



**“ANÁLISIS Y PROPUESTA DE FINANCIAMIENTO
PARA EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD”**

**Trabajo de Investigación presentado
para optar al Grado Académico de
Magíster en Gestión Pública**

Presentado por

Sr. Faustino Miguel Sánchez Ysurraga

Asesor: Profesor Germán Alarco Tosoni

2018

Dedico la presente investigación a mi madre, por su ejemplo de amor, valor y perseverancia.

Mi agradecimiento a los profesores de la Universidad del Pacífico por compartir sus conocimientos y valiosos consejos; y en especial, al profesor Germán Alarco Tosoni, por su asesoría, dedicación e interesantes consejos durante el desarrollo de la presente investigación.

Resumen ejecutivo

El objetivo de la presente investigación es diseñar una propuesta de financiamiento para el Seguro Integral de Salud (SIS) en el marco del aseguramiento universal en salud (AUS), para lo cual se considera el análisis de las causas del crecimiento de la población asegurada en el SIS, explicando, además, las dificultades y limitaciones que actualmente tiene la institución para financiar la prestación de los servicios de salud.

Con la promulgación de la Ley N°29344 se establece un nuevo modelo de cobertura en salud para la población del país sobre la base de un plan mínimo de beneficios denominado Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) (Congreso de la República 2009). La implantación del aseguramiento universal en salud garantiza que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud de calidad y en forma oportuna, priorizando a la población de menores recursos. Esta Ley establece que el SIS financia en forma exclusiva el régimen subsidiado (gratuito).

En el año 2017 el SIS registró una población afiliada de 16,5 millones de personas, que representa el 52% de la población del país; habiéndose asignado en ese mismo año un presupuesto de S/ 1.410 millones de soles para financiar 74,1 millones de atenciones de salud. El rápido crecimiento de los asegurados en el SIS en los últimos años ha causado dificultades en la atención de los servicios en los establecimientos de salud, ocasionando -sobre todo en los hospitales- el colapso de los servicios por la creciente demanda de los afiliados del SIS, generando malestar en la población asegurada.

El presente trabajo se ha desarrollado dentro del alcance de la investigación descriptiva y explicativa sobre las características del aseguramiento universal en salud y su financiamiento. El diseño de investigación considera la investigación no experimental, ya que en el presente trabajo no se manipulan las variables observadas. También considera el estudio transversal y longitudinal, ya que se toman los datos en un tiempo determinado y en varios periodos para analizar los cambios que ocurren en el tiempo. Este trabajo se basa en información secundaria y estudios de fuentes especializadas en el aseguramiento universal en salud

Los resultados y hallazgos obtenidos en el presente trabajo destacan el crecimiento de la población, los cambios demográficos, y su incidencia en la salud. El fenómeno de la urbanización ha generado cambios en los hábitos y estilos de vida de las personas que explican el incremento de enfermedades como la diabetes, obesidad, hipertensión arterial, cáncer, y enfermedades

cardiovasculares que -en conjunto- explican el 63% de las muertes. El crecimiento de la población adulta mayor de 65 años se acentuará en el mediano y largo plazo debido a los avances en tecnología y procedimientos, mejoras en las medicinas y mayor acceso a los servicios de salud, situación que conlleva a la reducción de la mortalidad y al incremento de la esperanza de vida.

El sistema de salud en el país se caracteriza por su segmentación y fragmentación. Los subsectores de la seguridad social, públicos y privados, operan independientemente con sus propias reglas y redes de proveedores, además de atender a poblaciones diferentes: EsSalud está dirigido a los trabajadores formales y se financia con aportes (contribuciones) de los empleadores; el SIS está dirigido a las poblaciones vulnerables y de menores ingresos, y se financia con recursos públicos (tributos).

El gasto en salud en el país representa el 5% del Producto Bruto Interno (PBI), indicador bajo a comparación de los otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y de la región. Asimismo, el financiamiento del SIS representa el 10% del gasto del sector salud a nivel nacional, a pesar de que la Ley AUS establece que el régimen subsidiado (gratuito) es financiado con recursos públicos (tributos) en forma exclusiva a través del SIS (Congreso de la República 2009).

La implantación del aseguramiento universal ha permitido incrementar la cobertura de salud en el país beneficiando al 87% de la población, estructurada de la siguiente manera: el SIS (subsidiado) con el 52%; EsSalud (contributivo) con el 30%, y seguros privados con el 5%, por lo que se estima una brecha del 13% de la población (4,2 millones de habitantes) que aún no acceden a un seguro de salud, siendo en su mayoría población de menores ingresos.

La presente investigación considera priorizar el gasto de salud hasta un 15% del presupuesto público; el cierre de la brecha de la población no asegurada; redefinir las funciones del SIS priorizando el financiamiento de los medicamentos a los establecimientos de salud (públicas); considerando que no es suficiente el incremento de los recursos financieros. Además, se propone reestructurar y modernizar la gestión en el sector salud fortaleciendo la transparencia.

Finalmente, este trabajo recomienda la implementación de la propuesta planteada, sugiriéndose promover futuras investigaciones en el aseguramiento universal que definan las prioridades de la salud en el país para lograr su desarrollo sostenido.

Índice

Índice de tablas.....	x
Índice de gráficos	xi
Índice de anexos	xii
Resumen ejecutivo.....	iv
Capítulo I. Introducción	1
Capítulo II. Planteamiento del problema.....	3
1. Antecedentes.....	3
2. Planteamiento del problema.....	4
3. Preguntas de investigación.....	4
3.1 Pregunta general	4
3.2 Preguntas específicas	4
4. Objetivos de la investigación	5
4.1 Objetivo general.....	5
4.2 Objetivos específicos	5
5. Justificación	5
6. Alcances y limitaciones	6
Capítulo III. Marco teórico	7
1. Economía de la salud	7
1.1 Microeconomía de la salud	8
1.2 Mercado	10
1.3 Fallos del mercado	10
1.4 Asimetría de la información.....	10
1.5 Bienes públicos	11
1.6 Incertidumbre, riesgo y aseguramiento.....	11
1.7 Macroeconomía de la salud	12
2. Políticas públicas	12
3. Marco normativo.....	14
3.1 Constitución Política.....	14
3.2 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS).....	14

3.2.1 Principios y características.....	15
3.2.2 Los agentes del aseguramiento universal en salud	15
3.2.3 Los planes de aseguramiento	17
3.2.4 Financiamiento del aseguramiento universal.....	17
Capítulo IV. Metodología de investigación.....	18
1. Alcance de la investigación	18
2. Diseño de la investigación	18
3. Conveniencia de la investigación.....	19
4. Recolección de datos.....	19
Capítulo V. Situación del sistema de salud y del aseguramiento universal	20
1. Tendencia y situación demográfica nacional	20
1.1 Urbanización.....	21
1.2 Envejecimiento de la población	22
1.3 Población vulnerable y en situación de pobreza	24
2. Perspectivas del aseguramiento universal en salud.....	25
2.1 Beneficios sanitarios	25
2.2 Beneficios económicos	26
2.3 Beneficios políticos.....	27
2.4 Cambios institucionales	28
3. Análisis del contexto económico nacional.....	29
3.1 Contexto económico	29
3.2 Economía informal.....	31
4. Diagnóstico y análisis del sistema de salud	32
4.1 Seguridad social de salud.....	32
4.2 Subsector público.....	33
4.3 Subsector privado	33
4.4 Recursos humanos	35
5. Descripción y evaluación de los indicadores de salud	36
5.1 Esperanza de vida	36
5.2 Desnutrición crónica infantil.....	37
5.3 Mortalidad infantil	38
5.4 Mortalidad materna.....	39
6. Descripción y análisis del Seguro Integral de Salud (SIS)	40

7. Análisis del financiamiento del aseguramiento universal.....	44
7.1 Principales fuentes de financiamiento del sector salud.....	46
7.2 Financiamiento del régimen contributivo	46
7.3 Financiamiento del régimen subsidiado.....	47
7.4 Análisis comparativo del financiamiento de EsSalud y el SIS	48
Capítulo VI. Análisis de los sistemas de salud en otros países	49
1. Reino Unido.....	49
2. Alemania.....	51
3. Australia.....	53
4. Holanda.....	54
5. Estados Unidos	57
Capítulo VII. Propuesta de mejora para el financiamiento	59
1. Propuestas de financiamiento para el SIS.....	59
1.1 Priorizar el gasto en salud incrementando gradualmente el gasto de salud en el sector público hasta alcanzar el 15% del presupuesto público.....	59
1.2 Incentivar con beneficios tributarios a las pequeñas y microempresas que se formalicen, promoviendo la afiliación de sus trabajadores al SIS en el régimen subsidiado	60
1.3 Eliminación del régimen semicontributivo	60
1.4 El SIS, en coordinación con el Reniec y el Midis, debe lograr el aseguramiento de la población de menores recursos y vulnerables que aún no cuentan con un seguro de salud, quienes deben ser su prioridad.....	61
1.5 El SIS financiará en exclusividad el gasto en medicamentos a todas las Ipress públicas a nivel nacional.....	61
1.6 Revisión del PEAS a fin de ofrecer las prestaciones de salud mínimas que realmente puedan cumplirse a los asegurados en base a la capacidad financiera del aseguramiento universal	62
1.7 Reestructurar el sistema de salud a nivel nacional priorizando la modernización de la gestión para mejorar la prestación de los servicios de salud	62
1.8 Establecer mayor transparencia en las adquisiciones de los medicamentos genéricos y las compras de los servicios de salud.....	62
2. Monitoreo y seguimiento de la implementación.....	63

Conclusiones y recomendaciones	64
1. Conclusiones	64
2. Recomendaciones	67
Bibliografía	68
Anexos	75
Nota biográfica	83

Índice de tablas

Tabla 1.	Agentes del aseguramiento universal en salud	16
Tabla 2.	Regímenes de financiamiento del AUS.....	17
Tabla 3.	Crecimiento de la población mundial.....	20
Tabla 4.	Composición de la población por grupos de edad (millones de personas).....	23
Tabla 5.	Regímenes de financiamiento y seguros del SIS.....	41
Tabla 6.	Presupuesto del sector público, sector salud y el SIS (%).....	46
Tabla 7.	Contribuciones a EsSalud y asegurados 2016	48
Tabla 8.	Gastos del SIS por prestaciones de salud y asegurados 2016.....	48
Tabla 9.	Seguro de salud, países seleccionados.....	50
Tabla 10.	Indicadores básicos de salud	58
Tabla 11.	Porcentaje de los sectores según el Presupuesto Público 2018	60

Índice de gráficos

Gráfico 1.	Demanda y estado de salud	9
Gráfico 2.	Población urbana (% del total)	21
Gráfico 3.	Crecimiento de la población urbana y rural en el Perú.....	22
Gráfico 4.	Cambios de la pirámide población del Perú entre 1950 y 2050	23
Gráfico 5.	Tres dimensiones a tener en cuenta en el aseguramiento universal.....	27
Gráfico 6.	Sistema de salud en el Perú	34
Gráfico 7.	Esperanza de vida al nacer 1990-2012	36
Gráfico 8.	Menores de cinco años con desnutrición crónica (% del total)	37
Gráfico 9.	Tasa de mortalidad menores de 5 años (por cada 1.000).....	38
Gráfico 10.	Mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)	39
Gráfico 11.	Población peruana y asegurados SIS	42
Gráfico 12.	Transferencias financieras versus atenciones de salud - SIS.....	43
Gráfico 13.	Financiamiento de las atenciones de salud, porcentaje. Perú 1995 - 2012.....	45
Gráfico 14.	Tendencia de crecimiento del PBI y los gastos de salud (millones de soles) ..	45

Índice de anexos

Anexo 1.	Efectos adversos de los cambios de situación laboral en la salud	76
Anexo 2.	Población mundial 2010 y 2050	76
Anexo 3.	Comparación de las estimaciones del Índice HAQ (acceso y calidad de la salud) periodo 1990 – 2015 por países.	77
Anexo 4.	Establecimientos de salud según nivel de atención	77
Anexo 5.	Elementos fundamentales del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.....	78
Anexo 6.	Profesionales de la salud	78
Anexo 7.	Regímenes, seguros y aportaciones a EsSalud	79
Anexo 8.	Mortalidad en menores de cinco años, urbano y rural (por cada 1.000).....	80
Anexo 9.	Pirámide poblacional asegurada al SIS 2016 (en miles)	80
Anexo 10.	Distribución del gasto de las transferencias financieras del SIS	81
Anexo 11.	Regímenes, seguros y aportaciones del Seguro Integral de Salud (SIS)	81
Anexo 12.	Las diez fuentes principales de la falta de eficiencia.....	82
Anexo 13.	Comparación de gastos de salud de los gobiernos regionales versus transferencias financieras del SIS, año 2017	82

Capítulo I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca desde su acta de creación que toda persona debe tener acceso a los servicios de salud que necesita. Se promueve en los Estados miembros la implantación de la cobertura universal de salud para contribuir a la satisfacción de las necesidades de atención sanitaria de su población, la mejora de la calidad, la reducción de la pobreza, y el cumplimiento de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente. En ese contexto, todos los Estados miembros han acordado alcanzar la cobertura sanitaria universal a más tardar en el 2030, en el marco de la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OMS 2017).

Con la implantación del aseguramiento universal en salud en el país se garantiza el derecho de toda persona a la seguridad social en salud; gracias a él toda la población del Perú dispone de un seguro de salud que le permita acceder a estos servicios en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, priorizando a la población de menores recursos.

La situación descrita y la grata experiencia de laborar en el sector salud motivaron la elección del presente trabajo de investigación cuya estructura contiene siete capítulos. En el segundo capítulo se considera el planteamiento del problema, las preguntas de investigación y los objetivos del trabajo que permitan plantear una propuesta de financiamiento para el SIS en el marco del aseguramiento universal; planteando, además, las causas del crecimiento de la población asegurada en el SIS y los factores que explican las dificultades y limitaciones del financiamiento de este seguro para la prestación de los servicios de salud.

En el tercer capítulo se considera el marco teórico, señalando el concepto de la economía de la salud y su alcance, así como las políticas públicas en salud y su incidencia de las decisiones en la población asegurada en el SIS; además de analizar el marco normativo del aseguramiento universal en salud. En este capítulo se incorporan los derechos a la salud previstos en la Constitución Política del Perú y la Ley marco del aseguramiento universal.

El cuarto capítulo considera la metodología de investigación, describiéndose las características del aseguramiento universal en salud y su financiamiento. Asimismo, esta investigación tiene un alcance correlacional que explica las interrogantes y las relaciones existentes sobre el aseguramiento universal que promueve el acceso de la población a los servicios de salud que priorizan a la población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema.

En el quinto capítulo se desarrolla la situación del sistema de salud y del aseguramiento universal, considerando la tendencia y situación demográfica del país debido al fenómeno de la urbanización y el cambio demográfico que señalan el rápido crecimiento de la población adulta mayor en las siguientes décadas, en contraste con la disminución de la población joven. También se analiza el contexto económico nacional y las perspectivas en el mediano plazo, señalando la incidencia de la economía informal en la salud, sobre todo el empleo informal que representa el 72,8% de la fuerza laboral en el país.

Por otra parte, se evalúa el sistema de salud que se caracteriza por su segmentación, describiendo la seguridad social y el subsector público y privado, donde cada subsector opera independientemente, con sus propias reglas y redes de proveedores y atendiendo poblaciones diferentes. Se consideran, además, los indicadores de salud que permiten medir los avances y estos se comparan con los países de la OCDE y países de la región. Luego se describe al SIS en el marco del aseguramiento universal y su incidencia en el crecimiento de la población asegurada en el país. Al final, se considera el financiamiento del aseguramiento universal señalando las principales fuentes que permiten su sostenimiento.

En el sexto capítulo se analizan los sistemas de salud de otros países, resaltando aquellos que forman parte de la OCDE como el Reino Unido, Alemania, Australia, Holanda y Estados Unidos, donde se han logrado avances importantes en el tema de la salud, a pesar de que tienen sistemas diferentes: algunos consideran una mayor participación del Estado y otros, una mayor participación del sector privado. La evaluación de la prioridad de un sistema sobre otro rebasa los alcances de este trabajo de investigación.

En el capítulo séptimo se presenta la propuesta de mejora para el financiamiento del Seguro Integral de Salud donde se considera priorizar el gasto de salud en el sector público; el cierre de la brecha de la población no asegurada; la redefinición de las funciones del SIS priorizando el financiamiento de los medicamentos de los establecimientos de salud públicos; y la reestructuración y modernización de la gestión en el sector salud. Finalmente, se desarrollan las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo que permitirán lograr mejoras en la gestión de este seguro en beneficio de la población de menores recursos, debiendo tenerse claro que el aseguramiento universal es un derecho y un deber de todos.

Capítulo II. Planteamiento del problema

El presente capítulo desarrolla los antecedentes de la situación de la salud en el mundo y en el país. Esta información permitió establecer el planteamiento del problema a través de las preguntas de investigación y definir los objetivos del trabajo, así como la justificación, el alcance y las limitaciones respectivas.

1. Antecedentes

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud «[...] cerca de la mitad de la población mundial carece de acceso integral a los servicios sanitarios básicos. Cerca de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza extrema (viven con US\$ 1,90 al mes o menos¹) por tener que pagar los servicios de salud de su propio bolsillo. Más de 800 millones de personas (casi el 12% de la población mundial) gastan al menos un 10% de su presupuesto familiar para pagar los servicios de salud. Todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas han acordado tratar de alcanzar la cobertura sanitaria universal a más tardar en 2030, en el marco de la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible» (OMS 2017).

Según la información de los indicadores básicos de salud reportada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2017), el Perú tiene una población estimada de 32,1 millones de personas, con una esperanza de vida de 75 años. La tasa de desnutrición crónica en niños menores de cinco años alcanza el 14,3%. Asimismo, cuenta con los siguientes profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes: 11,9 médicos; 12,7 enfermeras y 1,9 dentistas, cifras ligeramente por debajo del promedio de América Latina. El gasto en salud representa el 28,6% con relación al gasto total.

En el año 2009 se promulgó la Ley N°29344, Ley del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), que marcó un importante avance en la política de salud a favor de la población, donde se garantiza el derecho de toda persona a la seguridad social en salud, permitiendo que los peruanos dispongan de un seguro que les permita acceder a los servicios de salud, dando oportunidad sobre todo a la población de menores recursos para que no tengan dificultades financieras al momento de pagar por atenciones médicas (Congreso de la República 2009).

¹ Paridad del poder adquisitivo 2011.

2. Planteamiento del problema

A fines del 2017 el Seguro Integral de Salud (SIS) registró una población asegurada de 16,5 millones de personas, que representa el 52% de la población del país; de esa población afiliada, el 99% corresponde al régimen subsidiado, habiéndose aprobado para ese año un presupuesto de S/ 1.410 millones para financiar 74,1 millones de atenciones de salud a nivel nacional (SIS 2017a, 2017b).

El rápido crecimiento de la afiliación en el SIS en los últimos años no ha ido al mismo ritmo de la asignación presupuestal. Esta situación ha causado dificultades en la atención de los servicios en los establecimientos de salud, ocasionando -sobre todo en los hospitales- el colapso de los servicios por la creciente demanda de los afiliados del SIS. A esto se suma el insuficiente financiamiento del SIS a los establecimientos de salud, generando malestar en la población asegurada, sobre todo en la población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema.

3. Preguntas de investigación

Habiéndose planteado el problema de investigación es importante señalar las siguientes preguntas de investigación.

3.1 Pregunta general

- ¿Cuáles son las dificultades y limitaciones para el financiamiento del aseguramiento universal en salud en el Seguro Integral de Salud?

3.2 Preguntas específicas

- ¿Cómo se explicaría el crecimiento de más del 50% de la población del país esté asegurada en el SIS, teniendo en cuenta que la pobreza en el Perú ha disminuido a menos del 25% de la población?
- ¿Qué mejoras se puede lograr en el aseguramiento universal en salud específicamente en las prestaciones de los servicios de salud que financia el SIS?

4. Objetivos de investigación

El presente estudio plantea los siguientes objetivos que orientarán el trabajo de investigación:

4.1 Objetivo general

- Determinar una propuesta que permita mejorar el financiamiento del aseguramiento universal en salud en el Seguro Integral de Salud.

4.2 Objetivos específicos

- Analizar las causas del crecimiento de la población asegurada en el SIS.
- Explicar las causas que dificultan y limitan el financiamiento del SIS para la prestación de los servicios de salud.

5. Justificación

El desarrollo del presente trabajo es importante para la gestión del SIS, ya que el análisis del financiamiento y los aportes que se propongan permitirán la mejora de su gestión. Esto redundará en mejores servicios de salud a la población asegurada del SIS, siendo prioritaria la población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema.

Asimismo, permitirá tener una mejor comprensión de la población afiliada al SIS y la capacidad y limitaciones del financiamiento para el aseguramiento universal en salud en este seguro. Los resultados permitirán efectuar recomendaciones de carácter técnico que sustentarán la demanda de recursos presupuestarios ante la Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Esto comprenderá señalar criterios técnicos para una mejor priorización del gasto público.

El presente trabajo es viable debido a la accesibilidad a la información pertinente y a la experiencia del autor al laborar actualmente en la institución, lo que le permite tener mayor conocimiento del tema y acceder a la situación interna. Asimismo, la investigación demandó un gran esfuerzo para recolectar la información, siendo factible el acceso a la información presupuestaria, población asegurada y procedimientos técnicos en el proceso de implementación del AUS en el SIS, así como acceso al personal involucrado en el AUS.

6. Alcance y limitaciones

La presente investigación realiza un estudio descriptivo y analítico del financiamiento del SIS en el marco del aseguramiento universal en salud, para lo cual considera el análisis demográfico de la población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema, ya que es la población objetivo del SIS, así como el diagnóstico y análisis del actual sistema de salud y como está organizado en el marco de las normas del aseguramiento universal.

En ese contexto, se estudia la situación y evaluación demográfica nacional; la situación de la población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema, y la población que es atendida por el SIS para determinar la brecha aún existente de personas que no tienen acceso a ningún tipo de seguro. También se analiza qué servicios están cubiertos mediante el financiamiento del SIS, así como las limitaciones para satisfacer los servicios que brindan las entidades prestadoras de salud, para lo cual se describen y analizan las funciones que realizan, teniendo en cuenta que este seguro es el financiador exclusivo del régimen subsidiado.

Es pertinente señalar que en la presente investigación se analiza el régimen subsidiado así como el contributivo, pero no se profundiza en el análisis de este último debido a que no es el objeto principal de este trabajo; tampoco, se ahonda en el régimen semicontributivo porque representa al 1% de los beneficiarios del SIS. El periodo de análisis comprende del año 2012 al 2017.

El trabajo considera el análisis de los indicadores de salud que señala la OMS y que permiten medir los avances y logros del aseguramiento universal. También incluye el análisis comparativo con otros países, especialmente en indicadores como esperanza de vida, reducción de la desnutrición crónica infantil, reducción de la mortalidad materna y reducción de la mortalidad, en el marco de los objetivos de desarrollo sostenible del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Asimismo, se considera el análisis de la situación de los sistemas de salud en el Reino Unido, Alemania, Australia, Holanda y Estados Unidos, países elegidos por ser miembros de la OCDE - organización a la cual el Perú aspira ingresar-, y porque han logrado importantes avances en sus sistemas de salud, a pesar de tener organizaciones diferentes ya que en algunos casos predomina el sector público y en otros el privado.

Capítulo III. Marco teórico

Para el desarrollo de la presente investigación es conveniente establecer el marco teórico. Considerando que esta comprende el análisis del financiamiento del aseguramiento universal en salud es necesario señalar el concepto de economía de la salud y su alcance en este sector, así como la definición de las políticas públicas y su incidencia de las decisiones en la población asegurada en el SIS a través del financiamiento del aseguramiento universal. Asimismo, se define el marco normativo del aseguramiento universal y su relevancia en este estudio.

1. Economía de la salud

Para definir la economía de la salud es pertinente conceptualizar ambas palabras por separado. Para Samuelson y Nordhaus (2006) la economía es la ciencia que estudia cómo los hombres y la sociedad eligen las opciones para la utilización de sus recursos escasos para producir, distribuir o consumir, entre los diferentes individuos, bienes y servicios en corto, mediano y largo plazo. También analiza los costos y los efectos de dicho patrón de asignación.

Al definir la economía se desprende la existencia del problema económico: ya que los recursos son escasos entonces, ¿cómo asignarlos? Aquí es oportuno definir el concepto fundamental de escasez como aquella situación en que los bienes o servicios son limitados en relación con los deseos. Para que la economía haga el mejor uso de los recursos limitados es necesario entender otros conceptos fundamentales como la eficiencia, que es el menor uso de insumos siendo eficaz para cumplir con los objetivos establecidos al satisfacer las necesidades y deseos de las personas.

