

Financiamiento de la salud en el Perú

Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021

LISTA DE FIGURAS	3
LISTA DE TABLAS	5
LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS	6
AGRADECIMIENTOS	8
RESUMEN EJECUTIVO	10
INTRODUCCIÓN	10
EL SISTEMA DE SALUD: LA VISIÓN DEL PERÚ.....	11
LOS CAMBIOS INSTITUCIONALES HASTA LA FECHA	12
LOS GRANDES DESAFÍOS	12
DESAFÍOS INSTITUCIONALES	13
RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS	19
SECCIÓN 1. INTRODUCCIÓN	22
EL SISTEMA DE SALUD: LA VISIÓN DEL PERÚ.....	23
LOS CAMBIOS INSTITUCIONALES HASTA LA FECHA	24
EL GASTO EN SALUD	25
SECCIÓN 2. MARCO CONCEPTUAL	27
TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD ENTRE 1990 Y 2014 EN EL PERÚ.....	29
SECCIÓN 3. POBLACIÓN	33
ALGUNAS REFLEXIONES.....	37
SECCIÓN 4. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD	37
EVOLUCIÓN DE LA AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD EN EL PERÚ	38
PERFIL DE LA POBLACIÓN ASEGURADA	38
ALGUNAS REFLEXIONES	42
SECCIÓN 5. IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN Y MONITOREO DE LA AFILIACIÓN	42
AVANCES RECIENTES EN LA IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS	42
MONITOREO DE LA AFILIACIÓN: DATOS COMPARATIVOS	43
ALGUNAS REFLEXIONES	47
SECCIÓN 6. RECAUDACIÓN	47
REGÍMENES DE SEGUROS Y APORTES	48
RECAUDACIÓN DE APORTES AL SIS	51
RECAUDACIÓN DE APORTES A EsSALUD	53
RECAUDACIÓN DE LA POBLACIÓN NO POBRE INFORMAL	62
ALGUNAS REFLEXIONES	65
SECCIÓN 7. FONDOS MANCOMUNADOS DE FINANCIAMIENTO EN SALUD	67
EL GASTO TOTAL EN SALUD DE LOS FONDOS MANCOMUNADOS	67
LA DIMENSIÓN VERTICAL: NÚMERO DE BENEFICIARIOS.....	69
LA DIMENSIÓN HORIZONTAL: EL GASTO PER CÁPITA EN SALUD	69
ESTIMANDO LA BRECHA FINANCIERA	71
CERRANDO LA BRECHA FINANCIERA.....	72
DESAFÍOS EN EsSALUD.....	72

ANÁLISIS REGIONAL DEL GASTO PER CÁPITA	73
APROXIMANDO EL SUBSIDIO DEL SECTOR PÚBLICO A EsSALUD	75
ALGUNAS REFLEXIONES	75
SECCIÓN 8. PRIORIZACIÓN DEL GASTO EN SALUD Y EFICIENCIA ASIGNATIVA	76
¿EN QUÉ SE GASTA EL FINANCIAMIENTO PÚBLICO EN SALUD?	77
PRIORIZACIÓN DEL GASTO SEGÚN EL NIVEL DE ATENCIÓN	82
USO DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN LA PRIORIZACIÓN DE LOS GASTOS DE SALUD	84
ALGUNAS REFLEXIONES	86
SECCIÓN 9. COMPRA DE SERVICIOS	87
MECANISMOS DE COMPRA EN EL SECTOR PÚBLICO	87
DESAFÍOS OPERACIONALES DE LOS MECANISMOS DE COMPRA	90
ALGUNAS REFLEXIONES	94
SECCIÓN 10. PROVEEDORES	95
USO DE SERVICIOS	95
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS	96
EL MODELO “CLAS”	99
INTERCAMBIO PRESTACIONAL	99
COMPRA DE SERVICIOS DEL SECTOR PRIVADO	101
PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PRIVADO EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD	102
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	105
ALGUNAS REFLEXIONES	107
SECCIÓN 11. LOS DESAFÍOS PARA EL PRÓXIMO GOBIERNO	108
DESAFÍOS INSTITUCIONALES	108
RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS	109
POLÍTICAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN A NIVEL INSTITUCIONAL	111
BIBLIOGRAFÍA	119
ANEXO: MATERIALES COMPLEMENTARIOS	123

Lista de figuras

Figura 1. Gasto público en la función salud, % del PIB.....	25
Figura 2. Gasto total en salud, % del PIB.....	26
Figura 3. Gastos de bolsillo en salud, 2000-2013	26
Figura 4. Financiamiento de salud: agentes y funciones	28
Figura 5. Financiamiento de la salud prerreforma (<i>circa</i> 1997).....	29
Figura 6. Financiamiento de la salud (<i>circa</i> 2014).....	31
Figura 7: Segmentos de población en el Perú, 1997 y 2014	36
Figura 8. Evolución de los segmentos de población en el Perú, 1997-2014	37
Figura 9. Porcentaje de población con y sin seguro de salud, 2001-2014	38
Figura 10. Tasa de afiliación a seguros de salud, según segmento de población, 2006-2014.....	39
Figura 11. Afiliación al SIS según condición de pobreza y vulnerabilidad, 2004-2014	40
Figura 12. Afiliación al SIS según área de residencia, 2002-2015	41
Figura 13. Afiliación de la población vulnerable a EsSalud y SIS, según ámbito, 2006-2014.....	42
Figura 14. Tasa de afiliación a EsSalud según data administrativa, SUSALUD y ENAHO, 2014.....	45
Figura 15. Tasa de afiliación al SIS según data administrativa, SUSALUD y ENAHO, 2014	46
Figura 16. Diferencias en la tasa de afiliación al SIS entre data SUSALUD y ENAHO, 2014	46
Figura 17. Asegurados SIS por régimen de seguro, septiembre de 2015	52
Figura 18. Evolución del número de asegurados SIS por tipo de seguro, 2007-septiembre de 2015.....	52
Figura 19. Evolución del número de asegurados en seguros SIS, excl. SIS Gratuito	53
Figura 20. Asegurados EsSalud según régimen de seguro, junio de 2015	54
Figura 21. Evolución del número de asegurados EsSalud según tipo de seguro, 2006-2015	56
Figura 22. Evolución del número de asegurados del Seguro Regular EsSalud, según profesión u oficio, 2006-2015.....	56
Figura 23. Evolución del número de asegurados en redes asistenciales EsSalud.....	57
Figura 24. Mecanismos de planificación y ejecución de los fondos mancomunados, 2014	69
Figura 25. Gasto per cápita según tipo de aseguramiento, 2014.....	71
Figura 26. Gasto mancomunado en salud, per cápita	72
Figura 27. Tendencias de aportaciones reales y asegurados, EsSalud	73
Figura 28. Variación departamental en el gasto público mancomunado per cápita, 2014	74
Figura 29. SIS: Variación departamental en el gasto por afiliado del fondo SIS, soles, 2014	74
Figura 30. Gasto público en salud por tipo de factor de producción, 2014 (en porcentajes).....	77
Figura 31. Gasto público en factores de producción en salud, 2014	80
Figura 32. Financiamiento de los factores de producción por el fondo mancomunado público y gastos de bolsillo	81
Figura 33. Uso del fondo mancomunado público y RDR en factores de producción	82
Figura 34. Gasto público en salud por persona, por ciudad y por nivel, 2014	83
Figura 35. Distribución de fichas FUA, 2013.....	85
Figura 36. Gasto SIS y FISSAL, soles constantes de 2011	85
Figura 37. Metodología de cálculo de la cápita, SIS.....	89
Figura 38. Brechas de acceso a servicios, por situación de pobreza y vulnerabilidad, 2014	96
Figura 39. Uso de proveedores, por situación de pobreza y vulnerabilidad, 2014	96
Figura 40. Número de centros con y sin internación, según red de proveedores	97
Figura 41. Usuarios por centro, EsSalud y GORE/MINSA.....	98
Figura 42. Habitantes por médico (2013) según incidencia de pobreza monetaria y cobertura de aseguramiento (2014).....	98

Figura 43. Evolución de la tasa de afiliación a seguros de salud, por grupo etario, 2006-2014.....	123
Figura 44. Porcentaje de población con/sin seguro de salud, 2014	124

Lista de tablas

Tabla 1. Matriz de entrada a/ salida de la pobreza	34
Tabla 2. Evolución de la tasa de afiliación a seguros de salud, 2006-2014	40
Tabla 3. Número de afiliados al SIS y EsSalud, según fuente.....	44
Tabla 4. Regímenes de seguros EsSalud y SIS, 2015	49
Tabla 5. Procesos de la SUNAT relacionados con la recaudación para EsSalud.....	58
Tabla 6. Empresas empleadoras registradas en SUNAT, según condición de deuda (reembolso), 2014.....	61
Tabla 7. Gastos en salud del sector público y EsSalud: cuantificación, 2014.....	68
Tabla 8. Número de beneficiarios, 2014	69
Tabla 9. Gasto total, beneficiarios y gasto per cápita, por mecanismo de planificación y/o ejecución, 2014	70
Tabla 10. Gasto per cápita según aseguramiento, 2014.....	71
Tabla 11. Brecha financiera entre EsSalud y el sector público.....	71
Tabla 12. Traspases de asegurados entre EsSalud y el sistema público.....	75
Tabla 13. Gasto en salud por tipo de factor de producción desagregado, 2014	78
Tabla 14. Mecanismos de compra de servicios	88
Tabla 15. Montos por unidad de producto PpR: asignado versus ejecutado, 2012 a 2015.....	91
Tabla 16. Presupuesto asignado por unidad de producto del programa materno neonatal: disparidad interregional.....	92
Tabla 17. Presupuesto asignado por unidad de producto del programa materno neonatal: disparidad intrarregional	93
Tabla 18. Integración vertical del sector privado en salud.....	101
Tabla 19. Plan de Inversión Multianual MINSA: proyectos APP y Oxl, millones de soles, marzo de 2015	103
Tabla 20: Políticas y líneas de acción institucionales.....	112
Tabla 21. Número de afiliados por régimen de seguro en SIS.....	125
Tabla 22. Número de afiliados por régimen de seguro en EsSalud	125
Tabla 23. Condición de deuda a EsSalud de las entidades empleadoras, por actividad económica, 2014.	126
Tabla 24. Número y tamaño de entidades empleadoras, por condición de deuda a EsSalud, 2014.....	127
Tabla 25. Agrupación de categorías del SIAF en factores de producción	128
Tabla 26. Mecanismos de planificación y/o ejecución de recursos y su distribución en los factores de producción, 2014 (en millones de soles)	132

Lista de siglas y acrónimos

APP	Asociación Público Privada
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CAS	Contrato por Administración de Servicios
CLAS	Comités Locales de Administración Compartida
CPT®	Current Procedural Terminology
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DIRESA	Dirección Regional de Salud
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
EPS	Entidades Prestadoras de Salud
FF.AA.	Fuerzas Armadas
FF.PP.	Fuerzas Policiales
GERESA	Gerencia Regional de Salud
IAFA	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
IGSS	Instituto de Gestión de Servicios de Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPC	Iniciativa Privada Cofinanciada
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social (hoy EsSalud)
IPRESS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
FUA	Formato Único de Atención
GORE	Gobiernos Regionales
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
MINTRA	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
Mype	Mediana y Pequeña Empresa
NRUS	Nuevo Régimen Único Simplificado
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONP	Oficina Nacional Previsional
OxI	Obra por Impuestos
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PpR	Presupuesto por Resultados
PROINVERSIÓN	Agencia de Promoción de la Inversión Privada – Perú
RDR	Recursos Directamente Recaudados
RR.HH.	Recursos Humanos
RENAES	Registro Nacional de Establecimientos de Salud
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SISOL	Sistema Metropolitano de la Solidaridad

SUNASA
SUNAT
SUSALUD
WDI

Superintendencia Nacional de Salud
Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria
Superintendencia Nacional de Salud
World Development Indicators

Agradecimientos

Este documento ha sido elaborado por un equipo de la práctica global en salud, nutrición y población del Banco Mundial. El equipo ha sido liderado por Christel Vermeersch e integrado por Daniel Cotlear, Betty Alvarado y Paula Giovagnoli bajo la supervisión de Daniel Dulitzky.

El documento ha sido enriquecido por los reportes analíticos específicos preparados por los consultores Lic. Midori de Habich, Dr. Javier Herrera, Lic. Emma Raffo y Lic. Carlos Ricse.

La producción de este documento ha contado con la invaluable cooperación de numerosas personas e instituciones. Agradecemos los valiosos aportes del personal del Ministerio de Salud del Perú bajo el liderazgo del Sr. Ministro Dr. Aníbal Velásquez. También agradecemos las contribuciones del personal del Ministerio de Economía y Finanzas y la colaboración de los funcionarios de EsSalud y SUNAT y SUSALUD. El presente trabajo también se benefició de las múltiples reuniones y diálogos con autoridades y funcionarios del gobierno regional y municipal provincial de Arequipa así como de investigadores nacionales y sociedad civil.

Quisiéramos reconocer en especial a la Lic. Mónica Rubio y al Dr. Edgardo Nepo, Asesores del Despacho Ministerial del MINSA, por sus comentarios y las facilidades prestadas para el desarrollo del trabajo. Asimismo agradecemos los comentarios de los revisores internos Marcelo Bortman, Marc Shiffbauer, Rafael Cortez y Jamele Rigolini.

Agradecemos a los ponentes del primer taller de trabajo (Mayo 2015), Lic. Fernando Valenzuela (Essalud), Lic. Carlos Ricse (Consultor MEF), Lic. Iliich Ascarza (MINSA) y Lic. Rocio Mosqueira (Abt Inc.) y a los asistentes del MINSA, SUSALUD, IGSS, PARSALUD, SIS, MEF por sus aportes y comentarios al objetivo y metodología del trabajo. El equipo presentó y recibió gentiles recomendaciones en el segundo taller (noviembre 2015) presidido por el Dr. Pedro Grillo, Vice-Ministro de Aseguramiento y Prestación, la Dra. Flor de María Phillips, Superintendente SUSALUD, el Eco. Julio Acosta, Presidente del SIS, así como representantes del MINSA, MEF, la Cooperación Técnica Belga, el BID, la OPS, y consultores independientes.

Gentilmente dedicaron tiempo para entrevistas, Lics. Victor Bocangel y Zósimo Juan Pichihua del Ministerio de Economía, Dr. Jose Aldana y equipo del SIS, Ing. Jose Vallejos, Intendente de SUSALUD y su equipo de investigación, Eco. Juan Carlos Granda de la Oficina Técnica de Recursos de la Seguridad Social de la SUNAT, Dra. Doris Lituma, Gerente de Planeamiento Estratégico del Hospital Maria Auxiliadora, Dr. Roberto Espinoza Atarama, Jefe Institucional del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), Dr. Luis Flores Paredes, Jefe Adjunto del IGSS, Dr. Alfredo Sobrevilla y Lic. Rocio Mosqueria de Políticas en Salud, Abt Inc., Dr. Walter Vigo Valdez, Coordinador del Programa PARSALUD.

Deseamos destacar la colaboración del Ing. Martin Sanabria, Gerente Central de Gestión Financiera EsSalud, Lic. Hernan Castro, Gerente de Tesorería y Lic. Omar Begazo, subgerente de Ingresos y Transferencias, y al equipo que los acompañó en las reuniones de trabajo con EsSalud. De igual manera agradecemos a la Arq. Fabiola Luna, Gerenta de Planificación y Evaluación de Inversiones así como al Lic. Renán Quispe, Gerente de Gestión de la Información de EsSalud por las facilidades brindadas. Reconocemos la colaboración del Dr. Fernando Farfán, Gerente de la Red Asistencial de Arequipa de EsSalud y a su equipo por el tiempo brindado en las reuniones de trabajo.

El equipo agradece al Dr. Edwin Huilber Bengoa y al Dr. Adrián Cuadros, Gerente y Gerente Adjunto de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa respectivamente y a todos los funcionarios que compartieron sus impresiones y avances de la reforma de salud durante el viaje de los autores a Arequipa (Agosto 2015), Asimismo, nuestro agradecimiento al Dr. Carlos Medina, ex Director del Hospital Honorio Delgado en Arequipa y a Dra. Mercedes Vera, Jefa de Red de Arequipa-Caylloma y a su equipo en general por su disposición de

colaboración y guía en la visita a los establecimientos de salud CLAS de la red. Un reconocimiento especial al alcalde provincial de Arequipa Doctor Florentino Alfredo Zegarra al compartir la experiencia exitosa de la municipalidad de Arequipa en el área de inversiones y servicios en salud.

Participaron en la edición inicial de la redacción en castellano y en el diseño y diagramación gráfica, Lic. José Luis Carrillo y Lic. Martin Ruegenberg. Asimismo, agradece a Sras. Rosa Zegarra Ayala (MINSA), Gabriela Moreno Zevallos y Sara Burga (Banco Mundial) por el excelente apoyo logístico.

El documento ha sido preparado con financiamiento del Gobierno Coreano en el marco de un acuerdo tripartito con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

Resumen ejecutivo

Introducción

Perú se encuentra en un momento expectante de cambios políticos, económicos e institucionales. El 2016 es un año de elecciones y transferencia democrática del gobierno nacional. La última década estuvo marcada por años de bonanza gracias a la exportación de materia prima que han ido de la mano con una reducción importante de la pobreza. Faltando solo cinco años para el bicentenario del 2021, los decisores políticos tienen que hacer frente a nuevos retos para continuar con la reducción de la pobreza. Dado el contexto macroeconómico internacional menos favorable, se requerirán políticas que fortalezcan la capacidad de las instituciones peruanas para fomentar el crecimiento económico y proteger a las poblaciones vulnerables.

Las aspiraciones del país son claras y ambiciosas. El crecimiento y buen manejo macro económico le valió a Perú postular y recibir la primera invitación para participar en los “programas país” de la OCDE.ⁱ Dentro de las acciones conjuntas entre los comités especializados y el Perú se contempla trabajar y fortalecer las políticas de reforma del sector salud. Sin embargo, al compararse con países de mayores ingresos, surgen los grandes desafíos referidos a cómo modernizar el país a fin de lograr instituciones, servicios y capital humano que correspondan a un país moderno y próspero. En salud, la visión de ser un país perteneciente a la OCDE simplemente no puede suceder sin avanzar hacia el aseguramiento universal en salud.

Un logro concreto del país en salud es haber alcanzado la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) al reducir la tasa de mortalidad infantil en dos tercios entre 1990 y 2015: en 2013, la tasa nacional fue de 17 muertes por cada 1000 nacidos vivos, frente a 55 en 1992. Del mismo modo, la prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años bajó de 31 % en el 2000 a 14 % en el 2015.ⁱⁱ Con el remplazo de los ODMs por las Metas de Desarrollo Sostenible (MDS), el foco de atención se está ampliando de la salud materno-infantil hacia “asegurar vidas sanas y promover el bienestar para todos en todas sus edades”.ⁱⁱⁱ Por ejemplo, las MDS incluyen la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante prevención y tratamiento, así como la promoción de la salud mental. Esta transición puede generar dos tipos de preocupaciones: por un lado, un conjunto más amplio de prioridades podría diluir la atención en salud de la madre y el niño, y por el otro, las prioridades más amplias de los MDS podrían requerir el uso de instrumentos de aplicación más complejos que los utilizados en el pasado.^{iv}

Perú ha logrado bajar su tasa de pobreza al 21.8 % en 2015; en los últimos cinco años, la pobreza disminuyó, de acuerdo al INEI, en 9,0 puntos porcentuales.^v En comparación con otros países de Latinoamérica que exportan materia prima, Perú fue el país que mejor aprovechó el *boom* de las materias primas en 2003-2014,^{vi} impulsando el crecimiento del PIB, beneficiando a los pobres y permitiendo que el gasto público en salud pasara de 1,3 % a 2,3 % del PIB entre 2000 y 2014.^{vii} Sin embargo, con la reducción de los precios de los metales y por ende la reducción de sus ingresos, Perú deberá maximizar su eficiencia en la asignación del gasto público y realizar reformas institucionales que mejoren la equidad y calidad de los servicios en beneficio de los pobres y vulnerables.

El gran desafío de la provisión de servicios públicos debe verse en el marco de las transiciones demográficas y epidemiológicas que van de la mano con el proceso de urbanización y desarrollo. La transición demográfica está llevando a mayor esperanza de vida y al envejecimiento de la población. Dentro de la transición epidemiológica surgen otras condiciones como las neuropsiquiátricas, tumores malignos, problemas cardiovasculares ^{viii} cuyo costo de atención requiere nuevas o mayores asignaciones presupuestales, mientras se continúa necesitando recursos para atender las enfermedades infecto contagiosas como la tuberculosis y los problemas perinatales.

Sumado a estas dos transiciones, el Perú enfrenta el desafío de la transición financiera de su sistema de salud. Esta transición consiste en remplazar un esquema fuertemente dependiente del gasto de bolsillo a un sistema mancomunado donde los usuarios del sistema de salud usan sistemas de pre-pago y/o seguros de salud para compartir el riesgo financiero de la atención de salud, como ya sucedió en todos los países de la OCDE.^x En el Perú, al contrario de otros países de la región, no ha disminuido la prevalencia de los gastos de bolsillo, que siguen financiando un 37 % del gasto total en salud (2012).^x Más aún, la mayoría de la población no pobre continua sin acceso a los beneficios de la seguridad social ya que no labora en el mercado laboral formal.

Considerando que un país próspero necesita un sistema de salud moderno, inclusivo y efectivo, el espíritu de este documento es acompañar a los peruanos en consolidar su visión de aseguramiento en salud al 2021, identificar cuellos de botella en alcanzarla, y proponer posibles opciones de política. Con base en un análisis de los roles de las instituciones e instrumentos de financiamiento que dan soporte al aseguramiento en salud, se ensayan recomendaciones para los diferentes actores, como el MINSA, las Regiones, el Seguro Integral de Salud (SIS), el MEF, SUSALUD, Essalud y SUNAT.

Esta nota está basada en un documento analítico preparado por el equipo del Banco Mundial, el cual está enfocado en los agentes y funciones del financiamiento en salud.^{xi} Cabe resaltar que el sector salud del Perú enfrenta desafíos que van más allá del financiamiento, incluyendo los temas de organización, calidad y desempeño de la oferta de servicios. Estos aspectos no se analizaron en el contexto de la preparación de la nota.

El sistema de salud: la visión del Perú

El gran proceso de reforma de salud en el Perú se enmarcó dentro de la aspiración de desarrollar seguros de salud. Esta aspiración no es única: el contexto internacional demuestra que el reto para los países emergentes consiste en avanzar hacia la “transición financiera” reemplazando el financiamiento basado en pagos de bolsillo por financiamiento de tipo pre-pago o seguro. Al pre-pagar gastos de salud, se logra mancomunar los aportes de los asegurados de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria es compartido entre los miembros del fondo. Este financiamiento intermediado por fondos mancomunados o fondos de seguro reemplaza los gastos de bolsillo, los cuales se consideran ineficientes e inequitativos porque no permiten compartir ningún riesgo y podrían generar un uso sub-óptimo de los servicios de salud.

En el Perú, iniciando con el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil en la segunda mitad de la década de los 90, se ha buscado expandir paulatinamente la cobertura de aseguramiento en términos de población y de necesidades de salud. En el 2002 se fusionaron ambos seguros en el Seguro Integral de Salud, el cuál progresivamente ha expandido por un lado su población, a fin de incluir poblaciones pobres y vulnerables y por el otro, las condiciones de salud cubiertas. Existe además EsSalud, un seguro de salud para la población con empleo en el sector formal de la economía, así como a sus dependientes. La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) (2009) confirma formalmente que la aspiración del país es el aseguramiento universal en salud, definido como “un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).”

Para lograr concretar esta aspiración, la Ley AUS esboza una reforma incremental: no considera un cambio radical en los agentes de aseguramiento y de provisión de servicios, sino que busca mejorar algunos de los vínculos entre estos agentes. En particular, se mantiene la multiplicidad de instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), incluyendo la aseguradora pública (SIS), aseguradoras privadas y

seguridad social (EsSalud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales). También se mantiene la multiplicidad de proveedores, incluyendo proveedores públicos (MINSA/Regionales), privados y los proveedores EsSalud y de las Sanidades. Para lograr el aseguramiento universal en salud dentro de la estructura existente, la Ley propone tres líneas de acción:

- Primero, el aseguramiento universal se lograría a través de tres regímenes de aseguramiento: el régimen contributivo para quienes contribuyen a una aseguradora por cuenta propia o de su empleador (esencialmente el sector formal), el régimen subsidiado orientado a las poblaciones más vulnerables y que se otorga a través del Seguro Integral de Salud, y el régimen semicontributivo de financiamiento público parcial;
- Segundo, la Ley establece un paquete mínimo de beneficios, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, el cuál es obligatorio para todas las IAFAS;
- Tercero, se propone articular las instituciones prestadoras de salud a través de (i) la estandarización de procesos y procedimientos y (ii) el desarrollo de mecanismos de pago e intercambio de servicios que permitan la venta y compra de servicios.

De lo anterior, se deduce que la Ley busca reducir la fragmentación del sistema de salud a través de la “interoperabilidad” de aseguradores y proveedores.

Los cambios institucionales hasta la fecha

En primera instancia, se implementó una expansión del aseguramiento a través del SIS, el cual logró afiliar a unos 12.3 millones de peruanos al 2014, la casi totalidad de ellos perteneciendo al régimen subsidiado.^{xii}

Concurrentemente, se implementaron varias modificaciones en las instituciones dentro de la visión descrita arriba. A finales de 2013, se elaboró y aprobó un paquete de Decretos Legislativos ^{xiii} que buscaron enfrentar los siguientes retos: ampliar la cobertura de aseguramiento de salud, mejorar la atención de salud, promover y proteger los derechos en salud, y fortalecer la rectoría y gobernanza del sistema de salud. Dentro de los cambios institucionales, destacan:

- **Expansión de la cobertura:** La creación del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para asegurar los riesgos de enfermedades de alto costo. A la fecha, este fondo solo cubre los asegurados del SIS.
- **Cambios de funciones:** (i) La función de provisión de servicios del MINSA en Lima Metropolitana se reasignó a un nuevo organismo desconcentrado, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGESS); (ii) La SUNASA (SUSALUD) expandió sus función de supervisión a incluir normar, administrar y un mantener el registro de afiliados del aseguramiento universal, a regular, supervisar y registrar las IAFAS, supervisar y registrar las IPRESS, y sancionar a IPRESS y IAFAS que no cumplan.
- **Intercambio prestacional:** El intercambio prestacional pasa a ser obligatorio para las IAFAS e IPRESS públicas siempre y cuando la capacidad de las instituciones lo permitan. La Ley también establece que el mecanismo de pago puede ser determinado por las mismas IAFAS siempre y cuando la tarifa fijada se base en una matriz de costos concordada.

Los grandes desafíos

Siete años después de la Ley AUS, a pesar de los grandes esfuerzos de reforma institucional, han surgido varios limitantes importantes en la implementación del aseguramiento universal:

Primero, **no se ha logrado expandir de manera significativa el régimen semicontributivo**. Esto tiene como consecuencia que un 30% de la población sigue sin cobertura formal, especialmente en los grupos de población que no laboran en el sector formal. La historia reciente muestra que el Perú puede esperar grandes presiones para universalizar la cobertura no contributiva (siguiendo los pasos de México y Colombia).

Segundo, **no se está utilizando el paquete de beneficios del PEAS para priorizar servicios o inversión o monitorear la cobertura efectiva de la población**. Por un lado, EsSalud continua ofreciendo un paquete ilimitado de servicios - la falta de priorización de la prevención y de la atención primaria no solamente es ineficiente pero además genera sobre-demanda en los otros niveles. Mientras tanto, el SIS ha expandido la definición de su paquete de servicios sin que se tenga claridad sobre la capacidad de entrega del servicio, el costo real de este paquete o el financiamiento del mismo.

Tercero, **el intercambio prestacional (o sea compra-venta) entre EsSalud y el sistema público sigue siendo casi inexistente en la práctica**. La población no afiliada a EsSalud no puede usar los servicios de los proveedores de la misma; por otro lado los afiliados de EsSalud pueden atenderse tanto en los proveedores de EsSalud como en los proveedores públicos. Sin embargo, EsSalud no paga el costo de la atención de sus asegurados al sector público, y por ende los proveedores públicos no *venden* servicios a EsSalud. La percepción de la existencia de una brecha de disponibilidad y calidad de servicios entre EsSalud y el servicio público sigue generando descontento de la población ya que es vista como segregación de los pobres.

Desafíos institucionales

Los grandes desafíos actuales llevan a preguntarse si se podrá sostener el aseguramiento universal manteniendo la arquitectura actual, o si se requerirá transitar hacia la unificación del sistema. Históricamente, la gran diferencia de gasto entre EsSalud y el sector público se visualizaba como un impedimento para lograrlo; sin embargo, la realidad actual nos indica que la brecha en gasto entre EsSalud y el sector público se ha reducido dramáticamente en la última década. Mientras que en el año 2005 el gasto por persona en EsSalud era de 3.5 veces el gasto del sector público, en el 2014 se ha reducido a 1.5. Asimismo, la evidencia muestra una gran disparidad del financiamiento entre regiones, tanto del lado EsSalud como del lado SIS; en ciertas regiones queda poca diferencia de gasto entre afiliados EsSalud y afiliados SIS.

Muchos países de la OCDE han aprovechado de circunstancias similares para aminorar la fragmentación de sus sistemas de salud. El nuevo gobierno debería considerar si es deseable mantener la arquitectura actual, en la que EsSalud y el SIS/sector público operan independientemente financiando a sus propios proveedores.

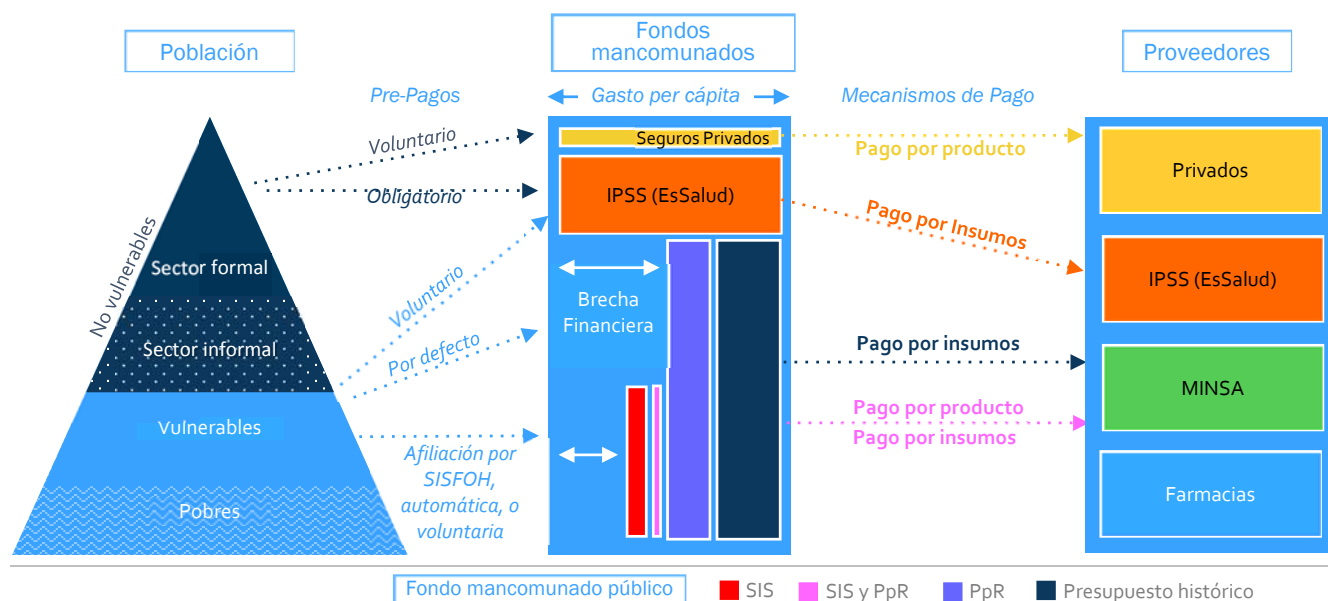
Si bien aún queda pendiente definir el sistema de salud que el Perú necesita para alcanzar el aseguramiento universal, esta indefinición no debería impedir avanzar en la modernización del sistema actual. Independientemente del sistema o modelo que los decisores peruanos contemplan a futuro, existen elementos básicos que deben funcionar a fin de hacer operativo el aseguramiento universal en cualquier sistema:

1. Tener claridad sobre cuál es la población asegurada y cuál es la población que aún falta asegurar
2. Tener claridad sobre la estrategia de financiamiento del aseguramiento
3. Contar con mecanismos de priorización del gasto que fomenten la equidad y oportunidad del acceso
4. Contar con mecanismos de compra de servicios que permitan la eficiencia del gasto
5. Tener claridad sobre la capacidad de entrega con calidad del paquete de beneficios del aseguramiento

6. Contar con las condiciones adecuadas a fin de sostener el funcionamiento efectivo del aseguramiento

Para identificar los cuellos de botella en cada uno de estos elementos básicos, en este estudio se utiliza un marco conceptual del financiamiento en salud que analiza de manera sistemática los agentes del sistema, así como los procesos que los ligan. (Figura A) Identificamos que en varios casos, los cuellos de botella son de carácter institucional: en particular, destacan (i) duplicidad y/o falta de claridad en las responsabilidades de las instituciones, (ii) ineffectividad en los procesos, y (iii) debilidad en las relaciones inter-institucionales.

Figura A. Financiamiento de la salud (circa 2014)



Fuente: Elaboración propia.

¿Cuál es la población asegurada y cuál es la población que aún falta asegurar?

Entre el 1997 y el 2014, el Perú experimentó un cambio radical en la composición de su población, no solo en términos de la dimensión de pobreza (es decir, porcentaje de pobres, no pobres y personas no pobres susceptibles de caer en la pobreza), sino también en términos de la dimensión de pertenencia al sector formal o informal. Mientras que la dimensión de pobreza es importante porque está vinculada con la capacidad de pago de seguros y servicios, la dimensión de pertenencia al sector formal lo es porque, en el Perú, el empleo formal conlleva cobertura de salud por la seguridad social (EsSalud). Combinando ambas dimensiones, definimos cuatro grupos de población: la población pobre (según definición del Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI), la población vulnerable (con gastos por encima de la línea de pobreza, pero con un riesgo de más de 10 % de caer en pobreza), la población no vulnerable que pertenece al sector de empleo informal, y la población no vulnerable que labora en el sector formal. Desde el 1997, se ha invertido el porcentaje de pobres y no vulnerables: el primero bajó de 55 % a 23 % en 2014, mientras que el segundo se incrementó de 27 % a 54 %. Hacia 2014, la población no vulnerable informal representa el 23 % de la población. Este grupo de población, si bien no es pobre y no evidencia un riesgo significativo de caer en pobreza, no tiene acceso a un seguro de salud por la seguridad social, ya que ningún miembro del hogar tiene un empleo formal en el sector formal. Este grupo poblacional es igual de tamaño al grupo poblacional pobre y al grupo vulnerable.

Entre 2005 y 2014, se registró una fuerte expansión en el aseguramiento en salud. Según la ENAHO, el porcentaje de población con seguro se incrementó de 38 % a 70 %. Además, la expansión del aseguramiento ha sido más elevada para los pobres y vulnerables: Los pobres aumentaron su tasa de afiliación de 32 % a 75 % en esos años. El aumento de afiliación se puede explicar por la expansión de afiliación en ambos SIS y EsSalud. La afiliación a seguros privados también ha aumentado, por lo que no se encuentra evidencia de que el SIS y EsSalud se hayan ampliado a expensas de los seguros privados. Nuestro análisis evidencia que la afiliación al SIS se focaliza de manera diferenciada según los distintos grados de pobreza y vulnerabilidad: Si bien el SIS ha sido muy efectivo en ampliar la afiliación a un seguro de salud en forma focalizada, especialmente en áreas rurales, actualmente es en el ámbito urbano donde se encuentran los nuevos desafíos del aseguramiento en salud. En particular, el SIS solo llega a cubrir alrededor del 40 % de la población urbana vulnerable, mientras se evidencia una disminución de la tasa de afiliación de la misma población a EsSalud, posiblemente debido a una sustitución entre ambas instituciones de aseguramiento.

Una de las funciones críticas del aseguramiento en salud es la identificación de la población beneficiaria. La identificación a nivel individual permite evitar duplicidad entre seguros contributivos y no contributivos, y monitorear la brecha de aseguramiento con vista a solucionarla. En el Perú se han logrado avances sustanciales en la identificación de la población afiliada a seguros de salud gracias a la creación del Registro de Afiliados del Aseguramiento Universal en Salud, la designación de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) como el ente normativo y administrativo del Registro y la vinculación de este con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC). No obstante, siguen existiendo grandes discrepancias en cifras de afiliación por la falta de estandarización de la definición de lo que es un asegurado. Ambos en el SIS y en EsSalud se están manejando cifras de afiliación que sobre-estiman la tasa de aseguramiento efectivo. Del lado del SIS, se evidencia que existen unos 3 millones de afiliados que desconocen sus derechos, como resultado de los procesos de afiliación masiva y automática que se han usado. Segundo, EsSalud reporta como aseguradas a casi 2 millones de afiliados “suspendidos” que no tienen derecho a un verdadero seguro de salud.

A diferencia de otros países, el Perú no utiliza el Registro del aseguramiento universal para fines de asignación de financiamiento. Por el momento este Registro solo se utiliza en forma bastante limitada para el monitoreo de la afiliación. En otros países, en cambio, el registro del aseguramiento es utilizado para facilitar la recaudación de contribuciones a seguros de salud, para limitar filtraciones de subsidios hacia la seguridad social y para facilitar la cobranza de servicios otorgados por proveedores públicos o privados a poblaciones aseguradas.

¿Cuál es la estrategia de financiamiento del aseguramiento?

En la franja contributiva, el arreglo de financiamiento de EsSalud – en el cual no se ha otorgado a los asegurados ninguna responsabilidad en el financiamiento de su prima - ha generado un desvinculo entre EsSalud y sus asegurados. A diferencia de las instituciones de seguridad social de la mayoría los otros países, la recaudación de aportes para EsSalud no involucra responsabilidad de los empleados dependientes. En la reforma de la seguridad social del 1997, las aportaciones de los empleados se asignaron exclusivamente a las pensiones, a ser manejadas por las AFP privadas; mientras, las aportaciones de los empleadores se asignaron de manera exclusiva a EsSalud. Como resultado, las contribuciones a EsSalud son la responsabilidad exclusiva de los empleadores y el derecho de cobertura de prestaciones de salud para el empleado dependiente deriva del vínculo laboral y no de las aportaciones. Esta situación genera una tensión financiera importante para EsSalud: por un lado existe presión de parte de los empleadores para reducir las aportaciones p.ej. sobre los aguinaldos – por otro lado cuando los asegurados demandan más servicios no experimentan señales financieras por vía del aumento de sus aportaciones o por vía de copagos.

La recaudación de contribuciones de los empleadores a EsSalud se ha asignado a la Superintendencia de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT)¹. Al respecto, existen dos temas pendientes de resolución: primero, existe una importante deuda histórica a EsSalud, en particular la deuda de 435 entidades del sector público, entre ellas varios gobiernos municipales. Por ende, sería preciso repensar los incentivos y penalidades para mejorar la recaudación de los empleadores públicos. Segundo, mientras la recaudación en empresas grandes no presenta grandes dificultades para SUNAT, pareciera que cuesta mejorar la recaudación en pequeñas empresas.

En la franja de trabajadores independientes y pequeñas empresas, ninguna institución tiene la responsabilidad, los incentivos y la estructura requerida para lograr el aseguramiento a través de una modalidad semi-contributiva. Pareciera que la expansión del aseguramiento a este grupo se está realizando por vía no-contributiva a través del SIS. Los intentos —no muy positivos— de esta institución de captar a los emprendedores y microempresas con nuevos seguros escapan a la especialización y ámbito de acción natural de este Sistema. Se vinculó un seguro SIS al régimen tributario NRUS creado para incentivar la formalización de los microempresarios informales. No obstante, por varios motivos el paquete NRUS/SIS no es lo suficientemente atractivo para motivar mucha afiliación. Adicionalmente, la SUNAT no transfiere las contribuciones de los contribuyentes NRUS al SIS, sino solo transfiere el listado de contribuyentes a afiliarse al SIS, y por ende se trata de un seguro totalmente subsidiado y no de un seguro semi-contributivo como lo prevé la ley AUS. Por otro lado, EsSalud creó un seguro contributivo voluntario dirigido a trabajadores independientes que no tienen la obligación de aportar a EsSalud por no tener dependencia laboral. No obstante, este seguro no representa un porcentaje significativo de las afiliaciones a EsSalud. Además a partir de octubre del 2015 se suspendió la afiliación a este seguro.

Finalmente, existen importantes subsidios cruzados entre sub-sistemas que no se han transparentado o solucionado. Estimamos el subsidio “escondido” del sector público hacia EsSalud que se genera cuando los asegurados de esta entidad “traspasan” hacia a proveedores públicos. En estos casos, los asegurados EsSalud tienen que hacer un “copago” en el momento del servicio. No obstante, este copago solo cubre una parte de los costos de prestación del servicio, ya que la mayor parte se financia con recursos del Tesoro. Al inverso, los asegurados SIS y los no asegurados no se pueden atender en establecimientos de la red EsSalud excepto en caso de emergencia. Estimamos que el subsidio escondido del sistema público hacia los asegurados EsSalud podría sumar hasta 850 millones de soles al año, o sea 7% del presupuesto público en salud. A diferencia de lo que puede pasar en otros países, el estado no le pasa la cuenta a EsSalud para la atención de sus asegurados. Por ende no sorprende que EsSalud no haya invertido en expandir su oferta de atención primaria fuera de los hospitales y que no haya motivación para seguir adelante con un verdadero “intercambio de servicios”. Mientras este subsidio no se transparente, ni EsSalud invertirá en atención primaria ni le dará acceso a los afiliados del SIS a sus hospitales de tercer nivel.

¿Cómo se priorizan los gastos para fomentar la equidad y la oportunidad del acceso?

En el sector salud, gran parte de la priorización del gasto debería de hacerse en base a los niveles de atención, priorizando la atención primaria y la prevención. Aunque el Presupuesto por Resultados enfatiza varias líneas relacionadas con atención primaria, por lo general el proceso presupuestal del Perú no parece darle debida atención a esta priorización. Es más, el registro de los gastos en el SIAF no identifica el nivel de atención, por lo que no es posible identificar o monitorear el gasto ejecutado en los diferentes niveles usando esta base.

Aunque la Ley AUS preveía un paquete básico de beneficios, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) como mecanismo de priorización del gasto, este instrumento no está siendo utilizado efectivamente ni en la planificación/priorización del gasto ni en su monitoreo. Del lado de la priorización, el SIS expandió su

¹ Ley 26790, artículo 7 y Ley 27334.

paquete de beneficios y creó el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para atender enfermedades de alto costo. Aunque es cierto que este paquete complementario responde a ciertas necesidades de la población, esta decisión no fue acompañada de claridad sobre la capacidad de prestación de los servicios (sea del paquete básico o paquete complementario), la población efectivamente atendida o los costos de provisión de los paquetes. En particular, la Ley AUS preveía una actualización bienal del paquete PEAS con base en estudios actuariales, lo cual no ha sucedido entre 2009 y la fecha. Las dificultades encontradas en esta área se originan parcialmente en la misma Ley AUS, la cual determina que las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pueden adoptar paquetes complementarios de servicios, y que una vez adquiridos los beneficios los asegurados gozan de irreversibilidad, en el sentido de que estos no se les pueden recortar. Para las IAFAS privadas la decisión de ampliar un paquete de beneficios tiene implicancias para su rentabilidad económica; sin embargo para las IAFAS públicas la decisión de ampliar el paquete de beneficios tiene implicancias fiscales que no se han transparentado. Del lado de la implementación, no existe ninguna estadística publicada sobre el grado de entrega del PEAS en varias poblaciones, o los gastos públicos en servicios según su pertenencia al PEAS. Considerando el contexto existente de oferta y financiamiento limitado, la decisión de expandir el paquete de beneficios está generando gran inequidad de acceso a servicios, ya que los servicios se racionan por oferta y no por priorización. Un estudio antropológico encargado para este estudio evidenció que los pacientes pagan a los médicos del sector privado para obtener “vínculos” en el sistema de salud que les permitan acceder a los servicios.

En EsSalud, no queda claro qué mecanismo se usa para priorizar el gasto en salud. Primero, no se está usando ningún paquete de beneficios, más bien en el caso del seguro regular la legislación vigente no permite exclusiones o limitaciones de atención preventiva o recuperativa. Aunque no se pudo desagregar el gasto de EsSalud por nivel de atención, en base al poco énfasis que la institución ha puesto en tener establecimientos de primer nivel, se puede sospechar que el gasto está dirigido de manera excesiva hacia la atención hospitalaria recuperativa y la atención de emergencia en comparación con la prevención y atención primaria. Al igual que en el sector público, existe entonces un racionamiento por disponibilidad de oferta.

Los mecanismos de compra de servicios, ¿permiten un gasto eficiente en salud?

Los mecanismos de pago o compra de servicios determinan la eficiencia técnica del gasto, es decir el grado por el cual se logra obtener la mayor cantidad y calidad de servicios con un presupuesto determinado. Esta función combina niveles “micro” (compra a prestadores individuales) y niveles “mezzo” (como transferencias interfiscales a gobiernos subnacionales).

El limitado avance del SIS hacía su función de comprador de servicios es otro gran reto pendiente. El SIS intentó modernizar los sistemas de pago a proveedores, introduciendo una modalidad de pago llamada “cápita” en la atención primaria y una modalidad de pago por servicio en los hospitales. No obstante, el SIS financia solo un 12 por ciento de los costos de atención de sus asegurados, mientras el resto sigue financiándose con otras fuentes, o sea el presupuesto público histórico, los fondos asignados vía Presupuesto por Resultados (PpR), y los gastos de bolsillo.

Los mecanismos de planificación y ejecución tanto del PpR como del SIS buscan mejorar la eficiencia del uso de recursos vinculando metas físicas con presupuestos o pagos - aun así, al revisar los mecanismos que se usan en la realidad se evidencia que en la mayoría de los casos se sigue usando el pago por insumos. En cuanto al PpR, existe evidencia que sugiere que —a pesar del gran esfuerzo desplegado durante la etapa de su planificación—, en su implementación no está pagando por resultados sino por insumos. En el nivel de atención primaria, el SIS utiliza un mecanismo llamado “cápita” con criterios de desempeño. No obstante, pareciera que la cápita se calcula a partir de la producción histórica, la cual se monetiza usando una combinación de tarifario con costos históricos. En este sentido, no se está aplicando el concepto establecido de “pago capitado”, el cual requiere una definición clara del P (precio) y Q (cantidad de personas por atender).

El PpR, el SIS y el presupuesto público histórico manejan lógicas diferentes de financiamiento, y por ende su coexistencia genera importantes retos de ejecución. En el estudio se evidencia la falta de complementariedad entre estos mecanismos para financiar los factores de producción, es decir recursos humanos, bienes y servicios, medicamentos e insumos. Asimismo, la coexistencia de los mecanismos genera altos costos de transacción para los proveedores de servicios, tanto a nivel de atención primaria como en los hospitales. Finalmente, es aparente que no se ha considerado suficientemente los incentivos que generan estos mecanismos para los proveedores ni el balance entre autonomía y rendición de cuentas.

En EsSalud tampoco se están usando mecanismos modernos de compra de servicios y se sigue asignando fondos por insumos. Esto está directamente ligado a la falta de separación de la funciones de provisión y compra de servicios de salud.

¿Cuál es la capacidad de entrega con calidad del paquete de beneficios del aseguramiento?

En base a un análisis de los datos de la ENAHO, se evidencia que el acceso efectivo es un reto pendiente para los pobres y vulnerables, quienes tienen mayor probabilidad de no usar servicios de salud cuando los necesitan o de pagar por ellos cuando los usan. Por ejemplo, en base a la ENAHO de 2014 calculamos que el 65 % de la población no vulnerable que tuvo una enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas antes de la encuesta recibió atención médica sin pagar de bolsillo; para la población pobre, la cifra correspondiente es de solo el 37 %. Asimismo, se evidencian grandes diferencias en la disponibilidad de servicios de salud por área geográfica: en general, los recursos humanos en salud escasean específicamente allí donde se ubican los asegurados pobres del SIS.

A pesar de los importantes esfuerzos desplegados en los últimos años para fomentar el intercambio prestacional (o sea compra-venta) entre EsSalud y el sistema público, esta modalidad de “interoperabilidad” de los sistemas es casi inexistente. La motivación es clara: las redes públicas y EsSalud tienen una conformación muy diferente y en teoría podrían complementarse. Mientras la red de atención del sector público comprende un amplio número de centros de atención primaria en zona rural, EsSalud cuenta con una red de atención más enfocada en centros hospitalarios de zonas urbanas. La falta de avance podría explicarse por varios motivos, incluyendo un escaso acuerdo sobre cómo costear los servicios de salud, una escasa compatibilidad entre los sistemas de compra de servicios que se utilizan en los diferentes sectores, una saturación de los servicios hospitalarios en EsSalud, la falta de incentivos o mecanismos de cobranza en las unidades de atención primaria del sector público y la falta de resolución de deuda entre gobiernos regionales, municipalidades y EsSalud.

Para el periodo 2014-2016, también se ha desplegado un gran esfuerzo por expandir la infraestructura de salud, especialmente en el nivel intermedio, en el que se promovieron los “establecimientos estratégicos”. El plan de inversiones para el mismo período también preveía inversiones por la modalidad de Asociaciones Público Privadas (APP), con las cuales no se pudo avanzar. Esta modalidad no pareciera ser viable en la actualidad en el sector salud.

La capacidad de provisión está directamente ligada con la satisfacción de la población. Las encuestas nacionales de satisfacción de usuarios hecha por SUSALUD, y un estudio antropológico que se realizó dentro del marco de la preparación de este documento coinciden en que las quejas más importantes de los usuarios del sistema de salud refieren a los tiempos de espera en las áreas de citas y admisiones, y la falta de medicamentos cubiertos por los seguros. Además, el estudio antropológico evidencia que la separación de provisión de servicios entre el MINSA y EsSalud, y las diferencias obvias de atención y calidad, generan insatisfacción de los usuarios del sistema público.

¿Existen condiciones adecuadas para sostener el funcionamiento efectivo del aseguramiento?

A pesar de los esfuerzos desplegados, el Perú aun no logra producir información básica sobre los pilares del sistema de salud. Por un lado se han logrado avances relevantes en el manejo de la información en algunas áreas, tales como la planilla electrónica, el Registro Nacional de beneficiarios del AUS y la recolección de información de hogares continua y confiable. No obstante, existen grandes deficiencias en la disponibilidad de información necesaria para la gestión del sistema. Por ejemplo, no se conoce con un grado de fiabilidad aceptable el número de trabajadores del sector salud, o la capacidad instalada tal como el número de camas hospitalarias. En los hospitales, no se dispone de un sistema de gestión hospitalaria, lo cual resulta en procesos anticuados de gestión de servicios, y largas colas y tiempos de espera para los pacientes. Además, no se puede monitorear la calidad o seguridad de los pacientes – por ejemplo, no se conoce con fiabilidad la prevalencia de infecciones hospitalarias. Tampoco se puede medir o monitorear el grado efectivo de entrega del paquete PEAS en el sector público. El diseño del HIS no se ha modernizado y, por ende, se han creado sistemas de información paralelos, como el dispositivo que se emplea en recolectar la Ficha Única de Atención (FUA) para los asegurados SIS. Se ha llegado a una situación en la que el personal asistencial prioriza la captura de la información en solo un sistema, dependiendo de la afiliación del paciente o de los incentivos que perciban. La duplicidad de los sistemas es una gran fuente de ineficiencia, genera información que no es ni confiable ni representativa y, además, produce descontento entre los recursos humanos en salud que atienden a la población. En el área de financiamiento, los sistemas no permiten calcular el gasto en personal o el gasto en atención primaria.

Para lograr interoperabilidad de aseguradores y proveedores, es esencial que todos los agentes del sistema puedan usar estándares de información y que dispongan de la infraestructura física y humana para intercambiar información de manera rápida, segura y confiable. Existe un consenso que la falta actual de estándares y la falta de aplicación de los mismos es un impedimento grave a la capacidad del país de automatizar sus procesos de atención y aseguramiento. En términos de infraestructura física, las redes de intercambio de datos son lentas, la seguridad de los datos confidenciales de salud es severamente inadecuada y no se dispone de infraestructura moderna de almacenamiento de datos para el sector; en su lugar, cada institución invierte de manera descoordinada. Finalmente, el sector carece de una institución que desempeña el papel de líder y coordinador, así como de un líder del cambio. Sin estas condiciones básicas para automatizar los procesos de intercambio de servicios, la interoperabilidad de los aseguradores y prestadores se quedará en un nivel artesanal.

Recomendaciones de políticas

A mediano plazo, el Perú deberá definir si el modelo de interoperabilidad de aseguradoras y proveedores puede llevar al aseguramiento universal en salud, o si es necesario consolidar e unificar el sistema público con la seguridad social.

En el corto plazo, el reto para el próximo gobierno es modernizar el sistema para hacerlo más eficiente, efectivo e equitativo. Las metas debieran de incluir las siguientes:

Completar la estrategia de financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud en la población no pobre del sector informal

- El país debe de formular una estrategia clara acerca de cómo avanzar con la cobertura semicontributiva. En particular, es necesario identificar cuál institución se debe de encargar de la expansión de la cobertura semicontributiva y cuáles serían las modalidades semicontributivas. Sin semejante estrategia, se pueden esperar grandes presiones para universalizar la cobertura no contributiva. Asimismo, se debería transparentar y evaluar el rol de recaudación de la SUNAT tanto

para el seguro contributivo de EsSalud como para el seguro semicontributivo del SIS, tomando en cuenta su capacidad de recaudación en pequeñas, medianas y grandes empresas.

- El Registro de beneficiarios del Aseguramiento Universal en Salud debería de formar la base de una estrategia de financiamiento del mismo. Para que esto fuera posible, en un paso previo se deben de estandarizar los conceptos de aseguramiento y resolver la situación existente de unos 5 millones de afiliados sin derechos efectivos.

