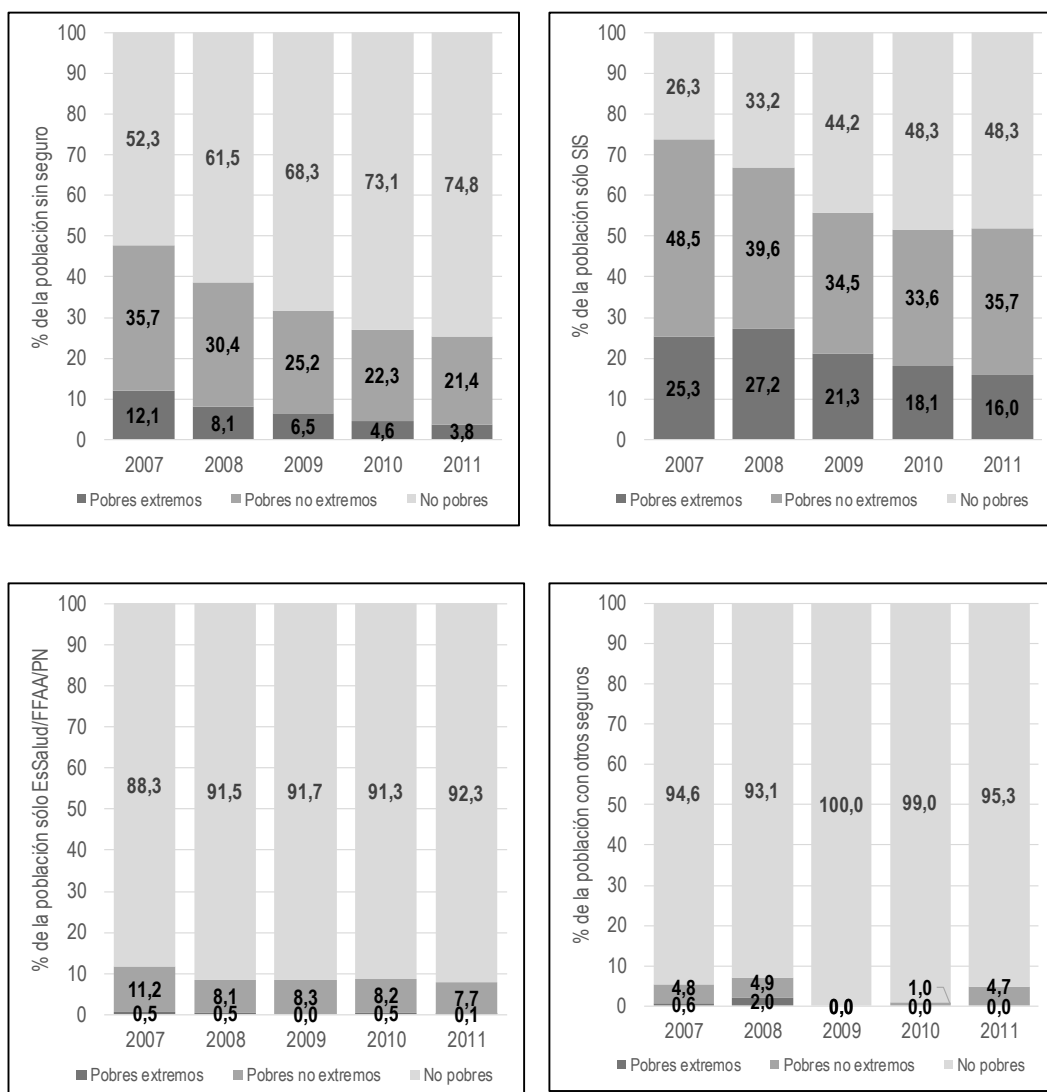
Los hogares sin seguro en el año 2007 se distribuyeron en 12,1% hogares pobres extremos, 35,7% pobres no extremos y el resto 52,0% como no pobres. Esta composición fue cambiando con el tiempo hasta el año 2011 donde de los hogares sin seguro sólo 3,8 eran pobres extremos, 21,4% eran pobres no extremos y 74,8% eran no pobres, es decir un incremento de 22,5 puntos porcentuales que se descomponen en los 14,2 puntos porcentuales que disminuyó la pobreza y en los 8,2 puntos porcentuales que disminuyó la pobreza extrema. Aunque la población sin aseguramiento disminuyó significativamente en este período la tendencia de la condición de pobreza muestra que fueron principalmente los hogares pobres que se fueron afiliando a algún seguro.

En cuanto al grupo de población afiliado al SIS, los no pobres pasaron de representar solamente un 26,3% del total de asegurados en 2007 a alcanzar un 48,3% del total de asegurados en 2011, es decir un incremento de 22 puntos

porcentuales, casi duplicando en los cinco años de la muestra su peso en el total. Por lo que respecta a la población en pobreza, pasó de representar el 48,5% del total de asegurados en el 2007 a un 35,7% del total en el 2011, disminuyen su peso en 12,8 puntos porcentuales en el período y finalmente los pobres extremos pasaron de ser el 25,3% del total en 2007 a solamente el 16% en 2011 perdiendo 9,3 puntos porcentuales.

Del total de hogares, los que estaban asegurados en la seguridad social no experimentaron cambios significativos en su perfil de población. Los no pobres se incrementaron durante el período pasando de ser el 88,3% del total en 2007 a representar el 92,3% del total en 2011, incrementándose en 4 puntos porcentuales, en el mismo período, los pobres se redujeron de 11,2% a 7,7%, 3,5 puntos porcentuales y los pobres no extremos de 0,5% a 0,1%, 0,4 puntos porcentuales. De esta manera, los asegurados a la seguridad social consolidaron su estado de no pobres.

Gráfico VII.2: Evolución de la condición de pobreza en los hogares en la muestra panel por tipo de aseguramiento, 2007-2011



Elaboración: Propia.

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

Por último, el perfil de la población que tenía otros seguros se mantuvo casi inalterable en el período pasando a no tener ya representación de pobres extremos que a inicio del período representaban el 0,6% del total y al fin del período pasaron al 0%, junto con la bajada de 0,1 puntos porcentuales en el peso de los pobres que pasaron de ser el 4,8% en 2007 al 4,7% del total en el 2011.

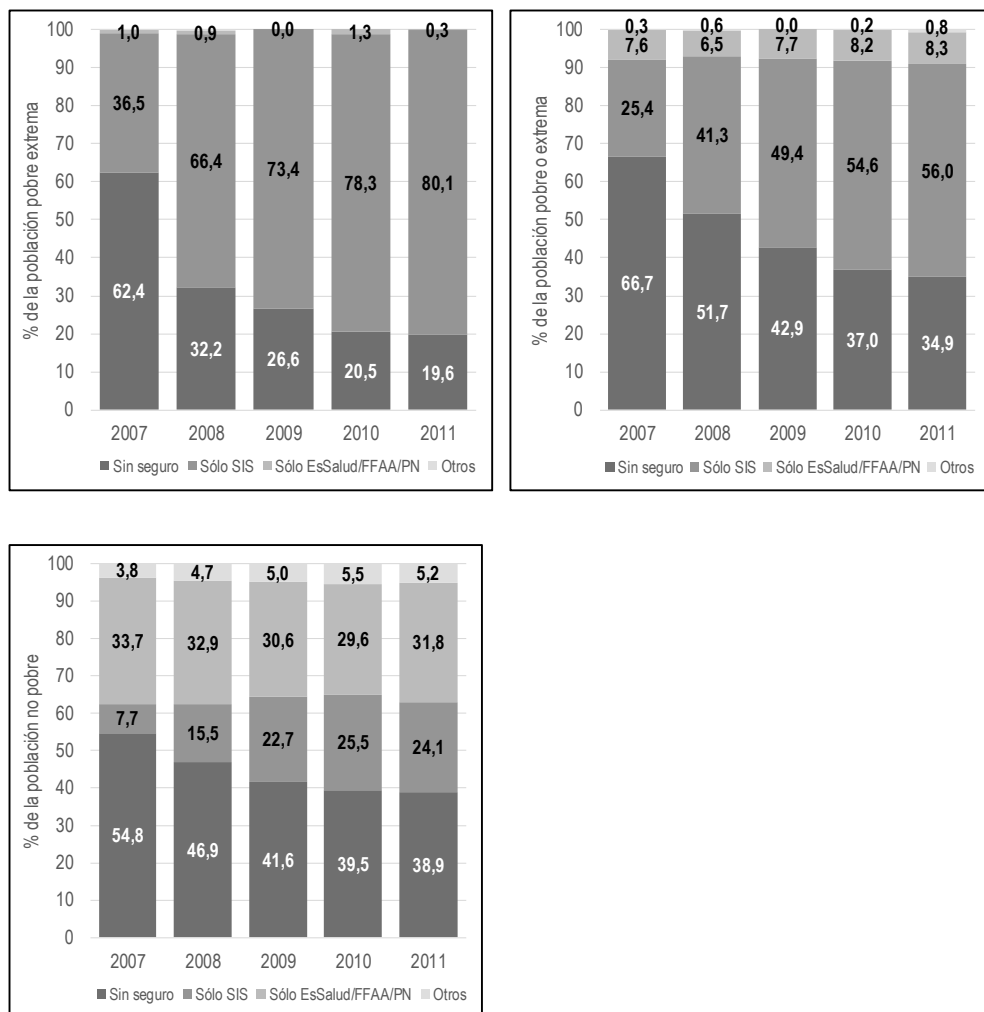
b) Pobreza por aseguramiento (distribución de la condición de pobreza por tipo de aseguramiento)

En cuanto a la evolución del tipo de aseguramiento por condición de pobreza, se puede apreciar que en el año 2007 el 62,4% de la población en pobreza extrema no tenía seguro, el 36,5% estaba asegurada en el SIS y el 1% en EsSalud/FFAA/PN y el 0,1 en Otros seguros, mientras que para el año 2011 estos porcentajes pasaron a ser del 19,6% sin seguro, 80,1% en el SIS, 0,3% en EsSalud/FFAA/PN y 0,1% en Otros seguros, es decir la población en pobreza extrema no asegurada disminuyó en más de 40 puntos porcentuales en el período de referencia y todos estos nuevos asegurados fueron absorbidos por el SIS.

Para el caso de la población pobre no extrema, el comportamiento fue muy similar, pasando la población sin seguro de significar el 66,7% del total en 2007 a representar el 34,9% en 2011 disminuyendo en 31,8 puntos porcentuales que fueron también absorbidos casi en su totalidad por el incremento de población afiliadas al SIS que pasó de ser el 25,4% del total en 2007 al 56% en 2011, es decir incrementándose en 30,6 puntos porcentuales, el 1,2 puntos porcentuales restantes se distribuyen entre el incremento que tuvo los asegurados a EsSalud/FFAA/PN que fue de 0,7 puntos porcentuales pasando de ser el 7,6% en 2007 al 8,3% en 2011 y el de otros seguros con 0,5 puntos porcentuales al pasar del 0,3% en 2007 al 0,8% en 2011.

Finalmente, para el grupo de población no pobre, tuvo un comportamiento diferente al no disminuir en la misma proporción la población sin seguro ya que solamente tuvo una disminución de 15,9 puntos porcentuales, muy por debajo de los otros dos segmentos, pasando de representar el 54,8% en 2007 a representar el 38,9 en 2011. Este incremento, de nuevos asegurados, fue asumido por el SIS que pasó de 7,7% en 2007 al 24,1% en 2011, es decir 16,4 puntos porcentuales que también asumió parte de la disminución de asegurados a la EsSalud/FFAA/PN que perdió peso al pasar de ser un 22,7% en 2007 a un 31,8% en 2011, perdiendo 1,9 puntos porcentuales, de los cuales 0,5 fueron asumidos por el SIS y 1,4 por otros seguros que pasó de ser el 3,8% en 2007 al 5,2% en 2011.

Gráfico VII.3: Evolución del tipo de aseguramiento por condición de pobreza, 2007-2011



Elaboración: Propia.
Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

En conclusión, si se considera a los hogares pobres extremos y pobres no extremos, se observa que en el año 2007 el 62,4% y el 66,7% de ellos no tenían seguro, mientras que 36,5% y 25,4% sólo tenían SIS y el remanente 1,1% y 7,9% tenía un seguro de la seguridad social u otro. En cambio, entre los no pobres, 54,8% no tenía seguro, 7,7% tenía SIS y 36,7% tenía de la seguridad social u otro seguro. Ya en el 2011, 79,8% de los pobres extremos contaban con el aseguramiento SIS, y sólo 19,6% permanecía sin seguro. Entre los pobres no extremos, 56,0% estaban afiliados al SIS, 34,9% no tenía seguro y 9% tenía seguridad social u otro.

Finalmente, 38,9% los no pobres permanecía sin seguro, 24% con SIS, 31,8% con seguridad social y 4,8% con otros tipos de seguro.

Por otro lado, la distribución del aseguramiento por grupos de hogares muestra que en el año 2007 no tenían seguro el 62,4% de los hogares pobres extremos, el 66,7% de los hogares pobres y 54,8% de los hogares no pobres y esta condición fue disminuyendo en especial en el grupo de hogares en pobreza extrema que al final del período un 19,6% no tenía seguro. Los hogares pobres sin seguro disminuyeron hasta 34,9% y los hogares no pobres fueron los que permanecieron más sin seguro.

Los hogares que tenían seguro SIS al inicio del período eran en un 36,6% pobres extremos, 25,4% pobres y un 7,7% era no pobre. Esta situación fue cambiando y favoreciendo al grupo de hogares pobres extremos hasta el año 2011 en donde el 79,8% de los hogares pobres extremos pertenecía al SIS, favoreciéndose de la focalización del SIS en los pobres y vulnerables. De igual modo se favorecieron los hogares pobres que pasaron de estar solo el 25,6% en el año 2007 a estar el 56% en el año 2011.

Los hogares asegurados a la seguridad social no cambiaron sustancialmente, 33,8% de los hogares no pobres al inicio del período estaban en la seguridad social y al final de éste el 31,8%, el 7% de los hogares pobres permaneció en el período en la seguridad social y menos del 1% estaba asegurado a ésta.

Por último, el 4,8% los hogares asegurados en otros seguros eran no pobres y menos del 1% eran pobres y pobres extremos.

Como se puede observar tanto los hogares pobres no extremos y pobres extremos que mejoraron su situación de pobreza no vieron afectado su aseguramiento al SIS, el SIS los mantuvo a pesar de haber dejado de ser pobres. Esto se debe en parte a que el SIS no tiene una política de graduación que implicaría un procedimiento para el cambio en la condición de aseguramiento que acompañe el cambio en los ingresos de dichos hogares. Los hogares asegurados a la seguridad social mostraron mejoras en su condición de no pobres. Los hogares no pobres en cambio fueron incrementando su condición de no asegurados durante el período.

De igual modo, los hogares pobres no extremos y pobres extremos tuvieron mayor acceso al SIS y los no pobres que accedieron a un seguro lo hicieron en la seguridad

social, aunque fue mayor el porcentaje de hogares no pobres que se mantuvo sin seguro.

D) Gasto de los hogares

En lo que respecta al gasto total de los hogares sin seguro pasaron de \$int 13.166 en 2007 a \$int 15.743 en 2011 incrementándose también el gasto total del hogar per cápita al pasar de \$int 2664 a \$int 3.531 y, de la misma manera, el gasto de bolsillo en salud de la persona para este grupo sin seguro pasó de \$int 136 a 173. Es decir, mientras el gasto de bolsillo por persona creció en mayor proporción, en concreto un 7% más, que el gasto total del hogar, pero en menor proporción que el gasto total del hogar per cápita.

Para el caso del grupo de asegurados al SIS el gasto total del hogar pasó de \$int 9.119 en 2007 a \$int 10.414 en 2011 mientras que el gasto total del hogar se incrementó de \$int 1.603 a \$int 2.080 y el gasto de bolsillo de salud de la persona pasó de \$int 47 a \$int 93. En porcentajes de incremento vemos que mientras el gasto total creció un 14%, el gasto total del hogar per cápita lo hizo en un 30% pero el gasto de bolsillo creció casi al doble con un 98%.

Al revisar los datos del grupo de asegurados a la Seguridad Social, se constata que, en los tres rubros de gastos total del hogar, gasto del hogar per cápita y gasto de bolsillo en salud de la persona, presenta disminuciones pasando en el primer rubro de \$int 23.896 en 2007 a \$int 21.668 en 2011, para el segundo de \$int 6.244 a \$int 4.989 y para el último rubro de gasto de bolsillo en salud de la persona de \$int 325 a \$int 193 con disminuciones del 9, 20 y 41% respectivamente. De igual modo, su gasto de bolsillo per cápita también disminuyó desde \$int 254 a inicios del período hasta \$int 163 al final del período.

Finalmente, en el caso de los hogares asegurados a otros seguros, el gasto total del hogar se incrementó de \$int 39.446 a \$int 43.506, de igual manera se incrementó el gasto total del hogar per cápita pasando de \$int 9.831 en 2007 a \$int 12.485 en 2011, pero en el caso del gasto de bolsillo en salud, disminuyó pasando de \$int 358 a \$int 266, un 26% menos en 2011 que lo que el grupo de hogares gastaba en el 2007.

Tabla VII.6 Gasto de los hogares en \$int PPA constantes 2011

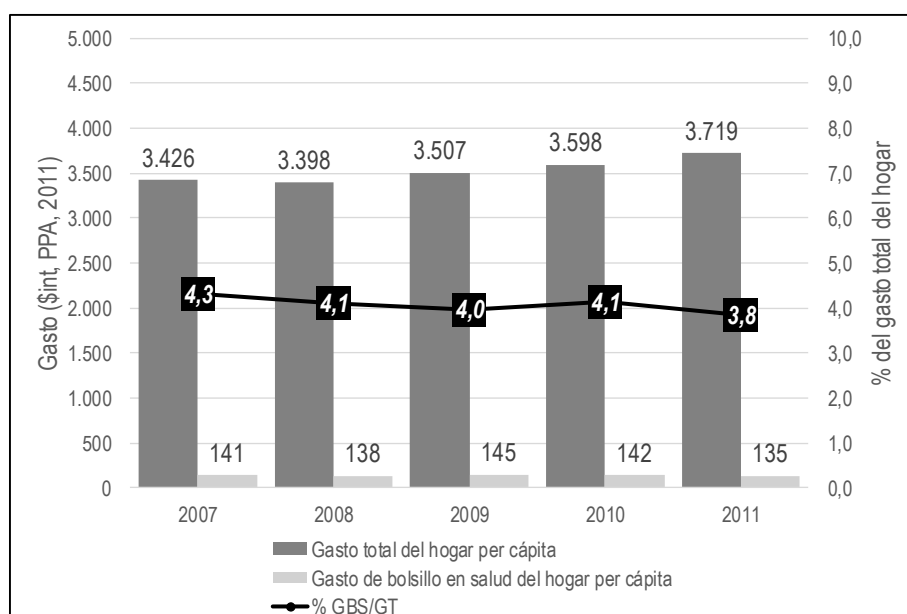
Gasto (en \$int PPA constantes 2011)			
	Gasto total del hogar	Gasto total del hogar per cápita	Gasto de bolsillo en salud de la persona
2007			
Sin seguro	13.166	2.664	136
Sólo SIS	9.119	1.603	47
Sólo EsSalud/FFAA/PN	23.896	6.244	325
Otros	39.446	9.831	358
2008			
Sin seguro	14.171	2.982	139
Sólo SIS	9.349	1.772	58
Sólo seguridad social	22.627	5.295	261
Otros	33.148	11.169	614
2009			
Sin seguro	14.259	3.104	175
Sólo SIS	10.091	1.879	61
Sólo seguridad social	22.833	5.235	271
Otros	43.224	13.479	376
2010			
Sin seguro	15.779	3.418	176
Sólo SIS	10.719	2.108	93
Sólo seguridad social	22.386	5.016	230
Otros	36.580	11.274	363
2011			
Sin seguro	15.743	3.531	173
Sólo SIS	10.414	2.080	93
Sólo seguridad social	21.668	4.989	193
Otros	43.506	12.485	266

Elaboración propia
Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

El total de los hogares incrementaron su gasto per cápita del hogar con marcadas diferencias entre el tipo de asegurado, los hogares sin seguro incrementaron su gasto gradualmente durante el período desde \$int 2.664 hasta llegar a \$int 3.531, muy cerca del gasto total promedio de todos los hogares de \$int 3.719. A la par, su gasto de bolsillo per cápita fue incrementándose desde \$int 109 en el año 2007 a \$int 153 en el año 2011.

En cuanto a la evolución de la condición de pobreza en el total de hogares de la muestra, el promedio del gasto total del hogar per cápita se incrementó durante el período de \$int 3426 en el año 2007 a \$int 3719 en el año 2011. Sin embargo, el gasto de bolsillo en salud del hogar per cápita en promedio tendió a caer, pasando de \$int 141 a \$int 135 en el mismo período. De igual modo, la participación del gasto de bolsillo en el gasto total del hogar tendió a caer de 4,3% al inicio del período a 3,8% al final de éste. Este promedio sin embargo, como bien se vio líneas arriba, oculta las diferencias en el gasto observado para los hogares asegurados al SIS.

Gráfico VII.4: Evolución de la condición de pobreza en los hogares en la muestra panel, 2007-2011



Elaboración: Propia.
Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

E) Distribución del gasto de bolsillo en la atención

El mayor peso del gasto de bolsillo per cápita de los hogares en el período fue en medicamentos e insumos ya sea que estos decidieran buscar atención en las redes de servicios o decidieran auto-recetarse y representaron más del 50% del gasto de bolsillo. El resto de gastos se distribuyeron en orden de importancia, en el control de niños, consulta externa, servicios dentales, hospitalización/intervenciones quirúrgicas o controles prenatales, vacunas y servicios de ayuda al diagnóstico.

En cuanto a los rubros en los que se distribuyó el gasto de bolsillo per cápita de las familias, se puede apreciar que, para el grupo de hogares sin seguro, el rubro de medicinas consumió el 61,5% de los recursos, este rubro en 2011 bajó al 53,8% del total. En segundo lugar, para este segmento destacan los gastos dentales que representaban en 2007 el 10,2% del total y bajaron en 2011 al 8,7%.

Por lo que respecta a los asegurados en el SIS el gasto en medicinas significó en 2007 el comprometer el 59,2% del total de gasto de bolsillo disponible, bajando en el 2011 al 51,9%. El segundo rubro de gastos también era el dental con un 8,2% en 2007 e incrementándose a un 8,8% en 2011.

Para el caso de los asegurados a la seguridad social, el monto de medicamentos representó un 36,7% de gasto total de bolsillo, seguido de los gastos dentales con un 16% en el año 2007. Para el año 2011 estos montos fueron de 42,9%, incrementándose en 6,2 puntos porcentuales con respecto al 2007 y para el caso de los gastos dentales reduciéndose en 2,9 puntos porcentuales al pasar a ser en el 2011 un 13,1% de los gastos de bolsillo.

Finalmente, para el caso de los afiliados a otros seguros, el monto de medicamentos representó en 2007 un 23,9% de los gastos de bolsillo y en el 2011 esta cantidad se incrementó hasta llegar al 30,3%. En el caso de este grupo de hogares, el rubro dental también se incrementó al pasar de un 11,8% en 2007 a un 13,1% en 2011.

Tabla VII.7 Distribución del gasto de bolsillo per cápita

	GBS per cápita	Distribución del GBS per cápita						
		Con- sulta	Medi- cina	Aná- lisis	Den- tal	Len- tes	Otro	Hos- pital
2007								
Sin seguro	108,7	5,1	61,5	2,3	10,2	2,7	12,9	5,3
Sólo SIS	52,4	6,2	59,2	2,1	8,2	1,6	11,9	10,8
Sólo seguridad social	254,1	4,3	36,7	1,9	16	8,7	27,4	5
Otros seguros	577,1	2,6	23,9	4,6	11,8	10,5	42,7	3,8
2008								
Sin seguro	52,4	5,7	58,9	2,1	6,4	2,3	17,9	6,8
Sólo SIS	254,1	5,6	60,7	1,3	6,4	1,3	20	4,8
Sólo seguridad social	577,1	5,5	52,5	2,5	8	6	22,6	2,8
Otros seguros	141,5	5,2	61,2	2,2	8,2	1,7	18,8	2,8
2009								
Sin seguro	254,1	5,1	57	1,7	11,7	3	18	3,5
Sólo SIS	577,1	3,9	56,7	1,4	8,3	0,9	23,7	5,2
Sólo seguridad social	141,5	4,5	50,3	2,4	11,4	7	21,9	2,4
Otros seguros	114,7	4,4	50	5,7	10,9	1,3	26,5	1,1
2010								
Sin seguro	577,1	3,6	53,7	1,5	11	2,1	22,7	5,4
Sólo SIS	141,5	3,1	58,9	1,2	9,4	1,9	20,8	4,8
Sólo seguridad social	114,7	2,8	49,9	3,6	10,1	8	22,2	3,5
Otros seguros	63,4	11,3	46,5	1,6	7,1	2	23,9	7,7
2011								
Sin seguro	141,5	4,9	53,8	2,1	8,7	3,2	22,7	4,5
Sólo SIS	114,7	1,9	51,9	3,1	8,8	1,5	26,2	6,6
Sólo seguridad social	63,4	4,5	42,9	1,9	13,1	9	25,8	2,8
Otros seguros	233,1	6	30,3	2	14,3	3,9	41,5	2

Elaboración propia

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011

F) Comportamiento de los hogares frente a un problema de salud

a) *Búsqueda de atención*

En cuanto a la decisión de buscar atención médica, los hogares sin seguro que decidieron no buscarla tuvieron un descenso de 9,8 puntos porcentuales y pasaron de ser el 64,2% del total en 2007 a un 54,4% en el 2011.

