



**UNIVERSIDAD
DEL PACÍFICO**

**Escuela de
Postgrado**

**“ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN EL
GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD DE LOS HOGARES
CON ADULTOS MAYORES AFILIADOS AL SIS, 2015-2019”**

**Trabajo de Investigación presentado
para optar al Grado Académico de
Magíster en Gestión de la Inversión Social**

**Presentado por
Copertino Quispe Ccama
Cinthya Solange Cerdan Victoria**

Asesor: Midori Musme Cristina Esther de Habich Rospigliosi

[0000-0003-0316-9904](tel:0000-0003-0316-9904)

Lima, marzo 2023

REPORTE DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA ANTIPLAGIO

A través del presente, Juan Carlos Ubillús Ramírez deja constancia que el trabajo de investigación titulado "ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN EL GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD DE LOS HOGARES CON ADULTOS MAYORES AFILIADOS AL SIS, 2015-2019", presentado por don Copertino Quispe Ccama, de acuerdo con el D.N.I 43859231 y doña Cinthya Solange Cerdán Victoria, de acuerdo con el D.N.I. 45804358, para optar al Grado de Magíster en Gestión de la Inversión Social, fue sometido al análisis del sistema antiplagio Turnitin el 21 de marzo de 2023 dando el siguiente resultado

turnitin COPERTINO QUISPE CCAMA IP: 192.168.1.100/19/1712/23/2023

1 de 1

Resultados de coincidencias

19 %

Rank	Source	Similarity
1	idb.bancomundial.org	2 %
2	repositorio.cebs.org	1 %
3	idb.cebs.org	1 %
4	idb.cebs.org	1 %
5	idb.cebs.org	1 %
6	idb.cebs.org	1 %
7	idb.cebs.org	1 %
8	idb.cebs.org	<1 %
9	idb.cebs.org	<1 %
10	idb.cebs.org	<1 %
11	idb.cebs.org	<1 %
12	idb.cebs.org	<1 %
13	idb.cebs.org	<1 %
14	idb.cebs.org	<1 %

21 de marzo de 2023.

A mis padres, Copertino y Regina por su amor y apoyo incondicional, a mis hermanos y hermanas, sobrinos y sobrinas, a quienes siempre los tengo presente en mi día a día esperando que sigan creciendo en la vida.

Copertino Quispe Ccama

A mis padres, Germán y Dora por motivarme y darme ánimos en todo momento para cumplir este reto. Y a mi tía Delia que siempre luchó por sus derechos en su etapa de adulto mayor.

Cinthya Solange Cerdán Victoria

Esta investigación es el resultado de meses de trabajo en conjunto por parte de los autores; además, del asesoramiento y apoyo de nuestra profesora Midori de Habich, a quien agradecemos por compartir su tiempo, conocimientos y experiencia para el desarrollo de la presente investigación, así como brindarnos la oportunidad de poder interrelacionarnos con especialistas en la materia para cumplir este reto.

También queremos agradecer a nuestras familias por su apoyo y comprensión durante el tiempo de esta investigación.

Resumen Ejecutivo

El cambio demográfico que experimenta el Perú, resultado del incremento progresivo de la población adulta mayor (PAM), se traducirá en una mayor demanda de servicios de salud para cubrir las enfermedades propias de este grupo etario, y por ende se requerirá mayores costos en salud.

En la actualidad, el servicio de salud en el Perú, para los adultos mayores, lo brinda principalmente el Seguro Integral de Salud (SIS). Sin embargo, este sistema enfrenta problemas de cobertura. Según el MINSA (2021), los afiliados al SIS cubren el 25.7% del gasto de bolsillo en salud a nivel nacional para el 2019, siendo estos afiliados los que probablemente realicen gasto catastrófico en salud al superar un porcentaje de su capacidad de pago (persona u hogar), lo que les ocasionaría problemas financieros al tratar de mejorar su salud o de algún miembro del hogar, afectando su calidad de vida o la de sus hogares, incluso llevándolos a la pobreza. Por lo tanto, estudiar al gasto catastrófico en salud es importante, ya que costear la salud a partir de los gastos realizados por los afiliados implica la baja protección financiera del SIS, situación que viola los derechos a la accesibilidad de los servicios de salud con equidad, exponiendo a los afiliados a la pobreza o incluso a la pérdida de un integrante familiar.

El objetivo de la presente tesis es analizar la vinculación de los factores asociados con el gasto catastrófico en salud de los hogares con adultos mayores afiliados al SIS, en el periodo 2015 – 2019. Esta investigación utilizó el enfoque mixto; respecto a la metodología cuantitativa, se realizó un análisis descriptivo de la población de estudio, también se analizó los gastos promedio en salud de los hogares y su composición. Asimismo, a través de un análisis econométrico se analizaron las relaciones de los factores asociados con la probabilidad de realizar gasto catastrófico en salud de los hogares con adultos mayores afiliados al SIS. Para esto se utilizó los datos de corte transversal de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) de los años 2015 al 2019, adaptando la metodología de Xu K. (2005). Respecto a la metodología cualitativa, se desarrollaron entrevistas semi-estructuradas a actores claves que permitieron conocer las posibles razones por las que los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS incurren en gasto catastrófico.

Índice

Resumen Ejecutivo	v
Índice de tablas	viii
Índice de gráficos	ix
Capítulo I: Introducción	1
1. Justificación	1
2. Planteamiento del problema	2
2.1. Pregunta general	2
2.2. Preguntas específicas	2
3. Objetivo general	2
3.1. Objetivos específicos	3
4. Hipótesis	3
4.1. Hipótesis general	3
4.2. Hipótesis específicas	3
5. Alcances y limitaciones del estudio	3
5.1. Alcances	3
5.2. Limitaciones	4
Capítulo II: Marco teórico	5
1. Gasto en salud	5
1.1. Gasto de Gobierno	5
1.2. Gasto de empleadores	8
1.3. Gasto de los hogares en salud	8
2. Cobertura de salud	10
3. Protección financiera	12
3.1. Aseguramiento universal en salud	12
3.2. Seguro Integral de Salud	13
Capítulo III: Metodología de investigación	15
1. Descripción de la metodología	15
2. Metodología cuantitativa	15
2.1. Procesamiento de datos y herramientas de análisis	16
2.2. Definiciones	16
2.3. Variables de análisis	17
3. Metodología cualitativa	20
3.1. Diseño de la investigación	20
3.2. Fuente de datos	20

3.3. Procesamiento de datos y herramientas de análisis	20
Capítulo IV: Situación del gasto en salud y aseguramiento universal.....	21
1. Gasto en salud	21
2. Gasto de bolsillo	21
3. Afiliados por institución aseguradora en salud	23
4. Presupuesto en salud por afiliado al SIS	24
Capítulo V: Resultados.....	25
1. Resultados cuantitativos	25
1.1. Características de los hogares	25
1.2. Análisis descriptivo del gasto de bolsillo de salud en hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS	26
1.3. Análisis descriptivo del gasto de catastrófico de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS	28
1.4. Análisis del modelo de regresión logística	35
2. Análisis de resultados cualitativos	39
2.1. SIS como instrumento para el aseguramiento universal	39
2.2. Limitaciones del SIS	40
2.3. Cambios en el SIS para evitar que los adultos mayores o sus familiares incurran en gasto catastrófico	43
2.4. Estrategias para mitigar el gasto de bolsillo de los afiliados	43
Capítulo VI: Propuestas de mejoras para una mayor cobertura y protección financiera a los adultos mayores afiliados al SIS.....	44
1. Asignación de presupuesto por grupos etarios	45
2. Telemedicina	45
3. Farmacia	46
4. Esfuerzo interinstitucional e intergubernamental para la PAM	46
5. Campañas de empoderamiento al afiliado	47
Capítulo VII: Conclusiones y recomendaciones.....	48
1. Conclusiones	48
2. Recomendaciones	49
Bibliografía.....	50

Índice de tablas

Tabla 1. Resumen de variables independientes.....	17
Tabla 2. Porcentaje de adultos mayores según tipo de afiliación por año.....	25
Tabla 3. Características de los hogares	26
Tabla 4. Hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto de bolsillo según ámbito geográfico	27
Tabla 5. Hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto de catastrófico según ámbito geográfico.....	29
Tabla 6. Gasto de bolsillo en salud y gasto total de hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto catastrófico en salud (Soles).....	30
Tabla 7. Gasto de bolsillo en salud y gasto total de hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto catastrófico según condición de pobreza (Soles)	31
Tabla 8. Gasto de bolsillo en salud y gasto total de hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto catastrófico según área geográfica (Soles).....	31
Tabla 9. Contraste de medias de los gastos de bolsillo de hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto catastrófico según área geográfica (Soles)	32
Tabla 10. Entrega de medicinas a la PAM afiliada al SIS	33
Tabla 11. PAM afiliada al SIS a la que se le entregó parte de lo recetado y compra medicinas en otros establecimientos	34
Tabla 12. PAM afiliada al SIS a la que no se les entregó medicinas y la adquieren en otros establecimientos	34
Tabla 13. Estimación de los factores asociados de la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en salud.....	36
Tabla 14. Efectos marginales de los determinantes de la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en salud.....	38

Índice de gráficos

Gráfico 1. Principales fuentes de financiamiento en salud	5
Gráfico 2. Presupuesto público de Salud (2009-2020).....	6
Gráfico 3. Presupuesto público en salud por tipos de países (2000 – 2016).....	7
Gráfico 4. Transición de los países por tipo de ingresos.....	7
Gráfico 5. Dimensiones para la Cobertura Universal de Salud.....	11
Gráfico 6. Construcción de la base de datos con los módulos de la ENAHO.....	16
Gráfico 7. Gasto en salud por financiamiento (En miles de millones de soles del 2007)	21
Gráfico 8. Evolución del gasto de bolsillo, 2005 – 2019	22
Gráfico 9. Relación entre el gasto público en salud y el gasto de bolsillo en salud por países, 2015 – 2018.....	23
Gráfico 10. Afiliados activos por institución administradora de fondos de aseguramiento en salud, 2016 – 2021 (En millones de personas).....	24
Gráfico 11. Presupuesto SIS por afiliado, 2016 – 2021 (S/ por afiliado).....	24
Gráfico 12. Hogares que realizan gasto de bolsillo según departamento, 2019.....	28
Gráfico 13. Composición del gasto catastrófico según condición de pobreza, 2015 – 2019	29
Gráfico 14. Composición del gasto en salud realizado por los hogares con presencia de PAM afiliada al SIS, 2015 – 2019	33

Capítulo I: Introducción

1. Justificación

Muchos países de la región están experimentando cambios demográficos, y Perú no es ajeno a dichos cambios; la transición demográfica se encuentra en proceso, producto del incremento progresivo de la población adulta mayor (PAM)^{1,2}. Esta tendencia generará en las próximas décadas un impacto significativo en el sector salud, debido a que dicha población demandará una mayor cantidad de servicios en salud para cubrir tratamientos de enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades respiratorias, cardíacas, diabetes, entre otros), que son prevalentes en este grupo etario, y con ello mayores costos en el sector salud.