Mejorar la priorización del gasto mediante uso del paquete de beneficios

- En el sistema público sería esencial tener claridad sobre el grado de entrega del paquete básico PEAS y los costos de una eventual extensión del paquete antes de ampliarlo. Además, es preciso monitorear quiénes son los beneficiarios del paquete ampliado, asegurando la equidad de acceso.
- En EsSalud, se debería re-plantear el alcance de los paquetes de beneficios, acorde con sus ingresos recaudados.
- La negociación sobre el paquete de beneficios del seguro subsidiado y en del seguro semicontributivo debe de incluir el MEF, el MINSA, las Regiones y el SIS – esta decisión no puede pertenecer al ámbito de decisión exclusivo del SIS.

Mejorar la eficiencia del gasto mediante la modernización de los sistemas de pago a proveedores

- No se ha trabajado suficientemente el sistema de pago a proveedores con vista a alinear incentivos a estos con los resultados de salud esperados. Es necesario solucionar la duplicación existente entre el PpR y los sistemas de pago del SIS. El arreglo existente por el cual el SIS provee financiamiento parcial mientras los demás fondos públicos financian la gran mayoría del costo del servicio, no conduce a proveer incentivos claros a los proveedores. Aunque el PpR haya sido efectivo en asegurar la disponibilidad de financiamiento para las líneas priorizadas (como salud materno-infantil o nutrición), no es conducente a la planificación eficiente de los recursos. Para hacerlo más eficiente se tiene que transitar de la microgestión existente del gasto hacía mecanismos de pago que incentiven a la producción de servicios y resultados sanitarios.
- Sería útil notar que existe una gran experiencia internacional en materia de sistemas de pago que sería importante aprovechar en el Perú. Se debe considerar el balance de autonomía y rendición de cuentas en los sistemas de pago.

Construir las bases institucionales e operativas de la interoperabilidad de los seguros y de la provisión

- A la fecha, el intercambio prestacional entre EsSalud y el sistema público es casi inexistente en la práctica. Para que el intercambio despegue, es esencial transparentar el subsidio existente entre el sistema público y EsSalud, armonizar los sistemas de compra de servicios que se utilizan, generar incentivos para que las unidades de atención primaria del sector público puedan cobrar a EsSalud y resolver el tema pendiente de la deuda entre gobiernos regionales y municipalidades con EsSalud.
- Para avanzar hacía una verdadera interoperabilidad de los asegurados y proveedores, deben de manejar sistemas y procedimientos compatibles y/o estandarizados. Sin estandarización de metodologías de costeo o de clasificación de servicios, el intercambio de servicios se quedará en un nivel artesanal y no tendrá los impactos sistemáticos en los servicios que se esperan en la población.

Modernizar la provisión

- También es necesario ampliar y modernizar la provisión. La población tiene mayor cobertura financiera, pero la infraestructura no se ha modernizado y es considerada insuficiente para hacer

frente a las necesidades de los habitantes del país. Además, algunos de los principales hospitales son muy antiguos y se teme por su seguridad en caso de un terremoto.

- EsSalud no ha invertido en atención primaria y sus afiliados usan la atención GORE/MINSA sin pagar por el verdadero costo de ello. Esto debe transparentarse obligando a EsSalud a pagar por atención a costo real. Esto podría ligarse a un esfuerzo igualmente significativo de dar acceso a los afiliados SIS a los servicios de alta resolución de EsSalud, como el Instituto del Corazón (INCOR) o el hospital Almenara. Estos hospitales deberían de funcionar como hospitales de referencia nacional para toda la población peruana.

Modernizar los sistemas de información

- El Perú necesita construir un sistema moderno de información en salud que sirva de base para el aseguramiento universal y llevaría beneficios en términos de acceso, equidad, eficiencia y calidad. En particular, el Perú debería invertir en lo siguiente: (i) Un diccionario de datos en salud, es decir un listado comprehensivo de estándares a usar en la clasificación de pacientes, proveedores, servicios, etc. que se use en todos los subsectores, incluyendo sector público, seguridad social y sector privado; (ii) Una red segura de comunicaciones en salud que permita a proveedores, aseguradores y verificadores de transmitir e intercambiar información de salud confidencial de manera segura; (iii) Centros modernos de almacenamiento de datos que estén equipados con el software necesario al análisis e interpretación de los datos; (iv) Un centro nacional de datos en salud que se responsabilice de la buena marcha de los sistemas de información en salud.

Sección 1. Introducción

Perú se encuentra en un momento expectante de cambios políticos, económicos e institucionales. El 2016 es un año de elecciones y transferencia democrática del gobierno nacional. La última década estuvo marcada por años de bonanza gracias a la exportación de materia prima que han ido de la mano con una reducción importante de la pobreza. Faltando solo cinco años para el bicentenario del 2021, los decisores políticos tienen que hacer frente a nuevos retos para continuar con la reducción de la pobreza. Dado el contexto macroeconómico internacional menos favorable, se requerirán políticas que fortalezcan la capacidad de las instituciones peruanas para fomentar el crecimiento económico y proteger a las poblaciones vulnerables.

Las aspiraciones del país son claras y ambiciosas. El crecimiento y buen manejo macro económico le valió a Perú postular y recibir la primera invitación para participar en los “programas país” de la OCDE. (OECD 2014) Dentro de las acciones conjuntas entre los comités especializados y el Perú se contempla trabajar y fortalecer las políticas de reforma del sector salud. Sin embargo, al compararse con países de mayores ingresos, surgen los grandes desafíos referidos a cómo modernizar el país a fin de lograr instituciones, servicios y capital humano que correspondan a un país moderno y próspero. En salud, la visión de ser un país perteneciente a la OCDE simplemente no puede suceder sin avanzar hacia el aseguramiento universal en salud.

Perú ha logrado bajar su tasa de pobreza al 21.8 % en 2015; en los últimos cinco años, la pobreza disminuyó, de acuerdo al INEI, en 9,0 puntos porcentuales. Entre 2004 y 2013, el Perú experimentó un rápido crecimiento económico: 6,9 % en promedio por año (WDI 2016), combinado con una reducción de la pobreza y de la desigualdad en la última década. La población que vivía en pobreza y en pobreza extrema se redujo de 58,7 % y 16,4 % en 2004 a 25,8 % y 6 % en 2012, respectivamente (INEI 2016). La desigualdad también bajó: el índice de Gini disminuyó de 0,503 en 2004 a 0,48 en 2010 (World Bank 2016).

En comparación con otros países de Latinoamérica que exportan materia prima, Perú fue el país que mejor aprovechó el *boom* de las materias primas en 2003-2014, impulsando el crecimiento del PIB, beneficiando a los pobres y permitiendo que el gasto público en salud pasara de 1,3 % a 2,3 % del PIB entre 2000 y 2014. Sin embargo, con la reducción de los precios de los metales y por ende la reducción de sus ingresos, Perú deberá maximizar su eficiencia en la asignación del gasto público y realizar reformas institucionales que mejoren la equidad y calidad de los servicios en beneficio de los pobres y vulnerables (World Bank 2016^a).

Un logro concreto del país en salud es haber alcanzado la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) al reducir la tasa de mortalidad infantil en dos tercios entre 1990 y 2015: en 2013, la tasa nacional fue de 17 muertes por cada 1000 nacidos vivos, frente a 55 en 1992. Del mismo modo, la prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años bajó de 31 % en el 2000 a 14 % en el 2015 (INEI 200-2015). Los logros en la reducción de este indicador a nivel nacional, urbano y rural, superan en conjunto los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2015. Por último, el país ha alcanzado importantes avances en la reducción de la tasa de mortalidad materna en los últimos veinte años, pues ha reducido las muertes de 265 por 100 000 nacidos vivos en 1990-1996 a 93/10 000 en 2004-2010. A pesar de estos logros, existe aún una brecha de 27 muertes para llegar a las 66 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos comprometidas para el año 2015 (INEI 2016).

Con el remplazo de los ODMs por las Metas de Desarrollo Sostenible (MDS), el foco de atención se está ampliando de la salud materno-infantil hacia “asegurar vidas sanas y promover el bienestar para todos en todas sus edades” (United Nations 2016). Por ejemplo, las MDS incluyen la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante prevención y tratamiento, así como la promoción de la salud mental. Esta transición puede generar dos tipos de preocupaciones: por un lado, un conjunto más amplio de prioridades podría diluir la atención en salud de la madre y el niño, y por el otro, las prioridades más

amplias de los MDS podrían requerir el uso de instrumentos de aplicación más complejos que los utilizados en el pasado (Cotlear and Vermeersch 2016).

El gran desafío de la provisión de servicios públicos debe verse en el marco de las transiciones demográficas y epidemiológicas que van de la mano con el proceso de urbanización y desarrollo. La transición demográfica está llevando a mayor esperanza de vida y al envejecimiento de la población. Dentro de la transición epidemiológica surgen otras condiciones como las neuropsiquiátricas, tumores malignos, problemas cardiovasculares (MINSA 2010, 2012). Entre 1990 y 2010, el porcentaje de esta carga debida a trastornos maternos, neonatales y nutricionales se redujo de 54 % a 28 %, mientras que el peso de las enfermedades no transmisibles aumentó de 37 % a 62 % (IHME 2013; WDI 2016). El costo de atención de estas enfermedades requiere nuevas o mayores asignaciones presupuestales, mientras se continúa necesitando recursos para atender las enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis y los problemas perinatales. Cabe sin duda que en las próximas décadas, esta transición epidemiológica cambiará de manera radical las demandas de la población hacía el sector salud.

Sumado a estas dos transiciones, el Perú enfrenta el desafío de la transición financiera de su sistema de salud. Esta transición consiste en remplazar un esquema fuertemente dependiente del gasto de bolsillo a un sistema mancomunado donde los usuarios del sistema de salud usan sistemas de pre-pago y/o seguros de salud para compartir el riesgo financiero de la atención de salud, como ya sucedió en todos los países de la OCDE (Cotlear et al. 2015) En el Perú, al contrario de otros países de la región, no ha disminuido la prevalencia de los gastos de bolsillo, que siguen financiando un 37 % del gasto total en salud (2012). (MINSA 2015) Más aún, la mayoría de la población no pobre continua sin acceso a los beneficios de EsSalud ya que trabaja en el mercado laboral informal.

Considerando que un país próspero necesita un sistema de salud moderno, inclusivo y efectivo, el espíritu de este documento es acompañar a los peruanos en consolidar su visión de aseguramiento en salud al 2021, identificar cuellos de botella en alcanzarla, y proponer posibles opciones de política. Con base en un análisis de los roles de las instituciones e instrumentos de financiamiento que dan soporte al aseguramiento en salud, se ensayan recomendaciones para los diferentes actores, como el MINSA, las Regiones, el Seguro Integral de Salud (SIS), el MEF, SUSALUD, Essalud, y SUNAT.

El sistema de salud: la visión del Perú

El gran proceso de reforma de salud en el Perú se enmarcó dentro de la aspiración de desarrollar seguros de salud. Esta aspiración no es única: el contexto internacional demuestra que el reto para los países emergentes consiste en avanzar hacia la “transición financiera” reemplazando el financiamiento basado en pagos de bolsillo por financiamiento de tipo pre-pago o seguro. Al pre-pagar gastos de salud, se logra mancomunar los aportes de los asegurados de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria es compartido entre los miembros del fondo. Este financiamiento intermediado por fondos mancomunados o fondos de seguro reemplaza los gastos de bolsillo, el cual se consideran ineficiente e inequitativo porque no permite compartir ningún riesgo y podría generar un uso sub-óptimo de los servicios de salud.

En el Perú, iniciando con el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil en la segunda mitad de la década de los 90, se ha buscado expandir paulatinamente la cobertura de aseguramiento en términos de población y de necesidades de salud. En el 2002 se fusionaron ambos seguros en el Seguro Integral de Salud, el cuál progresivamente ha expandido por un lado su población, a fin de incluir poblaciones pobres y vulnerables y por el otro, las condiciones de salud cubiertas. Existe además EsSalud, un seguro de salud para la población con empleo en el sector formal de la economía, así como a sus dependientes. La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) (2009) confirma formalmente que la aspiración del país es el aseguramiento universal en salud, definido como “un proceso orientado a lograr que toda la población

residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).”

Para lograr concretar esta aspiración, la Ley AUS esboza una reforma incremental: no considera un cambio radical en los agentes de aseguramiento y de provisión de servicios, sino que busca mejorar algunos de los vínculos entre estos agentes. En particular, se mantiene la multiplicidad de instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), incluyendo la aseguradora pública (SIS), aseguradoras privadas y seguridad social (EsSalud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales). También se mantiene la multiplicidad de proveedores, incluyendo proveedores públicos (MINSA/Regionales), privados y los proveedores EsSalud y de las Sanidades. Para lograr el aseguramiento universal en salud dentro de la estructura existente, la Ley propone tres líneas de acción:

- Primero, el aseguramiento universal se lograría a través de tres regímenes de aseguramiento: el régimen contributivo para quienes contribuyen a una aseguradora por cuenta propia o de su empleador (esencialmente el sector formal), el régimen subsidiado orientado a las poblaciones más vulnerables y que se otorga a través del Seguro Integral de Salud, y el régimen semicontributivo de financiamiento público parcial;
- Segundo, la Ley establece un paquete mínimo de beneficios, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, el cuál es obligatorio para todas las IAFAS;
- Tercero, se propone articular las instituciones prestadoras de salud a través de (i) la estandarización de procesos y procedimientos y (ii) el desarrollo de mecanismos de pago e intercambio de servicios que permitan la venta y compra de servicios.

De lo anterior, se deduce que la Ley busca reducir la fragmentación del sistema de salud a través de la “interoperabilidad” de aseguradores y proveedores.

Los cambios institucionales hasta la fecha

En primera instancia, se implementó una expansión del aseguramiento a través del SIS, el cual logró afiliar a unos 12.3 millones de peruanos al 2014, la casi totalidad de ellos perteneciendo al régimen subsidiado (Sección 5).

Concurrentemente, se implementaron varias modificaciones en las instituciones dentro de la visión descrita arriba. A finales de 2013, se elaboró y aprobó un paquete de Decretos Legislativos² que buscaron enfrentar los siguientes retos: ampliar la cobertura de aseguramiento de salud, mejorar la atención de salud, promover y proteger los derechos en salud, y fortalecer la rectoría y gobernanza del sistema de salud. Dentro de los cambios institucionales, destacan:

- **Expansión de la cobertura:** La creación del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para asegurar los riesgos de enfermedades de alto costo. A la fecha, este fondo solo cubre los asegurados del SIS.
- **Cambios de funciones:** (i) La función de provisión de servicios del MINSA en Lima Metropolitana se reasignó a un nuevo organismo desconcentrado, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGESS); (ii) La SUNASA (SUSALUD) expandió sus función de supervisión a incluir normar, administrar y un

² Decretos Legislativos N°. 1156 al 1171.

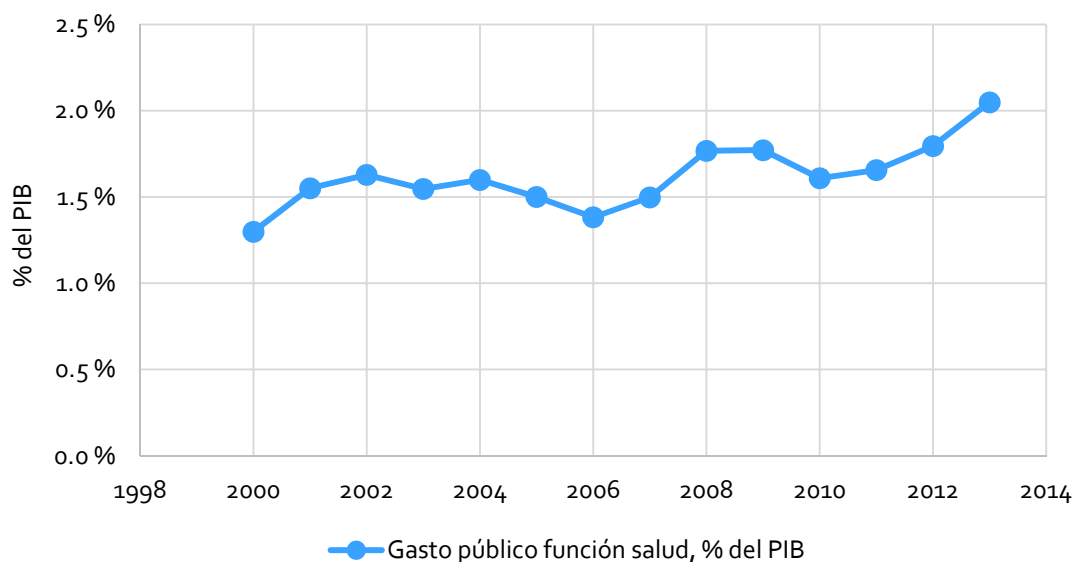
mantener el registro de afiliados del aseguramiento universal, a regular, supervisar y registrar las IAFAS, supervisar y registrar las IPRESS, y sancionar a IPRESS y IAFAS que no cumplan.

- **Intercambio prestacional:** El intercambio prestacional pasa a ser obligatorio para las IAFAS e IPRESS públicas siempre y cuando la capacidad de las instituciones lo permitan. La Ley también establece que el mecanismo de pago puede ser determinado por las mismas IAFAS siempre y cuando la tarifa fijada se base en una matriz de costos concordada.

El gasto en salud

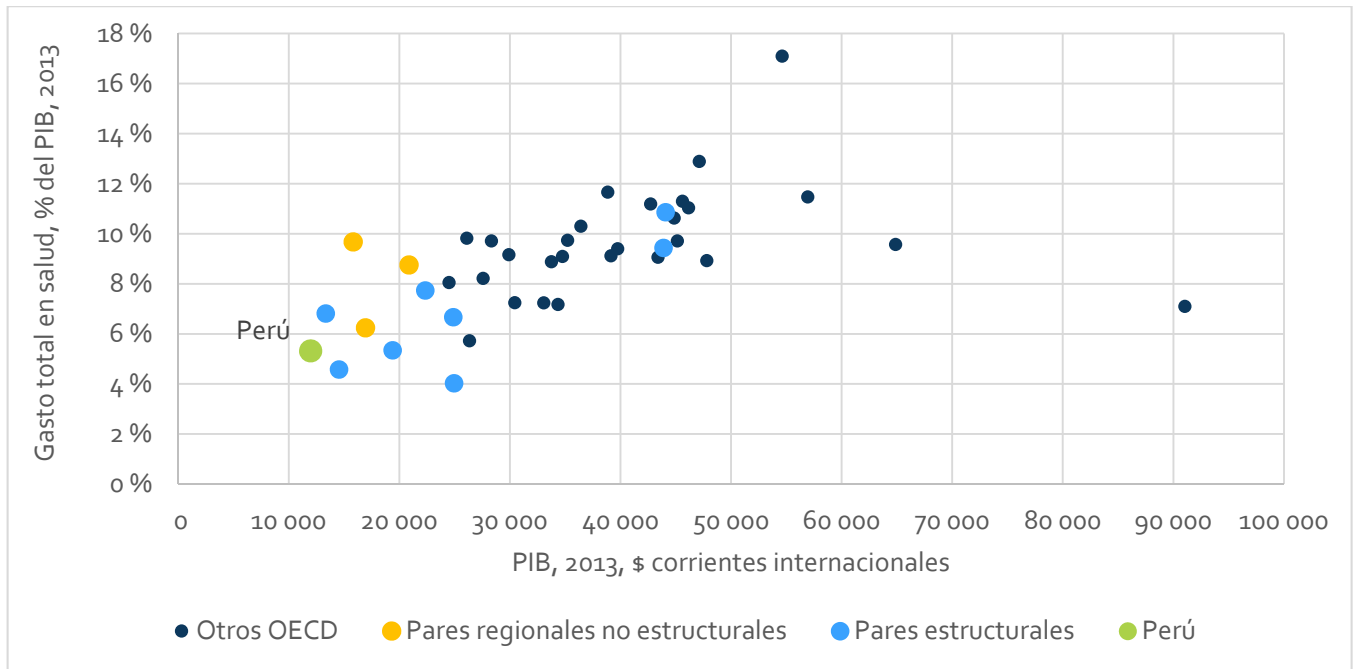
Los avances en cobertura de salud han ido de la mano con un incremento importante en el gasto público en el sector, el cual pasó de 1,3 % a 2,3 % del PIB entre 2000 y 2014. (Figura 1) El gasto total en salud como proporción del producto interno bruto (PIB) incrementó de 4,85 % en 2000 a 5,32 % en el 2013. Sin embargo, en comparación con otros países, el Perú sigue gastando poco en salud: el gasto total en salud como proporción del producto interno bruto (PIB) en 2013 fue del 5,32 %, en comparación con el promedio de la región de América Latina de 7,99 % y con el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) de 12,3 % (Figura 2) (World Bank 2016). No obstante, se debe resaltar que desde la década de 1990 se observa una tendencia creciente en el gasto en salud, cuando se registraba alrededor de 4,5 % del PIB. Este aumento está vinculado al incremento del gasto público en salud, como se ilustra en la Figura 2.

Figura 1. Gasto público en la función salud, % del PIB



Fuente: Elaboración propia con base en SIAF (2015) (gasto función salud) y World Bank (2016) (PIB).

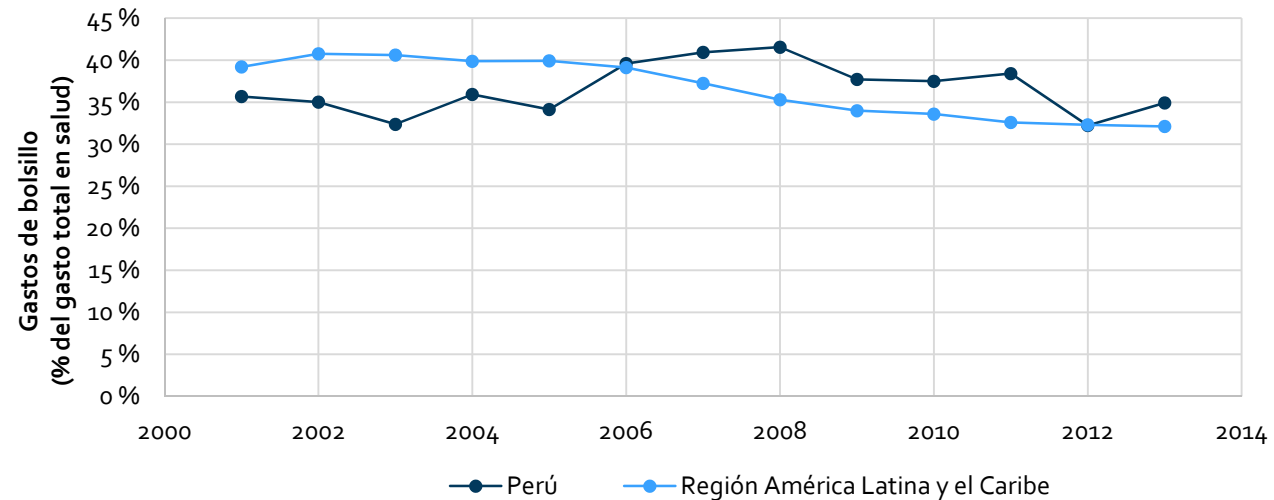
Figura 2. Gasto total en salud, % del PIB



Fuente: Elaboración propia con base en WDI (2016). PIB en dólares estadounidenses.

Por otro lado, los gastos de bolsillo siguen siendo el componente más importante del gasto total en salud, y no se ha registrado una tendencia decreciente clara desde el 2001, lo que contrasta con el resto de la región (Figura 3).

Figura 3. Gastos de bolsillo en salud, 2000-2013



Fuente: Elaboración propia con base en World Bank (2016).

En el corto y mediano plazos, es poco probable que el gasto público en salud pueda continuar creciendo al mismo ritmo que en la década pasada. Desde 2013, la desaceleración de la economía mundial ha sido asociada a una reducción de los precios de las materias primas, y esto ha afectado negativamente a los

exportadores latinoamericanos, incluyendo los del Perú. Como resultado, el balance fiscal cambió del superávit al déficit. Hasta el año 2021, el Perú deberá buscar cómo ampliar la cobertura de salud hasta alcanzar cobertura universal dentro de un marco estancado de financiamiento. El país necesitará sin duda mejorar la eficiencia del sistema de salud, en otras palabras alcanzar mejores resultados con un presupuesto estable.

En esta nota se propone dos objetivos: primero, identificar los principales retos de financiamiento del sistema de salud del Perú en el presente; y segundo, reconocer los desafíos a los que habrá de hacer frente el próximo gobierno a fin de lograr una transición hacia la cobertura universal de salud en el año 2021.

Sección 2. Marco conceptual

Esta sección presenta el marco conceptual utilizado en esta nota para describir la transformación del financiamiento del sistema de salud en el Perú durante los últimos veinte años. El referido marco conceptual se basa en un modelo simplificado de financiamiento, y toma la experiencia de veinticuatro países emergentes que —como el Perú— están implementando políticas hacia la cobertura universal de salud (Cotlear et al 2015). Los sistemas modernos de financiamiento tienen como objetivo final mejorar los resultados sanitarios de la población en un marco financiero sostenible. Estos sistemas buscan asegurar:

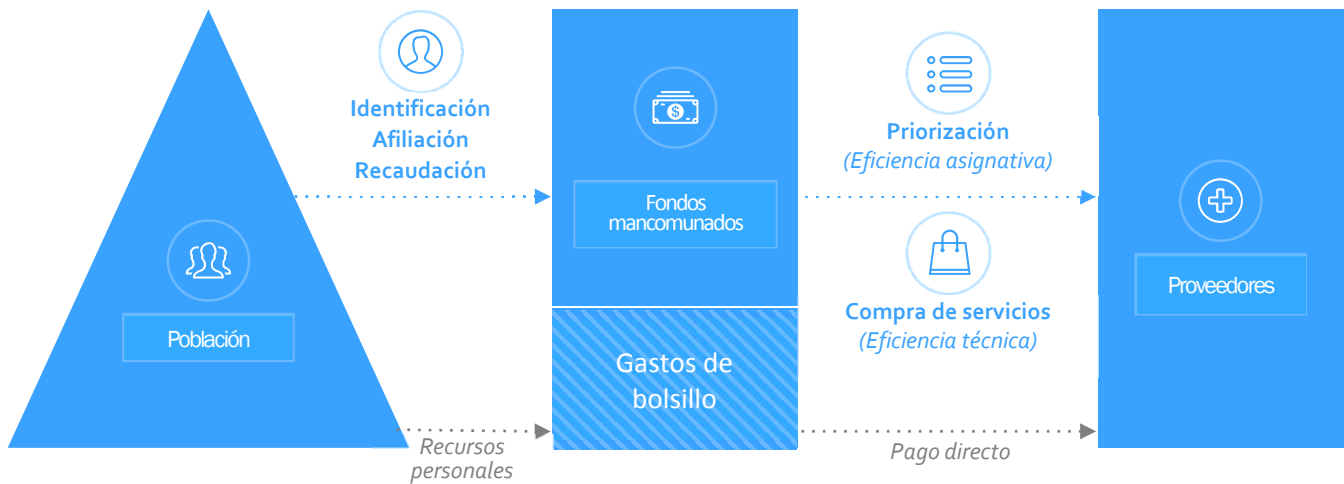
- Equidad en el acceso a un paquete esencial de servicios de salud.
- Protección financiera contra el empobrecimiento debido a gastos de salud.
- Utilización eficiente de los recursos en las dimensiones de asignación y técnicas.

El financiamiento de la salud involucra procesos que vinculan a tres grupos de agentes: poblaciones, fondos mancomunados de financiamiento y proveedores de servicios de salud (Figura 4) El reto para los países emergentes consiste en avanzar hacia la “transición financiera” reemplazando el financiamiento basado en pagos de bolsillo por financiamiento intermediado por fondos mancomunados. La mancomunación de fondos es “la acumulación y administración de los ingresos en un fondo común, de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros del fondo y no lo corra cada contribuyente individual” (OMS 2000, capítulo 5: 110).

Los países emergentes utilizan principalmente cinco tipos de fondos mancomunados: (i) sistemas de provisión pública (tipo Ministerio de Salud), (ii) seguro social de salud (tipo EsSalud), (iii) sistemas de seguro privado voluntarios, (iv) seguros públicos (tipo SIS o Seguro Popular en México) y (v) seguros de salud comunitarios o “mutuales”.³ Entonces, la mancomunación puede ser explícita (por ejemplo, cuando los ciudadanos se afilian a un seguro) o implícita (como es el caso de los ingresos recaudados a través de impuestos generales).

³ Ver Gottret y Schieber (2006: 97). Estos seguros son populares en el África Subsahariana.

Figura 4. Financiamiento de salud: agentes y funciones



Fuente: Elaboración propia.

Los vínculos entre los principales agentes del sistema de salud —población, fondos mancomunados y proveedores— se realizan a través de cinco funciones claves:⁴

- **Identificación.** Los fondos mancomunados identifican a su población objetivo y beneficiaria. Es deseable que la identificación individual de beneficiarios se realice a través de listas nominalizadas de afiliación.
- **Afiliación.** Cuando un fondo mancomunado agrupa financiamiento destinado a atender a su población objetivo bajo un esquema de seguro, es necesario que registre o afilie a los beneficiarios a este seguro. Es de esperar que la lista de afiliados —quiénes pueden y quiénes no pueden acceder a los servicios financiados por este fondo— se defina de manera inequívoca. Esta definición es un prerrequisito para poder recaudar y agrupar fondos de esta población y para poder comprar a los proveedores los servicios que se van a brindar a estos beneficiarios con eficiencia y transparencia.
- **Recaudación.** Se pueden mencionar dos tipos de funciones recaudadoras: por un lado, es posible que la recaudación vincule directamente a la población con un fondo mancomunado (por ejemplo, cuando los empleados hacen contribuciones a un fondo mancomunado de la Seguridad Social); por otro lado, la recaudación puede vincular indirectamente a la población con un fondo que puede ser financiado por el Tesoro Público. En este caso, es posible que la población beneficiaria no coincida con las entidades que financian el fondo (por ejemplo, cuando un seguro de salud público se financia con impuesto a la renta). La capacidad de recaudación tiende a fortalecerse con el desarrollo económico como resultado de una mayor formalización de la economía laboral, con la habilidad de los agentes económicos para contribuir y con las mejoras en la administración tributaria y en la Seguridad Social.
- **Priorización.** Los fondos mancomunados asignan presupuesto y gastan en función de sus prioridades, las cuales pueden ser implícitas o explícitas. Es la función de priorización de uso de recursos la que determina la eficiencia asignativa del fondo, es decir, el grado mediante el cual logra maximizar el bienestar social de su población beneficiaria.
- **Compra de servicios.** La relación entre los fondos mancomunados y los prestadores de servicios de salud se puede analizar como una relación de comprador a proveedor. Existen numerosos arreglos

⁴ Gottret y Schieber (2006) presentan un modelo con cinco funciones claves.

posibles para la “compra” de servicios, desde la integración vertical completa (en la que los prestadores son empleados del fondo) hasta la compra de servicios a terceros (en la que los prestadores son independientes y los fondos pagan por los servicios). Los mecanismos de compra de servicios determinan la eficiencia técnica del fondo, es decir, el grado por el cual un fondo logra obtener la mayor cantidad y calidad de servicios con un presupuesto dado. Esta función combina niveles micro (compra a prestadores individuales) con niveles “mezzo” (como transferencias interfiscales a gobiernos subnacionales).

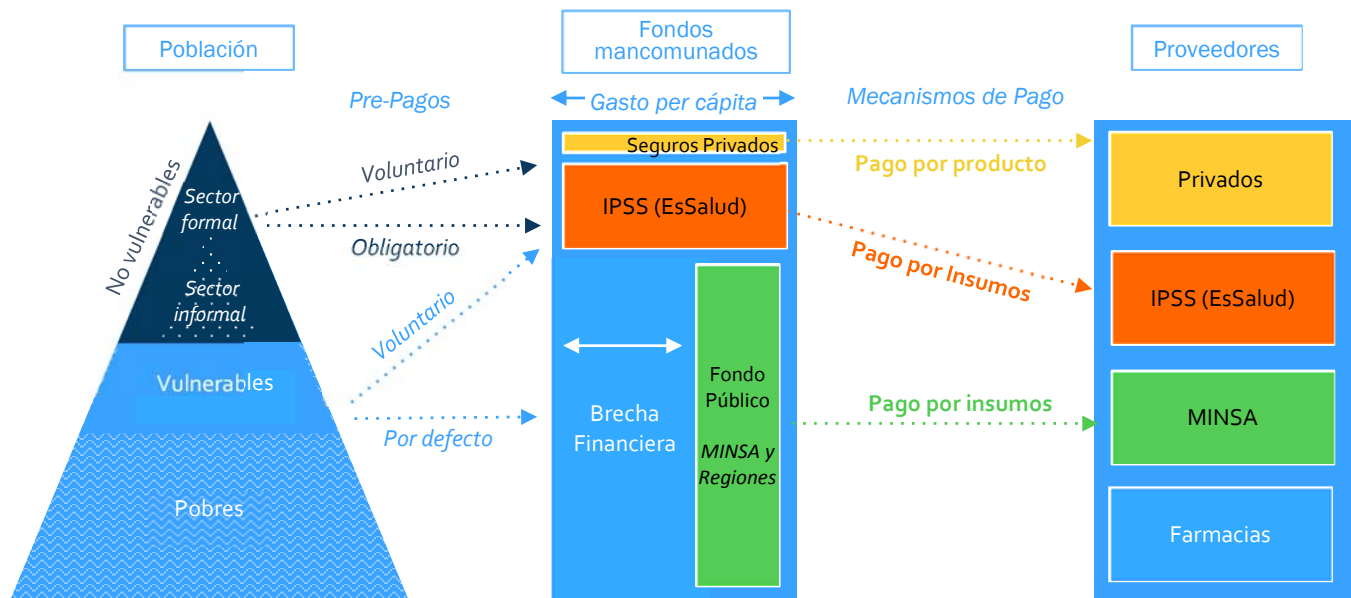
El financiamiento de salud se complementa con compra y pago “directo” de servicios a proveedores. Por lo general, es considerado ineficiente e inequitativo financiar servicios de salud a través de gastos de bolsillo, ya que ello no permite compartir los riesgos financieros que deben enfrentarse cuando surgen problemas de salud.

Transformación del sistema de financiamiento de la salud entre 1990 y 2014 en el Perú

Utilizando el marco conceptual expuesto, esta subsección describe la transformación del financiamiento de la salud en Perú comparando tres momentos en el tiempo: la situación prerreforma a fines de la década de 1990, la situación al terminar la primera década del nuevo siglo y la situación actual con sus cambios recientes, incluyendo los principales temas que hoy se encuentran en discusión en el país en relación con el financiamiento de la salud.

La Figura 5 describe el financiamiento de la salud en el Perú a fines de la década de 1990, ligando a los tres principales agentes del sistema: la población, los fondos mancomunados que ofrecen protección financiera en salud y los prestadores.

Figura 5. Financiamiento de la salud prerreforma (circa 1997)



Fuente: elaboración propia

La población se ilustra en el bloque izquierdo de la Figura 5 y consta de tres grandes segmentos. En el segmento superior se representa al sector formal de la economía que se compone principalmente de trabajadores asalariados y sus familias. Una característica clave de ese sector en relación al financiamiento de la salud es que es relativamente fácil cobrarles contribuciones mediante retenciones al salario. El

segmento inferior representa a la población pobre; esta población no puede pagar por la atención de la salud y si lo hace profundizan su pobreza. La subpoblación vulnerable se encuentra por encima de la línea de pobreza, pero los gastos en atención de la salud fácilmente pueden hacer caer a esta subpoblación por debajo de esta línea. El segmento intermedio representa a la población no pobre del sector informal y se compone principalmente de trabajadores no asalariados y sus familias con ingresos por encima de la línea de vulnerabilidad. El ingreso de este segmento es más difícil de gravar que el de los trabajadores asalariados por lo que en países de ingresos bajos o medios, es común que esta población no participe de la seguridad social. Los gastos de los grupos pobres, vulnerables y no pobres del sector informal tienden a ser cubiertos en gran medida a través provisión subsidiada en el sector público y de gastos de bolsillo, mientras los recursos destinados a salud del sector formal son agrupados en el fondo mancomunado de EsSalud.

El bloque central de la Figura 5 ilustra los fondos mancomunados de financiamiento de salud, así como la brecha financiera. La dimensión vertical representa el tamaño de la población cubierta por cada fondo. Circa 1995 existía un seguro privado muy pequeño financiado a través de pagos voluntarios. El IPSS (EsSalud a partir del 1997)⁵ ofrecía un seguro de salud para los trabajadores dependientes (formales) y sus familias. A partir del 1997, las contribuciones son responsabilidad de los empleadores aplicando la tasa sobre el valor del salario mensual.⁶ El resto de la población era cubierta por los prestadores públicos que en aquella época pertenecían al MINSA. La planilla oficial y otros gastos fijos de los prestadores públicos del MINSA eran financiados con impuestos generales, pero una parte importante de los gastos variables del mismo ministerio se financiaban con gastos de bolsillo de los usuarios (copagos).

La dimensión horizontal de cada fondo ilustra el gasto per cápita. El gasto per cápita del MINSA era bastante inferior al de EsSalud. La diferencia en el gasto per cápita de estos dos fondos es una forma simplificada de medir la brecha en la cobertura de los servicios de salud en el sistema de salud. A finales de siglo xx se observaba una gran brecha en la cobertura para las poblaciones pobres y del sector informal en relación con la cobertura del sector formal. Este menor nivel de cobertura per cápita se traducía en dos desventajas: primero, los usuarios del MINSA debían hacer un pago de bolsillo mayor que los usuarios de otros seguros para obtener el mismo tipo de servicio; segundo, el MINSA no cubría muchos de los servicios y medicinas cubiertos por EsSalud.

Finalmente, el bloque derecho de la Figura 5 ilustra la provisión de servicios. Hacia 1995, la provisión incluía prestadores privados, prestadores de la Seguridad Social (que solo prestaban servicios a sus asegurados) y prestadores del MINSA. EsSalud y MINSA proporcionaban la mayor parte de sus servicios de salud a través de su propia red de establecimientos, incluyendo atención primaria, secundaria y terciaria. La figura ilustra también los sistemas de pago utilizados para financiar a los prestadores de servicios. Los seguros privados reembolsaban el costo de servicios específicos brindados por prestadores privados —hacían un pago por producto. EsSalud, el MINSA y los programas verticales pagaban a los prestadores a través de presupuestos históricos diseñados para hacer pagos por insumos (planillas, insumos médicos, etcétera). Los usuarios de servicios privados y del MINSA realizaban pagos de bolsillo al momento de usufructuar los servicios, y estos copagos estaban ligados a productos.

Por el lado del subsector de la Seguridad Social, durante el año 1997 se crearon las Entidades Prestadoras de Salud (EPS),⁷ consideradas, de acuerdo con la ley, como “empresas e instituciones públicas o privadas distintas de EsSalud cuyo único fin es el de prestar servicios para la atención de la salud con infraestructura propia o de terceros sujetándose a los controles [...]” (Ley N.º 26790, artículo 13). El objetivo era tener un

⁵ Hasta 1997, la institución de seguridad social del Perú era denominada Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). El 15 de mayo de 1997, la Ley N.º 27056 creó el Seguro Social de Salud (EsSalud).

⁶ Ley N.º 27056.

⁷ Ley N.º 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social, 15 de mayo de 1997.

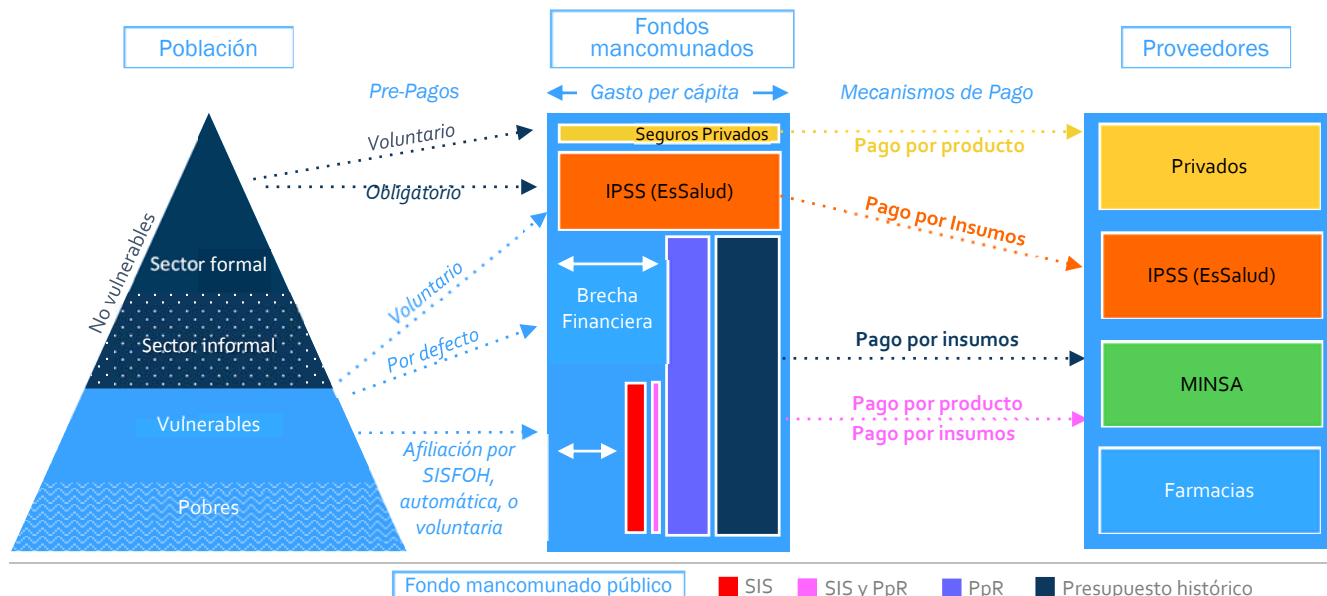
sistema complementario para descongestionar los establecimientos de EsSalud. La afiliación a una EPS fue pensada como complementaria, y los afiliados no perdían su condición de beneficiarios de EsSalud. El diseño consideró que las EPS brindarían servicios de atención primaria de salud (identificado como capa simple), mientras que EsSalud continuaría financiando atenciones complejas, aunque con aportaciones compartidas. Y la misma Ley N.º 26790 crea la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).⁸

En referencia a las últimas dos décadas, se puede mencionar una sucesión de innovaciones institucionales y de esfuerzos presupuestales que han buscado acortar la brecha financiera a la que debía hacer frente la población pobre e informal, mejorando la equidad en el financiamiento público de la salud y buscando también incentivar mejoras en la eficiencia prestacional y en la asignación de recursos según prioridades epidemiológicas. La Figura 6 ilustra estos cambios utilizando como referencia el año 2014.

Una **primera innovación** —hacia fines de los 90— fue la ampliación del financiamiento del MINSA para incluir un presupuesto protegido destinado a financiar gastos variables para los “programas verticales” (programas prioritarios, referidos en aquel momento a salud materno-infantil y a enfermedades infecciosas). Esta ampliación benefició a toda la población que era cubierta por estos programas verticales (es decir, a toda la población que hacía uso de los servicios de proveedores MINSA/regiones), y se utilizó principalmente para la compra de insumos y para la eliminación de los cobros a usuarios de intervenciones de los programas verticales.

En la última década, los programas verticales fueron eliminados de la estructura del MINSA, y en su reemplazo se crearon programas estratégicos (o programas priorizados) que cubren las áreas prioritarias de intervención, pero cuyos recursos se asignan desde 2008 a través del Presupuesto por Resultados (PpR). Como lo sugiere su nombre, el PpR intenta asignar presupuestos con base en resultados esperados. En las secciones 8 y 9 analizamos qué tipo de cambios ha generado el PpR en lo que concierne a mecanismos de pago a proveedores.

Figura 6. Financiamiento de la salud (circa 2014)



Fuente: Elaboración propia.

⁸ Que luego cambia de nombre a SUNASA y, finalmente, a SUSALUD.

Una **segunda innovación** de las últimas dos décadas fue la creación del Seguro Integral de Salud (SIS) en el 2002. El SIS fue creado mediante la fusión del Seguro Materno Infantil y del Seguro Escolar (Ley N.° 27675); y aunque se subordina indirectamente al Ministerio de Salud (MINSA), es autoadministrado y financiado por fondos del Tesoro Público. Su diseño inicial tuvo dos características importantes orientadas a limitar su costo fiscal: primero, el seguro solo cubriría a la población pobre, utilizando para este fin el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH); segundo, el seguro cubriría un paquete esencial de servicios, más amplio que el cubierto por los programas verticales, pero incluiría solo un grupo definido de servicios esenciales, proporcionados por los proveedores públicos. El seguro eliminaba los copagos que antes realizaban los ahora beneficiarios del SIS para los servicios y medicinas esenciales, y reembolsaba a proveedores los costos de insumos y medicinas para estos servicios brindados a los ahora beneficiarios del SIS. Además de mejorar la cobertura, el SIS introdujo un cambio en el sistema de pagos buscando reemplazar el pago por insumos con un pago por producto al reembolsar a los proveedores contra la presentación de evidencia de haber prestado servicios elegibles a los asegurados del SIS.

Durante la última década podría considerarse que el SIS se ha transformado en al menos cuatro dimensiones importantes:

- Expansión de las poblaciones cubiertas por el seguro. El seguro ya no busca solo cubrir a la población pobre sino también a otras consideradas vulnerables. Adicionalmente, ha intentado desarrollar un seguro voluntario administrado por el mismo SIS y dirigido a otras poblaciones.
- Ampliación de los beneficios cubiertos por el SIS. Mediante ley, se pasó de un grupo reducido de beneficios contemplado en 2003 a una amplia gama de beneficios esenciales en 2008. Adicionalmente, en tiempos recientes ha habido una serie de expansiones de beneficios implementada a través de diversas resoluciones administrativas.
- Implementación del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), el cual está administrativamente a cargo del SIS. FISSAL cubre intervenciones de alto costo no incluidas en la cobertura del SIS para los asegurados de este último sistema.
- Cambios en el sistema de pagos del SIS. El SIS utiliza ahora, para este propósito, dos sistemas: (i) la atención primaria se cancela a través de un sistema denominado “capitado”⁹; (ii) la atención hospitalaria se sigue financiando con pagos por producto. Además de las tarifas aprobadas para los productos reconocidos en la canasta de beneficios, también se reembolsan otros gastos en los que incurren los hospitales.

En la Figura 6 se han ilustrado ambas innovaciones: la cobertura de los programas priorizados por PpR y la del SIS alrededor de 2014. Mientras la primera cubre a toda la población usuaria de los servicios públicos, la segunda solo busca cubrir a las personas afiliadas al SIS.

Una **tercera innovación** operada en las dos últimas décadas fue la descentralización del sector salud. En 2002, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales¹⁰ definió una amplia gama de funciones relacionadas con la salud que se transfieren a los gobiernos regionales, incluida la organización de los niveles de atención, la gestión de los centros públicos de salud, así como la supervisión y el control de la producción, la comercialización y la distribución de productos farmacéuticos. La transferencia de funciones se completó formalmente en 2009. No obstante la gran importancia de esto, la Figura 6 no se ve modificada por esta reforma. A pesar de que la provisión del servicios sea responsabilidad regional, el poder de decisión sobre la

⁹ Internacionalmente se utiliza el término “capitación” para referirse a un pago por asegurado (Q) estimado con base en el costo medio de otorgar servicios muy precisos a una población determinada (P). Véase sección 9 para una discusión de la cápita SIS.

¹⁰ Ley N° 27867.

asignación de recursos hacia las entidades ejecutoras sub-regionales reside en gran parte a nivel central con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), con el cual es el nivel central quien determina anualmente la expansión de la infraestructura y de los servicios en el nivel regional,

A pesar de varios esfuerzos para integrar la oferta del sector salud en el Perú, el sistema continúa fragmentado y segmentado entre el sector público, la Seguridad Social (EsSalud) y el sector privado. Por el lado de la oferta, el sector público incluye a las tres Direcciones de Salud (DISA) de Lima Metropolitana, los hospitales nacionales, y los institutos especializados bajo la dirección del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS); los gobiernos regionales y sus direcciones regionales de salud (DIRESA)¹¹; algunos gobiernos locales que gestionan su propia oferta. La seguridad social incluye las Redes de EsSalud, la institución del seguro de salud de la seguridad social en el marco del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MINTRA); y los servicios de salud de la Policía, el Ejército, la Fuerza Aérea, la Marina de Guerra. A su vez, el sector privado incluye a los proveedores privados y compañías de seguros, entidades sin fines de lucro, médicos privados y otros profesionales del sector que prestan servicios de salud, así como a los proveedores de la medicina tradicional o indígena. Por el lado de los seguros, el sector público incluye al Seguro Integral de Salud (SIS), la seguridad social incluye EsSalud y los programas de cobertura de las Fuerzas Armadas y las Fuerzas Policiales, y el sector privado ofrece varios programas de seguros privados.

A fines del 2013 se emitieron algunas normas para impulsar la reforma del sector y avanzar hacia la implementación real de la Ley de Aseguramiento Universal de Salud del 2009. Se buscó introducir nuevas reglas de funcionamiento y modernizar el arreglo institucional dentro del sector público de salud. El objetivo fue “establecer condiciones para una posterior unificación del sistema.” (De Habich 2015). Entre los cambios institucionales más importantes que cambiarían la estructura de la oferta y organización del sector en general se encuentran: la creación del IGSS a fin de manejar la oferta pública en Lima Metropolitana, separando la provisión de servicios del rol de rectoría del MINSA; el desarrollo de las Redes Integrales de Atención Primaria de Salud (RIAP) como una manera de incrementar la conectividad entre diferentes proveedores en un territorio; la ampliación de responsabilidades de la Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA y posteriormente SUSALUD); así como el “intercambio” de servicios entre las diferentes redes de servicios, en particular entre el sector público y la seguridad social.

Sección 3. Población

La sección anterior menciona a la “población” como uno de los principales agentes del sistema de financiamiento en salud. En esta sección se define el concepto de población, se lo clasifica y se lo cuantifica en diferentes segmentos: población son pobres, vulnerables, no vulnerables del sector informal, y no vulnerables del sector formal para el año 2014. También se documentan los cambios que se han evidenciado a lo largo de las últimas dos décadas, tomando como punto de partida el año 1997. Este ejercicio es importante para vincular la población y sus características con los esquemas de aseguramiento y detectar a grupos de población sin protección de los riesgos de salud.

Se define a la **población pobre** como aquellos hogares que tienen un nivel de gasto por debajo de la línea de pobreza utilizada por el INEI. Debido a que hubo un cambio metodológico en la estimación de la pobreza, el último año comparable a 2014 es 2004 (WDI 2016). Con el fin de obtener estimaciones de los segmentos de

¹¹ El Gobierno Regional de Arequipa implementó una reforma institucional e integró a las direcciones de todos los sectores al organigrama del gobierno regional como gerencias con el ánimo de lograr unidad en la gestión territorial. La ex Dirección de Salud es entonces la Gerencia Regional de Salud de Arequipa (GERESA).

población en 1997, aplicamos de manera inversa el porcentaje estimado de pobreza (55 %) para encontrar el umbral de pobreza correspondiente en materia de gastos mensuales per cápita.

La **población vulnerable** es la de más difícil definición y medición. Conceptualmente, es aquella que, sin ser pobre, es susceptible de caer en pobreza como producto de un choque adverso, como por ejemplo el fallecimiento o abandono del principal perceptor de ingresos del hogar, la pérdida de un empleo o la quiebra del negocio familiar. El concepto de vulnerabilidad es inherentemente dinámico, ya que involucra tres elementos: una estadía fuera de la pobreza, un choque y un retorno a la pobreza. Además, comprende el *riesgo* de caer en pobreza —un hogar puede tener un alto riesgo de que ello le ocurra, aunque en realidad esta caída no se materialice. Por estas razones, no es posible *medir* vulnerabilidad, sino que hay que aproximarla. En esta nota tomamos como umbral de vulnerabilidad 1,41 veces la línea de pobreza, cifra que salió de un análisis de los datos panel de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) para 2012-2013 y 2013-2014 (Recuadro 1) Usamos el mismo umbral de vulnerabilidad para 1997 y 2014, ya que para el 1997 no disponíamos de datos de hogares de tipo panel.

Aplicando la definición de población vulnerable de 1,41 veces la línea de pobreza a los datos de la ENAH de 1997 y 2014, estimamos la distribución de población presentada en la Figura 7: Segmentos de población en el Perú, 1997 y 2014. Mientras que entre 1997 y 2014 el grupo de población no vulnerable evidencia un muy fuerte crecimiento, pues pasa del 27,41 % al 54,27 %), el grupo de pobres ha disminuido del 55 % al 22,64 %.

Recuadro 1. Definiendo el umbral de vulnerabilidad

En esta nota utilizamos un umbral de vulnerabilidad que fue calculado con base en los datos panel de la ENAH. Partimos de la noción de que vulnerabilidad es la probabilidad de que un hogar caiga en pobreza respecto de los hogares que permanecen fuera de ella. Las matrices de transición (véase la Tabla 1) muestran que alrededor del 10 % de hogares caen cada año en pobreza. Por ende, hemos considerado que un hogar es vulnerable si su probabilidad de caer en pobreza de un año a otro es superior al 10 %, y modelamos las características de los hogares para estimar cuál es el nivel de gasto que corresponde con esta probabilidad.

Tabla 1. Matriz de entrada a/ salida de la pobreza

	TIPO DE TRANSICIÓN						
	No pobre - No pobre	Pobre - Pobre	Pobre - No pobre	No pobre- Pobre	Total	% de pobres que salen	% de no pobres que entran
2013 - 2014	67,9	15,9	8,5	7,7	100	34,9 %	10,2 %
2012 - 2013	67,6	16,1	5,6	10,7	100	25,6 %	13,6 %
2011 - 2012	60,5	22,4	8,9	8,3	100	28,4 %	12,0 %
2010 - 2011	64,6	17,8	9,4	8,2	100	34,5 %	11,3 %
2009 - 2010	62,3	20,5	9,5	7,7	100	31,7 %	11,0 %
2008 - 2009	59,3	23,2	9,9	7,6	100	29,9 %	11,4 %
2007 - 2008	54,9	26,4	11,5	7,2	100	30,4 %	11,6 %
2005 - 2006	42,8	34,7	12,6	9,9	100	26,6 %	18,8 %
2013 - 2014	39,0	38,2	11,5	11,3	100	23,2 %	22,5 %

Fuente: Herrera (2016).