Los hogares asegurados en el SIS, por el contrario en comparación con los hogares sin seguro, aumentaron el número de hogares que no buscó atención médica, pasando en 2007 de representar el 45,5% del grupo al 56,5% en 2011.

En el caso de los hogares asegurados a la Seguridad Social y de los otros seguros se produce una disminución del número de hogares que no buscó atención en el período de referencia de 2007 a 2011, pasando en el primer caso de 45,5% al 41,9% y particularmente significativa en el segundo del 70,8% al 45,9%.

Tabla VII.8 Decisión de buscar atención: % de hogares que no buscaron atención en %

	2007	2008	2009	2010	2011
Sin seguro	64,2	55,0	53,1	60,5	54,4
Sólo SIS	45,5	53,3	54,3	54,7	56,5
Solo Seguridad Social	48,6	37,0	32,4	39,5	41,9
Otros	70,8	35,3	43,8	42,1	45,9

Elaboración propia

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011

La decisión de los hogares de no buscar atención se fue modificando en el período hacia la búsqueda en farmacias y boticas, consultorios y clínicas privadas y la seguridad social y se redujo la búsqueda de atención en la red de servicios del subsistema público.

Los hogares sin seguro fueron los que cambiaron con mayor dinamismo su decisión hacia la búsqueda de atención en farmacias y boticas, consultorios y clínicas privadas, y en la red de servicios del subsistema de seguridad social pese a su condición de no asegurados y redujeron la búsqueda de atención en la red de servicios del subsistema público.

Los hogares asegurados a la seguridad social por otro lado, siguieron buscando atención en la red de servicios del subsistema de la seguridad social pero con

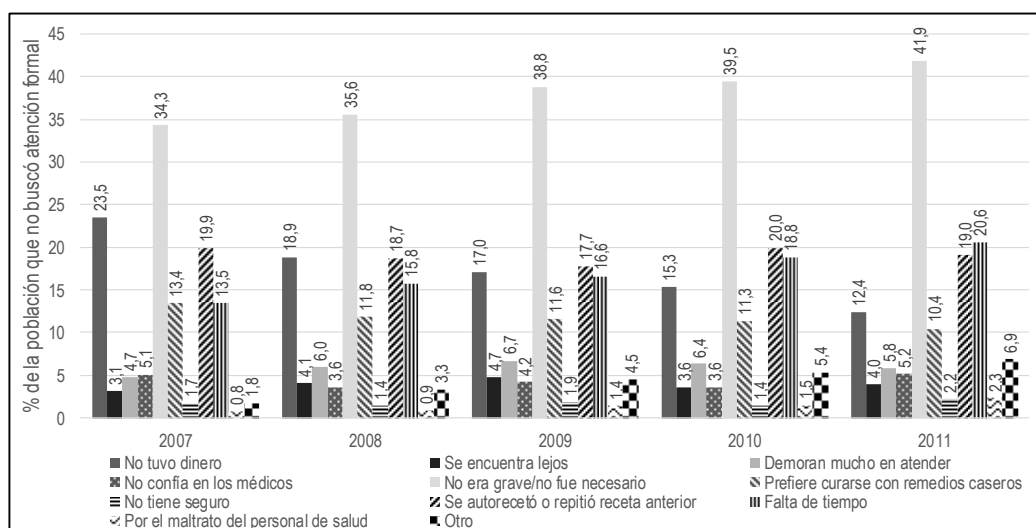
búsquedas combinadas en farmacias y boticas, consultorios y clínicas, y la red de servicios públicos.

Los hogares asegurados al SIS a diferencia de los demás hogares incrementaron su decisión de no buscar atención dentro del período y su búsqueda de atención en la red de servicios públicos se fue reduciendo. La búsqueda de farmacias y boticas fue incrementándose. Como se vio líneas arriba, la decisión de no buscar atención en el período fue acompañada de un mayor gasto de bolsillo de los hogares.

b) Razones para no buscar atención

Los hogares que no buscaron atención durante el período fueron cambiando sus razones (algunos expresaron más de una razón para no buscar atención). Es así que la principal razón era la falta de dinero y ésta fue desplazada por el argumento que no era necesario/no era grave. Otra razón que fue argumentándose con mayor frecuencia fue la falta de tiempo. Razones como el uso de remedios caseros y automedicación se mantuvieron constantes en el período.

Gráfico VII.5: Evolución de la condición de pobreza en los hogares en la muestra panel, 2007-2011



Elaboración: Propia.

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

Para los hogares SIS, las razones para no buscar atención fueron variando. La razón más frecuente fue que no era grave/no fue necesario. La falta de dinero fue decreciendo en el tiempo y la razón de curarse con remedios caseros se mantuvo en

el tiempo. Se incrementó como razón para no buscar atención la automedicación y razones relacionadas con la atención en la oferta de servicios y el tiempo de espera.

Los hogares de asegurados a la seguridad social dieron como razón más frecuente la falta de tiempo, mientras que la falta de dinero no fue importante en todo el período y la auto-receta fue creciendo en frecuencia.

Finalmente, las razones expresadas por los hogares sin seguro para no buscar atención fueron en orden de importancia, que no era grave/no necesario y mostrando crecimiento durante el período, no tuvo dinero fue mostrando un comportamiento decreciente. Sin embargo, fueron creciendo como razones la falta de tiempo de 12,8% a inicios del período a 21,3% al final del período, no tener seguro que pasó de 2,5% a 5,2%, el maltrato del personal que pasó de 0,8% a 1,9%, y en menor medida la demora en la atención que pasó de 3,7% al 4,1%. A diferencia de los hogares SIS que experimentaron una creciente desconfianza en los médicos en este grupo de hogares la desconfianza fue disminuyendo.

c) Decisión de buscar atención y dónde

Cuando los hogares tomaron la decisión de buscar atención ésta fue desplazándose progresivamente a las farmacias y boticas, y cada vez menos a la red de servicios pública. Tanto la red de servicios de la seguridad social como las clínicas privadas/consultorios fueron aumentando su participación entre las opciones de los hogares durante el período.

En cuanto a la decisión de buscar atención médica, los hogares sin seguro que eligieron atenderse, seleccionaron en 2007 como primera opción la Farmacia/botica y como segunda el MINSA con un 16,1 y 12,5% respectivamente; estas preferencias no se mantuvieron en 2011, donde la Farmacia/botica incrementó muy significativamente su peso al llegar a un 27,7% del total, pero la atención en CLAS/Consultorio/Clínica, desbanca al MINSA como centro de atención de este sector al alcanzar un 10,8% frente a 6,1% del MINSA.

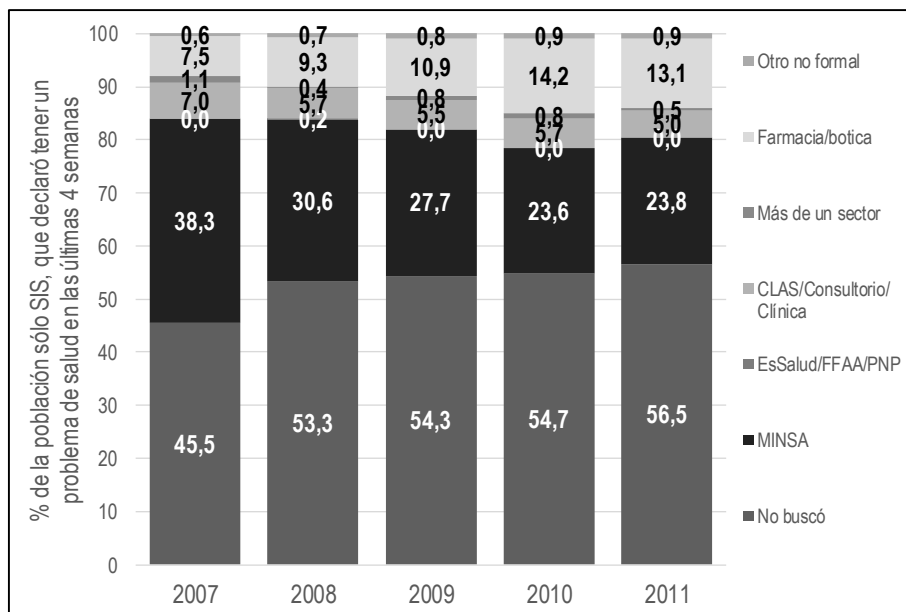
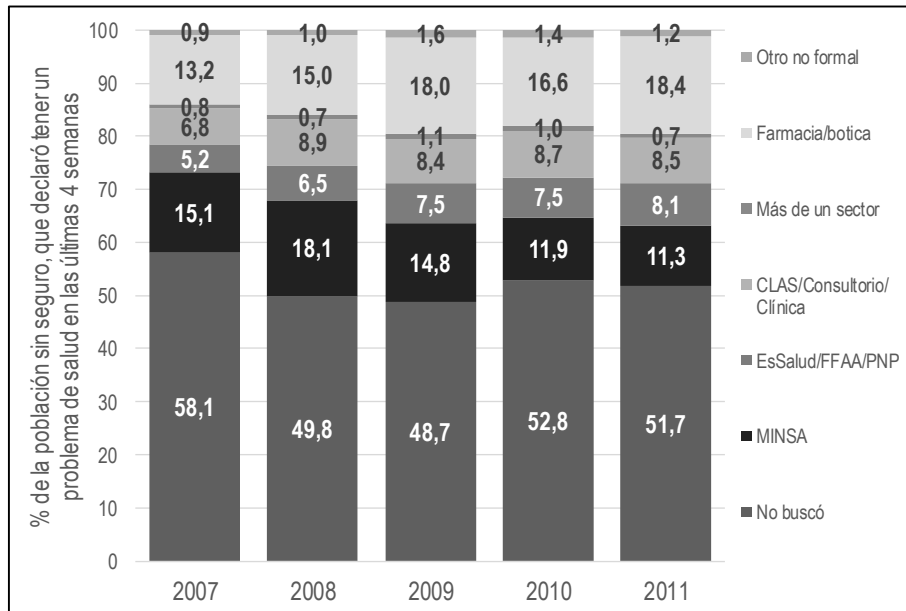
De aquellos hogares de asegurados en el SIS que buscaron atención, su primera opción en 2007 fue su red de atención primaria, el MINSA con un 38,3%, bajando esta cifra al 23,8% en 2011 en consistencia con la bajada del número de hogares que buscaron atención, pero en el caso del segundo lugar de suministro de las

atenciones, la Farmacia/botica incrementó su participación al pasar del 7,5% en 2007 a un 13,1% en 2011.

Por lo que respecta a los hogares afiliados a la Seguridad Social, el lugar primario de atención fue su red propia que incrementó su participación al pasar del 24,2% en 2007 a un 29,9% en 2011 y el segundo lugar la Farmacia/botica que también incrementó su cifra al pasar del 10,2% reportado en el 2007 al 12,1% del 2011.

Por lo que respecta a los hogares en otros seguros, en 2011 pasó a ser la primera opción EsSalud/FFAA/PNP con un 18,4% mientras que en 2007 la primera opción era CLAS/Consultorio/Clínica que ahora baja a ser la tercera opción, dado que la segunda es, como en el caso de los demás grupos, la Farmacia/Botica que incrementa su peso del 2,7% reportado en 2007 a la cifra de 15,7% del 2011.

Gráfico VII.6: Evolución de la decisión de buscar atención por tipo de aseguramiento y por lugar donde buscó, 2007-2011



Elaboración: Propia.

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

Consistentemente con las razones expresadas por los hogares, la búsqueda de atención fue incrementándose y ésta se dirigió hacia las farmacias y boticas, privados. Sólo en el caso de los hogares SIS decidieron progresivamente no buscar

atención y si buscaron, cada vez lo hicieron menos en la red de servicios del MINSA y buscaron más en farmacias.

3. Análisis descriptivo: Probabilidades de transición de los hogares. En la búsqueda de respuestas

El análisis descriptivo precedente se dividió en dos etapas, la primera centrada en el análisis en el punto de partida del período en estudio y otra que analizó la evolución de los hogares en sus características, pobreza, aseguramiento y demanda de servicios de atención. Como se pudo observar los hogares fueron haciéndose más pequeños, envejeciendo, con mayor aseguramiento y proclives a demandar servicios de atención. En general, fueron haciéndose menos pobres y su gasto total del hogar fue incrementándose mientras que su gasto de bolsillo en salud bajo o subió según el tipo de seguro al que estaba afiliado el hogar. Es así, que los asegurados a la seguridad social mejoraron su cobertura y realizaron en el período un menor gasto de bolsillo y los hogares asegurados al SIS por el contrario incrementaron su gasto de bolsillo y en todos los casos el gasto en medicamentos e insumos fue el más importante ya sea por prescripción o por automedicación. Así mismo, se pudo observar que los hogares que tomaron la decisión de no demandar servicios fueron cambiando del motivo de falta de dinero a falta de tiempo y otras razones asociadas que los llevaron a automedicarse o usar remedios caseros. Sin embargo, aún queda por comprender qué factores afectan más a los diferentes hogares.

El primer elemento que destaca a la hora de revisar la probabilidad de transición de condición de pobreza de cada uno de los tres subgrupos, pobre extremo, pobre no extremo y no pobre es que, la probabilidad que predomina de manera prioritaria es la de que, en el próximo año, se mantengan en la condición en la cual inició en el período anterior.

El segundo elemento es que, para los grupos de pobre extremo y pobre no extremo, la segunda probabilidad mayor es la de mejorar su condición. Para los pobres extremos, el modelo arroja una probabilidad del 39,3% para que en el próximo año abandonen el subgrupo de pobre extremo y pasen a pobre no extremo; en el caso de los pobres no extremos, tienen una probabilidad del 33,7% de dejar de ser pobres en el próximo año.

Para ello, se observa que los procesos de cambio de los hogares no son iguales. La probabilidad de transición de la condición de pobreza muestra diferentes resultados según el punto de partida del hogar.

Los hogares pobres extremos, para pasar de la condición de pobreza extrema a pobreza no extrema tienen una probabilidad de transición de 39,3%. La probabilidad de que esos hogares permanezcan en pobreza extrema en el siguiente período es de 52,7%, y solamente el 8% de este grupo de hogares logra salir de la pobreza. Es decir que, más de la mitad de los hogares pobres extremos permanecerán en esa condición.

Sin embargo, este resultado puede tener otra lectura totalmente opuesta. Los hogares se mantienen en pobreza extrema cuando su gasto per cápita es inferior al costo de la canasta básica de alimentos, y esta afecta principalmente a la población rural. En el año 2009 la pobreza extrema afectaba al 9.5 % de la población del país y en el año 2011 afectaba al 6%. La incidencia de la pobreza extrema se fue reduciendo durante el período. No obstante, las diferencias entre zonas rurales y urbanas muestran los problemas estructurales que enfrentan los hogares de las zonas rurales. Es así, que en el año 2009 el 30% de hogares que vivían en las zonas rurales eran pobres extremos y en el año 2011 este tipo de pobreza afectaba al 20% de los hogares. En cambio, en las zonas urbanas en el año 2009 la pobreza extrema afectaba al 2% de los hogares y se redujo a 1.4% en el año 2011. El resultado de la probabilidad de transición muestra que los hogares panel tuvieron mayores posibilidades de salir de la pobreza extrema en el siguiente período.

Los hogares pobres no extremos tendrán un 16,8% de probabilidad de caer en pobreza extrema y un 33,7% saldrá de la pobreza siendo mayor el porcentaje que en el siguiente período saldrá de la pobreza que el que caerá en pobreza extrema. Sin embargo, el 49,5% permanecerá como pobre no extremo.

En cambio, los hogares no pobres, la probabilidad de que permanezcan en situación de no pobre en el siguiente período será de 87% mientras que solo un 11,7% tiene la probabilidad de regresar a la pobreza no extrema y un 1,3% de pasar a pobreza extrema.

Los resultados muestran que alrededor del 50% de los pobres extremos y pobres no cambiarán su situación en el siguiente periodo, pero la probabilidad que un pobre extremo pase a ser pobre es mayor a la probabilidad que un pobre deje de serlo.

Tabla VII.5: Probabilidad de transición de la condición de pobreza

		Período $t+1$			Total
		Pobre extremo	Pobre no extremo	No pobre	
Período t	Pobre extremo	52,7	39,3	8,0	100,0
	Pobre no extremo	16,8	49,5	33,7	100,0
	No pobre	1,3	11,7	87,0	100,0
	Total	13,3	26,8	59,9	100,0

Elaboración: Propia.

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

Si se agrupan los hogares pobres extremos y pobres no extremos en una categoría y se compara con los no pobres, la probabilidad que los pobres persistan en pobreza es del 74,7% y solo un 25,3% cambiará a no pobre.

Tabla VII.6: Probabilidad de transición de la condición de pobreza en dos clasificaciones

		Período $t+1$		Total
		Pobre	No pobre	
Período t	Pobre	74,7	25,3	100,0
	No pobre	13,0	87,0	100,0
	Total	40,1	59,9	100,0

Elaboración: Propia.

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

Por otro lado, la probabilidad que el total de hogares cambie de situación de no asegurados a asegurados es del 31,4% quedando el 68,6% sin seguro en el siguiente período. De los hogares que cuentan con seguro la probabilidad a que permanezcan como asegurados es del 88,7% y solo un 11,4% tiene probabilidad de dejar el seguro. Esta situación plantea que, si bien los hogares sin seguro tienden a permanecer en su mayoría en esa situación, una vez que logran asegurarse se mantienen allí y muy pocos son los que abandonan el aseguramiento.

Tabla VII.7: Probabilidad de transición del aseguramiento

		Período $t+1$		Total
		Sin seguro	Con seguro	
Período t	Sin seguro	68,6	31,4	100,0
	Con seguro	11,4	88,7	100,0
	Total	36,4	63,6	100,0

Elaboración: Propia.

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

Adicionalmente, la probabilidad de los hogares sin seguro a que en el siguiente período pasen a tener seguro SIS es de 23,9%, que tengan seguridad social es 6,4% (que depende de las oportunidades de empleo) y de tener otros seguros es de 0,9%. De los hogares que tienen SIS la probabilidad más alta para el siguiente período es a permanecer en el SIS (86%) y de quedar sin seguro es de 11,2%. Los hogares con seguridad social tendrán una mayor probabilidad (84,1%) de permanecer con su seguro en el siguiente período, pero un 10,4% de probabilidad de quedar sin seguro. Este tipo de hogares escasamente iría al SIS (3,3%). Los hogares con otros seguros o más de un seguro son los más flexibles y su transición a la tenencia de otros seguros se distribuye en 24,9% de probabilidad de quedar sin seguro, 13,3% a tener SIS y 21,3% de quedar con seguridad social. Esto muestra la estabilidad en el aseguramiento tanto del SIS como de la seguridad social.

El subgrupo de otros seguros es el que ha mostrado mayor posibilidad de movilidad entre tipos de aseguramiento y, particularmente, con una probabilidad de quedarse sin seguro bastante alta, 24,9%, mientras que la probabilidad de pasarse a la Seguridad Social era del 21,3% y la de pasarse al SIS del 13,3%.

Tabla VII.8: Probabilidad de transición del tipo de aseguramiento

		Período $t+1$				Total
		Sin seguro	Sólo SIS	Sólo Seguridad social	Otros	
Período t	Sin seguro	68,6	23,9	6,4	1,2	100,0
	Sólo SIS	11,2	86,0	2,4	0,3	100,0
	Sólo EsSalud/ FFAA/PN	10,4	3,3	84,1	2,3	100,0
	Otros	24,9	13,3	21,3	40,4	100,0
	Total	36,3	42,6	19,4	1,7	100,0

Elaboración: Propia.

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

4. Análisis de regresión econométrica del gasto de bolsillo

De manera complementaria al análisis descriptivo se han aplicado regresiones econométricas que apoyen el análisis del gasto de bolsillo en salud. Para ello, se aplicaron dos tipos de regresiones, una que incluye los determinantes del gasto de bolsillo en salud de los hogares como: los menores de 5 años, los adultos mayores de 64, las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, sexo del jefe del hogar, edad del jefe del hogar, educación de la pareja del jefe del hogar, área geográfica (rural, urbano), condiciones de la vivienda (piso firme, techo firme, acceso agua potable) para el período 2007-2011 siguiendo el modelo planteado por Torres y Knaul (2003) pero clasificados por transiciones o de permanencia de pobres a no pobres y viceversa. El segundo grupo de regresiones incluye además una variable de aseguramiento, definida como “al menos una persona tiene seguro en el hogar” también incluida por Torres y Knaul (2003).

A) Primer grupo de regresiones de hogares sin seguro

En este primer grupo de regresiones se clasifican los grupos por la posibilidad futura de permanencia en un primer grupo que incluye a todos los hogares, un segundo grupo que incluye a la población pobre con perspectivas de quedarse en el mismo

grupo, un tercer grupo de población no pobre con expectativa de pasar a pobre, un cuarto grupo con la población pobre con probabilidad de pasar a no pobre y un quinto y último grupo con la población no pobre que tiene probabilidad de quedar no pobre.

Los resultados del primer grupo de todos los hogares sugieren que la composición del hogar es significativa para determinar el gasto de bolsillo en salud, entre ellos el sexo del jefe del hogar. Las condiciones de la vivienda también son determinantes del gasto de bolsillo de los hogares y para los diferentes años el impacto que tiene la transición de pobres a no pobres y viceversa es significativo con relación al año anterior.

Para el grupo de toda la población todas las variables independientes fueron significativas menos la de área geográfica y los indicadores de año. En el caso del grupo de población pobre-pobre, es decir que se mantuvo en el grupo, las variables significativas fueron:

- niños menores de 5 años,
- mujeres en edad fértil,
- sexo del jefe del hogar,
- educación de la pareja del jefe del hogar
- área geográfica
- indicador de piso firme
- indicador de techo firme
- indicador de agua potable.

Para el grupo de población no pobre con probabilidades de pasar a pobre, solamente dos variables aparecieron como significativas:

- niños menores de 5 años
- mujeres en edad fértil.

En el caso del grupo de población pobre con probabilidades de pasar a no pobre, las variables fueron:

- niños menores de 5 años,

- adultos mayores de 64 años
- mujeres en edad fértil,
- sexo del jefe del hogar,
- indicador de techo firme
- indicador año 2009
- indicador año 2010

Por último, el grupo de población no pobre con probabilidades de quedar en el grupo no pobre, las variables fueron:

- niños menores de 5 años,
- adultos mayores de 64 años
- mujeres en edad fértil,
- edad del jefe del hogar
- educación (años) de la pareja del jefe del hogar
- área geográfica
- indicador año 2011

Cuando los hogares son pobres sin seguro y se mantienen pobres (pobre a pobre) de un año a otro, la presencia de niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil es significativa y el sexo y la educación de la pareja del jefe de hogar cobra importancia. El CIDE/INEI (2011), realizó un estudio sobre determinantes de la pobreza y encontró que los determinantes que contribuyen a incrementar la condición de pobreza son el tamaño del hogar, el sexo del jefe del hogar, la calidad del empleo y el número de ocupaciones. En zonas rurales los hogares con jefes mujeres tienen mayor probabilidad de estar en condición de pobreza. Así mismo, las condiciones de la vivienda como piso y agua son significativos para el gasto de bolsillo, los miembros del hogar, en especial niños serán más propensos a enfermar. Por otro lado, cuando los hogares no pobres sin seguro pasan a condición de pobres resulta significativo para el gasto de bolsillo tener niños menores 5 años en el hogar, así como también tener mujeres en edad fértil y también son significativas las condiciones de la vivienda y el acceso al agua.