Según estos autores «[...] la esencia de la teoría económica es reconocer la realidad de la escasez y luego encontrar la manera de organizar a la sociedad de tal manera que logre el uso más eficiente de sus recursos. Es ahí donde la economía hace su contribución exclusiva» (Samuelson y Nordhaus 2006).

La OMS define la salud como «[...] el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedad» (OMS 2014). Es pertinente agregar, además, el bienestar espiritual que permita desarrollar al máximo el potencial de la persona humana, por lo que esta definición va más allá de los recursos materiales.

Según Rodríguez-Ledesma (2007) «[...] la economía de la salud es la rama de la economía que estudia cómo se utilizan los recursos para satisfacer las necesidades de salud, ya sea en el contexto de un individuo o en el de un grupo de población. Se basa en las premisas de la economía (medir, comparar y administrar costos e insumos para obtener productos o consecuencias deseadas) aplicadas a la producción en el campo de la salud. Abarca la prevención, curación y el pronóstico, con metas que deben estar enfocadas al cumplimiento de un servicio eficiente, con equidad y calidad. La unión debe ser tan completa que abarque incluso conceptos éticos».

1.1 Microeconomía de la salud

El estudio de la economía comprende un conjunto muy amplio de fenómenos, y se organiza en dos ramas. La primera es la microeconomía, que estudia el comportamiento económico de productores y consumidores que conforman el mercado. Considerando el tema de la salud se puede distinguir como productores a los médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos y otros profesionales de la salud, así como las clínicas, hospitales y los laboratorios; los consumidores son todas las personas que demandan servicios de salud, es decir, casi toda la población del país, que por lo general se les denomina pacientes o usuarios; los costos y precios son determinados por los productores en base a las condiciones del mercado.

Uno de los temas relevantes en el estudio de la microeconomía es la demanda del consumidor que se explica mediante el concepto de utilidad, que es la satisfacción relativa que un consumidor obtiene a partir del uso de diferentes bienes; siendo la utilidad marginal el punto importante ya que, a medida que aumenta la cantidad consumida de un bien, la satisfacción tenderá a ser decreciente, lo que se denomina la teoría de la utilidad marginal decreciente (Samuelson y Nordhaus 2006).

Otro tema interesante es la elasticidad precio de la demanda, que mide la respuesta de la cantidad demandada ante un cambio en el precio. La elasticidad precio se divide en tres categorías:

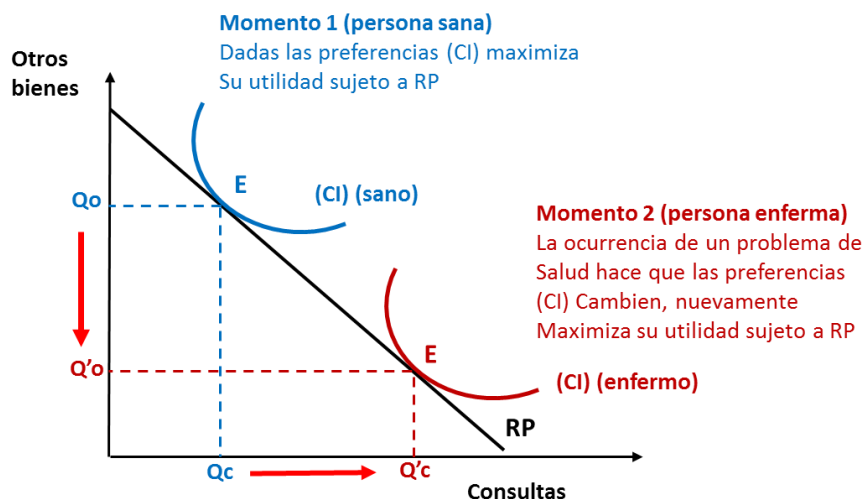
- La demanda es elástica cuando el cambio porcentual de la cantidad demandada supera el cambio porcentual del precio; es decir, $E_d > 1$.
- La demanda es inelástica cuando el cambio porcentual de la cantidad demandada es menor que el cambio porcentual del precio; es decir, $E_d < 1$.
- Cuando el cambio porcentual de la cantidad demandada es igual al cambio porcentual del precio se tiene la elasticidad unitaria; es decir, $E_d = 1$.

En el caso de los bienes o servicios de salud, por lo general, la demanda es inelástica, como ocurre con la insulina, por ejemplo: aunque aumente su precio los enfermos de diabetes seguirán consumiendo la misma cantidad de insulina sino pondrían en riesgo su vida, cumpliéndose la definición que ante un cambio en el precio la cantidad demandada no varía.

La elasticidad ingreso mide la respuesta de la cantidad demandada ante un cambio en el ingreso; los bienes y servicios se definen en base a su elasticidad ingreso: bienes normales, aquellos cuya demanda aumenta ante el aumento del ingreso; y bienes inferiores, aquellos en los que ante un aumento del ingreso disminuye la demanda. Los servicios de salud, por lo general, son bienes normales: cuando las personas aumentan su ingreso también aumenta su demanda de servicios de salud.

En el caso de la demanda y el estado de salud es pertinente considerar la curva de indiferencia (CI), que representa todas las combinaciones de bienes de consumos igualmente deseables dentro de la CI y es concordante con la utilidad marginal decreciente. Por ejemplo, en el caso de los servicios de salud (consultas) y otros bienes y servicios, se ve la incidencia cuando la persona está sana y cómo cambia la CI cuando está enferma, como puede observarse en el gráfico 1 ya que las personas maximizan su utilidad de acuerdo a su restricción presupuestaria (ingreso).

Gráfico 1. Demanda y estado de salud



Nota: CI: Curva de indiferencia; RP: Restricción presupuestaria; Q: Cantidad.
Fuente: Prieto, s.f.:6.

1.2 Mercado

La mayoría de las decisiones económicas se toman en los mercados, donde se reúnen compradores y vendedores para efectuar transacciones y determinar precios y cantidades de bienes y servicios. A pesar de estar lejos de ser perfectos, los mercados han probado ser sumamente eficaces para resolver los problemas del cómo, qué y para quién producir (Samuelson y Nordhaus 2006).

En el sector salud se pueden distinguir varios mercados: mercado de servicios de salud, que considera consultas, servicios de diagnósticos, medicamentos y hospitalización; el mercado de seguros; mercado de productos farmacéuticos y otros insumos médicos, y mercados de equipos y tecnologías de uso médico.

En un mercado competitivo, la demanda (es decir, los consumidores) toma sus decisiones según sus preferencias y en base a su restricción presupuestaria; por el lado de la oferta, los productores toman sus decisiones de cuánto producir en base a sus costos (minimizan costos), llegando al equilibrio competitivo cuando ambos coinciden en un punto en común.

1.3 Fallos del mercado

El modelo de competencia perfecta está basado en supuestos como: elección racional, información perfecta, bienes homogéneos, entre otros; sin embargo, en el mundo real, al menos uno de esos supuestos no se cumple, lo que explica la existencia de fallos del mercado, por lo que este puede considerarse como una de las justificaciones para la intervención del Estado o de algún otro mecanismo de acción colectiva para corregir el mercado. Un fallo de mercado es una situación que se produce cuando el mercado no es capaz de asignar los recursos de forma eficiente; estos fallos suelen estar asociados con asimetrías de información, externalidades y bienes públicos.

1.4 Asimetría de la información

Por lo general, el mercado de seguros de salud privados tiene información asimétrica, en el cual el asegurador no tiene información completa sobre el estado de salud de cada persona al momento de su ingreso al servicio. Se puede predecir la desaparición del seguro por el fenómeno de la selección adversa ya que, ante los incrementos de las primas, las personas de riesgos más bajos

tienden a retirarse y solamente desean continuar cubiertas las de riesgos mayores (Akerlof 1970:488-500).

Para que los seguros privados puedan continuar su permanencia en el mercado reaccionan y practican selección de riesgos, buscando concentrar su oferta en los mejores riesgos (gastos bajos); por ejemplo, personas en determinada edad que no tienen mucho riesgo de enfermarse (personas hasta los 60 años), y a dejar por fuera a población de ingresos bajos y riesgos altos (personas mayores de 60 años y que adolecen de alguna enfermedad preexistente), además de quienes por problemas de información o preferencia por la incertidumbre no demandan el seguro.

El riesgo moral considera un comportamiento oportunista en donde una de las partes busca su propio beneficio a costa de que la otra no pueda observar o estar informada de su conducta; es decir, la persona asegurada puede ser más despreocupada en su salud que un no asegurado por el hecho mismo de tener un seguro que cubriría cualquier riesgo en su salud.

1.5 Bienes públicos

Según O’Kean (2013) señala que «[...] la sanidad no es un bien público, es un bien privado al igual que la educación, por lo que es importante aclarar esta cuestión. En el análisis económico, un bien público es aquel que tiene dos características: no es un bien rival y no es un bien excluyente, lo que hace que la iniciativa privada no quiera producir este tipo de bienes en la medida que no puede cobrar por ellos a quienes los están disfrutando. Por eso los bienes públicos son considerados un fallo de mercado y requiere que el Estado intervenga si se considera que es bueno dotar de estos bienes a sus ciudadanos».

1.6 Incertidumbre, riesgo y aseguramiento

En economía la incertidumbre significa impredecibilidad o previsión imperfecta de los sucesos futuros. Es una situación en la cual no se conoce completamente la probabilidad de que ocurra un determinado evento; por ejemplo, no se sabe cuándo la persona tendrá un problema de salud, no se sabe cuántos servicios va a necesitar (costos) para tratar dicho problema. La incertidumbre se entiende como riesgos, así existe el riesgo de enfermarse y el riesgo de incurrir en gastos en salud. Las personas tienen aversión al riesgo y por eso están dispuestas a pagar para evitar la incertidumbre y tratan de estar aseguradas para protegerse del riesgo de salud.

Según Arrow (1963) la incertidumbre es la característica fundamental de los mercados de salud, lo que los convierte en mercados contingentes. Las atenciones de salud pueden ser muy costosas y no existe la certeza del pago de las atenciones; por lo que los proveedores de salud no tendrían incentivos para instalar una capacidad de atención acorde con las necesidades reales de la población.

Considerando este problema esencial se llega a la creación del seguro de salud, tanto como solución de mercado (seguro privado) como de política pública (seguridad social). Sin embargo, en estos mercados predomina la información asimétrica, por lo que el seguro también se ve sometido a varios problemas que amenazan su propia existencia y demandan ciertas políticas.

1.7 Macroeconomía de la salud

La segunda rama que estudia los fenómenos económicos se denomina macroeconomía; estudia los indicadores globales de la economía mediante el análisis de las variables agregadas como el monto total de bienes y servicios producidos, el total de los ingresos, el nivel de empleo, de recursos productivos, el tipo de cambio y el comportamiento general de los precios.

En el sector salud interesa conocer los flujos financieros en todo este sistema; ello permitirá sacar conclusiones sobre la situación de salud, su financiamiento y el potencial de desarrollo económico de un país. Según Rathe (s.f.) «[...] Mediante la macroeconomía de la salud se puede saber si ésta se distribuye equitativamente entre toda la población o si hay grupos menos favorecidos. A través del financiamiento público, el Estado tiene el potencial de mejorar la equidad y reducir la pobreza; de esta forma, contribuye al desarrollo de la sociedad».

2. Políticas públicas

Las políticas públicas son el eje fundamental para el desarrollo de los gobiernos ya que definen el rumbo del Estado a través de los objetivos y metas que permiten responder la interrogante: ¿qué hace el Estado para atender las necesidades de la población? Dye (2008) define a las políticas públicas como «[...] es todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer», esta aparente simplicidad en su definición conlleva a tener una gran comprensión de los problemas y un tolerante manejo de negociación entre los diferentes actores políticos, teniendo en cuenta que estos actores intervienen en la compleja decisión de establecer prioridades junto con la ciudadanía, cuya participación cada vez es mayor.

Según la OMS (2008) es importante establecer políticas públicas eficaces para la salud ya que las personas desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan esta situación; la atención primaria, el acceso universal y la protección social representan las principales respuestas a estas expectativas. Las personas esperan que sus gobiernos instauren una serie de políticas públicas cuyas disposiciones abarquen los diferentes niveles de gobierno (locales, regionales y nacional), y sin las cuales la atención primaria y la cobertura universal perderían gran parte de su impacto y su sentido.

Dentro de las políticas a priorizar se tiene un primer grupo que considera las políticas de los sistemas de salud (relacionadas con los medicamentos esenciales, la tecnología, el control de la calidad, los recursos humanos, la acreditación, entre otras), de las que dependen la atención primaria y la reforma del aseguramiento universal. Otro segundo grupo comprende a las políticas y los programas técnicos que ofrecen a los equipos de atención primaria orientaciones para hacer frente a problemas de salud prioritarios. Incluyen las intervenciones de salud pública clásicas, desde la higiene pública y la prevención de enfermedades, hasta la promoción de la salud.

También se deben considerar políticas públicas que contemplan la capacidad de respuesta rápida en régimen de mando y control para hacer frente a las amenazas graves para la salud pública, en particular epidemias y catástrofes. El terremoto de agosto del 2007 en Ica y el Fenómeno del Niño del 2017 que afectó a casi toda la costa revelaron que el país no está preparado para atender estos problemas que tuvieron fuerte impacto en la salud pública.

Un tercer conjunto de políticas se conoce como “la salud en todas las políticas”, y se basa en el reconocimiento de que es posible mejorar la salud de la población mediante políticas en otros sectores; por ejemplo, los contenidos de salud en los planes de estudio escolares, las políticas industriales en pro de la igualdad de género, y la seguridad de los alimentos y los bienes de consumo, son cuestiones que pueden influir profundamente en la salud de comunidades enteras o incluso determinarla. Estas se deben abordar mediante una colaboración intersectorial intensiva que conceda la debida importancia a la salud en todas las políticas.

La salud de las personas también está determinada, en gran medida, por factores sociales y económicos y, consiguientemente, por políticas y acciones ajenas al sector salud. Los cambios en el lugar de trabajo, por ejemplo, pueden tener diversas consecuencias para la salud como se muestra en el anexo 1.

Uno de los elementos señalados por la OMS (2008) es la poca inversión en salud, pese a los beneficios y al relativo bajo costo de unas políticas públicas mejores. Al respecto, su potencial sigue estando -en gran medida- infrautilizado en todo el mundo. El sector salud ha procedido de manera muy poco sistemática para mejorar las políticas públicas, basándose en datos fragmentarios y tomando decisiones erráticas.

Pese a los progresos logrados en los últimos años sigue siendo difícil encontrar información sobre la eficacia de intervenciones dirigidas, por ejemplo, a corregir inequidades sanitarias y, cuando existe, solo un círculo privilegiado de expertos tiene acceso a ella. Por consiguiente, la falta de información y pruebas científicas son algunas de las explicaciones de la escasa inversión.

3. Marco normativo

A continuación, se presentan las principales normas que enmarcan y definen las acciones del gobierno en el aseguramiento universal en salud y el financiamiento público de la misma en beneficio de la población:

3.1 Constitución Política

La Constitución Política (Congreso de la República 1993) es la norma fundamental y de mayor nivel en el ordenamiento jurídico y político en el país, incluye los derechos fundamentales de las personas, consagrando el derecho que todos tienen a la protección de la salud (artículo 7). Además, establece que el Estado determina la política nacional de salud a través del Poder Ejecutivo (artículo 9), siendo el Ministerio de Salud el que tiene la responsabilidad de que estos servicios sean accesibles y equitativos a todas las personas. Asimismo, el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida (artículo 10).

3.2 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS)

En el año 2009 se promulgó la Ley N°29344, denominada Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, que define al AUS 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 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) (Congreso de la República 2009). Al año 2017 el 87% de la población afiliada tiene asegurada la cobertura del PEAS. Los elementos fundamentales del PEAS se describen en el anexo 5

3.2.1 Principios y características

Los principios del aseguramiento universal en salud establecen las acciones y orientan el proceso de su implantación. Los más relevantes son:

- **Principio de universalidad.** Considera que la salud es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política del Perú, debiendo el gobierno garantizar la protección de la salud a todos los residentes del país sin discriminación.
- **Principio de solidaridad.** Señala que el costo de las prestaciones se financia con el aporte de los contribuyentes y del Estado a través de los impuestos que recauda.
- **Principio de equidad.** Considera que los servicios de salud deben ser brindados a toda la población, priorizando a la población vulnerable y de menos recursos, ofreciendo financiamiento subsidiado a estos últimos para evitar la selección adversa.
- **Principio unitario.** Considera que, a través del AUS, se articulan políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones que permitan lograr sus objetivos.
- **Principio de irreversibilidad.** Los derechos adquiridos de los asegurados no pueden ser afectados por algún proceso posterior.

El aseguramiento universal tiene tres características principales: obligatorio, garantizado y transparente. Es obligatorio porque todas las personas residentes en el país deben estar afiliadas a algún régimen de aseguramiento en salud; también es progresivo, ya que la implantación del AUS es gradual y continua, ampliando, además, la cobertura de los planes de aseguramiento. Es garantizado, ya que un sistema de protección social en salud incluye garantías explícitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, con las que deben ser otorgadas las prestaciones. Es transparente, ya que este proceso cuenta con mecanismos de gestión que aseguran la rendición de cuentas a la ciudadanía; y es sostenible, ya que es una política de Estado financiada con garantía de su permanencia en el tiempo.

3.2.2 Los agentes del aseguramiento universal en salud

La Ley N°29344 establece los agentes del aseguramiento universal en salud que intervienen en el proceso del aseguramiento universal (Congreso de la República 2009) (véase tabla 1).

- La rectoría del sector salud corresponde al Ministerio de Salud, que es responsable de establecer las normas y las políticas relacionadas con la promoción, la implementación y el fortalecimiento del aseguramiento universal en salud.
- La instancia reguladora y supervisora recae en la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud) que está facultada con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera, y es la encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las Iafas; supervisar a las Ipress en el ámbito de su competencia, así como el uso eficiente y oportuno de los fondos destinados al aseguramiento universal. Asimismo, tiene como función promover la calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud. La reglamentación de la recolección, transferencia y difusión de la información por parte de los agentes vinculados al proceso del AUS también es parte de sus funciones.

Tabla 1. Agentes del aseguramiento universal en salud

Ministerio de Salud Ente rector			
Superintendencia Nacional de Salud (Susalud) Ente regulador y supervisor			
Instituciones Administradoras de Fondos de Salud (Iafas)			
Seguro Integral de Salud (SIS)	Seguridad Social (EsSalud)	Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales	Seguros privados y EPS
Instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress) Postas de salud, centros de salud, hospitales, institutos especializados, clínicas y consultorios privados			

Fuente: Congreso de la República, 2009.

Elaboración: Propia, 2018.

- Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (Iafas) pueden ser públicas, privadas o mixtas. Son las encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados. Entre las Iafas se puede señalar a EsSalud y al SIS como las más representativas, ya que entre ambas representan el 82% de la población nacional asegurada.
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress) son los establecimientos de salud autorizados para brindar las prestaciones de salud, que pueden ser públicos, privados o mixtos debiendo ser acreditados por la entidad supervisora (Susalud). Las Ipress comprenden los centros de salud, hospitales, institutos especializados, clínicas y consultorios privados.

3.2.3 Los planes de aseguramiento

Los planes de aseguramiento en salud son los servicios de cobertura que brindan las Iafas definiéndose como un listado que comprende las condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por estas.

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que es obligatorio para todos los afiliados, en su inicio consideraba 140 condiciones asegurables y 34 garantías, implantándose inicialmente en tres regiones y seis ámbitos locales. A la fecha, el proceso del AUS se da en las 26 regiones y se ha ido ampliando hasta 185 condiciones asegurables y 185 garantías. Asimismo, se han establecido planes complementarios y los planes específicos.

3.2.4 Financiamiento del aseguramiento universal

La Ley AUS establece tres regímenes de financiamiento, donde se garantiza que todos los peruanos son beneficiarios del PEAS independientemente del régimen al cual estén afiliados. Cada régimen tiene su modalidad de financiamiento y una población determinada a la que está dirigido, como puede observarse en la tabla 2 (Congreso de la República 2009).

Asimismo, la ley dispone que el gobierno establezca mecanismos de regulación para evitar que los afiliados obligatorios al régimen contributivo y que las personas de altos ingresos se beneficien de los subsidios establecidos en esta Ley.

Tabla 2. Regímenes de financiamiento del AUS

Régimen	¿Quién paga?	¿A quién está dirigido?	Financiador
Contributivo	Los afiliados aportan en forma propia o a través del empleador.	Está dirigido al sector formal, considera a los trabajadores de la actividad privada y del sector público e independiente.	EsSalud, sanidades de las fuerzas armadas, policiales y privados.
Subsidiado	El Estado.	Está dirigido a la población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema que no cuentan con un seguro de salud.	Seguro Integral de Salud (SIS).
Semicontributivo	Aporte parcial del Estado y aporte de los trabajadores o empleadores según corresponda.	Está dirigido a los trabajadores de microempresa, independientes y trabajadores del NRUS.	EsSalud y SIS.

Fuente: Congreso de la República, 2009.

Elaboración: Propia, 2018.

Capítulo IV. Metodología de investigación

En este capítulo se desarrolla la metodología de la investigación que considera el alcance descriptivo y explicativo del aseguramiento universal determinando, y la investigación no experimental como el diseño de la investigación. También se señala la conveniencia de la investigación y la recolección de los datos pertinentes.

1. Alcance de la investigación

De la revisión de la literatura y bibliografía sobre el financiamiento del aseguramiento universal se ha determinado que la presente investigación tiene un alcance descriptivo que permite describir las características del aseguramiento universal en salud y su financiamiento. Asimismo, esta investigación tiene un alcance correlacional que permite explicar las interrogantes y las relaciones entre la necesidad del aseguramiento universal que promueva el acceso de la población a los servicios de salud, priorizando la población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema.

Es pertinente señalar el alcance explicativo, ya que se pretende revelar las causas que dificultan o limitan el financiamiento en el aseguramiento universal en el Seguro Integral de Salud, a fin de plantear propuestas de mejora y, por ende, la mejora en su gestión.

Si bien el aseguramiento universal en salud es un proceso que se viene implantando en el Perú, esta experiencia se viene aplicando en otros países del mundo, para lo cual es necesario el análisis comparativo con estas experiencias, sobre todo con aquellas que han logrado avances significativos en sus sistemas de salud.

2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación considera la investigación no experimental, ya que en el presente trabajo no se manipulan las variables observadas. También considera el estudio transversal y longitudinal, ya que se toman los datos en un tiempo determinado y en varios periodos para analizar los cambios que se dan en el tiempo.

El trabajo se basa en la información secundaria de fuentes y en estudios de fuentes involucradas en el aseguramiento universal en salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la

Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Mundial (BM), investigaciones de autores y especialistas en el aseguramiento universal; así como información de fuentes locales de entidades oficiales como el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Ministerio de Salud (Minsa), Seguro integral de Salud (SIS), y Superintendencia Nacional de Salud (Susalud).

Se analizó la información estadística de la población, priorizando a la población vulnerable y en situación de pobreza; y también los indicadores de salud comparándolos con otros países que vienen desarrollando el aseguramiento universal.

3. Conveniencia de la investigación

La presente investigación permitirá una mejor toma de decisiones en la gestión del SIS, donde uno de los temas más relevantes es el financiamiento público del régimen subsidiado que representa el 99% de los asegurados en este régimen, además de analizar el régimen semicontributivo y cómo beneficia a la población afiliada, considerando -prioritariamente- a la población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema.

4. Recolección de datos

La recolección de datos para la presente investigación se efectúa en el ámbito local, en entidades privadas y públicas como el INEI, Minsa, SIS, Susalud, Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (Ceplan), MEF, entre otras, y en el ámbito internacional a entidades reconocidas como la OMS, OPS, Organización de las Naciones Unidas (ONU), BM, entre otras, y de información bibliográfica de autores especializados en el tema del aseguramiento universal en salud.

Capítulo V. Situación del sistema de salud y del aseguramiento universal

En este capítulo se desarrolla el análisis de la situación del sistema de salud y del aseguramiento universal, pretendiendo explicar las causas del crecimiento de la afiliación en el SIS y las limitaciones en su financiamiento para lo cual se considera el crecimiento poblacional y los cambios demográficos y su incidencia en la salud; analizando además las perspectivas del aseguramiento universal y la relevancia del contexto económico del país. Para ello se describirá la situación actual del sistema de salud, señalando los más relevantes indicadores de salud y la importancia de su medición y evaluación comparativa con otros países. Asimismo, se analiza la situación del Seguro Integral de Salud y su rol dentro del aseguramiento universal para, finalmente, desarrollar el análisis del financiamiento del aseguramiento universal en salud.