Tal probabilidad es estimada a partir de un modelo Logit, en el que la variable dependiente es la transición (caída) de pobreza. En las estimaciones se consideraron los paneles 2013-2014 (8039 hogares), 2012-2013 (7183 hogares), 2011-2012 (7580 hogares) y 2010-2011 (6105 hogares). De las variables predictoras de la transición (caída en pobreza) se consideraron las sociodemográficas usuales (género, educación, indígena, ocupación del jefe de hogar), características de la vivienda, variables dicotómicas geográficas, variables de choques que puedan estimarse a partir de la misma encuesta (choques de salud, gastos de hospitalización, choques climáticos, robos, etcétera), y el tipo de aseguramiento de salud. Finalmente, la pobreza se midió con base en gastos. Una vez estimadas las probabilidades de transición, calculamos el valor promedio del gasto y del ingreso, que se encuentra en el rango de 8 % a 12 % de probabilidad de caer en la pobreza.

Los resultados son los siguientes: con el panel 2013-2014, estimamos que el umbral de vulnerabilidad por gastos es 1,46 veces la línea de pobreza para 2013 y 1,43 para 2014; con el panel 2012-2013, calculamos que el umbral del gasto es de 1,36 y 1,46 para 2012 y 2013, respectivamente. En resumen, los umbrales superiores que comprenden a la población vulnerable, estimados por gastos, fluctúan entre 1,36 y 1,46 veces la línea de pobreza, o sea, 1,41 en promedio.

Utilizando este umbral estimado promedio calculamos que, para 2014, la incidencia de la población vulnerable no pobre sería 23,07 % de la población. A título comparativo, la incidencia de pobreza se estima en 22,64 %.

Fuente: Herrera (2016).

Finalmente, definimos los grupos de población según el empleo sea formal o informal. Aplicando una metodología propuesta por la Organización Internacional del Trabajo (OIT),¹² el INEI (2014) estimó que en 2012 el sector informal estaba conformado por casi 8 millones de unidades productivas y que su producción representaba cerca del 19 % del PIB; tres de cada cuatro trabajadores de la población económicamente activa ocupada se desempeñaban en un empleo informal (74 %). Lo interesante es que el 57 % lo hacía en un empleo informal dentro del sector informal (9 millones de trabajadores), y 17 % en un empleo informal fuera del sector informal (3 millones de trabajadores) (INEI 2014: 9).

Es importante notar que la dimensión formal/informal podría solaparse con la dimensión pobre/vulnerable/no vulnerable; es decir, tanto la población pobre como la población vulnerable podrían incluir trabajadores formales e informales. Por ejemplo, el INEI (2014: 135) encuentra que “el 97% de los hogares con ingreso exclusivamente formal es no pobre, y el 3% restante es pobre no extremo [...] los hogares con ingreso exclusivamente del sector informal, los no pobres representan 62% y los pobres el 38%, el cual se descompone en 28% de hogares pobres no extremos y 10% de hogares pobres extremos”. Aplicando estas proporciones, existen aproximadamente 7,4 millones de ciudadanos no pobres informales, para quienes no se ha establecido claramente la ruta que habrían de seguir para lograr el aseguramiento en salud.

Otra cuestión que merece ser destacada es que las dimensiones de pobreza e informalidad se miden en dos niveles diferentes: mientras que la pobreza lo hace a nivel de hogar, el trabajo formal se mide por individuos. No obstante, al analizar el financiamiento y aseguramiento en salud, es importante poder contar con ambas dimensiones, porque la pobreza está vinculada con la (in)capacidad de pago, y la formalidad con el aseguramiento a través de la Seguridad Social. En esta nota combinamos ambas dimensiones en una sola clasificación, y definimos las siguientes cuatro categorías excluyentes de personas:

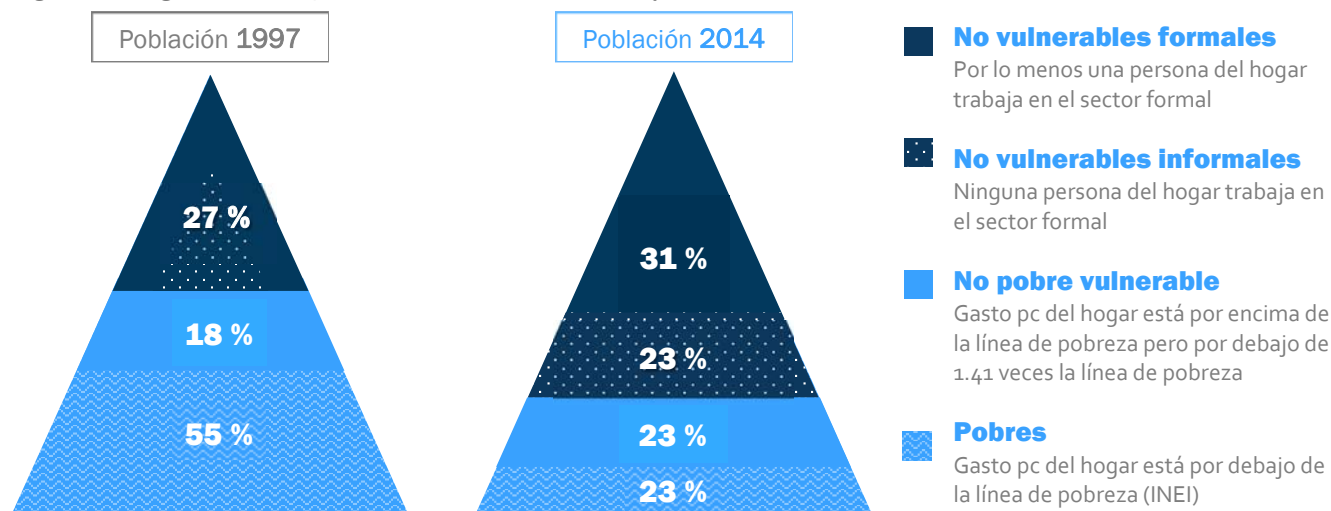
¹² En 1993, la OIT sostuvo que las unidades de producción del sector informal tienen las siguientes características de las empresas familiares: (a) activos fijos y otros activos utilizados no pertenecen a las unidades de producción sino a sus propietarios; (b) las unidades no pueden realizar transacciones o contratos con otras unidades, ni contraer pasivos en nombre propio; (c) los propietarios deben aumentar la financiación necesaria a su propio riesgo y son personalmente responsables, sin límite, de las deudas; (d) los gastos de la producción son a menudo indistinguibles de los gastos de los hogares; y, (e) los bienes de capital (edificios, vehículos, etcétera) pueden utilizarse indistintamente para el negocio y el hogar (Bonfert et al. 2015).

- Los **pobres**: personas que viven en un hogar donde el gasto per cápita es igual o está por debajo de la línea de pobreza (tomando la línea de pobreza de INEI para 2014), y el percentil 55 de gasto para 1997.
- Los **no pobres vulnerables**: personas que viven en un hogar donde el gasto per cápita está por encima de la línea de pobreza pero se ubica por debajo o es igual a 1,41 veces la línea de pobreza.
- Los **no vulnerables formales**: personas que viven en un hogar donde el gasto per cápita está por encima de 1,41 veces la línea de pobreza y en el que por lo menos una persona es empleado formal.
- Los **no vulnerables no formales**: personas que viven en un hogar donde el gasto per cápita está por encima de 1,41 veces la línea de pobreza y donde ninguna persona es empleado formal.

Se debe resaltar que los datos de hogares necesarios para aplicar la metodología de la OIT solo están disponibles a partir de 2012 y que, por tanto, para 1997 no se pueden distinguir los no vulnerables formales de los no vulnerables no formales.

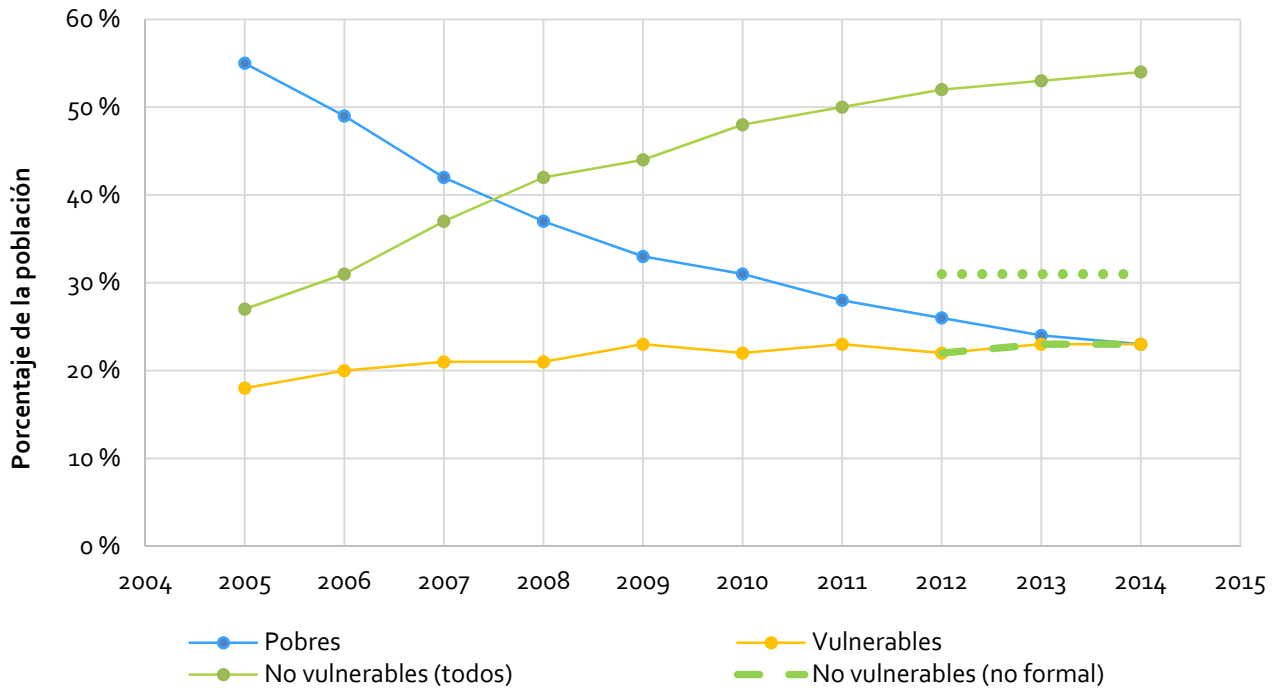
La Figura 7 y la Figura 8 muestran el cambio radical de estructura poblacional entre el 1997 y el 2014. El país logró bajar la tasa de pobreza y aumentar de manera drástica el porcentaje de población no vulnerable. La tasa de población vulnerable creció moderadamente de 18 a 23 %.

Figura 7: Segmentos de población en el Perú, 1997 y 2014



Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (1997 y 2014).

Figura 8. Evolución de los segmentos de población en el Perú, 1997-2014



Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2006, 2010, 2014).

Algunas reflexiones

Estimamos que desde 1997 se ha revertido el porcentaje de pobres y no vulnerables: el primero bajó de 55 % a 23 % en 2014, mientras que el segundo se incrementó de 27 % a 54 %. Al 2014, la población no vulnerable informal representa el 23 % de la población. Esta es la población que, aunque no sea pobre y no experimente un riesgo significativo de caer en pobreza, no tiene acceso a un seguro de salud mediante la seguridad social, ya que ningún miembro del hogar cuenta con un empleo formal. Este grupo de población iguala en tamaño al grupo de población pobre y al grupo de población vulnerable.

Para alcanzar la cobertura universal en salud no solamente se tiene que definir la estrategia de cobertura que utilizará el país para los grupos de población pobre y vulnerable, sino también bajo qué mecanismo se financiará la cobertura de la población no vulnerable del sector informal. Como se mencionó en la introducción, la Ley de Aseguramiento Universal de Salud prevé el seguro semicontributivo para los trabajadores independientes y pequeñas empresas, el mismo que se gestiona por el SIS. En la siguiente sección analizamos la situación actual de la población en general, así como de los grupos socio-económicos con particular énfasis en los grupos “intermedios”, es decir la población no-pobre pero vulnerable y la población no pobre del sector informal.

Sección 4. Afiliación a seguros de salud

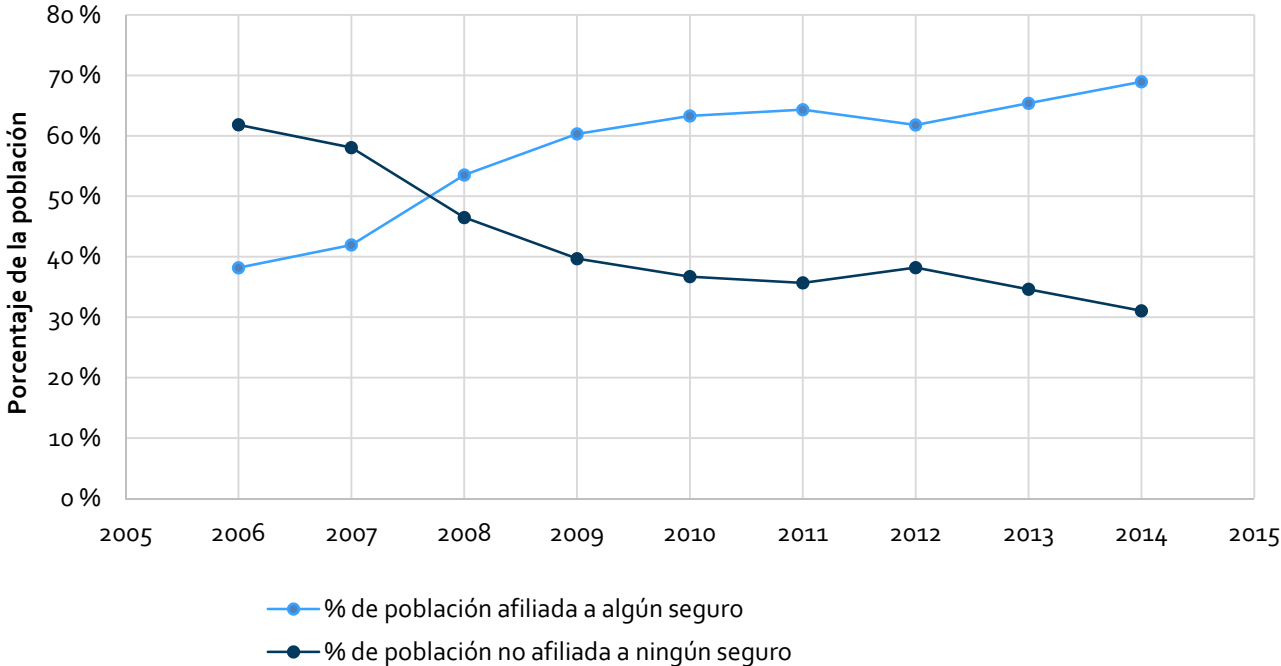
En esta sección analizamos tanto la evolución de la afiliación a seguros de salud en el Perú como el perfil de la población asegurada, subrayando los cambios ocurridos a lo largo del periodo 1997-2014, sobre la base de fuentes estadísticas (ENAHO, censo de 2007; SISFOH 2012-2013). También comparamos las

estimaciones de aseguramiento utilizando fuentes administrativas surgidas de las mismas instituciones aseguradoras.

Evolución de la afiliación a seguros de salud en el Perú

La Figura 9 ilustra la progresión de la afiliación al SIS y a EsSalud entre 2006 y 2015. Como se puede observar, a lo largo del tiempo las curvas de población con algún tipo de seguro y población sin ningún seguro de salud se han invertido. Mientras que el porcentaje de población sin seguro se encontraba en 62 % en 2006, la afiliación a seguros progresó fuertemente hasta alcanzar cerca del 70 % en 2014.

Figura 9. Porcentaje de población con y sin seguro de salud, 2001-2014

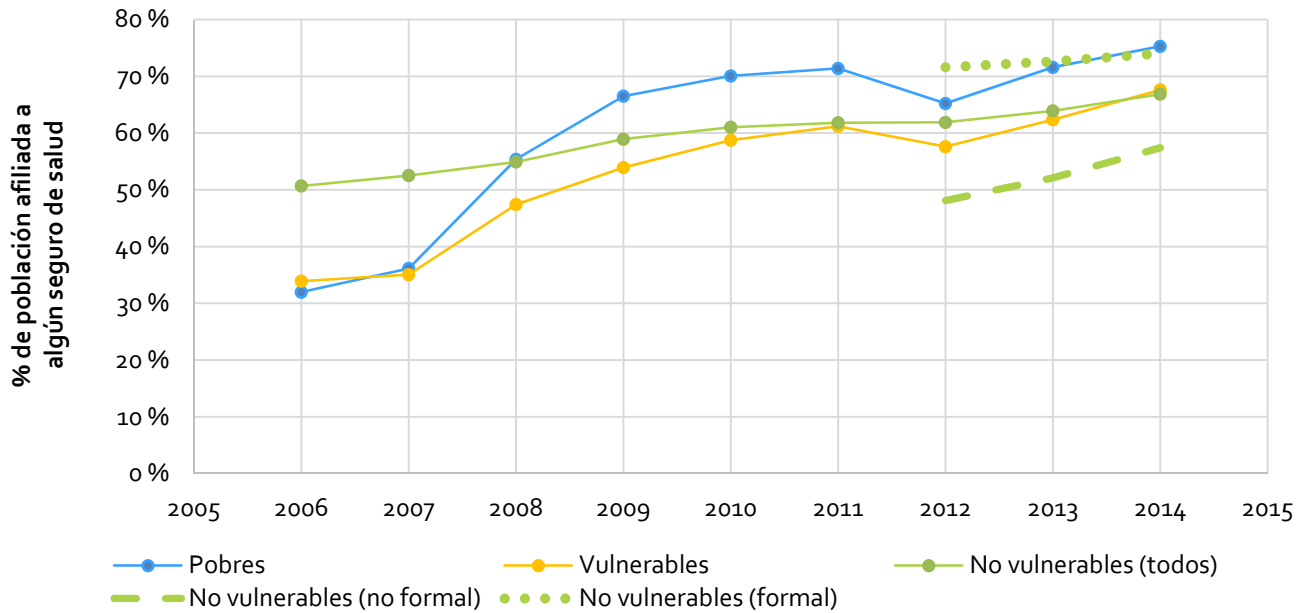


Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2006, 2010, 2014).

Perfil de la población asegurada

Al examinar el perfil de los asegurados usando las categorías presentadas en la Sección 3, la Figura 10 refleja que el aumento de la afiliación a seguros de salud entre 2006 y 2014 ha sido más elevado para los pobres y los vulnerables. Los pobres aumentaron su tasa de afiliación de 32 % a 75 % en esos años, mientras que los no vulnerables pasaron de 51 % a 67 % de cobertura.

Figura 10. Tasa de afiliación a seguros de salud, según segmento de población, 2006-2014



Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2006 y 2014).

En cuanto a las tasas de afiliación por grupos etarios, se destaca que entre 2006 y 2014 los aumentos de afiliación fueron mayores para los adultos que para los menores de edad (Figura 43 del Anexo: Materiales complementarios). Esto se explica por el hecho de que el punto de partida del SIS fueron el seguro materno-infantil y el seguro escolar, creados, ambos, en 1997, y que ya cubrían un segmento importante de la población de menores de dieciocho años.

En la Tabla 2 se presenta el porcentaje de población afiliada a los diferentes seguros de salud para los años 2006, 2010 y 2014, y el cambio producido entre el inicio y el final del periodo. En la citada tabla se observa una ampliación de la tasa de afiliación a lo largo de estos años, que se puede explicar por dos fenómenos: primero, desde el inicio del SIS en 2002, y hasta 2014, se ha logrado ampliar su cobertura a un 39 % de la población (ENAHO); segundo, durante el periodo 2004-2015 se aprecia también un fuerte incremento de la cobertura de EsSalud. La afiliación a seguros privados también ha aumentado, por lo que no se encuentra evidencia de que el SIS y EsSalud se hayan ampliado a expensas de los seguros privados.

Tabla 2. Evolución de la tasa de afiliación a seguros de salud, 2006-2014

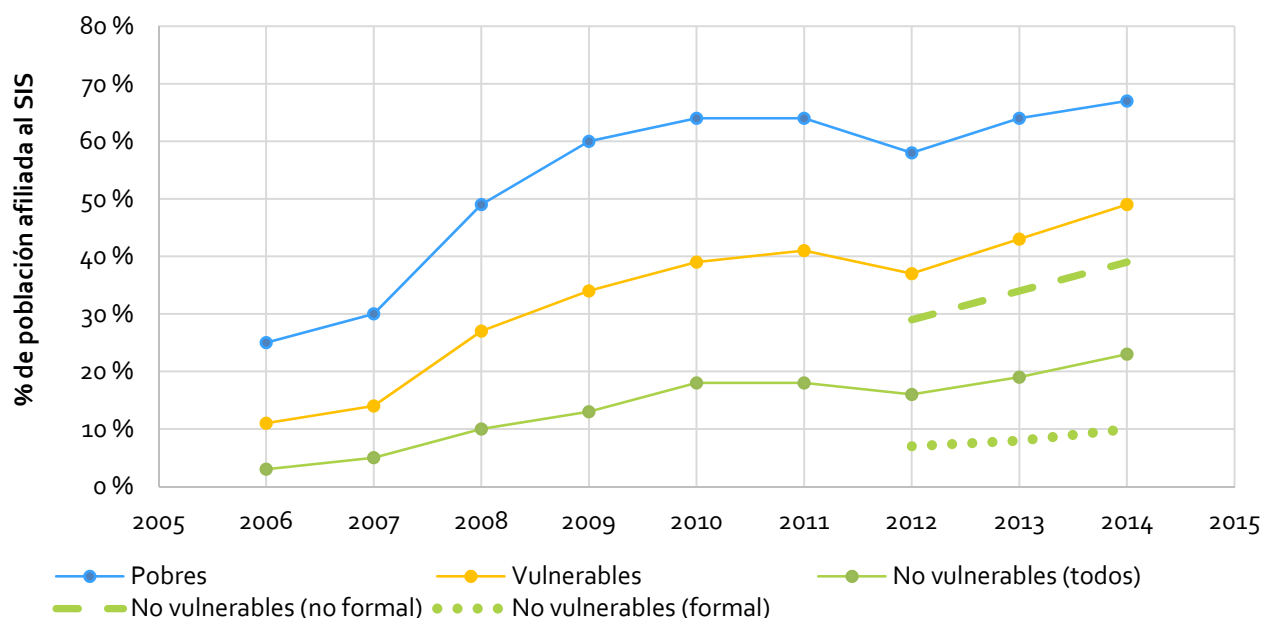
	2006	2010	2014	Cambio 2006-2014
Solo EsSalud	17 %	22 %	25 %	+7 %
EsSalud y/o EPS	0 %	1 %	1 %	+1 %
Solo SIS	16 %	36 %	39 %	+23 %
Solo FFAA y PNP	1 %	2 %	2 %	+0 %
Solo privado	2 %	2 %	1 %	+0 %
Más de un seguro	1 %	1 %	1 %	+0 %
Sin seguro	62 %	37 %	31 %	-31 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %	

Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2006, 2010, 2014).

En vista de los hallazgos de la sección anterior, en esta subsección analizamos la expansión del SIS utilizando datos de la ENAHO. Como queda evidenciado en la Figura 11, la afiliación al SIS se focaliza de manera diferenciada según los distintos grados de pobreza y vulnerabilidad. En 2014 los pobres tienen una cobertura del 67 %, mientras los vulnerables alcanzan un grado de afiliación del 49 %. También puede observarse que los no vulnerables cuentan con un grado de afiliación al SIS más bajo —aunque no irrelevante—: alrededor del 23 %. En el grupo de no vulnerables afiliados al SIS, el 74 % no pertenecen al sector formal.

Del análisis se destaca igualmente que la evolución de los perfiles de población es bastante similar: un crecimiento moderado en el periodo 2006-2007 y una rápida expansión de la cobertura entre 2008 y 2010. En el caso de los pobres, la cobertura del SIS parece haber llegado a un techo desde 2010, manteniéndose alrededor del 65 %. Al parecer, los costos relativos de la focalización podrían ser demasiado elevados para alcanzar al 25 % restante de pobres no cubiertos ni por el SIS ni por otros seguros (Figura 10).

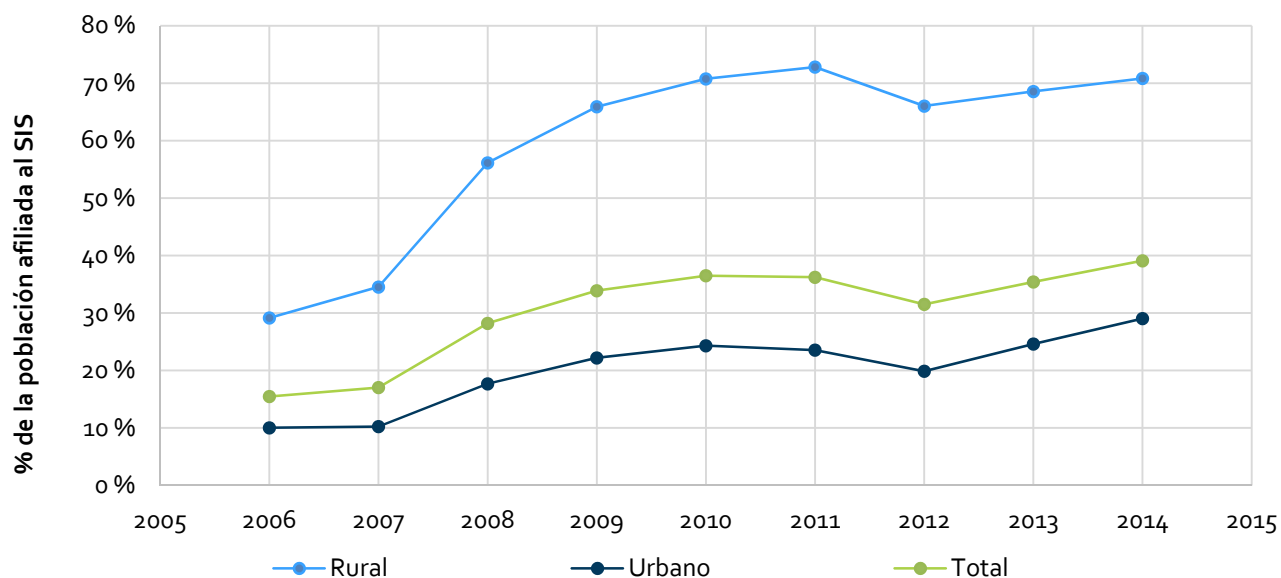
Figura 11. Afiliación al SIS según condición de pobreza y vulnerabilidad, 2004-2014



Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2006, 2010 y 2014).

A continuación se explora la afiliación al SIS en relación con el área de residencia de sus afiliados. Dada la población objetivo del SIS,¹³ se esperaría encontrar un crecimiento y mayor afiliación en las regiones más pobres del país. A partir de la Figura 12 se desprende que las mejoras de afiliación al SIS fueron relativamente más importantes en el área rural que en el área urbana, lo que refleja las prioridades establecidas.

Figura 12. Afiliación al SIS según área de residencia, 2002-2015

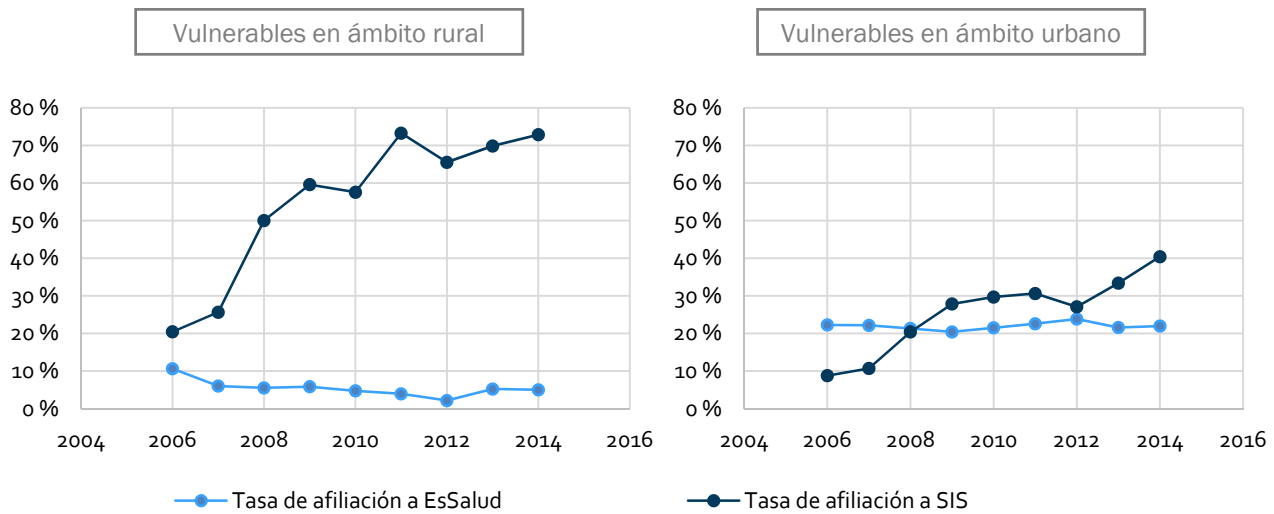


Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2006-2014).

Al comparar afiliación entre los ámbitos rurales y urbanos se evidencia que los nuevos desafíos del aseguramiento están en la zona urbana. La Figura 13 presenta la situación de afiliación al SIS y EsSalud de la población vulnerable según ámbito rural y urbano. Es interesante notar que si bien el SIS logró un buen resultado en el área rural, solo llega a cubrir actualmente alrededor del 40 % de la población urbana vulnerable. Esta situación podría reflejar las dificultades de focalización en zonas urbanas donde los tamaños poblacionales de los distritos hace necesario desarrollar nuevos instrumentos que permitan identificar con mayor precisión a los pobres. En el caso de EsSalud, en cambio, el resultado en el ámbito rural evidencia una disminución de la tasa de afiliación de la población vulnerable, posiblemente debido a una sustitución entre ambas instituciones de aseguramiento.

¹³ Ley N.° 29344, Ley de Aseguramiento Universal, Disposición Transitoria: "Ministerio de Salud queda autorizado a iniciar el proceso de aseguramiento universal en salud, a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en regiones piloto, priorizando las zonas de pobreza y extrema pobreza".

Figura 13. Afiliación de la población vulnerable a EsSalud y SIS, según ámbito, 2006-2014



Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2006 y 2014).

Algunas reflexiones

En los últimos 10 años, Perú ha logrado grandes avances en la afiliación de la población pobre y vulnerable a seguros de salud. Al mismo tiempo, el crecimiento económico ha cambiado de manera radical la composición de la población en el sentido que ha crecido el porcentaje de población no vulnerable mientras ha bajado el porcentaje de población en pobreza. En este contexto, llama la atención que no se definió de manera inequívoca cuál debería ser la población objetivo del Seguro Integral de Salud bajo sus modalidades subsidiadas (o sea no contributivas) y (semi)contributivas. Al no tener esta definición ex ante, se ha expandido la afiliación en gran medida en zonas rurales de alta pobreza y vulnerabilidad. Sin embargo, queda pendiente definir si el SIS también debería cubrir la población vulnerable en ámbitos urbanos, y bajo qué mecanismo.

Sección 5. Identificación de la población y monitoreo de la afiliación

Como se explicó en la sección relativa al marco conceptual, una de las funciones críticas del sistema de financiamiento en salud es la identificación de la población beneficiaria. Los fondos mancomunados no solo deben identificar a esta población, sino que, además, esta identificación debe hacerse de manera individual, a través de listas de afiliación, y monitorearse en forma frecuente y sistemática, para evitar la desactualización de las listas y minimizar errores de inclusión y exclusión.

Avances recientes en la identificación de beneficiarios

El DL N.º 1158 (2013) dispone que la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) tiene como una de sus funciones normar, administrar y mantener el Registro de Afiliados del Aseguramiento Universal en Salud. Desde entonces se han logrado avances sustanciales en lo que se refiere a contar con un listado integrado de afiliación a seguros de salud. La existencia de este tipo de registros es crítica para asegurar la no duplicidad entre seguros, para que las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) puedan manejar de manera eficiente y transparente los fondos y riesgos del aseguramiento, y para que los afiliados estén en condiciones de hacer cumplir sus derechos como asegurados. Con relación a las IAFAS más grandes, la situación actual es la siguiente:

- SIS y EsSalud reportan cada semana o quincena un registro nominalizado de sus afiliados. Las altas y bajas de afiliación deben actualizarse en treinta días a SUSALUD, con por lo menos 90 % de integridad.
- SUSALUD toma la información personal de los afiliados desde la base del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).
- Según información disponible en el boletín *SUSALUD*, el 98,9 % de los afiliados reportados por SIS tiene DNI validado con RENIEC, mientras que para EsSalud este porcentaje es de 97,7 % (boletín del 11 de noviembre de 2015).
- Los sistemas de salud de la Policía y de las Fuerzas Armadas tienen problemas de identificación de sus afiliados. Por ejemplo, en FOSMAR (Marina) solo el 15,6 % de los 36 mil afiliados tiene DNI validado con RENIEC.
- El sistema de consulta en línea de SUSALUD permite verificar la situación de afiliación de personas naturales ingresando su DNI. Por ejemplo, al afiliar a nuevas personas al SIS, este puede usar el sistema para verificar que estas personas no cuenten con otro seguro.
- SUSALUD creó una plataforma web denominada “ReSuelve”, por la cual una persona puede requerir que si detecta información errónea sobre su estado de afiliación, se corrija por la aseguradora en un plazo no mayor de veinticuatro horas.

Si bien, como se menciona en los párrafos anteriores, se experimentaron grandes avances en relación con el monitoreo de la afiliación, se considera que el Registro de Afiliados del Aseguramiento Universal en Salud podría contener información aún más precisa si se fortalecieran las siguientes dimensiones:

- *Intercambio de información.* Incrementar la integración y automatización del intercambio de información. Por ejemplo, cuando un afiliado SIS se afilia a EsSalud, automáticamente se debería generar un reporte a SIS para dar de baja a esta persona de la lista de afiliados de este sistema.
- *Criterios de desafiliación.* Establecer criterios claros de desafiliación al SIS que minimicen casos de pérdida de cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), por encontrarse en la transición entre aseguradoras. Por ejemplo, si un afiliado SIS gana afiliación a EsSalud pero se encuentra en un periodo de latencia para ciertas prestaciones, no debería perder cobertura de prestaciones brindadas por el SIS durante el tiempo de latencia. Asimismo, cuando un trabajador dependiente afiliado a EsSalud cambia de institución empleadora y tiene que cambiarse de EPS, pierde parte de su cobertura de salud por estar en periodo de carencia en la nueva EPS.
- *Unificación de definiciones.* Establecer definiciones claras sobre conceptos claves. Por ejemplo, la definición de “afiliado” utilizada en los reportes de EsSalud pareciese no coincidir con las definiciones de afiliado utilizadas por SUSALUD. A noviembre de 2015, EsSalud reporta más de 2 millones de afiliados “suspendidos” que no tendrían derecho a servicios de salud.

Monitoreo de la afiliación: datos comparativos

En esta subsección explotamos la existencia de varias fuentes de información con el fin de monitorear el estado de afiliación a EsSalud y SIS y analizar la consistencia a nivel regional entre la data administrativa de afiliación, la data del registro de afiliaciones de SUSALUD y la data ENAHO.¹⁴ En la Tabla 3 se presenta el número de afiliados para SIS y EsSalud, según lo reportado por las distintas fuentes.

¹⁴ Nótese que la data administrativa es al 31 de diciembre, mientras la data ENAHO es un promedio para el año.

Tabla 3. Número de afiliados al SIS y EsSalud, según fuente

	Data administrativa	Data SUSALUD	Data ENAHO
EsSalud	10 644 593	8 139 922	8 299 057
SIS	15 754 305	15 463 205	12 299 479

Fuente: Data administrativa EsSalud: Anuario estadístico 2014; data administrativa SIS: Anuario estadístico 2014; data SUSALUD: Registro de Afiliados del Aseguramiento Universal en Salud (consulta: 13 de septiembre de 2015); data ENAHO: elaboración propia con base en ENAHO (2014).

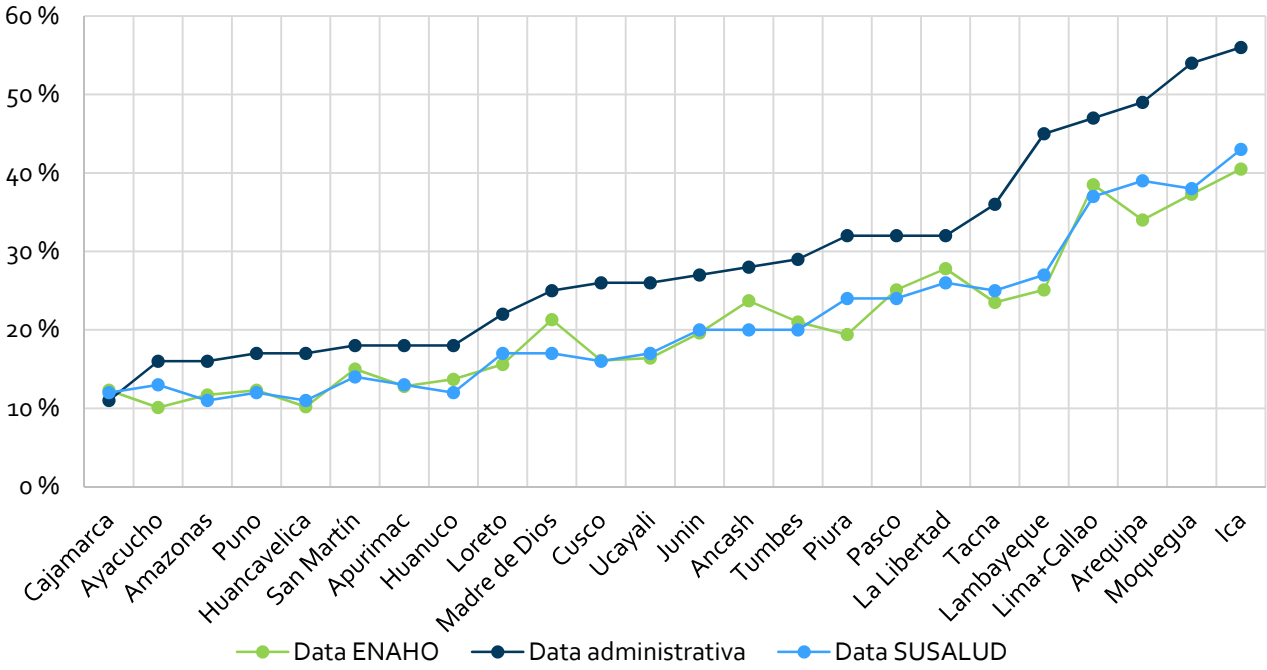
Para EsSalud, se observa una importante discrepancia entre la data administrativa reportada por esta institución y la datos reportada por SUSALUD. Esta diferencia puede explicarse en parte por la existencia de los 2 millones de afiliados suspendidos ya mencionados. Según la información que pudimos recolectar, se trataría en mayoría de personas en período de latencia, es decir perdieron su cobertura regular tras concluir un empleo formal. Por otro lado, casi no existe discrepancia entre la data SUSALUD y la data ENAHO.

En la Figura 14 se grafica la tasa de afiliación a EsSalud por región utilizando las diferentes fuentes de información. Como se puede observar, existen cuatro departamentos donde la afiliación según SUSALUD es más baja que la afiliación según ENAHO (Huánuco, Madre de Dios, Áncash y Lima + Callao). En otros seis departamentos la afiliación según SUSALUD es más alta que la afiliación según ENAHO (Ayacucho, Loreto, Piura, Lambayeque, Arequipa e Ica). En los demás departamentos la diferencia entre las dos estimaciones no es estadísticamente significativa.¹⁵

Si bien estas divergencias positivas y negativas de afiliación a EsSalud entre la data SUSALUD y la data ENAHO podrían tener varias explicaciones, como por ejemplo la existencia de movimientos geográficos de afiliados entre regiones, la magnitud de la divergencia para algunos casos merece un análisis más detallado de las causas generadoras e incluso la propuesta de medidas de resolución, especialmente si EsSalud está considerando separar las funciones de financiamiento y compra, con un posible pago capitado para la atención primaria.

¹⁵ Es preciso mencionar que las redes de EsSalud no corresponden exactamente con la división geográfica del país. El análisis incluye ciertos ajustes para facilitar la comparación entre número de afiliados y estimaciones de población (por ejemplo, en Lima Metropolitana).

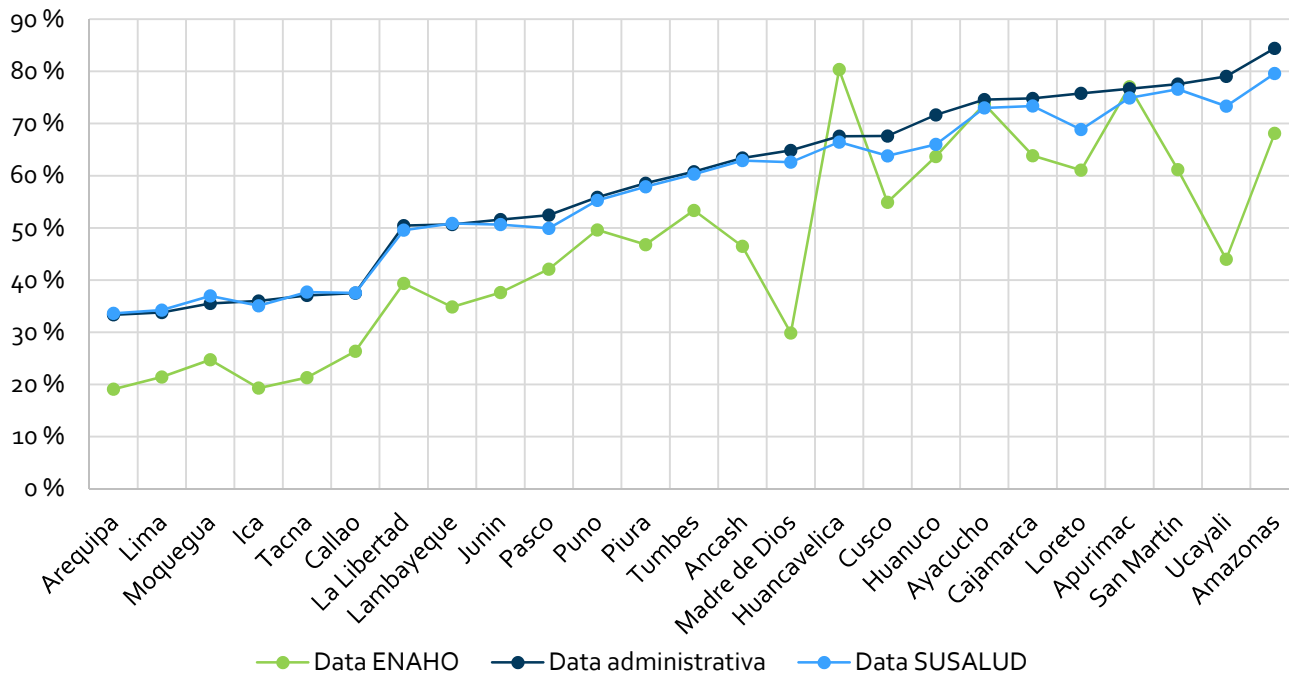
Figura 14. Tasa de afiliación a EsSalud según data administrativa, SUSALUD y ENAHO, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en EsSalud (2014), SUSALUD (2014) y ENAHO (2014).

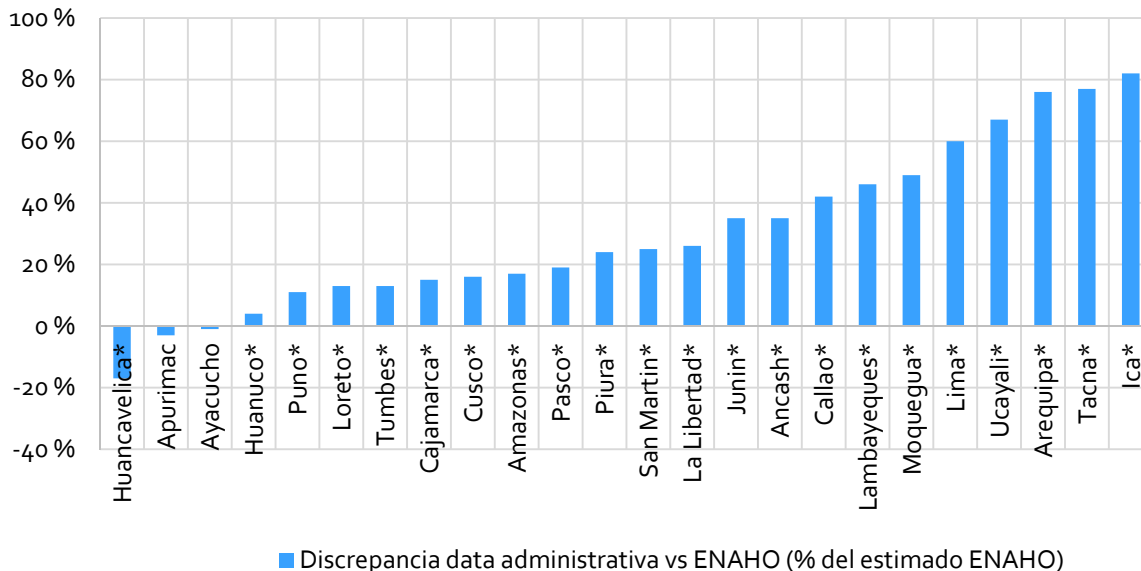
Para el SIS también se encuentran diferencias significativas en la cifras de afiliación, aunque en este caso la discrepancia se encuentra entre la data ENAHO de un lado, y los datos administrativos y SUSALUD de otro lado. La Figura 15 ilustra la tasa de afiliación al SIS por región utilizando las diferentes fuentes de información. Se observa que en todos los departamentos, excepto Huancavelica, Apurímac y Ayacucho, los datos administrativos y la data SUSALUD registran una tasa de afiliación superior a la tasa de afiliación estimada con la ENAHO. La diferencia entre las estimaciones de SUSALUD y ENAHO varía de -14 puntos en Huancavelica a +33 puntos en Madre de Dios (Figura 16). Comparada con la estimación ENAHO, la tasa de afiliación según la data SUSALUD es superior en más de 20 % en catorce de los veinticinco departamentos, incluyendo Lima, Callao, Arequipa, Piura y La Libertad. La diferencia supera el 50 % en Lima, Ucayali, Arequipa, Tacna e Ica, y llega hasta el 100 % en Madre de Dios.

Figura 15. Tasa de afiliación al SIS según data administrativa, SUSALUD y ENAHO, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en Anuario Estadístico SIS (2014), ENAHO (2014) y SUNASA (2014).

Figura 16. Diferencias en la tasa de afiliación al SIS entre data SUSALUD y ENAHO, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2014) y SUNASA (2014) * La diferencia es estadísticamente significativa a 5 % en todas las regiones excepto Apurímac y Ayacucho.

La diferencia en el reporte de la tasa de afiliación según SUSALUD y la estimación basada en ENAHO evidencia una falta importante de conocimiento de los afiliados SIS respecto de sus derechos. La afiliación masiva y automática de personas al SIS parece resultar en una situación en la que, a nivel nacional, un 22 % de los

afiliados desconoce su estado de afiliación, con importantes variaciones geográficas. Estas personas pueden comportarse como no afiliadas, es decir, no buscar atención médica cuando la necesiten, con el fin de evitar gastos de bolsillo. Dicho de otro modo: estas personas no son asegurados efectivos.

Algunas reflexiones

Tanto en EsSalud como en el SIS se evidencia discrepancia entre las estimaciones de afiliación según la fuente de información – aunque el origen de las discrepancias es bastante distinto. Dado que el Perú busca lograr cobertura universal, sería importante que las cifras reportadas sean comparables entre instituciones. Además, si el país busca armonizar sus sistemas de financiamiento y de pago entre EsSalud, SIS, y las demás IAFAS con vista a la integración gradual de los sistemas, la comparabilidad de las cifras de afiliación es crítica.

En EsSalud, se están manejando cifras exageradas de afiliación que incluyen hasta 2 millones de afiliados suspendidos. Una opción podría ser que SUSALUD establezca estándares de reportes de afiliación que eliminen las ambigüedades sobre la definición y el número de afiliados suspendidos. Del lado del SIS pareciera que un 22 % de los afiliados desconocen su afiliación –aunque estas personas puedan estar afiliadas, la cifra es una sobreestimación de la afiliación efectiva—.

La falta de conteo preciso de la afiliación efectiva tiene implicancias para los posibles mecanismos de financiamiento del SIS. Por ejemplo, sería prematuro usar las cifras administrativas o las cifras SUSALUD de afiliación al SIS en sistema de pago capitado. Dicho sistema requiere conocer (i) el número de afiliados efectivos (un Q) y (ii) el costo de proveer un paquete de beneficios definido a estos afiliados (un P). A la fecha, pareciera que no se tiene claridad ni sobre la cantidad de personas por afiliar ni sobre el costo del paquete de servicios (véanse las secciones 8 y 9).

El financiamiento de un seguro como el SIS, que funciona como asegurador de los pobres y/o no-asegurados, debería estar basado en primera instancia en el número de personas a las cuales provee aseguramiento efectivo, es decir, aquellas que se afilien al SIS y que se encuentren con identidad verificada, para quienes se comprobó que no tienen otro seguro y que entienden que cuentan con el beneficio. Para que el SIS pueda funcionar como un verdadero seguro de salud para los pobres, el MEF, como su financiador, debe tener (y exigir) claridad sobre el número de afiliados efectivos a los que se está financiando.

De su lado, SUSALUD podría desempeñar el papel de verificador de las bases de datos de afiliados. Sin embargo, para cumplir este papel sería prudente fortalecer el rol de SUSALUD en dos aspectos: (i) definición de los dispositivos y mecanismos que han de usar el SIS, EsSalud y otras IAFAS para asegurar la comparabilidad y no duplicidad entre las bases de afiliación; y, (ii) monitoreo del cumplimiento de los dispositivos y certificación de las listas de afiliación ante el MEF.

Sección 6. Recaudación

Como se indicó en el marco conceptual, la recaudación es una función clave que vincula a los agentes del sistema. Podría clasificarse en dos tipos: por un lado, la recaudación puede vincular a la población en forma directa con un fondo mancomunado a través de las contribuciones que este agente realiza al fondo, como en el caso de EsSalud, seguros privados y EPS; por el otro, la recaudación puede vincular a la población en forma indirecta, por medio del pago de impuestos (impuesto a la renta e impuesto general a las ventas, básicamente). Estos impuestos, una vez recaudados, son transferidos a los actores del sector salud, como el SIS y el MINSA, por el Tesoro, a través del presupuesto público.

En esta sección se analiza la situación financiera de los fondos mancomunados y sus principales fuentes de financiamiento utilizando datos reportados por los diferentes fondos, así como información oficial registrada

en las cuentas nacionales. Asimismo, dada la relevancia de EsSalud en el sector, se describen sus procesos de recaudación y se presenta un análisis de la cartera deudora de contribuyentes al fondo.

Con base en las Cuentas Nacionales de Salud, se observa que en el año 2012 se contabilizaron 28 621 millones de soles como recursos de financiación pública y privada del sector salud. Las fuentes principales provienen de la tributación (29 %), contribuciones o aportaciones obligatorias de los empleadores (30 %) y pago de bolsillo (37 %). El 4,3 % restante es explicado por donaciones, inversiones privadas y otros (MINSA 2015: 64). Es importante remarcar el alto aporte relativo de los hogares (pago de bolsillo) como fuente financiadora directa de los servicios de salud y, en menor medida, en la compra de primas. El peso del pago de bolsillo disminuirá más, como se menciona en la Sección 2 de esta nota, cuanto mayor sea la formalización de la economía, la habilidad de los agentes para contribuir y las mejoras en la administración tributaria y la Seguridad Social.

De este gran total de 28 621 millones de soles, solo 10 705 millones (o sea, el 37,4 %) es intermediado por instituciones de seguro o IAFAS; y de este subtotal, el 69 % es intermediado por el fondo de la Seguridad Social o EsSalud: 14,2 % por fondos de seguros privados y autoseguros, 11,1 % por las EPS, y solo 5,6 % por el SIS (MINSA 2015). Las EPS y demás privados representaron 2708 millones de soles de intermediación.

La relativamente baja participación del SIS puede explicarse porque solo busca cubrir los costos variables de los servicios de salud que financia.¹⁶ No obstante, según el marco conceptual de esta nota, las IAFAS no son los únicos fondos mancomunados. En particular los fondos del presupuesto público general que se destinan a salud a través de los proveedores públicos (sean MINSA, gobiernos regionales o el Instituto de Gestión de Servicios de Salud – IGSS) también se consideran fondos mancomunados. En la siguiente sección se presenta una ampliación detallada del tema de los fondos mancomunados.

Otro aspecto que se debe destacar es la creciente presencia del sector privado como fuente de financiación. Este sector representa solo el 1,9 % por el lado de la inversión (543,8 millones de soles, posiblemente subestimados por la falta de información en el año 2012), pero por el lado del gasto o de los prestadores absorbe el 43,2 % de los recursos (11 839 millones de soles). El cálculo considera a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) privadas y las cadenas de farmacias.¹⁷ Este fenómeno contrasta con el gasto total de los prestadores del grupo MINSA, sanidades y regiones (32,4 %), y EsSalud (20,4 %). El resto del gasto en prestadores es explicado por los ministerios de Defensa e Interior, y por el sector privado sin fines de lucro.

Regímenes de seguros y aportes

Como en otros modelos de la Seguridad Social, en el Perú el financiamiento de EsSalud proviene sobre todo de las aportaciones o contribuciones obligatorias del sector formal empresarial y, en menor medida, de aportes provenientes de independientes voluntarios.¹⁸ Contrariamente, el financiamiento del SIS proviene sobre todo del fondo público financiado por Tesoro Público, y una porción muy pequeña de aportes de independientes voluntarios. Como veremos en esta sección, esta diferencia en las formas de financiamiento cobra relevancia al momento de analizar la sostenibilidad financiera de cada uno de los fondos.

Cuando se analizan los planes, aportes de primas y coberturas de seguros de ambos fondos —EsSalud y SIS— se observa que en ambos casos existe una fragmentación en las coberturas. Específicamente, Cetrángolo et al. (OIT 2013) hace referencia a esta fragmentación en EsSalud. Si extendemos esta consideración y,

¹⁶ Medicamentos, procedimientos y compra de servicios a terceros. Aunque el SIS financia también Contratos Administrativos de Servicios o CAS a través de las partidas específicas de servicios y otros servicios (véase la Sección 8).

¹⁷ Este tema se profundizará en la sección que trata sobre los cálculos de costo por afiliado en el sector privado.