En el Perú, el servicio de salud para los adultos mayores se brinda principalmente a través del Sistema Integral de Salud (SIS) y Seguro Social de Salud (ESSALUD), tal como se refleja en las cifras del tercer trimestre del 2021, según el INEI³, el mayor porcentaje de afiliados adultos mayores corresponde al SIS con un 48.8%, mientras que un 35.6% corresponde a ESSALUD. Cabe destacar que, el número de afiliados al SIS ha ido en incremento producto del Decreto de Urgencia N° 017-2019, en el cual se dispuso asegurar a todos los residentes del país que no dispongan de un seguro, con el propósito de garantizar la protección del derecho a la salud.

No obstante, este aseguramiento al SIS no logra brindar una cobertura financiera y prestacional efectiva. De hecho, el MINSA (2021) señala que el gasto de bolsillo de los afiliados al SIS ha ido en incremento pasando de 17.9% en el año 2012 al 25.7% en el año 2019; además, menciona que la participación en el gasto de bolsillo en compra de medicamentos ha aumentado llegando a 32.4% (2019). Esto permite observar que existe una brecha en el acceso al servicio a la salud que está condicionada por la capacidad de pago, conllevando a problemas financieros en los hogares.

Según Xu, K. (2005), el gasto de bolsillo se puede convertir en gasto catastrófico, siempre y cuando la capacidad de pago exceda un porcentaje. La investigación de Wong *et al.* (2009) señala que hasta un 30% de lo que se gasta en salud proviene del bolsillo del paciente, el cual es financiado en parte por la familia, que se ve obligada a elegir entre otras necesidades básicas como alimentación y educación, escenario que podría afectar su economía.

¹ Según la Ley de la persona adulta mayor (Ley N° 30490), las personas de 60 años a más son consideradas como adulta mayor; además esta población es considerada como población vulnerable (Ley N° 30364).

² Según el INEI (2019), la población adulta mayor crecería en 38.8% al 2030 respecto del 2020, sin considerar el escenario COVID-19.

³<https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/596197-el-35-3-de-la-poblacion-adulta-mayor-esta-afiliada-a-un-sistema-de-pension>

Si bien la OMS (2010) señala que ningún país ha sido capaz de cubrir completamente el aseguramiento universal en salud, la evidencia empírica sostiene que los gastos de bolsillo son los menos eficientes y más inequitativos para el financiamiento de los servicios de salud, por lo que deben buscarse mecanismos que los eviten (OMS, 2000).

En ese sentido, la presente investigación analiza el hogar con presencia de adultos mayores afiliados al SIS, realizando un análisis descriptivo de la población de estudio, así como un análisis de los gastos promedio en salud de los hogares y su composición. Asimismo, a través de un análisis econométrico se determinan los factores asociados del gasto catastrófico en salud de los hogares con adultos mayores afiliados al SIS. Por otro lado, se investigan las posibles razones por las que los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS incurren en gasto catastrófico. Con lo cual, se han propuesto mejoras para reducir la brecha de acceso al servicio de salud por parte de los adultos mayores afiliados al SIS.

2. Planteamiento del problema

2.1. Pregunta general

¿Cuáles y cómo influyen los factores asociados en el gasto catastrófico en salud de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS durante el periodo 2015 – 2019?

2.2. Preguntas específicas

- ¿Existen diferencias significativas en el promedio de gasto catastrófico en salud de hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS en el área urbana y rural?
- ¿Cómo ha evolucionado el gasto catastrófico en salud en los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS?
- ¿De qué manera afecta la decisión de realizar gasto en medicamentos de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS en la probabilidad de realizar gasto catastrófico en salud?

3. Objetivo general

Analizar la vinculación de los factores asociados con el gasto catastrófico en salud de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS durante el periodo 2015 – 2019.

3.1. Objetivos específicos

- Analizar la diferencia del gasto catastrófico en salud de hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS según área urbana y rural.
- Evaluar la tendencia del gasto catastrófico en salud de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS.
- Describir cómo influye la decisión de realizar gasto en medicamentos de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS en la probabilidad de realizar gasto catastrófico en salud.

4. Hipótesis

4.1. Hipótesis general

Existe desprotección financiera en los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS durante el periodo 2015 – 2019.

4.2. Hipótesis específicas

- Los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS ubicados en el área urbana realizan mayor gasto catastrófico en comparación con los hogares del área rural.
- Se ha mantenido estable el gasto catastrófico de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS durante el periodo 2015 – 2019.
- La decisión de realizar gastos en medicamentos de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS, influye positivamente en la probabilidad de realizar gasto catastrófico en salud.

5. Alcances y limitaciones del estudio

5.1. Alcances

- El estudio permitió identificar los principales determinantes del gasto catastrófico en salud de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS con la finalidad de recomendar mejoras para reducir la brecha de acceso al servicio de salud por parte de los hogares; así como, realizar un aporte académico para incentivar estrategias que permitan reducir el gasto catastrófico en salud.

- Asimismo, con la información obtenida a través de la ENAHO, se analizó la vinculación entre la probabilidad de realizar gasto catastrófico y los factores sociodemográficos, con el fin de determinar si la vinculación es significativa.
- De otro lado, la presencia de gasto catastrófico de salud en hogares con adultos mayores se analizó con la finalidad recomendar al sector público la importancia de dar seguimiento a este tipo de gasto, considerando que las familias se enfrentan a la decisión de realizar gasto en consumo, servicios de salud, y otros gastos.
- Si bien es cierto los componentes del gasto catastrófico han sido estudiados a nivel nacional e internacional, este estudio se diferencia de los otros al considerar al hogar con presencia de adultos mayores afiliados al SIS como sujeto de análisis, por lo que esta investigación es una de las primeras en su desarrollo en el Perú, y se espera que aporte tanto al glosario académico como a la generación de políticas públicas enfocadas en la protección financiera.

5.2. Limitaciones

- A nivel nacional no se cuenta con información acerca de gastos en salud de la PAM, por lo que se utilizó la información de la ENAHO para analizar el gasto de bolsillo en salud de un hogar con presencia de adultos mayores.
- Se considera que cuando un miembro del hogar se encuentra enfermo, son los demás miembros del hogar los que realizan gastos de salud, por lo que, si se toma el gasto de salud de una persona se estaría subestimando su valor, ya que otros miembros intervienen en el gasto.
- Los encuestados declaran una estimación del gasto de bolsillo que depende del gasto en distintos servicios y productos de salud; sin embargo, está es muchas veces, es subestimada debido a que las respuestas dependen de la recordación de los entrevistados.
- Debido a que no se cuenta con información específica del gasto de bolsillo de los adultos mayores afiliados al SIS, para una mejor comprensión sobre el tema, se realizó entrevistas a personas adultas mayores, académicos y especialistas relacionados al SIS.
- En esta investigación no se analiza el componente de movilidad de factores, es decir; se analiza bajo el supuesto de que los servicios y productos médicos se encuentran a disposición de los demandantes a igual distancia y cantidad; lo que significa que el gasto de bolsillo depende únicamente de la decisión de los hogares y los gastos a los que se enfrentan, ya que si se consideran a hogares que no cuentan con oferta para satisfacer sus demandas de productos o servicios médicos se estaría subestimando la proporción de hogares que realizan gasto catastrófico.

Capítulo II: Marco teórico

1. Gasto en salud

De acuerdo con la OCDE (2020), el gasto en salud son todos los gastos que se realizan en servicios de salud como consulta médica, consulta ambulatoria, prevención, entre otros. A su vez, la financiación de los gastos en salud MINSA (2015) está a cargo de los siguientes agentes: i) Estado, encargado de asignar el presupuesto para el sector salud de la recaudación fiscal y endeudamiento; ii) empleadores (públicos y privados), que destinan una fracción de las remuneraciones del empleado a su aseguramiento en salud a través de ESSALUD, o contratando servicios de salud a través de prestadores privados (EPS); iii) hogares, que realizan gastos directos o de bolsillo (cuando realizan algún desembolso por compras de medicamentos, consulta médica y similares) y los gastos en algún seguro de salud; y iv) donantes externos e internos, así como otras fuentes de financiamiento.

Gráfico 1. Principales fuentes de financiamiento en salud



Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud (2015).
Elaboración propia.

1.1. Gasto de Gobierno

El gasto de gobierno en salud son todas aquellas partidas presupuestales que son asignadas a la función salud, a través del Gobierno Nacional y Gobierno Regional, principalmente, quienes distribuyen dicho presupuesto al pago de remuneraciones, compra de bienes y contratación de servicios, y desarrollo de proyectos, entre otros.

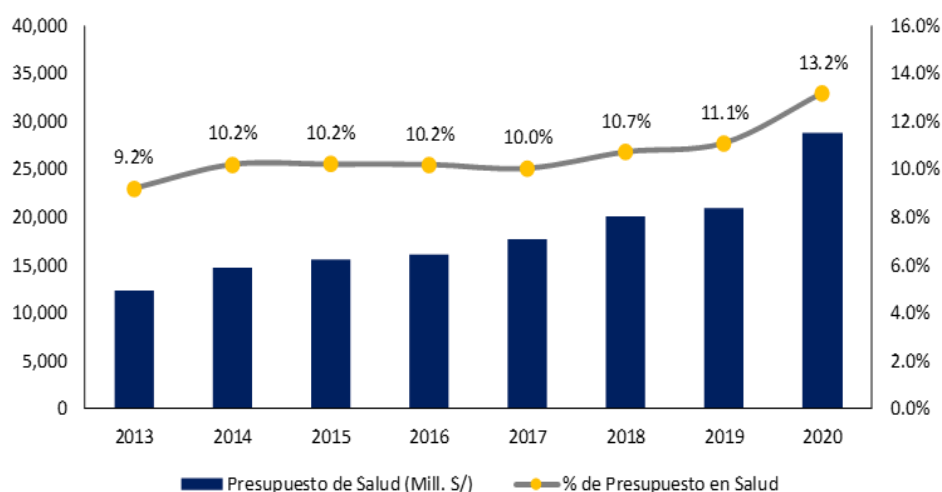
El Gobierno a través de las siguientes fuentes de financiamiento solventa el gasto en salud.

i) Recursos ordinarios -ingresos tributarios.

- ii) Recursos determinados
- iii) Recursos directamente recaudados
- iv) Recursos por operaciones oficiales de crédito
- v) Donaciones y transferencia.