1. Tendencia y situación demográfica nacional

Según las Naciones Unidas (2015), la población mundial tuvo un crecimiento significativo desde 1950. Entre 1999 y 2011 el número de personas en el mundo aumentó en 1.000 millones (véase tabla 3); este rápido crecimiento se ha producido en gran medida por el aumento de la cantidad de personas que sobreviven hasta llegar a la edad reproductiva y ha venido acompañado de grandes cambios en las tasas de fecundidad, lo que ha aumentado los procesos de urbanización y los movimientos migratorios. Estas tendencias tienen importantes repercusiones para las generaciones venideras, sobre todo en la salud por lo cambios de hábitos y estilos de vida y el envejecimiento de la población.

Tabla 3. Crecimiento de la población mundial

Fecha	Cantidad
1950	2.600 millones de personas
1987	5.000 millones de personas
1999	6.000 millones de personas
Octubre de 2011	7.000 millones de personas
Mitad de 2015	7.300 millones de personas

Fuente: Naciones Unidas, 2015.

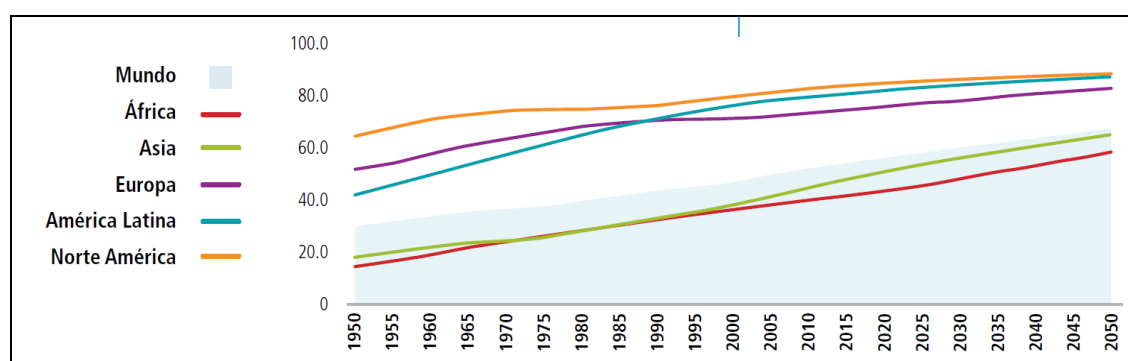
Asimismo, las Naciones Unidas señala que los países más poblados son China e India que representan el 19% y 18% de la población mundial, respectivamente. Un 60% de la población mundial vive en Asia (4.400 millones), un 16% en África (1.200 millones), 10% en Europa (738 millones), 9% en Latinoamérica y el Caribe (634 millones) y el 5% restante en América del Norte (358 millones) y Oceanía (39 millones).

El constante cambio demográfico en el país, así como en el mundo, es un factor relevante a tener en cuenta en el estudio de la salud, según señala Ceplan (2015). Al respecto, define dos tendencias que explican los cambios para las personas y para la salud. La primera de ellas es el proceso de la urbanización que se caracteriza por la concentración de cada vez mayor número de personas en las ciudades, y la segunda comprende el cambio en la estructura de los grupos poblacionales, que representa la proporción de personas por edad y sexo, donde se observa que la población adulta se incrementa más con relación a la población joven.

1.1 Urbanización

El fenómeno de la urbanización ha determinado cambios sociales que han influido en la sociedad, esto se refiere a la migración de las personas de las zonas rurales a las ciudades. Según la OMS (2010) (véase el gráfico 2) más del 50% de la población del mundo vive en las zonas urbanas y se prevé que para el año 2050 será el 70% de la población.

Gráfico 2. Población urbana (% del total)



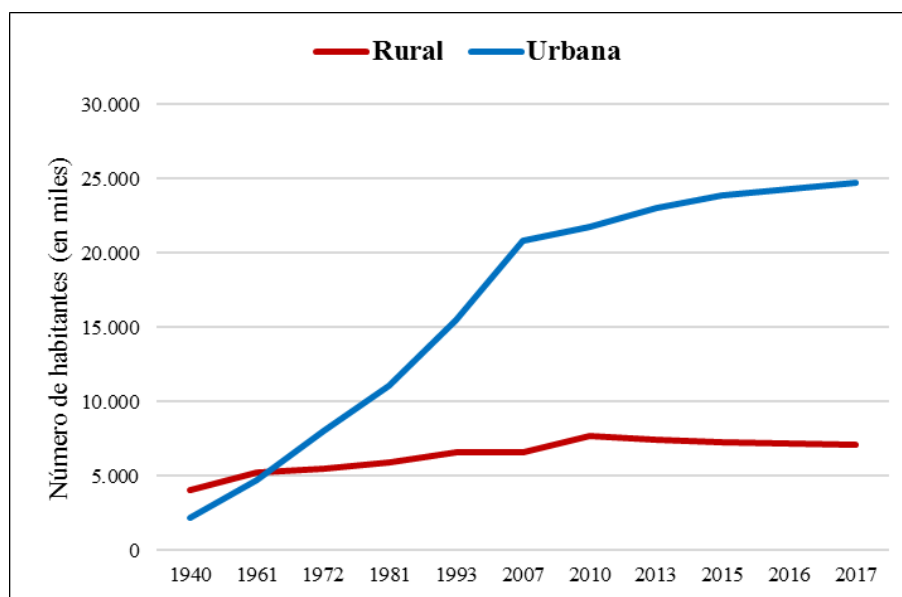
Fuente: Ceplan, 2015.

El rápido crecimiento de la población urbana ha conllevado cambios de hábitos y nuevos estilos de vida que inciden en la salud como son poca actividad física; cambios en la alimentación; consumo de alcohol; consumo de tabaco; aumento del estrés, y el deterioro de la salud mental. Los entornos urbanos propician factores que son negativos para la salud como el hacinamiento, uso intensivo de transportes motorizados, la mala calidad del aire y falta de espacios para la recreación y deportes. Los cambios señalados generan enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, la obesidad, la hipertensión arterial, cáncer, y enfermedades cardiovasculares que explican el 63% de las muertes según la OMS (2010).

En el gráfico 3 se observa el crecimiento significativo de la población urbana desde el año 1940, en donde la población urbana era menor que la rural. De acuerdo a la información del INEI

(2017b), el mayor crecimiento se observa en las principales ciudades del país, y sobre todo en las zonas de mayor actividad económica (no necesariamente formales) como Ucayali, Madre de Dios, Callao, Lima, Tacna y Tumbes. Las zonas de menor actividad económica han tenido un crecimiento urbano menor como Apurímac, Huancavelica, Ayacucho y Puno y donde también se observan mayores niveles de pobreza.

Gráfico 3. Crecimiento de la población urbana y rural en el Perú



Fuente: INEI, 2017b.
Elaboración: Propia, 2018.

1.2 Envejecimiento de la población

El rápido avance y desarrollo tecnológico que en las últimas décadas viene experimentando la humanidad, y que no ha estado ajena el tema de la salud (mejoras en la medicina y en los servicios de la salud), ha permitido reducir la mortalidad en las diferentes etapas de la vida, lo que explica el incremento de la esperanza de vida de las personas. Según estudios de la OMS (2010) se estima que el envejecimiento de la población se irá agudizando en los próximos años y no solo se manifestará en países desarrollados; hacia el año 2050 el 80% de las personas de la tercera edad vivirá en países de ingresos bajos y medios.

La preocupación de la OMS se evidencia en el cambio de la pirámide poblacional a escala global, ya que la tendencia muestra una población mayor de adultos y una población menor de jóvenes y niños. Se estima que entre los años 2000 y 2050 la población global de mayores de 60 años pasará de 605 millones a más de 2.000 millones, duplicando su participación relativa del 11% al 22% de

la población mundial. El número de adultos de 80 años a más se incrementará en más de cuatro veces, pasando de 90 millones a 395 millones en el año 2050. Estas proyecciones se explican por la disminución de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida (véase anexo 2).

Según las proyecciones en el país efectuadas por el INEI (2017a) en el periodo del 2010 al 2050, la población joven (0 a 14 años) tendrá un crecimiento negativo, es decir, tenderá a reducirse; la población en edad de trabajar (15 a 64 años) tendrá un crecimiento ligero; es decir, la fuerza laboral no tendrá un crecimiento significativo. Lo más preocupante es el crecimiento de la población mayor de 65 y más aún las personas mayores de 80 años, ya que estos dos grupos de edad muestran un porcentaje promedio mayor de crecimiento en este periodo (véase tabla 4).

Tabla 4. Composición de la población por grupos de edad (millones de personas)

	2010	2015	2020	2030	2050	% promedio 2010-2050
Población total	29,5	31,2	32,8	35,9	40,1	0,9
Población joven (0-14 años)	8,8	8,7	8,5	8,1	7,4	-0,4
Población en edad de trabajar (15-64 años)	18,9	20,4	21,8	24,2	26,2	1,0
Población vieja (65+)	1,4	1,7	2,0	2,9	4,9	6,1
Población muy vieja (80+)	0,3	0,4	0,5	0,7	1,5	10,7

Fuente: MEF, 2017a.

Elaboración: Propia, 2018.

Las proyecciones de los cambios demográficos muestran los cambios en la forma de la pirámide poblacional (véase gráfico 4), donde todos los grupos de más edad tienden a crecer significativamente, en contraste con la población más joven. Esta situación influye en las decisiones políticas y sociales, ya que los nuevos hábitos y estilos de vida de la población afectan el estado de la salud, generando enfermedades que no eran tan frecuentes; asimismo, la población adulta y adulta mayor será más proclive a padecer enfermedades propias de la edad; estos cambios tendrán como consecuencia el incremento del gasto en salud.

Gráfico 4. Cambios de la pirámide población del Perú entre 1950 y 2050



Fuente: Ceplan, 2015.

1.3 Población vulnerable y en situación de pobreza

Es interesante la clasificación y cuantificación de la población señalada por el Grupo Banco Mundial (2016) en diferentes segmentos: pobres, vulnerables, no vulnerables del sector informal, y no vulnerables del sector formal, definiendo a la población pobre como aquellos hogares que tienen un nivel de gasto por debajo de la línea de pobreza.

Es pertinente señalar que para el año 2016 el INEI estimó el valor de la línea de pobreza per cápita mensual en S/ 328 y para la pobreza extrema, en S/ 176. Sin embargo, al margen de la estimación, es factible cuestionar los montos señalados ya que estos se basan solo en el costo de la canasta alimentaria y el costo de la canasta de bienes y servicios de consumo mínimo de una persona para medir su situación de pobreza (INEI 2017a).

El Grupo Banco Mundial (2016) señala que la población vulnerable es la más difícil de definir y de medir. Conceptualmente, es aquella población 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 receptor 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.

Es pertinente analizar la dimensión de la pobreza e informalidad, ya que mientras la pobreza se mide a nivel de hogar, el trabajo formal se mide por personas individualmente. Para el Grupo Banco Mundial (2016) los pobres son personas que viven en un hogar donde el gasto per cápita es igual o está por debajo de la línea de pobreza. Los no pobres vulnerables son 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 son 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 son 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.

Para Alarco (2018) los umbrales de ingreso para definir la pobreza (S/ 338 por persona) y pobreza extrema (S/ 183) no reflejan la realidad de los precios de las zonas urbanas, quizás son relevantes para las zonas rurales. El concepto de pobreza monetaria es insuficiente, ya que debería sustituirse por la pobreza multidimensional que comprende indicadores de las condiciones de alimentación (nutrición), vivienda, salud y educación de la población. Utilizando alguno de estos datos la pobreza podría hasta duplicarse. Esta situación explicaría el incremento de la población afiliada al SIS donde el 99% de los asegurados corresponde al régimen subsidiado.

La importancia de lo descrito en esta parte permite observar que la medición de la pobreza es relativa; si bien existe un porcentaje importante de población en situación de vulnerabilidad, esta población no ha sido definida formalmente. La población vulnerable es considerada como no pobres, pero tampoco tienen una situación económica estable y tienen un alto riesgo de caer en la pobreza.

2. Perspectivas del aseguramiento universal en salud

Con la promulgación de la Ley N°29344 se dio el primer paso para la implantación del aseguramiento universal en salud mediante el cual se garantiza que todas las personas del país tengan acceso a los servicios de salud de calidad y en forma oportuna, sin discriminar a la población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema.

De esta manera, el país se enmarca en los acuerdos de la OMS (2008) que promueven la cobertura sanitaria universal en todos los países miembros para que todas las personas reciban los servicios sanitarios de calidad que necesitan sin que ello les suponga dificultades económicas. La importancia del aseguramiento universal en salud es que las personas de menores o escasos recursos económicos ahora pueden acceder a un servicio de salud y pueden estar protegidas contra eventualidades de riesgos catastróficos de salud, El aseguramiento universal puede marcar la diferencia entre la supervivencia financiera y la miseria (OMS 2013).

2.1 Beneficios sanitarios

El aseguramiento universal tiene un efecto beneficioso al aumentar la cobertura con servicios sanitarios necesarios y de buena calidad. En los últimos 25 años el país ha logrado una mejora en el acceso y calidad de los servicios de salud, según el Informe de The Lancet (GBD 2015

Healthcare Access and Quality Collaborators 2017)² sobre el acceso y calidad de la salud, destaca que entre 1990 y 2015 los países que mejoraron más en la prestación de atención sanitaria fueron Corea del Sur, Turquía, Perú, China y Maldivas, tal como puede observarse en el anexo 3.

La OMS (2013) también señala que «[...] estas conclusiones se han visto confirmadas por experiencias recientes de ampliación de la cobertura de los servicios y de la protección frente a los riesgos financieros en países con niveles de ingresos marcadamente diferentes. También hay muchos ejemplos de países que han logrado notables mejoras en la salud de su población como resultado de iniciativas de expansión o mejora de la cobertura».

2.2 Beneficios económicos

La OMS (2013) afirma que el aseguramiento universal tiene profundas repercusiones para la economía en general. Una de las formas más comunes es el pago directo por parte de los usuarios de los medicamentos y los servicios sanitarios en el momento en que los necesitan, que es la modalidad que prevalece en los países más pobres. Se calcula que, cada año, esta modalidad de pago provoca que 150 millones de personas hagan frente a gastos relacionados con la salud que los dejan en la ruina financiera, mientras que 100 millones de personas caen por debajo del umbral de la pobreza simplemente porque utilizan servicios sanitarios que deben pagar de su bolsillo.

Según la OMS (2013), en el estado indio de Gujrat, el 88% de los hogares que cae por debajo del umbral de la pobreza atribuye su situación al costo de la asistencia sanitaria. Con todo, el problema no se limita en absoluto a los países en desarrollo, tal y como evidencian los Estados Unidos, donde se calcula que más de la mitad de las quiebras personales se deben a gastos sanitarios.

La OMS también señala que el aseguramiento universal permite proteger a las personas y los hogares frente al pago de elevados gastos sanitarios en el momento de la prestación del servicio, mediante la ampliación de los fondos mancomunados pagados por anticipado (principalmente impuestos generales o a cargo de la seguridad social) que pueden reducir o eliminar el riesgo financiero asociado a costos sanitarios repentinos e impredecibles.

Asimismo, la OMS indica que las familias que se benefician de esta protección no solo gozan de una situación financiera más saludable, sino que también tienen menor necesidad de ahorrar para

² The Lancet es una prestigiosa revista médica británica, en el año 2016 ocupó el segundo lugar en factor de impacto.

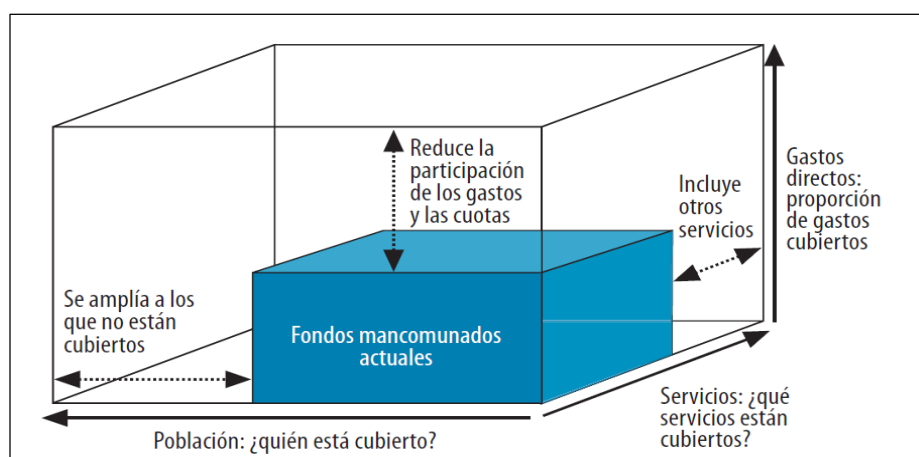
futuros problemas de salud; esto les permite gastar más en otras cosas, lo que impulsa el flujo de efectivo hacia la economía en general. La preocupación por las facturas de asistencia sanitaria ha sido la principal causa de las tasas de ahorro excesivamente altas registradas en algunos países, especialmente China, donde han repercutido negativamente en el consumo doméstico y, tal vez, incluso en la economía mundial.

2.3 Beneficios políticos

La OMS (2013) considera que la reforma del aseguramiento universal también proporciona réditos políticos. Si se financian de forma sostenida y se aplican adecuadamente, estas reformas pueden hacer ganar votos. Así pues, tal vez no sorprenda que muchas iniciativas importantes en materia de aseguramiento universal se presenten en épocas electorales. En el Perú, el nuevo gobierno está planteando propuestas de mejoras en el aseguramiento universal, sobre todo en el SIS, sabedores que esto tiene un efecto positivo en la población.

Según la OMS, para el proceso de implantación del aseguramiento universal en salud es necesario tener en consideración tres dimensiones (véase el gráfico 5): ¿qué población está cubierta?; ¿qué servicios están cubiertos?; y ¿qué grado de protección financiera tienen los ciudadanos al acceder a los servicios? (OMS 2010).

Gráfico 5. Tres dimensiones a tener en cuenta en el aseguramiento universal



Fuente: OMS, 2010.

En relación a qué población está cubierta, en el país se muestra un avance significativo ya que desde el 2007 hasta el 2017 se logró ampliar la cobertura del 42% al 87% de la población; siendo la brecha del 13% al año 2017 que es la población que aún no cuenta con un seguro de salud.

Asimismo, es importante la definición básica de condiciones asegurables que son los estados de salud que se buscan mantener en el caso de la población sana, o recuperar, en el caso de la población enferma, que son susceptibles de ser financiados mediante esquemas de aseguramiento. Las intervenciones son las prestaciones y/o conjunto de prestaciones en salud de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación, orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de aseguramiento universal en salud. Prestación es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los usuarios (Congreso de la República 2009).

En relación a qué grado de protección financiera tienen los ciudadanos al acceder a los servicios es pertinente señalar que se han implementado tres regímenes de financiamiento. El régimen contributivo donde están considerados los asegurados a EsSalud (trabajadores formales e independientes) son financiados por los empleadores sean públicos y privados; también, las sanidades de las fuerzas armadas (Ejército, Marina y Aviación) son financiadas por el Ministerio de Defensa, y la sanidad policial (PNP) es financiada por el Ministerio del Interior. En el caso del régimen subsidiado donde se considera a los asegurados al SIS (población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema) sin capacidad contributiva, son financiados con recursos públicos; sin embargo, estos recursos no son suficientes para la demanda de los servicios de salud.

De acuerdo a lo observado se puede señalar que la implantación del aseguramiento universal en salud ha mostrado avances importantes, pero aún falta mucho esfuerzo por realizar, teniendo en cuenta que el cubo aún no está lleno ya que hay una brecha de 13% de la población que no está cubierta por un seguro de salud, siendo las personas vulnerables y en situación de pobreza y pobreza extrema las más afectadas.

2.4 Cambios institucionales

En el año 2013 se aprobó un paquete de decretos legislativos con el objetivo de 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. 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 a los asegurados del SIS.

- **Cambios de funciones.**
 - 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 (Igests), lo que fue derogado por el Congreso de la República.
 - Susalud expandió su función de supervisión; ahora incluye normar, administrar y mantener el registro de afiliados del aseguramiento universal; también regular, supervisar y registrar las Iafas; supervisar y registrar las Ipress, y sancionar a Ipress e 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 permita. La Ley 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 (Grupo Banco Mundial 2016).

3. Análisis del contexto económico nacional

El financiamiento del régimen subsidiado se efectúa a través de los impuestos recaudados por el gobierno. En esta parte se analiza el contexto económico del país, que permitirá ver la situación de la sostenibilidad del sistema de salud en el mediano y largo plazo.

3.1 Contexto económico

Según el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF 2018) se estima un crecimiento del PBI de 3,6% para este año, a comparación del 2,5% del 2017; habiéndose revisado la proyección a la baja con relación a la proyección del Marco Macroeconómico Multianual (MEF 2017a) (4%), estimando un crecimiento gradual hasta llegar a 5% en el 2021. Este punto es interesante ya que existe una relación directa entre el PBI y el gasto en salud.

Para sustentar esta proyección el gobierno adoptará políticas económicas orientadas a lograr las estimaciones de crecimiento. En relación a la inversión pública para 2018, se mantiene la meta de crecimiento de inversión pública de 17,5% debido a la implementación de medidas de impulso a la ejecución de la reconstrucción y al dinamismo a la obra pública tradicional en todos los niveles de gobierno.

En relación al consumo privado se prevé un crecimiento de 2,9% en 2018, mayor a lo registrado en 2017 de 2,5%, explicado por la recuperación del empleo formal proveniente de la aceleración

de la inversión privada, menores presiones inflacionarias y condiciones de financiamiento favorables. Las exportaciones totales crecerían 3,0% en 2018, menor a lo estimado en el MMM de 4,8% (MEF 2017a), en un contexto de menor oferta de sectores primarios. Las exportaciones tradicionales se incrementarían en apenas 1,2%, menor respecto del MMM 4,6% por la menor producción minera que restaría dinamismo a los envíos de productos tradicionales líderes como el cobre y oro. Por otro lado, el retraso del inicio de la segunda temporada de pesca en 2017, cuyos efectos repercuten en las exportaciones tradicionales con un rezago de un trimestre, deteriorarían las exportaciones de harina de pescado. Cabe indicar que el cobre y la harina de pescado representan 35% del volumen tradicional total.

Considerando, que, a marzo de 2018, el déficit fiscal anualizado se ubicó en 3,1% del PBI, se estima para fines de este año un incremento de hasta 3,5% del PBI por el fuerte impulso de la inversión pública. En relación a los ingresos fiscales, se espera que la presión tributaria se incremente de 12,9% del PBI en 2017 a casi 15,3% del PBI en 2021.

El gobierno ha establecido un Plan de Impulso Económico con las siguientes medidas:

- **Medidas inmediatas de política y administración tributaria.** Cuya meta es incrementar en 1,9% del PBI adicionales de ingresos fiscales por medidas tributarias, institucionales y administrativas.
- **Reducción de gastos no críticos.** Cuya meta es la reducción de gastos no críticos por alrededor de S/ 2.000 millones.
- **Shock de inversión pública.** Cuya meta es un crecimiento de 17,5% para el 2018.
- **Impulso a la inversión privada.** Cuya meta de crecimiento es de 4,5% para el 2018.
- **Impulso a la productividad.** A fin de incrementar el PBI potencial a 4,7% en el 2021.

Según el INEI, en el 2017 el 21,7% de los peruanos se encontraron en condición de pobreza. Esto implica que el gasto per cápita mensual de casi 7 millones de personas se encontró por debajo de S/ 338 mensuales, cuyo monto corresponde a la canasta básica de consumo del 2017. La cifra de 2017 constituye un incremento de 1 punto porcentual respecto al 2016, lo que representa 375.000 nuevos pobres y el primer incremento desde 2007. Este incremento afectó principalmente a la zona rural, cuya tasa de pobreza es tres veces mayor a la urbana (44,4% versus 15,1%). No obstante, cabe resaltar que no hubo variación de la población que se encontraba en extrema pobreza respecto a 2016 (3,8%) (INEI 2017b).

Dentro de las políticas sociales destacan los programas sociales que tienen como objetivo atender un problema social como pobreza, ausencia de seguro de salud, baja asistencia escolar, entre otros. Estos suelen tener tres características: son focalizados, en tanto atienden a una población objetivo; tienen un instrumento o beneficio definido ya que se ofrece un bien, servicio o dinero; y se implementan con un criterio definido, progresivo o masivo.