¹⁸ Leyes 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y 28791, con modificatorias a la Ley 26790.

adicionalmente, tomamos en cuenta los seguros que administra el SIS, se aprecia la existencia de múltiples regímenes de seguros cuyos beneficios son diferentes dependiendo del lugar de residencia del asegurado. Asimismo, se encuentran en ambas instituciones planes que pareciesen estar dirigidos a la misma población objetivo. La Tabla 4 muestra los seguros disponibles en EsSalud, EPS y SIS a 2015, así como sus aportaciones correspondientes. Esta información evidencia, por ejemplo, que un independiente, un ama de casa o un trabajador del hogar, entre otros, pueden afiliarse tanto a EsSalud como al SIS.

Tabla 4. Regímenes de seguros EsSalud y SIS, 2015

Seguros y regímenes	Aportaciones
EsSalud	
SEGURO REGULAR	
Trabajadores dependientes en actividad, socios de cooperativas de trabajadores, trabajadores del hogar (cuatro horas o más de jornada) y portuarios	9 % del salario mensual, o de la Remuneración Mínima Vital (RMV) como mínimo.
Trabajadores independientes incorporados por mandato de ley especial	9 % del salario mensual, o de la Remuneración Mínima Vital (RMV) como mínimo.
Pensionistas	4 % de la pensión, a cargo del pensionista.
Pesquero (y pensionista) de la ex Caja CBSSP, Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador	9 % de los ingresos mensuales 4,4 % de la pensión mensual, a cargo del pensionista
Pescador artesanal con embarcación artesanales	9 % del valor bruto del producto comercializado en punto de embarque, o de la RMV como mínimo.
Pescador artesanal independiente sin embarcación y procesador pesquero artesanal	9 % de la RMV, a cargo del asegurado.
Contratados por Administración de Servicios – CAS sector público. Obligatorio. No pueden afiliarse a una EPS.	9 % de la base imponible máxima equivalente al 30 % de la Unidad Impositiva Tributaria (UIT)
SEGURO AGRARIO	
Trabajadores activos en sector agrario no forestal, acuícola. Obligatorio (excluye Lima y Callao)	4 % de la RMV, no inferior a S/ .790, a cargo del empleador.
Trabajadores independientes en sector agrario no forestal, acuícola. Obligatorio (excluye Lima y Callao)	4 % de la RMV, a cargo del asegurado.
SEGUROS POTESTATIVOS / VOLUNTARIOS	
Protección total: asegurado titular desde 56 años. Excepcionalmente, previa evaluación, para menores de 56 años de edad con enfermedades crónicas. Cónyuge si está incapacitado desde 56 años.	Aporte por grupo familiar, titular y cónyuge, o titular solo, S/. 59. Con deducible de un día de hospitalización más IGV.
Protección vital: trabajadores independientes y demás personas que no reúnen los requisitos de afiliación regular, y sus derechohabientes	Prima individual según edad, de S/. 40 a S/. 139. Plan mínimo de atención. Aplica deducible o copago de 10 soles por consulta ambulatoria y un día de hospitalización.
EsSalud Independiente: (Régimen Contributivo de Aseguramiento Universal de Salud) Trabajadores independientes mayores de 20 años y sus dependientes	Prima con rango desde S/.64 individual hasta S/. 228 para un titular con tres o más dependientes.
Beneficiarios de Ley Modalidad Formativa Laboral	Prima con rango desde S/.55 individual hasta S/. 228 para un titular con tres o más dependientes.

SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGOS (SCTR)	
Trabajadores dependientes que realizan actividades de riesgo, inclusive pesquera y transporte acuático	0,63 % a 1,83 % sobre remuneración asegurable.
Trabajadores independientes que realizan actividades de riesgo	0,63 % a 1,83 % sobre 50 % de la UIT.
ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS, EPS	
Afiliados de EsSalud se afilian de manera complementaria a una EPS en acuerdo con la empresa empleadora. Pueden estar en regímenes : Seguro Regular, Seguro Potestativo o Seguro Complementario (SCTR)	Se comparte aportación 6,75 % del salario o la RMV para EsSalud y 2,25 % a la EPS. Prima varía de acuerdo con la EPS, como referencia el 2014: RÍMAC EPS prima promedio S/. 136 Pacífico EPS prima promedio S/. 148
Trabajadores independientes que realizan actividades de riesgo	0,63 % a 1,83 % sobre 50 % de la UIT.
SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)	
SIS GRATUITO	
Personas que califican en el Sistema de Focalización SISFOH como pobre o pobre extremo, sin límite de edad. Ningún miembro del hogar debe ganar más de 1500 soles.	100 % subsidiado
SIS EMPRENDEDORES	
Persona natural no profesional, con ingresos por actividades empresariales o desempeño de oficios, no tiene trabajadores a cargo y que aporta al Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS), categoría 1.	Se aporta S/. 20 mensuales de tributos a la SUNAT. Puede afiliarse a su familia, aparentemente sin pago adicional. SUNAT envía información a SIS de los inscritos en NRUS que han pagado los S/. 20 durante tres meses consecutivos.
SIS MICROEMPRESAS	
Trabajadores y empleadores de microempresas formalmente registrados en el Registro Nacional de la Micro y Pequeña Empresa (REMYPE) del Ministerio de Trabajo (MINTRA).	Prima de S/. 30 mensuales por trabajador afiliado y su familia. El 50 % lo paga el Estado y el otro 50 % el empleador (S/. 15 cada uno). La prima por trabajador es la misma con o sin familia.
SIS INDEPENDIENTE	
Registrado en el SISFOH con calificación económica. Modalidades	
Afiliación individual para personas de 60 años o más	S/. 44 para continuadores, y S/. 58 para nuevos asegurados, mensuales.
Afiliación familiar para titular y derecho habientes. No para personas de 60 años o más.	S/. 39. Prima individual y grupal, hasta S/. 155 con tres o más derecho habientes, mensual
Menores dependientes que aun no siendo hijo/hija viven con el titular en la misma casa.	S/. 39 de prima mensual

Elaboración propia. Fuente: <http://www.essalud.gob.pe/prestaciones-de-seguros/>. Consulta 14 de octubre de 2015; EsSalud (2014), Reglas de afiliación. Plan Maestro 2013-2021; <http://www.sis.gob.pe/Portal/index.html>. Consulta 16 de octubre 2015 y 28 de enero 2016. SUSALUD (2015) Anuario estadístico 2014, p. 64.

Recaudación de aportes al SIS

Con respecto al SIS, el fondo administra cuatro seguros con variaciones en los planes de beneficios, dependiendo de si: (i) la persona vive o no en las regiones priorizadas por la política del Aseguramiento Universal de Salud (AUS), (ii) su capacidad de pago y (iii) su relación laboral. A diferencia de EsSalud, el SIS cuenta con **seguros totalmente subsidiados** con presupuesto público (**SIS Gratuito** y **SIS Emprendedores**), y seguros en los que el pago de la prima se divide entre presupuesto público y el asegurado (SIS Microempresas) (Tabla 4). Si bien es cierto que en los seguros parcialmente subsidiados la persona asegurada paga parte de su aportación y la diferencia es cubierta por el presupuesto público, se debe considerar que existe de todos modos un alto nivel de subsidio, ya que el SIS cubre solo parcialmente el costo del servicio de salud. Es el presupuesto público no intermediado por el SIS el que cubre el resto del costo del servicio.

El seguro SIS Gratuito está dirigido a todos los ciudadanos pobres y pobres extremos que no cuentan con un seguro de salud. De esto modo, para acceder a él es condición necesaria que ningún miembro de la familia gane más de 1500 soles, además de estar registrado en el SISFOH. Quienes no cumplan estas condiciones pueden acceder al régimen de independientes. Este régimen cuenta con primas diferenciadas para personas mayores de 60 años (44 soles para afiliados continuadores o 58 soles para los nuevos), o como titular menor de 60 años con derechohabientes (con primas que van desde 39 soles hasta 155 soles, dependiendo del número de dependientes). Por otro lado, existe el SIS Emprendedor, que se dirige a las personas naturales no profesionales que tienen un oficio o actividad empresarial y que pagan una contribución de 20 soles a la Superintendencia de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT), dentro de la categoría 1 del Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS).¹⁹ Los aportes de 20 soles mensuales a la SUNAT no se transfieren al SIS y las atenciones de salud se pagan con presupuesto público. La SUNAT tiene la función, de acuerdo con la ley, de enviar al SIS los datos de aquellos contribuyentes del NRUS que hayan pagado por lo menos tres aportaciones mensuales de tributos, para su afiliación automática.

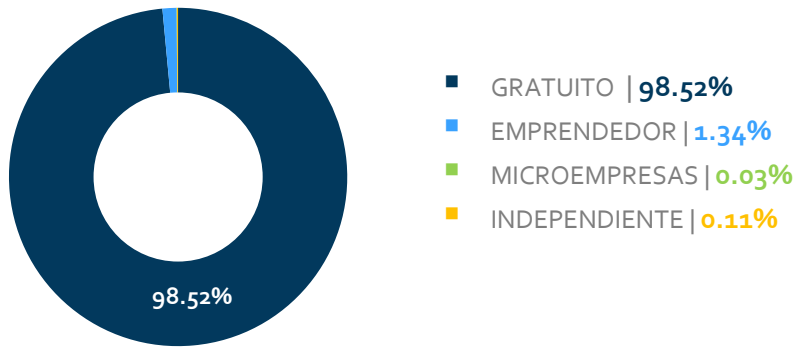
Finalmente, en el caso del plan **SIS Microempresa**, la prima es de 30 soles mensuales y su pago se divide entre el empresario (15 soles) y el SIS o presupuesto público (15 soles). La recaudación se hace por el mismo SIS.

Composición de los asegurados al SIS, septiembre de 2015

El SIS tiene una fuerte especialización en seguros no contributivos, y no ha logrado hacer despegar los seguros contributivos. La Figura 18 y la Figura 19 presentan las tendencias de los regímenes de seguros del SIS, que revelan un crecimiento importante de los afiliados al SIS Gratuito, mientras el resto de los seguros se mantiene a valores mínimos. En los seguros subsidiados, el Seguro Gratuito tiene el 98 % de afiliados mientras el seguro SIS Emprendedor representa el 1,34 % del total de afiliados. A pesar de los esfuerzos mostrados por el SIS, los seguros contributivos SIS Microempresas e Independiente junto representan menos del 0,15 % de afiliados (Figura 17 y Tabla 21 en el Anexo: Materiales complementarios). De acuerdo con la información administrativa del SIS, habría una disminución importante del SIS Emprendedor, según se constata en los registros a septiembre de 2015. El total de afiliados al SIS Emprendedor pasó de 265 441 a 218 693 entre diciembre de 2014 y septiembre de 2015. Una de las posibles causas de esta disminución podría ser la actualización del padrón, por SUNAT, de los que se mantienen al día con su tributo por lo menos tres meses anteriores.

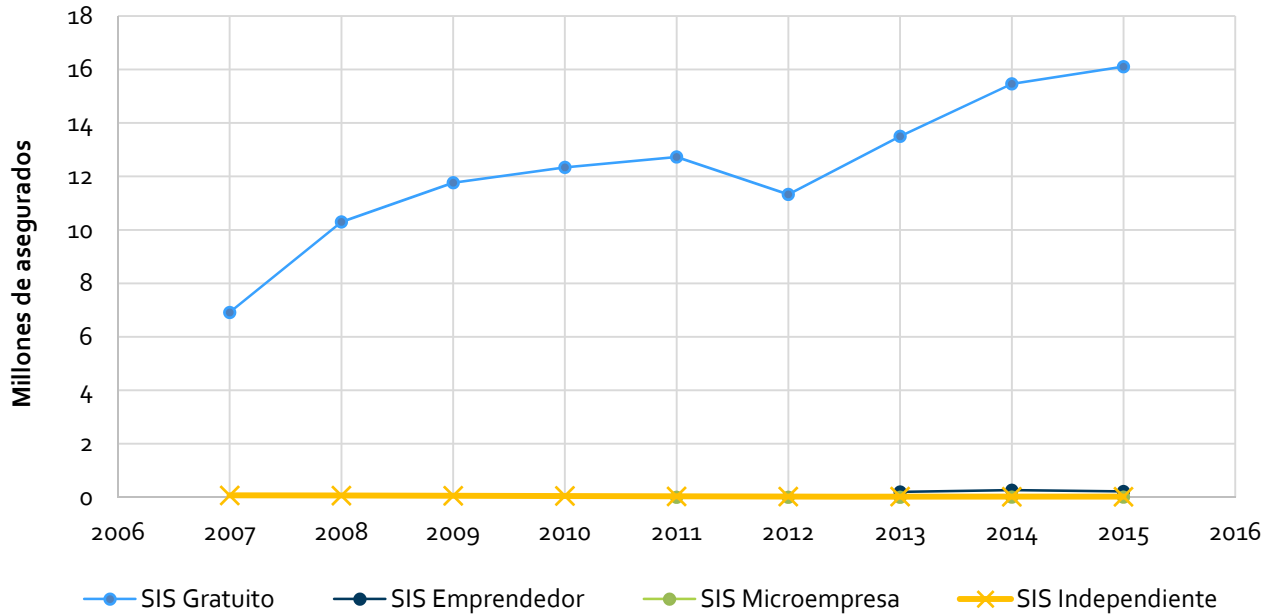
¹⁹ Como bodegueros, sastres, peluqueros.

Figura 17. Asegurados SIS por régimen de seguro, septiembre de 2015



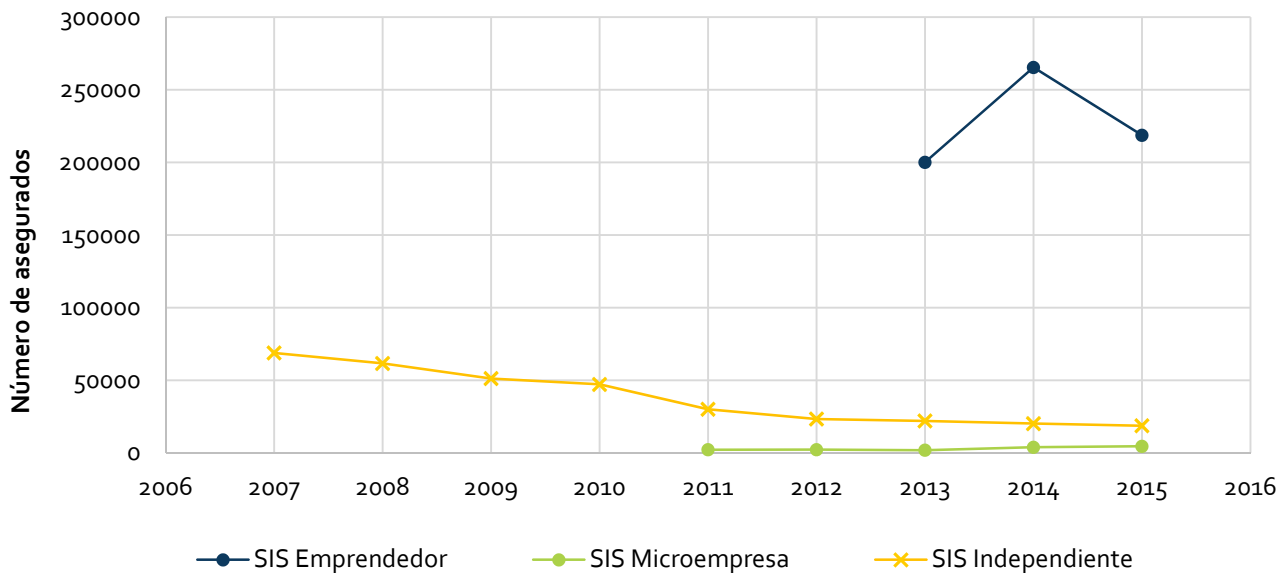
Fuente: Elaboración propia con base en información SIS (véase la Tabla 18).

Figura 18. Evolución del número de asegurados SIS por tipo de seguro, 2007-septiembre de 2015



Fuente: Elaboración propia con información SIS, boletines estadísticos, varios años.
<http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/index.html>

Figura 19. Evolución del número de asegurados en seguros SIS, excl. SIS Gratuito



Fuente: Elaborado por el Banco Mundial con información SIS, boletines estadísticos, varios años. <http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/index.html>. La data 2015 es a Septiembre.

Recaudación de aportes a EsSalud

En el caso de EsSalud se identifican tres tipos de regímenes de seguros.²⁰ Dentro de estos tipos de seguros existen en algunos casos hasta diez regímenes específicos, dependiendo de si los asegurados son trabajadores activos o pensionistas, dependientes o independientes; o si pertenecen a algún sector económico como el agrario o el pesquero. Cada plan tiene diferentes primas o aportes y coberturas de servicios de salud. Todos estos seguros comparten la característica de ser seguros contributivos. (Tabla 4)

En lo que concierne a cómo se constituyen las aportaciones de EsSalud, se observa que gran parte de los fondos provienen de las empresas empleadoras que aportan al Seguro Regular trabajadores dependientes, el equivalente al 9 % del salario mensual del trabajador afiliado. En otros seguros regulares, como los vinculados a los trabajadores de la Caja del Pescador, también se retiene el 9 %. Dos variantes ocurren con los trabajadores con contrato administrativo de servicios (CAS) del sector público y con los pescadores artesanales: mientras que en el primer caso el 9 % se aplica sobre un máximo de 30 % de la unidad impositiva tributaria, en el segundo el 9 % se aplica al valor bruto de producción comercializado en punto de embarque.

²⁰ Excluimos los seguros contra accidentes.

Figura 20. Asegurados EsSalud según régimen de seguro, junio de 2015



Fuente: Elaboración propia con base en datos EsSalud.

La tasa del 9 % que se aporta sobre el salario mensual en el Seguro Regular difiere de la requerida por el Seguro Agrario; requiere como aportación solo el 4 % sobre la remuneración mínima vital para los trabajadores activos (o dependientes) e independientes. En el caso de los dependientes, el pago lo hace la empresa empleadora, mientras que cuando se trata de los independientes el pago corre por cuenta del mismo asegurado.

A diferencia del Seguro Regular, el Seguro Potestativo o Voluntario requiere aportaciones nominales valorizadas de manera individual, familiar o grupal. Existen dos planes claramente diferenciados. El primero, denominado Plan Total, está dirigido a personas mayores de 56 años y su cónyuge si este (o esta) está discapacitado, también desde los 56 años. Estas personas aportan 59 soles como titulares o como titulares con cónyuge. El segundo, denominado Plan Vital, está dirigido a trabajadores independientes y otros que no reúnen los requisitos para ser asegurados regulares. En este caso la prima es individual, con un rango de 40 a 139 soles mensuales, dependiendo de la edad y del número de derechohabientes. Se debe mencionar que, en el caso de los planes Total y Vital, los asegurados tienen que pagar deducibles, por consulta y por hospitalización. EsSalud también ha creado el régimen contributivo de Aseguramiento Universal de Salud, dirigido a independientes mayores de 20 años y dependientes. La prima que se paga se encuentra en el rango de 64 soles hasta 228 soles, dependiendo de si se afilia como titular y del número de dependientes. Cabe mencionar que en octubre de 2015 se suspendió por un período de 8 meses la afiliación a este seguro (Resolución No 30-GCSPE-ESSALUD-2015).

Es preciso resaltar que una de las características del Seguro Regular de EsSalud, es que estas dependen del vínculo laboral del asegurado con su empresa empleadora, pública o privada, y no de los aportes mismos.²¹ Las empresas empleadoras son las responsables de reportar el vínculo laboral del potencial asegurado y de preservar el número de pagos de aportaciones de acuerdo con lo requerido por EsSalud. Para conservar el seguro de salud, el dependiente debe mantener tres meses consecutivos con obligatoriedad de aportación por parte de su entidad empleadora, o cuatro meses dentro de los últimos seis meses.

Con este sistema el asegurado puede verse afectado por el comportamiento tributario de las instituciones empleadoras y contribuyentes, ya que este comportamiento afecta su estado de acreditación a EsSalud, quien debe mantener una lista actualizada y real de sus afiliados. Si ocurriera que una empresa no ha cumplido con pagar sus contribuciones (no aparece en la base de datos de contribuyentes al día), no obstante que ha informado en las boletas de pago de los trabajadores que tales aportaciones sí se hicieron, el trabajador

²¹ La Ley 26790, Artículo 10 estipula que “los afiliados y sus derechohabientes tienen el derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud siempre que aquellos cuenten con tres meses de aportación consecutivos.[...] “... se considera períodos de aportación aquellos que determinan la obligación de la Entidad Empleadora de declarar y pagar los aportes.”

deberá mostrar su contrato cuando se acerca a ser atendido, para demostrar el vínculo laboral con la empresa, o, alternativamente, presentar las boletas de pago para dar fe de tales aportaciones. En el caso de que el trabajador no contara con esa documentación, deberá regresar con ella, lo que resta calidad y oportunidad en la recepción del servicio de salud y crea un alto costo de oportunidad al trabajador, ocasionado por la falta de pago de su empleador.

Las empresas del sector formal pueden elegir afiliar a sus empleados a una EPS,²² utilizando para tal fin parte de los aportes normalmente dirigidos a EsSalud. En este esquema EsSalud recibe 6,75 % del salario, y la EPS, 2,25 %. Estas instituciones también ofrecen los seguros de salud regulares y potestativos, y el seguro complementario de riesgo (SCTR). De acuerdo con el reporte de SUSALUD (2014), las aportaciones a las EPS alcanzaron 1697 millones de soles,²³ siendo el Seguro Regular el de mayor participación, mientras que el Potestativo alcanzó apenas un 1 %.

Los otros fondos privados están conformados por las primas que se pagan a los seguros, autoseguros y prepagos privados, los prepagos a clínicas y por los fondos de las empresas que brindan protección o provisión directa de servicios de salud (MINSA 2015: 28).

Composición de los asegurados a EsSalud

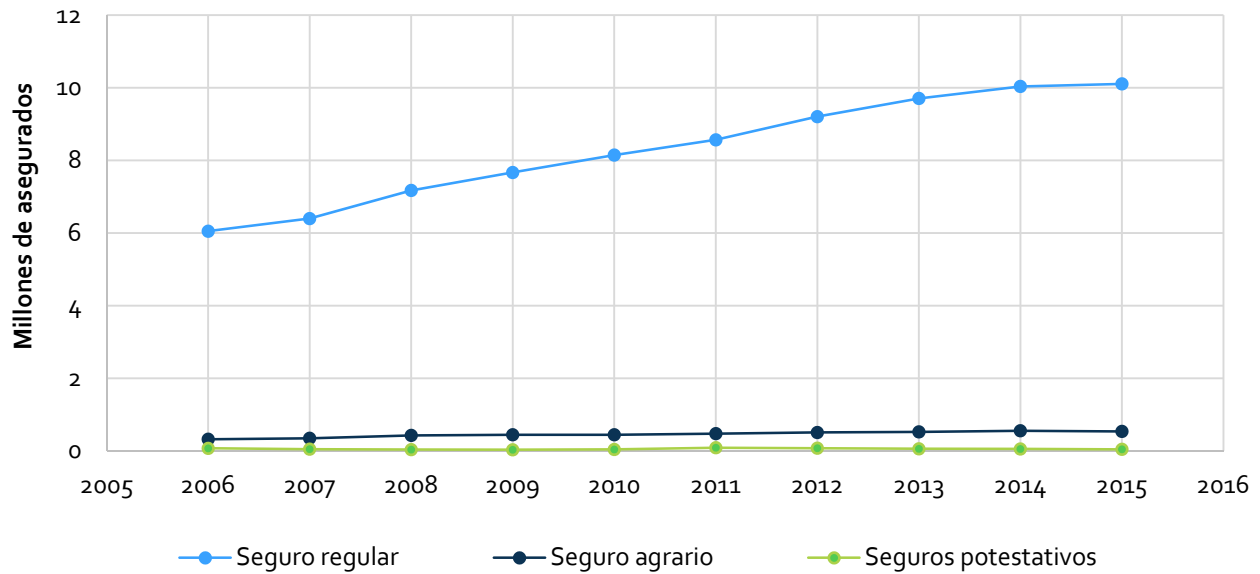
El mercado de EsSalud está concentrado en los trabajadores dependientes. El seguro más importante en EsSalud es el Seguro Regular: con 10 038 008 asegurados, y representa el 94 % de asegurados a diciembre de 2014.²⁴ Muy lejos está el Seguro Agrario, que expresa solo el 5 %. La suma de los asegurados potestativos (o voluntarios) representa muy poco: menos del 1 %, aunque en términos nominales alcanza 53 312 personas (Tabla 21 del Anexo: Materiales complementarios). Además, se observa que las diferencias de tamaño entre los asegurados con el régimen regular *versus* los asegurados agrarios y del potestativo se ha ido consolidando entre el 2006 y el 2015 (Figura 21).

²² Una vez iniciado el plan EPS para los trabajadores de una empresa empleadora, los trabajadores pueden solicitar salir de la EPS individualmente y tramitar atención integral a EsSalud.

²³ Incluye el Seguro Complementario de Riesgo laboral (SCTR). La fuente de datos sobre EPS de SUSALUD proviene del Sistema Electrónico de Transferencia de Información de las Entidades Prestadoras de Salud (SETIEPS), módulo de Información Económico Financiera de las IAFAS EPS.

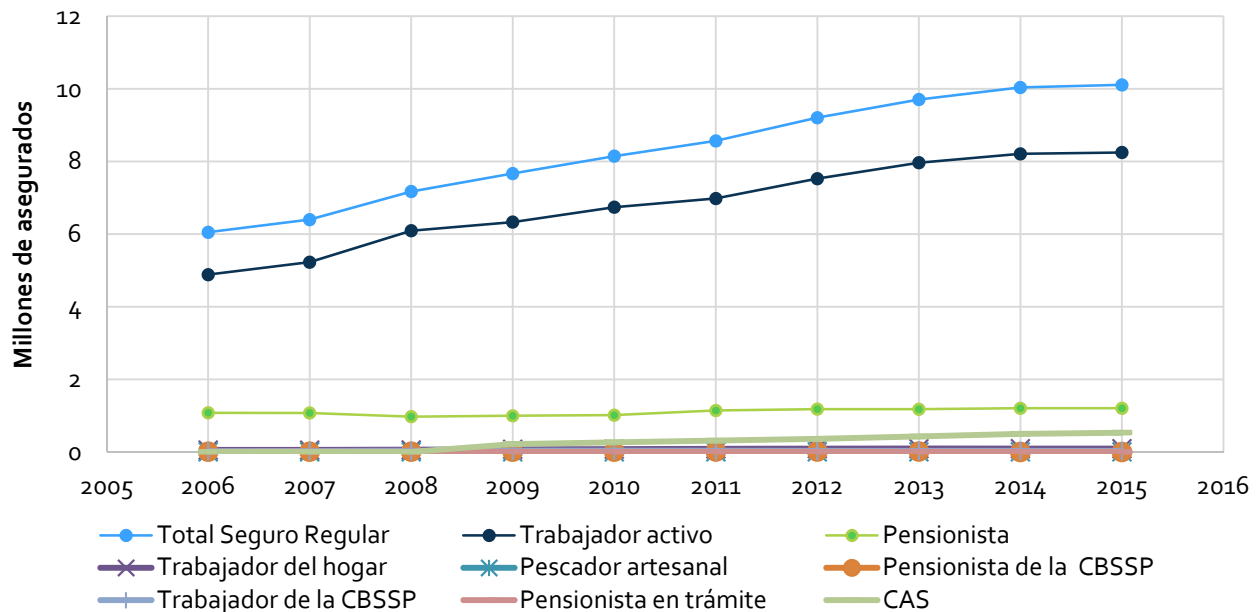
²⁴ Información de EsSalud – Gerencia Central de Aseguramiento.

Figura 21. Evolución del número de asegurados EsSalud según tipo de seguro, 2006-2015



Fuente: Elaboración propia con data de asegurados reportada por EsSalud, junio de 2015. Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas. Para 2006-2014 se reporta la cifra a diciembre; para 2015 se reporta la cifra a septiembre.

Figura 22. Evolución del número de asegurados del Seguro Regular EsSalud, según profesión u oficio, 2006-2015

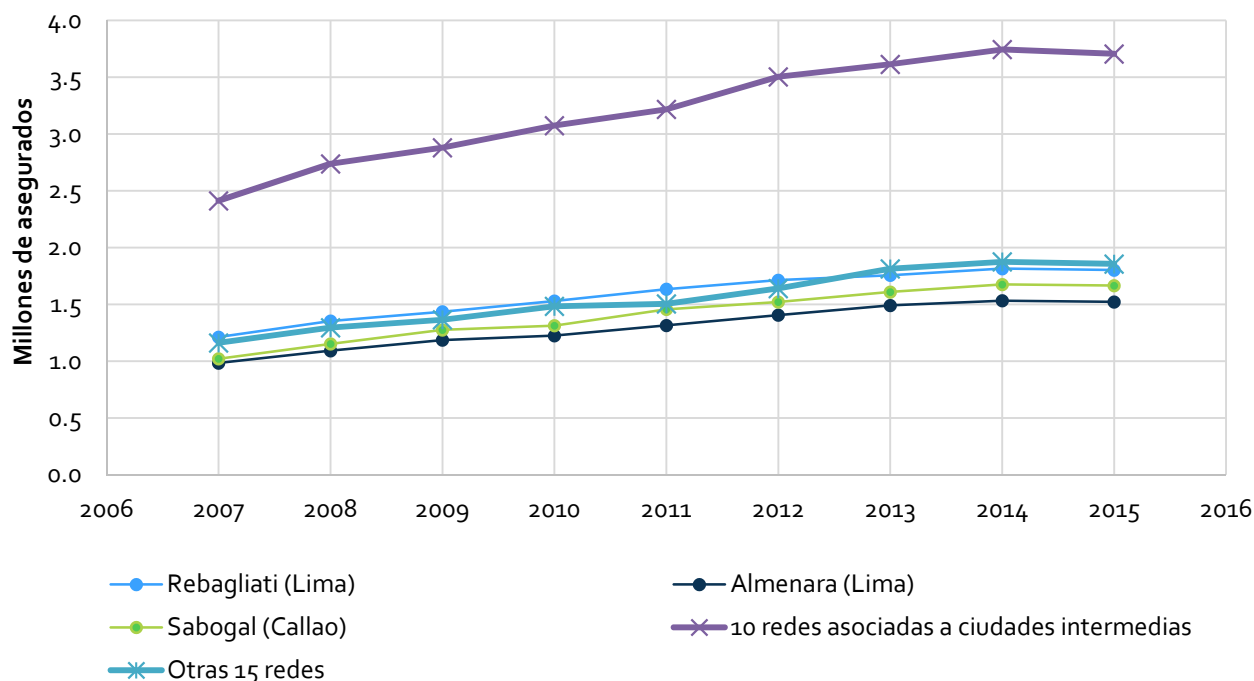


Fuente: Elaboración propia con data de asegurados reportada por EsSalud, de junio de 2015 - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas. Para 2006-2014 se reporta la cifra a diciembre; para 2015 se reporta la cifra a septiembre.

Finalmente, se puede observar que la afiliación a EsSalud se ha incrementado de acuerdo con el crecimiento urbano en las diez principales ciudades intermedias (Figura 23). Estas ciudades han crecido relativamente más que el resto del territorio. Otro punto que conviene remarcar es que el número de asegurados que atiende

el hospital Rebagliati, en Lima, equivale al número atendido en las quince redes de servicios que no están asociadas a Lima o a las diez principales ciudades intermedias.

Figura 23. Evolución del número de asegurados en redes asistenciales EsSalud



Fuente: Elaboración propia con data de asegurados y redes asistenciales reportada por EsSalud – Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, junio de 2015. Selección de ciudades intermedias según clasificación de INEI (2010). Para 2007-2014 se reporta la cifra a diciembre; para 2015 se reporta la cifra a marzo.

Procesos de recaudación en EsSalud

Dado que las contribuciones a EsSalud se consideran un tributo, quien se encarga de la recaudación es la Superintendencia de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT).^{25, 26} De acuerdo con sus funciones, otorgadas por ley, corresponde a la SUNAT la “recaudación” para la Seguridad Social (ahora EsSalud). Esta función de recaudación comprende los procesos de gestión de la información, registro, gestión de la declaración y de pago, liquidación de deuda, acreditación, afiliación, devolución de pagos, cobranza, fiscalización, devolución, reclamos y orientación. Dicho de otra manera: el gran proceso de recaudación contiene por lo menos diez fases en las cuales se genera gran cantidad de información que llega de los contribuyentes, del asegurado y los derechohabientes, de modo que el reto consiste en mantener y compartir la información con EsSalud. La Tabla 5 da cuenta de las funciones principales de la SUNAT.

²⁵ En el año 2013, en virtud del convenio con SUNAT, incluyendo el manejo de la información de la recaudación, esta institución cobraba 1,4% de la recaudación; si la recaudación era “estimada en 6,200 millones de soles al año [...] SUNAT cobra aproximadamente 93 millones de soles al año” (MINTRA/MINSA 2013: 317).

²⁶ De acuerdo con la Ley N.º 27334, SUNAT ejercerá las funciones de administración de las aportaciones a EsSalud y la ONP y, opcionalmente, otras obligaciones no tributarias. El Decreto Supremo N.º 039-2001-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley mencionada, indica que la SUNAT debe proporcionar a EsSalud y la ONP la información requerida para manejar su base de datos actualizada de asegurados y derechohabientes.

Tabla 5. Procesos de la SUNAT relacionados con la recaudación para EsSalud

Proceso	Descripción
Proceso de gestión de operaciones e información	Consiste en la gestión institucional sobre la totalidad de los procesos abajo descritos, interviniendo y liderando los equipos de trabajo de las diferentes unidades de la SUNAT a nivel nacional, así como atendiendo los diferentes requerimientos de EsSalud para cumplir con los procesos propios de su negocio como es aseguramiento, finanzas, prestaciones de salud y económicas. Además, asegurar la transferencia de la información y atención de los requerimientos que se derivan de esta transferencia. Esta función la realiza la Oficina Técnica de los Recursos de Seguridad Social.
Proceso de registro	Consiste en establecer criterios de identificación y gestionar el registro y control del universo de empleadores (tarea relacionada con la operatividad del sistema de RUC), asegurados titulares y sus derechohabientes. El empadronamiento es canalizado por el empleador a través del aplicativo.
Manejo del módulo en línea T-REGISTRO de la Planilla Electrónica	Asimismo, se cuenta con un registro especial para los empleadores de los trabajadores del hogar. Esta función la realizan las áreas de servicio a nivel nacional.
Proceso de declaración y pago	Consiste en llevar a cabo el proceso de recepción, procesamiento y consolidación de las declaraciones de pago de los tributos que gravan las remuneraciones, las cuales se pueden efectuar en la Planilla Mensual de Pagos (PLAME) de la Planilla Electrónica y otros formularios en forma presencial en las oficinas de la SUNAT, en los bancos autorizados y por medios virtuales.
Proceso de liquidación de deuda	Consiste en llevar el registro de los cargos y abonos de cada entidad empleadora, con el fin de determinar y controlar sus saldos deudores, así como en determinar las diferencias existentes entre lo declarado y lo pagado, mantener actualizada y controlar la deuda de las entidades empleadoras. Esta función la realizan las áreas de Control de la Deuda a nivel nacional.
Proceso de acreditación	Consiste en generar un padrón de personas naturales que puedan recibir los servicios prestados por EsSalud, sean estas aseguradas titulares o derechohabientes. Para ello se generan cuentas individuales de cada asegurado y se determina su derecho a atención en salud en función de las aportaciones realizadas. Esta función la ejecuta centralizadamente la Intendencia Nacional de Sistema de Información.
Proceso de cobranza	Consiste en adoptar medidas para cautelar la cobranza de las deudas generadas por los contribuyentes. Esta función la realizan las áreas de Cobranza Coactiva a nivel nacional.
Proceso de fiscalización	Consiste en realizar las acciones de fiscalización para establecer la correcta determinación de los tributos que administra la SUNAT. Esta función la ejecutan las áreas de Auditoría a nivel nacional.
Proceso de devolución	Consiste en establecer y restituir los ingresos derivados de un pago en exceso o indebido realizados por los contribuyentes. Esta función la realizan las áreas de Auditoría a nivel nacional.
Proceso de reclamos	Consiste en la recepción y resolución de las reclamaciones formuladas por los contribuyentes contra los actos que tengan relación directa con la determinación de la deuda. Asimismo, comprende la recepción y tramitación de las apelaciones al Tribunal Fiscal. Esta función la realizan las áreas de Reclamos a nivel nacional.
Proceso de orientación	Consiste en brindar una orientación, información verbal, educación y asistencia a los contribuyentes. Esta función la realizan las áreas de Servicios al Contribuyente a nivel nacional.

Fuente: SUNAT 2015. Administración de los aportes a la Seguridad Social – Oficina Técnica de los Recursos de Seguridad Social.

Es claro que la función de recaudación es compleja y que esto genera que la base de datos de afiliados a EsSalud sea una base dinámica que deba ser actualizada en forma constante, dada la creación y desaparición de empresas y la necesidad de mantener cuentas individuales de los asegurados y sus derechohabientes, independientemente del movimiento de trabajadores por cambios de empleo entre empresas. Además, estas cuentas individuales no solo tienen que registrar el aporte, sino también el tiempo de latencia luego de que

un trabajador dependiente termine su vínculo laboral con una empresa. En este sentido, la Ley N.° 27334 deja en claro el tipo de información que SUNAT se compromete a entregar a EsSalud:

- Registro de Entidades Empleadoras contribuyentes y/o responsables de las Aportaciones a la Seguridad Social. Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes ante EsSalud.
- Registro de Afiliados Obligatorios y Facultativos ante la ONP – Declaración Pago de Aportaciones a la Seguridad Social.
- Acreditación de Derechos ante el EsSalud, el mismo que incluye la cuenta individual del asegurado. – Cuenta Individual del Afiliado Obligatorio ante la ONP.
- Estadística sobre Control de la Deuda, Control de Infracciones, Fiscalización, Reclamaciones, Cobranza y Devoluciones; respecto de las Aportaciones a la Seguridad Social.

El reto de implementar el gran proceso de recaudación está siendo facilitado con el uso de la planilla electrónica (Recuadro 2).

Recuadro 2. Planillas electrónicas

Uno de los logros importantes de SUNAT en beneficio de la Seguridad Social es el uso de las planillas electrónicas extendidas en uso al 100 % en el país; en otras palabras, ya no existen planillas físicas.

La planilla electrónica cruza la identificación de las personas con el RENIEC y logra registrar hasta los derechohabientes del trabajador. Con esto se ha logrado que EsSalud pueda contar en veinticuatro horas con la acreditación del asegurado y derechohabientes para casos de atención en emergencias.

La declaración de los dependientes por parte de la entidad empleadora se hace en línea en el aplicativo T REGISTRO, y cuando se pagan las planillas, incluyendo las contribuciones, solo se puede hacer con el personal que fue registrado, evitando fraude en el pago de aportaciones de personas que no laboran en la empresa. Esto último también se verifica en las fiscalizaciones que realiza SUNAT.

Dicha planilla contiene todos los aspectos que se incluyen en los pagos de los trabajadores, excepto las pensiones privadas. El buen uso de este instrumento les ha servido para escalar ocho posiciones en el Doing Business.

Fuente: Reunión de trabajo con SUNAT.

Actualmente, SUNAT informa a EsSalud en el sistema mediante reportes de novedades y contiene información priorizada en SUNAT, lo cual puede generar atrasos e inconsistencias en la información.²⁷ Para resolver esta situación se está desarrollando un proyecto de mejora de la calidad de la información y conectividad entre ambas instituciones, con el cual se espera transitar a un sistema de intercambio con copias de base de datos tipo espejo, actualizados tres veces al día en servidores dedicados a esta actividad.²⁸

Deuda de las entidades empleadoras

De acuerdo con el informe de SUNAT (a junio de 2015), el total de deuda acumulada (stock de deuda) de las aportaciones a EsSalud asciende a 4374 millones de soles.²⁹ De esta cifra, el 32 % corresponde al sector público y el 68 % al sector privado. Se debe mencionar además que, en la estructura de la deuda, el 60,6 % es interés y el resto el tributo o contribuciones impagas.

En relación con la deuda en cobranza coactiva (valores insolutos) a valores actualizados, esta asciende a 2790 millones de soles; un 47,3 % es considerada de difícil recuperación, el 24 % son deudas municipales y

²⁷ Al año 2013 existía un 4 % de inconsistencias, y el 90 % de ellas era generada en la parte de la SUNAT (MINTRA/MINSA 2013: 317).

²⁸ Información provista por EsSalud y SUNAT, 11 de noviembre de 2015.

²⁹ Intendencia de Gestión Operativa. Información analizada por la Oficina Técnica de los Recursos de Seguridad Social.

el 9,4 % deudas del gobierno central. El nivel de deuda del sector público disminuyó después de la emisión del DL N.º 933 (2003), que estableció sanciones a los funcionarios que no cumplieran con realizar la declaración y pago de las retenciones y contribuciones sociales.³⁰ Sin embargo, algunas municipalidades han continuado con las prácticas de no declaración y pago de las contribuciones correspondientes. Además, es preciso anotar que 742 millones (26,6 %) de la cobranza coactiva data del año 1999 y, de este monto, 300 millones (40 %) son del sector público (municipalidades, gobierno central, otras instituciones públicas, gobiernos regionales y Beneficencia).

La tasa de morosidad de las aportaciones a EsSalud en la fecha de vencimiento de los principales contribuyentes, acumulada a junio de 2015, fue de 5,1 %, mientras que en las empresas medianas y pequeñas contribuyentes alcanzó, en el mismo periodo, 27,5 % (SUNAT 2015).³¹

Desde otro ángulo, el universo de empresas contribuyentes a diciembre de 2014, registradas por SUNAT y que están afectas a EsSalud, asciende a 635 308 antes de la calificación del contribuyente. Con esta variable —es decir, con la evaluación de si están activos y con domicilio habido—, el número de empresas desciende a 404 861; de ellas, 183 868 (45,4 %) cumplieron oportunamente con las declaraciones de trabajadores y el pago de sus aportaciones completas, mientras que el número de empresas que mantienen alguna deuda identificada como con “condición de reembolso” asciende a 220 993 (54,6 %). La Tabla 6 muestra el número de entidades empleadoras de acuerdo con la calificación de su deuda con EsSalud.

Las condiciones de reembolso —o calificación de deuda— son categorizadas de 1 a 4 según el detalle que se presenta en las filas de la Tabla 6. De particular interés son las 308 542 empresas que tienen en 2014 la categoría 3 —“Sin declaración”—, que no han presentado la declaración de sus trabajadores ni realizado el pago de las aportaciones de manera oportuna. Luego de evaluar si la condición de la empresa es activa y encontrado domicilio habido, el número de ellas desciende a 78 095. Es menester manifestar que, de acuerdo con el monitoreo de EsSalud, existe un porcentaje importante (aproximadamente 40 %) de estas entidades registradas en SUNAT y categorizadas inicialmente sin declaración, cuyos trabajadores tuvieron alguna actividad en el lado prestacional —emergencias, por ejemplo—, fueron atendidos y se generó como consecuencia una solicitud de reembolso por el costo del servicio dirigido a la empresa.³² Estas acciones de registro de solicitud de reembolso son generadas en los prestadores de las redes y centralizada en EsSalud Central; de acuerdo con la calificación financiera de las evaluaciones anteriores, este tipo de deuda es muy difícil de recuperar.

Como ha indicado EsSalud, suceden casos extremos cuando una empresa no ha actualizado la lista de sus trabajadores dependientes, o no declaró en absoluto, y el trabajador se acerca a los establecimientos de salud para atenderse pero no puede mostrar ningún vínculo laboral con la empresa (mostrar boletas de pago o contrato). En los otros casos, aun cuando la empresa es deudora e incluso no ha declarado oportunamente a sus trabajadores dependientes, basta que el trabajador muestre su vínculo laboral para que EsSalud le genere una afiliación complementaria y solicite a la empresa reembolso por la atención. Al año se generan aproximadamente 5000 afiliaciones complementarias en Lima, que logran recuperar un 60 %, y el resto pasa a reclamaciones o cobranza coactiva.

³⁰ Decreto Legislativo N.º 933 (10 de octubre de 2003), que establece sanciones a funcionarios de entidades públicas que no cumplen con realizar la declaración y pago de las retenciones y contribuciones sociales con suspensión de hasta treinta días sin goce de remuneraciones y, si hay reincidencia, con la destitución o despido sin perjuicio de las sanciones civiles o penales a que hubiere lugar.

³¹ Dada la acción rápida de cobranza, la tasa de morosidad en los grandes contribuyentes baja a 3% el mes de vencimiento y a 1% a los dos meses de vencimiento; mientras que en los medianos y pequeños contribuyentes baja a 22% al mes de vencimiento y 5% a los dos meses de vencimiento (SUNAT).

³² Reunión de trabajo EsSalud-Banco Mundial, 11 noviembre 2015.

Tabla 6. Empresas empleadoras registradas en SUNAT, según condición de deuda (reembolso), 2014³³

Categoría	Condición de reembolso	Comentario	Entidades empleadoras afectas a EsSalud, 2014	
			Cantidad	%
0. Sin deuda (saldo o valor)	No	No tienen deuda alguna.	183 868	45 %
1. Con deuda (saldo o valor)	Sí	Con deuda.	62 311	15 %
2. Deuda no exigible	Sí	Deuda no exigible por impugnación presentada por Entidad Empleadora (EE). Se mantiene clasificación en tanto no se emita resolución a favor de la EE.	29	0.007 %
3. Sin declaración	Sí	Previa evaluación del estado del contribuyente y condición de domicilio de la entidad empleadora.	78 095 *	19 %
4. Con lineamiento	Sí	Parámetros aprobados por Gerencia Central de Finanzas disponen no continuar con accionar de cobranza por las prestaciones otorgadas.	80 558	20 %
TOTAL			404 861	100 %

* Nota técnica: la categoría "Sin declaración" solo incluye a los contribuyentes que fueron evaluados como contribuyentes activos y domicilio habido. El total de contribuyentes en esta categoría es 308 542. Fuentes: EsSalud. Reporte de entidades empleadoras con condición de reembolso a diciembre de 2014. Informe preparado en octubre de 2015.

Como ya se señaló, desde el punto de vista del asegurado la calidad de atención en el primer punto de contacto con el prestador, al momento de acreditar su afiliación, es afectada negativamente si la empresa donde labora no ha cumplido con declarar su vínculo laboral o no ha pagado las aportaciones. El número de trabajadores que se ven afectados por el incumplimiento de sus entidades empleadoras que registran deuda (y con actividad económica identificada) alcanza los 816 894 y, de ellos, 185 688 laboran en el sector público, 103 247 en actividades inmobiliarias y 97 321 en el comercio al por mayor y menor.

Es de interés conocer la rama de la actividad económica y el tamaño de las entidades deudoras para el diseño de estrategias de mejora en la recaudación y, por ende, en la acreditación correcta y beneficio de los asegurados y la salud financiera del fondo EsSalud. Por ejemplo, en el sector público se registran 435 entidades deudoras, con un tamaño promedio de 427 trabajadores dependientes por entidad;³⁴ mientras que en la actividad "comercio al por mayor y menor" son 11 090 las entidades deudoras, con un tamaño promedio de 9 trabajadores por entidad. Estas últimas cantidades ponen de manifiesto las dificultades de fiscalización y cobranza cuando las entidades empleadoras son muy pequeñas. La Tabla 23 y la Tabla 24, del Anexo: Materiales complementarios, brindan mayor información al respecto.

Para el caso de las entidades públicas como las municipalidades y otras que se mantienen en falta, existen incentivos perversos de no pago, incluso cuando su presupuesto público cuenta con fondos para ello. Existe una percepción errónea de que los costos por incumplimiento no superan los beneficios que podrían obtener al utilizar el presupuesto en otros fines. El error de percepción reside en que están considerando los costos

³³ La condición de reembolso es la calificación del comportamiento de pago que impone EsSalud a la entidad empleadora que incumple con la obligación de declarar y pagar en forma oportuna e íntegra, de conformidad con lo establecido en la Ley N.º 28791 y el Decreto Supremo N.º 020-2006-TR.

³⁴ De las conversaciones con funcionarios de SUNAT y EsSalud (noviembre de 2015), colegimos que un gran número corresponde a las UGEL (educación) y Direcciones Regionales de Salud (DIRESA).

financieros institucionales y no los costos individuales que implican para los trabajadores no estar protegidos por un seguro de salud; además, desconocen que los recursos que deberían pagar a EsSalud pertenecen por derecho a los trabajadores.

Como comparación, el costo por no cumplir con la Oficina Nacional Previsional (ONP) es una mora de 50 % sobre el monto adeudado, mientras que el costo de no cumplir con EsSalud es 1,2 % de mora sobre lo adeudado. Esta política diferenciada, que perjudica a EsSalud, ha provocado que la cifra que se le debe a EsSalud desde 1999 sea el doble de la que se le debe a la ONP (4400 versus 2200 millones), siendo los intereses más de la mitad de lo adeudado.³⁵

Recaudación de la población no pobre informal

Hasta ahora es claro que el SIS ha tenido éxito cubriendo a la población pobre con sus planes gratuitos financiados por el Tesoro Público, y que lo mismo ha ocurrido con EsSalud, que cubre a los trabajadores dependientes (activos y pensionistas) con las contribuciones de las empresas empleadores. Ambas instituciones han intentado ampliar sus planes al segmento de los trabajadores independientes, pero aún no se evidencian logros claros al respecto.

Uno de los retos pendientes en el Perú es que existe un segmento de la población sin protección social, es decir, sin seguros de salud ni pensiones. Se trata por lo general de la población no pobre con empleo informal. Como ya se mencionó, una de las decisiones irresueltas del Estado peruano para alcanzar cobertura universal en salud es ampliar la cobertura de afiliaciones vía presupuesto público financiado por la base tributaria nacional, o ampliar el esquema contributivo focalizado en esta población no cubierta. Ambos esquemas, por la vía presupuestal o por la vía contributiva, tienen ventajas y desventajas.

La experiencia indica que la demanda adicional de recursos para cubrir al sector no pobre informal ha sido menos costosa en países ricos con un sector informal pequeño, tasas de pobreza bajas, ingresos tributarios mayores e instituciones más fuertes. Es decir, son los fundamentos socioeconómicos los que parecen determinar la capacidad de los países para cubrir a los no pobres informales (Cotlear et al. 2015: 5).

Algunas áreas deberían tomarse en cuenta con el fin de ampliar la cobertura a este segmento de la población. Estas áreas son: identificación y afiliación de trabajadores informales, tipo de financiamiento y mecanismos de recaudación (con contribuciones o base tributaria), beneficios de los seguros, institucionalidad y coordinación entre los diferentes niveles de gobierno y fortalecimiento de la oferta. En el Recuadro 3 se comparten experiencias y evidencias de otros países que pueden servir de referencia para estructurar opciones de políticas contextualizadas al esquema de salud peruano, por una parte, y a la estructura descentralizada del Estado, por otra.

Recuadro 3. La experiencia internacional en afiliación y recaudación en el sector informal

Identificación y afiliación de las personas. En el caso de Filipinas, la afiliación es voluntaria. Aquellos que no califican como pobre o trabajador dependiente, tienen que afiliarse al programa de seguro de los informales ofrecido por Philhealth y pagar su contribución. Uno de los problemas que ha surgido es que como el sistema es laxo en hacer seguimiento a la afiliación, ha habido una ola de afiliación de población con mayor riesgo y enfermedades crónicas, con lo que se han presentado mayores tasas de utilización en comparación con el resto de asegurados, lo que desmerece el objetivo de aglomeración o *risk pooling*.

Como se indica en un estudio reciente, existe evidencia de que el seguro voluntario o con afiliación voluntaria no es el camino viable para tener protección de salud universal ni para lidiar con los seguros para los independientes y no pobres

³⁵ Reunión de trabajo EsSalud-Banco Mundial, 11 de noviembre de 2015.

informales. Bitrán encontró que en trece países los seguros voluntarios no funcionaron para el sector informal, incluso cuando se ofrecía un subsidio parcial como incentivo. En dos estudios experimentales, en Vietnam y Filipinas, con incentivos de 50 % y 25 %, respectivamente, solo se lograron cinco o dos puntos porcentuales más (Cotlear et al. 2015). Sin embargo, es un primer paso —o fase de transición— para desarrollar el sistema contributivo o la capacidad de pagar por un sistema no contributivo financiado con impuestos.

En el caso de Ruanda, durante 2005-2006 se decidió cambiar de afiliación voluntaria a obligatoria. Lo interesante es que encargaron la afiliación a los gobiernos locales, los que recibían a cambio incentivos financieros. El desempeño de la afiliación y la rendición de cuentas eran monitoreados al más alto nivel en el gobierno (Tangcharoensathien et al., Rwandapedia, citado por Bonfert et al. 2015). China es otro ejemplo de incorporación de municipalidades en el proceso de afiliación (Cotlear et al. 2015).

Tipo de financiamiento. Países como Brasil, Colombia y Tailandia, así como algunos de la OCDE, como Dinamarca, Italia, Portugal, Grecia y España, han reformado y decidido cubrir el sistema de salud con la base tributaria (Cotlear et al. 2015); mientras que Corea del Sur ha implementado un sistema contributivo de los afiliados como fuente principal. Sin embargo, hay que considerar que las condiciones de Corea del Sur no se presentan en todos los países. Estas condiciones se refieren a una población más homogénea, un gobierno no descentralizado, un crecimiento económico importante y un ratio de población informal / población formal relativamente pequeño (Bonfert et al. 2015).

En los casos de China y Tailandia, abandonaron el modelo contributivo total o parcialmente y giraron hacia el financiamiento público tributario con el objetivo de expandir la cobertura. En China, incluso el copago solo cubre un cuarto del costo del programa. Un aspecto de preocupación es si el sector no pobre informal es subsidiado o no. El subsidio total a los no pobres informales les genera incentivos perversos para quedarse en la informalidad, ya que el afiliado que se beneficia con el subsidio total considera indiferente ser formal o informal. Esta hipótesis ha sido corroborada en Colombia, México y Tailandia (Cotlear et al. 2015).

Mecanismos de recaudación. Las experiencias muestran diversas variantes. Una opción es tener un monto fijo e igual para todos los informales, como en Filipinas, o calcular su capacidad de pago sobre la base de sus ingresos (considerando el monto de sus impuestos y el valor de sus vehículos, por ejemplo), y otras propiedades o capital. Uno de los casos conocidos es Corea del Sur, que fija el monto de las contribuciones a partir de un sistema de puntos basados en sus ingresos, evaluación de sus propiedades y otros factores. Las evaluaciones y el cálculo del valor de las contribuciones pueden ser costosos y no tan exactos, por lo que algunos países —sobre todo aquellos donde el sector informal es importante— consideraron la opción de las contribuciones fijas e iguales.