Tabla VII.9: Determinantes del GBS como porcentaje de la capacidad de pago por grupos de población, sin la variable de aseguramiento

Variables independientes	Toda la población	Sólo población pobre-pobre	Sólo población no pobre-pobre	Sólo población pobre-no pobre	Sólo población no pobre-no pobre
Niños menores de 5 años	0.011 (0.001)***	0.008 (0.002)***	0.006 (0.003)**	0.012 (0.004)***	0.012 (0.001)***
Adultos mayores de 64 años	0.008 (0.002)***	-0.001 (0.003)	0.005 (0.004)	0.016 (0.006)**	0.011 (0.002)***
Mujeres en edad fértil (15-49 años)	0.009 (0.001)***	0.010 (0.001)***	0.014 (0.002)***	0.015 (0.003)***	0.006 (0.001)***
Sexo del jefe del hogar (hombre=1)	0.004 (0.002)***	0.007 (0.003)**	0.005 (0.006)	0.020 (0.006)***	-0.002 (0.002)
Edad del jefe del hogar	0.000 (0.000)***	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)***
Educación (años) de la pareja del jefe del hogar	0.001 (0.000)***	0.001 (0.000)***	-0.000 (0.001)	-0.000 (0.001)	0.001 (0.000)***
Área geográfica (1=rural;0=urbano)	0.002 (0.002)	-0.010 (0.003)***	-0.006 (0.005)	0.006 (0.005)	0.009 (0.003)***
Indicador piso firme	0.005 (0.002)***	0.007 (0.003)**	0.002 (0.005)	0.008 (0.005)	0.004 (0.002)
Indicador techo firme	0.006 (0.002)***	0.013 (0.003)***	0.007 (0.006)	0.011 (0.006)*	-0.003 (0.003)
Indicador acceso a agua potable	0.006 (0.002)***	0.008 (0.003)***	0.011 (0.005)**	0.003 (0.006)	0.001 (0.003)
Indicador año 2009	-0.001 (0.002)	-0.001 (0.003)	-0.001 (0.006)	-0.011 (0.007)*	0.002 (0.002)
Indicador año 2010	0.000 (0.002)	0.003 (0.003)	-0.002 (0.007)	-0.014 (0.006)**	0.002 (0.002)
Indicador año 2011	0.003 (0.002)	0.005 (0.003)	-0.004 (0.006)	-0.004 (0.007)	0.005 (0.002)**
No pobre-Pobre	0.013 (0.003)***				
Pobre-No pobre	0.038 (0.003)***				
No pobre-No pobre	0.037 (0.002)***				
Constante	-0.043 (0.004)***	-0.033 (0.008)***	-0.014 (0.013)	-0.016 (0.014)	-0.001 (0.006)
Sigma	0.093 (0.001)***	0.088 (0.002)***	0.088 (0.004)***	0.113 (0.004)***	0.091 (0.001)***
N	24,383	6,489	1,900	2,593	13,401
Censurados (izquierda)	5,372	2,350	550	524	1,948
No censurados	19,011	4,139	1,350	2,069	11,453
Log pseudo verosimilitud	13,931.48	2,533.33	943.22	1,147.61	9,528.21
Pseudo R ²	-0.05	-0.05	-0.04	-0.04	-0.02

Nota: El nivel de significancia estadística de los coeficientes se indica con: * p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

Los hogares pobres sin seguro que pasan a ser no pobres sin seguro, muestran resultados positivos y significativos en hogares con niños menores de 5 años, adultos mayores de 64, mujeres en edad fértil. De igual modo, el sexo del jefe del hogar cobra importancia significativa para este grupo para el gasto de bolsillo. Este resultado coincide con los hallazgos del estudio de pobreza del CIDE/INEI (2011), que determinó para el tema de pobreza que el sexo del jefe del hogar en zonas urbanas influye positivamente cuando es mujer para superar la pobreza, y que en las zonas rurales ocurre lo opuesto. Para este grupo, permanecer fuera de la pobreza año a año tiene un impacto negativo significativo en su gasto de bolsillo de salud y añade vulnerabilidad a su status de no pobre.

Finalmente, para este primer grupo de hogares sin seguro, los no pobres que permanecen como no pobre, tener en el hogar con menores de 5 años, adultos mayores de 64 y mujeres en edad fértil es significativo para el gasto de bolsillo. La educación de la pareja es significativa en este grupo y como se vio en el análisis descriptivo el nivel educativo de este grupo es mayor a los demás grupos. La contribución con más ingresos en el hogar resulta en un mayor gasto de bolsillo (correlación entre mayores ingresos y gastos en salud). De igual modo, al igual que el grupo de hogares pobres que permanecen pobres, la ruralidad tiene un rol importante en el gasto de bolsillo de los hogares.

B) Segundo grupo de regresiones de hogares con seguro

Los resultados de la regresión para todos los hogares que cuentan con seguro muestran que la conformación del hogar y las condiciones de la vivienda son significativos para el gasto de bolsillo del hogar, así como el impacto de los años sobre el año precedente tiene importancia significativa.

En los resultados por grupo de hogares según su condición de pobre o no pobre, se encuentran algunas diferencias. Por ejemplo, en los hogares pobres que permanecen en la pobreza resulta de importancia significativa en el gasto de bolsillo el hecho de tener seguro. De igual modo, el contar con niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil. Así mismo, el sexo del jefe del hogar es significativo, la educación de la pareja, la ruralidad. Las condiciones de la vivienda en todas sus variables (techo, piso, agua) son significativas en el gasto de bolsillo de los hogares pobres. Si se comparan los resultados obtenidos en este grupo de hogares pobres con seguro que

permanecen pobres versus los hogares pobres sin seguro, se puede observar que la incorporación de la variable de aseguramiento reafirma la importancia para este grupo el contar con seguro para su gasto de bolsillo.

Tabla VII.10: Determinantes del GBS como porcentaje de la capacidad de pago por grupos de población, con la variable de aseguramiento

Variables independientes	Toda la población	Sólo población pobre-pobre	Sólo población no pobre- pobre	Sólo población pobre-no pobre	Sólo población no pobre-no pobre
Indicador por lo menos un miembro tiene seguro	-0.001 (0.002)	0.011 (0.004)***	0.002 (0.006)	0.004 (0.006)	-0.007 (0.002)***
Niños menores de 5 años	0.011 (0.001)***	0.007 (0.002)***	0.006 (0.003)**	0.012 (0.004)***	0.013 (0.001)***
Adultos mayores de 64 años	0.008 (0.002)***	-0.001 (0.003)	0.005 (0.004)	0.016 (0.006)**	0.011 (0.002)***
Mujeres en edad fértil (15-49 años)	0.009 (0.001)***	0.010 (0.001)***	0.014 (0.002)***	0.014 (0.003)***	0.006 (0.001)***
Sexo del jefe del hogar (hombre=1)	0.004 (0.002)***	0.007 (0.003)**	0.005 (0.006)	0.021 (0.006)***	-0.002 (0.002)
Edad del jefe del hogar	0.000 (0.000)***	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.001 (0.000)***
Educación (años) de la pareja del jefe del hogar	0.001 (0.000)***	0.001 (0.000)***	-0.000 (0.001)	-0.000 (0.001)	0.001 (0.000)***
Área geográfica (1=rural;0=urbano)	0.002 (0.002)	-0.011 (0.003)***	-0.006 (0.005)	0.005 (0.005)	0.009 (0.003)***
Indicador piso firme	0.005 (0.002)***	0.007 (0.003)**	0.002 (0.005)	0.008 (0.005)	0.004 (0.002)
Indicador techo firme	0.006 (0.002)***	0.013 (0.003)***	0.007 (0.006)	0.011 (0.006)*	-0.003 (0.003)
Indicador acceso a agua potable	0.006 (0.002)***	0.008 (0.003)***	0.011 (0.005)**	0.003 (0.006)	0.002 (0.003)
Indicador año 2009	-0.001 (0.002)	-0.002 (0.003)	-0.001 (0.006)	-0.012 (0.007)*	0.002 (0.002)
Indicador año 2010	0.000 (0.002)	0.002 (0.003)	-0.002 (0.007)	-0.015 (0.006)**	0.003 (0.002)
Indicador año 2011	0.003 (0.002)	0.004 (0.003)	-0.004 (0.006)	-0.005 (0.007)	0.005 (0.002)**
No pobre-Pobre	0.013 (0.003)***				
Pobre-No pobre	0.038 (0.003)***				
No pobre-No pobre	0.037 (0.002)***				
Constante	-0.043 (0.004)***	-0.042 (0.008)***	-0.015 (0.014)	-0.019 (0.014)	0.002 (0.006)
Sigma	0.093 (0.001)***	0.088 (0.002)***	0.088 (0.004)***	0.113 (0.004)***	0.091 (0.001)***
N	24,383	6,489	1,900	2,593	13,401
Censurados (izquierda)	5,372	2,350	550	524	1,948
No censurados	19,011	4,139	1,350	2,069	11,453
Log pseudo verosimilitud	13,931.59	2,537.82	943.30	1,147.86	9,533.59
Pseudo R ²	-0.05	-0.06	-0.04	-0.04	-0.02

Nota: El nivel de significancia estadística de los coeficientes se indica con: * p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01
Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

En esta regresión, incorporando la variable de aseguramiento, como en el caso de la anterior regresión sin aseguramiento, las únicas variables que se repiten en todos los grupos son la de niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil. Para el caso de toda la población, todas las variables fueron significativas menos, el indicador de por lo menos un miembro tiene seguro, el área geográfica y los indicadores de año.

En el caso del grupo de población pobre-pobre, es decir que se mantuvo en el grupo, las variables significativas, similares a las de la anterior regresión, fueron:

- Indicador de por lo menos un miembro tiene seguro
- niños menores de 5 años,
- mujeres en edad fértil,
- sexo del jefe del hogar,
- educación de la pareja del jefe del hogar
- área geográfica
- indicador de piso firme
- indicador de techo firme
- indicador de acceso al agua potable.

Para el grupo de población no pobre con probabilidades de pasar a pobre, solamente aparecen tres variables como significativas:

- niños menores de 5 años
- mujeres en edad fértil.
- Indicador de acceso al agua potable (no aparecía en la anterior regresión)

En el caso del grupo de población pobre con probabilidades de pasar a no pobre, con un comportamiento similar a la regresión anterior, las variables fueron:

- niños menores de 5 años,
- adultos mayores de 64 años
- mujeres en edad fértil,

- sexo del jefe del hogar,
- indicador de techo firme
- indicador año 2009
- indicador año 2010

Por último, el grupo de población no pobre con probabilidades de quedar en el grupo no pobre, igual que en la variable anterior, las variables fueron:

- indicador por lo menos un miembro tiene seguro
- niños menores de 5 años,
- adultos mayores de 64 años
- mujeres en edad fértil,
- edad del jefe del hogar
- educación (años) de la pareja del jefe del hogar
- área geográfica
- indicador año 2011

El grupo de hogares no pobres con seguro que pasan a pobres muestra que contar con niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil son significativos en el gasto de bolsillo y el hecho de tener agua en la vivienda. Los resultados son similares para el mismo grupo de hogares, pero sin seguro. Esto quiere decir que el aseguramiento no es significativo para este grupo y que su gasto de bolsillo está determinado por los miembros del hogar.

Cuando los hogares pobres con seguro pasan a ser no pobres, tener niños menores de 5 años y adultos mayores de 64, mujeres en edad fértil y el sexo del jefe del hogar se vuelven significativos, al igual que el grupo de hogares pobres sin seguro que pasan a no pobres. Para estos hogares la variable aseguramiento no tiene importancia significativa.

Finalmente, los hogares no pobres con seguro que permanecen como no pobres, el aseguramiento si es significativo al igual que contar con miembros en el hogar que sean niños menores de 5 años, adultos mayores y mujeres en edad fértil, como

también lo es igual de importante la edad del jefe del hogar y la educación de la pareja del jefe del hogar y las condiciones de la vivienda.

La similitud en el peso de las variables en los grupos de hogares pobres que permanecen pobres tanto con seguro como sin seguro es notable. Resulta determinante tanto la configuración del hogar como el sexo del jefe del hogar y la educación del jefe del hogar para que estos hogares permanezcan pobres o no pobres. Solo en ambos grupos la variable aseguramiento es significativa en el gasto de bolsillo. Los demás grupos que cambian de status de pobres a no pobres y viceversa no muestran resultados significativos del aseguramiento en el gasto de bolsillo.

5. Comparación de resultados con las políticas y reformas

La revisión de las reformas para la protección financiera, se enfocaron en el aseguramiento universal y en reformas para mejorar el acceso a la atención con el fin de aliviar la carga financiera de las personas. El efecto de la reforma de aseguramiento a partir de los resultados obtenidos muestra que la solución del aseguramiento vía el SIS sin intervenir en los otros subsistemas de salud y el mercado de seguros ha llevado a la trampa del aseguramiento.

Por un lado, a través del SIS los hogares pobres extremos y pobres no extremos lograron un alto nivel de aseguramiento disminuyendo las inequidades en el acceso. Sin embargo, la pobreza fue disminuyendo dentro del período de análisis y los hogares fueron cambiando de estado a no pobres sin un plan de graduación del SIS hacia otro tipo de aseguramiento. Por otro lado, la seguridad social no modificó sus regímenes de aseguramiento, se introdujo por ley el PEAS, pero quedó en suspenso por varios años, dejando así sin opciones de afiliación a aquellos que salían de la pobreza bajo regímenes laborales no dependientes e informales. Finalmente, los seguros privados no se incorporaron al mandato del PEAS pues sus esquemas de aseguramiento no eran compatibles y tampoco se reguló desde el Estado los incentivos para una mayor participación de los privados.

De igual modo, como se vio líneas arriba, el SIS con el régimen subsidiado parece haber afectado la disposición a pagar por un seguro, y ésta no ha ido más allá de su gasto presente en salud.

La reforma financiera del año 2013 trató de corregir algunos de los problemas que se fueron presentando con el aseguramiento. Ampliar el financiamiento para brindar una mejor atención a una demanda creciente por servicios y disminuir el gasto de bolsillo de los hogares fue una de ellas. En efecto, el financiamiento público logró cambiar la tendencia creciente del gasto de bolsillo, pero la demanda por servicios creció más que la capacidad de la oferta de servicios. La división en subsistemas verticales y fragmentados también limita el acceso, por ello desde el Estado se permitió la compra de servicios desde el SIS con la seguridad social y privados (para atención de emergencia) con el fin de eliminar algunas barreras al acceso. Los resultados de la última reforma están fuera del período de análisis de la presente investigación, no obstante, las intervenciones en todo caso no han realizado modificaciones en los regímenes de aseguramiento ni hecho modificaciones para la incorporación de los no pobres en la seguridad social.

A) Entendiendo los resultados desde el contexto de las políticas

La política del AUS marcó varios hitos en el desarrollo de las políticas en salud del país, el primero de ellos está relacionado con la **continuidad** de las decisiones de política. El país apostó por el aseguramiento desde la década de los noventa, con el fin de formar un seguro público en salud, el que fue posible de visualizar gracias a la creación de la Ley General de Salud (1997), la cual definió el alcance que tenía el derecho a la salud de la población peruana expresado en la Constitución del Perú.

La ley dio obligaciones al Estado para asegurar el acceso a la atención a la salud de la población, al establecer que la protección de la salud era de interés público. La Ley de Modernización de la Seguridad Social también publicada en el mismo año, le da al Instituto Peruano de Seguridad Social, luego pasará a llamarse EsSalud, las atribuciones de un seguro para que pueda desarrollar la función de aseguramiento en salud y previsual para sus asegurados. De esta manera, las condiciones para la conformación de un seguro público se consolidaron.

El inicio del aseguramiento público sin embargo, fue cuestionado porque partió con el aseguramiento de los escolares (1997), un grupo con baja siniestralidad y en consecuencia que no demandaba recursos públicos importantes para el Estado, y para la gestión de éste seguro se creó el Seguro Escolar Gratuito. El año 1998 se creó el Seguro Materno Infantil, el cual respondía a una prioridad sanitaria para el

país para el cual se elaboró un plan de beneficios cuya cobertura contemplaba acciones de prevención, parto y atenciones curativas relacionadas.

El financiamiento de este seguro también se financió con recursos públicos, pero a diferencia del primero contó con asistencia técnica nacional e internacional lo que le permitió desarrollar procesos de la función de compra de servicios en salud acordes a la gestión de los seguros y fue creciendo de manera gradual en las regiones. Empezando por las regiones con indicadores sanitarios de muerte materna e infantil más dramáticos hasta llegar a 8 regiones. El año 2001, se resuelve que ambos seguros debían fusionarse para dar paso a la formación de un seguro público en salud y se crea una instancia que se le llamó Unidad de Seguro Público de carácter transitorio que luego dio paso a la creación del SIS en enero del año 2002.

La inestabilidad política que se creó en el año 2000 a raíz de los actos de corrupción del gobierno en la década de los 90 llevó a la creación del Acuerdo Nacional (2002) que convocó a las fuerzas políticas y sociedad civil para la formulación de políticas de Estado que fortalezcan la democracia y el estado de derecho, promuevan el desarrollo con equidad y justicia social, promuevan la competitividad del país y afirme un Estado eficiente, transparente y descentralizado¹⁴. Plantearon así, el “acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social” como un objetivo de política dentro del cual se estableció promover el “acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado”.

La meta asociada a esta política fue llegar a cubrir la atención del total de población pobre y pobre extrema en el país en el año 2016. De igual modo, se planteó “promover el acceso universal a la seguridad social y fortalecer un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad existentes”.

Así el SIS en el año 2002 inicia acciones para dar protección financiera a grupos poblacionales prioritarios y esta medida se extendió hasta el año 2007 en que, se le da la responsabilidad de asegurar a los pobres y pobres extremos del país. Cabe

¹⁴ <http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/objetivos-del-acuerdo-nacional/>

decir que en el año 2006 se ratifica la política del Acuerdo Nacional con un Acuerdo de Partidos Políticos respaldando las políticas dadas y reafirmando su compromiso con la democracia. En este último acuerdo se ratifica el rol del SIS como agente de cambio para la protección financiera de los pobres y pobres extremos. El SIS pasa a convertirse de este modo en el principal asegurador del sistema de salud (Anexo C).

Con esta recapitulación del proceso de aseguramiento en el país se constata la continuidad que le dio la ley AUS a los compromisos país, marcando así un hito para la política en salud el Perú. Su importancia también destaca en medio del contexto social y político que vivió el país. La democracia interrumpida en la década de los años setenta, la crisis de los años ochenta y luego la democracia autoritaria de los años noventa explicados por Cotler (1994):

“Estas contradicciones [entre las expectativas que despertó la transición democrática y las restricciones económicas] intensificaron el conflicto social y desbordaron las mediaciones políticas. Los factores que condicionaron este desenlace fueron, de un lado, las desigualdades sociales y las polarizadas identidades políticas y, del otro, el frágil sistema de partidos y el régimen presidencialista. *Prima facie*, el problema de la gobernabilidad democrática parecía deberse a la incapacidad del régimen político para procesar las contradicciones sociales. Tal estado de cosas dio lugar a diversas propuestas de reforma política; sin embargo, ellas se vieron deslucidas por las desbocadas pugnas políticas y sociales que acabaron por neutralizar y desgastar a los distintos bandos. Así, enfrentadas al "dilema del prisionero", las diferentes partes se condenaron mutuamente y terminaron de socavar las bases institucionales” (Cotler, 1994).

Todas estas circunstancias ponen de manifiesto que a pesar de los vaivenes políticos y de situaciones poco apropiadas para el desarrollo de una política de Estado, el AUS si logró consenso nacional para su desarrollo y sus logros, aunque se hayan centrado en el SIS han permitido sentar un precedente para la continuidad de los esfuerzos para mejorar el acceso a la salud.

Sin embargo, las dificultades no fueron ajenas a este proceso. El año 2011, se publicó la Ley de financiamiento público de los regímenes subsidiado y semicontributivo del AUS con el fin de asegurar la cobertura financiera del PEAS para todos los asegurados bajo ambos regímenes pero el Ministerio de Economía y Finanzas la condicionó al “marco del principio del equilibrio fiscal estableciendo criterios y mecanismos de asignación y priorización de recursos en el sector salud que permitan mejorar la equidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud a la población afiliada a los regímenes subsidiado y semicontributivo” (Ley 29761).

En efecto, el cumplimiento de la regla fiscal ha sido un compromiso del país para evitar gasto público excesivo después de la gran crisis de fines de la década de los ochenta. Sin embargo, en este caso la inclusión del texto en la norma sirvió para justificar el rezago del financiamiento de la salud y no para hacer los esfuerzos para cerrar la brecha.

De esta manera, la afiliación de nuevos asegurados no fue de la mano del financiamiento para garantizar su cobertura. Se dejó de hacer el cálculo per cápita y las prioridades de asignación de recursos hacia el sector salud quedaron en manos del Ministerio de Economía y Finanzas -MEF. En estas condiciones, el reglamento de la ley no llegó a ver la luz. Los temores del MINSA se hicieron realidad, el MEF no estuvo dispuesto a hacer:

“el cambio de un esquema de financiamiento a través de transferencias directas de recursos del Estado a los establecimientos de salud, como sucede hoy, a un sistema basado en la lógica del riesgo, implicaría un trabajo conjunto con el MEF para compatibilizar las metas presupuestales de salud (bajo un sistema de gasto focalizado o protegido), con un esquema de financiamiento que requiere fondos de previsión, ante la enfermedad como un evento probabilístico” (Alfageme, 2012).

Por otro lado, a pesar de la dimensión de la política, la resistencia de ampliar los alcances de la ley a la seguridad social mantuvo a un EsSalud sin involucrarse en una reforma que lo llevara a confluir en el camino hacia un sistema de seguridad social integrado como establecía el Acuerdo Nacional. EsSalud se concentró en

ampliar la infraestructura de servicios de salud para dar una mejor atención a sus asegurados amparándose en la Ley de Modernización de la Seguridad Social.

Las contribuciones al AUS fueron pocas, la puesta en marcha del PEAS para trabajadores independientes tardó en ponerse en marcha y no duró mucho tiempo en el mercado, a solo un año de su implementación fue retirado.

Otro hito importante que marcó la ley AUS fue el tipo de proceso de **implementación** de la política, que consideró la participación de todos los actores del sistema de salud nacional mediante la conformación de un Comité Técnico Implementador Nacional, en el cual participaron todos los subsectores públicos. A diferencia de políticas anteriores, el AUS contó con un plan de implementación que consideraba la incorporación de regiones en el AUS de manera progresiva.

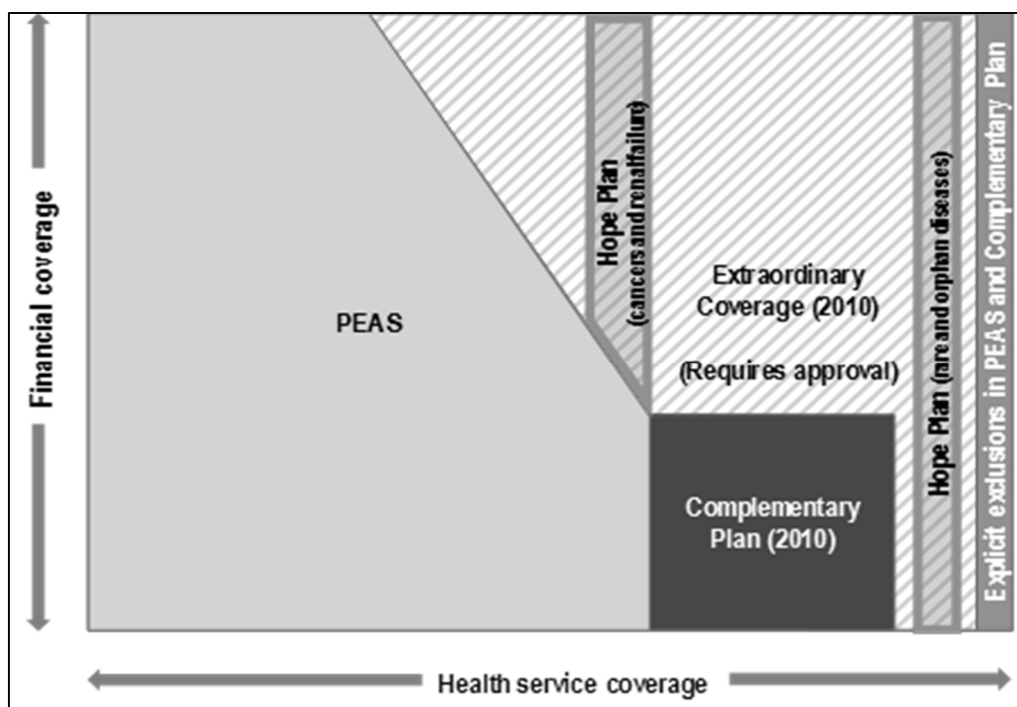
La implementación, sin embargo, estuvo sujeta a fuertes presiones políticas para mostrar resultados a corto plazo. El plan de implementación se aceleró para llegar con el AUS a nivel nacional en el año 2011. El financiamiento no obstante no había sido garantizado, por lo que el valor del PEAS por asegurado no se cumplió.

Como resultado de ese apresuramiento se obtuvo el PEAS como plan y el SISFOH como mecanismo de calificación de pobres y pobres extremos para afiliaciones al SIS. Tanto el PEAS como el SISFOH no estaban listo para iniciar su implementación.

En el caso del PEAS, la cobertura del Plan no contempló la cobertura que brindaba el SIS previamente a éste. La ley estableció que ningún seguro podía ofrecer menor cobertura a la que ya venía ofreciendo. En este sentido, el SIS y su sistema de pago por servicios habían venido brindando atenciones que en la lógica del PEAS (por diagnóstico) no estaban incluidas.

La implementación del PEAS en el SIS incorporó un Plan complementario que cubrió todos los servicios no incluidos y los no excluidos explícitamente en el PEAS o en el mismo Plan complementario. Al respecto, Vammalle *et al.* (2016) muestra con el siguiente gráfico cómo fue ampliándose la cobertura del PEAS en el SIS. La extensión a un plan de cobertura extraordinaria se dio para prestaciones complejas con límite de financiamiento, algunas de las cuales podían estar incluidas en el Plan Esperanza financiado por FISSAL (que incluye 5 tipos de cáncer, insuficiencia renal y una selección de 8 enfermedades huérfanas y raras).

Gráfico VII.7: Ampliación del PEAS en el SIS-FISSAL



Fuente: Vammalle *et al.* (2016).

El SIS adecuó sus sistemas y mecanismos de pago a las condiciones que exigía el PEAS y desde entonces ha venido operando con las complicaciones que trajo el PEAS. El AUS exigía también la revisión del PEAS cada dos años, pero esto no se ha hecho desde su implementación inicial.

Por otro lado, el SISFOH que era el sistema de focalización de hogares para programas sociales fue adaptado para calificar también a los hogares pobres y pobres extremos para el SIS. El SIS no contaba con un sistema de calificación de hogares para su afiliación. La afiliación recaía en la provisión de servicios desde los inicios del SIS. Esta situación se daba porque el SIS desde sus inicios no contó con los procesos de un seguro y esta situación permaneció inalterable.