En los programas sociales que contribuyen al alivio y reducción de la incidencia de la pobreza destacan los orientados al sector salud, que permiten la reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) y la anemia que hoy afectan al 12,9% de niños menores de cinco años y al 43,6% de niños menores de tres años, respectivamente. La DCI y la anemia son indicadores intergeneracionales que reflejan la capacidad del país de explotar su potencial en razón a que los niños desnutridos y anémicos de hoy no podrán desplegar su potencial en un futuro cercano. Esta parte de la investigación es importante ya que se debe considerar a la salud como un tema relevante y prioritario para el desarrollo y crecimiento, porque una población sana asegura la sostenibilidad del desarrollo socioeconómico del país.

3.2 Economía informal

Según el INEI (2014), la economía informal es el conjunto de actividades económicas desarrolladas por los trabajadores y las unidades productivas que no cumplen con las regulaciones previstas por el Estado para el ejercicio de sus actividades. Está compuesta por el sector informal y el empleo informal.

Asimismo, considera como empleo informal a aquellos empleos que no cuentan con los beneficios estipulados por ley como el acceso a la seguridad social pagada por el empleador, vacaciones pagadas, licencia por enfermedad, entre otros. En el 2013 cerca de la quinta parte (19,0%) del PBI oficial del país provenía del sector informal, que concentraba al 55,8% de trabajadores informales en dicho sector. En términos del mercado laboral, Perú es uno de los países con mayor informalidad laboral en la región de América Latina y El Caribe. Según la metodología del INEI, el empleo informal de Perú representó el 72,8% de fuerza laboral; es decir, 11,5 millones de peruanos tienen un empleo informal, de los cuales 8,8 millones (55,8%) laboran dentro del sector informal y 2,7 millones (17,0%) trabajan como informales fuera del sector informal.

El empleo informal por género está conformado de la siguiente manera: el 76,1% en el caso de las mujeres y el 70,3% en los hombres; asimismo, predomina más en jóvenes, afecta más a los independientes y es elevado en los sectores de transporte, construcción y comercio

La información sobre la economía informal y sobre el empleo informal es significativa de tener en cuenta ya que este porcentaje importante de la población tienen bajos ingresos y no cuentan con el beneficio de un seguro de salud y otros que establece la ley laboral, además de tener más riesgos de caer en situación de pobreza.

4. Diagnóstico y análisis del sistema de salud

De acuerdo con la OMS (s.f.) un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud. En el Perú el sistema de salud se caracteriza por su segmentación, con diversas estructuras organizacionales; diferentes formas de financiamiento y modelos de gobierno, de gestión y de prestación; por ello se analizará por cada subsector (ver gráfico 6).

4.1 Seguridad social de salud

El Seguro Social de Salud ofrece servicios de salud a los asegurados en el régimen contributivo a través de su propia red de hospitales y centros de salud a nivel nacional. En este régimen también se considera a las Sanidades de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército) adscritas al Ministerio de Defensa, que cuentan con sus propias instalaciones de servicios de salud. La Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP) está adscrita al Ministerio del Interior, que también cuenta con sus propias instalaciones.

Según Prieto (2011) el Seguro Social de Salud (EsSalud) se financia con el pago de los empleadores equivalente al 9% de la remuneración de sus trabajadores en planilla, en principio sin deducibles ni copagos. Dentro de la seguridad social en salud también se cuenta con el sistema complementario de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) busca reducir la demanda por atenciones de la llamada capa simple a EsSalud (intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad). La EPS recibe 25% del aporte a EsSalud (que corresponde al 2,25% de las remuneraciones) y también incluye deducibles y copagos por las atenciones de salud (véase anexo 7).

4.2 Subsector público

En este subsector el Gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables. A través del Seguro Integral de Salud (SIS) subsidia la prestación de servicios a la población vulnerable y en situación de pobreza. La prestación de servicios, tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS, se realiza mediante la red de establecimientos de los Gobiernos regionales y del Ministerio de Salud (Minsa) que están ubicados en las regiones y en la capital del país.

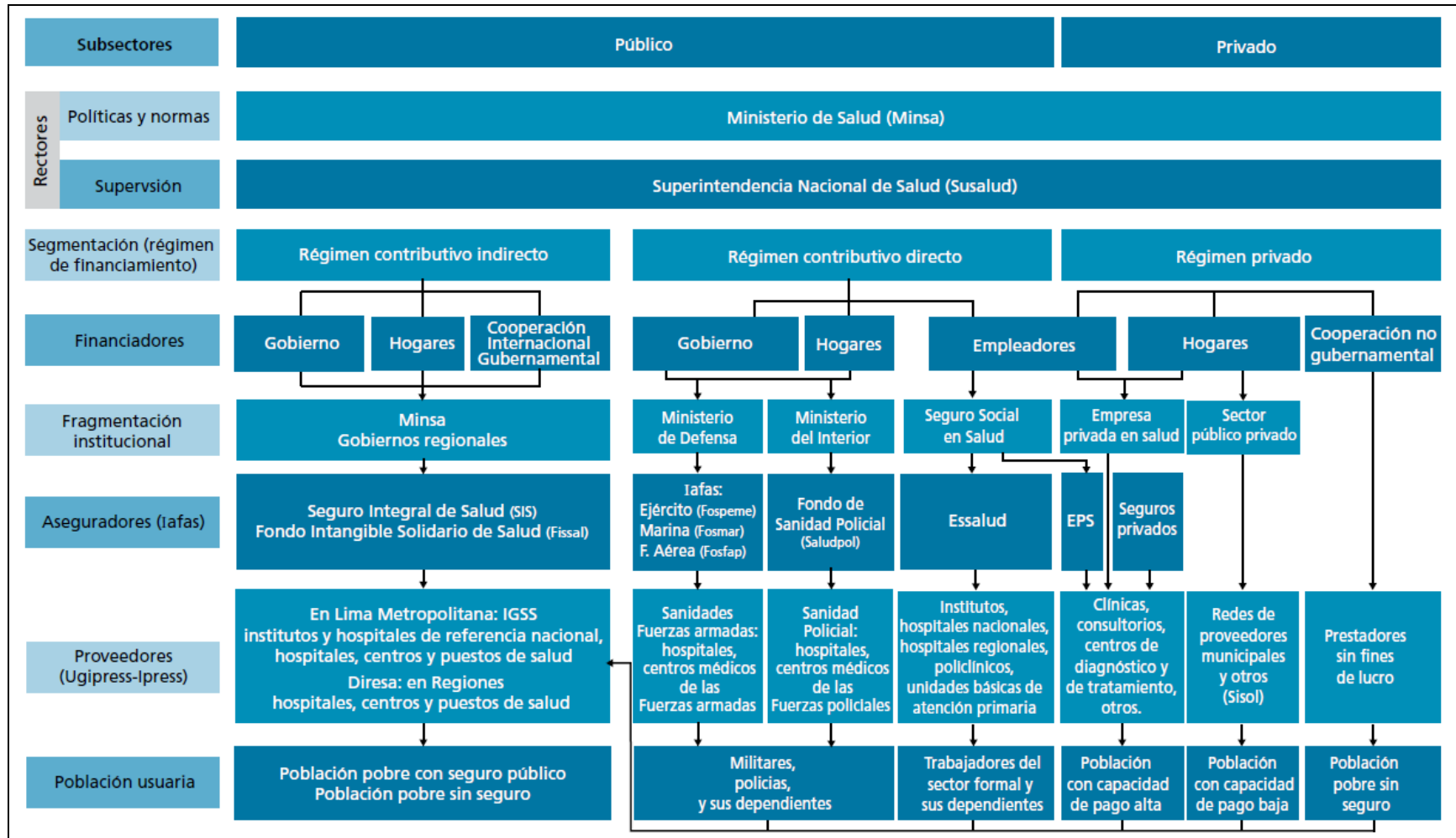
Este subsistema está estructurado en tres niveles: nacional, regional y local. El nivel nacional está conformado por el Minsa, sus órganos desconcentrados (postas de salud, centros de salud, hospitales e Institutos especializados dentro de la jurisdicción de la provincia de Lima). El nivel regional está representado por las Direcciones Regionales de Salud (Diresa), pertenecientes a los gobiernos regionales y, el nivel local, por algunas municipalidades encargadas de la administración y el presupuesto de los establecimientos de salud de sus jurisdicciones. Asimismo, este subsector financia a su red de proveedores a través del Ministerio de Salud (Minsa) y del Seguro Integral de Salud (SIS) con recursos de la recaudación de impuestos (Prieto 2011).

4.3 Subsector privado

El subsector privado también brinda servicios de salud a través de las aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil. Es importante mencionar a los consultorios médicos y policlínicos privados que Susalud considera también como Ipress. Este subsector se financia a través del pago de primas y de esquemas de deducibles y copagos.

El sistema de salud del país, al igual que otros sistemas de la región, se caracteriza por una importante fragmentación y segmentación. Entre otras dificultades y a pesar de algunos intentos por coordinar las compras agrupadas de medicamentos, lo cierto es que los sistemas continúan operando de manera autónoma y sin articulación. Asimismo, existe poca integración horizontal entre los subsistemas, ya sea para la definición de sus obligaciones (conjunto de condiciones o servicios de salud asegurados) o para la producción de servicios. Es decir, cada subsector opera independientemente, con sus propias reglas y redes de proveedores, y atiende poblaciones diferentes (Banco Mundial 2011).

Gráfico 6. Sistema de salud en el Perú



Fuente: Lazo-Gonzales *et al.*, 2016.

Según Susalud (s.f.a), al mes de abril del 2018 existen 21.361 establecimientos de salud denominados Ipress, que están categorizados en diferentes niveles de atención según su complejidad, dotación de personal de salud e infraestructura. Según el anexo 4, el nivel I constituye el 70% y es el más accesible a la población; el nivel II representa al 2,2% y el nivel III representa el 0,3% pero está conformado por 55 establecimientos de salud de mayor complejidad y especialización, donde están catalogados los hospitales e institutos especializados que existen en el país a nivel nacional, de los cuales 33 se encuentran en Lima.

4.4 Recursos humanos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, OMS, Plisa - Plataforma de Información en Salud de las Américas 2017) señala que en el 2017 el Perú contaba con 11,9 médicos por cada 10.000 habitantes; 12,7 enfermeras por cada 10.000 habitantes; y 1,9 odontólogos por cada 10.000 habitantes, siendo la densidad de profesionales baja en relación al promedio de los profesionales de la salud en América Latina; cabe destacar que Chile tiene mejor promedio en este grupo, tal como puede observarse en el anexo 6.

En 2011, el sector Salud contaba con 180.000 trabajadores, de los cuales 69% (123.663) pertenecían al Ministerio de Salud (Minsa); 20% (36.063), a EsSalud y 11%, a otras instituciones prestadoras de salud. En 2015 se contaba con un total de 245.779 profesionales de salud, 70% (170.962) trabajaban en el Minsa y gobiernos regionales; 22%, en EsSalud (53.445) y 8%, (21.592) en otros prestadores de salud. Estas cifras muestran que los recursos humanos en 2015 se habían incrementado en 36% (65.999) respecto a 2011.

En cuanto a las categorías ocupacionales, del total de profesionales en 2015, 15,5% eran médicos; 16,3%, enfermeras; 5,9%, obstetras; 2,3%, odontólogos; 32%, técnicos y auxiliares asistenciales; 24,7%, personal administrativo. Este panorama de crecimiento de los recursos humanos se refleja también en el Minsa, en donde se observa un crecimiento sostenido en los últimos años.

No obstante, el crecimiento de los recursos humanos, existen diferencias en su distribución entre los ámbitos urbano y rural, a pesar de que se ha implementado una política remunerativa con incentivos al desempeño para retener los recursos humanos y garantizar una distribución espacial más equitativa. En 2013, el 84% de los recursos humanos del Minsa y gobiernos regionales se concentraban a nivel urbano y el 42% estaban en Lima Metropolitana.

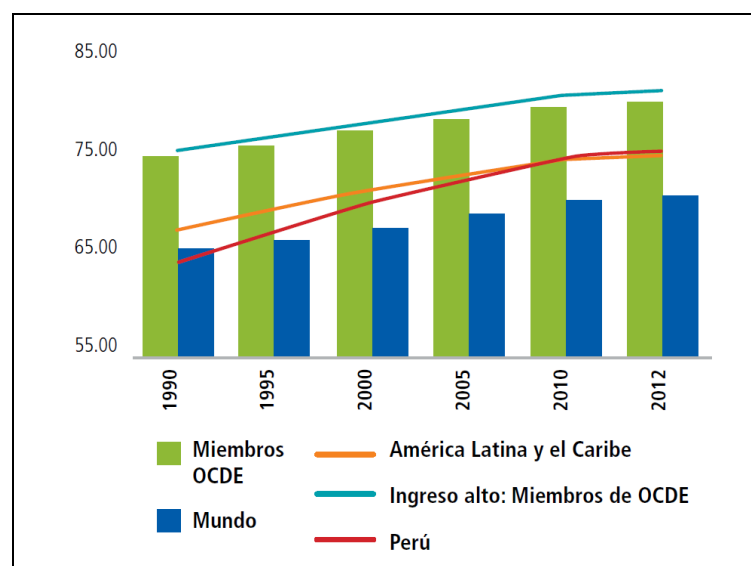
5. Descripción y evaluación de los indicadores de salud

El análisis de los indicadores de salud permite medir los avances y resultados obtenidos en la salud, resaltando aquellos indicadores establecidos por la OMS como mayor esperanza de vida, reducción de la desnutrición crónica infantil, reducción de la mortalidad materna y la reducción de la mortalidad, ya que ello permitirá señalar el avance alcanzado en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

5.1 Esperanza de vida

El incremento de la esperanza de vida en el Perú ha sido sustancial si se considera que los nacidos en el año 1955 tenían la esperanza de vivir 45 años; y para el año 2015 este se incrementó a 75 años. La razón de este incremento en el indicador se explica por las mejores condiciones de salud, el proceso de urbanización, el incremento del nivel de instrucción, la mejora en el acceso a servicios de saneamiento básico y cambios en los estilos de vida de la población.

Gráfico 71. Esperanza de vida al nacer 1990-2012



Fuente: Ceplan, 2015.

A pesar del avance en este indicador, el país está ligeramente por debajo del promedio de América Latina, estando Chile (con 80 años) mejor ubicado en la región.

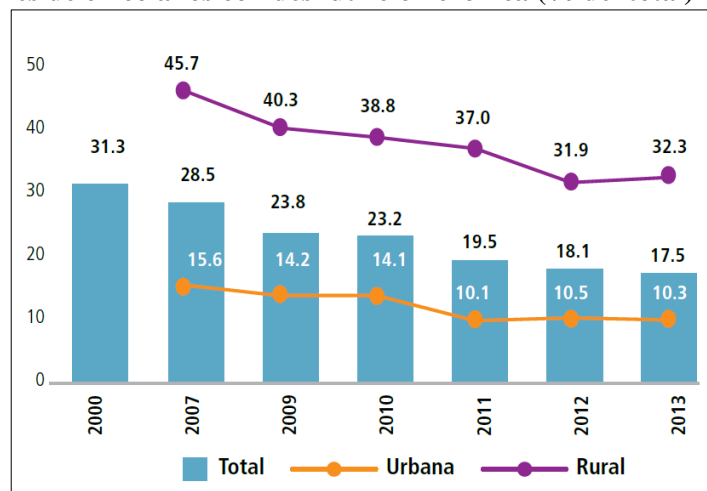
5.2 Desnutrición crónica infantil

Según la OMS (2018) existen cuatro tipos principales de desnutrición: emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, y carencias de vitaminas y minerales. Por causa de la desnutrición los niños, en particular, son mucho más vulnerables ante la enfermedad y la muerte.

La insuficiencia de peso respecto de la talla se denomina emaciación. Suele indicar una pérdida de peso reciente y grave porque la persona no ha comido lo suficiente y/o tiene una enfermedad infecciosa, como la diarrea, que le ha provocado la pérdida de peso. Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más alto de morir, pero es posible proporcionarle tratamiento.

La talla insuficiente respecto de la edad se denomina retraso del crecimiento. Es consecuencia de una desnutrición crónica o recurrente, por regla general asociada a unas condiciones socioeconómicas deficientes, una nutrición y una salud de la madre deficientes, a la recurrencia de enfermedades y/o a una alimentación o cuidados no apropiados para el lactante y el niño pequeño. El retraso del crecimiento impide que los niños desarrollen plenamente su potencial físico y cognitivo. Los niños que pesan menos de lo que corresponde a su edad sufren insuficiencia ponderal; y un niño con insuficiencia ponderal puede presentar retraso del crecimiento y/o emaciación.

Gráfico 8. Menores de cinco años con desnutrición crónica (% del total)



Fuente: Ceplan, 2015.

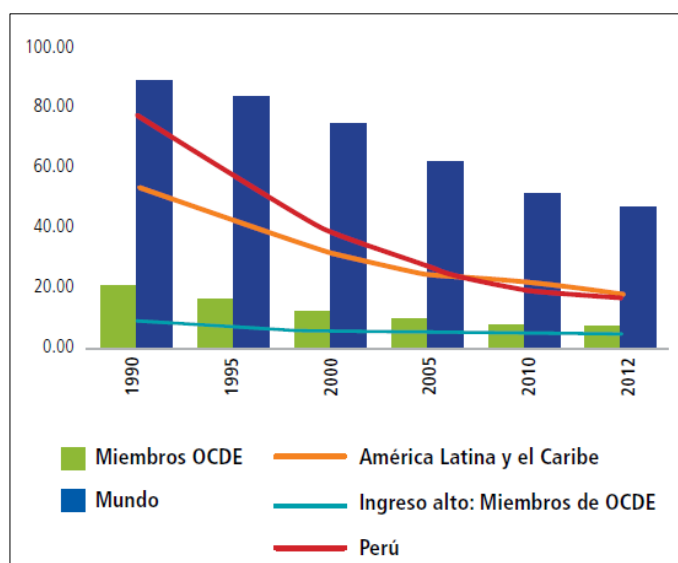
5.3 Mortalidad infantil

Según Ceplan (2015) en el país se han efectuado avances significativos en relación a la mortalidad infantil, habiendo disminuido de 57,8 por cada 1.000 niños en 1990 hasta 17 en el 2012. Es importante destacar que la rápida disminución se dio más en las zonas rurales que en las urbanas; sin embargo, la brecha entre ambas zonas es significativa: mientras que en la zona rural la mortalidad se redujo de 45 a 22 en el periodo del año 2000 y 2012, en el área urbana disminuyó de 24 a 14 en el mismo período de tiempo (véase anexo 8).

Ceplan (2015) también afirma que, a pesar de esta significativa reducción, la tasa de mortalidad del Perú todavía es muy elevada si la compara con la de los países desarrollados. Así, por ejemplo, la cifra reportada el año 2012 (18,2) es mayor a tres veces el promedio de los países miembros de la OCDE que tienen ingresos altos. Incluso, si se considera a los países de dicha organización que reportaron las tasa más elevadas (Chile 7,4, Turquía 7,7 y México 13,6), la distancia no deja de ser significativa.

Pero el panorama cambia favorablemente si se considera a algunos de los países que forman parte del programa *Enhanced Engagement* de la OCDE. En efecto, la tasa de mortalidad del Perú está por debajo de la registrada en Indonesia (24,8) y representa menos de la mitad de la tasa de Sudáfrica (44,6) (OCDE s.f.). Estos resultados ubican al Perú en una posición expectante e implican que en un futuro cercano las brechas con los países miembros de la OCDE se acorten.

Gráfico 92. Tasa de mortalidad menores de cinco años (por cada 1.000)



Fuente: Ceplan, 2015.

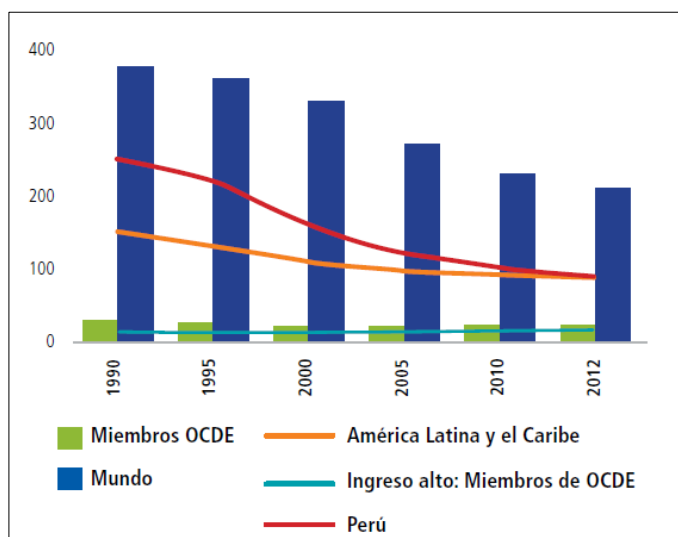
5.4 Mortalidad materna

De acuerdo a Ceplan (2015), también señala que la mortalidad materna en el país se ha reducido sustancial y progresivamente, pasando de 250 por cada 100.000 nacidos vivos en 1990, a 89 en el año 2013. Este avance ha sido significativo y sitúa al país muy cerca del promedio de América Latina, que tiene una tasa de mortalidad materna de 87. Pero aun así está lejos del nivel promedio de los países miembros de la OCDE (s.f.), que tienen una tasa de mortalidad materna de 21, mientras que el promedio de los países de ingresos altos (al interior de la OCDE) registra una tasa de mortalidad de 15 por cada 100.000 nacidos vivos.

El INEI (2013) reporta datos adicionales que reflejan el avance en salud materna e infantil. La atención prenatal se incrementó del 82,6% el año 2000 al 96% en 2012, a escala nacional. Las regiones con niveles más bajos en el año 2012 eran Loreto y Amazonas, con alrededor de 80% de atención. El control prenatal también aumentó, pasando de 60% el año 2000 a 94,4% en el año 2012. La asistencia durante el parto mejoró de una cobertura de 57,5% el año 2000 a 86,7% en 2012.

De esta manera, el país presenta experiencias exitosas que están ayudando en la mejora de los indicadores en salud con connotaciones socioculturales, tales como la reducción de la mortalidad materna e infantil con el parto vertical.

Gráfico 10. Mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)



Fuente: Ceplan, 2015.

6. Descripción y análisis del Seguro Integral de Salud (SIS)

El Seguro Integral de Salud (SIS) es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud; asimismo, es una IAFA que financia en exclusividad el régimen subsidiado que está dirigido a la población de menores recursos que no cuenta con un seguro de salud; además, del régimen semicontributivo, en el marco del aseguramiento universal en salud.

Los antecedentes del SIS datan del año 1997, cuando se crea el Seguro Escolar Gratuito (SEG) que tenía como objetivo atender a niños de 3 a 17 años matriculados en las escuelas públicas; y en 1998 cuando se crea el Seguro Materno Infantil (SMI) dirigido a mujeres gestantes y a niños hasta los cuatro años, ambos programas actuaban como un subsidio bajo un esquema de aseguramiento. En el año 2002 se fusionan ambos programas y se crea el Seguro Integral de Salud.

Mediante Decreto Supremo N°011-2011-SA se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del SIS mediante el cual se establece sus funciones y competencias en el marco del aseguramiento universal en salud, habiéndose aprobado su estructura orgánica, la misma que fue modificada con el Decreto Supremo N°002-2016-SA (Minsa 2016).

A través de la Gerencia del Asegurado el SIS promueve y conduce el proceso de afiliación; habiendo logrado en el periodo del 2012 al 2017 un crecimiento significativo de asegurados como se aprecia en el gráfico 14, observándose que al 2017 se tiene una afiliación de 16,5 millones de asegurados que representan el 52% de la población nacional, de los cuales el 99% corresponde al régimen subsidiado (SIS 2017c).

La composición de esta población afiliada tiene la siguiente estructura (véase anexo 9): la población joven de 0 a 17 años (niños y adolescentes) representa el 39% de los afiliados; la población adulta de 18 a 59 años (población productiva), representa el 51%; y la población adulta mayor de 60 a más representa el 11% de los afiliados. Es pertinente señalar que el régimen semicontributivo no ha tenido la acogida esperada a pesar de los esfuerzos desplegados por el SIS (2017a).

A través de la Gerencia del Asegurado del SIS se ofertan los siguientes productos: en el régimen subsidiado está el SIS gratuito, dirigido a la población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema que haya sido calificado por el Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh) y

el Padrón General de Hogares; en el régimen semicontributivo están el SIS Microempresas, el SIS Independiente y el SIS Emprendedor – NRUS (véase tabla 5) (SIS 2018).

Tabla 5. Regímenes de financiamiento y seguros del SIS

Régimen de financiamiento	Seguro
Subsidiado	SIS Gratuito
Semicontributivo	SIS Microempresas
	SIS Independiente
	SIS Emprendedor - NRUS

Fuente: SIS, 2018.

Elaboración: Propia, 2018.