Según Bonfert et al. (2015), se debe considerar que donde se aplica la recaudación por contribuciones, la evidencia indica que primas asequibles y la existencia de opciones de pagos flexibles y fáciles llevan a una mayor participación de la población no pobre informal. La evidencia también muestra medidas innovadoras de recaudación: muchos recurren a instituciones intermedias, como grupos comunales o asociaciones de los informales, municipalidades o módulos de atención, y otros medios tecnológicos y aplicaciones móviles.

En cuanto a los periodos de pago de la prima, dadas las características de los informales, sus ingresos son estacionales, no son regulares y dependerán del ciclo productivo, por lo que la estructuración de pagos podría estar atada a dichos ciclos. Kenia, por ejemplo, ha tenido éxito en utilizar “dinero móvil” a través de plataformas disponibles en los celulares de los trabajadores no pobres informales; el Gobierno firmó un convenio con una empresa de telecomunicaciones y así, en dos años (2011 a 2013), la recaudación mensual mejoró en 35 veces (Varios autores; Bonfert et al. 2015).

Paquetes y beneficios. En lo que se refiere a paquetes y beneficios, también se encuentran variantes. Por una parte, la evidencia indica que diferenciar los paquetes de beneficios para este segmento de la población no pobre informal, sean cubiertos por impuestos o por contribuciones, tampoco ha resultado positivo, no por su naturaleza en sí sino porque las presiones políticas y de la sociedad civil ha hecho que se dictamine la uniformización de los paquetes de beneficios (Cotlear et al. 2015).

Institucionalidad y coordinación entre niveles de gobierno. En los casos estudiados en Cotlear et al. (2015), cinco países han tenido o tienen agencias independientes para tratar el tema: Argentina (Plan Nacer), China (NRCMS), Colombia (Régimen Subsidiado), México (Seguro Popular) y Tailandia (UCS). Muchas de ellas se iniciaron poniendo el foco en los

pobres y luego se extendieron a los no pobres informales. Estas agencias son muchas veces absorbidas por el Ministerio de Salud.

Educación e información. La evidencia muestra que la falta de información y comunicación constituye una dura barrera para promover afiliaciones tanto en el sector no pobre informal como en otros segmentos. Sin embargo, contar con información y comunicación sin beneficios claros o servicios sin calidad no tiene efecto alguno; mientras que la existencia de oficinas descentralizadas sí logra un impacto positivo en la afiliación y recaudación.

Fuente: Cotlear et al. (2015), Bonfert et al. (2015)

En el tema de la **identificación** de personas, en el Perú, como ya se comentó, SUSALUD está a cargo de la unificación y monitoreo de los afiliados, y el uso del documento nacional de identidad soluciona el tema de los códigos unificados necesario en la identificación. La heterogeneidad del sector informal y la dificultad para identificar a empresas informales son factores que agregan complejidad al diseño de las políticas de afiliación a un seguro. En un estudio de la CEPAL y OIT, Díaz explora la heterogeneidad de las micro- (hasta 9 trabajadores) y pequeñas empresas (hasta 99 trabajadores), y su relación con la formalidad y la tributación. Al respecto, indica “[...] que el aumento del número de Mypes registradas en la SUNAT ha sido mucho más rápido que el del número total de Mypes, el porcentaje de micro y pequeñas empresas formales, en la dimensión tributaria, muestra una tendencia continuamente creciente [...]”, mientras que las Mypes informales en el sector de las Mypes “[...] muestra una tendencia continuamente decreciente, ya que se redujo del 76 % en 2004 al 60 % en 2011” (Díaz 2014). Esta tendencia debería haber favorecido a la SUNAT y a EsSalud.

En cuanto a la **afiliación**, además de decidir si se opta por EsSalud o el SIS, hay que definir si debe ser voluntaria u obligatoria. La experiencia internacional indica que la medida debería inclinarse hacia la obligatoriedad para evitar la selección adversa al construir los fondos y para no contar solo con afiliados que tienen mayor probabilidad de enfermarse. Por ejemplo, lo sucedido en Filipinas (Recuadro 3). Los procesos administrativos y de afiliación son igualmente importantes; los costos de oportunidad de un trabajador informal pueden significar un día completo de trabajo, por lo que es necesario crear diferentes medios para la identificación y para la afiliación, sin descuidar la información y educación sobre los derechos que debe recibir el afiliado. Esto evita la existencia de una población asegurada de manera masiva que no acude a los servicios de salud porque desconoce sus derechos.

En el Perú se ha intentado aumentar la cobertura de seguros vinculando un seguro “SIS Emprendedor” al registro de los contribuyentes de la SUNAT en el NRUS³⁶ categoría 1; en teoría, esto fomentaría tanto la formalización como el aseguramiento, bajo la premisa de que, al tener un seguro, se incrementaría el interés de los muy pequeños contribuyentes por aportar. No obstante, el escaso registro en el NRUS categoría 1, o aquellos que ganan menos de 5000 soles mensuales de ingresos brutos, evidencia que el sector informal no ve el esquema como suficientemente atractivo, ni con el paquete de seguro que se ofrece. Por ejemplo, los empresarios de todas categorías bajo el régimen del NRUS³⁷ solo pueden girar boletas de venta y no facturas

³⁶ Con la finalidad de formalizar masivamente a las pequeñas y microempresas, SUNAT creó el Nuevo Régimen Único Simplificado (nuevo RUS) (DL N.º 937, que entró en vigencia en 2004), el cual otorga ciertas ventajas a las empresas, como efectuar solo un pago al mes, no tener la obligación de presentar declaración mensual por el IGV ni por el impuesto a la renta, ni presentar declaración jurada anual por el impuesto a la renta de tercera categoría (comercio, industria y servicios), ni de cuarta categoría a personas naturales no profesionales por actividades de oficios; tampoco están obligadas a llevar libros contables (http://www.sunat.gob.pe/institucional/publicaciones/revista_tributemos/tribut122/informe_3.htm). Consulta: 7 de enero de 2016).

³⁷ SUNAT estableció ciertos parámetros, como el número limitado de trabajadores y montos de ingresos brutos que no superen los 30 mil por mes. Las categorías NRUS son cinco, y sus contribuciones van desde 20 soles por ingresos brutos que no superen los 5 mil mensuales hasta 600 soles por casi 30 mil soles mensuales (www.sunat.gob.pe, orientación tributaria. Consulta: 7 de enero de 2016).

como comprobantes de pago a sus compradores, hecho que les impide vender a empresas más grandes que necesitan facturas por el crédito fiscal.³⁸

En 2011, el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) publicó estudios de casos de las prácticas de asociación de diferentes grupos y gremios de trabajadores del sector informal que podrían servir de guía para la construcción de estrategias de aseguramiento (Pérez 2011). El autor da cuenta de los potenciales espacios para institucionalizar y aglomerar los esfuerzos por el aseguramiento de los informales, como el Consejo Nacional del Trabajo y la participación de las direcciones gremiales, así como las prácticas positivas de algunos grupos o gremios cuando aportan recursos para consolidar su infraestructura y equipamiento, brindando un espacio y oportunidad para incentivar el aporte adicional para un seguro de salud.

Por el lado del **financiamiento**, el Perú, como otros países, tendrá que buscar el equilibrio entre sostenibilidad fiscal y equidad, lo que puede requerir una reforma tributaria si no hay consenso sobre si los no pobres informales son financiados con contribuciones o no.

En cuanto a los **paquetes de beneficios** por ofrecer, podrían utilizarse como un instrumento de mercadeo del seguro. Si cubren sus necesidades y les ofrecen servicios de calidad, pueden convertirse en atractivos para los trabajadores informales.

También es importante la **coordinación** entre niveles de gobierno. La experiencia internacional muestra que la mancomunación de fondos a nivel nacional es más eficiente y equitativa y tiene mayor estabilidad financiera en comparación con múltiples fondos descentralizados. De todos modos, se podría permitir alguna flexibilización al definir paquetes de beneficios y modos de provisión de servicios si ello afectara positivamente su aceptación (Kwon y Oberman, citados por Bonfert et al. 2015). Otro tema que se debe considerar en el Perú es el de trabajar con gobiernos regionales o locales en la identificación y afiliación del sector informal cuando el contexto poblacional, territorial y político lo permita.³⁹

La **educación e información** a los afiliados y a los potenciales asegurados, incluyendo a los no pobres informales, sobre los programas de aseguramiento, sus beneficios y los procesos que se han de seguir para utilizarlos, es otro aspecto al que no se le presta atención debida y que necesita reforzarse en el Perú.

Algunas reflexiones

El marco regulatorio de la Ley de Aseguramiento Universal de Salud (AUS), del año 2009 prevé el aseguramiento en salud por vía de seguro subsidiado SIS para los pobres, seguro semicontributivo SIS para los trabajadores independientes y pequeñas empresas, y seguro contributivo EsSalud para los empleados. El seguro subsidiado para los pobres es financiado con fondos de tesoro proviniendo de la recaudación general.

En la franja contributiva, la recaudación de contribuciones de los empleadores a EsSalud se ha asignado a la Superintendencia de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT)⁴⁰. La relación entre ambas instituciones es compleja, aunque se está avanzando para lograr que EsSalud pueda disponer de una base de afiliación que esté al día sobre los aportes de los empleadores y refleje de manera precisa los derechos de los

³⁸ “Los sujetos del nuevo RUS solo deberán emitir y entregar (por las operaciones comprendidas en este Régimen) boletas de venta, tickets o cintas emitidas por máquinas registradoras que no permitan ejercer el derecho al crédito fiscal ni ser utilizados para sustentar gasto y/o costo para efectos tributarios, u otros documentos que expresamente les autorice el Reglamento de Comprobantes de Pago aprobado por la SUNAT”.

http://www.sunat.gob.pe/institucional/publicaciones/revista_tributemos/tribut122/informe_3.htm. Consulta: 7 de enero de 2016.

³⁹ Uno de los problemas que tendrá que solucionar primero el Perú es reducir las deudas de las municipalidades vinculadas a las contribuciones de seguridad social de sus trabajadores no pagadas a EsSalud.

⁴⁰ Ley 26790, artículo 7 y Ley 27334.

trabajadores. El proceso de recaudación está siendo facilitado por el uso de la planilla electrónica, así como por inversiones en la mejora de los sistemas informáticos que sostienen el intercambio de información entre la SUNAT y EsSalud. A pesar de estos avances en la eficiencia de la relación SUNAT-EsSalud, quedan dos temas pendientes de resolución: primero, existe una importante deuda histórica a EsSalud, en particular la deuda de 435 entidades del sector público, entre ellas varios gobiernos municipales. Sería preciso repensar los incentivos y penalidades para mejorar la recaudación de los empleadores públicos. Segundo, mientras la recaudación en empresas grandes no presenta grandes dificultades para SUNAT, pareciera que cuesta mejorar la recaudación en pequeñas empresas. Por otro lado, EsSalud creó un seguro contributivo voluntario dirigido a trabajadores independientes que no tienen la obligación de aportar a EsSalud por no tener dependencia laboral. No obstante, este seguro no representa un porcentaje significativo de las afiliaciones a EsSalud. Además a partir de octubre del 2015 se suspendió la afiliación a este seguro.

A diferencia de las instituciones de seguridad social de la mayoría los otros países, la recaudación de aportes para EsSalud no involucra responsabilidad de los empleados dependientes. En la reforma de la seguridad social del 1997, las aportaciones de los empleados se asignaron exclusivamente a las pensiones, a ser manejadas por las AFP privadas; mientras, las aportaciones de los empleadores se asignaron de manera exclusiva a EsSalud. Como resultado, las contribuciones a EsSalud son la responsabilidad exclusiva de los empleadores y el derecho de cobertura de prestaciones de salud para el empleado dependiente deriva del vínculo laboral y no de las aportaciones. Creemos que este arreglo ha generado un desvinculo entre EsSalud y sus asegurados, en el sentido que a los usuarios no se ha otorgado ninguna responsabilidad para el financiamiento adecuado de la institución.

En la franja de trabajadores independientes y pequeñas empresas, la Ley AUS determina que el camino al aseguramiento es la vía semi-contributiva – no obstante, ninguna institución tiene la responsabilidad, los incentivos y la estructura requerida para lograrlo. En el SIS, los intentos –no muy positivos– de captar a los emprendedores y microempresas con nuevos seguros escapan a la especialización y ámbito de acción natural de este Sistema. A diferencia del seguro gratuito, cuyas decisiones institucionales afectan directamente el crecimiento del número de afiliados (por ejemplo, con afiliaciones masivas), en el caso de los seguros Emprendedor y, sobre todo, Microempresa, ello depende también de las percepciones de costo-beneficio de los emprendedores y empresarios frente al esquema tributario (que escapa a la autoridad del SIS). Por ejemplo, se vinculó un seguro SIS al régimen tributario NRUS creado para incentivar la formalización de los microempresarios informales. No obstante, por varios motivos el paquete NRUS/SIS no es lo suficientemente atractivo para motivar mucha afiliación: primero, a los afiliados NRUS no se permite emitir facturas, lo cual les impide trabajar con empresas más grandes del sector formal. Segundo, el seguro SIS solo cubre la parte de los costos de la atención en el sector público que corresponde con los gastos de bolsillo. (Ver sección 7) El resto del costo de atención se paga con recursos del tesoro, independientemente de la situación de afiliación del usuario. Tercero, para muchos microempresarios existe la posibilidad de afiliarse al SIS gratuito sin registrarse en el NRUS. Bajo esta situación no sorprenda la falta de interés de la franja “intermedia”. Finalmente, la SUNAT no transfiere las contribuciones de los contribuyentes NRUS al SIS, sino solo transfiere el listado de contribuyentes a afiliar al SIS, y por ende se trata de un seguro totalmente subsidiado y no de un seguro semi-contributivo como lo prevé la ley AUS.

Una de las decisiones no resueltas del Estado peruano para alcanzar la cobertura universal en salud es ampliar la cobertura de afiliaciones vía presupuesto público financiado por la base tributaria nacional, o ampliar el esquema contributivo focalizado en esta población no cubierta. Mientras la Ley AUS determina que el camino al aseguramiento es la vía semi-contributiva, pareciera que en la realidad la expansión ha empezado a hacerse por vía no-contributiva.

Sección 7. Fondos mancomunados de financiamiento en salud

En la sección anterior describimos una de las funciones claves de los sistemas de financiamiento de salud: la recaudación. En esta sección, en cambio, analizamos la mancomunación del financiamiento recaudados con el fin de cuantificar la disponibilidad de financiamiento para brindar los servicios de salud a la población. En particular, estudiamos el tamaño de los **fondos mancomunados de financiamiento en salud que pertenecen al ámbito de EsSalud y el del sector público**. Idealmente, se debería incluir en este análisis una cuantificación de los fondos mancomunados de seguros privados, así como de los fondos mancomunados de las demás IAFAS públicas (FF.AA., FF.PP.). Lamentablemente, no disponemos de la información necesaria para expandir el análisis en tal sentido.

Es preciso destacar que el presupuesto público en salud abarca varios programas con lógicas de planificación y ejecución distintas. Resaltan diferencias entre el presupuesto manejado por el SIS, el presupuesto asignado por la vía de programas presupuestales por resultados (PpR) y el presupuesto público remanente que se planifica de manera histórica. Además, una parte del presupuesto ejecutado por el SIS también recibe alguna priorización dentro de un programa PpR. En esta sección estaremos cuantificando los montos de financiamiento que se gastan por estos mecanismos. En el fondo mancomunado EsSalud, al contrario del fondo mancomunado del sector público, no encontramos distintos mecanismos de planificación e ejecución, ya que los gastos se planifican por vía de presupuestos históricos. (Valenzuela 2015)

El gasto total en salud de los fondos mancomunados

La Tabla 7 muestra el gasto en salud de los fondos mancomunados del sector público y de EsSalud según sus mecanismos de planificación y ejecución y gastos de bolsillo. En el panel superior se computa cuánto es el gasto planificado/ejecutado por los diferentes mecanismos del fondo mancomunado público y los gastos de bolsillo para 2014. La fuente de estos datos es la base SIAF, que permite analizar el financiamiento público según distinciones antes mencionadas.

Tabla 7. Gastos en salud del sector público y EsSalud: cuantificación, 2014

Ámbito	Mecanismo de planificación y/o ejecución	Tipo de recurso	Gasto devengado/ejecutado	% del total por entidad
Sector público	Presupuesto histórico	Mancomunado	5 741 223 674	47 %
	PpR	Mancomunado	4 379 144 048	36 %
	SIS	Mancomunado	806 585 223	7 %
	SIS y PpR	Mancomunado	550 637 752	5 %
	Recursos Directamente Recaudados (RDR)	Bolsillo	628 069 671	5 %
	Total sector público			12 105 660 370
EsSalud	Presupuesto histórico	Mancomunado	6 391 351 458	100 %
	Copagos	Bolsillo	0	0 %
	Total EsSalud			6 391 351 458

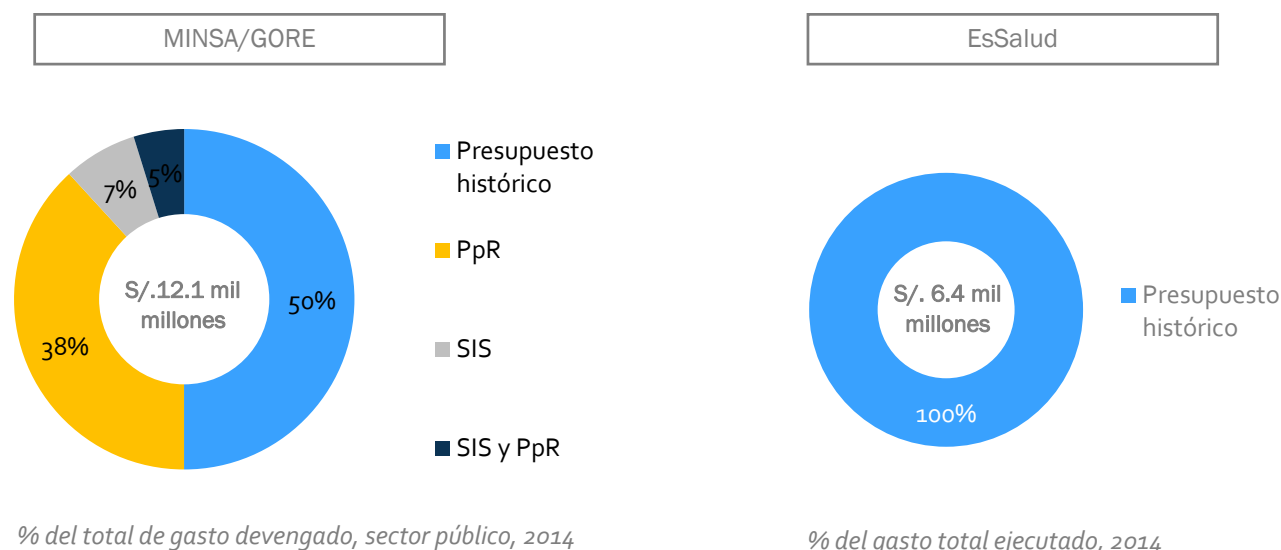
Fuente: Elaboración propia con base en datos SIAF y EsSalud, 2014. Gasto devengado para el sector público. Gasto ejecutado para EsSalud. Incluye ambos gastos operativos e inversiones.

Del total de 12 105 millones de soles gastados en el sector público durante 2014, un 47 % es presupuesto histórico, es decir financiamiento público remanente no planificado/ejecutado por la vía del SIS o de un programa PpR, un 36 % se planifica/ejecuta por PpR, 7 % se planifica/ejecuta por vía del SIS, y un 5 % usa ambos mecanismos SIS y PpR. Un 5 % de los gastos del sector público provienen de recursos directamente recaudados, o sea, gastos de bolsillo a proveedores públicos que no entran dentro del fondo mancomunado público. En el 2014, el gasto mancomunado en EsSalud estaba en 6 391 millones de soles. (Panel inferior de la Tabla 7) Se debe destacar que este presupuesto no incluye el de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), que brindan los servicios de capa simple para un 4 %⁴¹ estimado de los afiliados a EsSalud.

Como se ilustra en la Figura 24, el método de planificación histórica del presupuesto sigue siendo el más importante para los fondos mancomunados. No obstante, en el sector público el método PpR también representa 45% de los gastos. Por otro lado, el SIS solo representa un 12% de los gastos.

⁴¹ Estimación propia con base en ENAHO (2014).

Figura 24. Mecanismos de planificación y ejecución de los fondos mancomunados, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en SIAF y EsSalud.

La dimensión vertical: número de beneficiarios

La dimensión vertical de los fondos mancomunados en la Figura 6 es el número de personas que se benefician por cada uno de ellos. En el caso del fondo mancomunado EsSalud, los beneficiarios son los afiliados de EsSalud; en el del fondo mancomunado público, los no-asegurados (presupuesto histórico y mecanismo PpR), y los afiliados SIS (para los 4 mecanismos).

En la sección 5 analizamos el número de personas afiliadas a EsSalud y al SIS —encontramos discrepancias importantes según la fuente de datos, sea data administrativa, data compilada por SUSALUD o data de la ENAHO. En el caso de EsSalud quedó claro que la data ENAHO y la data SUSALUD representan de manera más precisa el número de afiliados que la data administrativa. En el caso del SIS, la data administrativa y la data SIS parecen incluir un gran número de afiliados que no conocen su estatus de afiliación. Por ende, para ambas instituciones usamos la data ENAHO con el fin de estimar el número de beneficiarios (Tabla 8).

Tabla 8. Número de beneficiarios, 2014

Seguro de Salud	Número estimado de beneficiarios	% de la población total
Seguro privado	595 044	19 %
EsSalud	8 299 057	26 %
SIS	12 299 475	39 %
No asegurado	9 768 566	31 %
SIS + No asegurados	22 068 041	70 %

Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO 2014. Estimado total de población: 31 455 573 personas.

La dimensión horizontal: el gasto per cápita en salud

La cuantificación de los fondos mancomunados nos permite calcular el gasto per cápita, el cual usamos para aproximar la disponibilidad y acceso de los ciudadanos a los servicios de salud. La diferencia en el gasto per cápita de las diferentes modalidades de aseguramiento y fondos mancomunados correspondientes es una

forma simplificada de medir la brecha de servicios dentro del sistema de salud.⁴² Se debe resaltar que en este estudio no optamos por comparar los planes de beneficios que ofrecen los diferentes seguros como forma de medir las brechas en las prestaciones de servicios. Esto es así porque, mientras los planes de beneficios presentan los servicios que en teoría están disponibles y son cubiertos para la población, en este estudio se considera que es más importante la verdadera disponibilidad de dichos servicios, que se encuentra relacionada con cuánto gasta cada fondo en su asegurado y con la eficiencia asignativa y técnica de este gasto.

En la Figura 6, la dimensión horizontal de los fondos mancomunados es el gasto de cada fondo por persona beneficiada. La Tabla 9 computa este gasto per cápita en salud para el año 2014, con base en los gastos totales en el sector público y en EsSalud. La tercera columna de esta tabla identifica quiénes son las personas beneficiadas por cada uno de estos gastos. La cuarta columna estima, con base en la ENAHO 2014, el número total de personas afectadas en cada categoría (la dimensión “vertical” del rectángulo de fondos en la Figura 6). A partir de estos datos se computa cuánto se gastó por tipo de persona, es decir, la dimensión horizontal.

Tabla 9. Gasto total, beneficiarios y gasto per cápita, por mecanismo de planificación y/o ejecución, 2014

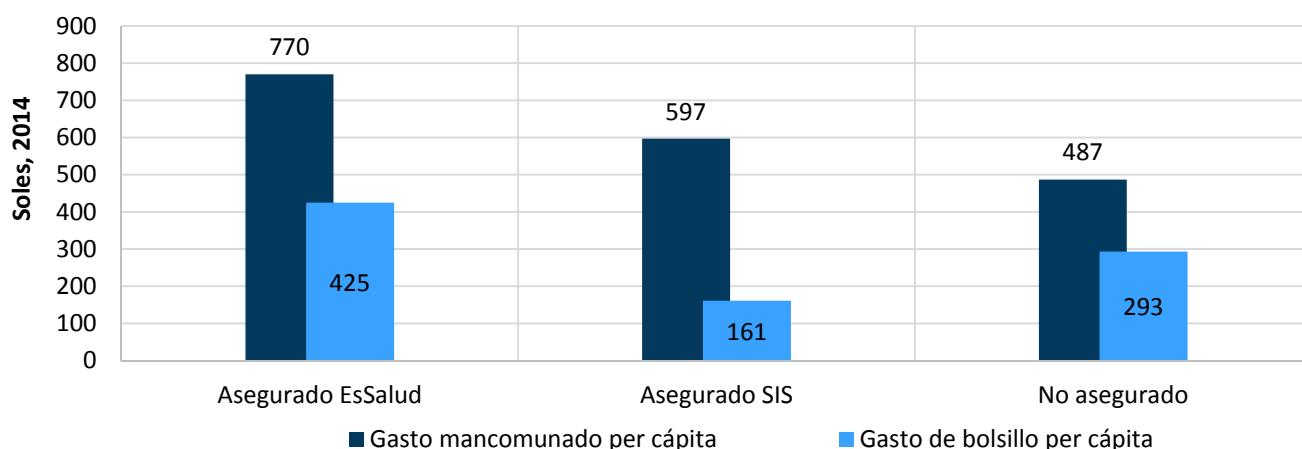
Mecanismo de planificación y/o ejecución	Gasto, nuevos soles, 2014	Personas beneficiadas o afectadas	Número estimado de beneficiarios, 2014*	Gasto per cápita, S/.
Presupuesto histórico sector público	5 741 223 674	Asegurados SIS + No asegurados	22 068 041	260
PpR	4 379 144 048	Asegurados SIS + No asegurados	22 068 041	198
SIS	806 585 223	Asegurados SIS	12 299 475	66
SIS y PpR	550 637 753	Asegurados SIS	12 299 475	45
Presupuesto histórico EsSalud	6 391 351 458	Asegurados EsSalud	8 299 057	770
Seguros privados	ND	Asegurados privados		ND
Gastos de bolsillo*	1 980 215 484	Asegurados SIS	12 299 475	161
Gastos de bolsillo*	3 527 099 225	Asegurados EsSalud	8 299 057	425
Gastos de bolsillo*	2 862 189 838	No asegurados	9 768 566	293

Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2014), EsSalud (2014) y SIAF (2014). *Véase Tabla 8.

En el fondo mancomunado público, calculamos que se gastó S/. 260 solo per cápita usando el mecanismo de presupuesto histórico, 198 soles por el mecanismo PpR, S/. 66 por el mecanismo SIS, y S/. 45 usando ambos mecanismos PpR y SIS. En el fondo mancomunado EsSalud, los gastos per cápita alcanzan los S/. 770 per cápita en el año 2014. Finalmente, además del gasto per cápita mancomunado, computamos el gasto per cápita no mancomunado, es decir, el gasto de bolsillo (Tabla 9 y Figura 25).

⁴² Un menor gasto per cápita podría traducirse en dos desventajas para la persona que depende de ese fondo: primero, puede suceder que, para obtener un tipo de servicio definido, la persona tenga que realizar un pago de bolsillo mayor en comparación con los usuarios que pertenecen a otro tipo de fondo; y, segundo, puede suceder que varios de los servicios y medicinas no estén disponibles o se brinden con menor calidad.

Figura 25. Gasto per cápita según tipo de aseguramiento, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2014), EsSalud (2014) y SIAF (2014). Unidad: nuevos soles.

Tabla 10. Gasto per cápita según aseguramiento, 2014

Tipo de (no) asegurado	Gasto mancomunado per cápita	Gasto de bolsillo per cápita	Gasto total
Asegurado EsSalud	770	425	1195
Asegurado SIS	569	161	730
No asegurado	459	293	752

Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2014), EsSalud (2014) y SIAF (2014).

Estimando la brecha financiera

Utilizando las estimaciones de gasto per cápita para asegurados EsSalud, asegurados SIS y no asegurados, así como el número de personas en cada categoría según ENAHO, calculamos la brecha total de financiamiento, es decir, el monto necesario para llevar el gasto per cápita de todos los peruanos al nivel de gasto en EsSalud. Si solo se contabiliza el gasto mancomunado, cerrar la brecha costaría 5,5 mil millones de soles, o sea, 25 % del gasto mancomunado en salud, contabilizando ambos el gasto mancomunado público en salud y el gasto mancomunado EsSalud. Cerrar la brecha en el gasto total (mancomunado + gasto de bolsillo) costaría 10,1 mil millones de soles, esto es, 56 % del gasto mancomunado en salud de 2014 (Tabla 11). Es preciso resaltar que esta aproximación supone que ni los usuarios ni los proveedores cambiarían de comportamiento (si los hubiera, ello podría llevar tanto a tendencias de costos mayores —por ejemplo, por presión más alta de demanda— como a tendencias de costos menores —por ejemplo, por mayor eficiencia en el uso de recursos).

Tabla 11. Brecha financiera entre EsSalud y el sector público

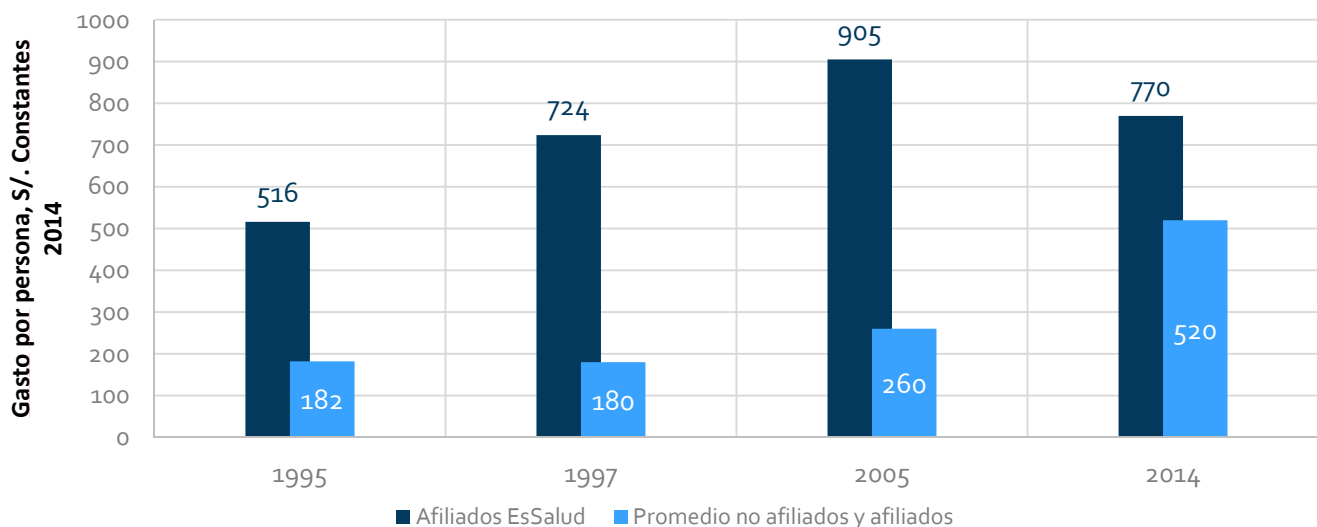
Tipo de brecha	Monto, S/. 2014	% del gasto mancomunado en salud (público y EsSalud), 2014
Brecha gasto mancomunado	5 517 666 277	31 %
Brecha gasto de bolsillo	4 536 512 126	25 %
Brecha gasto total	10 054 178 403	56 %

Fuente: Elaboración propia con base en SIAF y ENAHO (2014)

Cerrando la brecha financiera

Los cálculos de la sección anterior evidencian que la brecha en gasto mancomunado per cápita entre el sector público y EsSalud es el 26 % del gasto en EsSalud. Para poner esta cifra en perspectiva, analizamos la evolución del gasto por persona en el sector público y en EsSalud, utilizando datos de las cuentas nacionales de salud 1995-2005. Ajustando los gastos por inflación, encontramos que la brecha se ha cerrado significativamente entre 1995 y 2014 (Figura 26). El punto positivo es que ello ha ocurrido en parte por el aumento significativo de recursos en el sector público; sin embargo, esto también obedece, en parte, a una disminución significativa del gasto real per cápita por afiliado en EsSalud en la última década. Esto llama especialmente la atención en un contexto internacional de costos crecientes de alta tecnología médica. En 2014, el gasto per cápita casi estaba en el nivel de 1997.

Figura 26. Gasto mancomunado en salud, per cápita



Fuente: 1995, 1997 y 2005: elaboración propia con base en MINSAL (2015); 2014: elaboración propia con base en SIAF, data presupuestal EsSalud, y ENAHO.

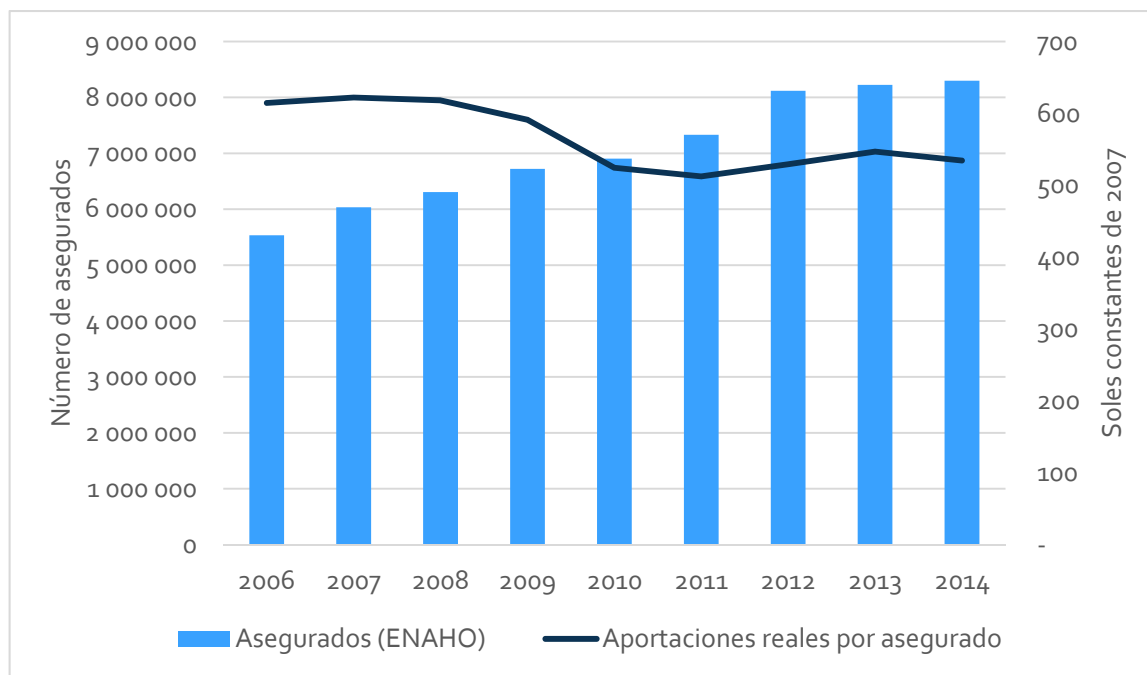
Desafíos en EsSalud

Los ingresos por aportaciones a EsSalud representan alrededor del 97 % de sus ingresos (9215 millones de soles en 2014).⁴³ Es de notar que el monto de las aportaciones por asegurado en términos reales ha experimentado una caída significativa en el periodo 2006-2014 (Figura 27), a pesar del crecimiento económico fuerte en el país. Esta caída se puede explicar por varios motivos: primero, las grandes empresas que son importantes aportantes a EsSalud tienen la opción de reasignar el 2,7% del 9 % de sus aportaciones a una EPS para proveer la “capa simple” de atención de salud a sus empleados. Cuando estas empresas también tienen un nivel de salario abajo del promedio, esta opción de “salida” puede significar un desceme en las aportaciones. Segundo, EsSalud ha ampliado su cobertura en la capa de empleados con menores ingresos y/o límites de aportación tales como los trabajadores del sector agrario (a partir del 2000), los trabajadores con Contrato Administrativo de Servicios (a partir del 2008), lo cual implica una tendencia a la baja de las aportaciones promedio. Tercero, se ha registrado bastante presión política y pública para exonerar una parte de los ingresos de contribuciones a EsSalud. Por ejemplo la exención de gratificaciones por Fiestas

⁴³ EsSalud. Ejecución de ingresos y egresos 2001-2014. EsSalud, Gerencia de Presupuesto. Informe interno.

Patrias y Navidad de contribución a EsSalud a partir del 2009 (ej. Leyes N° 29174, 29351, 30334) redujo los ingresos por aportes de EsSalud de aproximadamente 12 %. (EsSalud 2012)

Figura 27. Tendencias de aportaciones reales y asegurados, EsSalud



Fuente: Elaboración propia con base en: EsSalud, Ejecución de Ingresos y Egresos 2001-2014; Gerencia de Presupuesto (aportaciones); Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (asegurados); ENAHO 2006-2014.

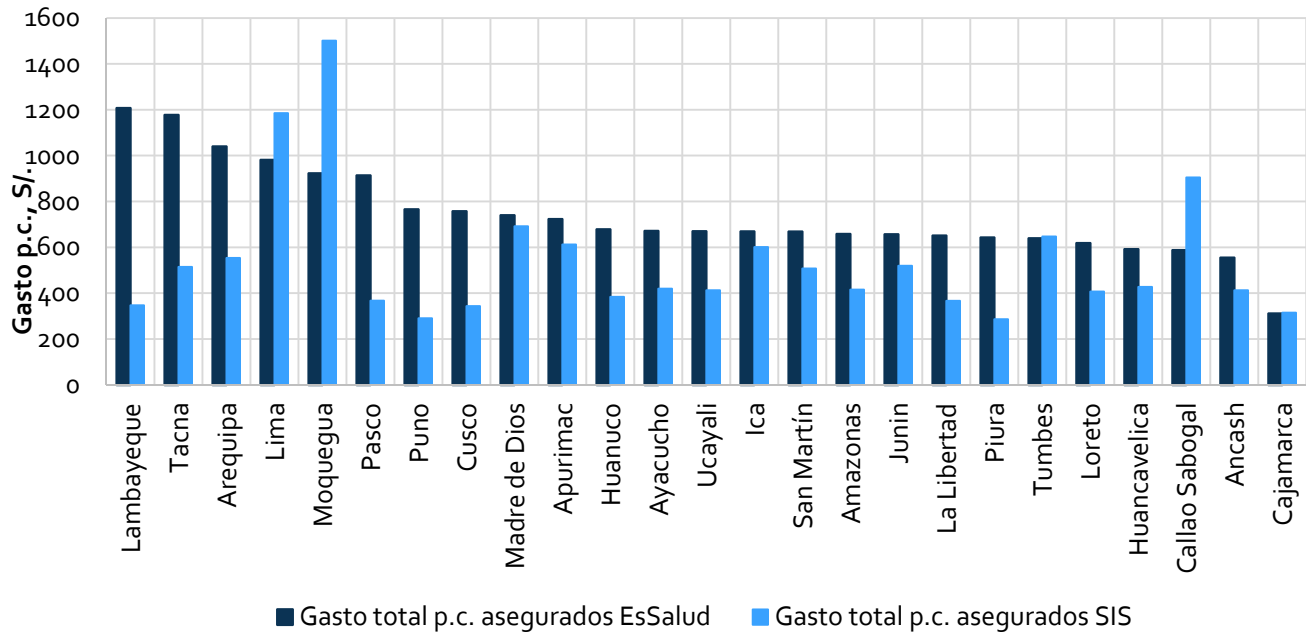
Análisis regional del gasto per cápita

Los promedios de gasto mancomunado para asegurados EsSalud y afiliados SIS ocultan importantes variaciones regionales. La Figura 28 presenta el desglose de este gasto según regiones. De acuerdo a lo reportado anteriormente, calculamos que el gasto promedio total por asegurado en EsSalud (gasto operativo y gasto de inversiones) para 2014 alcanzó los 770 soles considerando todas sus redes.⁴⁴ En esta institución, son las regiones con ciudades intermedias (Lambayeque, Tacna, Arequipa, Moquegua y Pasco) las que están absorbiendo mayor gasto total por asegurado, pues registran entre 913 y 1207 soles, muy cercano al gasto total por asegurado en las redes Rebagliati y Almenara en Lima (con 967 y 817 soles, respectivamente o 981 en promedio). Las redes Limeñas tienen una masa importante de asegurados en un territorio de alta densidad, de modo que, a pesar de la gran cantidad de recursos que se les inyectan, no aparecen con el más alto gasto por asegurado.⁴⁵ Por otro lado, en el sector público también se observan importantes variaciones, aunque no parecieran estar vinculadas con la ubicación de ciudades intermedias. Cabe destacar que para el sector público es problemático asignar ciertos costos que se ejecutan en la capital aunque puedan estar destinados a regiones, como compra central de medicamentos. Por ende se puede decir que la figura debe de sobre-estimar el gasto p.c. en Lima.

⁴⁴ El numerador es gasto operativo 2014 + gasto de inversiones 2014, y el denominador es el número de asegurados según ENAHO 2014.

⁴⁵ Los gastos asociados a los dos hospitales especializados de EsSalud —es decir, el Instituto del Corazón (INCOR) y el CNS Renal— se prorratearon entre redes en función del número de asegurados de cada red.

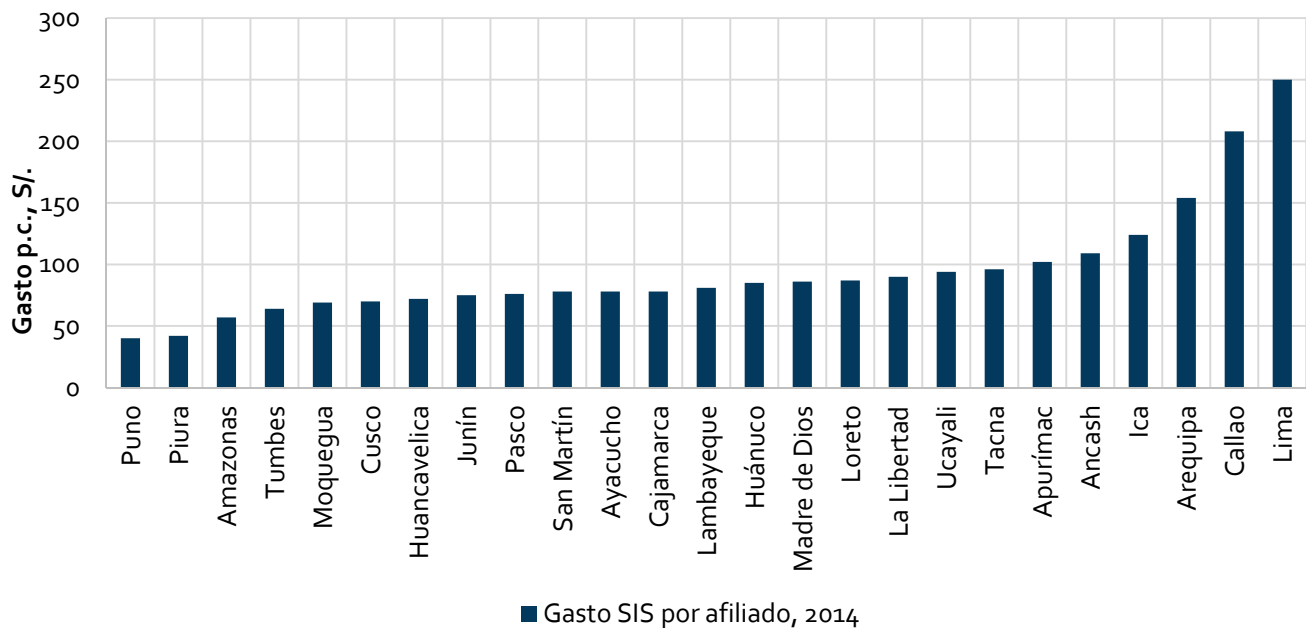
Figura 28. Variación departamental en el gasto público mancomunado per cápita, 2014



La figura muestra la variación departamental en el gasto mancomunado per cápita, en soles, para los afiliados SIS y los asegurados EsSalud. Fuente: Elaboración propia con base en SIAF y ENAHO (2014). Fuente: Elaboración propia con base en afiliados/asegurados según ENAHO (2014) y gasto operativo y de inversión de EsSalud (2014) y gastos del sector público según SIAF (2015).

Por otro lado, también existe una importante variación departamental en el gasto por afiliado del fondo SIS, el cual varía entre S/. 40 en Puno y S/. 154 en Arequipa hasta S/. 250 en Lima.

Figura 29. SIS: Variación departamental en el gasto por afiliado del fondo SIS, soles, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en SIAF y ENAHO (2014).

Aproximando el subsidio del sector público a EsSalud

Como mencionamos en la introducción, EsSalud proporciona la mayor parte de los servicios de salud a sus asegurados a través de su propia red de instalaciones, incluyendo primaria, secundaria y terciaria; mientras los proveedores de servicios de salud públicos atienden a los asegurados SIS y a los no asegurados. No obstante, como se demostrará en la sección 10 (Proveedores), EsSalud no dispone de una red muy extensa de atención primaria, por lo que se centra en atención en ámbitos hospitalarios. En varias entrevistas surgieron preocupaciones sobre un subsidio “escondido” del sector público hacia EsSalud, cuando los asegurados de esta entidad se acercan a proveedores públicos. En estos casos, los asegurados EsSalud tienen que desembolsar un “copago” en el momento del servicio —no obstante, este copago solo cubre una parte de los costos de prestación del servicio, ya que la mayor porción del costo se financia con recursos del Tesoro.

Usando la ENAHO 2014, intentamos cuantificar el uso de establecimientos de salud públicos por asegurados EsSalud. Según la encuesta, unos 183 294 asegurados EsSalud se atendieron en centros, puestos y policlínicos de GORE/MINSA, y 65 246 en hospitales de GORE/MINSA en las cuatro semanas anteriores a la entrevista. Al revés, se estima que 56 905 asegurados SIS y no asegurados se atendieron en policlínicos EsSalud, y 13 206 en hospitales EsSalud. Lamentablemente, no se dispone de información más fina sobre el tipo de servicio que recibieron los usuarios de servicios. No obstante, al hacer un balance grueso de los “traspases” de asegurados entre los dos sistemas, se puede estimar que un exceso de 5 % de la atención primaria y 10 % de la atención hospitalaria del MINSA se brinda a asegurados EsSalud, sin que se usen mecanismos explícitos para recuperar el costo de la atención (véase sección 10, Intercambio prestacional).

Tabla 12. Traspases de asegurados entre EsSalud y el sistema público

	Ambiente centro/puesto/policlínico	Ambiente hospitalario
Asegurados EsSalud atendidos por proveedor público (GORE/MINSA) (A)	183 294	65 246
Asegurados SIS/ no asegurados atendidos por proveedor EsSalud (B)	56 905	13 206
Balance (diferencia A-B)	126 390	52 040
Balance como % de usuarios	5 %	10 %

Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2014).

Algunas reflexiones

El financiamiento recaudados ya sea por vía de contribuciones o por vía del tesoro se mancomunan en “fondos mancomunados” que se utilizan para priorizar y comprar servicios de salud para sus respectivos beneficiarios. En esta sección estimamos el tamaño de los fondos mancomunados de financiamiento en salud que pertenecen al ámbito de EsSalud y el del sector público y estimamos la brecha financiera entre los dos sistemas. También desagregamos los fondos de acuerdo a sus principales mecanismos de planificación y ejecución

En términos de mecanismos de planificación y ejecución del gasto, es aparente que la planificación histórica del presupuesto sigue siendo la más usada en ambos fondos mancomunados, aunque en el sector público se ha avanzado con el uso del “Presupuesto por Resultados”. En EsSalud no se ha logrado avanzar hacia

métodos de presupuestación ligados a resultados. En el sector público es claro que el SIS solo representa una porción mínima del financiamiento público. Esto también se refleja en la poca diferencia en el gasto público en salud entre los asegurados SIS y los no asegurados, ya que la mayoría del financiamiento público pasa por el presupuesto histórico o el PpR y beneficia a ambos no asegurados y asegurados SIS.

Encontramos que la brecha de financiamiento per cápita entre el sector público y EsSalud se ha cerrado significativamente entre 1995 y 2014. Al corregir los gastos por inflación se evidencia un aumento significativo del gasto real per cápita en el sector público, pero también un desfinanciamiento incremental de EsSalud. Además nuestro análisis evidencia una gran disparidad regional en financiamiento, tanto del lado EsSalud como del lado SIS. En ciertas regiones queda solo poca diferencia de gasto mancomunado entre afiliados EsSalud y afiliados SIS.

También evidenciamos bastante porosidad entre el sistema público y EsSalud. Aunque en el caso de intercambio de servicios la porosidad entre sistemas puede ser benefactora, en este caso se trata de porosidad escondida en la cual EsSalud depende del sistema público para entrega de servicios, sin que el sistema público logre que se contabilicen estos servicios. A diferencia de lo que puede pasar en otros países, el estado no le pasa la cuenta a EsSalud para la atención de sus asegurados. Por ende no sorprende que EsSalud no haya invertido en expandir su oferta de atención primaria fuera de los hospitales y que no haya motivación para seguir adelante con un verdadero “intercambio de servicios”. Mientras este subsidio no se transparente, EsSalud no invertirá suficientemente en atención primaria ni le dará acceso a los afiliados del SIS a sus hospitales de tercer nivel.

La situación actual en términos de financiamiento de EsSalud es compleja: por un lado EsSalud como asegurador de los asegurados del sistema contributivo debería de rembolsar al Estado la atención subsidiada que se les da; por otro lado la institución se está desfinanciando y no tiene la margen financiera para poder expandir su oferta o rembolsar el Estado. Además, el efecto del desfinanciamiento en EsSalud puede verse agravado por filtraciones, es decir personas que se afilian con el solo propósito de recibir atenciones complejas para condiciones pre-existentes tales como hemodiálisis, quimioterapias o medicamentos de alto costo. Según EsSalud (2012) existen empresas que manejan planillas ilegales con sueldo mínimo para personas que desean afiliarse a EsSalud de manera irregular.

En la opinión de los autores, estos desafíos son síntomas de un problema más grande: el modelo segmentado de provisión y aseguramiento con diferencias importantes en la calidad percibida de la oferta es cada vez más difícil de justificar. Su existencia en un entorno en donde la afiliación a un seguro ni es obligatoria (aunque la Ley lo estipule) ni es universal continuará de generar *por sui generi* presiones financieras muy fuertes en EsSalud.

Sección 8. Priorización del gasto en salud y eficiencia asignativa

La asignación eficiente de los recursos a las prioridades de salud es esencial para que se pueda lograr el objetivo de mejorar la salud y productividad de la población, especialmente en el contexto de bajo gasto total en salud que presentamos en la introducción. En esta sección analizamos la eficiencia asignativa de los gastos de salud del sector público, buscando responder a las siguientes preguntas específicas:

- ¿En qué se gastan los recursos de los diferentes fondos mancomunados? Se están financiando de manera efectiva la “función de producción” de los servicios de salud?
- ¿Cómo se divide el gasto entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria a nivel nacional y regional? ¿Hay suficiente énfasis en prevención y atención primaria?

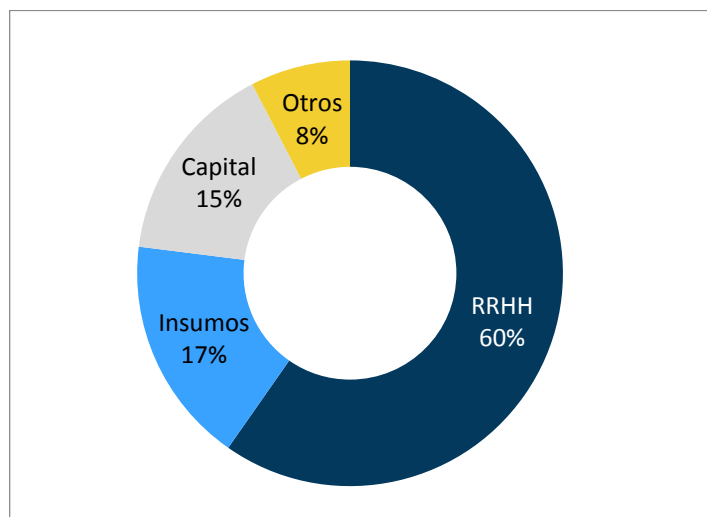
- ¿Cómo se está usando el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en la priorización de los gastos de salud?
- ¿Es equitativa la distribución del financiamiento en salud?

¿En qué se gasta el financiamiento público en salud?

En esta sección estudiamos cómo se distribuye el gasto público total⁴⁶ entre los diferentes factores de producción de la función salud, es decir entre los factores necesarios para producir servicios de salud tales como recursos humanos, insumos, capital y otros insumos. Utilizamos los datos provenientes del sistema SIAF, en el cuál cada gasto en salud se encuentra registrado usando clasificaciones con diferentes niveles de detalle⁴⁷. Estas diferentes clasificaciones de gastos fueron reagrupadas y reclasificadas en nuevas variables referidas a factores de producción: insumos, recursos humanos (RRHH) y capital (véase el anexo I). Se debe destacar que si bien hay una amplia desagregación en la clasificación del SIAF, en la práctica existen algunas limitaciones en los registros que dificultan entender el detalle de cómo y en qué se ejecuta el gasto en salud, como bien se detalla más adelante en este informe.

En la Figura 30 se observa que la mayor parte del gasto público en salud se destina al factor recursos humanos (59,7 % del total), seguido de gastos en insumos (17,3 %) y capital (15,4 %). Hay un 7,6 % de gastos que no corresponden a ninguno de los otros tres factores mencionados e incluyen rubros referidos a gastos notariales, bancarios, seguros y viáticos, y asignaciones por comisión.

Figura 30. Gasto público en salud por tipo de factor de producción, 2014 (en porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en SIAF (2014).

Estos factores de producción se desagregan y presentan en la Tabla 13, de acuerdo con:

⁴⁶ El gasto público total se refiere al gasto devengado total en la función salud registrado en el sistema SIAF para 2014. Este gasto en salud, reportado según la Consulta Amigable, se ha ajustado para evitar la doble contabilidad que surge en el registro de los recursos financieros que el SIS devenga como transferencias. Es decir, en el sistema SIAF el SIS registra las transferencias que realiza a las Unidades Ejecutoras (UE) bajo la genérica de gasto de Donaciones y Transferencias (primera contabilidad). Luego, las UE vuelven a registrar el gasto hecho con estas transferencias, mayormente bajo la genérica de Bienes y Servicios (segunda contabilidad). Por ende, al calcular el total de gasto aquí presentado se han eliminado los registros que realiza el Pliego 135 (SIS), referidos a la genérica del gasto Donaciones y Transferencias.

⁴⁷ Las variables clasificadoras del gasto son: genérica del gasto, subgenérica nivel 1, subgenérica nivel 2, específica nivel 1 y específica nivel 2.