De acuerdo a las cifras del MEF (ver gráfico 2), el presupuesto asignado a salud ha tenido un aumento gradual a través de los años, y en especial en el 2020 producto de la pandemia de la COVID-19; este crecimiento del presupuesto sigue la tendencia de lo formulado por la OMS (2019), quien señala que la probabilidad de caer en pobreza disminuye cuando el gasto público en salud aumenta. Este gasto está vinculado a una mayor cobertura; no obstante, no ha sido suficiente para satisfacer las necesidades de la población en materia de salud (COMEX Perú, 2019).

Gráfico 2. Presupuesto público de Salud⁴ (2009-2020)

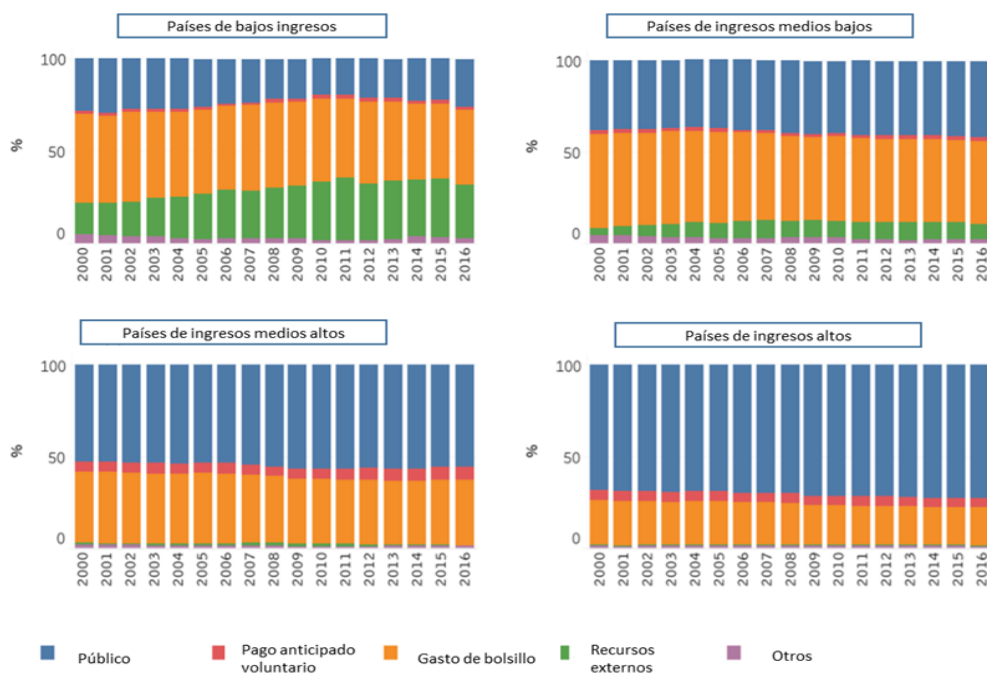


Fuente: MEF.
Elaboración propia.

Cabe resaltar que alrededor del mundo muchos países han aumentado la participación del presupuesto destinado a la salud pública, en especial “los países de ingresos bajos y medianos, donde el gasto sanitario aumenta en promedio 6% anual en comparación con un 4% de los países de ingresos altos” (OMS, 2019). Sin embargo, países de ingresos altos financian en mayor proporción el gasto de salud que los países de ingresos bajos (ver gráfico 3).

⁴ Según el MEF, para el año 2020 el sector salud inició con un presupuesto de apertura (PIA) de 11.5%, que era superior al del 2019 en 0.4 pp, finalmente este presupuesto alcanzó el 13.2%, que entre otras se derivó al financiamiento de la prevención y atención de la pandemia contra la COVID-19.

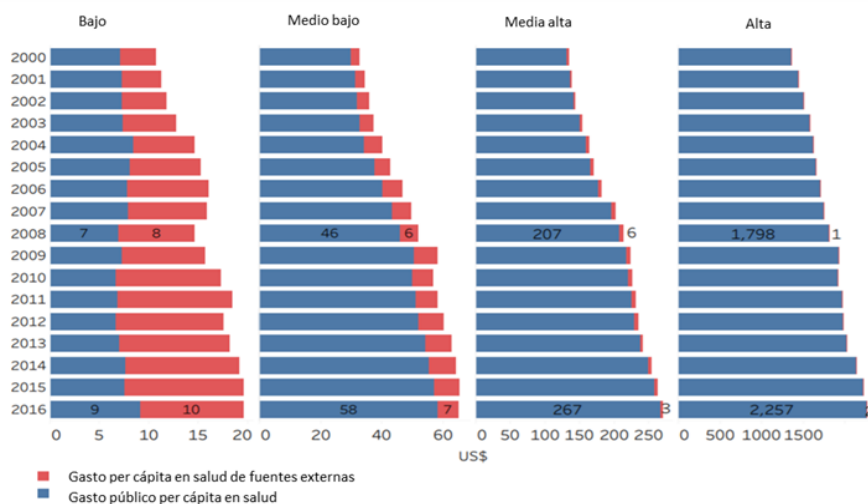
Gráfico 3. Presupuesto público en salud por tipos de países (2000 – 2016)



Fuente: WHO (2018)

Adicionalmente, países de ingresos medios vienen incrementando su presupuesto en gasto en salud, tendencia que se observa en países de ingresos altos, observando también que el financiamiento externo se viene reduciendo en países de ingresos medios y altos (ver gráfico 4). Además, el gasto público en salud por habitante se ha duplicado desde el año 2000 en los países de ingresos medios, siendo en promedio el gasto público en salud de US\$ 60 por persona y de casi US\$ 270 por persona en los países de ingresos medios altos.

Gráfico 4. Transición de los países por tipo de ingresos



Fuente: WHO (2018)

1.2. Gasto de empleadores

Este gasto está relacionado con los aportes de la seguridad social (ESSALUD), el cual representa el 9% de la remuneración del empleado o trabajador (Ministerio de Salud (MINSA), 2015) Es preciso indicar que ESSALUD se encuentra financiado solo por estos aportes, no habiendo ningún financiamiento por parte del Estado hasta el 2020, que el Estado financió la continuidad de la “Prestación Económica de Protección Social de Emergencia ante la pandemia del Coronavirus COVID-19”.

1.3. Gasto de los hogares en salud

1.3.1. Gasto de bolsillo en salud

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.), el gasto de bolsillo en salud se define como el pago directo al momento de recibir un servicio de salud, que puede tener consecuencias negativas en las poblaciones vulnerables y en aquellas que lograron superar la pobreza. A su vez, Xu K. (2005) lo denomina como el gasto que realiza un hogar al momento de acceder a un servicio de salud, el cual incluye: honorarios médicos, compras de medicamentos, facturas de hospital, entre otros.

Petrera (2009) señala que los hogares son la primera fuente de financiamiento del gasto en salud, debido a dos factores: i) poco uso del seguro de salud, y ii) gastos directos en medicamentos realizados principalmente en farmacias o boticas; lo cual está asociado a que el gasto de bolsillo en salud se base en las decisiones de los hogares, (Cid Pedraza & Prieto Todelo, 2013). Ello debido a que el gasto de bolsillo en salud puede realizarse sin necesidad del acceso al servicio de salud público; es decir, las personas que incurren en este gasto estarían auto medicándose al no acudir a un establecimiento de salud, lo que pondría en riesgo la integridad física de la población, conllevando a mayores gastos en salud por parte del hogar (Ministerio de Salud (MINSA), 2015).

Para la OMS (2000), el financiamiento de los hogares es un factor importante para responder las necesidades de gasto de salud; de hecho, estima que los países de ingresos bajos dependen del 40% o más del financiamiento de gasto de bolsillo realizado por los hogares, a diferencia de los países de ingresos medios, los cuales dependen del 30% del gasto de bolsillo, mientras que el otro 70% lo representan los impuestos, contribuciones y donaciones.

En ese sentido, si la población afronta la mayor parte del gasto en salud “los pobres serán incapaces de obtener muchos de los servicios que necesitan, e incluso los ricos se verán expuestos a dificultades económicas en caso de enfermedades graves o prolongadas” (OMS, 2021). En

virtud de ello, los hogares en situación de pobreza que realizan desembolsos monetarios para cubrir parte o la totalidad del servicio de salud podrían agudizar su condición; similar situación se daría con los hogares no pobres que podrían cambiar su condición a pobre por la decisión de incurrir en gastos de salud por encima del presupuesto del hogar destinado a otros gastos.

1.3.1.1. Gasto catastrófico en salud

La medición del gasto de bolsillo por sí solo no identifica si un hogar se enfrenta a un riesgo financiero o si este cambia su condición económica. En ese sentido, el término gasto catastrófico en salud se define como la caída de la protección financiera, debido a que el gasto en salud puede ser igual o superior a los ingresos, situación que conllevaría a una “catástrofe financiera” de las personas u hogares, originando que estos caigan en condición de pobreza o se mantenga en ella (WHO, 2005).

Para Wagstaff & Van Doorslaer (2003), una persona u hogar no debería gastar más de un porcentaje de sus ingresos totales en atención médica, ya que dicho hogar debe garantizar que el gasto en atención sanitaria no los empuje a la pobreza, o agrave su situación de pobreza, si ya se encuentran en ella.

Para Xu K. (2005), el gasto catastrófico se origina cuando un hogar realiza un gasto de bolsillo por encima de un porcentaje de la capacidad de pago, el cual es el ingreso corriente del hogar deducido del gasto en alimentos. Para este investigador, un hogar realiza gasto catastrófico cuando el gasto de bolsillo en salud supera el 40% de la capacidad de pago. Sin embargo, este porcentaje depende del contexto y realidad del país.

Por ejemplo, en la investigación de Knaul *et al.* (2011) para doce países de Latinoamérica (incluyendo a Perú), considera que gasto catastrófico es aquel gasto de bolsillo que supera el 30% de la capacidad de pago. Asimismo, de acuerdo con Lavilla (2012), para determinar el gasto catastrófico de los hogares peruanos, el porcentaje adecuado sería de 22%, el cual es el promedio de las cargas⁵ del gasto de bolsillo de aquellos hogares que cayeron en pobreza luego de realizar desembolsos directos para solventar gastos en salud.

⁵ Se considera carga de gasto de bolsillo, a la relación del gasto de bolsillo respecto al gasto total medido en porcentaje.

Barrantes (2018) señala que el gasto de bolsillo se vuelve catastrófico cuando la proporción de este gasto respecto a la capacidad de pago oscila entre un 20% a 40%; además indica en su estudio que generalmente se utiliza el umbral del 30%.