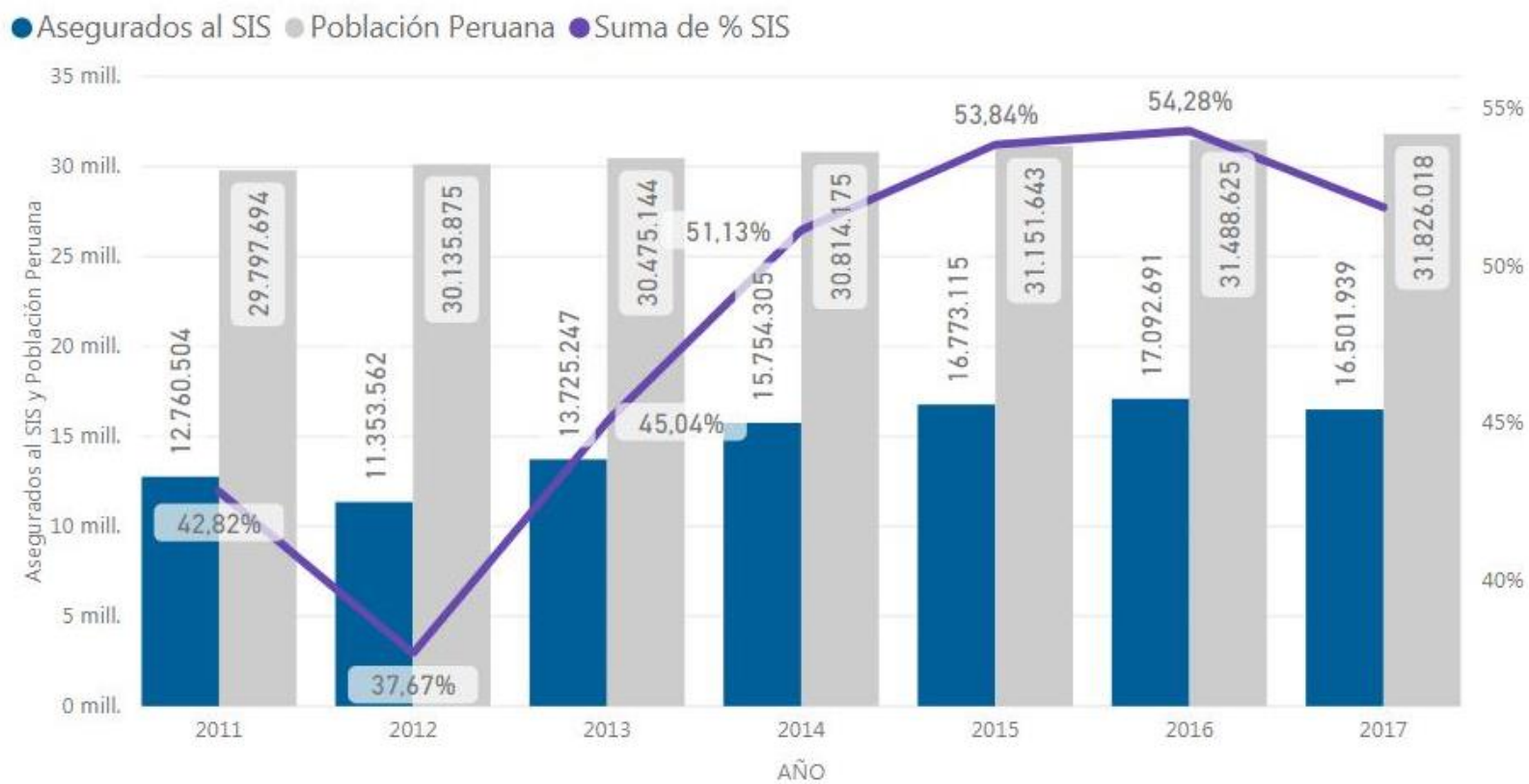
A través de la Gerencia de Negocios y Financiamiento el SIS ha suscrito convenios y contratos de financiamiento, y de intercambio prestacional con las Ipress de los 26 gobiernos regionales y los establecimientos adscritos al Minsa; y las Ipress privadas para la atención de los afiliados, estableciendo los mecanismos de pago en base al tarifario aprobado; así como las prestaciones y condiciones de salud en base al PEAS (SIS 2018).

Asimismo, el SIS efectúa el pago de las prestaciones de salud a las Ipress públicas mediante transferencias financieras a través de las Unidades Ejecutoras de los gobiernos regionales y establecimientos del Minsa por medio del aplicativo llamado Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) del Ministerio de Economía y Finanzas; y a las Ipress privadas a través de pagos de servicios de prestaciones (SIS 2018).

En el periodo del 2012 al 2017 las atenciones de salud a los asegurados SIS crecieron en forma sostenida pasando de 30,5 a 75 millones de atenciones; sin embargo, las transferencias financieras efectuadas por el SIS pasaron en el mismo periodo de S/ 544 millones a S/ 1.287 millones de soles; observándose en el gráfico 12 que las transferencias financieras no han tenido la misma tendencia que las atenciones (SIS 2017c).

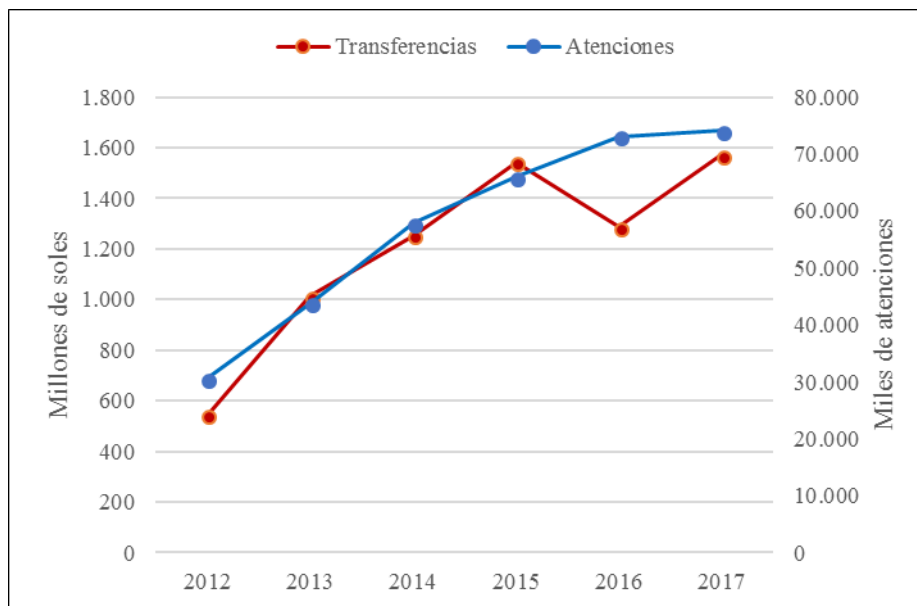
La Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones (GREP) efectúa los estudios de riesgos de las prestaciones de salud de la población; realiza la supervisión médica de las prestaciones de salud de acuerdo a los convenios y contratos suscritos con las Ipress a nivel nacional. Estas supervisiones las realiza en coordinación con las Gerencias Macrorregionales y las UDR a nivel nacional.

Gráfico 11. Población peruana y asegurados SIS 2017



Fuente: SIS, 2017c.

Gráfico 12. Transferencias financieras versus atenciones de salud - SIS



Fuente: SIS, 2017c.

Elaboración: Propia, 2018.

La supervisión médica se realiza en tres fases: la supervisión automática (SA), donde se aplican 44 reglas de consistencia y 17 reglas de validación a todas las prestaciones a través del aplicativo web SIASIS; la supervisión médica electrónica (SME), donde se aplican las reglas de validación por profesionales médicos luego de la SA y después de la valorización de las prestaciones, los criterios para esta fase son prestaciones de mayor costo, procedimientos de mayor costo y/o frecuencia y otros que determinen la GREP, GMR y UDR. Finalmente, el proceso de control presencial posterior (PCPP), que es la evaluación y verificación in situ de las prestaciones, este control se efectúa en forma simultánea y posterior a las prestaciones.

El SIS no ha implementado aún la cobertura de riesgos a sus afiliados; se ha limitado a financiar parte de los costos variables de los servicios de salud porque los recursos le son asignados por el Ministerio de Economía y Finanzas, los cuales son aprobados en el Presupuesto Público.

El Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal) se crea mediante la Ley N°29761 otorgándole la condición de Iafas y de Unidad Ejecutora del SIS (Congreso de la República 2011). Dentro de sus competencias y responsabilidades está el financiamiento de las enfermedades de alto costo y enfermedades raras y huérfanas, sus beneficiarios son los asegurados del SIS. Esta situación ha conllevado a que el SIS sea el más grande asegurador del país, y que tenga el reto de financiar los servicios de salud a nivel nacional, por lo que necesario analizar la estructura de la población asegurada: la población joven de 0 hasta los 17 años representa el 39%, estando en etapa de

crecimiento y desarrollo, son dependientes y requieren de atenciones de salud más preventivas; la población de 20 hasta los 59 años representa el 50% de los afiliados y se encuentran dentro de la fuerza laboral del país, estando en una etapa productiva, grupo que requiere de atenciones de salud preventivas y recuperativas; y la población de 60 a más años, que representa el 11% y son los que demandan atenciones de salud más continuas, como recuperativas y de tratamientos más prolongados, siendo las atenciones de salud más costosas (SIS 2018).

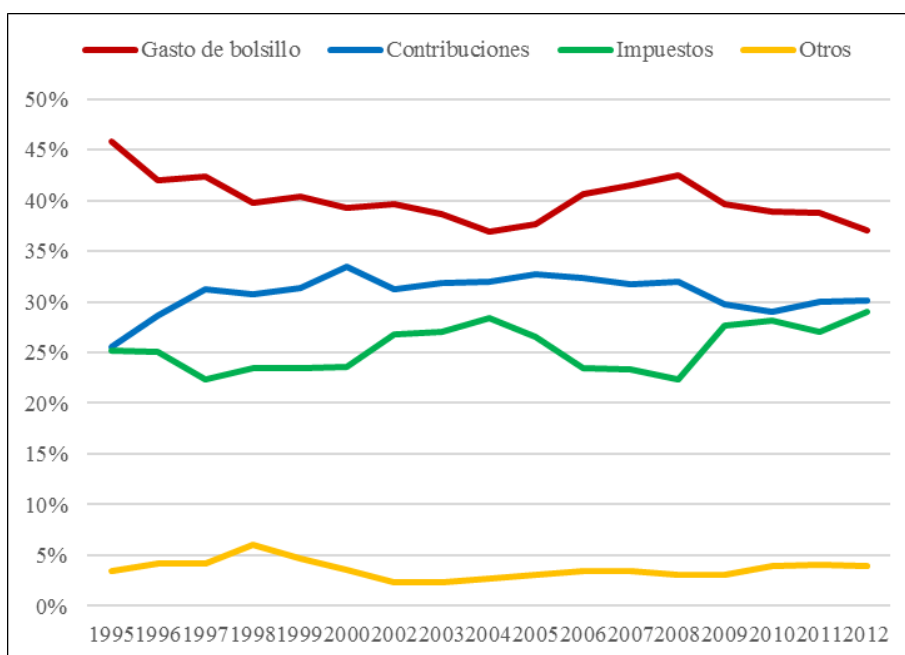
7. Análisis del financiamiento del aseguramiento universal

El financiamiento del aseguramiento universal es un tema relevante en este estudio por lo que es pertinente analizar cómo se financia el fondo mancomunado en el país. El Ministerio de Salud (Minsa 2015) presentó las Cuentas Nacionales de Salud del periodo 1995-2012, para analizar los flujos financieros y el gasto en salud durante una serie histórica de 17 años, siendo una información clave para conocer cómo el Estado ha ido incrementando el financiamiento público en los servicios de salud y cómo el gasto de bolsillo ha mostrado una tendencia decreciente como consecuencia de la expansión del aseguramiento en salud y el fortalecimiento de la oferta de los servicios.

Según las Cuentas Nacionales de Salud, en el año 2012 se gastó la suma de S/ 28.621 millones como recursos de financiación pública y privada del sector salud. Las fuentes principales provienen del gobierno como tributos (29%), contribuciones o aportaciones obligatorias de los empleadores (30%) y el gasto de bolsillo por el 37% (Minsa 2015). El 4,3% restante es explicado por donaciones, inversiones privadas y otros. Es pertinente resaltar el aporte relativo del gasto de bolsillo como la principal fuente financiadora directa de los servicios de salud. El gasto de bolsillo se explica por la alta informalidad de la economía, como se puede apreciar en el gráfico 13.

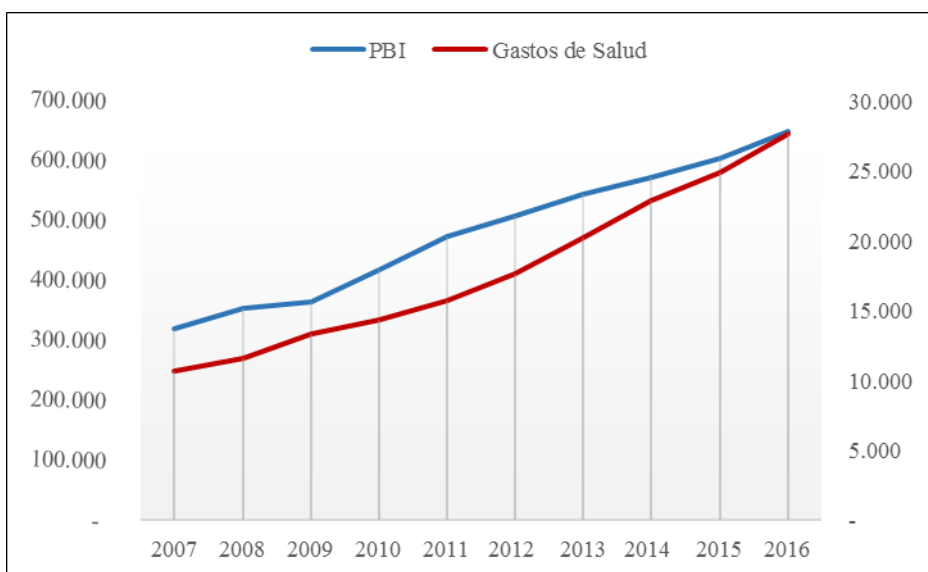
Existe una relación directa entre el PBI y los gastos de salud (véase gráfico 14); si bien en los últimos 10 años el gasto de salud representa en promedio el 5% del PBI, porcentaje bajo si se compara con otros países de la región y el mundo, siendo importante mantener un crecimiento sostenido del PBI ya que el beneficio del crecimiento de la economía incide directamente en los gastos de salud.

Gráfico 13. Financiamiento de las atenciones de salud, porcentaje, Perú 1995-2012



Fuente: Minsa, 2015.
Elaboración: Propia, 2018.

Gráfico 14. Tendencia de crecimiento del PBI y los gastos de salud (millones de soles)



Fuente: INEI, 2017d, s.f.
Elaboración: Propia, 2018.

Asimismo, es relevante considerar que en el periodo del 2012 al 2017 (véase la tabla 6) el presupuesto del sector salud representa el 10% del presupuesto público, y el presupuesto del SIS representa el 1%, porcentaje bajo si se considera que el SIS financia las prestaciones de salud de 16,5 millones de afiliados que representan el 52% de la población del país.

Tabla 6. Presupuesto del sector público, sector salud y el SIS (%)

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Presupuesto sector público	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Presupuesto sector salud	8,8	9,2	10,2	10,2	10,2	10,1
Presupuesto SIS	0,5	0,8	0,9	1,1	1,0	1,0

Fuente: MEF, 2017b.

Elaboración: Propia, 2018.

7.1 Principales fuentes de financiamiento del sector salud

En el estudio efectuado por el Minsa (2015), considera los principales agentes que deciden el financiamiento del sector salud y que se señalan a continuación:

- **Gobierno.** Es el agente que asigna a través del presupuesto público, proviene de la fuente de financiamiento de recursos ordinarios (que provienen fundamentalmente de los ingresos tributarios), los recursos determinados para los Gobiernos Regionales (principalmente del canon) y el endeudamiento en salud. Se distinguen los recursos asignados directamente por la Dirección General de Presupuesto Público del MEF a las Regiones y los que son asignados a través del Minsa.
- **Empleadores en general (públicos y privados).** Canalizan a la seguridad social en salud (EsSalud) los aportes derivados de las remuneraciones registradas en planilla. En el país se cotiza el 9% de la remuneración. De acuerdo a la Ley N°26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, es posible que el 25% de dicho porcentaje sea canalizado hacia prestadores privados (EPS) debidamente conformados.
- **Hogares.** Financian los servicios de salud a través del denominado pago de bolsillo, comprando servicios de salud (consultas, cirugías, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas, terapias, medicinas, entre otros) y adquiriendo seguros de salud mediante el pago de primas. También pueden participar con sus empleadores en el financiamiento de sus seguros (copagos deducibles) y adquirir por su cuenta una modalidad de seguro privado o autoseguro, o uno facultativo con la seguridad social.

7.2 Financiamiento del régimen contributivo

Este régimen se financia a través de aportes o contribuciones obligatorias del empleador del sector formal empresarial (privados) y de las entidades del sector público y, en menor medida, de aportes provenientes de independientes voluntarios. En este régimen se considera principalmente a EsSalud que tiene varios seguros como el seguro regular, seguro agrario, seguro

potestativo/voluntarios, seguro complementario de trabajo de riesgos y EPS, cuyas características y aportes se detallan en el anexo 7.

7.3 Financiamiento del régimen subsidiado

El SIS administra cuatro seguros según el Grupo del Banco Mundial (2016), con variaciones en los planes de beneficios, dependiendo de si la persona vive o no en las regiones priorizadas por la política del Aseguramiento Universal de Salud (AUS); su capacidad de pago, y 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). 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 (véase anexo 11).

El seguro SIS Gratuito está dirigido a la población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema 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 S/ 1.500, además de estar registrado en el Sisfoh y en el Padrón General de Hogares. Quienes no cumplan estas condiciones pueden acceder al régimen de independientes, que tiene primas diferenciadas para personas mayores de 60 años (S/ 44 soles para afiliados continuadores o S/ 58 para los nuevos), o como titular menor de 60 años con derechohabientes (con primas que van desde S/ 39 hasta S/ 155, según el número de dependientes).

Asimismo, el Grupo del Banco Mundial (2016) también menciona que 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 S/ 20 a la Superintendencia de Aduanas y de Administración Tributaria (Sunat) dentro de la categoría 1 del Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS). Los aportes de S/ 20 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 S/ 30 mensuales y su pago se divide entre el empresario (S/ 15) y el SIS o presupuesto público (S/ 15). La recaudación la realiza el mismo SIS.

7.4 Análisis comparativo del financiamiento de EsSalud y el SIS

De acuerdo a la información del MEF (2017b), las contribuciones de salud del sector público como empleador (trabajadores de los diferentes regímenes incluido el personal CAS) en el año 2016 ascendieron a S/ 2.447 millones, que financiaba a 1,3 millones de asegurados; si se incluye a sus derechos habientes se estimó en 3,2 millones de personas, teniendo un gasto per cápita de S/ 747 (ver tabla 7).

En el caso del SIS, las transferencias financieras realizadas a las Ipress públicas más los gastos por prestaciones de salud a las Ipress privadas ascendió a S/ 1.414 millones, para financiar a 17 millones de personas, lo que hacía un gasto per cápita de S/ 83 (ver tabla 8); observándose la diferencia de gasto que destina el sector público al régimen contributivo y al subsidiado.

Tabla 1. Contribuciones a EsSalud y asegurados 2016

Concepto	Monto
Contribuciones del empleador (millones de soles)	2.144
Contribuciones del empleador (CAS) (millones de soles)	302
a. Total Contribuciones	2.446
Trabajadores del sector público (miles)	1.310
b. Incluido sus derechos habientes (miles)	3.275
Gasto per cápita EsSalud (a / b) (soles)	747

Fuente: MEF, 2016; Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), 2017.
Elaboración: Propia, 2018.

Tabla 8. Gastos del SIS por prestaciones de salud y asegurados 2016

Concepto	Monto
Transferencias financieras – Ipress públicas (millones de soles)	1.288
Gastos de servicios de salud – Ipress privadas (millones de soles)	127
a. Total gastos del SIS (millones de soles)	1.414
b. Afiliados al SIS (millones de personas)	17,0
Gasto per cápita SIS (a / b) (soles)	83

Fuente: MEF, 2016; SIS, 2017d.
Elaboración: Propia, 2018.

Capítulo VI. Análisis de los sistemas de salud en otros países

Los países cuyos sistemas de salud han alcanzado un mayor desarrollo son el Reino Unido, Alemania, Australia, Holanda y Estados Unidos. A través de diferentes enfoques y perspectivas, han demostrado que no hay un mejor sistema que el otro, pero que todos tienen algo positivo que rescatar. Una de las razones de la elección de estos países es que son miembros de la OCDE, organización a la que el Perú aspira a ingresar, como ya lo hicieron Chile y Colombia. El resumen de los países analizados puede apreciarse en la tabla 9.

1. Reino Unido³

Según Villalobos (2017:35), señala que el sistema inglés, si bien no corresponde a un sistema de seguro, es interesante de analizar como un modelo distinto de financiamiento de salud. En rigor, este modelo provee implícitamente un seguro universal a toda la población, dándole derecho de atención en la red de salud del país y otorga cobertura financiera para un amplio conjunto de prestaciones (como fue descrito anteriormente, existen prestaciones que incluyen un copago). Para efectos prácticos, el sistema inglés concentra todas las funciones del seguro (excepto recolección) en una única institución.

Asimismo, manifiesta que los inicios del sistema de salud se remontan a 1948 con la creación del Servicio Nacional de Salud (National Health Service [NHS]). La reforma más importante de los últimos años fue realizada en 2013, con la promulgación del Health and Social Care Act 16, que introduce una serie de cambios en la administración, responsabilidades y financiamiento del sistema. La participación en este seguro puede considerarse obligatoria, ya que es financiado principalmente con impuestos generales. La cobertura incluye a toda la población, que tiene acceso a los servicios prestados por la red de proveedores: GP en atención primaria; y hospitales, principalmente públicos, para atención secundaria y terciaria. A excepción de algunos ítems, como medicamentos, servicios dentales y servicios de oftalmología, los servicios y bienes provistos por la red del NHS son gratuitos.

Existe un mercado de seguros complementarios privados (voluntarios) tomados por cerca del 11% de la población, los cuales son principalmente provistos por empleadores (cerca del 80%). Estos seguros entregan un acceso más rápido y conveniente a algunos servicios, principalmente procedimientos hospitalarios electivos (Mossialos *et al.* 2016).

³ Este ítem ha sido desarrollado en base a la información de Villalobos, 2017:35.

Tabla 9. Seguro de salud, países seleccionados

País	Nombre	Obligatorio	Recolección		Mancomunación	Compra Beneficios
			Modo	Administración		
Australia	Seguro Universal, Medicare	Si, excepto para personas de bajos ingresos	Asegurador unico	Pública	Alta. Contribución independiente de ingresos y estado de salud	Paquete único de beneficios definido por el gobierno
	Seguro privado de salud	No	Multiples fondos	Privada	Baja. Grupos separados de acuerdo al seguro (distinto acceso a proveedores)	De acuerdo a contrato individual
Alemania	Seguro obligatorio, Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	Si, excepto para personas de bajos ingresos y empleados públicos	Multiples aseguradoras que transfieren contribuciones a un fondo central (Gesundheitsfonds)	Privada	Media. Grupos separados por ingreso / ocupación	Paquete único de beneficios definidos a nivel distrital
	Seguro voluntario, private Krankenversicherung	No	Multiples fondos	Privada	Baja. Grupos separados de acuerdo al seguro	De acuerdo a contrato individual
Holanda	Seguro basico, Zorgverzekeringswet (ZVW)	Si, con reducciones para personas de bajos ingresos	Multiples aseguradoras que transfieren contribuciones a un fondo central (Health Insurance Fund)	Privada	Alta. ingresos y riesgos, ya que toda la población contribuye y es beneficiaria	Paquete único de beneficios definido por el gobierno
	Seguro privado complementario	No	Multiples fondos	Privada	Baja. Grupos separados de acuerdo al seguro	Otros servicios no incluidos en el paquete basico
	Cuidados de largo plazo, Wet Langdurige Zorg (WLZ)	Si	Fondo unico (fondo de cuidados de largo plazo), administrado por el Instituto Nacional de Atención de Salud	Publica	Alta. Contribución independiente de ingresos y estado de salud	Alojamiento en Institución, cuidados personales y medicos y transportes
Corea del Sur	Seguro universal	Si	Proveedor unico (Corporación Nacional de Seguro de Salud)	Pública	Alta. Contribución independiente de ingresos y estado de salud	Paquete único de beneficios definido por el gobierno
	Medical Aid	Si (financiado por impuestos)	A través del gobierno	Pública	Alta. Contribución independiente de estado de salud	Paquete único de beneficios definido por el gobierno
	Cuidados de largo plazo	No	Fondo unico (fondo de cuidados de largo plazo), administrado por la Corporación Nacional de Seguro de Salud	Pública	Alta. Contribución independiente de ingresos y estado de salud	Paquete de beneficios dependiente del grado de limitación del beneficiario
Reino Unido	Servicio Nacional de Salud, National Health Service (NHS)	Si (financiado por impuestos)	Acceso al sistema de salud (no es seguro)	Pública	Alta. Contribución independiente de ingresos y estado de salud	Paquete de beneficios dependiente del grado de limitación del beneficiario
	Seguros provados	No	Multiples fondos	Privada	Baja. Grupos separados de acuerdo al seguro	Acceso mas rapido y conveniente a servicios

Fuente: Villalobos, 2017.