- Insumos:
 - médicos (incluye vacunas, medicamentos, material, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio);
 - no médicos (incluye alimentos, bebidas, materiales y útiles, y combustibles).
- Capital:
 - destinado al mantenimiento de bienes y servicios (incluye herramientas, suministros para mantenimientos y reparación, y servicios de mantenimiento, acondicionamiento o reparación);
 - destinado a infraestructura (compra o construcción de edificios);
 - destinado a activos (no edificios) (incluye adquisición de vehículos, maquinarias, inversiones intangibles y otros gastos en activos no financieros).
- Recursos humanos:
 - médicos/asistentes (incluye contratación de servicios de salud, retribuciones y complementos en efectivo);
 - no médicos/no asistenciales (incluye contratación de servicios de consultoría, capacitación, personal administrativo, soporte técnico);
 - indeterminado (son contrataciones de RRHH en la que no se especifica la función).
- Otros:
 - gastos notariales, bancarios, seguros y viáticos;
 - asignaciones por comisión;
 - categoría de “servicios diversos” (no existe mayor especificación).

Tabla 13. Gasto en salud por tipo de factor de producción desagregado, 2014

Factores de producción	Gasto (millones de soles)	Porcentajes/Total
1.1 Insumos médicos	1253	10,4 %
1.2 Insumos no Médicos	843	7,0 %
2.1 K:Bs y Ss p/ mantenimiento	123	1,0 %
2.2 K: Compra edificios	1 003	8,3 %
2.3 K: Activos (no edificios)	737	6,1 %
3.1 RRHH médico/asistencial	4104	33,9 %
3.2 RRHH no médico/no asistencial	1251	10,3 %
3.3 RRHH indeterminado	1873	15,5 %
4 Otros	920	7,6 %
Total	12 106	100,0 %

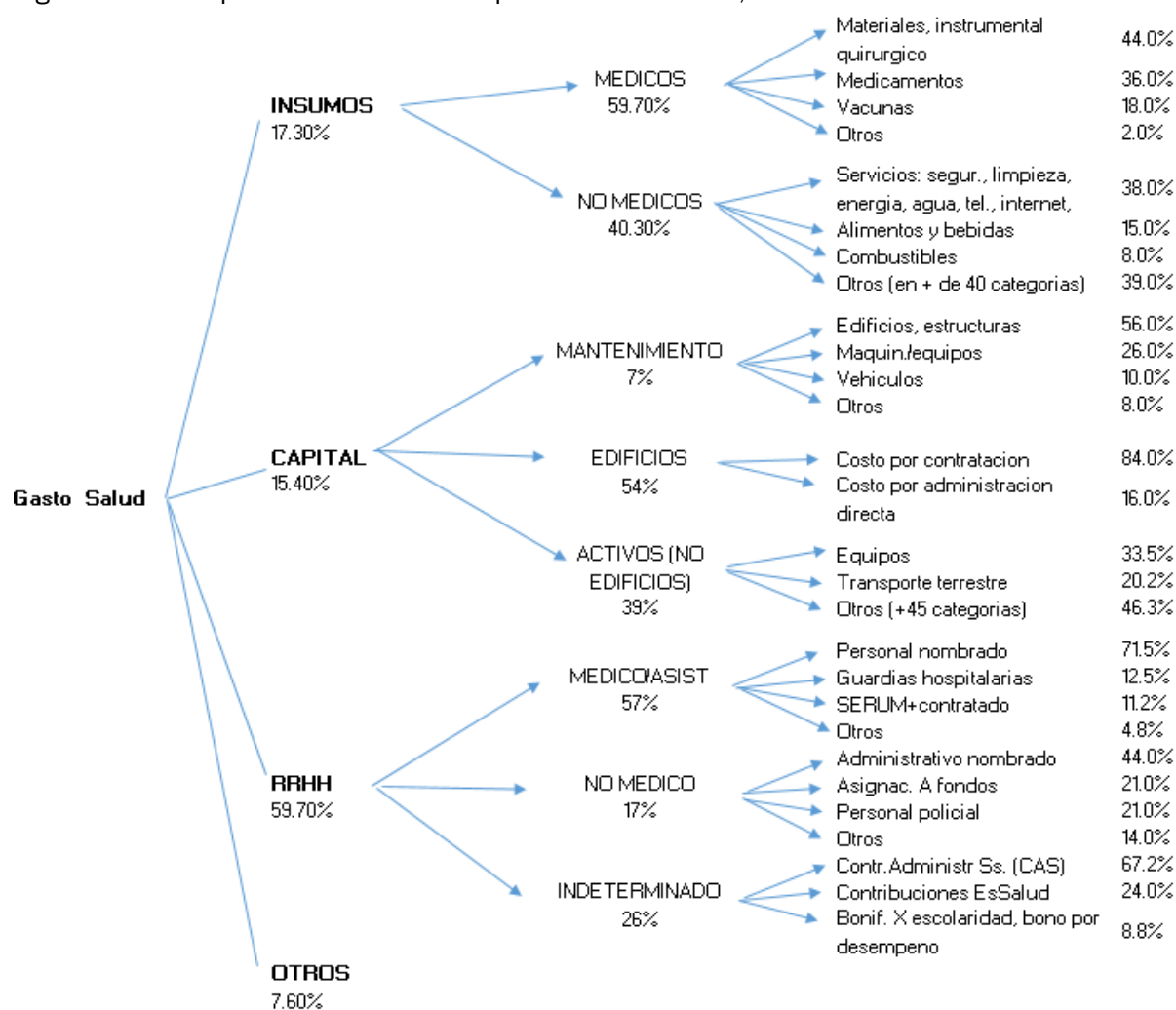
Fuente: Elaboración propia con base en SIAF (2014). El gasto total se refiere al gasto devengado en la función salud en el sector público.

En la Tabla 13 se observa que de los 12 105 millones de soles destinados a la función salud, un 33,9 % se dirige exclusivamente a la contratación de recursos humanos médicos o asistenciales, y un 15,5 % del gasto total solo puede ser identificado como gasto en recursos humanos “indeterminado”. Es decir, no puede conocerse si el recurso humano que está siendo contratado es de tipo asistencial (médico) o no asistencial (no médico). Sigue en importancia el gasto en insumos médicos (10,4 % del total) y RRHH no médico / no

asistencial (10,3 %). La Tabla 13 también evidencia que el gasto en capital es relativamente bajo, con un 8.3 % del total destinado a la compra de edificios y solo 1 % a bienes y servicios para el mantenimiento. Finalmente, llama la atención que un 7,6 % del total del gasto quede registrado bajo la categoría “otros”, que incluye todos aquellos gastos que no han podido ser clasificados en ninguno de los factores de producción anteriores, como por ejemplo gastos legales, notariales, bancarios y financieros, seguros y contratación de servicios bajo la especificación de “servicios diversos”. Esta última categoría (“servicios diversos”) representa casi la mitad del total del gasto registrado bajo la categoría “otros” (o sea, el 3,8 %). No es posible, con los datos de los que se dispone, comprender a qué se refiere este gasto. Durante entrevistas con funcionarios del MEF, se pudo acceder al detalle de la categoría “servicios diversos” utilizando el sistema SIGA para algunos meses de 2014. Los datos mostraron que la gran mayoría de estos “servicios diversos” se refieren a contratos de recursos humanos con financiamiento SIS. Si este comportamiento es replicable a lo largo de todos los meses de 2014, se estaría frente a una situación en la que los recursos humanos indeterminados llegarían a totalizar hasta un 19,3 % del gasto público total en salud.

Con el fin de examinar con mayor detalle el gasto en cada uno de los factores de producción, se elaboró la Figura 31, en la que se especifica el peso relativo de los distintos componentes. En primer lugar, al examinar el total de gasto en insumos: (a) El 59,7 % es destinado a insumos médicos; de esa proporción, el 44 % se gasta en material instrumental, accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio, mientras que un 33 % se destina a medicamentos y un 18 % a vacunas. Solo un 2 % permanece bajo la categoría “otros productos similares”. (b) El 40,3 % restante es destinado a insumos no médicos. En esa categoría, servicios de seguridad, limpieza, energía, agua y teléfono se lleva la mayor parte del gasto, con un 38 %, seguida de alimentos y bebidas (15 %), combustibles (8 %); el resto se desagrega en otras cuarenta categorías de gasto. Es importante destacar aquí que este registro pormenorizado del gasto se ubica en un factor de producción (insumo no médico) que representa solo el 7 % del total del gasto. Como quedará en evidencia más adelante, este tipo de desagregación no está disponible para los factores de producción como recursos humanos, que se lleva el mayor porcentaje del gasto.

Figura 31. Gasto público en factores de producción en salud, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en SIAF (2015).

Cuando se analiza el gasto en capital —que, recordemos, solo representa el 15,4 % del gasto total—, el 7 % se destina a “mantenimiento”; de ese porcentaje, el 52 % se asigna a mantener edificaciones, oficinas y estructuras, mientras que un 26 % se gasta en mantener maquinarias y equipos y un 10 % en vehículos. El restante 10 % se divide en otras diez categorías. Por otro lado, se destina un 8,3 % del total a compra o construcción de nuevos edificios, y un 6,1 % a compra de otros activos.

En cuanto al 59,7 % del total del gasto asignado para financiar los recursos humanos, encontramos que, de ese total, un 57 % se destina a recursos humanos médico/asistenciales, y que la mayor parte se utiliza para el pago de personal nombrado (71,5 %), un 12,5 % en guardias hospitalarias, un 11,2 % en Servicio Rural Urbano Marginal (SERUM) y un 4,8 % restante en “otros”. Una segunda categoría, denominada recursos humanos no médicos, absorbe el 17 %, del gasto total en recursos humanos, y se asigna básicamente a los pagos de administrativos nombrados (régimen público, (44 %), seguidos de la asignación de financiamiento para el personal y personal policial. El resto son recursos humanos indeterminados (26 %), para los cuales se observa que el 67,2 % corresponde a Contratos Administrativos de Servicios (CAS), 24 % a contribuciones de EsSalud y aguinaldos y el resto a bonificaciones por escolaridad, otras bonificaciones y bono por desempeño.

Uso de fondos mancomunados para financiar factores de producción de la función salud

Como se explicó en la Sección 7, el sistema público de salud utiliza diversos tipos de mecanismos para planificar y/o ejecutar el gasto de los servicios de salud. En esta sección analizamos el peso relativo de cada uno de estos mecanismos en el financiamiento de los factores de producción de la función salud durante el año fiscal 2014. En particular, y siguiendo la clasificación de la Sección 7, los recursos financieros se han agrupado en:

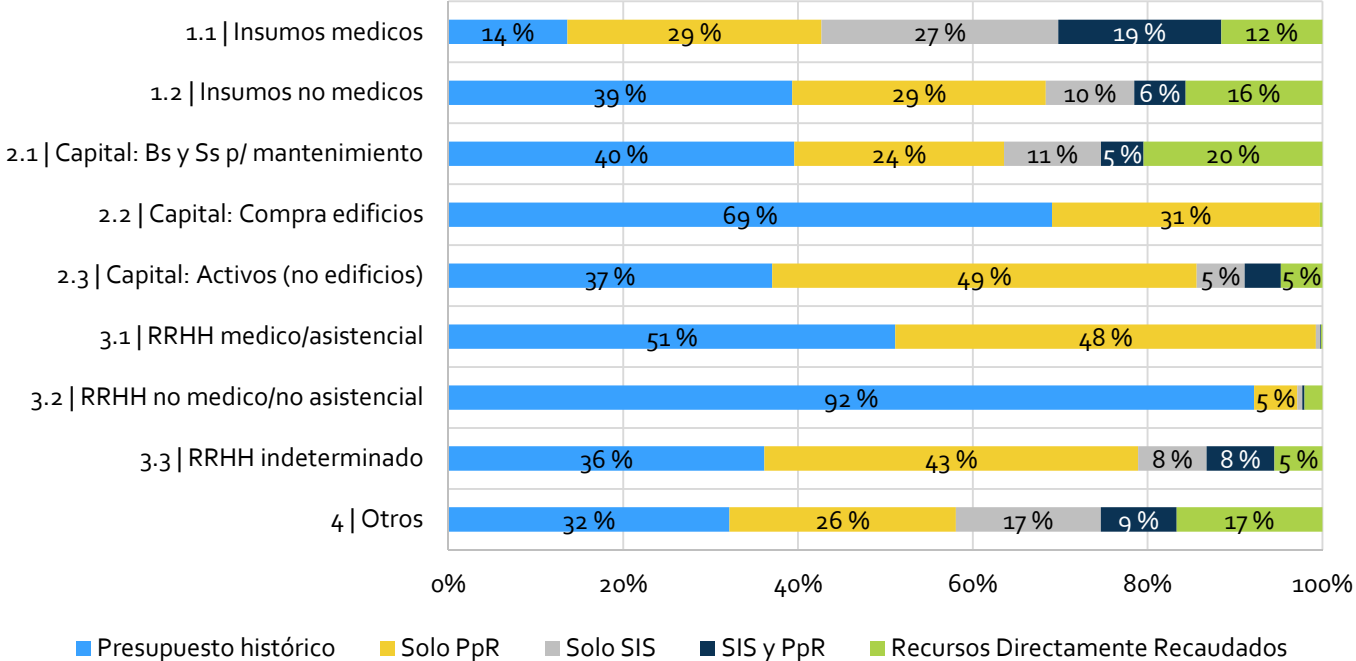
- Fondo mancomunado del sector público:
 - Presupuesto histórico
 - Presupuesto por Resultados (PpR)
 - Seguro Integral de Salud (SIS)
 - Uso combinado de PpR y SIS

- Gastos de bolsillo:
 - Recursos directamente recaudados (RDR).

La Figura 32 evidencia que los insumos médicos son financiados en un 46 % por el mecanismo SIS: 27 % combinado con PpR (27 %) y 19 % solo con SIS, mientras un 29 % se financia por PpR y un 14 % por presupuesto histórico. Los recursos directamente recaudados financian el 12 % de los insumos médicos.

En forma similar, de los insumos no médicos casi el 40 % del total de este gasto se financia por presupuesto histórico, un 29 % es financiando por PpR, un 10 % por SIS y solo un 6 % por SIS combinado con PpR. Los recursos directamente recaudados financian el 16 % del total.

Figura 32. Financiamiento de los factores de producción por el fondo mancomunado público y gastos de bolsillo



Fuente: Elaboración propia con base en SIAF (2014).

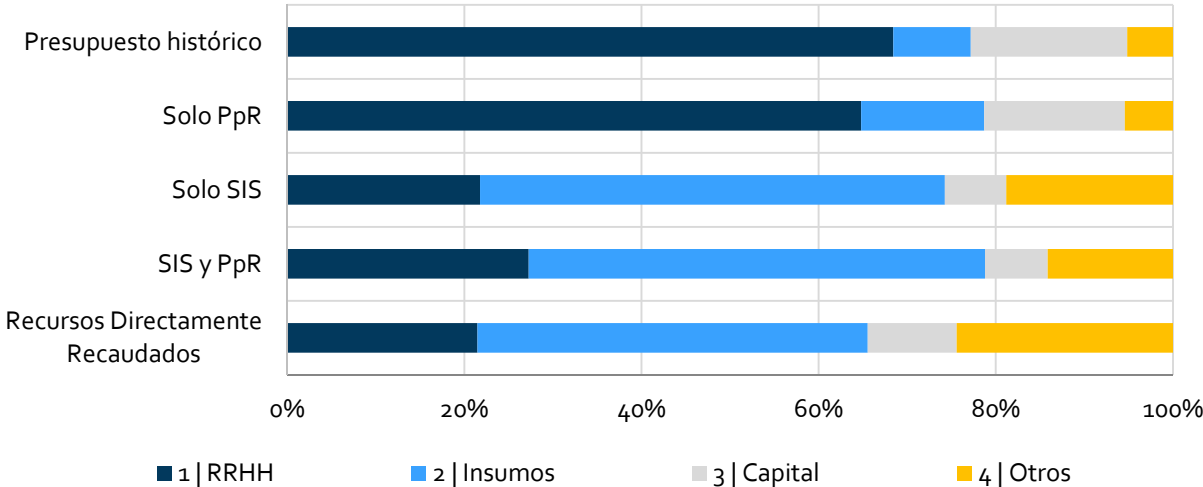
El financiamiento del capital referido a Bienes y Servicios para el mantenimiento se realiza con presupuesto histórico (40 %), Presupuesto por Resultados (24 %), y un 20 % con RDR. El financiamiento de la inversión en infraestructura (Capital: compra o construcción de edificios) proviene casi exclusivamente de presupuesto histórico y en segundo lugar del PpR. En forma similar, el caso de activos (no edificios) también se ve financiado casi en su mayoría el PpR y el presupuesto histórico.

Los RRHH asistenciales son financiados casi exclusivamente por PpR y presupuesto histórico. Sin embargo, en el caso de RRHH no médico/no asistencial, es el presupuesto histórico que financia el 92 % de este factor. El RRHH indeterminado, es decir que no se sabe si es asistencial, se financia en su mayoría por presupuesto histórico (36 %) y por PpR (43 %).

Finalmente, la categoría “otros” se financia con presupuesto histórico y con PpR. El mecanismo SIS (solo y en combinación con PpR) financia el 26 % de esta categoría. Aquí es importante recordar que esta categoría “otros” encierra, según se reportó en varias reuniones, mayormente contrataciones a personal bajo la categoría de “servicios diversos”.

La Figura 33 ilustra en cifras el uso de los mecanismos para financiar los distintos factores de producción de la función salud presentados en la figura anterior (véase también la Tabla 26 del anexo 1) Se observa que el uso del financiamiento bajo el mecanismo SIS es bastante similar al uso de los Recursos Directamente Recaudados. Al mismo tiempo, no se observa mayor diferencia de uso entre el financiamiento asignado bajo el mecanismo de presupuesto histórico y el financiamiento planificado bajo el mecanismo PpR.

Figura 33. Uso del fondo mancomunado público y RDR en factores de producción



Fuente: Elaboración propia con base en SIAF (2014).

Priorización del gasto según el nivel de atención

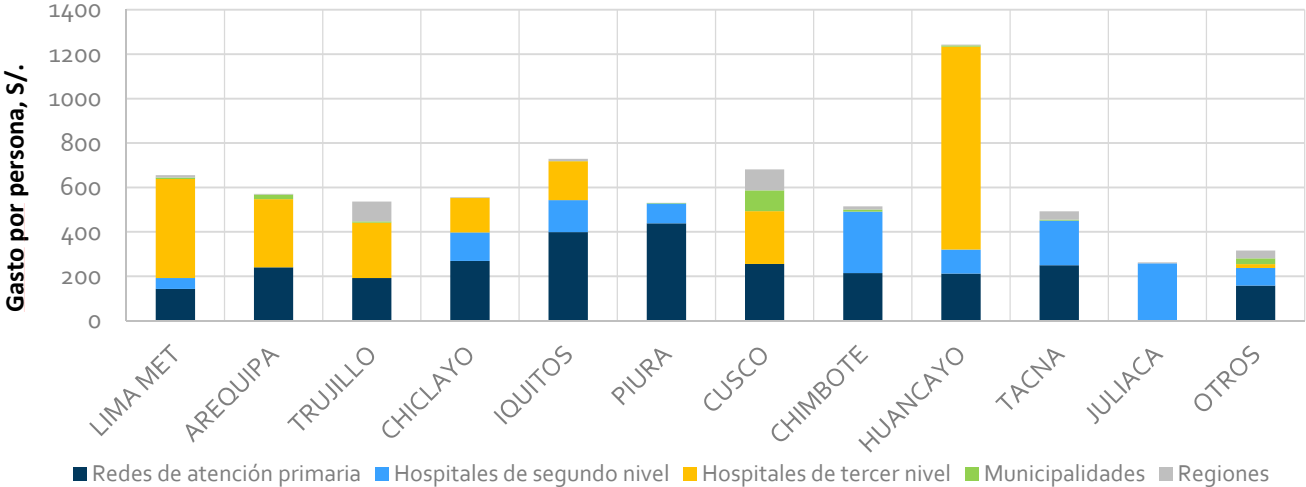
Para asegurar la efectividad del uso del financiamiento en salud, es crítico entender cómo se gastan los fondos entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Sin embargo, ambos para EsSalud como para el sector público, cuesta asignar gastos a niveles de atención, ya que los sistemas de reporte financieros no están organizados según la lógica de organización de la atención. En particular, las unidades presupuestarias que forman la estructura del sistema de ejecución financiera pueden incluir establecimientos de nivel atención primaria y atención secundaria. A pesar de esta dificultad, usamos la data SIAF con la data

sobre niveles asistenciales contenida en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES) para aproximar el gasto en cada uno de estos niveles. Además desglosamos el gasto según ubicación.

La Figura 34 analiza la distribución del gasto público en salud entre los niveles de atención en Lima, ciudades intermedias y otras áreas. En general, se evidencian grandes diferencias en cómo se asignan los fondos. En Lima, el gasto per cápita en las redes de atención primaria es desproporcionadamente bajo. El gasto total en Lima parece relativamente bajo en comparación con el de las ciudades intermedias, dado que la capital incluye los hospitales más especializados que asisten a la población de todo el país. En ciudades como Piura, Chimbote o Pucallpa, el gasto en el nivel terciario es mínimo debido a la ausencia de un hospital de este nivel. Por último, de la figura se desprende que el nivel de hospital de segundo nivel es débil en la mayoría de las ciudades, y que el gasto en ese nivel es significativo por lo general solo en aquellas ciudades donde no hay hospital de nivel terciario. La segunda y tercera ciudades del país (Arequipa y Trujillo, respectivamente), así como Cusco, no gastan fondos públicos en el nivel secundario de atención. El pico en el gasto en Huancayo parece estar relacionado con la construcción de un centro de tratamiento de cáncer multirregional.

La gran disparidad en el gasto y la debilidad del nivel de atención secundaria reflejan una falta de organización de la atención que se traduce en una brecha entre la atención primaria y los hospitales de nivel terciario. En general, las ciudades del Perú parecen mal preparadas para atender las necesidades de salud de una población cuyas demandas en este ámbito van cambiando rápidamente a medida que la carga de enfermedad cambia de enfermedades transmisibles y condiciones materno-infantiles hacia condiciones no transmisibles y crónicas.

Figura 34. Gasto público en salud por persona, por ciudad y por nivel, 2014⁴⁸



Fuente: Elaboración propia con base en SIAF (2014).

⁴⁸ Notas: El gasto público para 2014 está reportado según SIAF a fecha del 17 de junio de 2015. El denominador (población) consiste en el número estimado de personas que no están afiliados a ningún régimen de seguro de salud o están afiliados al SIS. Las estimaciones de población son del INEI 2012, mientras que el porcentaje de afiliación/no afiliación estimó mediante ENAHO 2014. Para asignar el gasto a las entidades, estudiamos unidades SIAF presupuesto (unidades ejecutoras) en entidades (las redes de atención primaria, hospitales de segundo y hospitales de tercer nivel) utilizando el más alto nivel de servicio de salud que se incluye en cada unidad de presupuesto. Los niveles de establecimientos de salud fueron extraídos de RENAES (SUNASA 2014). Unidades presupuestarias cuya más alto nivel de atención se clasifica en el nivel II-1 o inferior en RENAES, fueron asignadas como las redes de atención primaria. Unidades presupuestarias cuyo establecimiento de más alto nivel se clasifica como II-2 o II-E, fueron asignadas como hospitales de segundo nivel. Unidades presupuestarias cuyo establecimiento de más alto nivel es en el nivel III, fueron asignadas como hospitales de tercer nivel.

Uso del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en la priorización de los gastos de salud

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N.° 29344, del 9 de abril de 2009) define que:

[...] el aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) [...]. El PEAS consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados [...] (artículo 13).

El artículo 15 determina que el PEAS debe elaborarse con base en, entre otros, análisis actuariales y estimaciones financieras, mientras el artículo 16 determina que se evalúa y se puede reformular cada dos años. Este Plan fue aprobado por el Decreto Supremo N.° 016-2009-SA (29 de noviembre de 2009) y cubre un conjunto de procedimientos asociados a 140 condiciones asegurables⁴⁹ y sus respectivos diagnósticos. Los procedimientos se definen por códigos de la clasificación Current Procedural Terminology (CPT),⁵⁰ mientras los diagnósticos lo hacen usando la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE 10).⁵¹

En 2012 el SIS creó el FISSAL, con cargo a cubrir los costos de un plan complementario de atención de condiciones de alto costo, incluyendo el tratamiento de siete condiciones oncológicas, de enfermedades nefrológicas (trasplante de riñón y hemodiálisis) y algunas enfermedades raras o huérfanas⁵².

En el análisis de la priorización de gastos sería importante responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el gasto destinado a prevención?
- ¿Cuál es el gasto destinado a las diferentes condiciones?
- ¿Cuál es el gasto destinado a enfermedades de alto costo, y cómo está evolucionando este gasto?
- ¿Cuáles son los grupos de población que se benefician de los gastos destinados a enfermedades de alto costo?
- ¿Cuáles son las proyecciones de costos de prevención/detección/tratamiento/seguimiento de las diferentes condiciones (P), las proyecciones de uso (Q) y las proyecciones de gasto total (*Q)?

La fragmentación de los fondos de financiamiento en el sector público hace difícil la asignación de costos a intervenciones. Sin embargo, sería importante analizar las tendencias de uso de servicios financiados por el SIS y el FISSAL. Aunque el SIS/FISSAL solo busca financiar los costos variables de las intervenciones, el uso de servicios financiados puede ayudar a entender las tendencias. En lo que respecta al uso, analizamos la frecuencia de procedimientos reportados en las fichas FUA (Formato Único de Atención); estas fichas deben ser usadas por los proveedores para reportar al SIS todos los servicios brindados a asegurados de este

⁴⁹ Las condiciones asegurables incluyen: 5 condiciones de la población sana, 26 condiciones obstétricas, 5 condiciones ginecológicas, 22 condiciones pediátricas, 7 condiciones tumorales, 33 condiciones transmisibles y 42 condiciones no transmisibles. Para las condiciones tumorales, solo se incluyen los procedimientos ligados al diagnóstico.

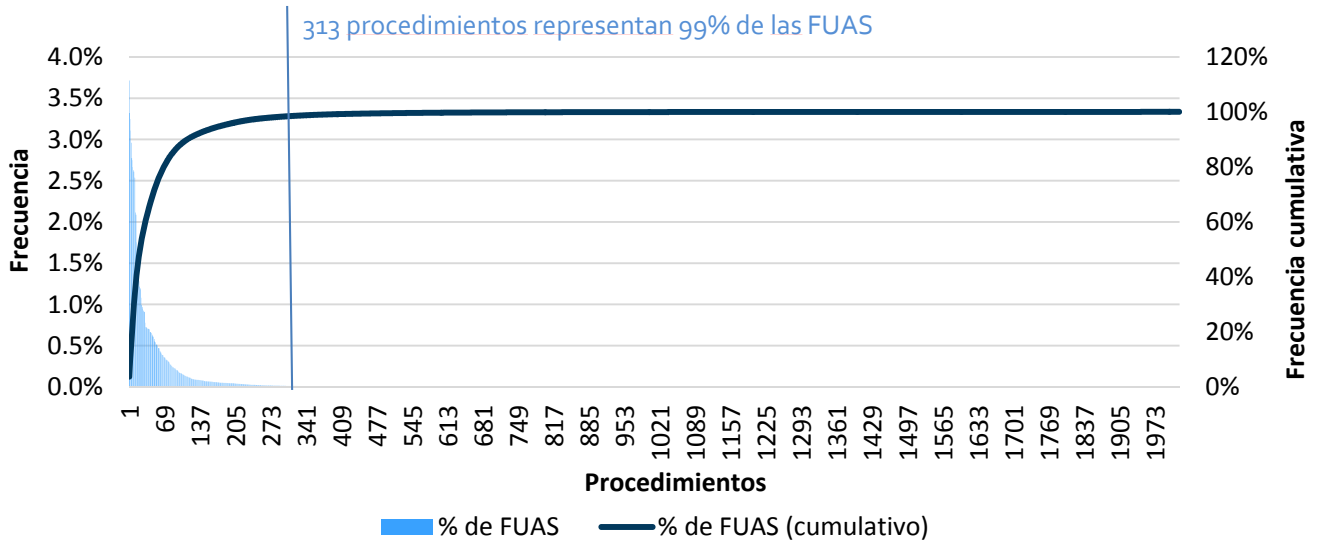
⁵⁰ Current Procedural Terminology (Terminología Común de Procedimientos) es una marca registrada por la Asociación Médica Americana (American Medical Association). Es una nomenclatura que se usa para reportar procedimientos y servicios médicos en seguros públicos y privados.

⁵¹ International Classification of Diseases, décima edición. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

⁵² De acuerdo a MINSA (2016), "Las enfermedades raras o huérfanas, son aquellas enfermedades con peligro de muerte o de invalidez crónica, que tienen una frecuencia baja, presentan muchas dificultades para ser diagnosticadas así como para efectuar su seguimiento, tienen un origen desconocido en la mayoría de los casos y conllevan a múltiples problemas sociales."

Sistema. Hallamos que de los 2020 procedimientos encontrados en las FUA, solo 313 componen el 99 % de las fichas (Figura 35) Lamentablemente, no disponemos de información suficiente para estimar cuáles de estos procedimientos pertenecen al PEAS o al plan complementario. Tampoco pudimos analizar cuáles podrían ser los grupos específicos beneficiados.

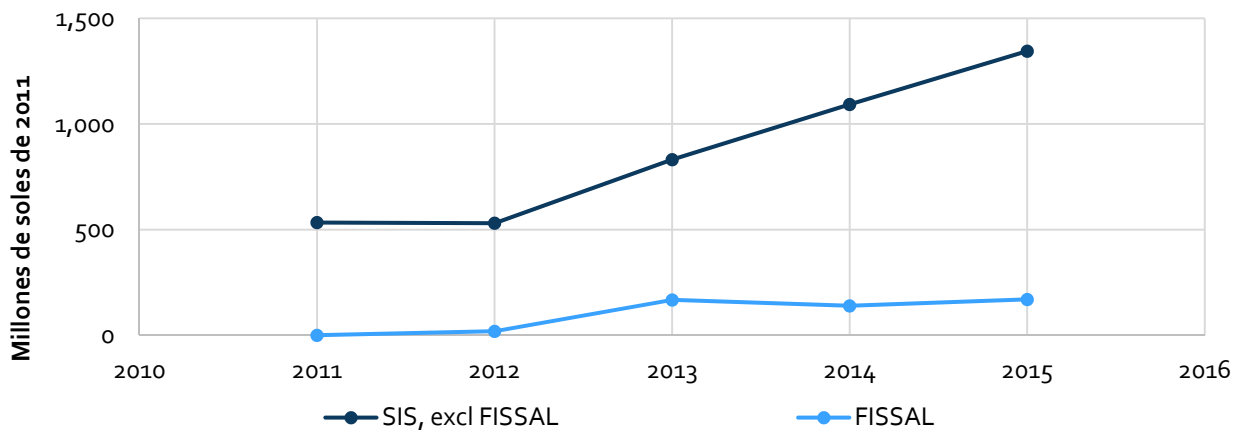
Figura 35. Distribución de fichas FUA, 2013



Fuente: Elaboración propia con base en información SIS y proyecto HGF/USAID (2013).

Sin embargo, pudimos estimar el monto del gasto de las unidades ejecutoras SIS (excluyendo FISSAL) y FISSAL. La Figura 36 muestra que, desde su creación en 2012, el FISSAL no ha aumentado su presupuesto de manera significativa, mientras los gastos del SIS se han incrementado significativamente en el mismo periodo. Esto obedecería a varias razones, incluyendo una falta de oferta de servicios de alto costo. Es importante recordar que los costos “fijos” de los proveedores públicos deben financiarse fuera del FISSAL y, por ende, el FISSAL solo provee financiamiento limitado para extender la oferta pública.

Figura 36. Gasto SIS y FISSAL, soles constantes de 2011



Fuente: Elaboración propia con base en SIAF Consulta Amigable. Fecha de descarga: 8 de marzo de 2016.

Algunas reflexiones

La asignación eficiente de los recursos disponibles a las prioridades de salud es esencial para que se pueda lograr el objetivo de mejorar la salud y productividad de la población, especialmente en el contexto de bajo gasto total en salud que presentamos en la introducción. En esta sección analizamos la eficiencia asignativa de los gastos de salud del sector público, buscando responder a las siguientes preguntas específicas:

- ¿En qué se gastan los recursos de los diferentes fondos mancomunados? Se están financiando de manera efectiva la “función de producción” de los servicios de salud?
- ¿Cómo se divide el gasto entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria a nivel nacional y regional? Hay suficiente énfasis en prevención y atención primaria?
- ¿Cómo se está usando el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en la priorización de los gastos de salud?
- ¿Es equitativa la distribución del financiamiento en salud?

En términos de uso de recursos de los fondos mancomunados, se observa que el uso de los recursos bajo el mecanismo SIS es bastante similar al uso de los Recursos Directamente Recaudados, mientras el uso del recurso planificado bajo el mecanismo PpR es bastante similar al uso del financiamiento bajo presupuesto histórico. Lo primero pareciera indicar que – a nivel agregado - los recursos SIS están cumpliendo su función original: es decir, el financiamiento del SIS debía de remplazar el financiamiento que los proveedores de servicios percibían de los co-pagos, ya que se eliminaron estos pagos para los asegurados del SIS. Al mismo tiempo, es evidente que los co-pagos no solamente se usan para insumos y medicamentos sino también para gastos de personal adicional. En este sentido, el requerimiento vis-a-vis el SIS de no usar financiamiento para gastos de personal pareciera no coincidir con las necesidades de financiamiento a nivel proveedor. Lo segundo pareciera indicar que el Presupuesto por Resultados o no busca o no logra afectar el uso de recursos, comparado con el mecanismo de presupuesto histórico.

En términos del **paquete de beneficios**, la ley AUS preveía que se usaría el PEAS como el paquete esencial de servicios. No obstante, rápidamente el SIS amplió su paquete. Aunque queda cierto que el paquete complementario FISSAL responde a ciertas necesidades de la población, esta decisión no fue acompañada de claridad sobre la capacidad de prestación de los servicios (sea del paquete básico o paquete complementario), la población efectivamente atendida o los costos de provisión de los paquetes. En particular, la Ley AUS preveía una actualización bienal del paquete PEAS con base en estudios actuariales, lo cual no ha sucedido entre 2009 y la fecha.

Las dificultades y contradicciones encontradas en el área del paquete de beneficios se originan parcialmente en la misma Ley AUS, la cual determina que las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) (incluyendo el SIS) pueden adoptar paquetes complementarios de servicios, y que una vez adquiridos los beneficios los asegurados gozan de irreversibilidad, en el sentido de que estos no se les pueden recortar. Para las IAFAS privadas la decisión de ampliar un paquete de beneficios tiene implicancias para su rentabilidad económica; y por ende su incentivo es no extender su paquete cuando no se puede cubrir con contribuciones. Sin embargo para las IAFAS públicas la decisión de ampliar el paquete de beneficios tiene implicancias fiscales, las cuales no se tomaron en cuenta de manera explícita. En vez de racionar servicios usando un paquete de beneficios, se están racionando servicios por el lado de la oferta: la escasa oferta de servicios especializados teóricamente cubiertos por el SIS hace que no exista acceso equitativo a estos servicios para la población.

En EsSalud, no queda claro que mecanismo se usa para priorizar el gasto en salud. Primero, no se está usando ningún paquete de beneficios, más bien las atenciones de salud son ilimitadas y la Ley no permite exclusiones

y limitaciones en el caso del Seguro Regular (EsSalud 2012). Aunque no pudimos desagregar el gasto EsSalud por nivel de atención, en base al poco énfasis que la institución ha puesto en infraestructura de atención básica (véase Sección 10), uno puede sospechar que el gasto está dirigido de manera desproporcionada hacia la atención hospitalaria recuperativa en comparación con la prevención y atención primaria, Según EsSalud 2012, un 20 % de la atención se daría por atención de emergencia, lo cual es excesivo y bastante ineficiente.

Sección 9. Compra de servicios

En esta sección analizamos la relación entre los fondos mancomunados y los prestadores de servicios de salud en términos de comprador a proveedor. Como mencionamos en la sección Marco conceptual, los mecanismos de compra de servicios determinan la eficiencia técnica del fondo, es decir, el grado por el cual un fondo logra obtener la mayor cantidad y calidad de servicios con un presupuesto dado. Esta función combina niveles “micro” (compra a prestadores individuales) y niveles “mezzo” (como transferencia interfiscales a gobiernos subnacionales).

Mecanismos de compra en el sector público

En la última década, los mecanismos de planificación y ejecución del SIS y PpR han buscado incrementar la eficiencia técnica pagando “por resultado” en lugar de por presupuesto histórico. El Presupuesto por Resultados vincula el presupuesto con metas de salud (ej. disminución de la desnutrición crónica) por vía de “metas físicas” (ej. niños con control de crecimiento y desarrollo (CRED) completo). Por otro lado, el SIS busca mejorar la eficiencia en la atención primaria financiando una “cápita” y modulando los pagos en función del desempeño de las regiones.

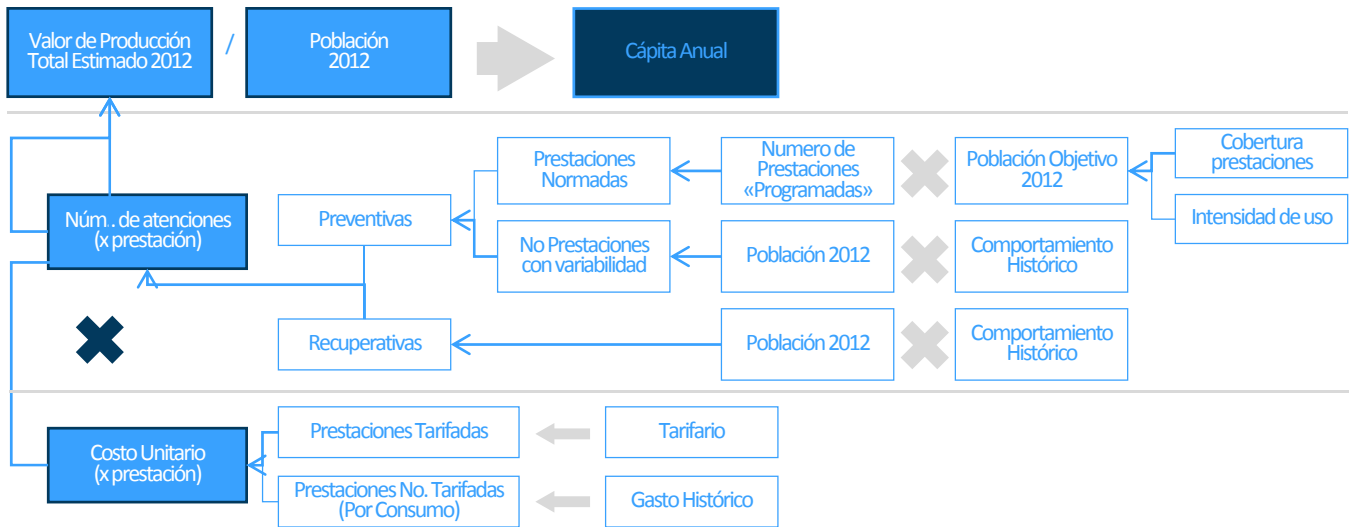
A pesar de estos esfuerzos, al analizar los detalles de planificación y compra resalta que en la mayoría de los casos se usa pago por insumos (Tabla 14). El SIS es la única excepción a esta regla, aunque no se categoriza fácilmente el tipo de mecanismo que está usando. En hospitales el SIS está usando un sistema de pago por producto, aunque hay variación en el precio que se está pagando por producto, y el SIS solo paga una parte reducida de los costos de provisión del servicio. En atención primaria, el SIS emplea un mecanismo llamado “cápita”. No obstante, al revisar la Figura 37 pareciera que la cápita se calcula con base en la producción histórica, la cual se monetiza usando una combinación de tarifario con costos históricos, combinado con modulación de los pagos según variables de desempeño. Este mecanismo contrasta con la experiencia internacional en usar “pago capitado” para atención primaria, tal como se hace en el Reino Unido y con la experiencia argentina en pago capitado con criterios de desempeño (Recuadro 4)

Tabla 14. Mecanismos de compra de servicios

Fondo Mancomunado y mecanismo	Receptor	Cálculo de montos	Planificación de uso de recursos	Mecanismo de compra
EsSalud: presupuesto histórico	Redes y hospitales EsSalud	Presupuesto histórico con ajustes.		Pago por insumos
Fondo sector público: Presupuesto histórico	UE de redes y hospitales	Presupuesto histórico con ajustes. (Incluye planilla y gastos en hospitales)		Pago por insumos
Fondo sector público: PpR	UE de redes y hospitales	UE determinan metas e intervenciones correspondientes UE planifican necesidades en base sus poblaciones Propuesta se recorta con base en el presupuesto disponible	Planificación detallada por línea programática (8 líneas en salud)	Pago por insumos
Fondo sector público: SIS	Hospitales	Calculado con base en producción y tarifas aprobadas por el SIS, las cuales varían por hospital. Los hospitales también pueden facturar sus costos adicionales que superan el monto tarifado.	Los hospitales no incluyen los recursos SIS en su planificación de inicio de año: los recursos no se pueden presupuestar en este momento ya que figuran en el presupuesto del SIS. Solo se incorporan cuando el SIS hace la transferencia a la UE.	Transferencia SIS a unidad ejecutora del hospital en base a facturación de servicios con base en un tarifario y costos adicionales incurridos.
Fondo sector público: SIS	UE de redes	Calculado con base en el gasto total histórico de producción, dividido entre el número de afiliados y ajustado por una tasa de crecimiento negociada entre SIS y la Región. Convenios Región-SIS fijan el gasto total.		Transferencia SIS a las unidades ejecutoras de las Redes Pago "cápita" es monto total dividido por número de afiliados. Monto total se calcula con base en producción histórica. Una proporción creciente del monto transferido se basa en evaluación de indicadores de desempeño.

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas.

Figura 37. Metodología de cálculo de la cápita, SIS

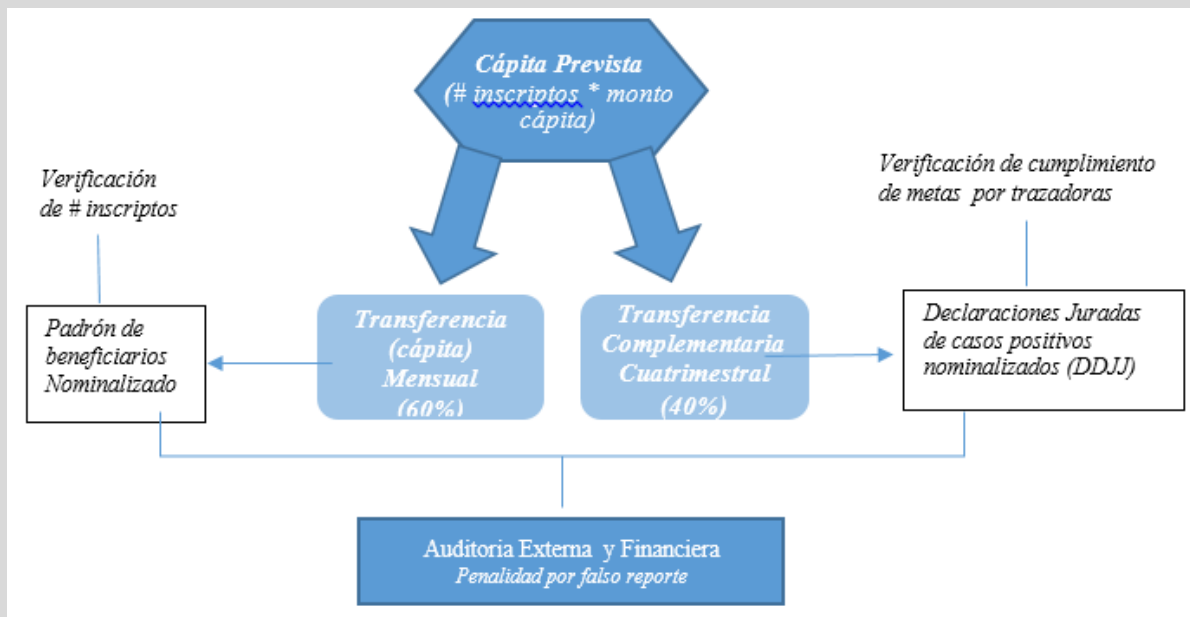


Fuente: SIS.

Recuadro 4. La experiencia argentina en pago capitado con criterios de desempeño

En Argentina, el Programa Sumar (previamente llamado “Plan Nacer”) utiliza un esquema modificado de pago capitado para financiar servicios de salud a la población no asegurada por las obras sociales en un entorno descentralizado. En particular, la Nación transfiere recursos a las provincias con base en una cápita por beneficiario inscripto (cápita prevista) (véase la figura adjunta). El monto de la cápita prevista es uniforme para todas las provincias participantes.

Figura 5.1. Esquema y liquidación de transferencias



El 60 % de la cápita prevista (cápita base) se transfiere mensualmente sobre la base de la cantidad de inscriptos en el padrón de beneficiarios (auditado por la Auditoría Concurrente Externa; ACE). La provincia, además de presentar el

padrón de beneficiarios, debe presentar una rendición de los gastos efectuados desde la Cuenta Cápitas durante el mes anterior.

El restante 40 % (transferencias complementarias) se realiza si y solo si la provincia cumple con las metas pactadas para cada trazadora en el compromiso anual. Al finalizar cada cuatrimestre, las provincias deben presentar una declaración jurada con los casos positivos nominalizados de la población elegible (población sin obra social).

Al momento de liquidar las Transferencias Capitadas, la Unidad Ejecutora Central aplica las penalidades y/o sanciones establecidas, si detecta por sí o a través de la ACE o de la Auditoría Financiera, que la provincia incurrió en errores u omisiones, o ha cometido alguna infracción a las normas del Programa.

Fuente: Elaboración propia con base en Musgrove 2010.

Desafíos operacionales de los mecanismos de compra

A continuación analizamos cómo los usuarios (regiones, unidades ejecutoras de redes, unidades ejecutoras de hospitales) perciben los sistemas de compra de servicios en lo que concierne a costos de transacción, y cuáles son los retos en ejecución de los recursos que pueden derivarse de la existencia de estos sistemas. La evidencia proviene de entrevistas a profundidad realizadas a varios usuarios en Lima Metropolitana y en regiones en el segundo semestre de 2015.

Compra de servicios a hospitales

Los hospitales públicos perciben recursos del SIS, del PpR y de otras fuentes públicas para financiar los servicios de la población afiliada al SIS y de la población no afiliada a ningún seguro. En general, nuestras entrevistas evidenciaron que la coexistencia del SIS y del PpR con lógicas diferentes genera fricciones a la hora de planificar y ejecutar gastos. Se destacan los siguientes desafíos específicos:

Primero, la modalidad de “transferencias financieras” del SIS hacia los hospitales genera dificultades en la planificación y ejecución de gastos. Al inicio del año fiscal, el presupuesto correspondiente no figura en los presupuestos institucionales de las UE de los hospitales, sino en el presupuesto institucional del SIS. De no ser así, el presupuesto se duplicaría en las cuentas. A medida que va pasando el año, el SIS transfiere recursos a los hospitales, recursos que se destinan en su mayoría a la compra de medicamentos y reposición de bienes necesarios para la atención de los pacientes. Conforme van recibiendo las transferencias, los hospitales las incorporan en su presupuesto. Esta secuencia de manejo del presupuesto genera dificultades a la hora de planificar y ejecutar los recursos: los hospitales solo pueden empezar sus procesos de compra luego de haber incorporado los presupuestos correspondientes. Además, el flujo de transferencias es fragmentado (los recursos pueden llegar en hasta diez transferencias) y bastante variable. Se debe resaltar que el SIS transfiere una parte del presupuesto de manera anticipada —no obstante, por varios procesos administrativos tampoco estos recursos están disponibles para las UE en enero, y con la demora también se atrasan los procesos de compra. Además, cada transferencia de recursos exige múltiples procedimientos manuales que pueden demorar la disponibilidad de los mismos a nivel de unidad ejecutora.

Segundo, esta modalidad de transferencias financieras no genera los debidos incentivos a la transparencia en la ejecución de los gastos. A finales de año, los hospitales se quedan con recursos SIS no ejecutados, los cuales se incorporan al “saldo de balance”. Los recursos de balance no se pueden usar el año fiscal siguiente hasta que la UE cuente con el marco presupuestal aprobado, lo que puede demorar por lo menos hasta el mes de febrero. Es preciso destacar que hasta la fecha el sistema SIAF no permite monitorear los montos incorporados al saldo de balance: los mismos desaparecen del SIAF y solo vuelven a aparecer cuando las UE deciden ejecutarlos. Esta situación dificulta la transparencia y seguimiento del uso de recursos, objetivo central del SIAF.

Tercero, el mecanismo de compra que usa el SIS para los hospitales puede generar incentivos perversos. En teoría, el SIS reembolsa a los hospitales los costos correspondientes a gastos variables para procedimientos ligados a condiciones asegurables definidas en el PEAS y en el plan complementario. No obstante, hay varios desafíos de operacionalización de los pagos; a saber:

1. El SIS busca reembolsar los costos variables de la prestación de servicios a asegurados SIS utilizando para ello un tarifario de servicios que emplea tarifas ligadas a códigos de procedimientos CPT.
2. Desde el año 2005, el Ministerio de Salud ha determinado que el estándar del registro del acto médico es el CPT. No obstante, no se ha definido un plan o financiamiento para implementar este estándar, y tampoco existe un sistema de auditoría. Por ende, pareciera que hubiese una escasa supervisión sobre el adecuado uso de las clasificaciones de procedimientos, lo cual conlleva un riesgo de inflación de la codificación y sobrepago.
3. Los hospitales pueden demostrar que sus costos superaron el costo tarifado para ciertos pacientes, y requerir reembolsos adicionales.
4. Además, los tarifarios no están estandarizados y pueden estar sujetos a negociación entre el SIS y el hospital.

Planificación y ejecución de los PpR

En la planificación de metas del PpR y presupuestos correspondientes se generan “errores sistemáticos” que se repiten año tras año por la misma estructura del presupuesto y se refuerzan entre sí. En particular, surge un conflicto entre la teoría de la planificación del PpR y el hecho de que el SIS use transferencias financieras hacia las unidades ejecutoras. Es menester resaltar que las unidades ejecutoras deben asignar los recursos SIS a alguno de los programas del PpR o a acciones no ligadas a productos. No obstante, las unidades ejecutoras no pueden incorporar el financiamiento brindado por el SIS a su presupuesto a inicios de año. Por tanto, la planificación de los PpR solo puede ser parcial y por lo general subestima la ejecución financiera de fin de año; es decir, los montos gastados por unidad de producto suelen ser superiores a los montos presupuestados (Tabla 15).

Tabla 15. Montos por unidad de producto PpR: asignado *versus* ejecutado, 2012 a 2015

Unidad de producto PpR	2012		2013		2014		2015
	ASIGNADO	EJECUTADO	ASIGNADO	EJECUTADO	ASIGNADO	EJECUTADO	ASIGNADO
Atención prenatal reenforcada	77	194	129	380	177	226	307
Atención del parto normal	86	576	280	680	282	694	345
Atención del parto complicado no quirúrgico	452	974	859	305	715	1099	1028
Atención del parto complicado quirúrgico	516	1451	814	1316	842	1528	981
Atención del puerperio con complicaciones	300	493	1665	1906	2055	3181	2319
Atención obstétrica en unidad de cuidados intensivos	2869	3683	2369	6642	5843	10 945	5842
Atención del recién nacido normal	76	147	79	174	84	181	137
Atención del recién nacido con complicaciones	53	871	694	1039	662	1202	930

Fuente: Ascarza (2015).

Además de la diferencia entre presupuesto inicial asignado y presupuesto ejecutado, se encuentran variaciones importantes en el mismo presupuesto asignado entre regiones (

Tabla 16) y entre unidades ejecutoras dentro de las regiones. La tabla muestra el valor unitario o promedio del Presupuesto Inicial Asignado (PIA), calculado al dividir el PIA por la meta física del producto (Ascarza 2015). Esta variación no se justifica por diferencias en verdaderos costos de producción.

Tabla 16. Presupuesto asignado por unidad de producto del programa materno neonatal: disparidad interregional

Regiones	Población accede a métodos de planificación familiar	Accede a servicios de consejería en salud (SSR)	Atención prenatal reenforcada	Atención del parto normal	Atención del parto complicado quirúrgico	Atención del puerperio	Atención del recién nacido normal
Amazonas	14	0,4	18	692	2454	15	11
Apurímac	26	6	25	375	1226	65	89
Ayacucho	43	12	37	449	956	113	93
Cajamarca	19	3	26	561	1971	38	100
Cusco	20	2	54	402	724	48	37
Huancavelica	8	5	76	510	516	30	27
Huánuco	17	3	34	376	562	29	22
Puno	20	5	15	538	968	56	50
Ucayali	14	0,03	28	304	591	39	60
Promedio nacional	36	8	42	553	1250	75	76

La tabla muestra el valor unitario o promedio del Presupuesto Inicial Asignado (PIA), calculado al dividir el PIA por la meta física del producto. Fuente: Ascarza (2015) con base en SIGA/SIAF.

Tabla 17. Presupuesto asignado por unidad de producto del programa materno neonatal: disparidad intrarregional

Unidades ejecutoras	Salud materno neonatal				
	Atención prenatal reenfocada	Atención del parto normal	Atención del parto complicado no quirúrgico	Atención del parto complicado quirúrgico	Atención del recién nacido normal
Hospital Guillermo Díaz de la Vega (Abancay)	1409	1081	678	852	235
Hospital Subregional de Andahuaylas	10 226	724	1 355	1 881	213
Red de Salud Abancay	486	993	18 899		511
Red de Salud Antabamba	612	1073	6694		1273
Red de Salud Aymaraes	1491	676	13 402		873
Red de Salud Cotabambas	146	129	1291	1686	115
Red de Salud Grau	717	164	578	26 661	266
Red de Salud Virgen de Cocharcas	248	433	311	10 662	341
Red de Salud Chanka	1679	392	405	144 405	48

La tabla muestra el valor unitario o promedio del Presupuesto Inicial Asignado (PIA), calculado al dividir el PIA por la meta física del producto. Fuente: Ascarza (2015) con base en SIGA/SIAF.