En ese sentido, el gasto catastrófico varía de acuerdo al porcentaje que se le atribuya al gasto de bolsillo en relación a la capacidad de pago de un hogar. De otro lado, el estudio realizado sobre el “Riesgo de familias peruanas en incurrir en gasto catastrófico en salud”, consideró en 20% el porcentaje de la capacidad de pago para estimar el gasto catastrófico; además, este estudio determinó, entre otros resultados, que la presencia de niños y/o personas mayores de 65 años influyen en el gasto catastrófico de las familias (Lozada, 2010).

Asimismo, según Díaz & Valdivia (2012), “la probabilidad de experimentar gastos de salud catastróficos es mayor entre los hogares pobres y numerosos, y entre los hogares con una mayor proporción de niños y ancianos”, por lo que hogares pobres con niños y ancianos tendrían una mayor probabilidad de incurrir en gastos catastróficos en salud, haciendo a dichos hogares más vulnerables financieramente, agravando su condición inicial de pobreza.

2. Cobertura de salud

La cobertura universal de salud (CUS) busca garantizar que las personas tengan acceso equitativo a los servicios de salud; es decir, que no haya ningún tipo de limitación geográfica, sociocultural, económica que obstaculice que las personas usen los servicios de salud (OMS, 2014), sin discriminación por cualquier índole para la prestación de los servicios de salud, (OPS, s.f). En ese sentido, “la cobertura universal debe garantizar el acceso a la atención de todos los residentes de un país, independientemente del subsistema de financiación al que pertenezca” (International Labour Organization, 2008), ya que, la salud es un derecho fundamental de todo ser humano (Constitución de la OMS, 1948), que a través de la cobertura se puede ejercer este derecho.

La CUS tiene como objetivo que la población acceda a los servicios de salud desde la prevención hasta los cuidados necesarios; es decir, atención primaria en su original definición en Alma Ata⁶ sin poner en riesgo las finanzas de las poblaciones vulnerables (OMS, 2021). Es por ello que, la CUS es parte de la agenda de muchos países para alcanzar dichos objetivos, y desde el 2005, la

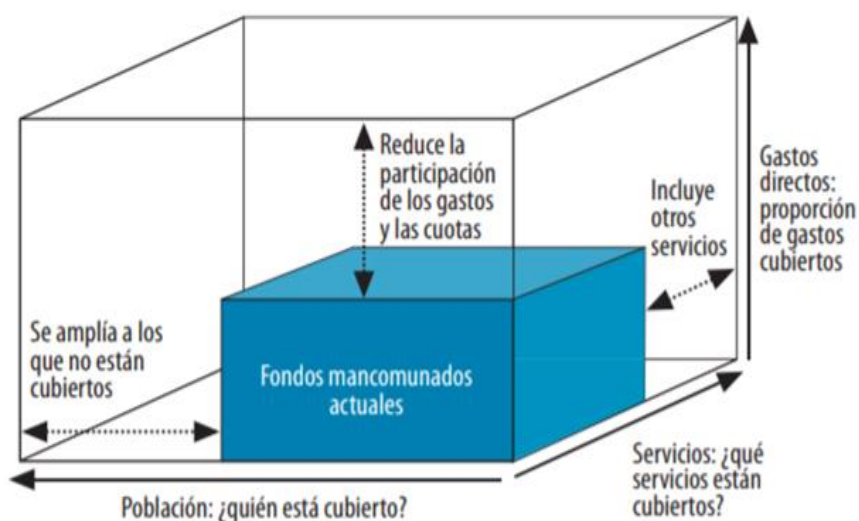
⁶ En la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud, en la ciudad de Alma Ata, país de Kazajistán (1978), se declara que la atención primaria de salud es un factor clave para alcanzar un “nivel de salud que permita llevar una vida social y económicamente productiva”; es así que la declaratoria de Alma Ata conllevó a proponer una meta política y social de “Salud para todos”, la cual será adoptada por muchos países, y de esta manera “atención primaria de salud” y Alma Ata son términos indisolubles. (Tomado de: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>).

OMS en la 58° Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a que se cubra universalmente a la población, satisfaciendo sus necesidades de servicios de salud, brindando mejoras en la calidad del servicio, reduciendo los índices de pobreza, y logrando la meta establecida en el Objetivo de Desarrollo Estratégico. Asimismo, las Naciones Unidas (2012) en la Resolución 66/288, la reconoce, y se compromete a reforzar los sistemas de salud para que se dé una cobertura universal equitativa, invocando a los actores a coordinar sobre las necesidades de la población mundial en salud.

En el 53° Consejo Directivo del Comité Regional de la OMS para las Américas (2014), se establecieron las estrategias para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud a través de la ampliación del acceso a servicios de salud, fortalecimiento de las políticas públicas, brindando protección financiera y sostenibilidad a la cobertura universal. No obstante, la cobertura de salud depende de la competencia del sistema de salud de cada país para garantizar infraestructura, capital humano, tecnología de la salud y recursos para poder brindar todo lo necesario a la población (OMS, 2014).

Para alcanzar la cobertura universal de la salud, la OMS (2010) propuso una óptica tridimensional que consiste en los siguientes aspectos: i) población: ¿Quién está cubierto?, ii) servicios: ¿qué servicios están cubriendo?, iii) gastos directos: proporción de gastos cubiertos. En el gráfico 5, se puede observar estos tres aspectos o dimensiones a tener en cuenta para la aspiración de la cobertura universal, donde la política sanitaria de un país es representada por el cubo azul, el cual muestra el avance hacia la universalización de la salud. En ese sentido, cada país define su política de salud para lograr la cobertura universal a fin de cerrar las brechas existentes.

Gráfico 5. Dimensiones para la Cobertura Universal de Salud



Fuente: OMS (2010)

3. Protección financiera

En el Perú, en el 2013 se relanzó la reforma de salud del 2009 cuyo objetivo era universalizar la protección de la salud, para ello se emitieron decretos legislativos para poder realizar cambios en el aspecto financiero y estructurales en el sistema de salud. Siendo algunos de sus principales avances en el proceso de la reforma: i) el cambio del SIS como seguro público dirigido a personas sin cobertura de aseguramiento; ii) aumento de recursos para ampliar la oferta pública y formación de capital humano, iii) fortalecimiento de la rectoría del MINSA, iv) avance en la regulación del sistema de salud a través de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), entre otros (Velásquez, 2016).

3.1. Aseguramiento universal en salud

Desde el año 2002 con el Acuerdo Nacional⁷ se declara como prioridad el “aseguramiento universal a los servicios de salud y a la seguridad social”, para garantizar el acceso universal solidario, sostenible, oportuno y de calidad de los servicios de salud. Asimismo, en el Plan Nacional Concertado de Salud⁸ (2007), se establece como lineamiento de política al aseguramiento universal, constituyendo metas y estrategias para lograr prestaciones con garantías de oportunidad y calidad.

Es en el 2009, se materializa la Ley 29344: Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) la cual tiene como objetivo “garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud”. El AUS se caracteriza por ser obligatorio para la población en general, es progresivo, ya que busca la inclusión de toda la población sin importar en que parte del país se encuentre, garantizando su acceso y la protección financiera. Con lo cual la población tiene acceso a un seguro que los respalda financieramente ante una eventual enfermedad que podría impactar en el gasto del hogar.

Asimismo, la ley refuerza la función rectora del MINSA, también indica que las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pueden ser públicas, privadas o mixtas, entre las que más destacan el SIS y ESSALUD por tener el mayor número de afiliados. Es preciso indicar que las IAFAS se encargan de administrar los recursos para financiar los servicios de salud de sus afiliados.

⁷ https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/acuerdo_nacional.pdf

⁸ <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/440948/plan-nacional-concertado-de-salud.pdf>

Con respecto al financiamiento del AUS, se cuenta con los siguientes regímenes: i) régimen contributivo, que es para los afiliados que aportan de manera voluntaria o por ser trabajador formal, ii) régimen subsidiado por el estado orientado a poblaciones vulnerables y en situación de pobreza; y iii) régimen semi-contributivo, que es un aporte parcial por parte del Estado y de los trabajadores y del empleador.

Las IAFAS garantizan el beneficio del Plan Esencial de Aseguramiento de Salud (PEAS), el cual comprende la lista de condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones de salud (Decreto Supremo N°023-2021-SA). Es preciso indicar que las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPRESS) son los establecimientos públicos, privados o mixtos que brindan atención en salud, y que mediante el Decreto Legislativo N°1159-2013, se establecieron condiciones para el intercambio prestacional (compra venta de servicios de salud) entre las IAFAS e IPRESS.

3.2. Seguro Integral de Salud

El Seguro Integral de Salud es un organismo público ejecutor⁹ adscrito al Ministerio de Salud (Ley N°27657), que tiene como misión encargarse de los fondos para el financiamiento de las prestaciones de las personas afiliadas de acuerdo a los lineamientos del Aseguramiento Universal de Salud, siendo las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) las que brindan seguros de salud (conocidas como aseguradoras de salud), las cuales pueden ser públicas o privadas.

De acuerdo a la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, el SIS es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), que amplió su cobertura en el 2019, al disponerse afiliar a toda persona en el territorio nacional que no cuenta con un seguro de salud, para que pueda acceder al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) garantizando su derecho a la salud (Decreto de Urgencia N°017-2019), con lo cual el SIS brinda protección financiera a sus asegurados con un enfoque de equidad, eficiencia y eficacia (Resolución Jefatural N°046-2020/SIS).

La cobertura del SIS tiene un alcance que abarca medicamentos, procedimientos, operaciones, insumos, bonos de sepelio y traslado, según el tipo de SIS; existen distintos planes de seguro de SIS: “SIS gratuito”, dirigido a personas en pobreza y pobreza extrema, además de madres gestantes, niños, bomberos, entre otros; “SIS para todos”, para personas que no cuentan con otro tipo de seguro, y no excluye a ninguna condición social; los cuales pertenecen al régimen de financiamiento subsidiado. Asimismo, se cuenta con el “SIS independiente”, el cual permite el

⁹ Decreto Supremo N°008-2017A.

acceso al seguro a bajo costo; además de “SIS MYPE” y “SIS Emprendedores-NRUS”; los cuales pertenecen al régimen de financiamiento semi contributivo. Es preciso resaltar que, el 99.5% de los afiliados pertenecen al régimen subsidiado (SIS, 2020).

Asimismo, el SIS cuenta con dos unidades ejecutoras: 001 SIS y 002 Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), esta última creada a partir de la Ley N°29761- Ley de Financiamiento Público, la cual se encarga de financiar de enfermedades de altos costos como las oncológicas, enfermedades raras, insuficiencia renal crónica y procedimientos de altos costos relacionado a trasplante de médula ósea, trasplante renal y trasplante hepático, los que acceden a este financiamiento son los asegurados del SIS gratuito, independiente y emprendedor así como pacientes beneficiarios del FISSAL por convenios.