2. Alemania⁴

Según explica Villalobos (2017:28), en Alemania el sistema de protección social, incluido el acceso a atención de salud se inicia en el año 1883, con la aprobación de las leyes de seguros de salud para trabajadores (Health Insurance Act for Blue-Collars, Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter), y ha continuado un proceso de constante cambio desde entonces (Bärnighausen y Sauerborn 2002:1559–1587). En la actualidad la base del sistema de protección de salud alemán se encuentra en su seguro obligatorio (Gesetzliche Krankenversicherung [GKV]) regido, principalmente, por el capítulo V del Código de Seguridad Social (Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung).

Igualmente, señala que el seguro de salud obligatorio desde el año 2009 opera mediante la existencia de múltiples fondos de enfermedad, administrados por entidades privadas sin fines de lucro que compiten entre sí (124 en 2015). Las aseguradoras son auto-administradas, pero reguladas por el gobierno (Ley de seguridad social y Comité Federal Mixto [Gemeinsamer Bundesausschuss]). Su misión es recolectar las contribuciones desde los individuos, las que son transferidas a un Fondo Central (Fondo de Salud, Gesundheitsfonds). La contribución al seguro es obligatoria para todos los alemanes, pero existen excepciones: personas de altos ingresos que tienen un ingreso por sobre un umbral predefinido (Jahresarbeitsentgelt-Grenze), que en la actualidad se sitúa en € 50.850; trabajadores por cuenta propia y; empleados públicos. El cambio entre fondos está permitido cada 18 meses. Cerca del 85% de la población está cubierta por este seguro.

El Fondo de Salud considera el financiamiento a través de las siguientes fuentes:

- Porcentaje del ingreso de trabajadores (calculado por un panel de expertos). Contribución conjunta del empleador (7,3%) y empleado (7,3%) (para los desempleados y pensionados, el seguro es pagado por la agencia de empleo/seguro de vejez).
- Contribuyentes voluntarios.
- Aportes extras cobrados por las aseguradoras.
- Aportes estatales.

De acuerdo a Villalobos (2017), los beneficios del seguro son definidos a nivel distrital entre el fondo y las asociaciones de médicos locales (Kassenärztliche Vereinigung) usando un Benchmark

⁴ Este ítem ha sido desarrollado en base a la información de Villalobos, 2017:28.

de Valoración Uniforme (Einheitlicher Bewertungsmaßstab). Los servicios no cubiertos por el seguro (Individuelle Gesundheitsleistungen) son pagados directamente por el usuario. Los pacientes del seguro público pueden escoger entre proveedores públicos o privados asociados al seguro; dado que el 98% de la oferta de atención ambulatoria y el 99% de las camas de hospital están asociadas al seguro público, en la práctica ambos tipos de pacientes (público y privado) usan los mismos proveedores (Busse y Blümel 2014:1-296). Las personas que deciden voluntariamente quedarse en el seguro obligatorio, pudiendo optar por salir (personas de altos ingresos), también pueden moverse entre fondos. Sin embargo, quienes optan por salir del sistema de seguro social, no pueden volver a éste a menos que sus condiciones laborales cambien (ingresos caen bajo el umbral, periodos largos de desempleo o cambios al sector privado en el caso de empleados públicos).

Dado que el sistema no define beneficios individuales en función de las contribuciones y todos los alemanes deben estar cubiertos, existe un sistema de compensación por riesgo (Risikostrukturausgleich) para lidiar con la diversidad de riesgo entre aseguradoras. Junto con este esquema, los miembros de las Fuerzas Armadas tienen su propio seguro, que cubre aproximadamente a un 4% de la población.

Asimismo, explica que existe un seguro de salud voluntario (Private Krankenversicherung [PKV]), que puede ser adquirido por cualquier persona (empleados públicos que requieren un seguro complementario que usualmente es seguro de salud privado). Existen dos tipos de asegurados por el PKV: quienes usan el seguro privado como sustituto del seguro obligatorio (seguro privado como su seguro único y principal) y quienes lo usan como sustituto/complemento del seguro obligatorio. En el primer grupo se encuentran aquellas personas que están exentas de cotizar en el seguro obligatorio: empleados públicos, trabajadores por cuenta propia y empleados de altos ingresos. En el segundo grupo, se encuentran las personas que deben cotizar en el GKV pero contratan un seguro adicional para cubrir a beneficios no contenidos en su paquete de beneficios (como salud dental), o acceder a una cobertura con otras características (como una pieza personal en el hospital).

Este seguro es provisto por aseguradoras privadas (42 en 2015), que se financian mediante pagos directos. En el caso de los seguros voluntarios, tanto las primas como los beneficios son acordados por contratos individuales (en base a riesgo individual y beneficios pactados), aunque usualmente incluyen servicios no cubiertos por el seguro obligatorio, como atención dental extra, vacunas fuera de la Unión Europea (UE), homeopatía y medicina alternativa. Un 11% de la población

tiene este tipo de seguros, que desde 2009 están obligados a ofrecer una cobertura equivalente a la ofrecida por el seguro obligatorio (Basistarif) y un precio que no exceda al máximo cobrado en el sistema obligatorio (GKV).

3. Australia⁵

Para Villalobos (2017:27) el sistema de seguros de salud en Australia se fundamenta en la existencia de un seguro público contributivo universal, Medicare. Los inicios de este sistema datan del año 1975, con la introducción de Medibank, sistema que posteriormente fue reemplazado por Medicare en 1984. La recolección y administración de fondos es realizada por el Departamento Australiano de Recursos Humanos, a nombre del Departamento de Salud.

La contribución al seguro público es obligatoria, aunque existen personas que pueden acceder a exenciones y reducciones en la contribución (familias de bajos ingresos, personas con ciertos problemas médicos, residentes extranjeros y habitantes de la Isla de Norfolk). Medicare se financia a través de distintos tipos de contribuciones:

- **Gobierno.**
- **Medicare levy.** Contribución base, correspondiente al 2% del ingreso tributable
- **Medicare levy surcharge.** Impuesto extra que deben pagar quienes tienen un ingreso sobre cierto umbral y no tienen un seguro privado de salud, correspondiente al 1,5% del ingreso
- **Lifetime health coverage.** Carga extra para personas de cierta edad que no tienen suficiente cobertura hospitalaria

La cobertura de la población es del 100% (ciudadanos y residentes permanentes). El seguro da acceso a los siguientes servicios:

- **Acceso a hospitales.** Los pacientes públicos (poseedores de Medicare) pueden atenderse solamente en hospitales públicos (sin costo). El beneficio cubre tanto el tratamiento como la estadía en el hospital. Más del 80% de las consultas de atención primaria (necesarias para ser referidos a especialistas) son costo cero para los pacientes (Hall 2015:493-497).
- **Servicios de profesionales de la salud (fuera de un hospital).** Cubre 100% del Medicare Benefits Schedule (MBS) para médicos generales y 85% para especialistas

⁵ Este ítem ha sido desarrollado en base a la información de Villalobos, 2017:27.

- **Medicamentos (Pharmaceutical Benefits Scheme).** Subsidio a listado de medicamentos (actualizado mensualmente). Incluye costos máximos a pagar por medicamentos.

Además de Medicare, existen una serie de seguros (públicos) especiales, ofrecidos para grupos específicos como indígenas, comunidades rurales o remotas y miembros de las Fuerzas Armadas.

Además, Villalobos (2017) señala que la población tiene disponible un sistema de seguros voluntarios, ofrecidos por aseguradoras privadas (25 fondos abiertos y 10 cerrados) (PrivateHealth.gov.au 2016) a través de dos modalidades: seguro de atención hospitalaria (hospital treatment) y/o seguro de atención general (general treatment: dentista, fisioterapia, etcétera). Los pacientes privados pueden optar entre usar hospitales públicos o privados.

El sistema es financiado a través de primas variables, con la posibilidad de acceder a un reembolso de Medicare (private health insurance rebate). Adicionalmente, Medicare cubre el 75% de los honorarios médicos contenidos en el Medicare Benefits Schedule (MBS).

La participación de privados se establece en 1953 con la National Health Act y es regida desde 2007 por la Private Health Insurance Act.

4. Holanda⁶

Según señala Villalobos (2017) el sistema de seguros de salud holandés considera múltiples alternativas, combinando seguros obligatorios y voluntarios. En primer lugar, se distinguen dos tipos de seguros obligatorios: un seguro de salud tradicional y un seguro para cuidados de largo plazo. Ambos tienen su propia administración, mecanismo de financiamiento y beneficios.

El seguro de salud obligatorio o seguro privado básico (Zorgverzekeringswet [ZVW]) es brindado de manera privada por múltiples aseguradoras (24 de 9 conglomerados distintos) que compiten entre sí, siendo prácticamente todas cooperativas sin fines de lucro. Las aseguradoras son auto-administradas, pero reguladas por el gobierno (principio de competencia regulada). El actual sistema se rige por la Health Insurance Act (ZVW), en vigencia desde 2006. El seguro de carácter obligatorio es financiado a través de distintas fuentes, las cuales son mancomunadas en el Fondo del Seguro de Salud (Health Insurance Fund). El financiamiento del fondo se compone de:

⁶ Este ítem ha sido desarrollado en base a la información de Villalobos, 2017:30.

- Prima nominal (fija), igual para todas las personas en una determinada aseguradora (excepto contratos colectivos), independiente de la condición de salud o edad (promedio € 1.200 al año más un adicional de € 385 [policy excess] para cubrir incrementos en costos).
- Prima adicional dependiente del ingreso pagada por el empleador (contribución al ZVW) de 6,9% del salario.
- Fondos públicos (cubre seguro de menores de 18 años; están cubiertos, pero no pagan).

Existe un fondo de compensación por riesgo para lidiar con la diversidad de riesgo entre aseguradoras: ex-ante basado en edad, sexo, ingreso, región, consumo promedio de medicamentos, condiciones crónicas, lo que implica que las diferencias en primas reflejan sólo diferencias en eficiencia. Adicionalmente, el fondo considera un ajuste ex post para corregir por riesgo.

Toda persona que trabaje o viva en Holanda debe contribuir, a excepción de los miembros de las Fuerzas Armadas y objetores de conciencia (gemoedsbezwaarden), quienes tienen derecho a no contribuir, pero no pueden tener otro seguro y deben pagar un impuesto equivalente a la contribución de salud. Las personas que no toman un seguro pueden ser multadas con un cobro de hasta un 130% de la prima original. Por otra parte, las personas de bajos ingresos pueden acceder a un beneficio que les ayuda a pagar el seguro (hasta € 942 para solteros y hasta € 1.791 para hogares multipersonas). La cobertura del seguro alcanza al 99% de los residentes del país.

El seguro ofrece un paquete de beneficios estándar definido por el gobierno (usualmente llamado paquete básico). Para seleccionar las prestaciones incluidas en este paquete, se usan cuatro criterios: ¿esencial?; ¿efectivo?; ¿eficiente?; ¿no autofinanciable? Entre los servicios cubiertos por el seguro se encuentran cuidados médicos (generales, especialistas, obstetras, enfermeras), hospitalización, salud mental, medicamentos, salud oral (hasta 18 años), servicios de terapeutas, nutricionista, ambulancia, fisioterapia para enfermedades crónicas. Dentro del paquete básico, las aseguradoras tienen libertad para definir ciertos parámetros (prima, descuentos por cantidad) y proveedores (75% de la población opta por contratos con proveedores preferenciales), garantizando que exista oferta para lo que ofrecen (son responsables de la atención). Por su parte, los pacientes son libres de elegir tanto su aseguradora, como su proveedor de salud.

El seguro de cuidados de largo plazo (Wet Langdurige Zorg [WLZ]) también forma parte del esquema de seguros holandés. La atención a los cuidados de largo plazo se encuentra en distintos cuerpos legales, como la Exceptional Medical Expenses Act (Algemene Wet Bijzondere

Ziektekosten [AWBZ]) de 1968. El actual sistema se rige por la Long-Term Care Act (WLZ) de 2015.

Los fondos para la provisión de servicios son depositados en el Fondo de Cuidados de Largo Plazo, administrado por el Instituto Nacional de Atención de Salud. El fondo se financia a través de contribuciones (obligatorias) y fondos públicos:

- 9,65% del ingreso tributable (tope de € 33.589).
- Contribución en función del ingreso.
- Fondos públicos (si es necesario).

Los beneficiarios son todas las personas evaluadas como necesitadas de cuidados especiales por parte de la Agencia de Evaluación del Cuidado (Centrum Indicatiestelling Zorg [CIZ]). Éstos acceden a cuidados especiales usando un formato estándar, ya sea en sus casas, en hogares u otras instituciones, incluyendo financiamiento para alojamiento en una institución, cuidados personales y médicos, y transporte.

Por otra parte, el sistema de seguros también cuenta con un componente voluntario, en este caso complementario del seguro obligatorio, regidos por la Health Insurance Act (ZVW) de 2006. Estos seguros también son provistos por las mismas aseguradoras privadas que ofrecen el seguro obligatorio, pero el asegurado puede decidir tomar este seguro complementario con una compañía distinta que la que le brinda el seguro obligatorio (paquete básico). Los pagos y beneficios son acordados mediante contratos individuales entre el asegurado y la aseguradora, en base a riesgo individual y beneficios pactados. En el caso de los seguros complementarios, las aseguradoras tienen derecho a rechazar personas.

En general, estos seguros ofrecen cobertura para servicios no incluidos en el paquete básico, como seguros dentales, medicina alternativa, lentes, fisioterapias más generosas, cuidados maternos y medicamentos. Un 90% de la población tiene un seguro de salud complementario aparte del seguro obligatorio.

5. Estados Unidos

Según la OPS y OMS (2017:139) el sistema de salud de Estados Unidos tiene una estructura de prestación que es una de las más grandes y complejas del mundo. Se financia mediante programas que disponen de fondos públicos, como Medicare, Medicaid, el Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas, y los del ejército, así como mediante una cobertura de seguros privados individuales o contratados por los empleadores.

La cobertura de seguros privados contratados por el empleador es la que tiene la mayor proporción de la cobertura de seguros de salud en el sistema de Estados Unidos. A diferencia de la mayoría de los países, Estados Unidos no tiene un plan de seguro de salud integral, sino diversos seguros privados y otro público administrado por el gobierno federal y los gobiernos estatales.

Medicare es un programa de seguro de salud federal para las personas de 65 años y más, ciertas personas de menor edad con discapacidad, y otros grupos específicos. Medicaid es un programa de seguro de salud del gobierno federal y los gobiernos estatales, condicionado al nivel de recursos del beneficiario, que se financia con los impuestos estatales y federales.

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), aprobada en el 2010, busca contener el incremento de los costos en salud y ampliar la cobertura de seguro a los no asegurados. Desde su implementación, la población sin seguro de salud disminuyó de 18,2% en el 2010 a 10,5%. En el 2015, el gasto en salud alcanzó el 17,8% del PIB, y representaba casi US\$ 10.000 por persona. Del gasto total en salud, 20% se empleó en Medicare; 17%, en Medicaid; 33%, en el seguro privado, y 11% fueron los gastos asumidos por los pacientes. La atención hospitalaria representó 32% del gasto en atención de salud.

El sector de la salud emplea a más de 12,5 millones de personas, que son alrededor de 9,0% de la fuerza de trabajo. En el 2013, había alrededor de un millón de médicos en el país, 82% de los cuales participaban activamente en la profesión; 74% se habían graduado en las facultades de medicina del país y 26%, en el extranjero. El 74,2% de los médicos proveen principalmente atención ambulatoria y 25,8% se concentra en la atención hospitalaria. En el año 2013, había 60,5 dentistas por cada 100.000 habitantes.

En el 2014, el número de enfermeras registradas aumentó 1,2% y pasó de 2.655.020 en el 2010 a 2.687.319 en el 2014 y, el número de auxiliares de enfermería se incrementó vertiginosamente en

15,4%, pasando de 105.780 en el 2012 a 122.050 en el 2014. El 41,8% del personal de salud eran enfermeras registradas y 40%, auxiliares de enfermería. En el 2013 había 5.686 hospitales, 96,3% de ellos no federales. De entre los 4.974 hospitales comunitarios, 58,4% no tienen fines de lucro y 21,3% son estatales o locales, pero más del 21% tienen fines de lucro (1.060 hospitales comunitarios). En el 2014 había 914.513 camas para la atención del paciente.

En el 2015, casi 78% de los médicos de consultas ambulatorias disponían de un sistema de registro electrónico. Entre el 2007 y el 2011, el porcentaje de servicios de emergencias hospitalarias que disponían de un sistema de registro electrónico que cumpliera los criterios de un sistema básico aumentó de 18,5% a 53,6%.

A continuación, se muestra la tabla 10 donde se considera la información de los sistemas de salud de Estados Unidos, Chile, Colombia, Argentina y el Perú; resaltando que Chile y Colombia ya están en la OCDE, así como Estados Unidos, siendo pertinente su comparación con estos países que tienen sistemas de salud diferentes, pero que han logrado avances considerables.

Tabla 10. Indicadores básicos de salud

PAISES	Población en 1990 (millones)	Población en el 2015 (millones)	Ingreso nacional bruto, (PPA, US\$ per cápita)		Esperanza de vida al nacer (años)		Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)		Mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	
			1990	2014	1990	Valor y año	1990	Valor y año	1990	Valor y año
Perú	21,8	31,2	---	11.440	65,5	75,1 ▲ (2016)	56,5	15,0	---	68,0 ▲ (2015)
Estados Unidos	252,8	316,5	---	56.116	75,2	78,8 ▲ (2014)	9,4	6,0 ▲ (2013)	---	23,8 ▲ (2014)
Colombia	34,3	48,7	---	12.910	68,3	74,4 ▲ (2013)	29,0	17,3 ▲ (2013)	---	55,3 ▲ (2013)
Chile	13,2	17,8	---	21.920	73,7	80,0 ▲ (2013)	16,0	7,2 ▲ (2013)	39,9	22,5 ▲ (2014)
Argentina	32,7	42,7	---	22.049	71,6	76,6 ▲ (2013)	24,4	10,6 ▲ (2013)	---	37,3 ▲ (2013)

Fuente: OPS, 2017.

Capítulo VII. Propuesta de mejora para el financiamiento

En esta sección se considera la propuesta de mejora para el financiamiento del SIS. Según Villalobos (2017) es pertinente señalar previamente algunas alternativas que podrían ser interesantes para una propuesta de financiamiento, insistiendo en el hecho que no existe un modelo ideal; sin embargo, sí existen elementos que han sido identificados como importantes a considerar al momento de diseñar un sistema de financiamiento de salud, teniendo en cuenta a los países que buscan alcanzar o mantener un aseguramiento universal como el Perú:

- El sistema del aseguramiento universal debe estar basado predominantemente en contribuciones obligatorias (régimen contributivo) y/o aportes de impuestos generales (régimen subsidiado). Ningún país ha alcanzado cobertura universal en salud en base a contribuciones voluntarias.
- En concordancia con la Política de Estado 13 del Acuerdo Nacional, debe establecerse un decidido compromiso político con el aseguramiento universal, reflejado en una priorización de la salud en el presupuesto nacional
- En el mediano y largo plazo se debe buscar una creciente tendencia hacia la diversificación de las fuentes de recursos; en muchos casos, el aseguramiento universal requiere desligar el derecho a la salud de la situación laboral (contribuciones basadas en salarios, implica cobertura sólo para trabajadores formales dependientes)

1. Propuestas de financiamiento para el SIS

1.1 Priorizar el gasto en salud incrementando gradualmente el gasto de salud en el sector público hasta alcanzar el 15% del presupuesto público

Considerando que en los últimos años el gasto en salud en el país representa el 5% del PBI; que el gasto en salud en el sector público representa el 10% del presupuesto público anual, y teniendo en cuenta que la OMS recomienda que los países de medianos ingresos asignen el 15% del presupuesto a los gastos en salud, en ese contexto se propone que el Ministerio de Salud -en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas- prioricen el gasto en el sector salud considerándose un incremento gradual hasta alcanzar el 15% del presupuesto anual en un periodo de tres años, considerando las proyecciones del marco macroeconómico multianual del MEF (2017a).

En la tabla 11 se muestra el gasto en el sector salud que representa el 10% del Presupuesto Público 2018, según la propuesta, el 15% ascendería a S/ 23.574 millones.

Tabla 11. Porcentaje de los sectores según el Presupuesto Público 2018

Nº	Sector	Presupuesto (en millones de soles)	%
1	Educación	27.567	18%
2	Planeamiento, Gestión y Reserva de Contingencia	25.620	16%
3	Salud	16.028	10%
4	Transporte	15.250	10%
5	Previsión Social	12.609	8%
6	Deuda Pública	11.780	7%
7	Orden Público y Seguridad	9.369	6%
8	Protección Social	6.028	4%
9	Justicia	5.365	3%
10	Defensa y Seguridad Nacional	5.358	3%
11	Saneamiento	4.309	3%
12	Otros	17.876	19%
	Total	157.159	100%

Fuente: MEF, 2018.

Elaboración: Propia, 2018.

1.2 Incentivar con beneficios tributarios a las pequeñas y microempresas que se formalicen, promoviendo la afiliación de sus trabajadores al SIS en el régimen subsidiado

Las empresas informales representan el 88% del total en el país y en ellas labora el 72,8% de la PEA, personas que tienen bajos ingresos y que no gozan de los beneficios que otorgan las leyes laborales como seguridad social, licencias por enfermedad y vacaciones pagadas. En ese contexto, se propone que se incentive a la formalización de las pequeñas y microempresas, otorgándoles beneficios como afiliar en el SIS a sus trabajadores en el régimen subsidiado. Esta situación permitirá disminuir la informalidad e incrementar la base tributaria.

1.3 Eliminación del régimen semicontributivo

En concordancia con la propuesta anterior y considerando que la población afiliada al régimen semicontributivo representa el 1% de la población afiliada en el SIS, se propone la eliminación de este régimen que no ha tenido la acogida esperada. Esto se debe a que no es equitativo ni justo: las personas formales tienen un seguro de salud (EsSalud) que es financiado por el empleador; sin embargo, a este sector se les exige que realicen un aporte mensual para que puedan acceder a un seguro de salud (régimen semicontributivo), por lo que se propone su eliminación, proponiéndose el régimen subsidiado como el único seguro público a cargo del SIS. Esta medida tiene por objetivo lograr la equidad en el aseguramiento universal.

1.4 El SIS, en coordinación con el Reniec y el Midis, debe lograr el aseguramiento de la población de menores recursos y vulnerables que aún no cuentan con un seguro de salud, quienes deben ser su prioridad

La cobertura de la población asegurada en el país alcanza el 87% (SIS 52%; EsSalud 30% y seguros privados 5%), existiendo una brecha del 13% (4,2 millones) de personas que no cuentan con un seguro de salud; en ese contexto se propone que esta población vulnerable y de menores ingresos sea afiliada en el SIS en el régimen subsidiado. La propuesta debe ser realizada en coordinación con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (Reniec) y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) a fin de identificar a las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad que no cuenten con un seguro de salud y así cerrar la brecha de población no asegurada. Esta medida tiene por objetivo alcanzar una cobertura del 99% de la población a un seguro de salud.

1.5 El SIS financiará en exclusividad el gasto en medicamentos a todas las Ipress públicas a nivel nacional

El financiamiento del SIS -que realiza a través de transferencias financieras- representa el 10% del gasto de los establecimientos de salud (Ipress públicas) a nivel nacional, siendo el único financiador público del régimen subsidiado, para lo cual debe efectuar el control prestacional a los 75 millones de atenciones de salud, además del control financiero, acciones que no realiza en forma eficiente ni eficaz por limitaciones de recursos humanos y de su presupuesto institucional. El gasto anual en medicamentos en el sector salud representa el 11% del gasto en el sector salud (véase anexo 10), y las entidades públicas del sector salud (gobierno nacional y regional) efectúan directamente las adquisiciones de medicamentos.