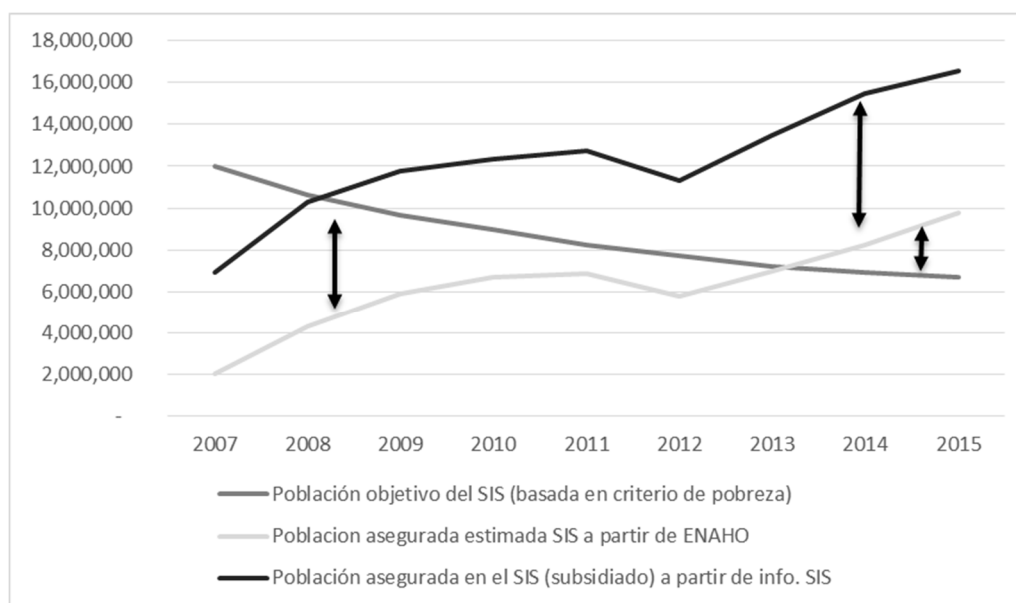
La incorporación del SISFOH no estuvo exenta de dificultades, el SISFOH necesitaba de información actualizada de la situación de los hogares e individuos pero el último censo en el país había sido en el año 2007 y en ese período el país había crecido y disminuido su nivel de pobreza de manera rápida y el SISFOH dejó de ajustarse a la realidad. Con la implementación acelerada del AUS y el crecimiento de los asegurados del SIS la calificación tuvo que incluir mecanismos

de verificación posteriores a la afiliación de las personas para evitar que quedaran desprotegidas por estos problemas.

El incremento de asegurados en el SIS sin un respaldo financiero adecuado ha generado muchas tensiones políticas y sociales. Adicionalmente al criterio de pobreza para la afiliación al SIS, las presiones de partidos políticos en el congreso para la inclusión de grupos focalizados específicos al SIS hicieron más compleja la tarea de calificar asegurados. En consecuencia, el SIS pasó de tener una meta por alcanzar de pobres en el año 2007 a tener un exceso de asegurados tanto en relación al nivel de pobreza que reportaba INEI como lo que reportaba la ENAHO sobre asegurados SIS.

La información administrativa del SIS reportaba y sigue reportando una cantidad de asegurados superior a INEI y ENAHO, a pesar que la acreditación de los asegurados se hace con documento de identidad. Cabe recordar que con la reforma del año 2013, se sumó el criterio de vulnerabilidad al criterio de pobreza, con lo cual determinar si el SIS tenía asegurados en exceso se hizo imposible.

Gráfico VII.8: Poblaciones comparadas de asegurados SIS



Elaboración: Propia.
Fuente: INEI. SIS.

Por otro lado, el MEF ha sido muy crítico al rol del SIS, no solo porque su crecimiento rápido ha significado una presión por mayores recursos financieros que

el MEF no ha aceptado para el sector sino también porque el SIS como seguro debe desarrollar su función de compra de servicios y esta no encaja con los procedimientos presupuestarios establecidos para todo el sector público. Por ello, el SIS ha venido operando desde sus inicios en un limbo presupuestario pagando a los proveedores a través de unidades administrativas en las regiones y no por el total de la prestación prestada a sus asegurados, ya que el pago del personal de salud va a las regiones directamente. Los asegurados al SIS mientras tanto han visto cómo se deteriora la atención de los servicios de salud públicos.

Paralelamente, en otros subsistemas el aseguramiento se fue dando de manera menos rápida. EsSalud enfrentaba sus propios problemas ajena al AUS. Por ejemplo, sus problemas financieros, según Burneo (2015) por una reducción de aportes con 54,7% de aportantes y 45,3% de derechohabientes y exoneraciones a los aportes de las gratificaciones afectaron la recaudación de contribuciones para la seguridad social, así como aportes bajos de otros regímenes especiales como el seguro agrario, potestativo. Por otro lado, el envejecimiento de su población asegurada ha incrementado el gasto de EsSalud y su red de servicios es limitada y antigua. Añade Saco A, (2015), que EsSalud necesita mayores recursos porque solo el 40% de sus asegurados acceden a los servicios, el resto se atiende en la red de servicios pública, en SISOL y proveedores particulares.

Los Decretos Legislativos que se dieron con la reforma del 2013 con el fin de corregir estos problemas, sin embargo, apuntaron al saneamiento financiero de corto plazo. Entre estos, se dio una norma para reducir la comisión que cobraba a EsSalud la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria por la recaudación de las aportaciones para EsSalud. Así mismo, se reguló el proceso de notificación a empresas deudoras de los aportes de sus trabajadores dándole además prioridad en el código tributario para el cobro de las deudas. Finalmente, realizaron modificaciones a la ley de modernización de la seguridad social para que EsSalud efectuara estudios actuariales que justifiquen los seguros de salud específicos a cargo de ésta. (Ver Anexo C).

Los subsistemas de las FFAA y PNP se acercaron más al MINSA después del AUS. Este acercamiento abrió el camino para encontrar mecanismos de atención a las FFAA y PNP en el territorio nacional donde no tienen presencia con su red de servicios. De igual modo, con la reforma del año 2013 se publicaron normas para

la formación de fondos de aseguramiento para ambos subsistemas y el desarrollo de sus IAFAS (Ver Anexo C).

La implementación del AUS en los privados no se plasmó en un mayor dinamismo dentro del mercado de seguros. Su interés se derivó hacia la integración vertical que fue contemplada también en la ley AUS, como se vio en la descripción de las reformas. La inclusión de esta alternativa resulta incomprensible cuando el propósito del AUS era además del aseguramiento separar las funciones dentro del sistema de salud para mejorar su eficiencia y calidad.

Restrepo, Lopera y Rodríguez (2007), explica las motivaciones y estrategias en la integración vertical y los agrupa en cuatro posibles: disminuir costos de transacción entre la compra y la venta de servicios; por consideraciones de tipo estratégico en el mercado, como por ejemplo, por un incremento de las barreras de entrada al mercado, por normas que se establecen, eliminar la competencia bajando el precio del producto y a la vez elevando el precio de los insumos; obtener ventajas en el precio del producto evadiendo con la integración vertical los precios de monopolio que fijan las firmas, entre otros aspectos y; incertidumbre en precios y costos que se producen por la asimetría de información, y entre la oferta de insumos y la venta del producto. Así, el sector privado aprovechó de las ventajas que le ofrecía la integración vertical y las aplicó.

Las motivaciones para que el sector salud la incluyera a pesar de la contradicción que ésta encierra podrían encontrar explicación en la integración vertical incompleta planteada por Evans (1983), en la que se dan relaciones entre consumidores, proveedores de primera línea (atención primaria) y proveedores de segunda línea (donde los pacientes son referidos – hospitales), financiadores, Estado y aseguradores. Cuando se da el aseguramiento público según Evans, se da la integración vertical porque el Estado realiza el control del aseguramiento e influye a su vez en los proveedores y en el aseguramiento. De igual modo, los proveedores influyen en los asegurados y el aseguramiento y a su vez los asegurados influyen en los proveedores.

De esta manera la integración vertical se da cuando el Estado hace las veces de regulador y asegurador y puede negociar con los proveedores del primer nivel y segundo nivel y establecer los alcances del seguro para los asegurados. La ley AUS sin embargo, separó las funciones dentro del sector para mejorar el desempeño del

sistema de salud. Por lo tanto, el planteamiento Evans se da en tanto estas funciones no se separan. En consecuencia, la inclusión de la integración vertical dentro de la ley se justifica para evitar que el Estado caiga en ésta sin haberla contemplado. La implementación del AUS ha mostrado que el Estado si separó sus funciones, creando la SUNASA y otras instancias y éste espacio fue aprovechado por el sector privado.

Tanto la continuidad y la implementación del AUS son dos grandes hitos que explican la segunda reforma del año 2013, donde se dan un conjunto de decretos legislativos con el fin de ampliar el alcance del AUS a través del SIS hacia el sistema de salud como se vio en el punto 5 del Capítulo IV Contexto General, consolidando así el proceso de aseguramiento en el país teniendo como principal actor al SIS.

La ampliación de facultades al SIS para comprar y vender servicios con EsSalud, de contratar con privados, las políticas para mejorar la oferta de servicios y los recursos humanos dentro de ésta se enfocaron en mejorar el acceso a la oferta pública de salud y facilitar el acceso de los asegurados bajo diferentes regímenes dentro del sistema y lograr de manera progresiva la integración del mismo.

La mejora del financiamiento del sector salud a través del SIS es uno de los mayores logros de esta reforma, aunque aún a todas luces resultó insuficiente para cerrar la brecha de financiamiento entre el número de asegurados y el financiamiento requerido.

Los hechos detallados explican el crecimiento del SIS, la persistencia del sector por el aseguramiento universal y las limitaciones para seguir con éste apoyado en un solo asegurador.

La trampa del aseguramiento aquí mencionada, la explica Sánchez Moreno (2015), como el rezago del sistema de salud hacia la modernidad con un financiamiento obsoleto, sin referencia de una visión para el sistema de salud, por lo tanto con reformas “intrascendentes” a su juicio que dañaron a la seguridad social. Sobre el SIS, refiere que nace sin financiamiento y esta situación ha llevado a un retroceso en el nivel de gasto en salud (Perú tenía en la década de 1960) un nivel de gasto medio en Latinoamérica y al año 2012 se encontraba en penúltimo lugar. Recomienda para lograr una financiación efectiva del aseguramiento universal que

se retome una propuesta elaborado en el año 2002 para el financiamiento mixto con recaudación moderna hacia un aseguramiento social universal en salud.

Por otro lado, la consecuencia de apoyar el aseguramiento universal en el SIS sin intervenir en todo el sistema ha afectado la disposición a pagar de las personas. Madueño, de Habich y Jumba (2003) realizaron un estudio para determinar cómo afectaba la decisión de contratar un plan catastrófico en función de las condiciones socio-económicas de los individuos, encontrando que la demanda estaba influida directamente por el conocimiento de la oferta, es decir, que cuánto más bajo era el cuartil de la población menos conocimiento tenía del alcance de la oferta de seguros. Otro aspecto significativo a este estudio es que, los trabajadores afiliados a alguna organización tenían más posibilidades de contratar un seguro.

Para el caso de los trabajadores independientes, que son el grupo más numeroso de los trabajadores sin seguro, tanto el tema de la falta de información como la no pertenencia a algún tipo de asociación son dos restricciones que afectan de manera negativa las posibilidades de que un hogar en estas condiciones contrate un plan de aseguramiento.

Otro trabajo realizado por Seinfeld (2007) encontró resultados muy similares a los hallados por Madueño, de Habich, Jumba (2003) en cuanto a que el conocimiento del mercado de seguros era un factor significativo a la hora de decidir la contratación de un plan de aseguramiento. Este estudio, destaca por otra parte la poca disposición por parte de este subgrupo de no pobres sin seguro, a adquirir compromisos de pagos mensuales recurrentes, mostrando una mayor preferencia por pagos quincenales o semanales. Plantea también que el incremento en la disposición a pagar está más directamente ligada al ingreso que al ahorro, es decir que la reticencia a tomar un seguro por parte de este grupo está más ligada a su nivel de ingresos recurrentes que a su capacidad de ahorro.

Casalí y Pena (2012) evaluaron los principales incentivos y desincentivos para los trabajadores independientes a la hora de decidir la contratación de un plan de seguro, añadieron al elemento de la falta de información de los sistemas de aseguramiento por parte del trabajador, el argumento de la desconfianza en el sistema, tanto en cuanto a la calidad de prestaciones del mismo como del uso eficiente de los recursos aportados.

B) Los insuficientes cambios para la separación de funciones en el sistema de salud

La reforma del AUS como se vio anteriormente incluyó la separación de funciones para el ordenamiento del sistema de salud.

La función de rectoría ha sido la que más atención y más tensiones ha causado en el sector. OPS (2007a), refiere que la rectoría tiene las dimensiones de: la conducción, la regulación, la modulación del financiamiento, garantizar el aseguramiento, armonizar la provisión de servicios y ejecutar las funciones esenciales de salud pública. Estas dimensiones de la función de rectoría han tenido múltiples inconvenientes.

La segmentación y fragmentación del sistema de salud ha llevado a que diferentes ministerios ejerzan la conducción sobre sus propios subsistemas y las leyes dadas han sido interpretadas según los intereses institucionales de los diferentes sectores y niveles. Como se vio en el título anterior, cada subsistema según sus necesidades se alineó o se mantuvo como subsistema aparte.

De igual manera, esta situación se ha extendido hacia los niveles subnacionales. Algunos, han desconocido a la Autoridad Sanitaria Nacional – ASN poniendo en riesgo intervenciones sanitarias a nivel nacional como es el caso de las vacunaciones de niños en la Región Puno, que se dejaron de hacer, según la región, ejerciendo su rol de autoridad sanitaria regional, con consecuencias graves en la salud infantil.

La reforma del año 2013 por ello, incluyó la Ley de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud que reestructuraba el MINSA para darle las competencias y funciones necesarias que le permitieran fortalecer su rol de ASN, de las dimensiones exclusivas de la ASN como son: la conducción sectorial; la regulación y la fiscalización, y; la medición de las funciones esenciales de salud pública, señaladas por Robles Guerrero (2013) y mejorar la capacidad de respuesta de la ASN para las dimensiones compartidas. Durante el período 2007-2011, la estructura del MINSA no se modificó para hacer frente a los nuevos retos del aseguramiento universal. Las debilidades institucionales fueron evidentes a pesar del respaldo político que recibió la reforma. La debilidad de la función rectora de

la ASN en el sistema hizo que se concentrarán los cambios en el subsector público y específicamente el SIS se convirtió en el motor de ésta.

Durante el período de estudio el MINSA compartía la función de rectoría con la provisión de servicios de Hospitales Nacionales y las redes de servicios de Lima Metropolitana, lo cual distraía sus esfuerzos y la debilitaba en su rol de rectoría. Por ello, en la reforma del año 2013 se crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud que sería el que asumiría en adelante esta función.

No obstante, durante el período de estudio el doble rol del MINSA llevó a que las ampliaciones al PEAS fueran muy rápidas en el SIS, como se vio en el título anterior. No se analizaron otras posibles salidas a la desconexión del PEAS con el tipo de prestaciones que pagaba el SIS a los proveedores de salud ni su posible adaptación a las características de los planes de beneficios que aplican los seguros en el sector privado. Con ello, la ASN pasó de ser impulsora de un plan de beneficios con el AUS a ser su principal detractor sin proponérselo.

La dimensión de modulación del financiamiento es la más débil de todas, la definición de prioridades de financiamiento de la salud está fuera del sector. Los niveles subnacionales y locales negocian directamente el financiamiento de sus recursos con el MEF. La prioridad del financiamiento se ha concentrado en el impulso de programas presupuestarios del sistema de presupuesto por resultados promovido por el MEF para el sector público y éste ha condicionado la asignación de mayores recursos al SIS al manejo de la compra de servicios dentro del esquema de presupuestos por resultados.

Los problemas de financiamiento hacia el sector han puesto en evidencia la rigidez del sistema presupuestario peruano y la escasa capacidad de diálogo para la construcción de políticas de consenso. Desde la ASN, ésta no ha cumplido con sus compromisos y ha entrado en conflicto de interés por su doble rol de rector y prestador. En consecuencia, la dimensión de garantizar el aseguramiento también se ha ido debilitando.

La función de regulación y supervisión con la ley AUS se habilitó con la creación de la Superintendencia Nacional de Salud como se vio en la descripción del sistema y con la reforma su rol se extendió la de fiscalización y sanción. La SUNASA ha sido desde su creación la institución del sector salud cuyo rol efectivamente se

extiende a todo el sistema de salud por igual. Con esta nueva perspectiva sectorial se encontró un conjunto de leyes con un enfoque público por lo que se le tuvieron que dar facultades que extendieran su alcance a otros subsectores públicos, el sector privado y mixto. Con la reforma del año 2013 cambió su denominación a SUSALUD se le dieron facultades para actuar en los derechos de los usuarios de los servicios de salud. (Ver Anexo C)

La creación de la Superintendencia puso sobre la mesa la discusión sobre el rol de las IAFAS y las IPRESS en el sistema. En el caso de las IAFAS era necesario aclarar la supervisión económica y financiera de éstas, tanto en quién las debe supervisar y qué supervisar. Como se vio en la descripción los fondos de las aseguradoras privadas son supervisados por la Superintendencia de Banca y Seguros y a las IAFAS públicas como el SIS que no tiene fondo de aseguramiento y maneja recursos públicos ha estado bajo la supervisión de la Contraloría General de la República, que no tiene especialización para el tema de seguros.

En el caso de los fondos de la FFAA y PNP la supervisión ha estado en manos de sus Inspectorías y la de EsSalud bajo la supervisión del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado. Al respecto, el primer gran tema era la creación de fondos de aseguramiento para las IAFAS, el segundo gran tema era construir una visión para la mancomunación de fondos en el sistema de salud ya sea a través de un fondo único o fondos múltiples integrados. El tercer gran tema era crear las condiciones necesarias para el manejo presupuestario de las IAFAS públicas a las necesidades de la compra de servicios.

Por el lado de las IPRESS, la Superintendencia encontró que la supervisión la realizaba el MINSA para su subsector que incluía a las Direcciones Regionales de Salud, las redes de servicios, hospitales e institutos especializados en el país. Las IPRESS del sector privado eran escasamente supervisadas por la antecesora de la Superintendencia y los mecanismos de supervisión de éstas se regían con criterios diferentes a los del subsector público. La estructura del sistema dividida en subsistemas integrados verticalmente había generado distorsiones que han sido difíciles de corregir.

La homogenización de normas de supervisión para las IPRESS en el sistema y la facultad de sancionar han transparentado los problemas de la oferta de servicios en el país. Aun así, las IPRESS en especial públicas siguen ejerciendo presión sobre el

MINSA para que las reglas no sean iguales para todos. La calidad de los servicios públicos y la atención que brindan a los beneficiarios bajo el enfoque de derechos está siendo monitoreada por la Superintendencia a través de una encuesta de satisfacción anual que se aplica desde el año 2014. Más allá de los resultados, el empoderamiento ciudadano para el ejercicio de sus derechos en salud se va construyendo.

Por otro lado, la función de compra de servicios de las IAFAS públicas no ha podido desarrollarse ni con la creación de fondos de aseguramiento ni con mecanismos de pago técnicamente bien diseñados y acompañados de incentivos para su aplicación. Las aplicaciones son aproximaciones incipientes a los mecanismos de pago desarrollados en otros países.

La provisión de servicios se ha expandido en el sector público y ha incorporado la participación de Asociaciones Públicas Privadas para la construcción y gestión de hospitales. El sector privado también se ha expandido incorporando tecnología y mejoras en la calidad. Un rasgo distintivo ha sido el esfuerzo por la acreditación nacional e internacional para captar la confianza de los usuarios en sus servicios y diferenciarse del sector público.

En general, los cambios normativos que incluyeron las reformas para la separación de funciones y la consolidación de éstas se van dando de manera lenta y con muchos traspés. Se han cometido errores en la delimitación de funciones entre el MINSA, el IGSS y la SUNASA que cuestionan la validez de la separación de funciones como reforma efectiva para el sistema de salud. Los que no quieren los cambios han aprovechado estos errores para crear corrientes de opinión en contra de las reformas. Al final de cuentas, es la población la que se ve afectada por lo que se hace o se deja de hacer.

6. Revisión de resultados finales

Los datos analizados de la evolución de la composición de los hogares muestran una tendencia sostenida de disminución del número de miembros, en particular de los niños menores de cinco años, con un progresivo envejecimiento tanto de adultos mayores de 65 años como de la edad promedio del jefe del hogar, quedando casi invariable el número de mujeres en edad fértil, consistente con las características de una muestra panel.

Esta transformación de los hogares, con menos miembros, no implicó un cambio significativo en la declaración de problemas de salud, ni en la modificación de los resultados en cuánto la búsqueda de atención o en cuanto a hospitalizaciones, sin embargo sí que tuvo un efecto significativo sobre el incremento de declaración de problemas de salud crónico, congruente con el envejecimiento de los hogares.

Por lo que respecta la evolución de la pobreza y el aseguramiento, se puede constatar un fuerte incremento en el número de hogares no pobres, así como disminuciones importantes tanto en pobreza extrema como en pobreza, mientras que en el caso de la evolución de los hogares asegurados se puede apreciar que en los hogares no pobres ha subido el número de hogares no asegurados, mientras que los porcentajes de hogares en pobreza extrema o pobreza han reducido considerablemente el número de hogares que no cuentan con seguro. Particularmente significativo es el caso de los hogares afiliados al SIS donde la población no pobre, al final del período representa casi la mitad del total de hogares.

Al revisar los datos que arrojó el análisis de la distribución de la condición de pobreza por tipo de aseguramiento, se encontró que las disminuciones de hogares sin seguro tanto no pobres como pobres y pobres extremos fueron absorbidas casi en su totalidad por el incremento de hogares asegurados en el SIS. Es decir, no hubo casi ningún trasvase a otros sistemas de aseguramiento, lo que indica la falta de un mecanismo que permita, al cumplirse determinadas condiciones, pasar de un sistema subsidiado o semicontributivo a otro.

El gasto de bolsillo en salud de los hogares creció en una proporción mayor que el incremento presentado en lo que respecta al gasto total, sin embargo mientras el gasto en bolsillo para los asegurados a la seguridad social y otros seguros disminuyó en el período, para el caso de los hogares sin seguro y afiliados al SIS este gasto se incrementó significativamente, lo que para este último grupo, indicaría problemas en la entrega de servicios a los asegurados, ya que en condiciones normales de la entrega de servicios, este gasto debería haber disminuido, o al menos no haberse incrementado de una forma tan considerable.

La distribución del gasto de bolsillo per cápita mantuvo un comportamiento muy similar para todos los grupos, siendo el rubro de medicamentos el más importante, consumiendo más de la mitad de los recursos.

En cuanto al porcentaje de hogares que optaron por no buscar atención, en todos los casos disminuyeron salvo en el caso de los afiliados al SIS en donde este número se incrementa. Este incremento de hogares que no busca atención en el SIS, junto con la reducción de la búsqueda de atención en los servicios públicos, sustenta en gran medida, el fuerte incremento de gasto de bolsillo que tuvieron que soportar los hogares afiliados a este sistema.

Al revisar las razones para la falta de la búsqueda de atención, se constata que la más frecuente fue que no era grave o necesario, mientras que la falta de dinero fue decreciendo. Por contrario, al revisar las decisiones de dónde buscar atención se constata que esta ha ido desplazándose de la red de servicios pública a las farmacias y boticas, particularmente significativo en el caso del grupo de afiliados al SIS.

En lo que respecta a los resultados del análisis de las probabilidades de transición de los hogares, se constata que en todos los casos la probabilidad mayor es de mejorar su condición. Un hogar, una vez alcanzado el aseguramiento, tiende a mantenerse en esa situación, sin embargo, la probabilidad de que un hogar sin seguro se asegure permanece bastante baja. También es muy baja la posibilidad de pasar de un seguro a otro, en particular del SIS a la seguridad social.

Al analizar el gasto de bolsillo, para los hogares sin seguro que se mantienen en condición de pobreza, la presencia de niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil es significativa y el sexo y la educación de la pareja del jefe de hogar cobra importancia

De los análisis en cuánto a gasto de bolsillo en los hogares pobres sin seguro que pasan a ser no pobres resalta que el sexo del jefe del hogar en zonas urbanas influye positivamente cuando es mujer, para superar la pobreza y negativamente en zonas rurales. Asimismo para este grupo, el permanecer fuera de la pobreza tiene un impacto significativo en su gasto de bolsillo y por tanto es un factor de vulnerabilidad para su condición de no pobre.

Al aplicar el mismo análisis de gasto de bolsillo pero a los hogares con seguro, se encuentran algunas diferencias según su condición de pobre o no pobre. Al comparar los resultados obtenidos en este grupo de hogares pobres con seguro con los hogares pobres sin seguro se aprecia que la incorporación de la variable de

aseguramiento reafirma la importancia de éste para hacer frente a su gasto de bolsillo.

Para el grupo de hogares no pobres con seguro que pasan a pobres, el aseguramiento no es significativo y su gasto de bolsillo está más bien determinado por los miembros del hogar. Sin embargo, para los hogares no pobres con seguro que permanecen como no pobres, el aseguramiento sí es significativo. Destaca la similitud en el peso de las variables en los grupos de hogares pobres que permanecen pobres, tanto en el caso de contar con seguro como sin él.