Capítulo III: Metodología de investigación

1. Descripción de la metodología

Esta investigación está basada en una metodología de enfoque mixto, la cual vincula la metodología cuantitativa y cualitativa, que permitirá potenciar el análisis y desarrollar una investigación híbrida. Su desarrollo se basa en un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección, análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) logrando un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

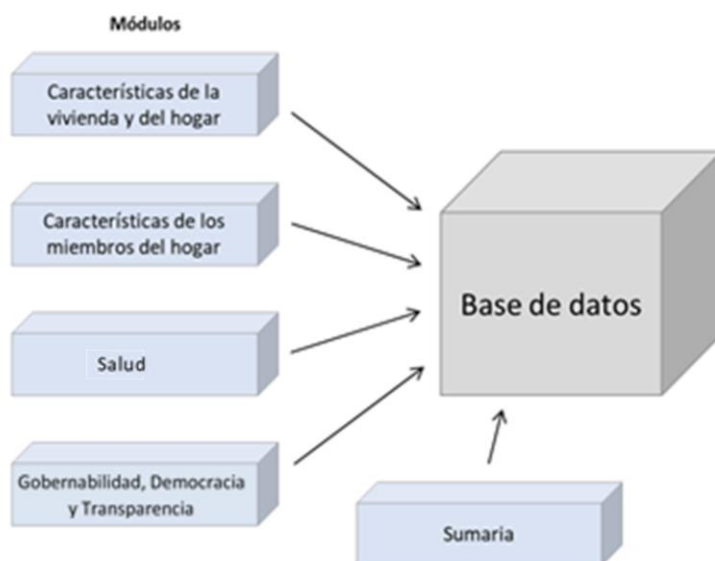
2. Metodología cuantitativa

El diseño de la presente investigación es de tipo correlacional¹⁰, ya que se busca encontrar vinculaciones entre las variables económicas, sociales y contextuales con la probabilidad de realizar gasto catastrófico, el cual empuja a la pobreza a un hogar. En ese sentido, para el presente análisis se ha considerado como fuente de información la base de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), la cual efectúa el seguimiento de los indicadores socioeconómicos sobre las condiciones de vida, siendo el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) quien ejecuta, procesa, sistematiza e informa sobre los principales resultados.

La ENAHO se realiza a nivel nacional; es decir, en los 24 departamentos del país y en la provincia constitucional del Callao, en el área urbana y rural; está estructurada en módulos de investigación, y para la presente investigación se trabajó con los siguientes módulos: i) Módulo 1: Características de la vivienda y del hogar, ii) Módulo 2: Características de los miembros del hogar, iii) Módulo 4: Salud, iv) Módulo 85: Gobernabilidad, Democracia y Transparencia y v) Módulo Sumaria.

¹⁰ Según Sampieri *et al.* (2014), este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación entre dos o más variables.

Gráfico 6. Construcción de la base de datos con los módulos de la ENAHO



Nota: Elaboración propia

2.1. Procesamiento de datos y herramientas de análisis

2.1.1. Programa estadístico

Para el tratamiento de la base de datos e información se utilizó el software estadístico Stata (Data Analysis and Statistical Software), el cual se seleccionó debido a sus funciones en el manejo de datos, análisis gráfico, estadístico y econométrico, relacionándose con las necesidades de esta investigación.

2.2. Definiciones

A continuación, se detallan las siguientes definiciones bajo la metodología de Xu, K. (2005).

- Capacidad de pago (CP): Son los ingresos efectivos que tiene el hogar luego de realizar gastos en consumo por encima del nivel de subsistencia (cuando el gasto de alimentación supera al gasto de subsistencia), o por encima del gasto en alimentación (cuando el gasto de alimentación no supera al gasto de subsistencia).
- Gasto de bolsillo en salud (GBS): Son todos los gastos monetarios realizados en salud por el hogar (Ver Anexo 1).
- Gasto de subsistencia (GS): Es el gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico de un hogar.

2.3. Variables de análisis

Como se observó líneas arriba en el gráfico 6, las variables utilizadas provienen de los módulos de la ENAHO, siendo estos los que proveerán de datos para la obtención de las características sociodemográficas de los hogares; las que formarán parte de las variables independientes. Asimismo, estos módulos proveerán también de datos para la obtención del gasto de bolsillo y posteriormente el gasto catastrófico, la cual será la variable dependiente a estudiar.

Variables independientes

Para la Organización Mundial de la Salud, las características o determinantes sociales de la salud son aquellas condiciones que rodean la vida de las personas, estas se resumen en “el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud.” (OMS, 2020). Para este estudio, se sigue lo planteado por Xu K. (2005), quien señala que las características de los hogares se encuentran relacionadas con el gasto catastrófico, de manera que, controlar por estas variables (tabla 1) permitirán explicar su comportamiento.

Tabla 1. Resumen de variables independientes

Nº	Variabes	Etiqueta	Indicadores	Tipo de variable	Relación esperada
1	Edad del jefe del hogar	X ₁	Número de años	Continua	Directa
2	Sexo del jefe del hogar	X ₂	=1 (Hombre) =0 (Mujer)	Catagórica	Inversa
3	Miembros del hogar	X ₃	Número de miembros del hogar	Continua	Directa
4	Hogar con algún miembro afectado por alguna enfermedad o accidente	X ₄	=1 si al menos un miembro del hogar tiene alguna enfermedad o accidente crónica =0 en caso contrario	Catagórica	Directa
5	Hogar que realiza compra de medicamentos	X ₅	=1 si el hogar realiza compra de medicamentos =0 en caso contrario	Catagórica	Directa
6	Hogar que gasta en hospitalización/ cirugía	X ₆	=1 si el hogar gasta en hospitalización/ cirugías =0 en caso contrario	Catagórica	Directa

N°	Variabes	Etiqueta	Indicadores	Tipo de variable	Relación esperada
7	Hogar que gasta en análisis/rayos X	X ₇	=1 si el hogar gasta en análisis/rayos X/ cirugías =0 en caso contrario	Categórica	Directa
8	Hogar pobre	X ₈	=1 si el hogar es pobre =0 si el hogar es no pobre	Categórica	Directa
9	Hogar en área rural	X ₉	=1 si el hogar está en área rural =0 si el hogar no está en área rural	Categórica	Directa

Elaboración propia

Variable dependiente

El gasto catastrófico en salud (GCS) se determina bajo el enfoque de la capacidad de pago (CP). De manera práctica, se dice que un hogar realiza GCS cuando su gasto de bolsillo en salud (GBS) excede el 30%¹¹ de su capacidad de pago.

Para ello se construyó la variable Y_h, la cual determina si un hogar realiza gasto catastrófico en salud o no. Y_h toma el valor de 1 cuando el gasto de bolsillo supera el 30% de la capacidad de pago, y toma cero cuando el gasto de bolsillo es inferior al 30% de la capacidad de pago.

$$Y_h = 1 \text{ si } gbs \geq 30\% \text{ cp}$$

$$Y_h = 0 \text{ si } gbs < 30\% \text{ cp}$$

2.3.1. Modelo econométrico

Como se mencionó líneas arriba, se ha optado por utilizar la propuesta metodológica de Xu K. (2005) sobre el gasto catastrófico, quien sugiere que para asociar indicadores socioeconómicos con el gasto catastrófico se debe realizar un análisis de regresión logística, la cual estima la probabilidad de realizar gasto catastrófico considerando factores asociados.

De hecho, para el Perú, algunos investigadores como Lozada (2010), utilizaron dicho análisis considerando el modelo logístico, al igual que otros estudios de investigación a nivel

¹¹ De acuerdo con Knaul *et al.* (2001) y otros investigadores, se toma el valor de 30% como el ingreso efectivo o capacidad de pago que a partir del cual un gasto en salud se considera catastrófico. Este umbral es utilizado en países en vía de desarrollo como Perú, México y Chile.

internacional, como el de Alvis-Zakzuk, J. *et al.* (2018) quien también utiliza dicho modelo para Colombia, relacionando el gasto catastrófico en salud que despliegan los hogares y los factores asociados a este. Otra investigación como la de Herrera-Ballesteros, V. *et al.* (2018), también coincide en utilizar este modelo para Panamá.

De otro lado, existen también otras relaciones funcionales, como el modelo Probit, que al igual que el modelo Logit asocian la probabilidad de realizar gasto catastrófico en salud con sus factores asociados. Ambos modelos se diferencian en la función de distribución acumulada (FDA); el modelo Probit utiliza una FDA Normal, mientras que el modelo Logit utiliza una FDA Logística. Ambos modelos estiman resultados similares; sin embargo, cuando la muestra es grande, es recomendable utilizar un modelo Logit ya que este toma en consideración los datos extremos a través de su forma funcional (colas más anchas que el modelo Probit) (Maddala, 1983).

Es así que siguiendo a Xu K. (2005), Maddala, G.S. (1983) y otras investigaciones relacionadas con el gasto catastrófico en salud, se tomó por conveniente utilizar el modelo de regresión logística para determinar la asociación existente entre la probabilidad de realizar gasto catastrófico en salud de los hogares con adultos mayores afiliados al SIS y las variables que se encuentran en función de ella.

Modelo logit

A través del modelo logístico se pretende asociar la variabilidad de la variable respuesta respecto a sus determinantes, siguiendo la representación matemática del modelo logit, de acuerdo con Gujarati (2010):

$$(1) \quad P_i = \beta_0 + \beta_i X_i$$

$$(2) \quad P_i = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_i X_i)}}$$

$$(3) \quad P_i = \frac{1}{1 + e^{-(Z_i)}} = \frac{e^{Z_i}}{1 + e^{Z_i}}$$

$$(4) \quad 1 - P_i = \frac{1}{1 + e^{-(Z_i)}}$$

$$(5) \quad \frac{P}{1 + P_i} = \frac{1}{1 + e^{-(Z_i)}}$$

$$(6) \quad L_i = \ln\left(\frac{P}{1 + P_i}\right) = z_i = \beta_0 + \beta_i X_i$$

Donde:

$$\text{Logit } P(Y = 1|X) = \beta_0 + \beta_i X_i$$

$\text{Logit } P(Y = 1|X) = \beta_0 + \beta_i X_i + u_i$, donde u_i es el término de error.

3. Metodología cualitativa

3.1. Diseño de la investigación

La investigación cualitativa permitió conocer las posibles razones por las que los hogares con presencia de adultos mayores realizan gasto de bolsillo de salud. Con lo cual se ha complementado la parte cuantitativa a través de entrevistas semi estructuradas dirigidas a diversos actores relacionados con la problemática.

3.1.1. Entrevistas semiestructuradas

El enfoque cualitativo de la investigación consideró la aplicación de entrevistas semiestructuradas, las cuales estuvieron enfocadas en: i) usuarios del servicio (adultos mayores y/o acompañante), ii) especialistas en salud y iii) académicos involucrados en investigaciones relacionadas al gasto de bolsillo y/o SIS.