En la ejecución, no queda claro si los costos asignados a las categorías presupuestales de los programas PpR corresponden a costos reales de producción de los productos correspondientes. Según lineamientos presupuestales, las UE deben asignar cada costo a un programa presupuestal o a “acciones presupuestales no ligadas a productos” (APnoP). Las unidades ejecutoras de hospitales, las regiones y las unidades ejecutoras de redes de atención primaria comentan que lamentablemente los programas presupuestales no están alineados con la lógica asistencial, y que la asignación de costos a programas presupuestales resulta una “cocina” y no una verdadera categorización de costos. Por ejemplo, hay muchos gastos que deberían categorizarse en varios programas (v.gr, enfermeras o médicos que brindan asistencia a varios segmentos de población); no obstante, es muy costoso para las unidades ejecutoras hacer categorizaciones que reflejen la realidad, ya que esto requiere dividir costos entre muchas categorías. Además, esta categorización demanda conocimiento de los procedimientos médicos, conocimiento que a menudo es escaso en los técnico-administrativos encargados de asignar costos a categorías presupuestales. A esta dificultad se suma el desafío adicional de cumplir con los requerimientos paralelos del SIS, ya que parte de los recursos de este Sistema se deben asignar a un programa presupuestal y solo se pueden utilizar para la compra de ciertos insumos. Esto sugiere que en varias ocasiones los costos se asignan a categorías para “llenar los espacios” y asegurar que los totales coincidan con los montos asignados y autorizados. No obstante, la asignación de los costos no tiene valor informativo respecto de cuánto se ha gastado por unidad de producto. En este sentido, si bien la metodología PpR se utiliza para asignar un presupuesto a metas que se quieren lograr, pareciese que no es posible vincular el logro de metas con la programación o el uso de recursos.

Finalmente, si bien a nivel macro el PpR se utiliza para planificar el presupuesto global destinado a ciertas metas (por ejemplo, atención materno-neonatal o enfermedades metaxénicas), a nivel micro —es decir, para una unidad ejecutora— no existe vínculo entre el cumplimiento de las metas del PpR y el presupuesto futuro. A nivel de unidad ejecutora, el PpR pareciese funcionar como un pago por insumos.

Otros desafíos operacionales

Ciertos requerimientos del SIS podrían estar generando algunas distorsiones en el servicio. Por ejemplo, para reconocer un servicio el SIS exige que este servicio esté ligado a una prescripción de medicamento. Esto podría fomentar malas prácticas de facturación y malas prácticas médicas. Segundo, el SIS exige que la atención médica sea hecha por profesionales —no obstante, en ciertos casos la atención es realizada por técnicos pero se registra bajo nombre del médico para evitar perder el reembolso.

Algunas reflexiones

Los mecanismos de pago o compra de servicios determinan la eficiencia técnica de un fondo, es decir, el grado por el cual un fondo logra obtener la mayor cantidad y calidad de servicios con un presupuesto determinado. En el fondo mancomunado público, ambos el PpR como el SIS buscan mejorar la eficiencia del uso de recursos vinculando metas físicas con presupuestos o pagos. Aun así, al revisar los mecanismos de compra que se usan en la realidad se han logrado avances significativos en modernizar los sistemas.

- En cuanto al Presupuesto por Resultados, hay evidencias que sugieren que –a pesar del gran esfuerzo desplegado durante la etapa de planificación del PpR – en su implementación el PpR no está pagando por resultados sino por insumos;
- En la atención primaria, el SIS usa un sistema denominado “cápita” para asignar financiamiento a regiones y unidades ejecutoras para atención primaria. Internacionalmente, se utiliza el término “pago capitado” para referirse a un pago por asegurado (Q) estimado en base al costo medio de otorgar servicios muy precisos a una población determinada (P). Normalmente, el proveedor debe demostrar que los servicios cubiertos en la capitación están siendo realizados dentro de un marco estadístico reconocido. En el sistema de cápita del SIS, no se está usando ni un P ni un Q para asignar financiamiento.
- En el pago del SIS a hospitales, el reembolso de otros insumos consumidos por los hospitales podría ser duplicativo del pago por servicios según tarifario y puede crear incentivos perversos al uso racional de insumos.

La coexistencia del SIS, PpR y otro financiamiento público genera importantes retos de ejecución. Estos mecanismos manejan lógicas diferentes de financiamiento, que conllevan distintos mecanismos de planificación y ejecución de los recursos. En esta nota evidenciamos la falta de complementariedad entre los mecanismos en materia de los factores de producción que financian, así como en los altos costos de transacción que generan para los proveedores de servicios, tanto a nivel de atención primaria como en los hospitales.

Finalmente, es aparente que aún queda pendiente un largo trabajo en el sistema de pago a proveedores a fin de alinear incentivos a los proveedores con los resultados de salud esperados. No se estaría considerando el balance de autonomía y rendición de cuentas en los sistemas de pago. Sin embargo, se estarían exigiendo múltiples categorizaciones de gastos que no coinciden con la lógica asistencial - esto parecería generar una carga administrativa importante sin adicionar valor a la planificación o al control de gasto.

Existe una vasta experiencia internacional sobre los sistemas de pago que pareciese no estar siendo tomada en cuenta en el país. Esta experiencia sería muy útil para lograr modernizar el sistema de pago a hospitales y a proveedores de atención primaria. Los siguientes elementos son claves:

- Evitar la tendencia a controlar y verificar los pequeños detalles de gasto en el nivel de prestación de servicios, ya que genera costos de oportunidad importantes, especialmente en un contexto de escasos recursos humanos calificados.

- Definir de manera clara los tres elementos centrales de entrega de servicios: ¿Quiénes son los beneficiarios? ¿Qué servicios reciben? ¿Qué calidad de atención se está prestando?
- Construir los sistemas informáticos necesarios para recolectar información confiable y segura sobre los beneficiarios, los servicios prestados, y la calidad de los servicios.
- Vincular el pago a proveedores con su desempeño en las mismas tres áreas.
- A fin de generar experiencia en el país, se podría considerar desarrollar un piloto de reforma de sistema de pago en algunas regiones. Para esto sería indispensable una coordinación y colaboración estrecha entre MEF, MINSA, SIS y las Regiones.
- Basar el sistema de pago a hospitales en estándares internacionales para clasificación de diagnósticos y de procedimientos. Para tener un sistema de intercambio de servicios funcional y transparente entre EsSalud, el subsistema público y proveedores privados, es crítico que se utilicen estándares comunes en los tres subsistemas.

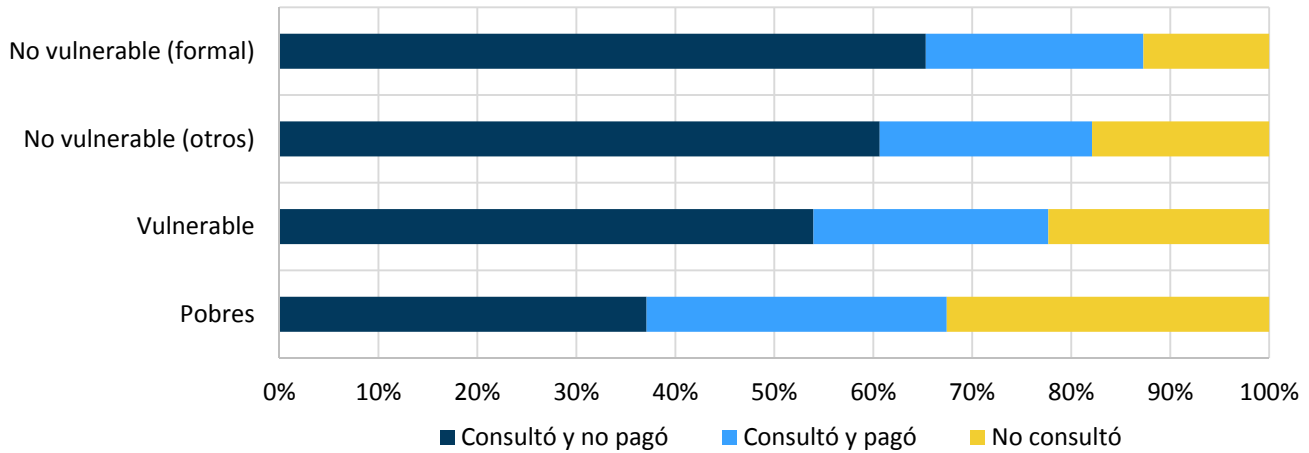
Sección 10. Proveedores

De acuerdo con lo discutido en el marco conceptual, la población, los fondos mancomunados y los proveedores representan los principales agentes del sistema de salud. En esta sección abordamos algunos temas relacionados con los proveedores, que se vinculan directamente con financiamiento, aunque no realizaremos un análisis detallado de la provisión de servicios, ya que no es ese el objetivo de esta nota. Así, revisamos el grado de utilización de los servicios del sistema, la disponibilidad de estos servicios según las diferentes redes de proveedores y el intercambio prestacional existente entre ellos. Por último, presentamos resultados referidos al grado de satisfacción que muestran los usuarios atendidos por los diferentes proveedores.

Uso de servicios

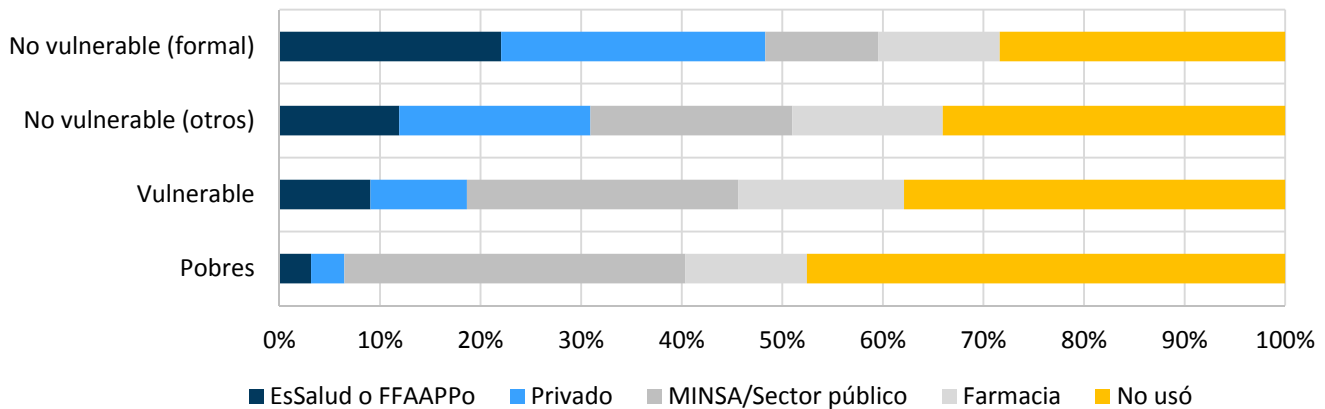
Lograr coberturas altas de afiliación es crucial, y la ENAHO da cuenta de los avances en esta área. No obstante, el reto para lograr la protección en salud efectiva consiste justamente en contar con la oferta que pueda responder en número y calidad a la demanda de los afiliados y al resto de la población no protegida por un seguro. Si bien alcanzar altas coberturas de afiliación es crucial en un buen sistema de salud, el reto para lograr una protección en salud efectiva exige contar con una oferta que permita responder en cantidad y calidad a la demanda de los afiliados y del resto de la población no protegida por un seguro. Con base en la ENAHO, la Figura 38 presenta las brechas de acceso a los servicios de salud para la población que reportó haber tenido una enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas antes de la encuesta clasificada según situación de pobreza y vulnerabilidad. Mientras que el 63 % de los pobres o bien no consultó o, si consultó, debió pagar por su consulta, solo el 35 % de los no vulnerables experimentó esta situación. Por otro lado, los pobres siguen usando farmacias privadas por su atención de salud, lo cual conlleva gastos de bolsillo (Figura 39).

Figura 38. Brechas de acceso a servicios, por situación de pobreza y vulnerabilidad, 2014



Nota: La figura muestra el porcentaje de población que reportó no consultar un servicio de salud, consultar y pagar, y consultar sin haber pagado. Solo se incluye a la población que reportó haber tenido una enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas antes de la encuesta. Se excluye a aquella población que reportó que no buscó atención porque el problema no era grave. Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2014).

Figura 39. Uso de proveedores, por situación de pobreza y vulnerabilidad, 2014



Nota: La figura muestra el porcentaje de población que reportó no consultar un servicio de salud, consultar y pagar, y consultar sin haber pagado. Solo se incluye a la población que reportó haber tenido una enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas antes de la encuesta. Se excluye a aquella población que reportó que no buscó atención porque el problema no era grave. Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2014).

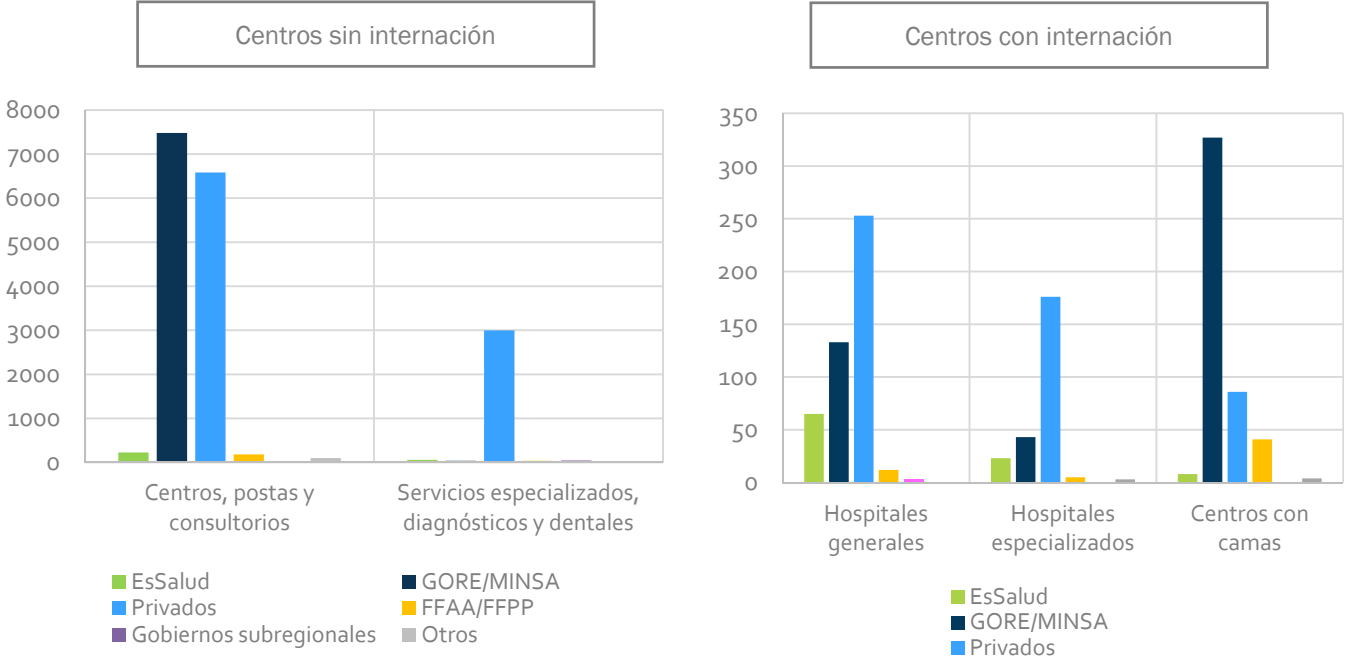
Disponibilidad de servicios

En teoría, los proveedores de salud prestan sus servicios a través de redes que cubren tanto la atención primaria como la secundaria y la terciaria. Como mencionamos en la introducción, EsSalud proporciona la mayor parte de sus servicios de salud a sus afiliados por medio de su propia red de instalaciones, incluyendo atención primaria, secundaria y terciaria. Ciertos grupos de empleados formales canalizan una fracción de sus contribuciones a los proveedores de servicios de salud privados acreditados (Entidades Prestadoras de Salud - EPS) para atención primaria. Los servicios de salud a los afiliados del SIS y a los no afiliados son proporcionados por los proveedores públicos de los gobiernos regionales y MINSAs (GORE/MINSAs). Por otro lado, también existe un segmento importante de proveedores privados que pueden atender a pacientes que o pagan de bolsillo o usan un seguro privado. Finalmente están los proveedores de las redes de atención de

las Fuerzas Armadas y las Fuerzas Policiales, que atienden solo a sus afiliados respectivos, y unos proveedores que dependen de gobiernos municipales.

En la práctica, existen diferencias muy importantes en la conformación de estas diversas “redes” de atención. Por números de centros, la Figura 40 sugiere que la mayoría de los centros sin internación pertenecen a la red de GORE/MINSA o son privados. En contraste, EsSalud cuenta con solo pocos (unos 300) centros de atención ambulatoria fuera de sus hospitales. La Figura 42 muestra que la red GORE/MINSA contabiliza un centro de atención ambulatoria por cada 2950 usuarios (incluyendo asegurados SIS y no asegurados). Por otro lado, existen más de 36 mil asegurados EsSalud por centro ambulatorio.

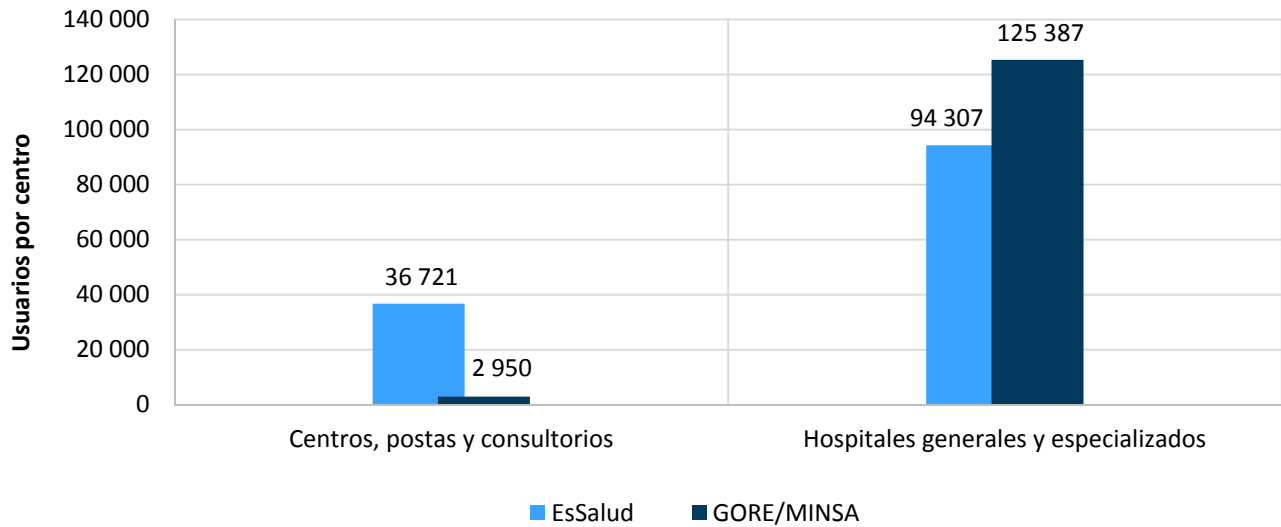
Figura 40. Número de centros con y sin internación, según red de proveedores



Fuente: Elaboración propia con base en Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES).

Por centros con internación, en cambio, EsSalud contabiliza 94 mil asegurados por hospital, mientras que la red MINSA/GORE cuenta 125 mil usuarios por hospital, aunque esta red también dispone de unos 300 centros con camas. Es preciso aclarar que, internacionalmente, este tipo de comparaciones se realizan tomando como criterio las “camas hospitalarias por población”, y no los “hospitales por población”, ya que el tamaño de los hospitales podría variar de manera significativa. Desafortunadamente, no logramos recabar información completa sobre el número de camas en centros con internación, pues el registro de establecimientos RENAES pareciese no capturar esta información ni actualizarse de manera regular. La falta de esta información podría llegar a ser un impedimento serio al momento de analizar la capacidad resolutive a nivel país o red, lo que dificultaría la planificación estratégica de nueva infraestructura.

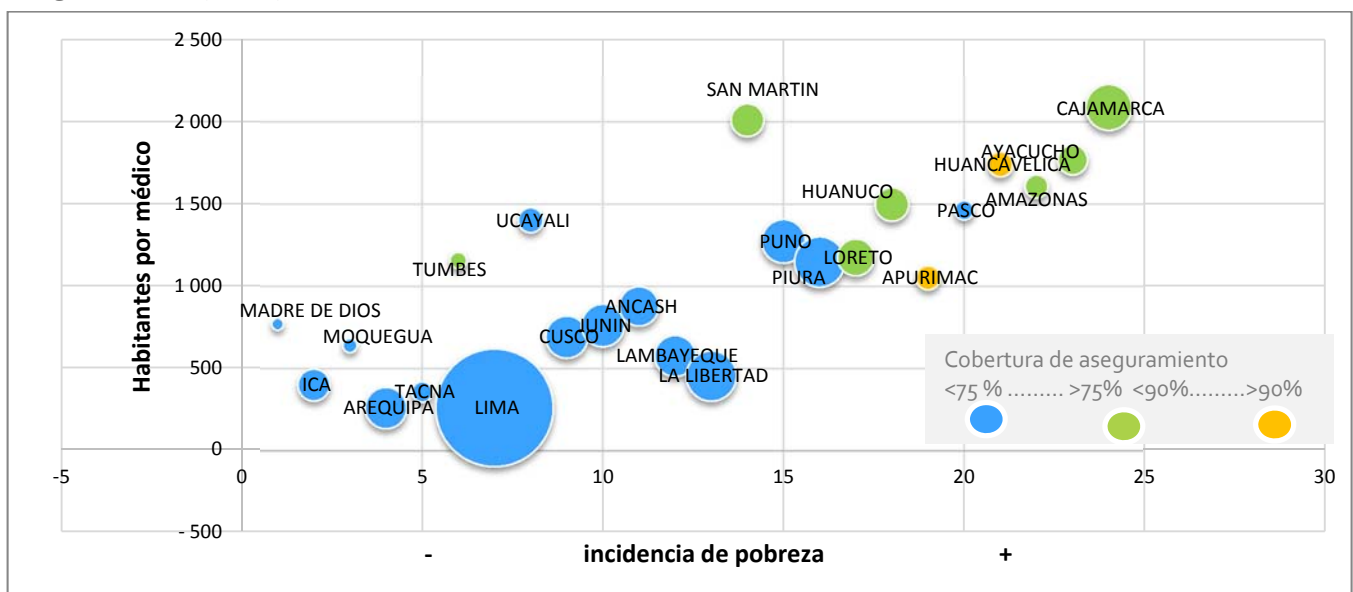
Figura 41. Usuarios por centro, EsSalud y GORE/MINSA



Fuente: Elaboración propia con base en Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES) y ENAHO. Para EsSalud, los usuarios incluyen los asegurados EsSalud. Para GORE/MINSA, los usuarios incluyen los afiliados SIS, así como los no asegurados.

Por otro lado, cuando se analiza la relación entre afiliación regional, nivel de pobreza regional y disponibilidad de la oferta de factores, se observa un escenario que requiere ajustar el nivel de distribución y la disponibilidad de médicos. En particular, la Figura 42 evidencia que en las regiones con mayor índice de pobreza y alta cobertura de afiliación SIS (mayor al 75 %), el número de habitantes por médico es mayor que aquel que se registra en las regiones con menor índice de pobreza y baja cobertura de afiliación (menos del 75 %). En estas últimas regiones destacan las ciudades urbanas importantes, donde EsSalud cubre a una parte de la población. Sin duda, el escaso número de médicos en las regiones con más necesidades afectará la disponibilidad y calidad misma del servicio.

Figura 42. Habitantes por médico (2013) según incidencia de pobreza monetaria y cobertura de aseguramiento (2014)



Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2014) (pobreza y aseguramiento), Ministerio de Salud (médicos). El tamaño de las burbujas representa el tamaño poblacional.

El modelo “CLAS”

Uno de los modelos de gestión en el nivel primario que destaca en el Perú son los establecimientos que cuentan con un régimen de cogestión con la población, identificados como Comités Locales de Administración Compartida (CLAS). Según el MINSA, en 2008 había 763 asociaciones CLAS que administraban 2153 centros y puestos de salud (MINSA 2008: 10); incluso en tres regiones, como Arequipa, Moquegua y Tacna, el 100 % de sus establecimientos de salud obedece a este modelo. Entre 2008 y 2015 estas cifras se redujeron significativamente: el último de los años mencionados había 645 asociaciones CLAS, que manejaban 1541 establecimientos de salud.⁵³

En lo que concierne a la gestión presupuestaria, el modelo CLAS presenta un inconveniente que se traduce en mayores costos de transacción para el comité de gestión del CLAS. Como resultado de las entrevistas a profundidad se conoció que, al ser los establecimientos de salud identificados como asociaciones privadas sin fines de lucro, las unidades ejecutoras de las redes de salud se ven obligadas a hacer constantemente notas de modificaciones presupuestarias y trámites de informes adicionales para que puedan ser ingresados los gastos del CLAS en el SIAF, ya que este sistema solo reconoce gastos de los establecimientos de salud no CLAS. Esta limitación también complica la relación entre los CLAS y el SIS; en particular, los trámites adicionales generan bastante atraso en el reporte de las unidades ejecutoras al SIS de las metas cumplidas y los gastos ejecutados por los CLAS.

Intercambio prestacional

La existencia de distintos tipos de oferta de servicios como EsSalud, MINSA / gobiernos regionales cofinanciado por el SIS, proveedores municipales como SISOL en Lima Metropolitana, y proveedores privados, sugiere que estas diferentes redes podrían complementarse con el fin de ofrecer un paquete más completo y localmente asequible a la población. Es en este sentido que la Ley Marco de Aseguramiento Universal (Ley N.º 29344, 2009) y su Reglamento (DS N.º 008-2010-SA) consideran el “intercambio prestacional” e indican que se pueden suscribir convenios o contratos de intercambio con el fin de asegurar asequibilidad, oportunidad y calidad de los servicios.⁵⁴ Aunque se denomina “intercambio”, lo que se proponen son mecanismos de venta y compra usando tarifarios.

En la práctica, el alcance del intercambio prestacional sigue siendo limitado. Por un lado, en el ámbito del intercambio prestacional del SIS con SISOL, las operaciones de compra de servicios tuvieron un nivel de 5,6 millones de soles en 2013, alcanzaron los 12 millones de soles en 2014 y descendieron a 10 millones en 2015. Las operaciones de compra del SIS con EsSalud fueron aún más limitadas, ya que solo alcanzaron unos 223 mil soles pagados en el año 2013, y llegaron a apenas 88 mil soles en 2014. Si bien en el año 2015 se observa un crecimiento importante, ya que se logra un intercambio de 8,1 millones,⁵⁵ la información

⁵³ Información compartida por MINSA – Dirección General de Salud de las Personas. Cifras elaboradas a partir de la base de datos de información DIRESA (2015).

⁵⁴ En ese sentido, en el año 2011 se suscribió el Convenio N.º 016-2011/MINSA, que contempla la cooperación entre EsSalud y el Ministerio de Salud con participación del Seguro Integral de Salud, inicialmente en Lima Metropolitana. En 2012 se extendió a las demás regiones. El DS N.º 005-2012-SA clarifica el intercambio entre establecimientos financiados por EsSalud y por el SIS (DS N.º 005-2012-SA). Se menciona como interés el uso de un tarifario para el intercambio prestacional bajo la modalidad de compra-venta de servicios, sin perjuicio de usar otros mecanismo de pago.

⁵⁵ Es preciso mencionar que de los 8 millones de pago registrados para el año 2015, 2,2 millones responden a solicitud de pago en un solo oficio (N.º 1992-GR-RAPI-ESSALUD-2015) y ejecutado en ocho operaciones, y 5,4 millones responden a la solicitud de pago en un solo oficio (N.º 1671-GR-RAPI-ESSALUD 2015) y en veintiún operaciones; ambas solicitudes de pago tienen factura de la misma

disponible sugiere que este crecimiento se debió en gran parte al balance de deudas pendientes entre las instituciones.⁵⁶ Finalmente, no disponemos de información sobre compra de servicios y pagos de EsSalud a la red de establecimientos MINSA/GORE.

El bajo grado de intercambio prestacional podría explicarse por varios motivos:

- **Escaso acuerdo sobre cómo costear los servicios de salud.** Uno de los temas pendientes consiste en promover a través del MINSA como rector, o SUSALUD como regulador, el uso de metodologías de costeo, no solo para contar con información actualizada, sino también para estandarizar y armonizar la metodología de costeo. La falta de acuerdo sobre el costo de los servicios se evidencia en los tarifarios utilizados para el intercambio de servicios.⁵⁷ En 2015, el proyecto HFG de USAID analizó el estado de los tarifarios involucrados en las relaciones entre los agentes financiadores y prestadores públicos y privados, y encontró una multiplicidad de valores tarifarios. Por ejemplo, el mismo SIS tiene una tarifa que paga solo costos variables a los hospitales nacionales y regionales, y otra tarifa que cubre el costo total de SISOL y EsSalud.
- **Escasa compatibilidad entre los sistemas de compra de servicios que se utilizan en los diferentes sectores.** Asimismo, se aprecian diferencias en los atributos de los tarifarios, como unidad de pago, código y denominación de los servicios. El mismo procedimiento puede tener diferentes codificaciones y denominaciones. Por ejemplo, se encontraron hasta siete maneras de nombrar la consulta externa atendida por un especialista. En lo que atañe específicamente a la codificación, se aprecia una tendencia positiva en el uso creciente de la clasificación CPT en las IAFAS e IPRESS del sector público. En cambio, cuando los proveedores del sector privado se relacionan con el sector público, utilizan sistemas de clasificación “SEGUS”, que son diferentes del sistema CPT y además varían entre proveedores privados (USAID 2015).
- **Saturación de los servicios hospitalarios en EsSalud.** En varias entrevistas, tanto con administradores de Redes EsSalud, como con funcionarios del sector público y con usuarios, se reportó que los servicios hospitalarios en EsSalud se encuentran saturados. Para los mismos afiliados a esta entidad, los tiempos de espera para conseguir citas y tratamientos incluso para condiciones comunes pero graves pueden alcanzar meses o hasta un año. En estas condiciones, no queda claro cuánta “capacidad disponible” tiene la red EsSalud para atender a pacientes que estén afiliados a otras redes.
- **Falta de incentivos o mecanismos de cobranza en las unidades de atención primaria del sector público.** La ENAHO evidencia que las redes de atención primaria MINSA/GORE atienden con frecuencia a pacientes afiliados a EsSalud. No obstante, en la práctica los establecimientos públicos solo cobran a estos afiliados EsSalud un copago. Primero, no disponen de información confiable sobre quiénes están afiliados a EsSalud. Segundo, existen pocos incentivos para intentar registrar el servicio como tal y pedir reembolso bajo el convenio de intercambio de servicios, ya que aun si EsSalud pagara los servicios, el pago no se acreditaría directamente al proveedor sino a una unidad más centralizada.

fecha (30 de diciembre de 2015) y fueron canceladas el 11 y 25 de enero de 2016, respectivamente. Pagos2016_20160126aEsSalud, http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/pagos_conveniosSIS.html. Consulta: 22 de febrero de 2016.

⁵⁶ Aun cuando se espera que las transacciones de pago se realicen conforme se van prestando los servicios, es posible que la disponibilidad de presupuesto no facilite estas transacciones. El alto nivel del monto pagado corresponde a los servicios prestados al SIS por la Red Asistencial de Piura de EsSalud durante el periodo febrero de 2013 a julio de 2015.

⁵⁷ La normativa que impulsaba el intercambio prestacional y la compra de servicios entre IAFAS y entre IAFAS e IPRESS indicaba la necesidad de trabajar con un tarifario para facilitar el intercambio prestacional o la compra de servicios (DS N.º 005-2012-SA).

- **Falta de resolución de deuda entre gobiernos regionales, municipalidades y EsSalud.** Como discutimos en la sección 6 (Recaudación), queda pendiente la resolución de varias situaciones de deudas históricas de gobiernos regionales y municipalidades relacionadas con aportes a EsSalud. Hasta que esto se resuelva, es poco factible que los mismos gobiernos regionales puedan exigir a EsSalud el reembolso de servicios médicos prestados por las redes regionales a los asegurados EsSalud.

Compra de servicios del sector privado

Según calculamos con base en cifras INEI (2015),⁵⁸ el crecimiento del sector privado de servicios de salud ascendió a 6,6 % en términos reales entre 2007 y 2014, cantidad similar a la cifra de crecimiento económico para el mismo periodo (5,6 % en términos reales). Este sector privado se consolida con la normativa que lanza el Aseguramiento Universal en 2009 al promover la compra de servicios del SIS a este sector.

Contra lo que normalmente se busca, en teoría, con la separación de funciones (entre rectoría, financiamiento y provisión), el sector privado se ha enrumbado hacia una integración vertical en la que los financiadores privados, como las aseguradoras y administradoras de fondos de salud, tienen o adquieren clínicas, laboratorios, boticas y otros proveedores de servicios tales como imagenología médica (rayos X y otros). Otra modalidad, aunque en menor escala en materia de montos involucrados, son los seguros prepago, en los que las clínicas fidelizan a sus pacientes con un sistema de seguro propio. La Tabla 18 muestra los fondos de seguros y su integración con el nivel de prestación del servicio y si tiene o no una EPS que complementa los servicios de EsSalud. Del universo del grupo de inversores con este modelo, cuatro tienen un fondo de seguro y una EPS.

A la fecha, no queda claro cuál podría ser la implicancia de esta consolidación del sector privado para la compra de servicios por parte de las aseguradoras SIS y EsSalud. Una hipótesis es que, al consolidar verticalmente, se reduce el incentivo de los proveedores privados a manejar sistemas de compra y venta de servicios que sean compatibles con los de las aseguradoras públicas y la seguridad social.

Tabla 18. Integración vertical del sector privado en salud

Financiado privado	Vinculado a IAFA EPS que complementa a EsSalud	Prestadores y apoyo de procedimientos
Pacífico Seguros (Grupo Credicorp) Red Sanna	Pacifico Salud EPS, 1999	74 centros médicos, 5 clínicas, 2 cadenas de laboratorios, en el norte y sur. Clínicas San Borja y Golf en Lima, Sánchez Ferrer en Arequipa y Belén en Piura. Asociación con Banmédica de Chile (2014): Clínica San Felipe, Cadena de Laboratorios Roe, Laboratorios Arias Stella
Rímac Seguro (Grupo Breca)	Rimac EPS, 1998	Cadena de 17 centros médicos "Medicentros", Clínica Internacional, 1 Clínica Oncológica en Miraflores. Asociación con Grupo Guerrero de Chile.
Oncosalud S.A.C.(*) y Fondo Inversiones Enfoca (Grupo Salud del Perú). Red Aunna.	No tiene	22 empresas de servicios de salud adquiridos, Clínica Delgado, Cadena de Laboratorios Cantella. Clínicas Bellavista y Miraflores en Piura, Vallesur en Arequipa, Servimédicos en Chiclayo.
Mapfre Seguros	Mapfre EPS, 2006	4 empresas de servicios de salud entre centros médicos y boticas en Lima, Callao y Chiclayo

⁵⁸ <https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/economia/>, fichero pbi_act_econ_n54_cte_2007-2014.xlsx

La Positiva Seguros y Sanitas (Grupo de Inversiones en Salud)	La Positiva EPS, 2012	2 empresas de servicios de salud, Policlínicos en Lima y Arequipa. Asociación con Sanitas de España, vinculado al grupo inglés Bupa
Compañía Cruz Blanca, inversiones	No tiene	7 empresas de servicios de salud, Diagnóstico de Imágenes Resomasa, Laboratorios Anglomad y Centro Ambulatorio Mediperú. Inversionistas chilenos
Prepaga Ricardo Palma	No tiene	6 empresas de servicios de salud en centros comerciales, Clínica Ricardo Palma
Prepaga San Pablo	No tiene	16 empresas de servicios de salud, complejo hospitalario San Pablo. Clínicas San Gabriel, San Juan Bautista, Jesús del Norte, Santa María del Sur, y Chacarilla en Limay filiales en Trujillo y Huaraz.

* *Oncosalud es considerada en el sistema prepago de acuerdo con SUSALUD. Fuente: Sistematización propia basada en <http://ojo-publico.com/93/los-duenos-de-la-salud-privada-en-el-peru>. Consulta: 26 de febrero. SUSALUD (2014), Anuario estadístico.*

Participación del sector privado en el sector público de salud

Existen dos opciones para promover la participación del sector privado en la gestión de inversiones del sector salud en el Perú: las Asociaciones Público Privadas (APP) y las Obras por Impuestos (Oxi). En el primer caso se distribuyen los riesgos y los recursos entre las partes,⁵⁹ y las fases de participación van desde el diseño hasta la operación y mantenimiento de la infraestructura pública y provisión de los servicios vinculados a la infraestructura. En contraste, Obras por Impuestos es un esquema en el que el sector privado puede financiar y ejecutar los proyectos de inversión pública priorizados en el nivel nacional, regional o local o universidades públicas y recuperar luego el monto de la inversión con cargo a su pago por impuestos a la renta a cuenta (por futuro) o por regularizar (por el pasado). Para lograr este esquema, el MEF entrega a las empresas privadas Certificados de Inversión Pública Regional y Local (CIPRL).⁶⁰ Las empresas privadas usan estos certificados para pagar sus impuestos.⁶¹ Para tales efectos, el MEF financia los certificados CIPRL con cargo a los recursos del canon⁶² de los gobiernos o universidades públicas.

El Plan de Inversión del Sector Salud 2014-2016 está centrado en promover los “establecimientos estratégicos” con un monto aproximado de 8400 millones; el Plan prioriza 204 proyectos, de los cuales 170 son establecimientos de salud estratégicos (hospitales nivel II) con el objetivo de fortalecer la atención primaria. Al respecto, un informe del MINSA señala: “La cartera multianual de inversiones considera 204 proyectos, de los cuales 170 se harán por modalidad tradicional. Los 24 proyectos restantes se harán por modalidad APP u obras por impuesto”.⁶³ El Plan de Inversión Multianual del MINSA de marzo de 2015 contemplaba la inversión de 4350 millones de soles a través de APP y 175 millones de soles con la modalidad Oxi (Tabla 19).

⁵⁹ En las iniciativas privadas cofinanciadas entre el Estado y la empresa privada, los procesos pasan a ser revisados por la Contraloría General de la República y deben tener opinión vinculante del Ministerio de Economía y Finanzas (MINSA, Ayuda memoria. 1 de diciembre DE 2014).

⁶⁰ El Certificado de Inversión Pública Regional y Local (CIPRL) es un documento emitido por el Ministerio de Economía y Finanzas a través del cual se reconoce el monto invertido por la empresa privada en el proyecto financiado bajo la modalidad de Obras por Impuestos (<http://www.obrasporimpuestos.pe/O/O/modulos/JER/PlantillaStandard.aspx?are=0&prf=0&jer=69&sec=0>. Fecha de consulta: 1 de marzo de 2016).

⁶¹ El certificado puede pagar hasta 50 % del impuesto correspondiente al ejercicio anterior, y tiene una vigencia de diez años.

⁶² Canon, sobrecanon, regalías, rentas de aduana y participaciones, así como los fondos creados por el MEF para estos fines (desde julio de 2013) (<http://www.obrasporimpuestos.pe/>).

⁶³ Ayuda memoria, 5 de noviembre de 2015. Documento de trabajo MINSA. No publicado.

Tabla 19. Plan de Inversión Multianual MINSA: proyectos APP y Oxl, millones de soles, marzo de 2015

Asociación Público Privada	Tipo	Descripción	Financiamiento total	Inversión	Mantenimiento
Hospital Cayetano Heredia + INDT	IPC	Diseño, construcción, equipamiento, financiamiento, mantenimiento, gestión servicios no clínicos + Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.	3329	690	2639
Hospital Huaycán	IPC	Diseño, construcción, equipamiento, financiamiento, mantenimiento, gestión servicios no clínicos.	594	259	334
Centro de radioterapia	IPC	Diseño, construcción, equipamiento, operación y prestación del servicio integral de radioterapia a nivel de Lima Metropolitana.	891	129	763
Laboratorio clínico para la red Primaria	IPC	Prestación integral del servicio de patología clínica, para apoyo al diagnóstico de atención ambulatoria, preventiva, promocional y recuperativa.	1178	95	1083
Escuela Nacional de Salud Pública (IP cofinanciada)	IPC	Diseño, construcción, equipamiento de una sede central y aulas descentralizadas y gestión logística.	273	64	210
Hospital Sergio Bernales	IPC	Diseño, construcción, equipamiento, financiamiento, mantenimiento, gestión servicios no clínicos.	3826	894	2933
Hospital Hipolito Unanue	IPC	Diseño, construcción, equipamiento, financiamiento, mantenimiento, gestión servicios no clínicos.	1135	729	406
Gestión de residuos sólidos en establecimientos de salud en Lima Metropolitana - MINSA	IPC	Gestión integral de residuos sólidos en los establecimientos de salud de Lima Metropolitana.	1243	138	1105
SUB TOTAL IPC			12 469	2998	9472
INSN San Borja	IEC	Mantenimiento de la edificación, las instalaciones y del equipamiento electromecánico, mantenimiento de equipo clínico y equipo no clínico, operación y mantenimiento de los servicios de apoyo al diagnóstico. Servicios de asistencia técnica de adquisición.	318		318
Hospital Dos de Mayo	IEC	Diseño, construcción, equipamiento, financiamiento, mantenimiento, gestión servicios no clínicos.	2172	752	1420
Hospital Arzobispo Loayza	IEC	Diseño, construcción, equipamiento, financiamiento, mantenimiento, gestión servicios no clínicos.	1733	600	1133
SUBTOTAL IEC			4223	1352	2871

TOTAL GENERAL APPs 16 692 4350 12 343

Servicio de digitalización y lectura de imágenes, central de diagnóstico por imágenes y centro para la toma de imágenes de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y Tomografía Axial Computarizada (TAC)	IPC Auto sostenible	Diseño, construcción, equipamiento, financiamiento, mantenimiento de una central de diagnóstico.	21		
Servicio integral para la mejora de la atención en los servicios de salud mediante TELESALUD	IPC Auto sostenible	a) Gestión de la demanda, b) Tele radiología e imagenología digital, c) Telemedicina, d) Servicios para SUSALUD y e) Servicios para SIS.	405		
Hospital de Huarmey	OxI	Construcción, equipamiento y mantenimiento.	174	76	98
Hospital de Huari	OxI	Construcción, equipamiento y mantenimiento.	119	52	67
C.S. San Marcos	OxI	Construcción, equipamiento y mantenimiento.	34	15	19
C.S. Llata	OxI	Construcción, equipamiento y mantenimiento.	71	31	40
TOTAL OxI			398	174	224

* Inv soles incluye IGV, IPC= Iniciativa Privada Cofinanciada, IEC= Iniciativa Estatal cofinanciada

Fuente: Ministerio de Salud (marzo de 2015).

De acuerdo con información de la Agencia de Promoción de la Inversión Privada – Perú (PROINVERSIÓN),⁶⁴ desde julio de 2011 a diciembre de 2015 se invirtieron más de US\$14 000 millones en APP en el Perú. La lista disponible de proyectos muestra que este mecanismo fue más fácil de implementar en proyectos de infraestructura y menos en los procesos de provisión de servicios. Los proyectos más importantes fueron: trece de electricidad, cinco de transporte, cuatro de telecomunicaciones, otros de saneamiento e hidrocarburos, solo uno en salud y ninguno en educación. Por otra parte, entre 2009 y 2015 se ha logrado invertir 1919,7 millones de soles en las regiones con obras por impuestos considerando todos los sectores.

Las autoridades del MINSA aclararon las diferencias entre APP y privatizaciones; en particular, en las APP no hay venta alguna de activos, la infraestructura sigue perteneciendo al sector público y el operador “se encarga [solo] del diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento de la infraestructura y los equipos de los hospitales, y de la gestión de los servicios no clínicos como seguridad, lavandería, alimentación, limpieza o gestión de residuos hospitalarios”.⁶⁵ El MINSA también indicó no contemplar la tercerización de los servicios

⁶⁴ El Ministerio de Salud encarga todos los procesos de promoción de la inversión privada a PROINVERSIÓN, tanto para iniciativas estatales como para iniciativas privadas, siendo estas últimas las únicas obligadas por ley. MINSA, Ayuda memoria Asociaciones Público Privadas – APP, 1 de diciembre de 2014 (<http://www.proyectosapp.pe/modulos/JER/PlantillaStandard.aspx?are=0&prf=2&jer=5902&sec=22>. Fecha de consulta: 1 de marzo de 2016).

⁶⁵ Ayuda memoria Asociaciones Público Privadas – APP, 5 de noviembre de 2015.

médicos (conocidos como “bata blanca”), los cuales seguirían siendo realizados por los profesionales de la salud del sector público bajo responsabilidad del Estado.

En el caso de salud, el proyecto con APP a que se refiere el párrafo anterior es Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño en San Borja, el cual se inició en julio de 2014 y tiene una duración de diez años. Especialistas en el tema de las APP en salud coincidieron en que existen factores de riesgo que se deben considerar con cuidado en los contratos, y en que hay una etapa de aprendizaje⁶⁶ Asimismo, evidenciaron que el monitoreo de los contratos de APP como el del Instituto de Salud del Niño es muy complejo de administrar, dadas las dimensiones del mismo contrato y la cantidad de indicadores (140) para el seguimiento y control.⁶⁷ Luego de esta primera experiencia, ninguna otra APP en salud apareció publicada en PROINVERSIÓN.⁶⁸

Satisfacción de usuarios

Cerramos la sección de proveedores con la mirada más importante del sector salud: la de los usuarios. Durante los años 2014 y 2015, SUSALUD y el INEI llevaron a cabo dos encuestas nacionales de satisfacción de usuarios. Los resultados de la encuesta de 2014 demostraron diferencias importantes entre los distintos tipos de proveedores. Por ejemplo, en consulta externa el nivel de satisfacción con el servicio de las clínicas privadas se coloca a la cabeza con un 87 %; le siguen los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y las Fuerzas Policiales, con el 83 %. El nivel de satisfacción en EsSalud y MINSAGORE es notablemente más bajo: 68 % y 66 %, respectivamente. Las quejas más frecuentes de usuarios se centran en: (i) el área de citas y admisión, por las demoras en la atención y el incumplimiento en la programación de citas; y, (ii) el área de farmacias, donde destaca la falta de medicamentos.

El Recuadro 5 relata la experiencia de un grupo de personas de un barrio popular de Lima que viven la experiencia de los servicios de salud con y sin seguro, y que manifiestan diferentes grados de satisfacción. Más allá de las historias específicas de las personas, destacaron las siguientes opiniones y experiencias compartidas en la zona de la entrevista:

- Los pacientes evitan ir a los médicos del SIS o EsSalud por el tiempo que les toma conseguir cita y el tiempo requerido para la atención.
- La separación de provisión de servicios entre MINSAG y EsSalud, y las diferencias obvias de atención y calidad, genera insatisfacción de los usuarios del sistema público, ya que sienten que el Estado los trata como pobres.
- La experiencia dice que el SIS últimamente ha afiliado a cualquier persona que lo estuvo solicitando. Mientras la población reconoce el beneficio de una afiliación mayor al SIS, también se constata preocupación por el hecho de que esto podría llevar a una mayor demanda de servicios y, así, generar colas aún más largas para obtener servicios que ya están sobresaturados.
- Tal como está el sistema actualmente (con muchas carencias de disponibilidad de servicios y falta de organización clara), los pacientes (en especial los pobres) necesitan de apoyo para poder “navegar” por el sistema de salud. Pareciera que los centros de atención primaria del MINSAG y de EsSalud no están cumpliendo esta función de orientación en la Red y que, por lo tanto, los pacientes buscan este

⁶⁶ Ponencia de René Cornejo, exjefe de PROINVERSIÓN, y comentarios de la doctora Cecilia Ma Cárdenas, representante del MINSAG., 2.º Congreso Anual de Innovación en el Sector Salud, 3 de septiembre de 2015.

⁶⁷ <http://www.proinversion.gob.pe/modulos/JER/PlantillaStandard.aspx?ARE=0&PFL=1&JER=7875>. Fecha de consulta: 1 de marzo de 2016.

⁶⁸ www.proinversion.gob.pe. Fecha de consulta: 1 de marzo de 2016.

apoyo a través de médicos privados. Pagar “algo” para este tipo de atención está vinculado con una impresión de los pacientes de que si lo hacen serán mejor tratados.

- Ambos —pacientes y médicos— expresan desconfianza respecto de la calidad de los medicamentos genéricos. Los pacientes tienden a preferir comprar medicamentos de marca, lo que entraña costos de bolsillo mayores, ya que estos tienen precios más altos que los genéricos.
- Los tiempos de espera para el tratamiento de enfermedades graves como el cáncer o problemas cardíacos pueden ser de un año o más.

Recuadro 5. Cómo enfrentan los pobres los problemas de salud⁶⁹

María Sánchez, de 51 años, trabajaba de vendedora ambulante hasta que comenzó a sufrir de diabetes severa y artritis reumatoide. Se hacía tratar en los hospitales del MINSA, donde pagaba por los chequeos y tratamientos. Desde hace un año se atiende en el SIS. La señora Sánchez comenta: “Estoy agradecida con el SIS, porque he ido de emergencia y me han aliviado el dolor. Hubiera tenido que recurrir al médico privado y hubiera tenido que gastar dinero en exámenes, radiografías y otras cosas más, y eso el SIS cubre”. Sin embargo, añade que “es frecuente que el SIS no cuente con las medicinas que ella necesita”. En esta situación, para comprar sus medicamentos tiene que recurrir a la ayuda de su hija, una madre soltera que también es vendedora en el mercado y gana aproximadamente S/. 250 por semana.

Roberto Pérez, de 68 años, quien trabajó limpiando oficinas y ahora sufre de diabetes e insuficiencia renal crónica, se afilió al SIS hace tres años y medio. “El SIS es bueno”, dice. “Ya no pago por hacerme diálisis (antes pagaba S/. 300 semanales por tratamiento de diálisis)”. Esto hace que sienta “menos vergüenza” con sus tres hijas y los esposos de estas. Pero ellos todavía le compran medicinas y lo acompañan en sus visitas al hospital.

Pedro Huamaní, quien tiene 63 años y siempre ha trabajado de chofer, cuenta una experiencia semejante en ESSALUD. Fue operado para reemplazarle una válvula en el corazón hace cinco años. Lo operaron en el hospital Almenara, que es “como una clínica [privada] [...] con buena atención y buenos médicos”, dice. “Es un Seguro que da buena atención: yo sí que no puedo quejarme, ahora estoy bien [...]”. Pero no le dan todas las pastillas que necesita tomar, y para completarlas depende de las remesas de sus hijos que migraron a España para trabajar allá.

Estos tres pacientes viven en el pueblo joven Huáscar, en San Juan de Lurigancho, un distrito populoso y popular ubicado al este de Lima. Huáscar es un barrio bastante heterogéneo, donde viven pequeños empresarios, algunos profesionales y muchos trabajadores informales. La mayoría de sus habitantes se ubica cerca de la línea de pobreza por ingresos. Sus testimonios son representativos de los doce que se recogieron en un estudio cualitativo hecho para este informe por una antropóloga, que involucraba a personas con enfermedades severas.

Para personas de bajos ingresos, las enfermedades no son solo dolor físico sino además la desorganización de sus finanzas. El cuadro que surge del estudio es que tanto el SIS como ESSALUD son apreciados porque cubren los gastos mayores asociados con enfermedades graves, los de intervenciones quirúrgicas, chequeos con máquinas y tratamientos como diálisis.

Sin embargo, ni el SIS ni ESSALUD han evitado que las enfermedades impongan una carga económica significativa, puesto que no cubren todos los medicamentos, fisioterapia ni, evidentemente, las consultas iniciales a médicos privados, que es una norma en el barrio. Los pacientes en Huáscar responden a esto recurriendo a la familia extensa (muchos de los pobladores de la primera generación han construido sus casas con dos o tres pisos, creando pequeños departamentos semiautónomos donde viven los hijos y sus familias nucleares). Por ejemplo, la hija de la señora María Sánchez pidió un préstamo para cubrir los gastos de los medicamentos y cuidados que su madre necesita. En otros casos, un hijo ha tenido que suspender sus estudios técnicos. La carga mayor recae en las mujeres: Por ejemplo, Julia Pérez, de 27 años, tiene que dejar solos a sus hijos de tres y seis años cuando lleva a su padre a tratamiento de diálisis en un hospital del Centro de Lima, lo que constituye una fuente de angustia para ella.

La opinión generalizada entre los entrevistados es que los servicios públicos de salud han mejorado, pero piensan que ESSALUD es superior. Hay una memoria colectiva de la mala o no-existente provisión de los servicios estatales en el

⁶⁹ Los nombres de las personas han sido cambiados para asegurar su privacidad.

pasado. Es costumbre acudir a médicos privados locales por un diagnóstico inicial, aparentemente por dos motivos: se cree que el servicio pagado es mejor y, lo crucial es que el médico privado local actúa como una fuente de capital social, pues usa sus contactos en el sistema para que sus pacientes puedan navegar con éxito entre los escollos burocráticos y conseguir citas para pruebas y exámenes.

Hay un descontento generalizado con el trato que brindan los funcionarios administrativos y el personal médico que no son doctores, en el SIS en particular. Se habla de una falta de “respeto” a los pacientes: esa es la palabra que usan para referir a un trato digno. Conseguir una cita en el hospital donde se atiende a afiliados al SIS muchas veces implica hacer cola a partir de las 4:00 a. m. o perder muchas horas en espera, demoras costosas para los enfermos y sus parientes. Estas demoras parecen ser una señal de ineficiencia burocrática, pero también de una saturación de los proveedores que atienden a los pacientes cubiertos por el SIS. En los últimos dos a tres años el SIS ha ampliado su cobertura, pues acepta a pacientes que no demuestran ser pobres y requerir gratuidad.

Finalmente, se cree que hacer efectivo el derecho a la salud —concepto entendido por muchos de los entrevistados— solo se logra con el pago por el servicio, sea este brindado por ESSALUD o por el médico privado.

Fuente: Raffo (2015).

Algunas reflexiones

Los proveedores son el tercer agente del sistema de salud, vinculándose con población y fondos mancomunados. Aunque un análisis detallado de la provisión de servicios no es el objetivo de esta nota, abordamos algunos temas de provisión que se vinculan directamente con financiamiento,

En términos de uso de servicios, la ENAHO evidencia que el acceso efectivo es un reto pendiente para los pobres y vulnerables, quienes tienen mayor probabilidad de no usar servicios de salud cuando los necesitan o de pagar por ellos cuando los usan. Asimismo, se evidencian grandes diferencias en la disponibilidad de servicios de salud por área geográfica: en general, los recursos humanos en salud escasean específicamente allí donde se ubican los asegurados pobres del SIS.