Teniendo en cuenta estas dos realidades y considerando que el Gobierno ha dispuesto la reestructuración del Seguro Integral de Salud, se propone considerar -en una primera etapa- que el SIS priorice el financiamiento en forma exclusiva del gasto de medicamentos para el régimen subsidiado a nivel nacional para las Ipress públicas, debiéndose fortalecer al Centro Nacional de Abastecimientos de Recursos Estratégicos de Salud (Cenares) para que sea una Unidad Ejecutora a cargo del SIS, y así tener una mejor coordinación y supervisión de las adquisiciones de los medicamentos a nivel nacional.

Las compras corporativas permitirán:

- Obtener mejores precios por economía de escala.
- Mayor control de la calidad de los medicamentos adquiridos.
- Estandarizar las características técnicas de los medicamentos a nivel del Estado.
- Reducción de costos administrativos.

1.6 Revisión del PEAS a fin de ofrecer las prestaciones de salud mínimas que realmente puedan cumplirse a los asegurados en base a la capacidad financiera del aseguramiento universal

Actualmente el PEAS contiene 185 condiciones asegurables y 185 garantías explícitas, además de otros planes complementarios que han ido incrementándose desde la puesta en marcha del aseguramiento universal, debiendo determinarse el costo del PEAS. En ese contexto se propone la revisión del PEAS elaborando un estudio actuarial a fin de ofrecer las prestaciones de salud mínimas que puedan cumplirse con los asegurados de acuerdo a la capacidad financiera del aseguramiento universal en el régimen subsidiado.

1.7 Reestructurar el sistema de salud a nivel nacional priorizando la modernización de la gestión para mejorar la prestación de los servicios de salud

Considerando las propuestas mencionadas, no es suficiente el incremento de recursos financieros, esto tienen que complementarse necesariamente con la mejora de la gestión en el sector salud, por lo que se propone modernizar y fortalecer la gestión de este sector a nivel nacional (incluido el SIS), debiendo priorizarse la modernización de la gestión que comprenda no solo sus procesos sino también recursos humanos debidamente capacitados.

El personal directivo y de confianza deben tener comprobados valores éticos e idoneidad en la gestión pública, que permitan mejorar la prestación de los servicios de salud a la población beneficiaria del aseguramiento universal.

1.8 Establecer mayor transparencia en las adquisiciones de los medicamentos genéricos y las compras de los servicios de salud

Considerando que según la OMS (2010) se estima que la corrupción es la responsable de una pérdida anual del 10 al 25% del gasto sanitario público vinculado a la contratación (compra de los insumos necesario como medicamentos, equipos e infraestructuras), se propone establecer

mayor transparencia en las adquisiciones de los medicamentos, así como en las compras de los servicios de la salud a las Ipress públicas y privadas (véase anexo 12), disponiendo que una comisión conformada por funcionarios externos al SIS (MEF, Susalud y PCM) las supervisen, haciendo uso de la tecnología de la información, con programas que permitan detectar fraudes y malos manejos.

2. Monitoreo y seguimiento de la implementación

- Para el monitorio y seguimiento de la implementación de las propuestas se considera la creación de una unidad responsable a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud para realizar el monitoreo y seguimiento de las propuestas, debiendo informar periódicamente (cada trimestre) al Ministerio de Salud sobre los avances.
- Esta unidad deberá coordinar el grado de avance con todos las entidades responsables de la implementación, considerándose al MEF en la priorización de la asignación del gasto en el sector salud; al Ministerio de Salud en la aprobación de las normas pertinentes para la implementación de las propuestas; al SIS en la implementación de mejora en la gestión de los fondos asignados; a las Ipress públicas en la mejora en la atención de las prestaciones de salud, y a las Ipress privadas en las prestaciones de salud de acuerdo a los convenios y contratos suscritos con el SIS.

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

- El crecimiento de la población y los cambios demográficos influyen en la salud; el fenómeno de la urbanización ha generado cambios en los hábitos y estilos de vida de las personas como el cambio en la alimentación, poca actividad física, estrés; las personas viven más hacinadas y hacen uso intensivo de transporte motorizado, y hay menos zonas verdes saludables. Esta situación incide en el incremento de enfermedades como la diabetes, obesidad, hipertensión arterial, cáncer, y enfermedades cardiovasculares que explican el 63% de las muertes.
- Las proyecciones de la estructura de la pirámide poblacional en el país muestran un incremento de la población adulta mayor de 65 años, que se va acentuando en el mediano y largo plazo. El envejecimiento de la población se explica por los avances en el desarrollo tecnológico que han permitido mejoras en las medicinas y en los servicios de salud; esto ha conllevado a la reducción de la mortalidad y al incremento de la esperanza de vida. Esta situación ocasiona preocupación en la OMS y autoridades sanitarias que están promoviendo medidas en el ámbito político, económico y social para amortiguar su impacto en las siguientes décadas.
- Con la implantación del aseguramiento universal se han obtenido mejores perspectivas en la salud, logrando beneficios a través de un nuevo modelo de cobertura que permite a la población de menores recursos acceder a dichos servicios, así como la mejora de la calidad de estos. Los beneficios económicos están referidos al apoyo brindado a las familias para hacer frente a los riesgos catastróficos financieros en la salud. El aseguramiento universal genera, además, beneficios políticos ya que esto contribuye positivamente a mejora de la calidad de vida de la población.
- El contexto económico del país incide en el financiamiento público de la salud ya que el gasto en esta tiene una relación directa con el crecimiento del PBI. En el presente año, el gobierno ha dispuesto medidas para incentivar el crecimiento de la economía mediante un plan de impulso económico para reactivar la inversión pública y privada, así como medidas en la administración tributaria para mejorar la recaudación fiscal. Finalmente, ha dispuesto la reducción de gastos no críticos.
- El gasto en salud del país representa el 5% del PBI; el gasto del sector público en salud representa el 10% del presupuesto público anual, indicadores bajos a comparación de países de la OCDE y de la región. El financiamiento del SIS a los establecimientos públicos de salud representa el 10% de sus gastos anuales (véase anexo 13); a pesar de que la Ley del

aseguramiento universal dispone que el SIS es el financiador exclusivo del régimen subsidiado (gratuito), situación que se cumple en forma muy parcial y deficiente.

- Las personas aseguradas en el país alcanzan el 87% de la población, destacando el SIS con el 52%; EsSalud (contributivo) con el 30% y en seguros privados el 5%, por lo que existe una brecha del 13% de la población (4,2 millones de habitantes) sin seguro que está constituida, en su mayoría, por población vulnerable y en situación de pobreza que aún no acceden a un seguro de salud.
- En relación a las dificultades del financiamiento, se tiene que el SIS no administra un fondo de aseguramiento para el régimen subsidiado, por lo que efectúa transferencias financieras a las Ipress públicas y pago de servicios por prestaciones a las Ipress privadas de acuerdo a la asignación en su presupuesto anual. El presupuesto público se asigna de acuerdo a las prioridades del gobierno y en base a las proyecciones del marco macroeconómico multianual del MEF; es decir, si la recaudación cae, como ocurre en los últimos años el gobierno dicta medidas para restringir el gasto, lo que también afecta los gastos en salud.
- El 21% de la población se encuentra en situación de pobreza. La estimación se realiza en base a la línea de pobreza monetaria (S/ 338); sin embargo, existe un porcentaje considerable en situación de vulnerabilidad que no ha sido definido formalmente. Esta población vulnerable se encontraría por encima de la línea de pobreza: si bien no son definidos como pobres, tampoco tienen una estabilidad económica, percibiendo bajos ingresos que no les permiten cubrir sus necesidades básicas de educación, salud y vivienda debido a la alta informalidad de la economía en el país y el alto porcentaje del empleo informal. Esta población no tiene beneficios como seguro médico, vacaciones pagadas y licencia por enfermedad, situación que explicaría el incremento de la población afiliada en el SIS.
- El sistema de salud refleja la desigualdad que existe en el sector. Los trabajadores formales de los sectores públicos y privados tienen una relativa estabilidad económica, ellos están afiliados en el régimen contributivo (EsSalud) que beneficia también a sus derecho-habientes, además de ser financiados por el empleador, y pueden acceder en forma voluntaria a las EPS (seguro privado) que cubre las atenciones básicas (capa simple) donde deben efectuar un copago establecido por dichas instituciones.
- Los indicadores de salud muestran el avance que tiene el país en los temas de salud. La esperanza de vida se ha incrementado a 75 años en comparación a los 45 años de 1950; sin embargo, es menor a comparación con los países de la región. Los indicadores de desnutrición crónica infantil, mortalidad infantil, y mortalidad materna también muestran mejoras importantes, pero aún se requiere realizar esfuerzos para alcanzar los niveles de los países de la región y sobre todo, con los países de la OCDE a la cual el Perú aspira a integrar.

- El régimen semicontributivo no ha tenido la acogida esperada por la población vulnerable. En el SIS los afiliados en este régimen representan el 1%, ya que el 99% corresponde al régimen subsidiado. En EsSalud la situación no es mejor, pues el seguro potestativo (semicontributivo) representa el 0,25% de su población afiliada.
- El presupuesto de salud no se programa de acuerdo a lo previsto en la ley del aseguramiento universal, que es la estimación en función a la prima por la cantidad de afiliados ya que se le asigna un presupuesto de acuerdo a la recaudación fiscal; es decir, en función al crecimiento del PBI proyectado en el marco macroeconómico multianual.
- Los sistemas de salud en otros países muestran avances importantes. En el Reino Unido y Australia el gasto del gobierno tiene un mayor aporte en el financiamiento de la salud, en contraste con Holanda y Alemania, donde el sector privado tiene un mayor aporte en el financiamiento de la salud. A pesar de tener sistemas totalmente diferentes, estos países que son miembros de la OCDE han logrado importantes avances; esto indica que no hay mejor sistema de salud que otro.
- El sistema del aseguramiento universal debe estar basado predominantemente en contribuciones obligatorias (régimen contributivo) y/o aportes de impuestos generales (régimen subsidiado); ningún país ha alcanzado cobertura universal en salud en base a contribuciones voluntarias.
- El presente trabajo ha efectuado propuestas destacando el incremento gradual del presupuesto del sector público hasta el 15% con relación al presupuesto del sector público; la eliminación del régimen semicontributivo; el cierre de la brecha de personas que aún no tienen un seguro de salud; financiamiento exclusivo de los medicamentos a las Ipress públicas a nivel nacional; revisión del PEAS para ofertar las prestaciones que realmente puedan financiarse; y fortalecer la gestión del sector salud y la transparencia de las adquisiciones de los medicamentos y compras de los servicios de salud. Estas propuestas son factibles de ser implementadas y no requieren de recursos adicionales para realizarlas. Asimismo, estos cambios propuestos son necesarios para lograr mejoras en el financiamiento del SIS en el régimen subsidiado, pero sobre todo permitirán enfocarse en un tema (medicamentos) que permita mostrar eficiencia y eficacia en su gestión; de esta manera, se beneficiará a la población asegurada de menores ingresos y vulnerable.

2. Recomendaciones

- Se recomienda que el Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas, priorice el gasto en salud incrementando gradualmente la asignación presupuestal en el sector hasta llegar el 15% del presupuesto anual en un periodo de tres años.
- El Ministerio de Salud debe emitir las medidas necesarias para incentivar a que las pequeñas y microempresas afilien a sus trabajadores en el régimen subsidiado a cargo del SIS. Esta medida permitirá reducir la informalidad y, por consiguiente, reducir el empleo informal.
- Se recomienda la eliminación del régimen semicontributivo.
- El SIS, en coordinación con el Reniec y el Midis, deben disponer las acciones pertinentes para identificar y afiliar a la población vulnerable y en pobreza que aún no cuenta con un seguro de salud en todas las zonas pobres del país.
- En el proceso de reestructuración del SIS se debe considerar que su financiamiento se enfoque en forma exclusiva a los medicamentos e insumos médicos a nivel nacional. Asimismo, el Cenares, que es una Unidad Ejecutora del Minsa, pase a ser parte del SIS para financiar y supervisar la adquisición y distribución de las medicinas en forma oportuna a las Ipress públicas.
- El Ministerio de Salud debe disponer la revisión del PEAS a fin de ofrecer las prestaciones de salud que puedan otorgarse a los asegurados de acuerdo a la capacidad financiera del régimen subsidiado.
- El Ministerio de Salud debe disponer la reestructuración del sistema de salud de las Ipress públicas priorizando la modernización de la gestión para mejorar la prestación de los servicios de salud.
- El Ministerio de Salud debe disponer las medidas necesarias para la transparencia en las adquisiciones y distribución de los medicamentos a nivel nacional.
- Finalmente, se sugiere que se promueva futuros estudios de investigación en la salud que permita aprender más sobre los avances y experiencias de otros países en el aseguramiento universal, a fin de determinar las prioridades sanitarias que el país necesita.

Bibliografía

Akerlof, G. (1970). “The market of ‘Lemons’: Qualitative uncertainty and the market mechanism”. En: *Quarterly Journal of Economics*. 84.

Alarco, G. (2018). “Empleo, minería y pobreza”. En: *Herejías económicas*. [En línea]. 07 de mayo de 2018. Fecha de consulta: 05/06/2018. Disponible en: <<https://gestion.pe/blog/herejias-economicas/2018/05/empleo-mineria-y-pobreza.html?ref=gesr>>.

Arrow, K. (1963). “Uncertainty and the welfare economics of medical care”. En: *American Economic Review*. Vol. 53, N°5.

Banco Mundial. (2011). “Informe N°59218 - PE Perú. Recurso Programático AAA – Fase IV. Mejorando los resultados de Salud mediante el fortalecimiento de los derechos de los usuarios y de la gestión del sector público”. En: *openknowledge.worldbank.org*. [En línea]. 04 de febrero de 2011. Fecha de consulta: 04/05/2018. Disponible en: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2739/592180SPANISH00550B0Peru0Phase0Four.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>.

Bärnighausen, T; y Sauerborn, R. (2002). One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries?”. En: *Social Science & Medicine*. 54.

Busse, R.; y Blümel, M. (2014). “Germany. Health System Review. Health Systems”. En: *Transition*. 16(2).

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (Ceplan). (2015). *El futuro de la salud*. Lima: Ceplan. [PDF]. Fecha de consulta: 25/04/2018. Disponible en: <https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/2015/04/2015_el_futuro_de_la_salud.pdf>.

Congreso de la República. (1993). “Constitución Política del Perú”. En: *congreso.gob.pe*. [PDF]. Fecha de consulta: 15/05/2018. Disponible en: <<http://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/constitucion-politica-14-03-18.pdf>>.

Congreso de la República. (2009). “Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”. En: *leyes.congreso.gob.pe*. [PDF]. 09 de abril de 2009. Fecha de consulta: 18/02/2018. Disponible en: <<http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>>.

Congreso de la República. (2011). “Ley N°29761, Ley financiamiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo del Seguro Integral de Salud”. En: *busquedas.elperuano.pe*. [En

[línea]. Fecha de consulta: 15/05/2018. Disponible en: <<http://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-de-financiamiento-publico-de-los-regimenes-subsidiado-y-ley-n-29761-669135-1>>.

Dye, T. (2008). *Understanding Public Policies*. Décima segunda edición. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. (2017). “Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015”. En: *The Lancet*. Vol. 315, 15 de julio de 2017. [PDF]. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30818-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30818-8.pdf)>.

Giedion, U.; Bitrán, R., y Tristao, I. (editores). (2014). *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Grupo Banco Mundial. (2016). *Financiamiento de la salud en el Perú, análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021*. Lima: Grupo Banco Mundial. [PDF]. Fecha de consulta: 25/02/2018. Disponible en: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/441041481748303633/pdf/106736-WP-P151238-SPANISH-OUO-9-For-IDU-Action-Analytical-document-has-been-approved-P151238.pdf>>.

Hall, J. (2015). “Australian Health Care - The Challenge of Reform in a Fragmented System”. En: *New England Journal of Medicine*. 373(6).

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2013). “Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Endes 2013. Nacional y Departamental”. En: *inei.gob.pe*. [En línea]. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2014). *Producción y empleo informal en el Perú. Cuenta satélite de la economía informal 2007-2012*. Lima: INEI. [PDF]. Fecha de consulta: 01/05/2018. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1154/libro.pdf>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2017a). “Evolución de la pobreza monetaria 2007-2016”. En: *inei.gob.pe*. [En línea]. Fecha de consulta: 05/06/2018. Disponible en:

<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1425/index.html>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2017b). “Perú, Compendio Estadístico 2017”. En: *inei.gob.pe*. [En línea]. Fecha de consulta: 25/02/2018. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1483/index.html>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2017d). “Perú: Producto Bruto Interno por años, según departamentos, valores a precios corrientes (miles de soles)”. En: *inei.gob.pe*. [Tabla en Excel]. Fecha de consulta: 22/02/2018. Disponible en: <<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/pbi-de-las-actividades-economicas-por-anos-9096/>>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (s.f.). Gasto destinado al sector salud 2007-2016 (millones de soles)”. En: *inei.gob.pe*. [Tabla en Excel]. Fecha de consulta: 22/02/2018. Disponible en: <<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health-spending/>>.

Lazo-Gonzales, O.; Alcalde-Rabanal, J., y Espinosa-Henao, O. (2016). *El sistema de Salud en Perú. Situación y desafíos*. Lima: Colegio Médico del Perú. [PDF]. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <<http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2018/05/libroSistemaSaludPeru-.pdf>>.

Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). (2016). “Consulta amigable. Consulta de contribuciones a la seguridad social”. En: *Transparencia económica*. [En línea]. Fecha de consulta: 25/02/2018. Disponible en: <<http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx?y=2016&ap=ActProy>>.

Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). (2017a). “Marco Macroeconómico Multianual, 2018 – 2021”. En: *mef.gob.pe*. [En línea]. Fecha de consulta: 25/02/2018. Disponible en: <https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2018_2021.pdf>.

Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). (2017b). “Consulta amigable. Consulta de ejecución del gasto”. En: *Transparencia Económica del MEF / SIAF*. [En línea]. Fecha de consulta: 25/02/2018. Disponible en: <<http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx?y=2017&ap=ActProy>>.

- Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). (2018). “Informe de actualización de proyecciones macroeconómicas 2018-2021”. En: *mef.gob.pe*. [PDF]. Fecha de consulta: 01/05/2018. Disponible en: <https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/IAPM_2018_2021.pdf>.
- Ministerio de Salud (Minsa). (2015). *Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2012*. Lima: Minsa. [En línea]. Fecha de consulta: 15/05/2018. Disponible en: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33825/000029.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.
- Ministerio de Salud (Minsa). (2016). “Decreto Supremo N°002-2016-SA, Decreto Supremo que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud – SIS”. En: *busquedas.elperuano.pe*. [En línea]. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-modifica-el-reglamento-de-organizacion-y-decreto-supremo-n-002-2016-sa-1332027-2/>>.
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE). (2017). *Anuario Estadístico Sectorial 2016*. Lima: MTPE. [En línea]. Fecha de consulta: 04/05/2018. Disponible en: <http://www2.trabajo.gob.pe/archivos/estadisticas/anuario/Anuario_2016_020717.pdf>.
- Mossialos, E.; Wenzl, M.; Osborn, R; y Sarnak, D. (editores). (2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems*. New York: The Commonwealth Fund.
- Naciones Unidas. (2015). “Población”. En: *un.org*. [En línea]. Fecha de consulta: 25/02/2018. Disponible en: <<http://www.un.org/es/sections/issues-depth/population/index.html>>.
- O’Kean, J. (2013). “¿es la sanidad es un bien público?”. En: *economy.blogs.ie.edu*. [En línea]. Fecha de consulta: 15/04/2018. Disponible en: <<https://economy.blogs.ie.edu/archives/2013/01/es-la-sanidad-un-bien-publico/>>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS. [En línea]. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *La financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS. [En línea]. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf;jsessionid=8A796522F2105B9E24922182935FC4D4?sequence=1>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal*. Ginebra: OMS. [PDF]. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <http://www.who.int/health_financing/UHC_SPvs1.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Documentos básicos*. Cuadragésima octava edición. Ginebra: OMS. [En línea]. Fecha de consulta: 21/01/2018. Disponible en: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7>>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). “Cobertura sanitaria universal”. En: *who.int*. [En línea]. 31 de diciembre de 2017. Fecha de consulta: 01/06/2018. Disponible en: <[http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). “Malnutrición”. En: *who.int*. [En línea]. 16 de febrero de 2018. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). “Sistemas de salud”. En: *who.int*. [En línea]. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <<http://www.who.int/healthsystems/about/es/>>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Salud en las Américas+. Edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington: OPS. [En línea]. Fecha de consulta: 25/02/2018. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_id=4235&lang=es>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Plisa. Plataforma de Información en Salud de las Américas. (2017). *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2017*. Washington, D.C.: OPS. [En línea]. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <<http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html>>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Indicadores básicos 2017. Situación de Salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS. [En línea]. Fecha de consulta: 25/02/2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34330/IndBrasicos2017_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (s.f.). “The OECD's Relations with its Key Partners”. En: *oecd.org*. [En línea]. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <<http://www.oecd.org/general/theoecdrelationswithitskeypartners.htm>>.

Prieto, L. (2011). “Retos del financiamiento en el sector salud”. En: *Conexión Esan*. [En línea]. Fecha de consulta: 01/05/2018. Disponible en: <<https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2011/09/20/retos-del-financiamiento-en-el-sector-salud/>>.

Prieto, L. (s.f.). “Sesión 2. Mercado de la salud”. Materiales del curso de Economía de la Salud, Maestría de Gestión Pública. [PDF]. Lima: Universidad del Pacífico.

PrivateHealth.gov.au. (2016). “List of health funds”. En: *privatehealth.gov.au*. [En línea]. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <<http://www.privatehealth.gov.au/dynamic/healthfundlist.aspx>>.

Rathe, M. (s.f.). “Economía de la salud: conceptos básicos”. En: *fundacionplenitud.org*. [PDF]. Fecha de consulta: 10/04/2018. Disponible en: <http://www.fundacionplenitud.org/cuentasaludalc/Documents/present_Rathe_Conceptos_basicos_economia_salud_sp.pdf>

Rodríguez-Ledesma, M. y Vidal-Rodríguez, C. (2007). *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2007;45 (5): 523-532. Conceptos básicos de economía de la salud para el médico general*. [PDF]. Fecha de consulta: 15/04/2018. Disponible en: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im075o.pdf>>

Samuelson, P., y Nordhaus, W. (2006). *Economía*. Décimo octava edición. México: McGraw-Hill.

Seguro Integral de Salud (SIS). (2017a). “Carátula”. En: *Boletín estadístico mensual del Seguro Integral de Salud. Diciembre de 2017. Módulo de asegurados*. Diciembre 2017. [En línea]. Fecha de consulta: 15/05/2018. Disponible en: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTljNzlmMTUtM2Y5NS00M2FjLWIwMGUtZmE0MDFhMWI5OGZjIiwidCI6IjZmZTkxN2VILWQ5OWMtNGJmNy05OGQ1LThhOTUyYTE3NzhjNCIsImMiOjR9>>.

Seguro Integral de Salud (SIS). (2017b). “Carátula”. En: *Boletín estadístico mensual del Seguro Integral de Salud. Diciembre de 2017. Módulo de atenciones*. Diciembre 2017. [En línea]. Fecha de consulta: 15/05/2018. Disponible en: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiY2ZhNDE2ZTAAtZDlmZi00MDhhLTk1YTEtYjVkJmZjIiwidCI6IjZmZTkxN2VILWQ5OWMtNGJmNy05OGQ1LThhOTUyYTE3NzhjNCIsImMiOjR9>>.

Seguro Integral de Salud (SIS). (2017c). “Boletín Estadístico Trimestral IV Trimestre 2017”. En: *sis.gob.pe*. [En línea]. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <<http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/boletinestadistico.html>>.

Seguro Integral de Salud (SIS). (2017d). *Boletín estadístico del Seguro Integral de Salud. Año 2016*. Lima: SIS. [En línea]. Fecha de consulta: 15/05/2018. Disponible en: <http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/archivos/boletines/ResumenEjecutivo_2016_01_AL_12.pdf>.

Seguro Integral de Salud (SIS). (2018). “Resolución Jefatural N°116-2018-SIS. Aprueba la Memoria Anual del Seguro Integral de Salud del Periodo Presupuestal 2017”. En: *sis.gob.pe*. [PDF]. 30 de mayo de 2018. Fecha de consulta: 30/03/2018. Disponible en: <http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/Memoria_anual/MemoriaAnual_2017.pdf>.