3.2. Fuente de datos

Las entrevistas fueron desarrolladas durante un periodo de 30 días. Para el recojo de información se contó con 3 guías de entrevistas. Las entrevistas con los especialistas SIS y con los académicos, fueron concertadas se a través de correo electrónicos. En el caso de los adultos mayores, se realizó a través de llamadas telefónicas. Cabe precisar, que las guías de preguntas fueron evaluadas previamente para lograr obtener la información necesaria para la tesis.

3.3. Procesamiento de datos y herramientas de análisis

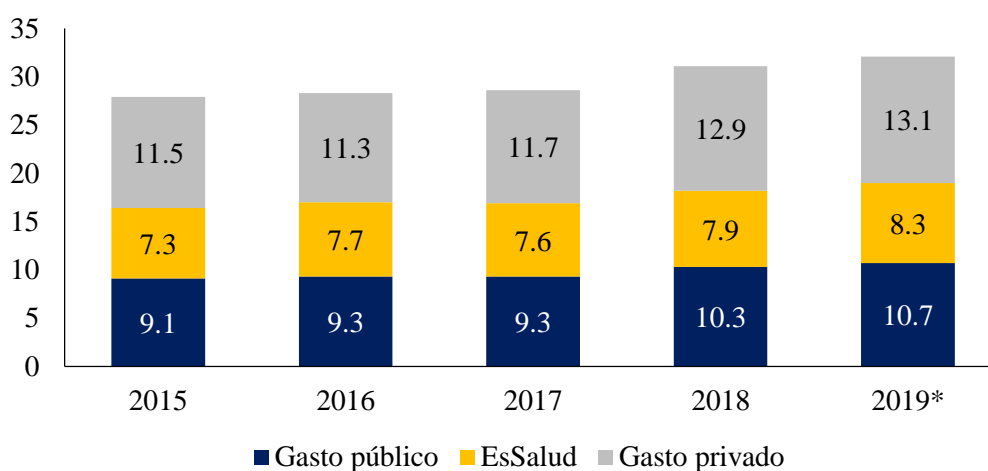
Luego del periodo de entrevistas, se realizó la transcripción de cada una de ellas, las cuales fueron colocadas en una matriz que ha permitido conocer las opiniones de los entrevistados.

Capítulo IV: Situación del gasto en salud y aseguramiento universal

1. Gasto en salud

Respecto al gasto en el sector salud, se observó un incremento del 2015 al 2019; esto se evidencia por el crecimiento de 17.6% en el gasto público, 13.7% en ESSALUD y 13.9% en el gasto privado. De acuerdo con estas cifras, el sector público y ESSALUD vienen incrementando su participación en el financiamiento en salud; sin embargo, aún con este crecimiento, los hogares continúan financiando su propia salud, y eso se refleja en el crecimiento del gasto privado.

Gráfico 7. Gasto en salud por financiamiento (En miles de millones de soles del 2007)



Nota: * Se proyecta el gasto privado en función al promedio de los años anteriores.

Fuente: OMS (Global Health Expenditure Database, 2020), MEF (Consulta amigable, 2020, EsSalud), Banco Mundial (2021).

Elaboración propia

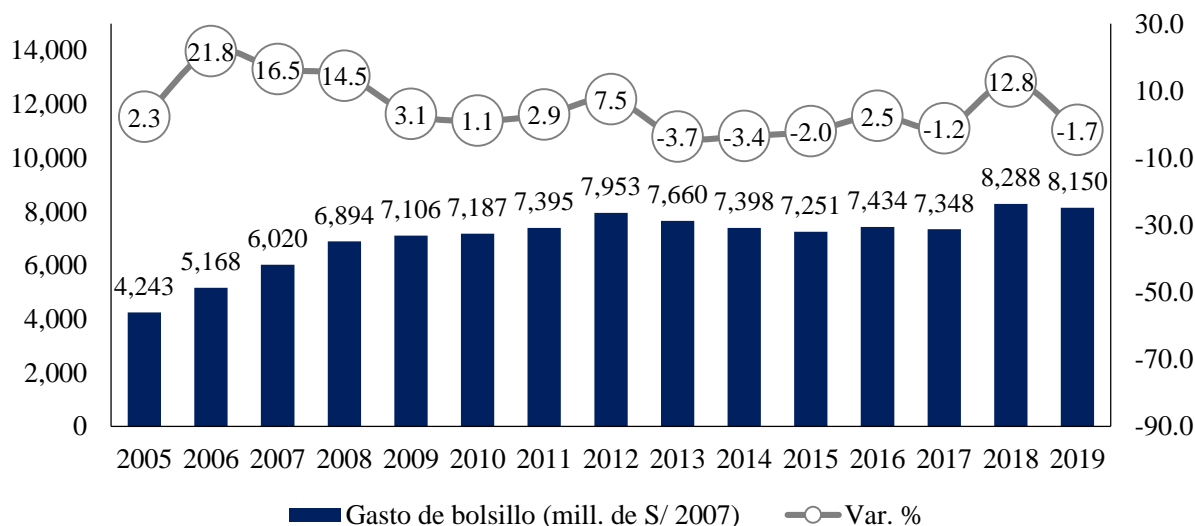
2. Gasto de bolsillo

Para el 2019, el gasto de bolsillo disminuyó en 1.7% respecto al año anterior; sin embargo, los montos destinados a la salud por parte de los hogares en los dos últimos años de análisis (2019 y 2018) son los más altos en los últimos 15 años. Estas cifras revelan un comportamiento tendencial de incrementos de montos para financiar la salud por parte de los hogares.

Este incremento en el gasto de bolsillo en salud que castiga los ingresos de los hogares, abriendo un debate sobre el incremento del presupuesto en el sector salud, que según la OPS (2014) recomienda que el gasto público en salud sea de 6% del PBI. Además, según la OMS (2019), el Perú alcanzó una cifra del 3.3% del PBI, por lo que nos encontramos en una brecha del 2.7% para

alcanzar la meta señalada por la OPS, lo que equivaldría a 23.2 mil millones de soles, según el informe del Banco Mundial (2021).

Gráfico 8. Evolución del gasto de bolsillo, 2005 – 2019

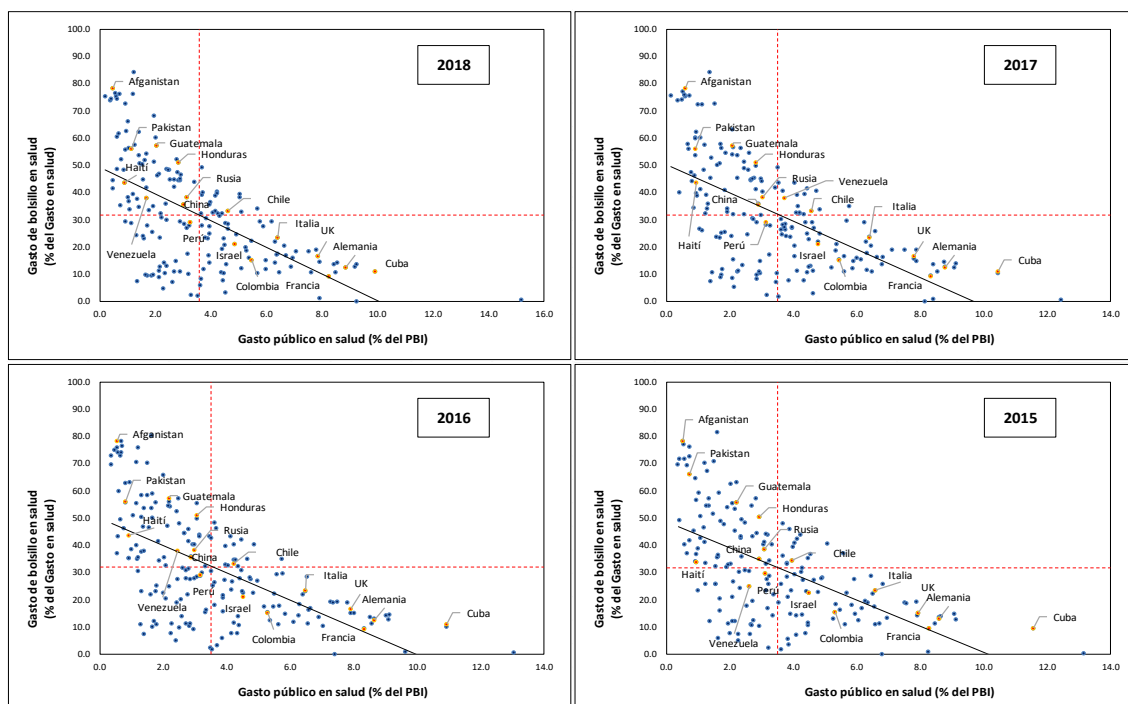


Fuente: MINSA.
Elaboración propia.

En el gráfico 9 se analizó la relación entre el gasto de bolsillo (como porcentaje del gasto en salud) y el gasto público en salud (como porcentaje del PBI) de diferentes países alrededor del mundo, siendo esta relación inversa, lo que significa que a mayor financiamiento en salud por parte del gasto público genera un menor gasto de bolsillo en salud; sin embargo, esta relación también se ve afectada por otras variables como la eficiencia en la gestión de los recursos. Un caso particular es Chile, que, a pesar de tener una inversión en salud superior al promedio mundial, tiene un gasto de bolsillo más alto que el de Perú, como se observa para el año 2019. Caso contrario es Francia, quien realiza un gasto público en salud elevado (8.3% del PBI), siendo su gasto de bolsillo en salud uno de los más bajos en el mundo (9.2% de su gasto en salud), evidencia de ello es que se ha mantenido con estos niveles bajos de gasto de bolsillo en el periodo analizado.

No obstante, no se puede afirmar que un mayor gasto público en salud conlleve necesariamente a un menor gasto de bolsillo; ya que este depende de otros factores que no se han considerado en el presente gráfico.