En lo que respecta a la comparación de los resultados con los impactos esperados de las políticas vigentes, se observa que los hogares pobres extremos y pobres no extremos lograron un alto nivel de aseguramiento a través del SIS, pero los hogares que fueron saliendo de la pobreza no tuvieron un mecanismo para ir pasando del SIS a otro tipo de aseguramiento.

La ley introdujo el PEAS, pero ni los seguros privados lo incorporaron a sus esquemas ni el estado consiguió aplicarlo en su totalidad, al igual que el SIFOH que no logró mejorar la calificación de beneficiarios para el SIS. La falta de una respuesta integral del sistema dejó sin mecanismo de afiliación a los independientes e informales que salieron de la pobreza.

Sin embargo, se constata que el AUS partió de un consenso nacional y logró involucrar a todos los actores del sistema de salud, mediante la conformación de un Comité Técnico implementador a nivel nacional, para su puesta en funcionamiento y aunque en esta etapa la mayoría de sus impactos se hayan centrado en el SIS, sienta un precedente de cara a la sostenibilidad de los esfuerzos para mejorar el acceso a la salud, aunque es necesario involucrar en su alcance al sistema de seguridad social.

Por otro lado, iniciar el plan de implementación del AUS a nivel nacional, sin haber garantizado su financiamiento, hizo que el valor del PEAS por asegurado no se cumpliera. Adicionalmente, la cobertura del plan nacional no contempló la cobertura previa que brindaba el SIS, lo que implicó una ampliación de la cobertura del PEAS en el SIS, incluso de algunas que podrían haber estado incluidas en otros tipos de financiamiento como es el caso del Plan Esperanza.

La priorización de los beneficiarios del SIS, una vez resueltos los problemas de verificación del cumplimiento de los mismos, tuvieron que adaptarse para responder a demandas políticas de inclusión de grupos focalizados específicos, haciendo más compleja la tarea de calificación. Una primera consecuencia inmediata fue que el SIS, en muy corto plazo, pasó a superar en exceso el número de asegurados tanto según el nivel de pobreza que reportaba el INEI como sobre lo que reportaba la ENAHO sobre asegurados del SIS.

Finalmente, en el caso del SIS, todavía está sin resolver el mecanismo para que pueda desarrollar, como ente asegurador, la función de compra de servicios, dado que los procedimientos presupuestarios establecidos para todo el sector público no encajan con esta lógica.

En cuanto a otros subsistemas, en el caso de EsSalud su principal problemática es de recursos ya que no tiene la capacidad para responder a la demanda de su población asegurada que tiene que acceder a otra red de servicios pública, en SISOL o proveedores particulares y además las reformas emprendidas solamente han apuntado al saneamiento financiero de corto plazo.

Por lo que respecta a los subsistemas de las FFAA y PNP, después de la aprobación del AUS tuvieron un proceso de acercamiento al MINSa y en las últimas reformas se han incorporado normas para la formación de fondos de aseguramiento y desarrollo de sus IAFAS.

En el caso de los privados, la implementación del AUS solamente se vio reflejada en una mayor integración vertical para aprovechar sus ventajas. Este, sin embargo es un elemento, que para efectos de la eficiencia del sistema desde el punto de vista del Estado, genera distorsiones ya que la ley AUS separó las funciones de regulador y asegurador del Estado y por tanto perdió el poder de negociar con los proveedores de primer y segundo nivel y establecer los alcances del seguro para los asegurados.

La ley AUS y sus reformas emprendieron la tarea de recuperar la rectoría, pero no ha logrado consolidarse para todo el sector y, por ende, la segmentación y fragmentación del sector ha propiciado que diferentes ministerios ejerzan esta función para sus propios subsistemas e interpretado las leyes según los propios intereses institucionales.

La creación de la SUNASA ha permitido contar con una instancia con el poder de ejercer su rol a todo el sector. En resumen, los cambios normativos se van dando de forma lenta y todavía quedan conflictos de funciones entre el MINSA, el IGSS y la SUNASA que han llevado a la desactivación del IGSS recientemente.

VIII. DISCUSIÓN Y RESPUESTAS DESDE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

La investigación tuvo como objetivo analizar las decisiones de las personas y hogares que llevan al gasto de bolsillo en salud en Perú. En el marco de reformas centradas en el aseguramiento universal cobra particular interés los grupos que persisten sin aseguramiento. Según lo planteado en el marco conceptual, el aseguramiento debería reducir el gasto de bolsillo, pero el aumento en los ingresos impulsa al mayor consumo de servicios de salud y por lo tanto aumenta el gasto de bolsillo. El riesgo de enfermar y el gasto de bolsillo asociado deberían incentivar la compra de seguros de salud.

Los resultados obtenidos muestran que las características de los hogares determinan su gasto de bolsillo en línea con la literatura. Así, la presencia de niños pequeños, mujeres en edad fértil y adultos mayores en los hogares son significativos como determinantes del gasto de bolsillo. Se encontró que los hogares pobres tienden a tener un número mayor de miembros en el hogar con hijos pequeños, bajo nivel de escolaridad y suelen contar con jefes de hogar más jóvenes. Este grupo de hogares está mayoritariamente asegurado en el SIS.

Durante el período de análisis los hogares pobres incorporaron a adultos mayores en el aseguramiento del SIS y eso incrementó la declaración de problemas de enfermedades crónicas dentro del hogar. La afiliación al SIS ha contribuido a disminuir las inequidades, el porcentaje de pobres no extremos y pobres extremos que fueron cubiertos por éste se incrementó de manera efectiva dentro del período analizado. De igual modo, la protección a grupos vulnerables como los adultos mayores ha sumado positivamente en el bienestar de estos. El desceme que se produce en el mercado de seguros a estos grupos ha hecho del SIS un refugio para los adultos mayores pobres. Para los no pobres no se vislumbran soluciones.

El comportamiento que tuvieron los hogares pobres con SIS frente a problemas de salud fue progresivamente yéndose a la decisión de no buscar atención, en especial en la red de servicios del MINSA. Es así que optaron por la búsqueda de farmacias y boticas y su gasto de bolsillo creció más que proporcional al incremento de sus gastos totales del hogar. Es decir, que este grupo fue experimentando una menor protección financiera a pesar de estar asegurado.

Así mismo, la disminución de la pobreza en los hogares SIS les permitió incurrir en un mayor gasto e hizo más fácil la decisión de incurrir en gasto de bolsillo cuando se presentaba un problema de salud. Estos hogares fueron saliendo de la pobreza de manera gradual, aunque menos rápida que otros grupos de asegurados, pero su afiliación al SIS continuó. Al año 2011 el 48.2% de los hogares asegurados al SIS era no pobre.

Dado que el SIS no tiene un mecanismo de graduación para los hogares que salen de la pobreza éstos se mantienen en el SIS. Cuando los hogares salen de la pobreza la probabilidad que permanezcan en el SIS en el siguiente periodo es de 86%, y reservan este derecho para enfrentar una enfermedad que requiere de mayor gasto prefiriendo no usar los servicios para atenciones menores. Esta situación muestra que los hogares pobres reconocen que el aseguramiento les ofrece una seguridad en caso necesiten una atención compleja y no existe una mejor alternativa cuando salen de pobreza.

Seinfeld, Montañez y Besich (2013), encontró que la disposición a asegurarse de las personas es no significativa cuando su acceso está limitado a establecimientos de baja capacidad resolutive. De esta manera, la decisión de mantener el seguro se limita a un evento catastrófico futuro más que a eventos pequeños, pues esos los cubren con gasto de bolsillo. Este hecho es consistente con los resultados observados en las declaraciones sobre las razones para no buscar atención.

Las deficiencias en la oferta de servicios contribuyeron con este comportamiento, las razones que fueron creciendo durante el período fueron la demora para ser atendidos, la desconfianza en los médicos, el maltrato del personal que era una razón inexistente en el 2007 y que fue creciendo en el período. De igual modo, las personas empezaron a valorar más su tiempo y la falta de tiempo como razón fue creciendo, evidenciando así un problema en la oferta de servicios para adecuarse a las necesidades de los asegurados.

La ampliación del aseguramiento mediante el SIS propició una mayor demanda por servicios ejerciendo mayor presión sobre una oferta de servicios débil. Por ello, la declaración de los hogares sobre la percepción de la oferta de servicios se fue deteriorando.

En sentido inverso, cuando los hogares salen de la pobreza no perciben opciones nuevas para su aseguramiento, la mayoría se queda en el SIS bajo el régimen subsidiado, los que se quedan sin éste no vuelven a tener seguro y solo un mínimo porcentaje entra al régimen contributivo de la seguridad social. Para estos hogares no pobres el acceso al seguro vía el empleo no es una opción significativa, el empleo formal representa solo el 26% de la PEA ocupada y el mercado de seguros es restringido.

Su bajo nivel de aseguramiento consecuentemente conllevó a una baja demanda por servicios y su primera opción de búsqueda se convirtió en la farmacia y la automedicación. La primera razón que argumentaban al inicio del período para no buscar atención era la falta de dinero y fue distribuyéndose de manera creciente a la opción de no considerar que era necesario o grave y la automedicación. La falta de tiempo fue otra de las razones que fue cobrando importancia. Algunas razones con menos frecuencia expresadas pero que aumentaron en el tiempo fueron el no contar con un seguro y la demora en la atención.

De esta forma, el comportamiento de la demanda de atención de este grupo fue cambiando con mayor dinamismo entre la búsqueda de atención en las farmacias, consultorios y clínicas privadas, como parte de su estrategia de gasto en el hogar. Por el contrario, la demanda de atención en la red de servicios del MINSA fue reduciéndose. Aquí cobra importancia las limitaciones de la red de servicios para satisfacer las necesidades de las personas.

SuSalud viene aplicando una encuesta de satisfacción de usuarios anualmente desde el año 2014, y aunque el período no coincide con el período de análisis, aparece el tiempo de espera desde la percepción del usuario como “largo a muy largo” y en los siguientes años este factor sigue manteniendo un alto nivel de importancia (SuSalud, 2016a).

Desde la percepción de la población, en especial los no pobres existe una brecha entre la demanda de atención y lo que se le ofrece en los servicios. El tiempo de espera tiene un costo de oportunidad muy alto para las personas, la pérdida de ingresos por el tiempo que debe destinar para su atención dirige la búsqueda hacia soluciones más inmediatas como es la búsqueda de farmacias y boticas y la automedicación.

Las decisiones de gasto de los no pobres resultan de una combinación de elementos para no afectar sus ingresos, saber cuándo demandar servicios y obtener el mejor resultado para su salud. Durante todo el período el gasto de bolsillo con relación al gasto total del hogar de los no pobres se mantuvo en 4,5%. Este promedio de gasto es lo que para ellos resulta en su combinación que les permite solucionar sus problemas de salud en el hogar.

Existen otros factores que inciden en las decisiones de demanda de los no pobres, la percepción de su riesgo a enfermarse tiende a ser baja, en especial si no han tenido problemas de salud importantes o crónicos o son población joven. Así mismo, las personas tienden a mantener su nivel de consumo y temen la pérdida monetaria, la compra de un seguro modifica su consumo habitual y si esto se conjuga con una percepción baja del riesgo, la persona resolverá no asegurarse. Tversky y Kahneman (1991), establecen las implicancias de la aversión a la pérdida, como la disparidad que existe entre la cantidad mínima que la gente está dispuesta a aceptar para renunciar a un bien que poseen y la cantidad máxima que estarían dispuestos a pagar para adquirirlo.

Estudios sobre la disposición a pagar en seguros de salud de la población (Madueño, de Habich, y Jumpa, 2004; Seinfeld y La Serna, 2007) determinaron que existía en los grupos no pobres disposición a pagar, en especial si éstos seguros aparecían en el sector privado y en la seguridad social. Seinfeld y La Serna (2007), estimaron la disposición a pagar para personas de ingresos bajos y medio bajos entre \$int 20,4 y \$int 23,7 mensuales por afiliado por el pago de una prima que responda a sus necesidades.

Madueño, de Habich y Jumpa (2004) estimaron los niveles de demanda para personas de ingresos medianos y altos sin seguro, encontraron que el 98% de los trabajadores independientes estaban dispuestos a adquirir una cobertura de seguros. Estimaron que este grupo tenía una disposición a pagar de \$int 23,7 y un co-pago por consulta de \$int 5,9. Los valores estimados en ambos estudios estaban cercanos al valor del gasto de bolsillo de los no pobres para ese período que era \$int 18,4 y \$int 19,1 (el 4,5% del gasto total).

Al año 2016, las primas individuales ofrecidas en el mercado van en el rango de \$int 13,2 del SIS semicontributivo, seguridad social para independientes \$int 42,1 que tiene copagos de \$int 3,3 por atención y los seguros privados entre \$int 820,5

y \$int 869,8 (El Comercio, 2015). La edad máxima para contar con seguro es 65 años a excepción del SIS que en el régimen subsidiado no tiene límite de edad.

Si se proyecta el gasto de bolsillo del período de análisis de los no pobres al año 2015, el gasto de bolsillo estaría alrededor de \$int 160 por persona. Es decir, su disposición a pagar estaría entre la prima del SIS y la seguridad social, los resultados de los estudios mencionados se sitúan en ese rango. Sin embargo, los resultados muestran que la demanda hacia la red de servicios MINSA de los no pobres fue cayendo en el tiempo, la expectativa no está en el régimen semicontributivo del SIS, en todo caso estaría en una versión mejorada de la red de servicios MINSA y en la seguridad social.

De esta manera, se generan varios conflictos en el grupo de no pobres que frenan su aseguramiento, por un lado, la aversión a la pérdida está determinada por su nivel de gasto de bolsillo presente. La prima a comprar en todo caso tendría que compensar la pérdida posible que se genera de la diferencia entre el valor de la prima y su gasto en salud presente. Otros factores a tomar en cuenta son la calidad de los servicios a los que tendrá acceso y algunos aspectos del plan de beneficios que valoran.

Los estudios mencionados líneas arriba, encontraron que el subsidio estatal compete y limita el desarrollo del mercado de seguros afectando la disposición a pagar. Los resultados de los determinantes del GBS están en línea con estos hallazgos ya que el coeficiente de la variable de aseguramiento no es significativo para el grupo que sale de pobreza. Por ello, aquellos que están asegurados en el SIS bajo el régimen subsidiado y que salen de pobreza parecen mostrar una baja disposición a pagar por un seguro de salud.

Por otro lado, el país ha postergado decisiones sobre el derecho a la seguridad social en salud. El artículo 10 de la Constitución Política del Perú establece que “El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley para la elevación de su calidad de vida”.

Sin embargo, el alto nivel de desprotección de los no pobres, que abarca a un grupo de trabajadores independientes heterogéneos incluyendo trabajadores informales, ha ido creciendo. Casalí y Pena (2012), refieren que el 87% de los trabajadores

independientes no cuentan con la seguridad social en salud (EsSalud). Como se vio anteriormente, el SIS ha contribuido favorablemente con la cobertura en salud. Casalí y Pena (2012), encontraron que incluyendo a los asegurados al SIS, se reducía la desprotección social (parcialmente) del 87% al 51%.

La OIT planteó el reto para los países de lograr trabajo decente para todos y puso como objetivo la ampliación y el fortalecimiento de los diferentes esquemas de protección social a través del incremento en un 20% de la cobertura de protección social en 10 años (Casalí y Pena, 2012).

El cumplimiento del Convenio No 102 de 1961 en el que Perú se sumó al compromiso de seguridad social en materia de prestaciones de salud y prestaciones económicas se ha mantenido como un tema pendiente. La Comisión de Expertos en la Aplicación de Convenios y Recomendaciones planteó para Perú la necesidad de contar con una estrategia nacional de seguridad social llamando a la necesaria coordinación interinstitucional para formular políticas públicas que lleven a la ampliación de coberturas.

Casalí y Pena (2012) hacen una descripción de la segmentación y fragmentación de la seguridad social que explica en gran medida por qué las recientes reformas en salud se dirigieron hacia el SIS. Al respecto, describen que:

“compete al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) la responsabilidad exclusiva de formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas de seguridad social en su conjunto; y sin embargo, sólo el Seguro Social de Salud (EsSalud) se encuentra adscrito como organismo público descentralizado. Por otro lado, el Ministerio de Salud, a través del SIS, tiene bajo su órbita los regímenes de salud semisubsidiado y subsidiado. El primero dirigido a la población de bajos ingresos y el segundo con intervención en la población más vulnerable. Finalmente, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) que tiene bajo su área a la Oficina de Normalización Previsional que administra el SNP, a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP que supervisa y controla el SPP y a la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria que fiscaliza y recauda, entre otros, los recursos destinados a EsSalud y la ONP”.

La política de aseguramiento universal otorgó la rectoría en salud al MINSA y la OIT recomienda que la rectoría sobre la seguridad social recaiga en el MTPE. Ambas disposiciones no son contradictorias, pero implica definir espacios y potenciar instituciones, en especial la del MTPE. La discusión se mantiene y cada sector se ha dado la espalda. El sector salud ha mantenido la ruta del aseguramiento y el MTPE ha realizado propuestas para simplificar los aportes de los grupos de trabajadores independientes sin concretarse en una acción de la política en la que intervengan los múltiples actores.

Perú ha llegado a un punto de insostenibilidad de la política de aseguramiento por la ineffectividad en incrementar la protección financiera y por la desvinculación con la política de seguridad social. La persistencia del gasto de bolsillo señala que a pesar de tener seguros, las personas optan por la automedicación o servicios fuera de su red de cobertura. Por otro lado, los logros alcanzados en los últimos años sobre el aseguramiento y las pérdidas en el tema previsional (retiros hasta el 95% de los fondos previsionales de las AFP) dan un balance negativo para la protección social.

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados de la investigación muestran que el comportamiento del gasto de bolsillo en salud de Perú sigue la racionalidad de la demanda de servicios de las personas, que se traslada según sus ingresos, su disponibilidad de tiempo y su aseguramiento. Se pudo verificar que la demanda de servicios es mayor en aquellas personas que tienen seguro porque pagan por su atención un precio más bajo que una persona que no tiene seguro. La demanda de estos últimos consecuentemente se orienta a las farmacias y boticas y la automedicación.

Sin embargo, el incremento del aseguramiento en los asegurados del SIS y el incremento de la demanda de servicios han puesto en evidencia las dificultades de la oferta de servicios para dar atención a éstos. El comportamiento de la demanda se dividió según la condición de pobre y no pobre, mientras que los pobres orientaron su demanda hacia las farmacias con automedicación y remedios caseros, los no pobres orientaron su demanda a farmacias y consultorios y clínicas privadas y por ende el gasto de bolsillo de los que no tenían seguro fue mayor.

Se constató la permanencia de los no pobres en el régimen subsidiado del SIS. Esto se puede estar dando por la confluencia de dos situaciones: primero, el SIS no tiene un sistema de graduación que traspase a la población que sale de la pobreza a algún otro régimen de aseguramiento, y, segundo, la aversión al riesgo de las personas a estar desprotegidas frente a eventos de salud es un incentivo para mantenerse en el SIS.

La decisión de los no pobres sin seguro en cambio se concentra en la valoración de su consumo presente versus la probabilidad futura a enfermarse y son menos proclives a sacrificar parte de sus ingresos actuales para posibles eventos futuros. El nivel de educación tiene un rol importante en la decisión de asegurarse, en los hogares no pobres con mayor nivel de educación el nivel de aseguramiento tendió a aumentar, mientras que en los hogares pobres y que salen de pobreza con niveles educativos más bajos la tendencia es a no asegurarse.

El SIS ha logrado compensar ese efecto con la cobertura a estos grupos para cumplir con un objetivo en el corto plazo, pero con el transcurso del tiempo los resultados muestran que no es una medida sostenible y necesita cambios. El crecimiento de los asegurados del SIS a más del 40% de la población y la prolongación de la estadía

en el SIS bajo el régimen subsidiado de los no pobres ha mermado la disposición a pagar por un seguro en este grupo y la valla se encuentra a un nivel no más alto a su gasto de bolsillo presente en salud.

Se suma a ello, la debilidad en la oferta de servicios para afrontar una demanda creciente de atenciones de salud que ha contribuido en desestimar el aseguramiento en el régimen semicontributivo. Las expectativas de una recompensa mayor por el pago de un seguro para continuar recibiendo el mismo servicio que cuando no pagaba, debilitan la propuesta del régimen semicontributivo.

La recompensa esperada debe ser mayor o ir acompañada de otros beneficios vinculados con la protección social. A partir del análisis de las razones esbozadas para no demandar servicios, la adecuación de la oferta de servicios debería dar prioridad a la adecuación de sus servicios y horarios de atención a las necesidades de los usuarios, mejorar los flujos de atención de los pacientes para disminuir tiempos de espera, contar con mecanismos para gestionar citas y evitar largas colas, y garantizar la referencia de los pacientes cuando estos lo necesiten a niveles más complejos del sistema, esto último con el fin de contener la creciente demanda en hospitales y sus emergencias.

Por otro lado, se pudo evidenciar que la seguridad social (EsSalud) no ha sido activa en la política de aseguramiento. No se evidenciaron modificaciones significativas en el aseguramiento y su población ha ido envejeciendo, su crecimiento fue inferior al ritmo de crecimiento del empleo.

Sin embargo, A favor de este subsistema se puede decir que en el período brindó una mejor protección financiera a sus asegurados, el gasto de bolsillo fue experimentando una disminución. Como operador de la seguridad social ha mostrado una escasa capacidad para absorber a la PEA con nuevos planes de salud y propuestas integrales de protección social.

Para el grupo de no pobres que permanecieron en el período como no pobres la variable aseguramiento si fue significativa, sin embargo, el nivel de aseguramiento observado fue bajo. Las primas de los seguros privados son altas y el mercado de seguros es restringido. Después de la implantación del PEAS no se han generado propuestas desde el Estado para ampliar la cobertura de aseguramiento en los no pobres a través del régimen contributivo y seguros privados.

A nivel macro, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud ha tenido una tendencia decreciente dentro del período de análisis y ha continuado en descenso hasta la actualidad.

El aumento del gasto público en salud ha permitido disminuir la participación del gasto de bolsillo dentro del gasto total, pero en términos absolutos el gasto de bolsillo en salud ha sido creciente para los hogares. La comparación con otros países muestra un gasto público insuficiente (menor al 6% del PIB) con un gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud por encima del 20% recomendado por OMS, que lo pone dentro del de países con sistemas inequitativos.

El financiamiento público en salud resulta insuficiente comparado con otros países y hacia adentro es aún más evidente, a la luz de los resultados encontrados existen brechas por cerrar para mejorar el acceso de la población a servicios de salud que requieren de mayores de recursos.

El gasto de bolsillo, si bien es comparativamente más bajo que otros países, y al interior ha ido disminuyendo en los más pobres, un grupo creciente de no pobres ha ido incurriendo en gastos crecientes de bolsillo en salud. La desprotección financiera a este último grupo pone en riesgo la sostenibilidad de la política de aseguramiento y el logro del objetivo de cobertura universal.

Bajo el escenario actual, tanto la política de aseguramiento como la política de integración de redes son insuficientes. Ambas reformas mantienen el enfoque puesto en el subsector público MINSA, en especial en el SIS que ha ido más allá de su especialización en el aseguramiento.

Perú necesita una reforma integral del sistema de salud redefiniendo el rol del SIS que fue desarrollado bajo el paradigma de la pobreza para refundarlo como un seguro público en la construcción de un nuevo paradigma de ciudadanía. A la par, también debe replantearse el rol de la seguridad social que se ha quedado estancada en esquemas obsoletos.

Dicha reforma debe tener una visión de Estado suprasectorial que convoque a todos los actores que tienen responsabilidades en algún aspecto de la salud de la población, como el MINSA, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Ministerio de la Mujer, el Ministerio de Economía y Finanzas, los gobiernos regionales, entre otros. Cada uno participa

en el sector de diferentes formas, de tal manera que la visión y coordinación requiere sus aportes y compromisos. Ello centrado en abordar el postergado tema de la política de seguridad social para preservar salud, los ingresos de las personas y el bienestar social.

Bibliografía

- Abul Naga, R. H., & Lamiraud, K. (2011). *Catastrophic Health Expenditure and Household Well-Being*. ESSEC Working paper. Document de Recherche ESSEC / Centre de recherche de l'ESSEC ISSN : 1291-9616 WP 10010. Disponible en <https://hal-essec.archives-ouvertes.fr/hal-00592139>
- Alcalde-Rabanal, J. E., Lazo-González, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud pública de méxico*, 53, s243-s254. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/19.pdf>
- Alfageme, A. (2012). Algunas reflexiones sobre la Ley de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú. *Revista Moneda*(151), 37-41. Disponible en: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Revista-Moneda/moneda-151/moneda-151-08.pdf>
- Álvarez, B., Pellisé, L., & Lobo, F. (2000). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8, 55-70.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American economic review*, 53(5), 941-973.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. *Resolución 217 A (III)*. Fecha de acceso: 23/12/2016. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/index.html>
- Atun, R., de Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., . . . Muntaner, C. (2015). La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *MEDICC Review*, 17(S1), 21-39.
- Baeza, C., Cabezas, M., & Oyarzo, C. E. (1999). *Gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud*. Ginebra: Organización Internacional de Trabajo.
- Banco Mundial. (2016a) Financiamiento de la salud en el Perú: alcanzando el aseguramiento universal. *Nota de política*. Washington, DC: Grupo Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2016b). *Indicadores del Desarrollo Mundial*. Banco Mundial. Indicadores del Desarrollo Mundial. Disponible en: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>
- Banco Mundial. (2016c, 05/05/2016). Perú Panorama general. Fecha de acceso: 12/09/2016. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview>
- Bárcena, A., & Prado, A. (2010). *La hora de la igualdad. Brechas por cerrar, caminos por abrir*. Santiago: CEPAL.
- Barona, J. L. (1991). *Introducción a la medicina*: Universitat de València.
- BCRP. (2016). *Reporte de Inflación: Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2016-2018*. Lima: Banco Central de Reserva del Perú.