Superintendencia Nacional de Salud (Susalud). (s.f.a). “Sistema de información Gerencial Sig Susalud”. En: *bi.susalud.gob.pe*. [En línea]. Fecha de consulta: 04/05/2018. Disponible en: <http://bi.susalud.gob.pe/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=QV%20Produccion%2FSIG_SUSALUD.qvw&host=QVS%40srvqlikias&anonymous=true>.

Superintendencia Nacional de Salud (Susalud). (s.f.b). “Mundo Ipress. Numero de Ipress por nivel y categoría”. En: *bi.susalud.gob.pe*. [En línea]. Fecha de consulta: 04/05/2018. Disponible en: <http://bi.susalud.gob.pe/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=QV%20Produccion%2FSIG_SUSALUD.qvw&host=QVS%40srvqlikias&anonymous=true>.

Villalobos, P. (2017). *Documento de trabajo. Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido*. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud - Departamento de Estudios y Desarrollo. [PDF]. Fecha de consulta: 15/05/2018. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14790_recurso_1.pdf>.

Anexos

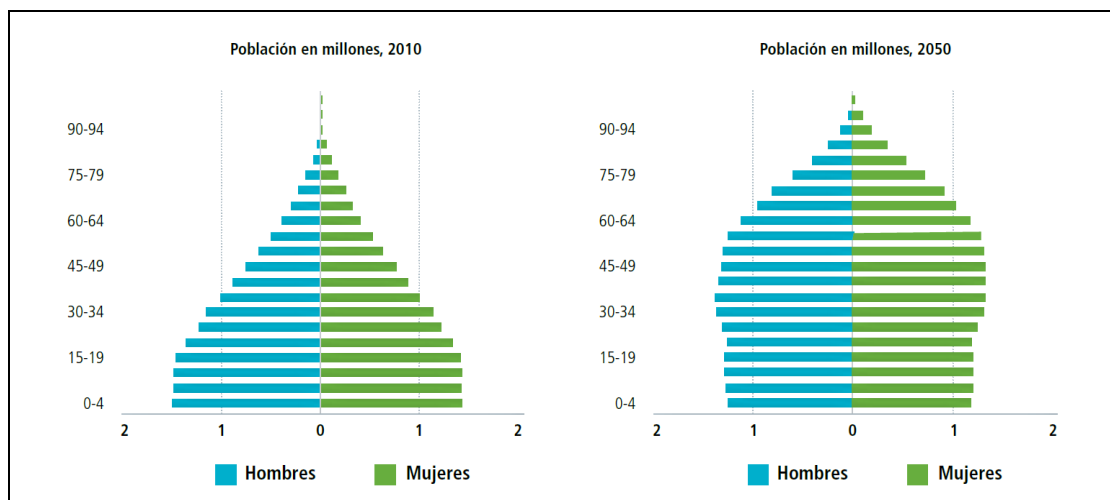
Anexo 1. Efectos adversos de los cambios de situación laboral en la salud

Efectos adversos del desempleo en la salud	Efectos adversos de las reestructuraciones en la salud	Efectos adversos de las situaciones laborales atípicas en la salud
<ul style="list-style-type: none"> • Tensión arterial alta. • Aumento de la depresión y la ansiedad. • Aumento de las visitas a médicos generales. • Aumento de los síntomas de enfermedad coronaria. • Peor salud mental y más estrés. • Aumento de la morbilidad psíquica y de las consultas médicas. • Peor estado de salud auto notificado y aumento del número de problemas de salud. • Aumento de los problemas familiares, en particular de las dificultades económicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor satisfacción laboral, menor compromiso con la organización y más estrés. • Percepción de injusticia en los procesos de reducción de plantilla. • Los sobrevivientes se enfrentan a nuevas tecnologías y métodos de trabajo, a nuevas condiciones físicas y psicológicas (menos autonomía, mayor intensidad de trabajo, cambios en las relaciones sociales, cambios en los contratos de trabajo y cambios del comportamiento personal). • Cambios de las relaciones psicológicas y pérdida del sentimiento de confianza. Estrés prolongado con signos fisiológicos y psicológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores tasas de lesiones y enfermedades profesionales que entre los trabajadores con empleos estables a tiempo completo. • Alto grado de estrés, baja satisfacción laboral y otros factores negativos para la salud y el bienestar. • Más frecuentes en los subsectores de servicios de distribución y personales, en los que las personas suelen tener menores niveles de instrucción y cualificación. • Baja proporción de trabajadores con derecho a indemnizaciones laborales y baja tasa de reclamaciones por parte de los que están cubiertos • Aumento de los riesgos para la salud ocupacional debido a la intensificación del trabajo motivada por presiones económicas. • Deficiencias en la formación y la comunicación debido a la desorganización institucional y a la falta de regulación Incapacidad de los trabajadores para organizar su propia protección. • Las reclamaciones por dolencias traumáticas acumulativas son difíciles de demostrar, debido a la movilidad de los trabajadores. • Disminución de la capacidad para mejorar las condiciones de vida debido a la imposibilidad de obtener créditos, encontrar alojamiento, negociar prestaciones por jubilación o recibir formación. • Menor interés por las cuestiones ambientales y por la salud y seguridad en el trabajo.

Fuente: OMS, 2008:73.

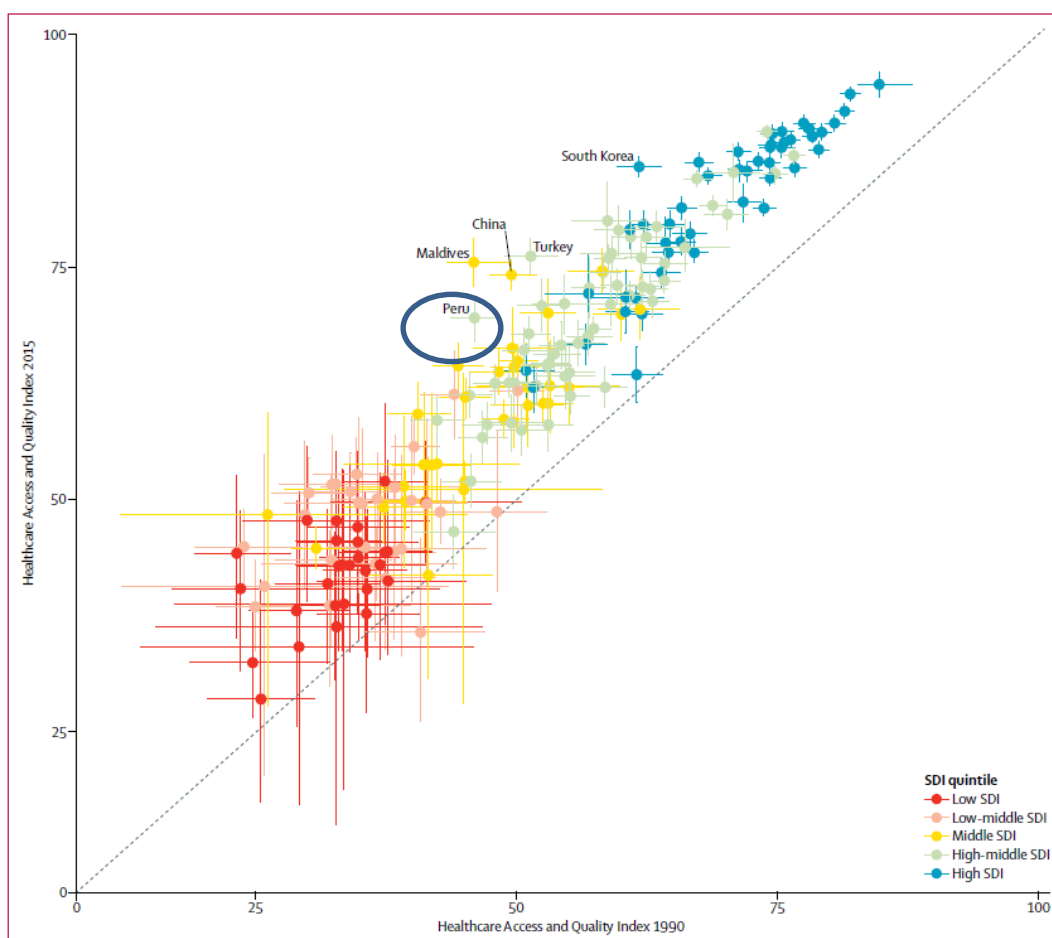
Elaboración: Propia, 2018.

Anexo 2. Población mundial 2010 y 2050



Fuente: Ceplan, 2015.

Anexo 3. Comparación de las estimaciones del Índice HAQ (acceso y calidad de la salud) periodo 1990-2015 por países



Fuente: GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators, 2017.

Anexo 4. Establecimientos de salud según nivel de atención

Categoría	Nivel 1				Nivel 2			Nivel 3			Sin Categoría	TOTAL
	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	II - E	III - 1	III - 2	III - E		
ESSALUD	2	110	96	12	41	16	1	8	2	1	89	378
GL/GP	2	13	47	1	0	0	1	0	0	0	21	85
INPE	11	21	6	-	-	-	-	-	-	-	9	47
MINSA/GR	4.355	2.003	1.205	312	96	34	11	19	10	5	52	8.102
OTRO	13	15	23	1	1	1	1	0	0	0	9	64
PRIVADOS	3.084	2.022	1.349	72	112	29	121	4	1	1	5.625	12.420
SANIDAD	37	99	43	20	5	0	1	4	0	0	56	265
TOTAL	7.504	4.283	2.769	418	255	80	136	35	13	7	5.861	21.361

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), s.f.a, s.f.b.
Elaboración: Propia, 2018.

Anexo 5. Elementos fundamentales del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

Nombre del PBS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
Año de inicio	2009
Motivación central	Desigualdades en el acceso a la atención médica entre los diferentes segmentos poblacionales: los indigentes y las personas de bajos ingresos (afiliados al Seguro Integral de Salud), los trabajadores formales (afiliados a EsSalud), personas de altos ingresos y personas de bajos ingresos no aseguradas
Población objetivo	Universal
Cobertura de servicios	Plan integral elaborado a partir de condiciones asegurables que cubren todos los ciclos vitales, a la población saludable y a la enferma, y que además enfatiza la prevención. Sólo cubre tres enfermedades catastróficas (cáncer de cuello uterino, miomatosis uterina e hipertrofia prostática). Otras enfermedades catastróficas y huérfanas se encuentran cubiertas por el Plan Esperanza financiado con el Fissal.
Cobertura financiera	No hay copagos para prestaciones hospitalarias y servicios de promoción y prevención. Hay copagos con topes para la atención ambulatoria y algunas exoneraciones.
Cobertura población objetivo	El 76% de la población tiene garantizada la cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
Costo anual estimado per capita	Cálculo del MINSA: US\$ 174,70 en paridad del poder adquisitivo (PPA). Parte variable de los costos: US\$ 104,82 PPA. Recursos realmente asignados al SIS para cubrir los costos variables: US\$ 24,96 PPA.
Porcentaje de los recursos públicos de salud canalizados hacia la financiación del PBS	No se conocen estimaciones.
Entrega de servicios no priorizados	Depende de la institución. EsSalud ofrece servicios adicionales al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud de manera regular. El SIS ofrece dos planes complementarios. El Fondo Intangible Solidario de Salud debe cubrir las condiciones de alto costo (enfermedades crónicas, cáncer y enfermedades raras o huérfanas).
Principales innovaciones	Aprobación de una ley marco de aseguramiento universal en salud (ley AUS) y de un plan de beneficios mínimo legal y universal.

Fuente: Giedion, *et al.*, 2014.

Anexo 6. Profesionales de la salud

Países	Médicos por 10.000 hab.	Enfermeras por 10.000 hab.	Dentistas por 10.000 hab.
	2007 - 2014	2007 - 2014	2012 - 2014
América latina	17,7	14,3	4,4
Chile	21,5	22,0	10,0
México	21,2	25,1	1,0
Colombia	18,5	10,8	9,1
Perú	11,9	12,7	1,9

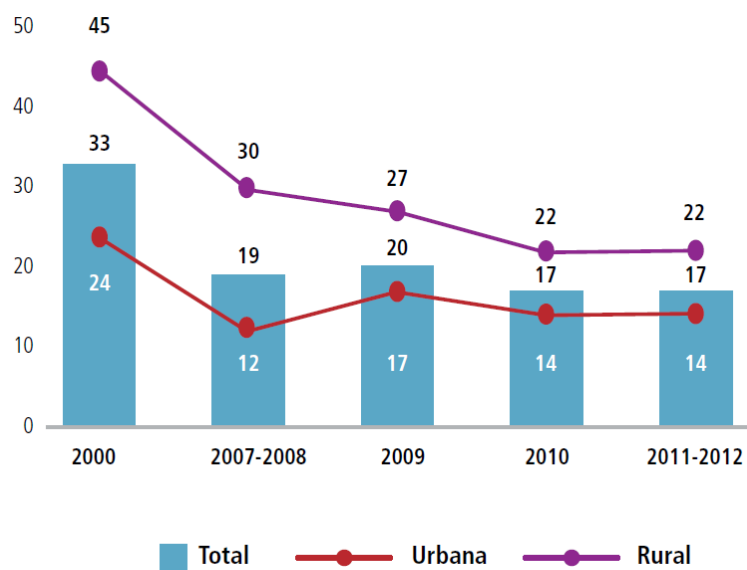
Fuente: OPS, 2017.

Anexo 7. Regímenes, seguros y aportaciones a EsSalud

SEGURO REGULAR	Generalmente el empleador paga las contribuciones o aportaciones (hay excepciones, según se indica)
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 S/ 10 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 la Ley de 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.	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:
Pueden estar en regímenes: Seguro Regular, Seguro Potestativo o Seguro Complementario (SCTR).	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.

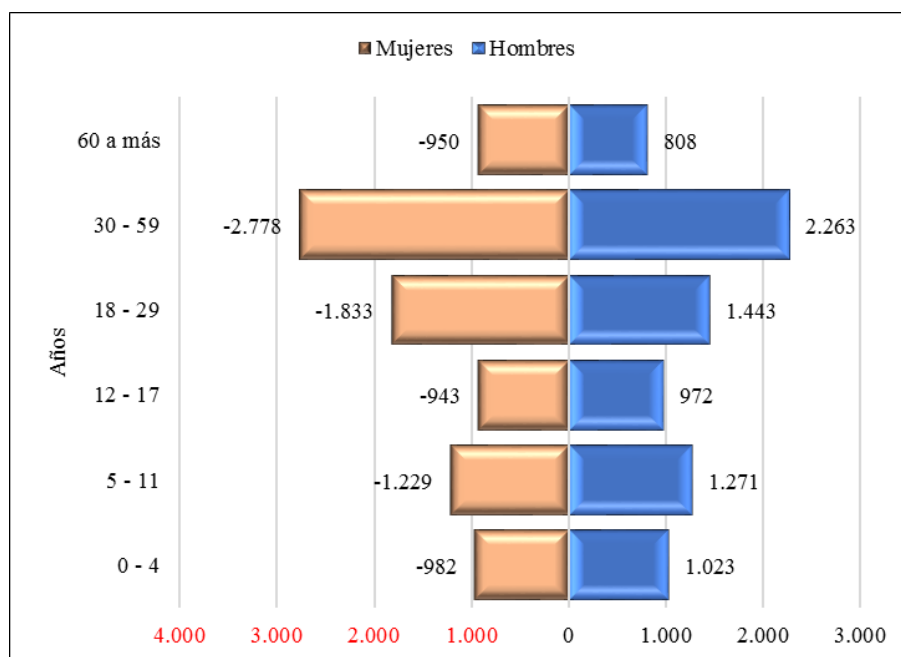
Fuente: Grupo Banco Mundial, 2016:49-50.

Anexo 8. Mortalidad en menores de cinco años, urbano y rural (por cada 1.000)



Fuente: INEI, 2013.

Anexo 9. Pirámide poblacional asegurada en el SIS 2017 (en miles)



Fuente: SIS, 2017a.

Elaboración: Propia, 2018.

Anexo 10. Gastos del sector salud por genérica de gasto - Año 2017

CONCEPTO	Ejecución	%
GASTOS DE SALUD	15.892.421.634	100%
Gastos de personal	7.778.124.526	49%
1: Personal y obligaciones sociales	6.470.694.807	41%
2: Pensiones y otras prestaciones sociales	10.662.899	0%
3.8: Contrato Administrativo de Servicios (CAS)	1.296.766.820	8%
Gastos de medicamentos	1.749.183.797	11%
Vacunas	464.725.386	3%
Medicamentos	485.828.509	3%
Otros productos similares	40.700.174	0%
Material, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio	757.929.728	5%
Otros bienes y servicios	2.379.073.849	15%
Donaciones y transferencias	1.798.156.077	11%
Seguro Integral de Salud	1.606.149.732	10%
Otros pliegos	192.006.345	1%
Otros gastos	234.117.386	1%
Donaciones y transferencias	6.551.459	0%
Adquisición de activos no financieros	1.947.214.540	12%

Fuente: MEF, 2017b.

Elaboración: Propia, 2018.

Anexo 11. Regímenes, seguros y aportaciones del 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 S/ 1.500.	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 derechos habientes, mensual.
Menores dependientes que aun no siendo hijo/hija viven con el titular en la misma casa.	S/ 39 de prima mensual.

Fuente: Grupo Banco Mundial, 2016:50.

Anexo 12. Las diez fuentes principales de la falta de eficiencia

Fuente de ineficiencia	Razones comunes de la ineficiencia	Formas de tratar la ineficiencia
1. Medicamentos: infrautilización de los genéricos y precios de los medicamentos más elevados de lo necesario	Controles inadecuados de los agentes de la cadena de suministro, los que los prescriben y los que los dispensan; baja percepción de la eficacia teórica y la seguridad de los medicamentos genéricos; patrones históricos en la prescripción y sistemas ineficientes de obtención y distribución; tasas e impuestos sobre los medicamentos; márgenes comerciales excesivos.	Mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción. Requerir, permitir u ofrecer incentivos para la sustitución por genéricos. Desarrollar adquisiciones activas basadas en la evaluación de los costes y los beneficios de las alternativas. Garantizar la transparencia en las adquisiciones y licitaciones. Eliminar las tasas y los impuestos. Controlar los márgenes comerciales excesivos. Vigilar y dar a conocer los precios de los medicamentos.
2. Medicamentos: el uso de medicamentos de baja calidad y falsificados	Sistemas y mecanismos inadecuados de vigilancia farmacológica; sistemas débiles de contratación pública.	Fortalecer la aplicación de las normas de calidad en la fabricación de los medicamentos, llevar a cabo análisis de los productos; mejorar los sistemas de contratación pública con la precalificación de los proveedores.
3. Medicamentos: uso inadecuado e ineficaz	Incentivos inapropiados a quienes los prescriben y prácticas poco éticas de promoción; demandas y expectativas de los consumidores, conocimiento limitado sobre los efectos terapéuticos; marcos normativos inadecuados.	Separar la prescripción de la provisión; regular las actividades promocionales; mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción; difundir la información pública.
4. Productos y servicios sanitarios: uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos	Demanda inducida por el proveedor; mecanismos de pago por servicios; temor a las querrelas (medicina defensiva).	Reformar los sistemas de incentivos y pago (por ejemplo, la capitación de servicios sanitarios o los grupos relacionados por el diagnóstico); desarrollar e implementar guías de práctica clínica.
5. Personal sanitario: plantilla inadecuada o cara, trabajadores desmotivados	Conformidad con las políticas y los procedimientos de recursos humanos predeterminados; resistencia por parte del colectivo médico; contratos fijos e inflexibles; salarios insuficientes; contratación basada en el favoritismo.	Llevar a cabo una evaluación y una formación basada en las necesidades; revisar las políticas de remuneración; introducir contratos flexibles y/o pagos por el desempeño; aplicar el cambio de tareas y otros métodos de adaptación de sus aptitudes a las necesidades.
6. Los servicios sanitarios: admisiones hospitalarias y duración de la estancia inadecuadas	Falta de planes terapéuticos alternativos; incentivos insuficientes para el alta hospitalaria; conocimiento limitado de las mejores prácticas.	Proporcionar cuidados alternativos (por ejemplo, centros de día); cambiar los incentivos a los profesionales sanitarios hospitalarios; ampliar la información sobre las prácticas eficientes del ingreso hospitalario.
7. Los servicios sanitarios: el tamaño inadecuado de los hospitales (infrautilización de las infraestructuras)	Nivel inadecuado de recursos de gestión para la coordinación y el control; demasiados hospitales y camas hospitalarias en algunas áreas y déficit en otras. A menudo, esto refleja una falta de planificación del desarrollo de infraestructuras de los servicios sanitarios.	Incorporar a la planificación hospitalaria la estimación de las aportaciones y los resultados; ajustar la capacidad de gestión a las dimensiones del hospital; reducir el exceso de capacidad para aumentar la tasa de ocupación hasta un 80-90% (a la vez que se controla la duración de la estancia).
8. Los servicios sanitarios: errores médicos y calidad asistencial insuficiente	Conocimiento o aplicación insuficientes de las normas y los protocolos de asistencia clínica; ausencia de directrices; supervisión inadecuada.	Mejorar las normas de higiene hospitalarias; proporcionar una mayor continuidad de la asistencia médica; realizar más auditorías clínicas; supervisar el rendimiento hospitalario.
9. Despilfarro en los sistemas sanitarios: derroche, corrupción y fraude	Guías poco claras sobre la asignación de los recursos; falta de transparencia; mecanismos deficientes de justificación y gestión; salarios bajos.	Mejorar la regulación y la gestión, introduciendo mecanismos sancionadores efectivos; evaluar la transparencia y la vulnerabilidad respecto a la corrupción; realizar estudios de seguimiento del gasto público; promover códigos de conducta.
10. Intervenciones sanitarias: combinación ineficiente/nivel inadecuado de estrategias	Intervenciones de costo elevado y bajo efecto cuando las opciones de bajo costo e impacto elevado no están financiadas. Equilibrio incorrecto entre los niveles de asistencia y/o entre la prevención, la promoción y el tratamiento.	Evaluación periódica e incorporación a la política de los resultados de los costes y el impacto de las intervenciones, las tecnologías, los medicamentos y las opciones políticas.

Fuente: OMS, 2010.

Anexo 13. Comparación de gastos de salud de los gobiernos regionales versus transferencias financieras del SIS, año 2017

Región	Ejecución de Gobiernos Regionales	Transferencias SIS	%
CALLAO	341.765.417	58.070.194	17,0%
CAJAMARCA	388.460.645	60.434.323	15,6%
LAMBAYEQUE	303.427.336	46.431.336	15,3%
LA LIBERTAD	435.831.560	60.306.343	13,8%
AYACUCHO	323.907.289	43.670.969	13,5%
HUANCAVELICA	215.419.729	28.548.960	13,3%
ANCASH	313.783.259	37.251.869	11,9%
LORETO	439.092.007	52.115.649	11,9%
HUANUCO	259.812.983	29.459.173	11,3%
LIMA	4.279.200.001	473.102.859	11,1%
PIURA	409.375.505	43.865.852	10,7%
APURIMAC	235.810.094	25.144.003	10,7%
AMAZONAS	161.967.857	16.628.825	10,3%
CUSCO	358.636.809	35.699.345	10,0%
AREQUIPA	461.155.690	45.707.925	9,9%
SAN MARTIN	306.388.478	29.290.534	9,6%
MADRE DE DIOS	85.376.651	7.896.036	9,2%
TUMBES	111.556.158	9.423.856	8,4%
JUNIN	535.954.132	43.123.793	8,0%
PUNO	390.942.474	29.646.594	7,6%
ICA	276.233.514	20.780.591	7,5%
UCAYALI	296.476.376	21.678.578	7,3%
TACNA	187.989.344	9.042.030	4,8%
MOQUEGUA	164.329.256	7.655.739	4,7%
PASCO	202.761.224	6.443.036	3,2%
TO TAL	11.485.653.788	1.241.418.412	10,8%

Fuente: MEF, 2017b.

Nota biográfica

Faustino Miguel Sánchez Ysurraga

Nació en Lima, el 28 de agosto de 1961. Economista egresado de la Universidad Federico Villarreal, cuenta con estudios de postgrado en Finanzas en el Tecnológico de Monterrey de México, Diploma (PADE) en Marketing en ESAN, Especialización en Presupuesto Público en la Escuela de Control de la Contraloría General, y un diplomado en Proyectos de Inversión Pública en la Universidad del Pacífico.

Tiene más de 20 años de experiencia en planeamiento y presupuesto en el sector público, habiendo laborado como funcionario en gobiernos locales e instituciones del gobierno nacional; desempeñándose, además, como docente en la Escuela Nacional de Administración Pública (ENAP) de Servir. Actualmente es director de Planeamiento y Presupuesto en el Seguro Integral de Salud (SIS).