Gráfico 9. Relación entre el gasto público en salud y el gasto de bolsillo en salud por países, 2015 – 2018

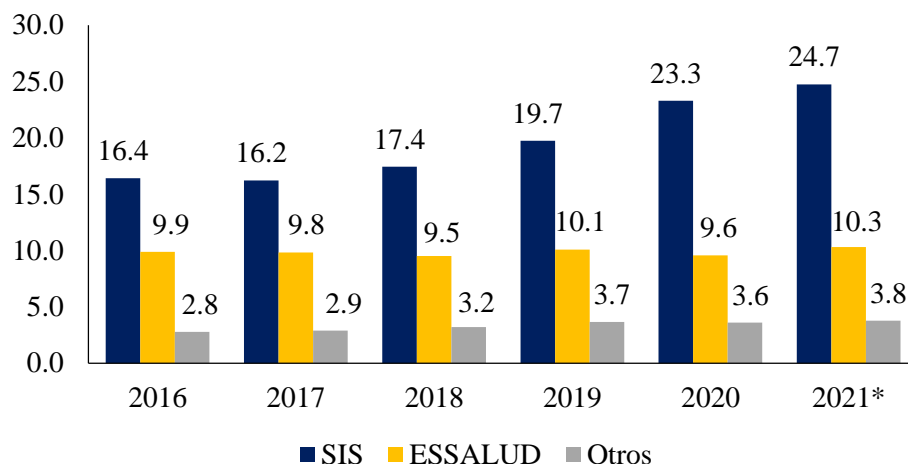


Fuente: Banco Mundial.
Elaboración propia.

3. Afiliados por institución aseguradora en salud

En la actualidad, el SIS es el principal asegurador de la salud en el país, lo cual se refleja en las cifras de aseguramiento de sus afiliados. Al tercer trimestre del 2021, SUSALUD estima que 24.7 millones de personas se encuentran afiliadas al SIS, superior a lo registrado por ESSALUD y otras instituciones aseguradoras de salud. El aseguramiento universal ha permitido incrementar la cobertura de salud en el país, pues en un periodo de 5 años el SIS pasó de 16.4 millones a 24.7 millones de afiliados. Este crecimiento acelerado viene sobre todo desde el 2019, producto del Decreto de Urgencia N°017-2019, en el cual se dispuso asegurar a todos los residentes del país que no dispongan de un seguro, con el propósito de garantizar la protección del derecho a la salud.

Gráfico 10. Afiliados activos por institución administradora de fondos de aseguramiento en salud, 2016 – 2021 (En millones de personas)



Nota: *Corresponde al tercer trimestre del 2021.

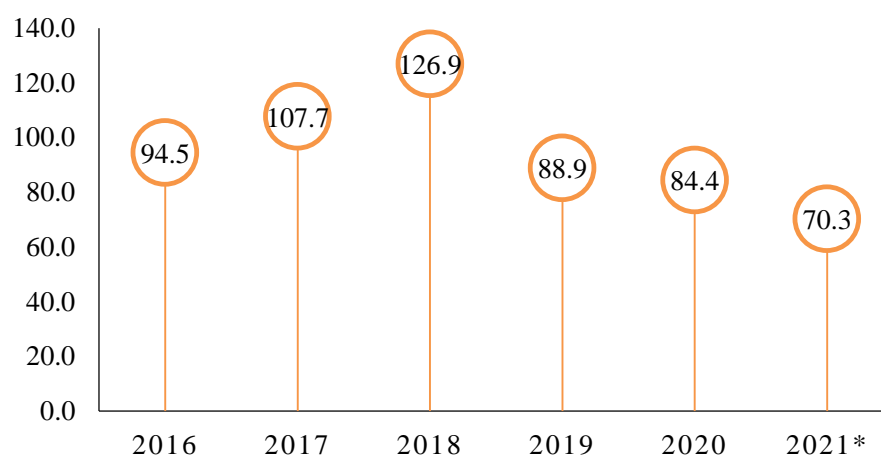
Fuente: SUSALUD.

Elaboración propia.

4. Presupuesto en salud por afiliado al SIS

A modo de realizar una estimación de la protección financiera por parte del SIS, se analizó el presupuesto por afiliado mostrando que en el periodo del 2016 al 2018 dicha relación venía incrementándose producto de un mayor presupuesto; sin embargo, entre el 2019 y 2021 dicha relación disminuyó debido al incremento del número de afiliados al SIS debido a la aprobación del Decreto de Urgencia N°017-2019. En el 2019, se dio cobertura financiera a cada asegurado con S/ 88.90 al año, situación que disminuyó para los años siguientes.

Gráfico 11. Presupuesto SIS por afiliado, 2016 – 2021 (S/ por afiliado)



Nota: *Al tercer trimestre 2021

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOGAR – INEI).

Elaboración propia.

Capítulo V: Resultados

1. Resultados cuantitativos

1.1. Características de los hogares

1.1.1. Población adulto mayor, según condición de afiliación

En la tabla 2 se presenta la distribución de la PAM respecto a su condición de afiliación a un seguro de salud, revelando que el 16.9% de esta población no contaba con ningún tipo de seguro de para el 2019, según lo manifestado por la propia población en la ENAHO; sin embargo, como ya se indicó en el DU N° 017-2019, este permitió afiliar a más personas sin seguro de salud, siendo el Plan Esencial de Aseguramiento de Salud (PEAS) el que financia de manera gratuita a estas personas, a partir de la publicación del decreto de urgencia (28 de noviembre de 2019).

Tabla 2. Porcentaje de adultos mayores según tipo de afiliación a/ por año

Año	Afiliado al SIS	Afiliado a EsSalud	Afiliado a Otros seguros	Sin seguro
2015	41.3	35.0	5.0	20.8
2016	43.6	34.3	5.1	18.7
2017	44.2	35.2	4.8	17.6
2018	44.1	35.4	5.0	17.4
2019	44.4	35.6	5.1	16.9

Nota: La suma horizontal por año no suma 100% ya que los afiliados pueden tener más de un seguro a la vez.

a/ Se basa en las respuestas de los encuestados.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO – INEI).

Elaboración propia.

1.1.2. Hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto de bolsillo en salud

Los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS se caracterizan por tener a jefes de hogar que son principalmente adultos mayores, los cuales superan los 65 años en promedio de edad, siendo estos hogares conducidos en su mayoría por hombres. Además, se caracterizan por contar con 3 o 4 miembros por hogar.

Por otro lado, en los hogares evaluados se ha identificado que existe un porcentaje menor al 10% cuyos miembros se encuentran afectados por una enfermedad crónica o accidente; asimismo, para el 2019 se encontró que el 71.5% de los hogares realizaron compras de medicamentos; mientras que el 7.5% realiza gastos en análisis/rayos X, y el 6.9% gastos en hospitalización/ cirugía. Estos hogares se encuentran ubicados en mayor proporción en el área urbana.

Tabla 3. Características de los hogares

Característica del hogar	Detalle	Año				
		2015	2016	2017	2018	2019
Características del jefe de hogar						
- Sexo del jefe de hogar (En %)	Mujer	32.2	33.1	32.7	34.2	33.8
	Hombre	67.8	66.9	67.3	65.8	66.2
- Edad del jefe de hogar	Promedio	65.4	65.9	65.9	66.0	66.4
Características del hogar						
- Miembros del hogar	Promedio	3.6	3.5	3.4	3.4	3.3
- Hogar con algún miembro afectado por alguna enfermedad o accidente (En %)	No	90.2	90.5	90.5	92.3	91.2
	Si	9.8	9.5	9.5	7.7	8.8
- Hogar compra medicamentos (En %)	No	25.8	28.0	28.2	28.9	28.5
	Si	74.2	72.0	71.8	71.1	71.5
- Hogar que gasta en hospitalización/ cirugía (En %)	No	93.1	92.6	92.8	93.8	93.1
	Si	7.0	7.4	7.2	6.2	6.9
- Hogar que gasta en análisis/ rayos X (En %)	No	91.2	91.9	92.5	93.1	92.6
	Si	8.8	8.1	7.5	6.9	7.5
- Hogar según ubicación (En %)	Urbano	62.8	64.8	66.2	64.7	64.5
	Rural	37.3	35.3	33.8	35.3	35.5

Nota: Valores en porcentaje suman 100%.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG – INEI).

Elaboración propia.

1.2. Análisis descriptivo del gasto de bolsillo de salud en hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS

A nivel nacional los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS realizan en su mayoría gastos de bolsillo de salud. Específicamente para el 2019, el 75.7% (IC 95%: [74.3% - 77.1%]) de hogares en el país realizaron dicho gasto, los que representan a 1,358,246 hogares, afectando a 4,534,801 personas que limitan sus gastos en otros aspectos por financiar su salud.

Similar situación se observa para el periodo 2015 al 2019, ya que un similar porcentaje de hogares con presencia de adultos afiliados al SIS realizan gasto de bolsillo en salud (75.3% en promedio como se observa en la tabla 4). Ello quiere decir que, en promedio todos los años existe dicho porcentaje de hogares que realizan desembolsos monetarios para asumir gastos de salud en deterioro de otros gastos como el de educación, vestimenta, transporte y otros tipos de gastos realizados por el hogar, situación que podría vulnerar su calidad de vida.

También en el 2019, en el área rural, respecto a hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS, se registró 67.1% (IC 95%: [65.2% - 69.0%]) de hogares que realizaron gasto de bolsillo en salud, los cuales simbolizan a 482,167 hogares (1,325,695 personas); mientras que, en el área urbana se registró un 81.4% (IC 95%: [79.5% - 83.3%]) de hogares que realizaron gasto de bolsillo en salud, los cuales simbolizan a 876,079 hogares (3,209,105 personas).

En la región costa, respecto a hogares con similar característica y similar año, se registró 83.2% (IC 95%: [80.9% - 85.4%]) de hogares que realizaron gasto de bolsillo en salud, los cuales simbolizan a 285,695 hogares (1,061,929 personas); mientras que, en la región de la sierra se registró un 67.9% (IC 95%: [65.8% - 69.9%]) de hogares que realizaron gasto de bolsillo en salud, los cuales simbolizan a 581,212 hogares (1,565,705 personas), y para la región de la selva se registró un 77.1% (IC 95%: [73.9% - 80.0%]) de hogares que realizaron gasto de bolsillo en salud, los cuales simbolizan a 177,153 hogares (630,826 personas). En el área de Lima Metropolitana, se registró un 86.1% (IC 95%: [82.2% - 89.3%]) de hogares que realizaron gasto de bolsillo en salud, los cuales simbolizan a 314,187 hogares (1,276,341 personas).

Tabla 4. Hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto de bolsillo según ámbito geográfico ^{a/}

Ámbito geográfico	Porcentaje (%)					Prom. 2015 - 19	Dif. 2015 - 19	Dif. 2018 - 19
	2015	2016	2017	2018	2019			
Total	75.1	76.5	74.7	74.4	75.7	75.3	0.6	1.3
Área de residencia								
- Urbana	82.3	85.3	82.8	80.6	81.4	82.5	-0.9	0.8
- Rural	65.5	64.3	62.8	65.2	67.1	65.0	1.6	1.9
Región natural								
- Costa	82.4	85.3	83.3	82.2	83.2	83.3	0.8	1.0
- Sierra	67.7	68.1	66.7	67	67.9	67.5	0.2	0.9
- Selva	78.3	78.1	75.3	73.8	77.1	76.5	-1.2	3.3
- Lima Metropolitana	86.1	88.5	86.6	85.3	86.1	86.5	0.0	0.8

Nota: Las magnitudes en número de hogares se encuentran en el anexo.

a/ Comprende a estimadores con coeficiente de variación menores a 15% considerados como representativos.