Disponible en: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2016/junio/reporte-de-inflacion-junio-2016.pdf>

- Burneo, K. (2015). Crisis del financiamiento de la salud en el Perú. *Revista de la Academia Peruana de Salud*, 22(2), 2.
- Casalí, P., & Pena, H. (2012). *Los trabajadores independientes y la seguridad social en el Perú*. Lima: Organización Internacional del Trabajo.
- Casino, G. (2012). Spanish health cuts could create “humanitarian problem”. *The Lancet*, 379(9828), 1777. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60745-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60745-4)
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 13(8), 38.
- Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., & Casalí, P. (2013). *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: OIT/Oficina de la OIT para Países Andinos.
- Chicaíza, L. A., & Cabedo, J. D. C. (2007). Las opciones financieras como mecanismo para estimar las primas de seguro y reaseguro en el sistema de salud colombiano. *Cuadernos de Administración*, 20(34). Disponible en: http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cuadernos_admon/article/view/4051
- Cid, C., & Prieto, L. (2012). El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Revista Panamericana Salud Pública*, 31(4), 310-316. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22652971>
- Cid Pedraza, C., & Prieto Toledo, A. L. (2013a). *Cooperación técnica en la elaboración de propuesta del componente salud para grupos de difícil cobertura en al República Dominicana en el contexto del sistema dominicano de seguridad social*. Santo Domingo: O. P. d. I. Salud.
- Cid Pedraza, C., & Prieto Toledo, L. (2013b). *Sistematización de las Metodologías de Medición del Gasto de Bolsillo en Salud y Propuesta Metodológica para Chile*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile. Disponible en: http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/Medicion_-Gasto_-Bolsillo_corregida.pdf
- CIDE/INEI. (2011). *Perú: Determinantes de la pobreza 2009*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0942/libro.pdf
- CNS. (2013). *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud: El Perú saluda la vida*. Lima: Consejo Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>
- Congreso de la República del Perú. (2009). Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud. Ley No. 29344.

- Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., & Cortez, R. (2015). *Going universal: how 24 developing countries are implementing universal health coverage from the bottom up*. Washington, DC: World Bank.
- Cotler, J. (1994). Crisis política, outsiders, y autoritarismo plebiscitario: el fujimorismo. *Política y sociedad en el Perú. Cambios y continuidades*. Disponible en:
- Cruz Rivero, C., Luna Ruiz, G. A., Morales Barrera, R., & Coello Levet, C. G. (2006). Gasto catastrófico en salud y elasticidades ingreso por tipo de gasto en servicios de salud en México. *Bienestar y política social*, 2(1), 21.
- Defensoría del Pueblo. (2007). *Atención de salud para los más pobres: el Seguro Integral de Salud*. Lima: Defensoría del Pueblo Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/GOB/943_GOB418.pdf.
- Ehrlich, I., & Becker, G. S. (1972). Market insurance, self-insurance, and self-protection. *Journal of Political Economy*, 80(4), 623-648.
- El Comercio. (2015, 21/02/2015). ¿Cómo elegir el seguro de salud adecuado para independientes? *El Comercio*. Disponible en <http://elcomercio.pe/economia/personal/como-elegir-seguro-salud-adecuado-independientes-noticia-1792918>
- Evans, R. (1983). Incomplete vertical integration in the health care industry: pseudomarkets and pseudopolicies. *A.J. Culyer, ed. The economy of health*, 2.
- Ferreiro, A., Saavedra, J. J., & Zuleta, G. (2004) Marco conceptual para la regulación de seguros de salud. In Banco Interamericano de Desarrollo (Serie Ed.). *Serie de Estudios Económicos y Sociales*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo,.
- FMI-WEO. (2016). *World Economic Outlook. Fondo Monetario Internacional*. World Economic Outlook. Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2016/02/weodata/index.aspx>
- Gallo, L. E. (2015). El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro. *Monitor Estratégico*, No. 7, 6.
- Garg, C. C., & Karan, A. K. (2005). Health and Millennium Development Goal 1: Reducing Out-of-pocket Expenditures to Reduce Income Poverty: Evidence from India. *EQUITAP Project*. Disponible en: <http://www.equitap.org/publications/docs/EquitapWP15.pdf>
- Giedion, Ú., Muñoz, A. L., & Ávila, A. (2012). *Introducción a la serie de priorización explícita en salud*. Washington, DC: B. I. d. Desarrollo. Disponible en: <http://services.iadb.org/wmsfiles/products/Publications/36829104.pdf>
- Giedion, U., Tristao, I., Bitrán, R., & Cañón, O. (2014). Explicitar lo implícito: Análisis de siete planes de beneficios en salud de América Latina. En U. Giedion, I. Tristao, & R. Bitrán (Eds.), *Planes de beneficios en salud de América Latina Una comparación regional*. Washington, DC: IADB.
- Glassman, A., Escobar, M.-L., Giuffrida, A., & Giedion, Ú. (2010). *Salud al alcance de todos: Una década de expansión del seguro médico en Colombia*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo

The Brookings Institution.

- González, M. J. (2015). Out-of-pocket Expenses in Latin America: Implications for Policy. *ISPOR LATIN AMERICA CONSORTIUM NEWSLETTER*, 3(4). Disponible en: <http://www.ispor.org/consortiums/LatinAmerica/articles/Out-of-pocket-Expenses-in-Latin-America-Implications-for-Policy-News-Across-LA-Vol-3-Iss-4.pdf>
- Gottret, P. E., & Schieber, G. (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. Washington, DC: World Bank Publications.
- Gottret, P. E., Schieber, G., & Waters, H. (2008). *Good practices in health financing: lessons from reforms in low and middle-income countries*. Washington, DC: World Bank Publications.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/1830580>
- Heller, P. S. (2005a). Back to Basics-Fiscal Space: What it is and how to get it. *Finance and Development-English Edition*, 42(2), 32-33.
- Heller, P. S. (2005b) Understanding fiscal space. International Monetary Fund.
- Heller, P. S. (2006). The prospects of creating 'fiscal space' for the health sector. *Health Policy and Planning*, 21(2), 75-79. Disponible en: <https://heapol.oxfordjournals.org/content/21/2/75.full.pdf>
- Huang, C.-f., & Litzenberger, R. H. (1988). *Foundations for financial economics*. Upper Saddle River: North-Holland.
- INEI. (2012a) Compendio Estadístico Perú 2012. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- INEI. (2012b). *Informe Técnico: Evolución de la pobreza 2007-2011*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza_informetecnico.pdf
- INEI. (2014a). *Producción y empleo informal en el Perú: Cuenta satélite de la economía informal 2007-2012*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1154/.
- INEI. (2014b). *Situación de la Población Adulta Mayor*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-oct-dic-2013.pdf>
- INEI. (2015a). *Estadísticas de población y vivienda. Instituto Nacional de Estadística e Informática*. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
- INEI. (2015b). *Estado de la población peruana 2015*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disponible en:

http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf

- INEI. (2016a) Compendio Estadístico Perú 2016. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- INEI. (2016b) Condiciones de Vida en el Perú. In INEI (Series Ed.). *Informe Técnico*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- INEI. (2016c). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2015*. Lima: INEI. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/index.html
- INEI. (2016d). *Informe técnico: Evolución de la pobreza monetaria 2009-2015*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1347/libro.pdf
- INEI. (2016e). *Perú: Evolución de los Indicadores de Empleo e Ingreso 2004-2015*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1371/Libro.pdf
- INEI. (2016f). Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones Base de Datos de: INEI: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Fecha de acceso 09/2016, Disponible en: <http://webinei.inei.gob.pe:8080/SIRTOD/inicio.html#app=8d5c&49c3-selectedIndex=1&93f0-selectedIndex=1>
- Jarrow, R. A. (1988). *Finance theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lavilla Ruiz, H. (2012). *Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Maceira, D. (1998). Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo. . *Estudios Mayores de Investigación Aplicada 2*. Disponible en: <http://www.phrplus.org/Pubs/m2wp2s.pdf>
- Maceira, D., & Reynoso, A. (2010). Gasto financieramente catastrófico y empobrecedor en salud en Argentina 1997-2005. Disponible en:
- Maceira, D., & Reynoso, A. (2012). Catastrophic and Impoverishing Health Expenditure in Argentina, 1997-2005. En F. M. Knaul, R. Wong, & H. Arreola-Ornelas (Eds.), *Financing health in Latin America Series* (Vol. Volume 1: Household Spending and Impoverishment, pp. 83). Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Centre.
- Madueño, M., de Habich, M., & Jumpa, M. (2004). *Disposición a pagar por seguros de salud en los segmentos no asalariados de medianos y altos ingresos ¿existe una demanda potencial en el Lima Metropolitana?* Lima: CIES. Disponible en:

<http://old.cies.org.pe/files/documents/investigaciones/salud/disposicion-a-pagar-por-seguros-de-salud-en-los-segmentos-no-asalariados-existe-una-demanda-potencial-en-el-peru.pdf>

- Matus-López, M., Prieto Toledo, L., & Cid Pedraza, C. (2016). Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40(1), 64-69.
- MEF. (2016). Seguimiento de la Ejecución Presupuestal (Consulta amigable). *Portal de Transparencia Económica: Información Económica*. Fecha de acceso: 21/04/2016. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=504%3Aseguimiento-de-la-ejecucion-presupuestal-diaria&catid=267%3Aseguimiento-de-la-ejecucion-presupuestal-diaria&Itemid=100944
- MINSA-DGE. (2013). *Análisis de Situación de Salud del Perú*. Lima, Perú: Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
- MINSA. (2011). *Informe de gestión - Avances del proceso de implementación del Aseguramiento Universal en Salud (2009-2011)*. Lima: MINSA. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/archivos/informeaussetecsetin.pdf>
- MINSA. (2014). *Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2012*. Lima: Ministerio de Salud.
- MINSA. (2015). *Cuentas nacionales de salud Perú 1995-2012*. Lima: Ministerio de Salud. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3248.pdf>
- Montañez, V. (2011). *Revisión de la estructura de mercado de pooling, análisis y recomendaciones*. Políticas en Salud. Lima.
- Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717-731. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560787/pdf/10916909.pdf>
- Musgrove, P. (1997). Economic crisis and health policy response. En G. Tapinos, A. Mason, & J. Bravo (Eds.), *Demographic responses to economic adjustment in Latin America* (pp. 37-53). New York: Oxford University Press.
- NHS. (2016, 06/07/2015). The history of the NHS in England. Fecha de acceso: 23/12/2016. Disponible en: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/Pages/NHShistory1948.aspx>
- Núñez, J., Zapata, J. G., Castañeda, C., Fonseca, S. M., & Ramírez, J. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano: Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. Bogotá, DC: La Imprenta Editores S.A.

- OCDE. (2007). *Perspectivas del empleo de la OCDE 2007*. Madrid: Ministry of Labor and Social Affairs, Spain.
- OCDE. (2016). Health Systems Characteristics Survey. Fecha de acceso: 15/12/2016. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>
- OECD. (2015) Avanzando hacia una mejor educación para Perú. *Vol. 3. Making development happen*. Paris: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- OECD, Eurostat, & WHO. (2011). *A system of health accounts* Disponible en: <http://www.who.int/health-accounts/documentation/sha2011.pdf?ua=1>
- Oggier, G. R. (2012). *Modelos de contratación y pago en salud ¿Integración vertical o tercerización de servicios?* Disponible en: http://www.fsg.com.ar/facebook/ediciones_pdf/modelos_contratacion.pdf
- OMS. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2005). *Guía del productor de cuentas nacionales de salud: con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios*. Canadá: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43363/1/9243546074_spa.pdf
- OMS. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf
- OMS. (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes Sociales de la salud*. Paper presented at the Documento de trabajo de la conferencia mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Documento Comisión Determinantes Sociales de la Salud, Rio de Janeiro.
- OPS. (2007a). *Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional: Desempeño y Fortalecimiento*. Washington, DC. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf
- OPS. (2007b) *Salud en las Américas. Vol. 1*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud,.
- OPS/OMS. (2014). *53o Consejo Directivo: 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington, DC: OPS Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774%3A2014-53rd-directing-council&catid=7003%3A53rd-session-29-sep-3-oct&Itemid=41062&lang=es.
- OPS/OMS. (2015). Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas. *Documento de Trabajo*. Disponible en: <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange->

[documents/informacion-tecnica/41-espacio-fiscal-para-el-aumento-de-la-prioridad-de-salud-en-el-gasto-publico-en-la-region-de-las-americas/file](#)

- Pacific Credit Rating. (2015) Informe sectorial: Perú: Sector seguros. Lima: Pacific Credit Rating.
- PCM. (2014). Ana Jara: cartera de inversiones del sector Salud suma S/. 8,400 millones e incluye 200 proyectos a nivel nacional [Nota de Prensa]. Presidencia del Consejo de Ministros,. Disponible en: <http://www.pcm.gob.pe/2014/10/ana-jara-cartera-de-inversiones-del-sector-salud-suma-s-8400-millones-e-incluye-200-proyectos-a-nivel-nacional/>
- Perticara, M. (2008) Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. *Serie Políticas Sociales: Vol. 141* (pp. 68). Santiago de Chile: CEPAL.
- Petrera, M. (2014). *La Atención de Salud en el Perú*. Brasília. Disponible en: [wp-content/uploads/2014/06/Artículo_Margarita_Petrera.pdf](#)
- Phelps, C. E. (2003). *Health Economics* (3rd ed.): Addison Wesley.
- PNUD. (2015). *Informe sobre desarrollo humano 2015*. New York, NY: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2015-human-development-report.html>
- Políticas en Salud. (2011) La convergencia hacia la cobertura universal: Cambios en el desempeño del sistema de financiamiento de la salud en el Perú: 2000-2009. *Serie de Discusión: La reforma del financiamiento en salud: Opciones de política*. Lima: USAID Perú/Políticas en Salud.
- Políticas en Salud. (2014). *El espacio fiscal en salud 2015-2017*. Lima: USAID/Políticas en Salud.
- Prieto, A. L., & Montañez, V. (2017). *Estudio de Gasto Catastrófico y Empobrecedor en Salud en la Región de las Américas*. HSS. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC.
- Prieto, L., Cid, C., & Montañez, V. (2014). Perú: el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. En U. Giedion, I. Tristao, & R. Bitrán (Eds.), *Planes de beneficios en salud de América Latina Una comparación regional*. Washington, DC: IADB.
- Reich, M. R. (2011, 03/06/2016). *La rectoría del sector salud como eje de la reforma hacia la universalidad de la cobertura en salud*. Paper presented at the Simposio Internacional CONAMED, Simposio Sobre Medicina y Salud UNAM: Hacia un Sistema de Salud con Calidad, Ciudad de México.
- Restrepo, J. H. (2016). *La salud y el sector salud en Perú: Una perspectiva comparada*. Banco Interamericano de Desarrollo. Lima.
- Restrepo, J. H., Lopera, J. F., & Rodríguez, S. M. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Revista de Economía Institucional*, 9(17).

- Robles Guerrero, L. R. (2013). *Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud*. Paper presented at the Anales de la Facultad de Medicina.
- Rogers, J. M., & Gray, M. B. (1994). CE data: quintiles of income versus quintiles of outlays. *Monthly Labor Review*, 117, 32.
- Rosen, G. (1958). *A history of public health*. New York, NY, US: MD Publications.
- Sáenz, M. d. R., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud pública de méxico*, 53(suplemento 2), s243-s254. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/11Costa%20Rica.pdf
- Saltman, R., Rico, A., & Boerma, W. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. England: McGraw-Hill Education (UK).
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (1997). *European health care reform: Analysis of current strategies* (R. B. Saltman & J. Figueras Eds.). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Seinfeld, J., & La Serna, C. (2007). Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿cómo lograr la protección en salud de personas de ingresos medio bajos y bajos. *Economía y Sociedad*, 64.
- Seinfeld, J., Montañez, V., & Besich, N. (2013). The Health Insurance System in Peru: Towards a Universal Health Insurance. *Global Development Network*.
- Sharpe, W. F. (1970). *Portfolio theory and capital markets*. New York: McGraw-Hill College.
- Sigerist, H. E. (1998). *Hitos en la historia de la salud pública: Siglo XXI*.
- SIS. (2016). *Boletín Estadístico Seguro Integral de Salud*. Lima: Seguro Integral de Salud.
- Smith, P. C., & Witter, S. (2004) Risk pooling in health care financing: the implications for health system performance. *Health, Nutrition and Population Discussion Paper*. Washington, DC: World Bank.
- Stuckler, D., Feigl, A. B., Basu, S., & McKee, M. (2010). *The political economy of universal health coverage*. Paper presented at the Background paper for the global symposium on health systems research. Geneva: World Health Organization.
- Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. (2014). *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad-Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf
- Sulku, S. N., & Bernard, D. M. (2012). Financial burden of health care expenditures: Turkey. *Iranian journal of public health*, 41(3), 48-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481699/pdf/ijph-41-48.pdf>

- SuSalud. (2016a) Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud: Enero-Julio 2016. Lima: SuSalud.
- SuSalud. (2016b). Registro Nacional de IPRESS Base de Datos de: Superintendencia Nacional de Salud: Fecha de acceso 28/08/2016, Disponible en: <http://datos.susalud.gob.pe/dataset/registro-de-ipress-renipress>
- Tandon, A., & Cashin, C. (2010) Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective. *Health, Nutrition and Population Discussion Paper*. Washington: World bank.
- Thomas, S., Keegan, C., Barry, S., & Layte, R. (2012). The Irish health system and the economic crisis. *The Lancet*, 380(9847), 1056-1057.
- Tirole, J. (1988). *The Theory of Industrial Organization* (Vol. 1): The MIT Press.
- Titelman, D., Cetrángolo, O., & Acosta, O. L. (2015). Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes. *The Lancet*, 385(9975), 1359-1363. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61780-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61780-3)
- Tobin, J. (1958). Estimation of relationships for limited dependent variables. *Econometrica: journal of the Econometric Society*, 26(1), 24-36. doi:10.2307/1907382
- Torres, A.-C., & Knaul, F.-M. (2003). Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. En F.-M. Knaul & G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción* (pp. 209-228). México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1991). Loss aversion in riskless choice: A reference-dependent model. *The quarterly journal of economics*, 106(4), 1039-1061.
- UNFPA/Perú. (2016). Esperanza de vida. *Esperanza de vida*. Fecha de acceso: 14/09/2016. Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/infosd/esperanza_vida/esp_vida_01.htm
- Urriola, R. (2005). Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno. *Rev CEPAL*, 87, 61-78.
- Vammalle, C., Ruiz, A. M., Prieto, A. L., & Montañez, V. A. (2016). *Health financing and budgeting practices for health in Peru*. Manuscrito no publicado.
- Vargas, I., Vázquez, M. L., & Jané, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cadernos de saúde pública*, 18(4), 927-937. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10177.pdf>
- Vilar Rodríguez, M. (2009). *La cobertura social a través de las sociedades de socorro mutuo, 1839-1935: ¿ una alternativa al Estado para afrontar los fallos del mercado?* Paper presented at the XVI Encuentro de Economía Pública: 5 y 6 de febrero de 2009: Palacio de Congresos de Granada.
- Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health*

- economics*, 12(11), 921-933. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.776/abstract>
- Xu, K. (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología. *FER/EIP Discussion Paper*. Disponible en:
<http://www.who.int/iris/handle/10665/85626>
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111-117.
- Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, I., Kutzin, J., & Evans, D. B. (2010). Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. *World Health Report (2010) Background Paper*,(19). Disponible en:
<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf?ua=1>

ANEXOS

Anexo A: Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

Tabla Anexo A.1 Decreto Supremo 008-2010-SA. Reglamento de la Ley No 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

Funciones: DS008-2010
MINSA
<p>a. Aprobar y ejecutar políticas nacionales de aseguramiento en salud.</p> <p>b. Aprobar normas regulatorias para todas las instancias descentralizadas, organismos e instituciones del sector público, privado o mixto, vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud, incluidos los del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú, y otros, conforme a la normativa vigente.</p> <p>c. Conducir y promover la articulación con las instancias gubernamentales de nivel nacional, regional y local, instituciones del sector de aseguramiento público, privado o mixto, y demás entidades que permitan la implementación progresiva del proceso de Aseguramiento Universal en Salud.</p> <p>d. Coordinar con los gobiernos regionales y locales, organizaciones públicas y privadas de su jurisdicción, la ejecución de las políticas y planes relacionados con la promoción, implementación y el fortalecimiento del Aseguramiento Universal en Salud.</p> <p>e. Supervisar, monitorear y evaluar el avance del proceso de aseguramiento en salud en el territorio nacional, informando a la ciudadanía y órganos competentes.</p> <p>f. Integrar progresivamente los mecanismos y estándares de información del sector salud y del proceso de Aseguramiento Universal en Salud, permitiendo la oportunidad y confiabilidad en la provisión de información para la toma de decisiones.</p> <p>g. Establecer los lineamientos para el uso eficiente y adecuado de los fondos públicos intangibles destinados a lo relacionado directa o indirectamente al otorgamiento de las prestaciones incluidas en el marco del aseguramiento universal.</p>

- h. Vigilar la ejecución de la potestad sancionadora de la SUNASA en el proceso de Aseguramiento Universal en Salud, en el ámbito nacional.
- i. Conducir y promover la articulación de las instancias prestadoras de servicios de salud según lo previsto en el artículo 22° de la Ley.
- j. Como política del sector y en el marco del AUS, el MINSA propenderá el acceso de medicamentos de calidad y precios a la población de los diferentes planes de aseguramiento, para lo cual establecerá convenios con los diferentes agentes vinculados al AUS, en estricto cumplimiento de las normas legales vigentes.
- k. Otras conforme a la normatividad vigente.

COMITÉ TÉCNICO IMPLEMENTADOR REGIONAL

Aprobar y ejecutar políticas regionales de aseguramiento en salud, en el marco de los lineamientos, normas y políticas nacionales emitidas por el Ministerio de Salud.

Incluir en el plan de desarrollo regional concertado iniciativas del proceso de Aseguramiento Universal en Salud.

Coordinar con los gobiernos municipales, organizaciones públicas y privadas de su jurisdicción, la ejecución de las políticas relacionadas con la promoción, implementación y el fortalecimiento del Aseguramiento Universal en Salud.

Supervisar y monitorear el avance del proceso de aseguramiento en salud en la región, informando al MINSA y a la ciudadanía de los avances del proceso de AUS.

Coordinar la articulación de las IPRESS a nivel de su Región.

IAFAS	
<ul style="list-style-type: none"> a. Brindar servicios de cobertura de riesgos en salud a sus afiliados en el marco del proceso de aseguramiento universal en salud. b. Captar y administrar los aportes de los afiliados o del estado en el marco 	<p>Derechos de los asegurados:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Precisar en idioma que entienda el asegurado, y con letra legible, el objeto y extensión de la cobertura del seguro que se ofrezca. b. Definir la forma de contratación e inicio de cobertura, esto es, si es un seguro individual,

<p>del proceso de aseguramiento universal en salud.</p> <p>c. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por alguno de los sistemas de aseguramiento público, privado o mixto.</p> <p>d. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus derechohabientes puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las IAFAS tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley y demás normas pertinentes.</p> <p>e. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus derechohabientes, a las IPRESS con las cuales haya establecido convenios o contratos o se encuentre vinculada en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad o accidente.</p> <p>f. Remitir a la SUNASA la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a los ingresos y egresos de afiliados y sus beneficiarios, a la recaudación por contribuciones y aportes y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.</p>	<p>deberá entregar un plan de seguro individual y específico, o si se trata de un seguro contratado en forma colectiva, a través de una entidad que actúa como contratante a nombre o por cuenta de los asegurados, deberá entregar un plan de cobertura, pudiendo el asegurado solicitar a la IAFAS un ejemplar del plan a completo.</p> <p>c. Precisar los requisitos o condiciones de asegurabilidad, restricciones o condiciones especiales de cobertura; plazos de carencias, deducibles u otras limitaciones de cobertura, en el marco de las normas vigentes.</p> <p>d. Señalar los documentos y declaraciones que se requieran firmar y su importancia al momento de pretender una atención de salud, como por ejemplo declaraciones personales de salud y cuestionarios, conforme a las disposiciones que emanen de la SUNASA.</p> <p>e. Señalar las causales de exclusión que corresponden a situaciones en las cuales el seguro no va operar o dejaría de aplicar, con la precisión que corresponde, de acuerdo a las disposiciones que dicte la SUNASA.</p> <p>f. La prima, contribución, cotización, aporte o precio a pagar, cuando corresponda, por el seguro contratado y su forma de pago, conforme a lo señalado por la SUNASA.</p> <p>g. Las demás que determine el Ministerio de Salud y SUSALUD</p>
---	--

<p>g. Establecer y realizar procedimientos para controlar las prestaciones de salud en forma, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las IPRESS conforme a las condiciones pactadas.</p> <p>h. Asumir responsabilidad solidaria con las IPRESS frente a los usuarios por los planes de salud que oferta a través de infraestructura propia o de terceros, sin perjuicio del derecho de repetición a que hubiere lugar. La SUNASA definirá el procedimiento de atención al usuario.</p>	
<p>IPRESS</p>	
<p>Son funciones de las IPRESS brindar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y derecho habientes dentro de los parámetros y principios determinados en el presente reglamento.</p> <p>Las IPRESS tienen como principios fundamentales la prestación de servicios con características de la calidad y oportunidad. Podrán gozar de autonomía administrativa y financiera.</p> <p>Para que una institución pueda constituirse como una IPRESS deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.</p>	<p>Derechos de los asegurados:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Acceso expedito a los servicios asistenciales. b. Trato respetuoso y digno por parte de todo el personal de la IPRESS. c. La información sobre el asegurado debe ser confidencial y con respecto a la privacidad según las normas vigentes. d. Brindar seguridad al asegurado en el servicio asistencial. e. Conocer la identidad y grado de preparación de las personas que le presten el servicio.