En los últimos años, se han desplegado importantes esfuerzos para fomentar el intercambio prestacional entre EsSalud y el sistema público. La motivación es clara: las redes públicas y EsSalud tienen una conformación muy diferente y en teoría podrían complementarse. Mientras la red de atención del sector público comprende un amplio número de centros de atención primaria en zona rural, EsSalud cuenta con una red de atención más enfocada en centros hospitalarios de zonas urbanas. A pesar de los esfuerzos desplegados, este intercambio prestacional entre EsSalud y el sistema público es casi inexistente.

La otra área donde se ha desplegado un gran esfuerzo es la infraestructura de salud del sector público, especialmente en el nivel intermedio, en el que se promovieron los “establecimientos estratégicos”. El plan de inversiones para el mismo período también preveía inversiones por la modalidad de Asociaciones Público Privadas (APP), con las cuales no se pudo avanzar. Esta modalidad no pareciera ser viable en la actualidad en el sector salud.

Para aprovechar la infraestructura de salud y evitar de invertir en infraestructura duplicativa, sería necesario analizar la infraestructura de las diferentes redes, incluyendo EsSalud y la red pública, pero también las sanidades del ejército, de la marina, de la fuerza área y de las fuerzas policiales.

A modo de cierre investigamos la mirada de los usuarios del sistema de salud, usando como fuentes las encuestas nacionales de satisfacción de usuarios hecha por SUSALUD, y un estudio antropológico que se realizó dentro del marco de la preparación de este documento. Las dos fuentes coinciden en que las quejas más importantes de los usuarios del sistema de salud refieren a los tiempos de espera en las áreas de citas y admisiones, y la falta de medicamentos cubiertos por los seguros. Además, el estudio antropológico

evidencia que la separación de provisión de servicios entre el MINSA y EsSalud, y las diferencias obvias de atención y calidad, generan insatisfacción de los usuarios del sistema público.

Sección 11. Los desafíos para el próximo gobierno

Siete años después de la Ley AUS, a pesar de los grandes esfuerzos de reforma institucional, han surgido varios limitantes importantes en la implementación del aseguramiento universal:

Primero, **no se ha logrado expandir de manera significativa el régimen semicontributivo**. Esto tiene como consecuencia que un 30% de la población sigue sin cobertura formal, especialmente en los grupos de población que no laboran en el sector formal. La historia reciente muestra que el Perú puede esperar grandes presiones para universalizar la cobertura no contributiva (siguiendo los pasos de México y Colombia).

Segundo, **no se está utilizando el paquete de beneficios del PEAS para priorizar servicios o inversión o monitorear la cobertura efectiva de la población**. Por un lado, EsSalud continua ofreciendo un paquete ilimitado de servicios - la falta de priorización de la prevención y de la atención primaria no solamente es ineficiente pero además genera sobre-demanda en los otros niveles. Mientras tanto, el SIS ha expandido la definición de su paquete de servicios sin que se tenga claridad sobre la capacidad de entrega del servicio, el costo real de este paquete o el financiamiento del mismo.

Tercero, **el intercambio prestacional (o sea compra-venta) entre EsSalud y el sistema público sigue siendo casi inexistente en la práctica**. La población no afiliada a EsSalud no puede usar los servicios de los proveedores de la misma; por otro lado los afiliados de EsSalud pueden atenderse tanto en los proveedores de EsSalud como en los proveedores públicos. Sin embargo, EsSalud no paga el costo de la atención de sus asegurados al sector público, y por ende los proveedores públicos no *venden* servicios a EsSalud. La percepción de la existencia de una brecha de disponibilidad y calidad de servicios entre EsSalud y el servicio público sigue generando descontento de la población ya que es vista como segregación de los pobres.

Desafíos institucionales

Los grandes desafíos actuales llevan a preguntarse si se podrá sostener el aseguramiento universal manteniendo la arquitectura actual, o si se requerirá transitar hacia la unificación del sistema. Históricamente, la gran diferencia de gasto entre EsSalud y el sector público se visualizaba como un impedimento para lograrlo; sin embargo, la realidad actual nos indica que la brecha en gasto entre EsSalud y el sector público se ha reducido dramáticamente en la última década. Mientras que en el año 2005 el gasto por persona en EsSalud era de 3.5 veces el gasto del sector público, en el 2014 se ha reducido a 1.5. Asimismo, la evidencia muestra una gran disparidad del financiamiento entre regiones, tanto del lado EsSalud como del lado SIS; en ciertas regiones queda poca diferencia de gasto entre afiliados EsSalud y afiliados SIS.

Muchos países de la OCDE han aprovechado de circunstancias similares para aminorar la fragmentación de sus sistemas de salud. El nuevo gobierno debería considerar si es deseable mantener la arquitectura actual, en la que EsSalud y el SIS/sector público operan independientemente financiando a sus propios proveedores.

Si bien aún queda pendiente definir el sistema de salud que el Perú necesita para alcanzar el aseguramiento universal, esta indefinición no debería impedir avanzar en la modernización del sistema actual. Independientemente del sistema o modelo que los decisores peruanos contemplan a futuro, existen elementos básicos que deben funcionar a fin de hacer operativo el aseguramiento universal en cualquier sistema:

1. Tener claridad sobre cuál es la población asegurada y cuál es la población que aún falta asegurar

2. Tener claridad sobre la estrategia de financiamiento del aseguramiento
3. Contar con mecanismos de priorización del gasto que fomenten la equidad y oportunidad del acceso
4. Contar con mecanismos de compra de servicios que permitan la eficiencia del gasto
5. Tener claridad sobre la capacidad de entrega con calidad del paquete de beneficios del aseguramiento
6. Contar con las condiciones adecuadas a fin de sostener el funcionamiento efectivo del aseguramiento

Para identificar los cuellos de botella en cada uno de estos elementos básicos, en este estudio se utiliza un marco conceptual del financiamiento en salud que analiza de manera sistemática los agentes del sistema, así como los procesos que los ligan. (Figura A) Identificamos que en varios casos, los cuellos de botella son de carácter institucional: en particular, destacan (i) duplicidad y/o falta de claridad en las responsabilidades de las instituciones, (ii) ineffectividad en los procesos, y (iii) debilidad en las relaciones inter-institucionales.

Recomendaciones de políticas

A mediano plazo, el Perú deberá definir si el modelo de interoperabilidad de aseguradoras y proveedores puede llevar al aseguramiento universal en salud, o si es necesario consolidar e unificar el sistema público con la seguridad social.

En el corto plazo, el reto para el próximo gobierno es modernizar el sistema para hacerlo más eficiente, efectivo e equitativo. Las metas debieran de incluir las siguientes:

Completar la estrategia de financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud en la población no pobre del sector informal

- El país debe de formular una estrategia clara acerca de cómo avanzar con la cobertura semicontributiva. En particular, es necesario identificar cuál institución se debe de encargar de la expansión de la cobertura semicontributiva y cuáles serían las modalidades semicontributivas. Sin semejante estrategia, se pueden esperar grandes presiones para universalizar la cobertura no contributiva. Asimismo, se debería transparentar y evaluar el rol de recaudación de la SUNAT tanto para el seguro contributivo de EsSalud como para el seguro semicontributivo del SIS, tomando en cuenta su capacidad de recaudación en pequeñas, medianas y grandes empresas.
- El Registro de beneficiarios del Aseguramiento Universal en Salud debería de formar la base de una estrategia de financiamiento del mismo. Para que esto fuera posible, en un paso previo se deben de estandarizar los conceptos de aseguramiento y resolver la situación existente de unos 5 millones de afiliados sin derechos efectivos.

Mejorar la priorización del gasto mediante uso del paquete de beneficios

- En el sistema público sería esencial tener claridad sobre el grado de entrega del paquete básico PEAS y los costos de una eventual extensión del paquete antes de ampliarlo. Además, es preciso monitorear quiénes son los beneficiarios del paquete ampliado, asegurando la equidad de acceso.
- En EsSalud, se debería re-plantear el alcance de los paquetes de beneficios, acorde con sus ingresos recaudados.
- La negociación sobre el paquete de beneficios del seguro subsidiado y en del seguro semicontributivo debe de incluir el MEF, el MINSA, las Regiones y el SIS – esta decisión no puede pertenecer al ámbito de decisión exclusivo del SIS.

Mejorar la eficiencia del gasto mediante la modernización de los sistemas de pago a proveedores

- No se ha trabajado suficientemente el sistema de pago a proveedores con vista a alinear incentivos a estos con los resultados de salud esperados. Es necesario solucionar la duplicación existente entre el PpR y los sistemas de pago del SIS. El arreglo existente por el cual el SIS provee financiamiento parcial mientras los demás fondos públicos financian la gran mayoría del costo del servicio, no conduce a proveer incentivos claros a los proveedores. Aunque el PpR haya sido efectivo en asegurar la disponibilidad de financiamiento para las líneas priorizadas (como salud materno-infantil o nutrición), no es conducente a la planificación eficiente de los recursos. Para hacerlo más eficiente se tiene que transitar de la microgestión existente del gasto hacía mecanismos de pago que incentiven a la producción de servicios y resultados sanitarios.
- Sería útil notar que existe una gran experiencia internacional en materia de sistemas de pago que sería importante aprovechar en el Perú. Se debe considerar el balance de autonomía y rendición de cuentas en los sistemas de pago.

Construir las bases institucionales e operativas de la interoperabilidad de los seguros y de la provisión

- A la fecha, el intercambio prestacional entre EsSalud y el sistema público es casi inexistente en la práctica. Para que el intercambio despegue, es esencial transparentar el subsidio existente entre el sistema público y EsSalud, armonizar los sistemas de compra de servicios que se utilizan, generar incentivos para que las unidades de atención primaria del sector público puedan cobrar a EsSalud y resolver el tema pendiente de la deuda entre gobiernos regionales y municipalidades con EsSalud.
- Para avanzar hacía una verdadera interoperabilidad de los asegurados y proveedores, deben de manejar sistemas y procedimientos compatibles y/o estandarizados. Sin estandarización de metodologías de costeo o de clasificación de servicios, el intercambio de servicios se quedará en un nivel artesanal y no tendrá los impactos sistemáticos en los servicios que se esperan en la población.

Modernizar la provisión

- También es necesario ampliar y modernizar la provisión. La población tiene mayor cobertura financiera, pero la infraestructura no se ha modernizado y es considerada insuficiente para hacer frente a las necesidades de los habitantes del país. Además, algunos de los principales hospitales son muy antiguos y se teme por su seguridad en caso de un terremoto.
- EsSalud no ha invertido en atención primaria y sus afiliados usan la atención GORE/MINSA sin pagar por el verdadero costo de ello. Esto debe transparentarse obligando a EsSalud a pagar por atención a costo real. Esto podría ligarse a un esfuerzo igualmente significativo de dar acceso a los afiliados SIS a los servicios de alta resolución de EsSalud, como el Instituto del Corazón (INCOR) o el hospital Almenara. Estos hospitales deberían de funcionar como hospitales de referencia nacional para toda la población peruana.

Modernizar los sistemas de información

- El Perú necesita construir un sistema moderno de información en salud que sirva de base para el aseguramiento universal y llevaría beneficios en términos de acceso, equidad, eficiencia y calidad. En particular, el Perú debería invertir en lo siguiente: (i) Un diccionario de datos en salud, es decir un listado comprehensivo de estándares a usar en la clasificación de pacientes, proveedores, servicios, etc. que se use en todos los subsectores, incluyendo sector público, seguridad social y sector privado; (ii) Una red segura de comunicaciones en salud que permita a proveedores, aseguradores y verificadores de transmitir e intercambiar información de salud confidencial de manera segura; (iii)

Centros modernos de almacenamiento de datos que estén equipados con el software necesario al análisis e interpretación de los datos; (iv) Un centro nacional de datos en salud que se responsabilice de la buena marcha de los sistemas de información en salud.

Políticas y líneas de acción a nivel institucional

A continuación se identifican las líneas de acción a nivel institucional que corresponden a las recomendaciones de política anteriormente señaladas.

Tabla 20: Políticas y líneas de acción institucionales

Políticas	Reglas del juego	MINSA	Regiones	SIS	MEF	EsSalud	SUSALUD	SUNAT	Otros
Completar la estrategia de financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud, en particular en la población no pobre del sector informal	Se toma decisión sobre cómo financiar la cobertura semi-contributiva.	Los roles de las instituciones dependerán de las reglas del juego adoptadas.							
	Existe una institución "a cargo" de la cobertura semi-contributiva.	Los roles de las instituciones dependerán de las reglas del juego adoptadas.							
	Existe claridad sobre quiénes son los asegurados.	Centro nacional de información en salud almacena y pone a disposición bases nominalizadas de afiliación a seguros.	Tienen acceso a la base nominalizada de afiliación en tiempo real por sistema de consulta rápida. Autorizados a cobrar co-pago mayor a los no asegurados.	Depura sus bases en base a los criterios. Alimenta la base de afiliados del centro nacional de información en salud.	Liga financiamiento del sistema público con el número de personas aseguradas.	Depura sus bases en base a los criterios. Alimenta la base de afiliados del centro nacional de información en salud.	Establece los criterios/definiciones. Verifica la integridad de las bases, reporta al MEF sobre estas. X Depura las bases.	Mejora la detección de planillas fraudulentas.	INEI: pone al día los formularios de recolección de datos ENAHO sobre aseguramiento. Congreso/MINTRA: rearma la definición del derecho a seguro de salud y rol de aportaciones vs. Solo empleo formal

Políticas	Reglas del juego	MINSA	Regiones	SIS	MEF	EsSalud	SUSALUD	SUNAT	Otros
	Existen incentivos a la afiliación para el sector informal.	Habilita a los proveedores públicos y/o regiones la facturación de co-pagos mayores para servicios prestados a no asegurados.	Los proveedores cobran activamente a la población no asegurada.	Usa criterios transparentes de afiliación y desafiliación al régimen subsidiado.	-	-	Vigila el derecho a afiliación al SIS para los pobres y vulnerables.	Facilita la creación de regímenes tributarios atractivos con seguro de salud obligatorio.	Autoridades locales: vinculan afiliación a seguro de salud al otorgamiento de licencias locales. (ej. taxistas, vendedores ambulantes, etc.)
Se prioriza el gasto mediante el uso de un paquete de beneficios	La definición del paquete de beneficios del AUS es transparente y basada en priorización de poblaciones y condiciones, y costos.	<p>Evalúa y prioriza tecnologías médicas para inclusión en el paquete público</p> <p>Define y costea el paquete de atención primaria.</p>	Se conoce la capacidad de entrega del paquete en las regiones.	<p>Usa costeo para definir el paquete que se puede ofrecer a sus afiliados.</p> <p>Ofrece un paquete que corresponda con el financiamiento o disponible.</p> <p>X Define el paquete.</p>	Participa en la definición del paquete.	Define un paquete de beneficios.	-	--	<p>(Congreso) Resuelve el problema de no definición del paquete de beneficios de EsSalud.</p> <p>(Congreso) Resuelve entidad responsable para definición del paquete del seguro subsidiado.</p>

Políticas	Reglas del juego	MINSA	Regiones	SIS	MEF	EsSalud	SUSALUD	SUNAT	Otros
	Se rinden cuentas sobre la entrega del paquete de beneficios del AUS.	Prioriza las inversiones en función de la capacidad de entrega del paquete.	Evaluadas y financiadas en base a la entrega del paquete para los asegurados públicos.	Compra servicios en base al paquete definido.	Liga financiamiento o al paquete definido y su entrega efectiva. Mejora el SIAF para permitir el monitoreo del gasto según niveles de atención.		Monitorea la entrega del paquete, incluyendo equidad de acceso. Defiende al consumidor. Tercer verificador de la entrega del paquete.	-	-
Mejorar la eficiencia del gasto mediante la modernización de los sistemas de pago a proveedores	El financiamiento de la atención primaria brinda incentivos pertinentes a los proveedores.	Define los criterios de control de entrega efectiva del paquete de atención primaria.		Define los pagos a las regiones en base a un verdadero pago capitado con criterios de desempeño. X sistema ad hoc de "cápita"	Financia al SIS en base a un sistema capitado y el desempeño de las regiones. Cambia las reglas de asignación del PpR para basarlas en el número de personas, paquete a entregar y entrega efectiva. X micro-gestión de gastos.				
	El financiamiento de la atención hospitalaria brinda incentivos pertinentes a los proveedores.	Define los criterios de control de entrega del paquete de		Fortalece su capacidad de compra de servicios hospitalarios mediante					Trabajo inter-institucional MINSA-SIS-MEF sobre reforma de métodos de

Políticas	Reglas del juego	MINSA	Regiones	SIS	MEF	EsSalud	SUSALUD	SUNAT	Otros
		atención hospitalaria.		métodos de pago modernos.					pago a hospitales.
	Se moderniza la gestión de recursos humanos.	Recupera la rectoría de la gestión del Recurso Humano en salud.			Transparenta la estrategia de asignación de fondos para recursos humanos. X Gestiona la planilla de salud ajena del MINSA.				Acuerdo inter-institucional MINSA-SIS-MEF sobre cómo financiar y gestionar la planilla y RRHH contratados.
Se construyen las bases institucionales y operativas de la interoperabilidad de los seguros y provisión	Se clasifican y costean los servicios de manera compatible.	Define la metodología de costeo. Define el estándar de clasificación de Servicios	(Proveedores) Aplican los estándares.		Apoya a MINSA/SIS en el costeo de la atención en el sistema público.	Aplica los estándares.	Propone equivalencia de códigos para el sector privado.		
	Los arreglos financieros para interoperabilidad de la provisión son transparentes.	Habilita a los proveedores públicos y/o regiones la facturación para servicios prestados a asegurados de EsSalud/seguridad social.	Resuelven la deuda histórica con EsSalud.	Publica regularmente la información pertinente al pago de servicios a EsSalud, sector privado, etc.		Publica regularmente la información pertinente al pago de servicios a afiliados del sector público y sector privado.		Clarifica la afectación de impuestos de la compraventa de servicios de salud.	Resuelven la deuda histórica con EsSalud.
	Se transparentan y contabilizan traspases de pacientes entre sistemas.	Centro nacional de información en salud pone en marcha un sistema de consulta rápida de la base de	Facturan a EsSalud los servicios prestados a sus afiliados en base a paquete y previos acordados.	Publica información sobre facturación de/a EsSalud, sanidades, oferta privada.		Factura al SIS los servicios prestados a sus asegurados en base a paquete y precios acordados.			Existe un acuerdo inter-institucional sobre los mecanismos de compra/pago de la atención

Políticas	Reglas del juego	MINSA	Regiones	SIS	MEF	EsSalud	SUSALUD	SUNAT	Otros
		afiliados en tiempo real.	Distribuyen este cobro a los proveedores en relación a su facturación.						primaria y hospitalaria.
Un sistema de información moderno apoya al aseguramiento universal en salud.	Se usa un sistema de clasificaciones estándares (diccionario de datos) en todo el sistema.	→ CNIS lidera el desarrollo de un diccionario de datos en salud (“estándares”), lo actualiza y asegura su aplicación.	Aplican clasificación en sus sistemas.	Aporta a la elaboración del diccionario de datos. Aplica la clasificación en sus sistemas.	Aplica clasificación en programas presupuestales.	Aporta a la elaboración del diccionario de datos. Aplica la clasificación en sus sistemas.	Aporta a la elaboración del diccionario de datos. Propone equivalencia de códigos para el sector privado. Aplica la clasificación en sus sistemas.	Aporta a la elaboración del diccionario de datos. Usa clasificación estándar.	
	Se modernizan los sistemas críticos de recolección de datos, incl. RR.HH., infraestructura en salud, provisión de servicios.	→	Vease más abajo.						

Políticas	Reglas del juego	MINSA	Regiones	SIS	MEF	EsSalud	SUSALUD	SUNAT	Otros
	Inversiones en infraestructura institucional y humana (Centro Nacional de información en salud) e infraestructura física (Red segura de comunicaciones en salud y centros de almacenamiento de datos).	→ CNIS coordina la inversión en nuevos sistemas; coordina su instalación e implementación; gestiona la red segura y los centros de almacenamiento; provee capacitación y apoyo técnico.	Almacenan sus datos en los centros de almacenamiento de datos de salud. Usan red segura.		Prioriza financiamiento de infraestructura informática para salud.	Desarrolla una red segura de comunicaciones. Almacena sus datos en los centros de almacenamiento de datos de salud.	Almacena sus datos en los centros de almacenamiento de datos de salud.		
Modernizar la provisión.	Se moderniza la infraestructura hospitalaria.	→ Establece criterios de inversión, prioriza la inversión Los hospitales especializados (públicos y EsSalud) se transforman en hospitales nacionales de referencia.				Los hospitales especializados (públicos y EsSalud) se transforman en hospitales nacionales de referencia.			Integración de las redes de provisión FFAA/FFPP.
	Se mide y monitorea la capacidad de oferta.	→ Rector de las bases de datos de RR.HH.: CNIS desarrolla versión 2.0 del observatorio de RR.HH.	Usan de manera obligatoria la base de RRHH para registrar todos los contratos.		Vincula financiamiento con cumplimiento en el cargo de información de RR.HH. X Gestiona la planilla de salud ajena del MINSA.				

Políticas	Reglas del juego	MINSA	Regiones	SIS	MEF	EsSalud	SUSALUD	SUNAT	Otros
		Rector de las bases de datos de infraestructura física: (i) CNIS desarrolla versión 2.0 de RENAES con indicadores claves de capacidad física y de RRHH; (ii) MINSA decide sobre criterios de clasificación de establecimientos.	(Proveedores) Aactualizan de manera obligatoria sus datos con RENAES.		Vincula financiamiento con estado de actualización de la información.		Verifica el contenido de los datos reportados en RENAES. Verifica categorización de instituciones. X Gestiona el RENAES X Decide criterios de clasificación de establecimientos		
	Se mide y monitorea la provisión de servicios.	Rector de las bases de datos de entrega de servicios: desarrolla un sistema único de captura de datos a nivel centros públicos de atención de salud que integre las funciones del HIS con las del FUA.	(Proveedores) Usan sistema integrado HIS/FUA.	Apoya el desarrollo y uso del sistema integrado HIS/FUA. X Desarrolla/maneja un sistema paralelo.					

Bibliografía

ABT ASSOCIATES INC.

2015 *Tarifarios de servicios de salud en el Perú y su relación con la reforma del financiamiento en salud*. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

2016 *Current Procedural Terminology*. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/solutions-managing-your-practice/coding-billing-insurance/cpt/about-cpt.page?>

ASCARZA, Illich

2015 *¿Podemos mejorar la calidad del gasto en salud?* [Presentación en PPT]. Lima: Oficina General de Planeamiento y Presupuesto – MINSA. Taller Banco Mundial, mayo.

BONFERT, Anna Tabitha, Jennifer HENNIG, Marilyn HEYMANN, Khizer HUSSEING, Jack LANGENBRUNNER y Annette ÖZALTIN

2015 *Closing the gap. Health coverage for non-poor informal – Sector workers*. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. Reporte producido por Results for Development Institute, USA.

CENTRÁNGOLO, Oscar et al.

2013 *Sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: Organización Internacional del Trabajo/EsSalud.

CEPAL

2014 *Hacia un desarrollo inclusivo. El caso del Perú*. INFANTE, Ricardo y Juan CHACALTANA (editores). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

COTLEAR, Daniel, Somil NAGPAL, Owen SMITH, Ajay TANDON y Rafael CORTEZ

2015 *Going universal: How 24 developing countries are implementing universal health coverage reforms from the bottom up*. Washington, DC: World Bank. doi: 10.1596/978-1-4648-0610-0. License: Creative Commons Attribution.

COTLEAR, Daniel y Christel VERMEERSCH

2016 *Peruvian lessons for the transition from MDGs to SDGs*. The Lancet Global Health, Volume 4, Issue 6, e353 - e354.

CRUCES, Guillermo, Peter LANJOUW, Leonardo LUCHETTI, Elizaveta PEROVA, Renos VAKIS y Mariana VIOLLAS

2011 *Intra-generational mobility and repeated cross-sections: a three-country validation exercise*. World Bank Policy Research Working Paper N.º 5916.

DE HABICH, Midori

2015 *Avances en la implementación de las leyes de reforma de salud del Perú: enero 2014-junio 2015*. Informe de consultoría, Lima: Banco Mundial.

DÍAZ, Juan José

2014 “Formalización empresarial y laboral”. En INFANTE, Ricardo y Juan CHACALTANA (editores), *Hacia un desarrollo inclusivo. El caso del Perú*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) / Organización Internacional del Trabajo (OIT) / Naciones Unidas, pp. 173-256.

ESSALUD

2014 *Reglas de afiliación. Plan Maestro 2013-2021* [mimeografiado]. Lima: Gerencia Central de Aseguramiento, noviembre. Lima.

2012 Sesión de la Comisión de trabajo y seguridad social, Congreso de la República.

GOTTRET, Pablo y George SCHIEBER

2006 *Health financing revisited: a practitioner's guide*. Washington, DC: The World Bank.

HERRERA, Javier

2015 *Vulnerabilidad, cobertura universal de salud y gastos de bolsillo en salud en el Perú*. Informe de consultoría. Lima: Banco Mundial.

INEI

2000-2015 *Encuesta Demográfica y de Salud*.

2010 *Perú: estimaciones y proyecciones de población departamental, por años calendario y edades simples 1995-2025*. Boletín especial número 22.

2014 *Producción y empleo informal en el Perú. Cuenta satélite de la economía informal 2007-2012*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, mayo.

2015 *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO), 1995-2015*. Lima: INEI.

2016 Sistema de consulta en línea de series nacionales. <http://webinei.inei.gob.pe:8080/sirtod-series/>. Fecha de Acceso 2 de abril 2016.

2016 Cifras de pobreza. Fecha de Acceso 2 de junio 2016.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME)

2013 *Human Development Network. The World Bank. The global burden of disease: generating evidence, guiding policy*. Edición regional América Latina y el Caribe, WA: IHME, 2013.

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)

2008 *Ley N.º 29124 y Reglamento DS N.º 017-2008-SA*. Cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las regiones. Lima: MINSAL.

2010, 2012 Análisis de Situación de Salud.

2015 *Cuentas nacionales de salud. Perú, 1995-2012.* Lima: Dirección General de Planeamiento y Presupuesto / Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

2016 Enfermedades raras y huérfanas. <http://www.minsa.gob.pe/erh/index.html>, Fecha de Acceso 7 de Abril 2015.

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS (MEF) - SIAF

2014 Sistema de Administración Financiera Pública (SIAF), Fecha de Acceso 20 de Junio 2015

MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO (MINTRA) Y MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2013 Reorganización del Seguro Social ESSALUD, Diagnóstico y Propuestas. Lima, enero.

MUSGROVE, Phil

2010 "Plan Nacer, Argentina: Provincial Maternal and Child Health Insurance Using Results-based Financing (RBF)." Mimeo.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT)

2012 Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)

2014 *La transición de la economía informal a la economía formal.* Informe V(1). Conferencia Internacional del Trabajo, 103 a, reunión, 2014.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y MINSA

2015 *Plan Multianual de Inversiones Sectorial e Intergubernamental inserto en el marco de la reforma del sector salud.* Lima: OPS/MINSA.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT

2014 <http://www.oecd.org/latin-america/countries/peru/>. Consulta 29 de mayo 2016.

PÉREZ HERRERA, Guillermo

2011 "Experiencias y estrategias de protección social desde organizaciones de trabajadores informales urbanos en Perú". En *Fortaleciendo la voz de los trabajadores de la economía informal en las decisiones de política social en América Latina.* Lima: Women in Informal Employment Globalizing (WIEGO) / Organizing / Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES).

RAFFO, Emma

2015 *Estudio antropológico sobre cuidado de salud en el P.J. Huáscar, distrito de San Juan de Lurigancho (S JL).* Informe final de consultoría. Lima: s.e.

RICSE, Carlos

2015 *Informe sobre estado actual de la implementación de presupuesto por resultados en el sector salud.* s.l.: s.e.

SUNAT

2015 *Contribuciones a la seguridad social en salud. Seguro Social de Salud – EsSalud. II trimestre 2015.* Lima: Oficina Técnica de los Recursos de Seguridad Social. Informe.

SUSALUD

2015 Anuario estadístico 2014. Lima.

SUSALUD e INEI

2014 *Resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSALUD).* Presentación disponible en línea.
<http://portales.susalud.gob.pe/documents/11450/29009/01+INFORME+FINAL.pdf/901a201f-ccd3-4080-b1bc-8365d16a5aa7>

UNITED NATIONS

2016 *Sustainable Development Goals.* <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>. Fecha de Acceso 3 de junio 2016.

USAID

2015 *Tarifarios de servicios de salud en el Perú y su relación con la reforma del financiamiento en salud.* Lima: Health, Finance, and Governance Project.

VALENZUELA, Fernando

2015 *Gestión presupuestaria en EsSalud* [presentación PPT]. Taller Banco Mundial, mayo.

WORLD BANK

2016 *World Development Indicators.* <http://databank.worldbank.org/data>, Fecha de descarga de la información: 24/2/2016.

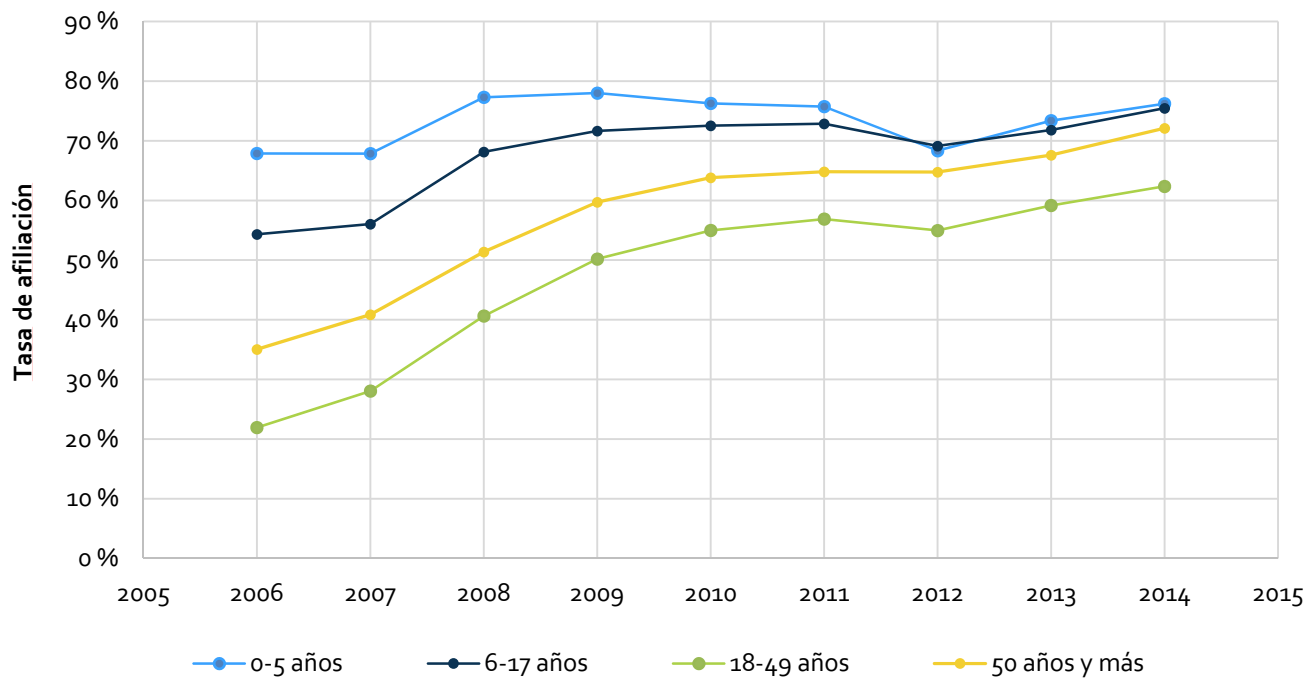
2016a El ciclo de commodities en Latinoamérica: Espejismos y dilemas. Abril.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD)

2016 *International classification of diseases 10.* <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

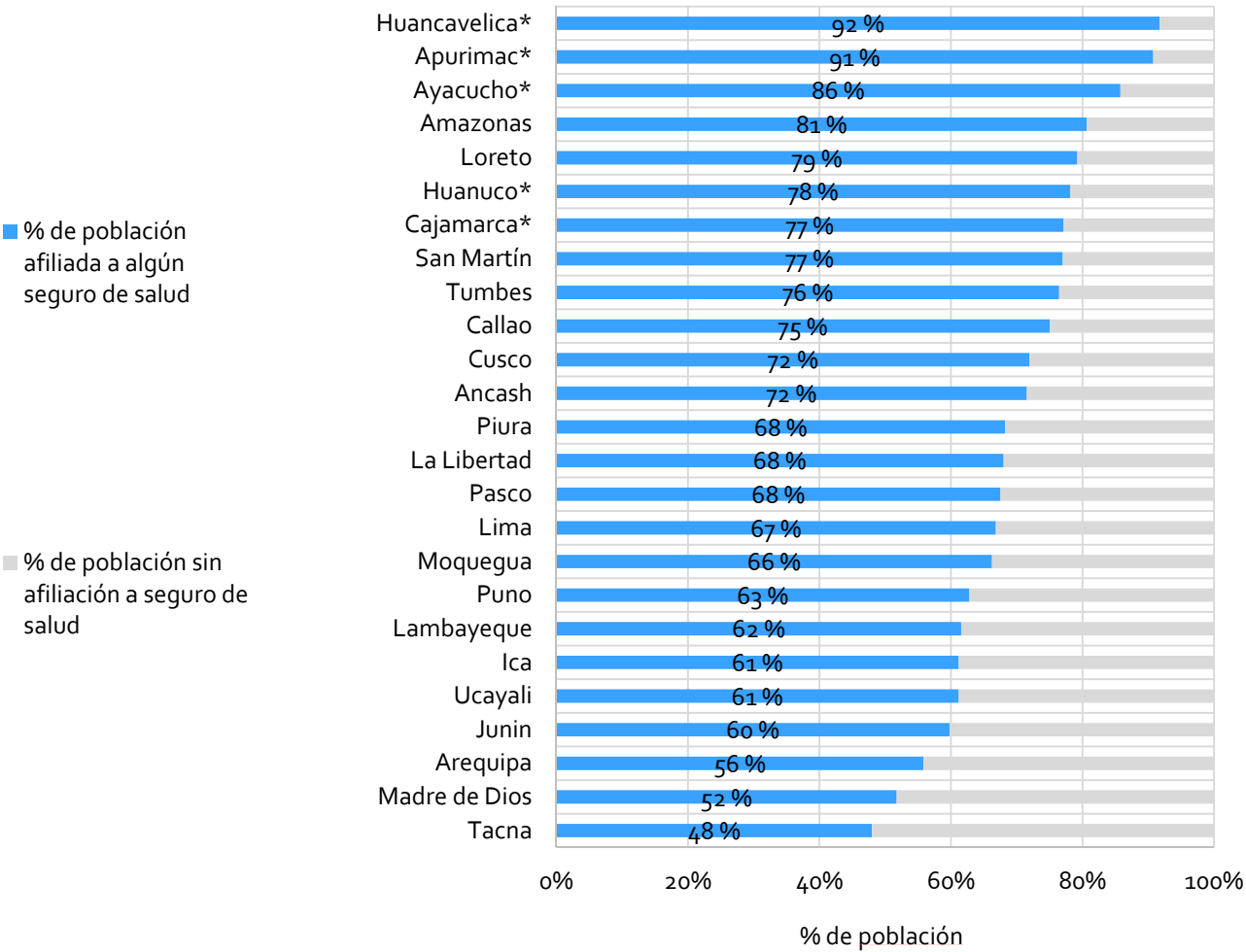
Anexo: Materiales complementarios

Figura 43. Evolución de la tasa de afiliación a seguros de salud, por grupo etario, 2006-2014



Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2006 y 2014).

Figura 44. Porcentaje de población con/sin seguro de salud, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2014).

Tabla 21. Número de afiliados por régimen de seguro en SIS

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Sept. 2015
SIS Gratuito	6 914 322	10 297 184	11 764 031	12 339 812	12 728 304	11 328 033	13 501 363	15 464 850	16 107 808
SIS Emprendedor							200 101	265 441	218 693
SIS Microempresa					2 148	2 210	1 805	3 865	4 502
SIS Independiente *	68 835	61 609	51 211	47 174	30 052	23 319	21 978	20 149	18 685
TOTAL	6 983 157	10 358 793	11 815 242	12 386 986	12 760 504	11 376 881	13 747 225	15 774 454	16 349 688

Fuente: Boletines estadísticos, varios años. <http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/index.html> * Se reportaba por separado semicontributivo y semisubsidiado hasta 2013. En 2014 se reportaron estos asegurados de manera conjunta con la categoría semicontributivo, y luego, en septiembre de 2015, solo como SIS Independiente.

Tabla 22. Número de afiliados por régimen de seguro en EsSalud

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Asegurados regulares	6 983 157	10 358 793	11 815 242	12 386 986	12 760 504	11 376 881	13 747 225	15 774 454
Trabajador activo	5 226 709	6 092 578	6 331 202	6 740 800	6 981 003	7 528 064	7 966 031	8 209 613
Pensionista	1 074 999	973 053	996 094	1 014 855	1 142 319	1 180 395	1 176 594	1 204 269
Trabajador del hogar	54 005	57 223	73 813	78 507	86 665	90 825	91 516	92 141
Pescador artesanal	3 657	3 385	3 495	3 785	4 821	5 238	5 225	5 404
Pensionista de la CBSSP	10 148	8 968	9 070	10 093	11 236	12 708	12 884	1 438
Trabajador de la CBSSP	24 611	31 597	34 516	34 024	30 382	29 520	28 840	28 539
Pensionista en trámite	5 598	5 478	1 477	1 427	1 457	1 009	883	389
Contratación por Adm. de Servicios (CAS)	-	-	218 289	262 623	309 638	358 296	424 837	496 215
Asegurados agrarios	346 984	424 830	443 215	442 343	474 685	506 868	521 599	553 273
Agrario dependiente	302 465	362 901	394 310	395 596	428 304	461 411	464 139	494 356
Agrario independiente	44 519	61 929	48 905	46 747	46 381	45 457	44 575	45 546
Actividad acuícola	-	-	-	-	-	-	12 885	13 371
Asegurados potestativos	45 894	36 111	31 764	38 920	86 751	73 941	56 980	53 312
EsSalud Independiente Personal – Familiar	14 572	8 919	7 602	3 334	2 900	2 632	2 439	2 217
Plan Protección Total y Plan Protección Vital	30 901	27 068	24 074	17 593	36 804	10 280	9 212	8 411
EsSalud independiente (antiguo)	421	124	88	65	52	47	44	35
EsSalud Independiente (vigente)				17 928	46 995	60 982	45 285	42 649
Total asegurados	6 792 605	7 633 223	8 142 935	8 627 377	9 128 957	9 786 864	10 285 389	10 644 593

Fuente: EsSalud – Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.

Tabla 23. Condición de deuda a EsSalud de las entidades empleadoras, por actividad económica, 2014

Categoría (véase Tabla 6)		Número	Industrias manufactu- reras	Comercio al por mayor y al por menor; reparación *	Transporte, almacena- miento y comunica- ciones	Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria
0. Sin deuda (saldo o valor)	Entidades	166 713	19 420	52 357	17 045	26 732	1 354
	Trabajadores	3 076 327	311 013	407 440	205 977	426 072	570 157
1. Con deuda (saldo o valor)	Entidades	39 258	4 885	11 090	4 112	7 410	435
	Trabajadores	816 894	87 518	97 321	57 415	103 247	185 688
2. Deuda no exigible	Entidades	27	1	7	-	5	4
	Trabajadores	4 168	3	15	-	257	3 290
3. Sin declaración	Entidades	6 315	528	1 724	497	1 506	8
	Trabajadores	18 839	2 499	3 858	1 450	3 823	53
4. Con lineamiento	Entidades	62 188	7 883	18 669	6 240	10 406	762
	Trabajadores	1 236 802	48 801	63 446	39 709	96 384	284 025
Total	Entidades	274 501	32 717	83 847	27 894	46 059	46 059
	Trabajadores	5 153 030	449 834	572 080	304 551	629 783	1 043 213
% entidades por actividad económica		100 %	12 %	31 %	10 %	17 %	17 %
% trabajadores por actividad económica		100 %	9 %	11 %	6 %	12 %	20 %

Nota técnica. La tabla reporta el número de entidades empleadoras con responsabilidad de aportaciones a EsSalud y el número de trabajadores correspondientes, según su condición de deuda. Se desagregan las entidades empleadoras por actividad económica. El número total de empresas (274 501) corresponde a las empresas cuya actividad económica pudo ser identificada. Solo se desagregan aquellos sectores cuyo número de trabajadores supera el 10 % del total de trabajadores, o cuyo número de empresas representa más del 10 % del total de empresas. Las actividades económicas se han obtenido de la Revisión 4 del CIU INEI (enero de 2010). * Reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos. Fuente: Padrón de contribuyentes al régimen contributivo de la seguridad social en salud (SUNAT). Elaboración: Gerencia Central de Financiamiento – EsSalud. Sistematización: Banco Mundial.

Tabla 24. Número y tamaño de entidades empleadoras, por condición de deuda a EsSalud, 2014

CATEGORÍA	Tamaño de la entidad: número de empleados						
	Número de entidades	Tamaño promedio total	Industrias manufactureras	Comercio al por mayor y al por menor; reparación*	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria
0. Sin deuda (saldo o valor)	166 713	18	16	8	12	16	421
1. Con deuda (saldo y/o valor)	39 258	21	18	9	14	14	427
2. Deuda no exigible	27	154	3	2	na	51	823
3. Sin declaración**	6 315	3	5	2	3	3	7
4. Deuda no exigible	62 188	20	6	3	6	9	373
TOTAL	274 501						

* Reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos.

Fuente: Padrón de contribuyentes al régimen contributivo de la seguridad social en salud (SUNAT). Elaboración: Gerencia Central de Financiamiento – EsSalud. Sistematización: Banco Mundial.

** La categoría “Sin declaración” solo incluye a los contribuyentes que fueron evaluados como contribuyentes activos y con domicilio habido.

Tabla 25. Agrupación de categorías del SIAF en factores de producción⁷⁰

Factor	codigos					Descripcion				
	generic	subge	subgen	esp_n	esp_n	subgen_n				
	a	n_n1	n2	1	2	generica_n	1	subgen_n2	esp_n1	esp_n2
1.1 MEDICOS	2.3.	1	8	2	1	BIENES Y SERVICIOS	COMPRA DE BIENES	SUMINISTROS MEDICOS	MATERIAL, INSUMOS, INSTRUMENTAL Y ACCESORIOS MEDICOS,	MATERIAL, INSUMOS, INSTRUMENTAL Y ACCESORIOS
	2.3.	1	8	1	1	BIENES Y SERVICIOS	COMPRA DE BIENES	SUMINISTROS MEDICOS	PRODUCTOS FARMACEUTICOS	VACUNAS
	2.3.	1	8	1	2	BIENES Y SERVICIOS	COMPRA DE BIENES	SUMINISTROS MEDICOS	PRODUCTOS FARMACEUTICOS	MEDICAMENTOS OTROS PRODUCTOS
	2.3.	1	8	1	99	BIENES Y SERVICIOS	COMPRA DE BIENES	SUMINISTROS MEDICOS	PRODUCTOS FARMACEUTICOS	PRODUCTOS SIMILARES
1. INSUMOS	2.3.	1	1			BIENES Y SERVICIOS	COMPRA DE BIENES	ALIMENTOS Y BEBIDAS		
	2.3.	1	2					VESTUARIOS Y		
	2.3.	1	3					COMBUSTIBLES,		
	2.3.	1	4					MUNICIONES,		
	2.3.	1	5					MATERIALES Y		
	2.3.	1	6					REPUESTOS Y		
	2.3.	1	7					ENSERES		
	2.3.	1	9					MATERIALES Y		
	2.3.	1	10					SUMINISTROS PARA USO		
	2.3.	1	99	1	all !=1			COMPRA DE SERVICIOS		ENERGIA
1.2 NO MEDICOS	2.3.	2	2	all	all	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATACION DE	BASICOS, COMUNICACION SERVICIOS DE		TELEFONIA MENSAJERIA
	2.3.	2	3	1	all	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATACION DE	LIMPIEZA, SEGURIDAD Y ALQUILERES DE	ALQUILERES DE	
	2.3.	2	5	1	all	BIENES Y SERVICIOS PERSONAL	CONTRATACION DE	MUEBLES E INMUEBLES	MUEBLES E INMUEBLES	
	2.1	2	1	1	1	OBLIGACIONES SOCIALES	OTRAS RETRIBUCIONES	RETRIBUCIONES EN BIENES O SERVICIOS	SS FINANCIEROS	UNIFORME PERSONAL ADMINISTRATIVO

⁷⁰ Fuente: Elaboración propia con base al SIAF, junio 2015.

Factor	codigos						Descripción									
	generic	subge	subgen	esp_n	esp_n	subgen_n										
	a	n	n1	n2	1	2	generica	n	1	subgen	n2	esp	n1	esp	n2	
2. CAPITAL	2.1 Bs y Ss destinados a mantenimiento y reparación	2.3.	1	99	1	1	BIENES Y SERVICIOS	COMPRA DE BIENES	COMPRA DE OTROS BIENES						HERRAMIENTAS	
		2.3	1	11				COMPRA DE BIENES	SUMINISTROS PARA	SERVICIO DE MANTENIMIENTO, MANTENIMIENTO	ACONDICIONAMIENTO Y	REPARACIONES			de EDIF/VEHIC/MOBI/MAQU	
		2.3	2	4	all	all	BIENES Y SERVICIOS	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	ADQUISICION DE EDIFICIOS Y ESTRUCTURAS	CONSTRUCCION DE EDIFICIOS	ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS					
	2.2 Compra edificios	2.6	1					ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS	ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS							
		2.6	2					ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS	ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS							
		2.6	3	all	all			ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS	ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS							
			5					ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS	ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS							
			6					ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS	ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS							
			7					ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS	ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS							
			8					ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS	ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINAS Y OTROS							
2.3 Activos adquiridos o comprados (no edificios)		2.5	2	2	all	all	OTROS GASTOS DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	OTROS GASTOS DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	ENCIAS A INSTITUCIONES DONACIONES Y ENCIAS DE S	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL A INSTITUCIONES	A OTROS ORG. INTERNACIONALES	INST. SIN FINES DE LUCRO				
	2.4	2	2	all	all	OTROS GASTOS DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	OTROS GASTOS DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	ENCIAS A INSTITUCIONES DONACIONES Y ENCIAS DE S	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL A INSTITUCIONES	A OTROS ORG. INTERNACIONALES	INST. SIN FINES DE LUCRO					
	2.4	2	3	all	all	OTROS GASTOS DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	OTROS GASTOS DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	ENCIAS A INSTITUCIONES DONACIONES Y ENCIAS DE S	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL A INSTITUCIONES	A OTROS ORG. INTERNACIONALES	INST. SIN FINES DE LUCRO					

Factor	generic	subge	subgen	esp_n	esp_n	subgen_n				
	a	n_n1	n2	1	2	generica	n 1	subgen n2	esp n1	esp n2
3.1 medico y asistencial	2.1	1	3	all	all	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	RETRIBUCIONES Y COMPLEMENTOS EN EFECTIVO	PERSONAL DE LA SALUD		
	2.3	2	7	2	7	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATACION DE SERVICIOS Y TECNICOS	SERVICIOS PROFESIONALES Y COMPLEMENTARIOS DE SALUD	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE SALUD	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE SALUD
	2.3	2	6	4	1	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATACION DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS	ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS	SEGUROS	GASTOS POR PRESTACIONES DE SALUD
	2.1	1	2			PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	RETRIBUCIONES Y COMPLEMENTOS EN EFECTIVO	PERSONAL DEL MAGISTERIO"		
	2.1	1	4					PERSONAL JUDICIAL PERSONAL MILITAR Y POLICIA		
	2.3	2	7	2	!=7	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATACION DE SERVICIOS Y TECNICOS	PROFESIONALES Y TECNICOS	CONSULTORIAS, ASESORIAS	
	2.3	2	7	all (!11)		BIENES Y SERVICIOS	CONTRATACION DE SERVICIOS Y TECNICOS	PROFESIONALES Y TECNICOS	CAPACITACION/PROCESAMIENTO DE DATOS/OTROS	
	2.1	1	1	all	all	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	RETRIBUCIONES Y COMPLEMENTOS EN EFECTIVO	PERSONAL ADMINISTRATIVO		
	2.3.	2	7	11	all	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATACION DE SERVICIOS Y TECNICOS	PROFESIONALES Y TECNICOS	OTROS SERVICIOS CONTRATO	(all: Embalaje, traslado de CONTRATO
3.2 no medico no asistencial	2.3	2	8	1	1	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATACION DE SERVICIOS	ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS	ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS	ADMINISTRATIVO DE CONTRIBUCIONES A
	2.3	2	8	1	2					
	2.3.	2	6	3	1	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATACION DE SERVICIOS	ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS	SEGUROS	SEGURO DE VIDA
	2.3.	2	6	3	4	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATACION DE SERVICIOS	ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS	SEGUROS	OTROS SEGUROS PERSONALES
	2.1	3	1	1	all	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL	OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR	OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR	
	2.1	2				PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	RETRIBUCIONES			
	2.1	2				PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	RETRIBUCIONES			
	2.1	2				PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	RETRIBUCIONES			
	2.1	2				PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	RETRIBUCIONES			

Factor	codigos					Descripcion				
	generic a	subge n_n1	subgen _n2	esp_n 1	esp_n 2	generica_n	subgen_n1	subgen_n2	esp_n1	esp_n2
4. OTROS	2.3	2	6	1	1	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATA CION DE	SERVICIOS Y DE SEGUROS	ADMINISTRATIV SS	GASTOS LEGALES Y JUDICIALES
	2.3	2	6	1	2	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATA CION DE	SERVICIOS OS, FINANCIEROS	ADMINISTRATIV SS	GASTOS NOTARIALES
	2.3	2	6	2	1	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATA CION DE	SERVICIOS OS, FINANCIEROS	ADMINISTRATIV SS FINANCIEROS	CARGOS BANCARIOS OTROS
	2.3	2	6	2	99	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATA CION DE	SERVICIOS OS, FINANCIEROS	ADMINISTRATIV SS FINANCIEROS	SERVICIOS FINANCIERO
	2.3	2	7	11	all	BIENES Y SERVICIOS OTROS	CONTRATA CION DE	SERVICIOS SERVICIOS	OTROS	
	2.5	!=2.2				GASTOS PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES				
	2.2	1	1			SOCIALES PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES		PENSIONES	PENSIONES	
	2.2	2	2			SOCIALES PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES		PRESTACIONES Y ASISTENCIA SOCIAL	PRESTACIONES DE SALUD Y OTRO	
	2.2	2	3			SOCIALES PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES		PRESTACIONES Y ASISTENCIA SOCIAL	ASISTENCIA SOCIAL EN PENSION	
	2.2	2	4			SOCIALES		PRESTACIONES Y ASISTENCIA SOCIAL	ENTREGA DE BIENES Y SERVICIO	
	2.3.	2	6	3	3	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATA CION DE	SERVICIOS OS, FINANCIEROS	SEGUROS	SEGURO OBLIGATORIO DE VIATICOS Y ASIGNACIONES POR OTROS
	2.3	2	1	all	all	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATA CION DE	SERVICIOS VIAJES	DOMESTICOS/INTERNACIONALES	
	2.3.	2	6	3	99	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATA CION DE	SERVICIOS OS, FINANCIEROS	SEGUROS	SEGUROS DE BIENES
	2.3.	2	6	3	2	BIENES Y SERVICIOS	CONTRATA CION DE	SERVICIOS OS, FINANCIEROS	SEGUROS	SEGURO DE VEHICULOS

Tabla 26. Mecanismos de planificación y/o ejecución de recursos y su distribución en los factores de producción, 2014 (en millones de soles)

Factor de producción	Mecanismo de planificación y/o ejecución de recursos				Gastos de bolsillo	Total recursos gastados en el sector público
	Presupuesto histórico	PpR	SIS	SIS y PpR	Recursos directamente recaudados	
1.1 Insumos médicos	171	364	339	234	145	1 253
1.2 Insumos no médicos	331	244	85	49	132	843
2.1 Capital: Bs y Ss p/mantenimiento	49	29	14	6	25	123
2.2 Capital: compra edificios	693	307	-	-	3	1 003
2.3 Capital: activos (no edificios)	273	358	40	30	35	737
3.1 RRHH médicos/asistenciales	2099	1975	21	3	7	4 104
3.2 RRHH no médicos/no asistenciales	1153	62	7	3	25	1 251
3.3 RRHH indeterminado s	677	801	147	145	103	1 873
4. Otros	296	238	153	80	153	920
TOTAL	5,741	4,379	807	551	628	12 106

Fuente: Elaboración propia con base en SIAF (2014). Las cifras están expresadas en millones de soles y representan el gasto total devengado obtenido del sistema SIAF.

i OECD. 2014. <http://www.oecd.org/latin-america/countries/peru/>. Consulta 29 de mayo 2016.

ii INEI, Encuesta Demográfica y de Salud, 2000-2015.

iii Naciones Unidas. 2016. Metas de Desarrollo Sostenible. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>. Consulta 3 de junio 2016.

iv COTLEAR, Daniel y Christel VERMEERSCH. 2016. Peruvian lessons for the transition from MDGs to SDGs. The Lancet Global Health, Volume 4, Issue 6, e353 - e354.

v INEI. <https://www.inei.gob.pe/cifras-de-pobreza/>. Consulta 2 de junio 2016.

vi Banco Mundial. 2016. El ciclo de commodities en Latinoamérica: Espejismos y dilemas. Abril.

vii Sin embargo, en comparación con otros países de la región América Latina y de la OECD, este gasto en salud en el Perú continúa siendo bajo.

viii MINSA. 2010, 2012. Análisis de Situación de Salud.

ix COTLEAR, Daniel, Somil NAGPAL, Owen SMITH, Ajay TANDON y Rafael CORTEZ, 2015, Going universal: How 24 developing countries are implementing universal health coverage reforms from the bottom up. Washington, DC: World Bank. doi: 10.1596/978-1-4648-0610-0. License: Creative Commons Attribution.

x MINSA. 2015. Cuentas nacionales de salud.

xi Banco Mundial. 2016. Financiamiento de la Salud en el Perú: Análisis de la Situación Actual y Opciones de Política al 2021. Washington, DC.

xii Cálculo propio en base a ENAHO 2014.

xiii Decretos Legislativos N°. 1156 al 1171.