<p>Las IPRESS están facultadas para vender servicios a las IAFAS e intercambiar servicios entre sí.</p> <p>Las IPRESS son responsables frente a los usuarios por las prestaciones de salud con oportunidad y calidad que brinden.</p>	<p>f. Conocer la información sobre el padecimiento, diagnóstico, tratamiento y alternativas de curación.</p> <p>g. Estar comunicado, en todo momento, con sus familiares, de acuerdo a la naturaleza del servicio que recibe.</p> <p>h. Disponer del consentimiento respectivo para cualquier acción terapéutica, conforme a la normativa vigente.</p>
---	--

SUNASA: Funciones Generales

a. Función de registro. Esta función comprende la facultad de registrar, renovar y cancelar la inscripción de las actividades y/o agentes vinculados al aseguramiento universal en salud, cuya inscripción se establezca por el ordenamiento jurídico.

b. Función de autorización. Esta función comprende la facultad de expedir los actos administrativos necesarios que habilite el ejercicio de las actividades y el funcionamiento de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Entidades prepagas de salud y todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular y anticipado, siempre que la autorización sea exigida por el ordenamiento jurídico.

c. Función de supervisión: Comprende la facultad de verificar el cumplimiento de los objetivos y normativa relaciona al aseguramiento universal en salud, así como las obligaciones legales, contractuales o técnicas por parte de las instituciones supervisadas, en resguardo de los derechos de los asegurados.

Los agentes de supervisión tienen la atribución de ingresar libremente a las entidades supervisadas y exigir la presencia del personal directivo o del representante de la misma para el ejercicio de sus funciones.

d. Función de regulación: Comprende la facultad de emitir dentro del ámbito de su competencia resoluciones de carácter general y particular que rijan las actividades de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Entidades

prepagas de servicios de salud y todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular y anticipado.

e. Función sancionadora: Comprende la facultad de imponer sanciones dentro de su ámbito de competencia por el incumplimiento de las obligaciones previstas en el marco legal y contractual que sea aplicable.

f. Otras que se le asigne por Ley, el presente reglamento y en el Reglamento de Organización y funciones.

Con respecto a las IAFAS

a. Autorizar la organización y funcionamiento de las IAFAS, determinando las condiciones mínimas según su naturaleza de públicas, privadas o mixtas. Esta función incluye la renovación y revocación de la autorización, de conformidad a lo establecido en el ordenamiento jurídico.

b. Registrar a las IAFAS, estableciendo los requisitos, normas y procedimientos para tales efectos.

c. Vigilar que las IAFAS actúen observando las políticas y lineamientos del aseguramiento universal en salud establecidos en la Ley como los definidos por el MINSA.

d. Velar por el uso y destino eficiente de los fondos destinados al Aseguramiento Universal en Salud administrados por las IAFAS, incluyendo la supervisión de los fondos administrados por el FISSAL.

Con respecto a las IPRES

a. Registrar, renovar y cancelar el registro de las IPRES, estableciendo los requisitos, normas y procedimientos para tales efectos.

b. Supervisar la calidad y oportunidad de la prestación de servicios de salud y garantizar el derecho de salud del asegurado, en el marco de las normas del proceso de aseguramiento universal en salud.

c. Vigilar los procesos asociados a la calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud, desarrollando mecanismos y estrategias de supervisión central y descentralizada.

d. Reglamentar las estructuras y condiciones mínimas de información que permitan una eficiente supervisión.

e. Velar que se promueva un adecuado equilibrio entre el valor de las prestaciones y contraprestaciones interinstitucionales por intercambio de servicios de salud que proteja los intereses de los asegurados, en un contexto de libre competencia y de equidad

<p>e. Vigilar los procesos asociados al acceso al AUS y protección financiera de la prestación de servicios de salud, desarrollando mecanismos y estrategias de supervisión central y descentralizada</p> <p>f. Regular sobre los mecanismos de articulación entre IAFAS.</p> <p>g. Regular sobre la solvencia, patrimonio mínimo, obligaciones técnicas, intangibilidad de fondos, oportunidad de pago y presentación de estados financieros de las IAFAS, en lo relacionado al AUS.</p> <p>h. Supervisar en los aspectos jurídicos y financieros a todas las IAFAS, procurando el debido cumplimiento de las obligaciones que establece la ley y aquéllas que deriven de los convenios suscritos con las IPRESS, Entidades Empleadoras, afiliados, y demás entidades. En el ejercicio de sus funciones, la Superintendencia podrá solicitar la información que considere necesaria a cualquier organismo público o privado, así como a terceros en general.</p> <p>i. Supervisar los procesos de elección, cuando correspondan, y de afiliación a las IAFAS.</p> <p>j. Normar las condiciones mínimas de los convenios a ser suscritos entre las</p>	<p>entre los diversos actores del aseguramiento universal en salud.</p> <p>f. Supervisar el cumplimiento de los compromisos de aseguramiento en salud.</p>
--	--

<p>IAFAS con las IPRESS o con los afiliados, con la finalidad de otorgarles claridad y transparencia en su contenido, facilitando su correcta interpretación y la supervisión de su cumplimiento, sin perjuicio de la liberalidad que corresponde en la fijación de cláusulas particulares o complementarias, las cuales no podrán contravenir en ningún caso las de carácter general.</p> <p>k. Supervisar el cumplimiento de los compromisos del aseguramiento en salud.</p>	
--	--

Fuente: Montañez V. 2011. El Seguro Integral de Salud como instrumento para el aseguramiento universal del Perú. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Anexo B: Encuesta Nacional de Hogares, base de datos panel 2007-2011

FICHA TECNICA DE LA BASE DE DATOS PANEL 2007-2011

- **OBJETIVO:**

Es medir los cambios en el comportamiento de algunas características de la población.

- **COBERTURA**

La encuesta se está realizando en el ámbito nacional, en el área urbana y rural, en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao.

- **PERIODO DE EJECUCIÓN**

El periodo de ejecución es:

- 2007 Anual.
- 2008 Anual.
- 2009 Anual.
- 2010 Anual.
- 2011 Anual.

- **TAMAÑO DE LA MUESTRA PANEL**

La muestra ENAHO 2007 fue dividida aleatoriamente en 12 submuestras, cada una con un número aproximado de conglomerados en cada departamento.

El tamaño de la muestra ENAHO Panel empleada para el periodo 2007-2011 es de 4 submuestras que tiene aproximadamente 7770 viviendas. A continuación, se detalla el tamaño de la muestra panel seleccionado para cada año:

- Para el año 2008 fueron 7767 hogares (tipenc08=3)
- Para el año 2009 fueron 7730 hogares (tipenc09=3)
- Para el año 2010 fueron 7751 hogares (tipenc10=3)
- Para el año 2011 fueron 7595 hogares (tipenc11=3)

Para realizar la comparabilidad se tomó en cuenta las viviendas paneles que han respondido en los 3, 4 y 5 años de tal manera que se cuentan con bases paneles de:

- Muestra panel común entre los años 2007 – 2011, asciende a 1129 hogares comparables.
- Muestra panel común entre los años 2007 – 2010, asciende a 2565 hogares comparables.
- Muestra panel común entre los años 2007 – 2009, asciende a 4247 hogares comparables.
- Muestra panel común entre los años 2008 – 2010, asciende a 4169 hogares comparables.
- Muestra panel común entre los años 2008 - 2011, asciende a 1164 hogares comparables.
- Muestra panel común entre los años 2009 – 2011, asciende a 1262 hogares comparables.

- **INFERENCIA**

Los resultados de la encuesta panel tendrán los siguientes niveles de inferencia:

Y Muestra Panel de 5 años 2007 – 2011

./ Nacional

Y Muestra Panel de 4 años 2007 – 2010

./ Nacional

./ Urbano Nacional

./ Rural Nacional

Y Muestra Panel de 3 años 2007 – 2009

./ Nacional

./ Urbano Nacional

./ Rural Nacional

./ Regiones: Costa, Sierra y Selva

Y Muestra Panel de 4 años 2008 – 2011

./ Nacional

Y Muestra Panel de 3 años 2008 – 2010

./ Nacional

./ Urbano Nacional

./ Rural Nacional

./ Regiones: Costa, Sierra y Selva

Y Muestra Panel de 3 años 2009 – 2011

./ Nacional

• **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

La unidad de investigación está constituida por:

- Los integrantes del hogar familiar,
- Los trabajadores del hogar con cama adentro, reciban o no pago por sus servicios,
- Los integrantes de una pensión familiar que tienen como máximo 9 pensionistas, y
- Las personas que no son miembros del hogar familiar, pero que estuvieron presentes en el hogar los últimos 30 días.

No serán investigados:

- Los integrantes de una pensión familiar que tiene de 10 a más pensionistas, y
- Los trabajadores del hogar con cama afuera.

- **INFORMANTES**

- Jefe del Hogar
- Ama de casa
- Perceptores
- Personas de 12 años y más

- **PERIODO DE REFERENCIA**

Los períodos de referencia para las variables a investigarse en la Encuesta Nacional de Hogares 2007-2011, son los siguientes:

- Características de la Vivienda y del Hogar:
 - Día de la entrevista
 - Últimos 12 meses
 - Último gasto mensual
- Características de los Miembros del Hogar:
 - Día de la entrevista.
 - Residencia Habitual: Últimos 30 días.
 - Condición de Ocupación: Semana Pasada
- Educación
 - Día de la entrevista
 - Presente año
 - Últimos 12 meses
 - Mes anterior
- Salud
 - Últimas 4 semanas
 - Últimos 3 meses
 - Últimos 12 meses
 - Últimos 36 meses

- Empleo
 - Condición de actividad: Semana pasada
 - Sistema de Pensiones: Día de la entrevista
 - Ingreso por Trabajo:
 - Ordinarios: Día, semana, quincena, mes anterior
 - En Especie: Últimos 12 meses
 - Extraordinarios Por Trabajo Dependiente: Últimos 12 meses
 - Trabajo anterior para los desocupados: Último trabajo realizado
 - Ingresos por Transferencias Corrientes: Últimos 6 meses
 - Ingresos por Rentas de la Propiedad: Últimos 12 meses
 - Otros Ingresos Extraordinarios: Últimos 12 meses

- **TEMAS INVESTIGADOS**

- Características de la vivienda y del hogar (20 preguntas)
- Educación - Para personas de 3 años y más de edad (32 Preguntas)
- Salud - Para todas las personas (28 Preguntas)
- Empleo e Ingreso - Para personas de 14 años y más de edad (63 Preguntas)
 - ingresos por trabajo
 - ingresos por transferencias corrientes (últimos 6 meses)
 - ingresos por rentas de la propiedad (últimos 12 meses)
 - ingresos extraordinarios (últimos 12 meses)

- **FACTORES DE EXPANSION**

El factor Panel se obtiene de acuerdo a los siguientes componentes: el factor básico de muestreo, los factores de ajuste por la no respuesta, los factores de ajuste de acuerdo al componente demográfico.

El factor básico de muestreo: Determinado por el diseño de la muestra.

Los factores de ajuste por la no respuesta: Es importante ajustar los factores de expansión teniendo en cuenta la magnitud de la no respuesta (rechazos y ausencias).

Los factores de expansión básicos para la ENAHO 2007-2011 serán ajustados teniendo en cuenta las proyecciones de población de acuerdo al componente demográfico.

- **PRINCIPALES VARIABLES DE LA PANEL**

La base panel 2007- 2011 cuenta con series de 3, 4 y 5 años, los archivos cuentan con los hogares paneles y no paneles de cada año, para seleccionar el panel a trabajar se debe tener en cuenta lo siguiente:

- **PERSONAS PANEL**

Archivos de Persona panel:

- Enaho01A-2007-2011-400-PANEL
- Enaho01A-2007-2011-300-PANEL
- Enaho01A-2007-2011-500-PANEL

Indicador de persona panel:

- PERPANEL0711 persona panel 2007-2011
- PERPANEL0710 persona panel 2007 -2010
- PERPANEL0709 persona panel 2007- 2009
- PERPANEL0811 persona panel 2008- 2011
- PERPANEL0810 persona panel 2008- 2010
- PERPANEL0911 persona panel 2009- 2011

Selección del factor panel según periodo:

- FAC_PANEL0711 factor panel 2007 – 2011 (ajustado a las proyecciones del CPV, 2007 del año 2011).

- FAC_PANEL0710 factor panel 2007 – 2010 (ajustado a las proyecciones del CPV, 2007 del año 2010).
- FAC_PANEL0709 factor panel 2007 – 2009 (ajustado a las proyecciones CPV 2007, del año 2009).
- FAC_PANEL0811 factor panel 2008 – 2011 (ajustado a las proyecciones CPV 2007, del año 2011).
- FAC_PANEL0911 factor panel 2009 – 2011 (ajustado a las proyecciones CPV 2007, del año 2011).
- FAC_PANEL0810 factor panel 2008 – 2010 (ajustado a las proyecciones CPV 2007, del año 2010).

- **HOGARES PANELES**

- Archivos de hogares paneles:

- Enaho01-2007-2011-100-PANEL
 - SUMARIA-2007-2011-PANEL

Indicador del hogar panel:

- HPANEL0711 hogar panel 2007 - 2011
- HPANEL0710 hogar panel 2007 - 2010
- HPANEL0709 hogar panel 2007 – 2009
- HPANEL0811 hogar panel 2008 – 2011
- HPANEL0810 hogar panel 2008 – 2010
- HPANEL0911 hogar panel 2009 – 2011

**Anexo C: Normas adicionales para la implementación de la Ley Marco
de Aseguramiento Universal en Salud, Marzo 2009-
Diciembre 2013**

**Tabla Anexo C.1 Resumen de normas emitidas para la implementación de la Ley Marco
de Aseguramiento Universal en Salud por tipo de norma**

Número de Norma	Descripción	Fecha de Emisión
Leyes		
Ley 30061	Ley que declara de prioritario interés nacional la atención integral de salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS)	06/07/2014
Ley 29870	Ley que deja sin efecto el requisito de afiliación obligatoria a un seguro médico para tener acceso al crédito en el Sistema Financiero	28/05/2012
Ley 29761	Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.	21/07/2011
Ley 29561	Ley que Establece la Continuidad en la Cobertura de Preexistencias en el Plan de Salud de las EPS.	17/07/2010
Ley 29344	Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud	30/03/2009
Decretos Supremos		
Decreto Supremo N° 008-2013-SA	Amplían plazo de implementación de las funciones de supervisión y sancionadoras de la SUNASA establecido en la Quinta Disposición Complementaria Transitoria del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.	20/6/2013

Tabla Anexo C.1 Resumen de normas emitidas para la implementación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud por tipo de norma

Número de Norma	Descripción	Fecha de Emisión
Decreto Supremo N° 010-2013-SA	Aprueban Plan de Salud Escolar, 2013-2016 con cargo al presupuesto institucional del Ministerio de Salud, del Seguro Integral de Salud y de los demás pliegos involucrados.	22/08/2013
Decreto Supremo N° 106-2013-EF	Aprueban afiliar al Régimen de Financiamiento Semicolaborativo del Seguro Integral de Salud – SIS a las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen Único Simplificado – NRUS, incluidos sus derechohabientes	30/05/2013
Decreto Supremo 003-2013-SA	Aprueban Reglamento de Supervisión de la SUNASA aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	26/03/2013
Decreto Supremo N° 007-2012-SA	Sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y Planes Complementarios del SIS.	21/08/2012
Decreto Supremo 005-2012-SA	Disposiciones Complementarias Relativas al Intercambio Prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el SIS y ESSALUD en el marco de la Ley N° 29344, Marco de Aseguramiento Universal en Salud	05/05/2012
Decreto Supremo N° 011-2011-SA	Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.	20/07/2011
Decreto Supremo 009-2011-SA	Aprueban Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA.	04/06/2011
Decreto de Urgencia N° 048-2010	Establecen medidas extraordinarias para la implementación de mecanismos para el incremento de la cobertura del aseguramiento universal.	11/07/2010

Tabla Anexo C.1 Resumen de normas emitidas para la implementación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud por tipo de norma

Número de Norma	Descripción	Fecha de Emisión
Decreto Supremo 034-2010-SA	Aprueban Mecanismos conducentes a la afiliación obligatoria del Aseguramiento Universal	24/11/2010
Decreto Supremo 008-2010-SA	Reglamento de la Ley 29344	02/04/2010
Decreto Supremo 016-2009-SA	Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS	28/11/2009
Decretos Legislativos		
DL N° 1153	Decreto que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de Salud al Servicio del Estado.	12/09/2013
DL N° 1154	Decreto Legislativo que autoriza los Servicios Complementarios de Salud.	12/09/2013
DL N° 1155	Decreto Legislativo que dicta Medidas Destinadas a Mejorar la Calidad del Servicio y Declara de Interés Público el Mantenimiento de la Infraestructura y el Equipamiento en los Establecimientos de Salud a Nivel Nacional	13/09/2013
DL N° 1156	Decreto Legislativo que Dicta Medidas Destinadas a Garantizar el Servicio Público de Salud en los casos en que exista un Riesgo Elevado o Daño a la Salud y la Vida de las Poblaciones	06/12/2013
DL N° 1157	Decreto Legislativo que aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud	06/12/2013
DL N° 1158	Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud	06/12/2013
DL N° 1159	Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público	06/12/2013

Tabla Anexo C.1 Resumen de normas emitidas para la implementación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud por tipo de norma

Número de Norma	Descripción	Fecha de Emisión
DL N° 1160	Decreto Legislativo que modifica el porcentaje que debe pagar el Seguro Social de Salud – EsSalud a la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria – SUNAT por la recaudación de sus aportaciones	06/12/2013
DL N° 1161	Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud	07/12/2013
DL N° 1163	Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud	07/12/2013
DL N° 1164	Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del seguro integral de salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado	07/12/2013
DL N° 1165	Decreto Legislativo que establece el mecanismo de “farmacias inclusivas” para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del Seguro Integral de Salud (SIS)	07/12/2013
DL N° 1166	Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las redes integradas de atención primaria de salud	07/12/2013
DL N° 1167	Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de los Servicios de Salud	07/12/2013
DL N° 1168	Decreto Legislativo que dicta medidas destinadas a mejorar la atención de la salud a través del desarrollo de las tecnologías sanitarias	07/12/2013
DL N° 1169	Decreto Legislativo que establece la implementación del sistema de comunicación electrónica para que EsSalud notifique los embargos en forma de retención y actos vinculados por deudas no tributarias a las empresas del sistema financiero	07/12/2013

Tabla Anexo C.1 Resumen de normas emitidas para la implementación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud por tipo de norma

Número de Norma	Descripción	Fecha de Emisión
DL N° 1170	Decreto Legislativo que establece la prelación del pago de las deudas a la seguridad social en salud	07/12/2013
DL N° 1171	Decreto Legislativo que modifica la Ley N° 26790 – Ley de modernización de la seguridad social en salud y establece la realización de estudios actuariales en el régimen contributivo de la seguridad social en salud	07/12/2013
DL N° 1172	Decreto Legislativo que establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la seguridad social en salud y la obligación de informar del trabajador	07/12/2013
DL N° 1173	Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas	07/12/2013
DL N° 1174	Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú	07/12/2013
DL N° 1175	Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú	07/12/2013
Resoluciones Ministeriales		
RM N° 417-2013/MINSA	Aprobar el cronograma de implementación de las funciones de supervisión y sancionadoras de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud que le confiere la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento, cuyo detalle se encuentre en el Anexo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.	11/7/2013
RM N° 325-2012-MINSA	Aprobar el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención	

Tabla Anexo C.1 Resumen de normas emitidas para la implementación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud por tipo de norma

Número de Norma	Descripción	Fecha de Emisión
RM N° 049-2011-MINSA	Resolución Ministerial N° 049-2011/MINSA - Aprueban Documento Técnico: "Promoviendo el derecho a la identificación para el ejercicio del derecho a la salud, en el marco del Aseguramiento Universal"	22/01/2011
RM N° 040-2011-MINSA	Aprueban el Documento Técnico: Lineamientos de Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud	14/01/2011
Resolución Ministerial N° 547-2010/MINSA	Resolución Ministerial N° 547-2010/MINSA - Declarar el inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud, a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en el Piloto de Lima Metropolitano y la Provincia Constitucional del Callao.	14/05/2010
Resolución Ministerial N° 405-2010/MINSA	Resolución Ministerial N° 405-2010/MINSA - Aprueban el inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en diversas provincias de los departamentos de Loreto y Amazonas.	08/01/2010
Resolución Ministerial N° 012-2010/MINSA	Resolución Ministerial N° 012-2010/MINSA - Aprueban el inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en la Ciudadela Pachacútec.	14/07/2010

Fuente: PARSALUD, Informe sobre el proceso de implementación del AUS en el Perú, Abril 2014

Tabla Anexo C.2 Resumen de normas emitidas por SUNASA para la implementación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud por tipo de norma

Número de Norma	Descripción	Fecha de Emisión
Resolución de Superintendencia N° 031-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD/CD	Aprobar la norma de "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS Privadas y Mixtas", cuyo texto forma parte integrante de la presente Resolución y consta de catorce (14) artículos, dos (2) Disposiciones Complementarias Transitorias y una (1) Disposición Complementaria Final	27/2/2014
Resolución de Superintendencia N° 008-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD/S	Aprueban el Programa Anual de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, para el periodo 2014, integrado por los programas anuales de supervisión correspondientes a la Intendencia de Supervisión de IPRESS e Intendencia de Supervisión de IAFAS, así como el Programa de Vigilancia de la IACPA, que forman parte de la presente Resolución	29/1/2014
Resolución de Superintendencia N° 004-2013-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	Aprobar el "Programa Anual de Difusión del Aseguramiento en Salud AUS-2013", de la Intendencia de Atención a la Ciudadanía y Protección del Asegurado, con eficacia anticipada al 01 de marzo del presente ejercicio presupuestal.	20/12/2013
Resolución de Superintendencia N° 079-2013-SUNASA	Aprobar las Guías e instrumentos de supervisión de las Intendencias de Supervisión de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (ISIAFAS) y de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS); así como las Guías e instrumentos de Vigilancia de la Intendencia de Atención a la Ciudadanía y Protección del Asegurado (IACPA).	15/7/2013

Tabla Anexo C.2 Resumen de normas emitidas por SUNASA para la implementación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud por tipo de norma

Número de Norma	Descripción	Fecha de Emisión
Resolución de Superintendencia N° 062-2013-SUNASA/S	Modifican el "Manual de Usuario de consulta al Registro de Afiliados al AUS, Anexo 2, del Manual de Usuario del Sistema Electrónico Transferencia de Información - AF" a que se refiere el artículo 3° de la Resolución de Superintendencia N° 042-2011-SUNASA-CD, "Reglamento para el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud - AUS"	17/05/2013
Resolución de Superintendencia N° 058-2013-SUNASA/CD	Aprueban condiciones mínimas aplicables a los contratos de servicios de salud que celebren el Seguro Integral de Salud - SIS y el Seguro Social de Salud - EsSalud, de manera complementaria a la oferta pública, con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que consta de diecinueve (19) Cláusulas Generales y dos (2) Anexos, los que forman parte integrante de la presente Resolución.	15/05/2013
Resolución Superintendencia N° 041-2013-SUNASA/S	Aprueba el Programa Anual de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA, integrado por los programas anuales de supervisión correspondientes a IPRESS de IAFAS y las actividades de vigilancia de IACPA.	09/04/2013
Resolución de Superintendencia N° 034- 2013-SUNASA/CD	Aprueban el Código de Ética de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud -SUNASA	11/03/2013
Resolución de Superintendencia N° 010-2013-SUNASA/CD	Aprueban el Reglamento Interno del Consejo Directivo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA	22/1/2013

Tabla Anexo C.2 Resumen de normas emitidas por SUNASA para la implementación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud por tipo de norma

Número de Norma	Descripción	Fecha de Emisión
Resolución de Superintendencia N° 105-2012-SUNASA/CD	Aprueban el "Reglamento para el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Publicado en el diario oficial "El Peruano" el viernes 09/11/2012	06/11/2012
Resolución de Superintendencia N° 090-2012-SUNASA/CD	Autorizan el registro de oficio de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas sujetas al intercambio prestacional con financiamiento del SIS o ESSALUD.	26/09/2012
Resolución de Superintendencia N° 160- 2011-SUNASA/CD	Aprueban Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS.	20/12/2011
Resolución de Superintendencia N° 161-2011-SUNASA/CD	Aprueban Reglamento de Organización, Funcionamiento y Registro de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.	20/12/2011
Resolución de Superintendencia N° 146-2011-SUNASA/CD	Aprueban Capital Mínimo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.	27/10/2011
Resolución de Superintendencia N° 142-2011-SUNASA/CD	Aprueban Reglamento del Proceso de Elección de EPS y del Plan de Salud para Asegurados regulares y Disposiciones Complementarias sobre el Plan de Salud para Asegurados regulares.	24/10/2011
Resolución de Superintendencia N° 042-2011-SUNASA/CD	Aprueban Reglamento para el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud- AUS.	24/05/2011

Fuente: PARSALUD, Informe sobre el proceso de implementación del AUS en el Perú, Abril 2014

Tabla Anexo C.3: Descripción general de los DL aprobados en la reforma del año 2013

# DL	Fecha	Tema	Finalidad/Objeto	Responsable reglamento (plazo)
1153	12/09/13	Regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado	Que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano, a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo del personal de la salud al servicio del Estado.	MINSA en coordinación con el MEF (120 días) Compensaciones MINSA en coordinación con SERVIR (120 días)
1154	12/09/13	Autoriza los servicios complementarios en salud	Mejorar el acceso a los servicios de salud a través de la reducción de la brecha existente entre a oferta demanda efectiva de los servicios de salud a nivel nacional. Permite que los trabajadores de salud puedan trabajar en más de un establecimiento, condicional a convenios	MINSA (90 días)
1155	13/09/13	Dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional	Dictar medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio a través de la realización de acciones de mantenimiento de infraestructura y equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional. Desarrollo de planes multianuales Observatorio Nacional de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimiento de salud hará el seguimiento de gestión sanitaria y del cumplimiento de los planes multianuales	MINSA (90 días)

Tabla Anexo C.3: Descripción general de los DL aprobados en la reforma del año 2013

# DL	Fecha	Tema	Finalidad/Objeto	Responsable reglamento (plazo)
1156	06/12/13	Dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones	Identificar y reducir el potencial impacto negativo en la población ante la existencia de situaciones que representen un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones y disponer acciones destinadas a prevenir situaciones o hechos que conlleven a la configuración de éstas.	MINSA (120 días)
1157	06/12/13	Aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud	<p>Establecer mecanismos e instrumentos de coordinación para el planeamiento, priorización y seguimiento de la expansión y sostenimiento de la oferta de los servicios de salud, en todos los prestadores públicos del sector salud en el marco de la rectoría del MINSA en la política nacional de salud.</p> <p>Establece criterios orientadores</p> <p>Llama al desarrollo de planificación</p> <p>Establece la priorización concertada</p> <p>Crea la Comisión Multisectorial de Inversión en Salud (CMIS)</p> <p>Crea los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversión en Salud (CRIIS)</p> <p>Incorpora una unidad formuladora (UEP 123) para todos los niveles</p>	MINSA (90 días)

Tabla Anexo C.3: Descripción general de los DL aprobados en la reforma del año 2013

# DL	Fecha	Tema	Finalidad/Objeto	Responsable reglamento (plazo)
1158	06/12/13	Dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud	Fortalecer las funciones que actualmente desarrolla SUNASA, con la finalidad de promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quién la financie. Cambia el nombre de SUNASA a Superintendencia Nacional de Salud Define sus funciones Define su organización	SUNASA (sin fecha explícita)
1159	06/12/13	Aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público	Establecer las condiciones para el intercambio prestacional entre IAFAS públicas y IAFAS públicas e IPRESS públicas, con el fin de brindar servicios de salud para sus asegurados con accesibilidad, equidad y oportunidad, mediante la articulación de la oferta existente del país. Conformación de la Comisión Multisectorial adscrita al MINSA, encargada del impulso, coordinación, desarrollo y seguimiento (en 30 días) Convenios Matriz de costos Flexibilidad en el mecanismo de pago	MINSA (90 días)

Tabla Anexo C.3: Descripción general de los DL aprobados en la reforma del año 2013

# DL	Fecha	Tema	Finalidad/Objeto	Responsable reglamento (plazo)
1160	06/12/13	Modifica el porcentaje que debe pagar el Seguro Social de Salud (ESSALUD) a la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT) por la recaudación de sus aportaciones	Modifica el porcentaje que ESSALUD debe pagar a la (SUNAT) por la recaudación de sus aportaciones 1% de todo concepto Hasta 0.4% por todo concepto, sujeto a que cumpla con los objetivos de recaudación y los indicadores de gestión	MEF y MINTRA (90 días)
1161	06/12/13	Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud	Determina y regula el ámbito de competencia, las funciones y la estructura orgánica básica del MINSA, así como sus relaciones de articulación y coordinación con otras entidades Competencias y funciones Articulación y coordinación	MINSa (180 días) con aprobación del Consejo de Ministros
1162	07/12/13	Incorpora disposiciones al DL 1153	Incorpora disposiciones al DL 1153 sobre las compensaciones al personal de la salud en el sector público Incluye al químico que presta servicio en el campo asistencia de la salud y al técnico especializado de los servicios de fisioterapia, laboratorio y rayos X	MINSa en coordinación con el MEF (120 días) Compensaciones MINSa en coordinación con SERVIR (120 días)

Tabla Anexo C.3: Descripción general de los DL aprobados en la reforma del año 2013

# DL	Fecha	Tema	Finalidad/Objeto	Responsable reglamento (plazo)
1163	07/12/13	Aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud	Fortalecer el pliego del SIS, que incluye a las IAFAS públicas SIS y FISSAL en el AUS Atribuciones del SIS Financiamiento sustentado por un estudio actuarial Inscripción/afiliación al SIS a cargo del SIS SIS deberá usar el Registro de Afiliados al AUS de la Superintendencia Nacional de Salud Sin copagos para afiliados al régimen subsidiado Copagos definidos por el SIS para afiliados al régimen semicontributivo Afiliados al SIS son afiliados del FISSAL	SIS (60 días)

Tabla Anexo C.3: Descripción general de los DL aprobados en la reforma del año 2013

# DL	Fecha	Tema	Finalidad/Objeto	Responsable reglamento (plazo)
1164	07/12/13	Establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado	<p>Establece disposiciones para ampliar la cobertura poblacional en el Régimen de Financiamiento Subsidiado del SIS, extendiendo la protección de salud a segmentos poblacionales determinados en la presente norma, siempre que no cuente con otro seguro de salud y mientras mantengan la condición que da origen a su afiliación. Asimismo, tiene por objeto establecer disposiciones para reducir barreras administrativas temporales para la filiación.</p> <p>Población residente en los Centros Poblados Focalizados se afilian en forma directa</p> <p>Población reclusa en centros penitenciarios, centros de atención residencial, centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación y personas en situación de calle se afilian en forma directa</p>	SIS, pero sin reglamento, procedimientos se establecen a través de resoluciones jefaturales

Tabla Anexo C.3: Descripción general de los DL aprobados en la reforma del año 2013

# DL	Fecha	Tema	Finalidad/Objeto	Responsable reglamento (plazo)
1165	07/12/13	Establece el mecanismo de “farmacias inclusivas” para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del Seguro Integral de Salud (SIS)	<p>Establecer el mecanismo de “farmacias inclusivas”, con participación del sector privado, para la dispensación de medicamentos que permita asegurar la continuidad del tratamiento farmacológico a los afiliados del SIS afectados por determinadas enfermedades crónicas.</p> <p>Farmacias y boticas del sector privado contratados mediante proceso de selección conforme a esta norma</p> <p>Para la hipertensión arterial y diabetes mellitus</p>	MINSA (90 días)
1166	07/12/13	Aprueba la conformación y funcionamientos de las redes integradas de atención primaria de salud	<p>Establecer el marco normativo para la conformación de Redes Integradas de Atención primaria de Salud.</p> <p>Es un conjunto de IPRESS públicas, privadas y mixtas que se articulan funcionalmente a través de acuerdos de carácter institucional o contractual para prestar servicios de promoción prevención, recuperación y rehabilitación</p> <p>Servicios correspondientes al I y II nivel de atención del PESA, planes complementarios, y cartera de salud pública del MINSA</p>	MINSA (180 días) refrendado por Consejo de Ministros, MINDEF, MINEDUC, MININT, MINTRA

Tabla Anexo C.3: Descripción general de los DL aprobados en la reforma del año 2013

# DL	Fecha	Tema	Finalidad/Objeto	Responsable reglamento (plazo)
1167	07/12/13	Crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud	<p>Crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, como un organismo público ejecutor, adscrito al MINSA, que cuenta con personería jurídica de derecho público, autonomía funcional, administrativa, económica y financiera, en el marco de las políticas establecidas por el MINSA, constituyendo un Pliego Presupuestal.</p> <p>Es competente para la gestión, operación y articulación de las prestaciones de servicios de salud de alcance nacional pre hospitalarios, y hospitalarios en los Institutos Especializado y Hospitales Nacionales, establecimientos de Lima Metropolitana; y brinda asistencia técnica en las prestaciones de servicios de salud hospitalarios a los Gobiernos Regionales.</p> <p>Define sus funciones</p> <p>Define su organización básica</p>	MINSA (90 días)
1168	07/12/13	Dicta medidas destinadas a mejorar la atención de la salud a través del desarrollo y transferencia de las tecnologías sanitarias	<p>Dictar medidas destinadas a mejorar la atención de la salud a través del desarrollo y transferencia de las tecnologías sanitarias</p> <p>El Instituto Nacional de Salud propone los lineamientos y el MINSA los aprueba</p> <p>MINSA define las prioridades para la elaboración de los lineamientos</p>	MINSA (120 días)

Tabla Anexo C.3: Descripción general de los DL aprobados en la reforma del año 2013

# DL	Fecha	Tema	Finalidad/Objeto	Responsable reglamento (plazo)
1169	07/12/13	Establece la implementación del sistema de comunicación por vía electrónica para que ESSALUD notifique los embargos en forma de retención y actos vinculados por deudas no tributarias a las empresas del sistema financiero	Regula y detalla los procedimientos para el proceso de notificación de embargos por vía electrónica por parte de ESSALUD	MINTRA (60 días)
1170	07/12/13	Establece la prelación del pago de las deudas de la Seguridad Social en Salud	Modifica artículos de la Ley 27809 Ley General del Sistema Concursal y del Código Tributario (DS 133-2013-EF) para cambiar orden de prelación de la Seguridad Social en el cobro de deudas.	Sin reglamento. Cambios a otras leyes y decretos.
1171	07/12/13	Modifica la Ley No 26790 – Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y establece la realización de estudios actuariales en el régimen contributivo de la seguridad social en salud	Establecer la incorporación de trabajadores independientes al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, la creación de un seguro de salud específico a cargo de ESSALUD o las exoneraciones, incentivos, beneficios o exclusiones de la base imponible respecto de las aportaciones a ESSALUD, deben cumplir previamente de manera concurrente con 2 requisitos	Sin reglamento. Cambios a otras leyes

Tabla Anexo C.3: Descripción general de los DL aprobados en la reforma del año 2013

# DL	Fecha	Tema	Finalidad/Objeto	Responsable reglamento (plazo)
1172	07/12/13	Establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la Seguridad Social en Salud y la obligación de informar del trabajador	Modifica la Ley 29135 en cuanto a las modalidades de reembolso de prestaciones y sus formas de notificación. Modifica la Ley 26790 en cuanto al deber de informar del asegurado respecto de sus derechohabientes.	MINTRA (60 días)
1173	07/12/13	De las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas	Adecuar la organización interna y funcionamiento de los Fondos de Salud de las Fuerzas Armadas a los de una IAFAS.	MINSA y MINDEF (180 días)
1174	07/12/13	Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú	Adecuar el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú a los alcances de la normatividad vigente, con calidad de administradora de fondos intangibles de salud con autonomía administrativa y contable; y tiene por finalidad recibir, captar y gestionar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus beneficiarios.	MININT y MINSA (120 días)

Tabla Anexo C.3: Descripción general de los DL aprobados en la reforma del año 2013

# DL	Fecha	Tema	Finalidad/Objeto	Responsable reglamento (plazo)
1175	07/12/13	Ley del Régimen de salud de la Policía Nacional del Perú	Regular el régimen de salud del personal policial de la Policía Nacional del Perú y familiares derechohabientes. Normar la organización, competencias, funciones, financiamiento, niveles de coordinación y relación organizacional con las diferentes unidades orgánicas de la policía Nacional del Perú y entidades de salud del sector público, privado o mixto.	MININT (120 días) refrendado por MINSA

Fuente: Prieto L (2014). Informe final, alternativas para la creación de un Centro de Excelencia para la Reforma de Salud. No publicado.

Anexo D: Estadísticas descriptivas

Tabla Anexo D.1: Características del hogar, 2008-2011

	2008				2009				2010				2011						
	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total
Tamaño del hogar	5,6	4,7	4,2	5,1	4,9	5,6	4,8	4,1	5,1	4,9	5,4	4,8	4,4	5,1	4,8	5,3	4,7	4,0	4,9
Edad promedio del jefe del hogar	42,5	50,9	55,2	47,3	49,8	43,8	51,7	51,9	48,3	51,6	46,3	53,9	51,5	50,2	52,6	47,4	54,9	55,7	51,4
Años de escolaridad promedio del jefe del	4,0	7,0	8,1	4,8	4,4	4,0	7,3	10,4	5,1	4,4	3,7	6,9	10,9	5,0	4,2	3,7	6,6	9,4	4,8
% con niños menores de 5 años	16,8	4,4	3,4	7,3	3,0	9,9	3,5	3,2	5,5	2,0	4,6	2,9	0,0	3,1	0,8	1,9	1,9	0,0	1,4
% con adultos mayores de 65 años	6,0	14,2	3,4	8,6	8,8	6,4	15,4	1,2	9,2	9,5	7,7	15,1	2,4	9,8	10,7	8,8	13,9	8,5	10,7
% con mujeres en edad fértil	18,8	22,8	22,2	26,0	29,2	24,0	24,1	29,1	26,3	29,4	26,6	22,6	30,3	26,9	28,7	28,6	25,3	25,7	27,7
% con jefe del hogar hombre	76,3	76,5	85,8	75,4	75,9	75,1	77,9	89,4	76,5	72,3	76,1	78,3	95,2	75,9	72,0	77,7	78,2	85,9	76,1
% de personas que declaró tener un problema de salud en las últimas 4 semanas	61,9	59,3	54,6	57,3	59,1	59,6	59,1	33,7	58,4	58,5	60,1	62,1	58,4	59,9	59,2	57,4	60,2	54,3	58,6
% de personas que declaró tener un problema de salud que requería atención en las últimas 4 semanas	48,7	46,7	44,1	43,9	40,7	45,0	46,4	26,4	43,0	38,6	46,4	46,1	38,3	43,1	37,8	43,7	43,0	37,1	41,1
% de personas que declaró tener un problema de salud crónico	17,9	38,0	43,2	27,2	29,6	20,5	40,1	46,3	29,4	35,3	23,8	44,8	49,0	33,8	38,8	27,0	52,6	64,7	39,0
% de personas que declaró haber estado hospitalizado en los últimos 12 meses	2,7	6,4	6,0	3,9	1,9	3,5	9,3	4,4	4,2	2,7	4,2	6,6	1,4	4,0	1,8	5,0	6,1	6,4	4,2
Aseguramiento por pobreza																			
Pobres extremos	27,2	0,5	2,0	11,7	6,5	21,3	0,0	0,0	9,9	4,6	18,1	0,5	0,0	8,4	3,8	16,0	0,1	0,0	7,0
Pobres no extremos	39,6	8,1	4,9	27,3	25,2	34,5	8,3	0,0	23,8	22,3	33,6	8,2	1,0	22,4	21,4	35,7	7,7	4,7	22,5
No pobres	33,2	91,5	93,1	61,0	68,3	44,2	91,7	100,0	66,4	73,1	48,3	91,3	99,0	69,1	74,8	48,3	92,3	95,3	70,5
Pobreza por aseguramiento																			
Pobres extremos	66,4	0,9	0,5	100,0	26,6	73,4	0,0	0,0	100,0	20,5	78,3	1,3	0,0	100,0	19,6	80,1	0,3	0,0	100,0
Pobres no extremos	41,3	6,5	0,6	100,0	42,9	49,4	7,7	0,0	100,0	37,0	54,6	8,2	0,2	100,0	34,9	56,0	8,3	0,8	100,0
No pobres	15,5	32,9	4,7	100,0	41,6	22,7	30,6	5,0	100,0	39,5	25,5	29,6	5,5	100,0	38,9	24,1	31,8	5,2	100,0
Gasto (en \$int PPA constantes 2011)																			
Gasto total del hogar	9.349	22.627	33.148	15.239	14.259	10.091	22.833	43.224	15.711	15.779	10.719	22.386	36.580	16.206	15.743	10.414	21.668	43.506	16.374
Gasto total del hogar per cápita	1.772	5.295	11.169	3.398	3.104	1.879	5.235	13.479	3.507	3.418	2.108	5.016	11.274	3.598	3.531	2.080	4.989	12.485	3.719
Gasto de bolsillo en salud de la persona	58	261	614	157	175	61	271	376	164	176	93	230	363	165	173	93	193	266	153
Gasto de bolsillo en salud del hogar per	63	233	498	138	145	61	213	564	145	143	91	195	296	142	153	84	163	255	135
% GBS/GT	2,4	4,9	6,6	4,1	4,7	2,7	4,7	2,7	4,0	4,6	3,4	4,5	4,0	4,1	4,2	3,8	3,6	2,5	3,8

Elaboración y fuente: Propia en base a ENAHO Panel 2007-2011.

Tabla Anexo D.2: Comportamiento de búsqueda de atención, 2008-2011

	2008				2009				2010				2011						
	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total
Decisión de buscar atención y dónde																			
No buscó	53,3	37,0	35,3	49,8	53,1	54,3	32,4	43,8	48,7	60,5	54,7	39,5	42,1	52,8	54,4	56,5	41,9	45,9	51,7
MINSA	30,6	5,2	28,0	18,1	9,4	27,7	4,9	11,2	14,8	6,3	23,6	2,7	8,2	11,9	6,1	23,8	3,4	0,0	11,3
EsSalud/FFAA/PNP	0,2	27,6	3,4	6,5	0,0	0,0	32,8	9,4	7,5	0,1	0,0	30,4	11,4	7,5	0,0	0,0	29,9	18,4	8,1
CLAS/Consultorio/Clinica	5,7	9,8	20,1	8,9	9,9	5,5	8,6	25,4	8,4	9,4	5,7	8,8	32,2	8,7	10,8	5,0	9,1	14,9	8,5
Más de un sector	0,4	2,2	0,0	0,7	0,1	0,8	3,3	0,0	1,1	0,3	0,8	2,3	0,0	1,0	0,3	0,5	1,0	5,1	0,7
Farmacia/botica	9,3	17,0	12,4	15,0	26,0	10,9	15,0	8,8	18,0	21,1	14,2	15,2	6,0	16,6	27,7	13,1	12,1	15,7	18,4
Otro no formal	0,7	1,2	0,8	1,0	1,4	0,8	3,0	1,4	1,6	2,2	0,9	1,2	0,0	1,4	0,7	0,9	2,6	0,0	1,2
Razón para no buscar atención formal																			
No tuvo dinero	16,8	4,2	15,4	18,9	24,0	14,2	3,6	3,1	17,0	20,5	15,6	4,8	0,0	15,3	17,3	12,6	1,0	13,3	12,4
Se encuentra lejos	7,3099	2,7077	12,8018	4,1207	2,8962	8,1202	3,5873	0	4,7245	1,1373	7,4605	2,0122	0	3,5502	3,0147	7,2866	0,9316	0	3,9698
Demoran mucho en atender	6,1	7,9	0,0	6,0	5,5	7,6	8,9	3,2	6,7	6,5	4,9	9,8	0,0	6,4	4,1	6,9	8,3	1,0	5,8
No confía en los médicos	5,1	1,6	3,5	3,6	4,0	5,5	2,3	2,6	4,2	4,5	3,6	1,8	0,0	3,6	4,8	7,7	2,1	1,5	5,2
No era grave/no fue necesario	33,8	38,5	39,7	35,6	38,6	37,1	42,7	40,3	38,8	40,6	32,5	46,1	71,5	39,5	43,6	33,9	50,5	51,6	41,9
Prefiere curarse con remedios caseros	17,7	7,7	8,3	11,8	9,6	16,8	7,7	0,0	11,6	9,3	17,8	4,9	0,0	11,3	7,5	18,0	3,3	13,3	10,4
No tiene seguro	0,0	0,0	0,0	1,4	3,9	0,0	0,0	0,0	1,9	3,2	0,0	0,0	0,0	1,4	5,2	0,0	0,0	0,0	2,2
Se autorecetó o repitió receta anterior	15,9	29,9	7,8	18,7	16,6	13,6	26,2	51,4	17,7	18,6	19,9	21,1	35,6	20,0	17,1	15,6	25,3	44,6	19,0
Falta de tiempo	16,8	17,6	21,4	15,8	16,2	14,6	22,0	16,7	16,6	18,0	20,0	18,3	18,6	18,8	21,3	18,6	23,7	12,4	20,6
Por el maltrato del personal de salud	1,8	0,0	0,0	0,9	1,2	1,9	1,2	0,0	1,4	0,6	1,7	3,2	0,0	1,5	1,9	3,6	1,3	0,0	2,3
Otro	4,0	4,7	0,0	3,3	3,2	5,0	7,8	0,0	4,5	4,7	5,7	7,1	0,0	5,4	4,5	12,8	2,7	0,0	6,9
Número promedio de razones	1,3	1,1	1,1	1,2	1,3	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3	1,3	1,4	1,2	1,4	1,3

Elaboración: Propia.

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

Tabla Anexo D.3: Gasto de bolsillo del hogar y su distribución por tipo de gasto, 2008-2011

	2008					2009					2010					2011					
	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo seguridad social	Otros	Total	
Gasto de bolsillo																					
% GBS/GT	2,3	5,5	3,7	4,3	4,6	5,5	3,7	4,3	4,6	2,4	3,7	4,3	4,6	2,4	4,9	4,3	4,6	2,4	4,9	6,6	
Gasto de bolsillo en salud del hogar per	52,4	254,1	577,1	141,5	114,7	254,1	577,1	141,5	114,7	63,4	577,1	141,5	114,7	63,4	233,1	141,5	114,7	63,4	233,1	498,3	
Distribución del GBS del hogar per cápita																					
Consulta	5,7	5,6	5,5	5,2	5,6	5,1	3,9	4,5	4,4	4,6	3,6	3,1	2,8	11,3	3,6	4,9	1,9	4,5	6,0	3,9	
Medicinas/insumos	58,9	60,7	52,5	61,2	57,8	57,0	56,7	50,3	50,0	55,1	53,7	58,9	49,9	46,5	54,2	53,8	51,9	42,9	30,3	49,5	
Análisis	2,1	1,3	2,5	2,2	2,0	1,7	1,4	2,4	5,7	1,9	1,5	1,2	3,6	1,6	1,9	2,1	3,1	1,9	2,0	2,4	
Rayos X, Tomografía, etc.	0,9	0,8	1,4	1,1	1,0	1,8	1,1	1,0	2,3	1,4	1,3	1,6	0,7	0,4	1,2	2,3	1,4	3,1	2,7	2,2	
Otros exámenes	0,1	0,2	0,7	0,2	0,3	0,5	0,0	0,1	0,0	0,3	0,2	0,0	0,5	0,8	0,2	0,1	0,0	0,3	0,2	0,1	
Servicio dental	6,4	6,4	8,0	8,2	6,8	11,7	8,3	11,4	10,9	10,6	11,0	9,4	10,1	7,1	10,1	8,7	8,8	13,1	14,3	10,1	
Servicio Oftalmológico	1,3	1,0	0,9	0,3	1,1	1,2	1,5	1,0	1,8	1,3	2,3	0,9	1,5	0,1	1,5	1,0	1,2	1,1	29,0	2,3	
Compra de lentes	2,3	1,3	6,0	1,7	2,9	3,0	0,9	7,0	1,3	3,3	2,1	1,9	8,0	2,0	3,4	3,2	1,5	9,0	3,9	4,1	
Vacunas	0,2	0,2	0,7	4,4	0,5	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2	0,1	0,1	0,8	0,9	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Control de niños	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	
Anticonceptivos	1,2	1,0	1,2	0,3	1,1	1,7	1,6	1,3	0,3	1,5	0,8	0,9	3,0	1,9	1,4	1,7	1,2	2,0	2,0	1,6	
Otros gastos	13,4	16,2	17,4	12,3	15,0	11,9	18,4	17,7	21,5	15,6	17,6	16,3	15,5	19,9	16,8	16,6	21,6	19,1	7,5	18,5	
Hospitalización/Intervención quirúrgica	6,8	4,8	2,8	2,8	5,2	3,5	5,2	2,4	1,1	3,7	5,4	4,8	3,5	7,7	4,8	4,5	6,6	2,8	2,0	4,7	
Controles por embarazo	0,2	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2	
Atenciones de parto	0,4	0,6	0,0	0,0	0,3	0,5	0,8	0,2	0,0	0,5	0,4	0,9	0,0	0,0	0,5	0,4	0,7	0,1	0,0	0,4	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Elaboración: Propia.

Fuente: ENAHO Panel 2007-2011.