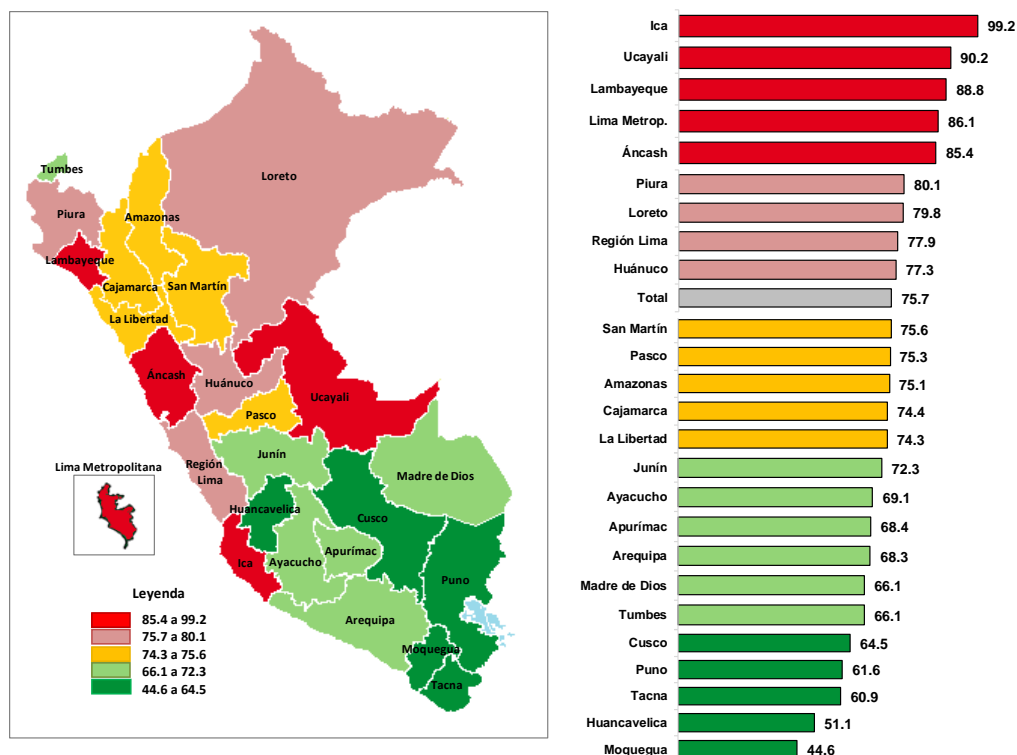
Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG - INEI).

Elaboración propia.

En el gráfico 12, se observa principalmente que los departamentos del sur son los que presentan un mayor porcentaje de hogares que realizan gasto de bolsillo, a diferencia de los hogares ubicados al norte del país. Los departamentos de Moquegua, 55.4% (IC 95%: [47.0% - 63.6%]); Huancavelica, 48.9% (IC 95%: [43.0% - 54.9%]); Tacna, 39.1% (IC 95%: [30.4% - 48.5%]);

Puno, 38.4% (IC 95%: [32.7% - 44.5%]) y Cusco, 35.5% (IC 95%: [29.0% - 42.5%]), son los que presentan mayor proporción de hogares con gasto de bolsillo en salud.

Gráfico 12. Hogares que realizan gasto de bolsillo según departamento, 2019
(En Porcentajes)



Nota 1: El departamento de Lima se ha dividido en Lima Metropolitana (comprende los 43 distritos de la Provincia de Lima y 7 distritos de la Provincia Constitucional del Callao) y Región Lima que comprenden las provincias de Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Nota 2: Las magnitudes en número de hogares se encuentran en el anexo.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG – INEI)

Elaboración propia.

1.3. Análisis descriptivo del gasto de catastrófico de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS

Para el 2019, del total de hogares que realizaron gasto de bolsillo en salud, el 3.4% (IC 95%: [2.9% - 4.1%]) superaron el 30% su capacidad de pago, lo que significa que 46 mil 835 hogares (128,981 personas) realizaron gasto catastrófico de salud, debido a un bajo financiamiento del SIS a sus usuarios, situación que conllevaría a los hogares con adultos mayores afiliados al SIS a la pobreza.

Dicho porcentaje de 3.4% de hogares se encuentra por debajo de las estimaciones de años anteriores, pues entre el 2015 y 2018 el porcentaje promedio era de 4.35% hogares que realizaron gasto catastrófico en salud (tabla 5).

En hogares pobres se registró 2.6%¹² (IC 95%: [1.8% - 3.7%]) de hogares que cayeron en gasto catastrófico, los cuales simbolizan 7,056 hogares (18,917 personas); mientras que, en hogares no pobres se registró un 3.7% (IC 95%: [3.0% - 4.5%]) de hogares que realizaron gasto de bolsillo en salud, los cuales simbolizan a 39,779 hogares (110,064 personas).

Tabla 5. Hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto de catastrófico según ámbito geográfico

Ámbito geográfico	Porcentaje (%)					Prom. 2015 - 19	Dif. 2015 - 19	Dif. 2018 - 19
	2015	2016	2017	2018	2019			
Total	4.4	4.4	4.2	4.4	3.4	4.2	-1.0	-1.0
Condición de pobreza								
- Pobre ^{b/}	2.0	3.9	3.7	2.3	2.6	3.1	0.6	0.3
- No pobre	5.1	4.5	4.3	5.0	3.7	4.5	-1.4	-1.3

Nota: Las magnitudes en número de hogares se encuentran en el anexo.

a/ Comprende a estimadores con coeficiente de variación menores a 15% considerados como representativos.

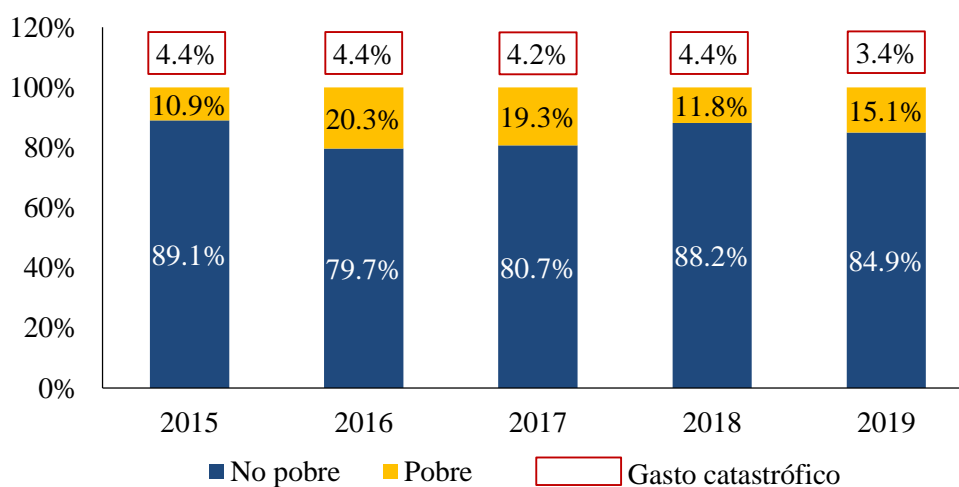
b/ Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayores a 15% considerados como referenciales.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO – INEI).

Elaboración propia.

Cabe resaltar que los hogares que realizan gastos catastróficos son principalmente hogares no pobres, los cuales representan el 84.9% del total de hogares, a diferencia del 15.1% de hogares pobres para el 2019 (ver gráfico 13). Este resultado concuerda con Sequeira-Benavides *et al.* (2022) y Briceño *et al.* (2017), quienes señalan que hogares más ricos frecuentemente se enfrentan a gastos catastróficos en salud.

Gráfico 13. Composición del gasto catastrófico según condición de pobreza, 2015 – 2019



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO – INEI).

Elaboración propia.

¹² Comprende a un estimador con coeficiente de variación mayor a 15% considerado como referencial.

De otro lado, en la tabla 6 se observa el promedio y la mediana del gasto de bolsillo en salud y gasto total de los hogares que realizan gasto catastrófico para el periodo 2015 al 2019. En el caso del gasto de bolsillo en salud, se observa que el promedio se incrementó de S/ 5,044 (IC 95%: 4,023 – 6,064] para el año 2015 a S/ 6,113 (IC 95%: 5,244 – 6,981] para el año 2019, lo cual se traduce en un incremento de 21.2%. Cabe destacar que existen casos donde los hogares realizan gastos de bolsillo muy elevados; por ejemplo, casos por encima de los S/ 10,000 al año, siendo este tipo de gasto solo asumido por hogares no pobres. En el caso del gasto total del hogar, se observa que este pasó de S/ 17,166 (IC 95%: 14,377 – 19,954] para el año 2015 a S/ 20,472 (IC 95%: 17,467 – 23,477] para el año 2019, lo que se traduce en un incremento de 19.3%.

A su vez, se observa que la proporción de gasto de bolsillo promedio respecto al gasto total promedio es alrededor del 30%, lo que muestra que casi un tercio se destina a la compra de productos y servicios médicos por parte de los hogares. Dado este porcentaje que destina el hogar para cubrir gastos en salud, un hogar que no encuentra alternativa para costear este tipo de gasto a través del SIS, quedaría vulnerable financieramente y se estaría exponiendo a la pérdida de un integrante familiar o a reducir drásticamente su condición socioeconómica, pasando de no pobre a pobre, o de pobre a pobre extremo.

Tabla 6. Gasto de bolsillo en salud^a y gasto total^b de hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto catastrófico en salud (Soles)

Año	Promedio			Mediana		
	Gasto de bolsillo	Gasto total	%	Gasto de bolsillo	Gasto total	%
2015	5,044	17,166	29.4%	3,580	12,966	27.6%
2016	5,273	16,925	31.2%	3,561	12,484	28.5%
2017	4,688	15,865	29.5%	2,869	12,614	22.7%
2018	5,764	19,122	30.1%	4,005	13,455	29.8%
2019	6,113	20,472	29.9%	4,193	13,787	30.4%

Nota: Se consideró valores imputados, deflactados y de frecuencia anual

a/ Comprende a estimadores con coeficiente de variación menores a 15% considerados como representativos.

b/ Es el gasto total anual que realiza el hogar.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG – INEI).

Elaboración propia.

En la tabla 7, se observa que los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS no pobres son los que realizan un mayor gasto de bolsillo en salud, esto se debería a que estos tipos de hogares son los que cuentan con ingresos estables y solvencia financiera para asumir gastos de bolsillo elevados, a diferencia de los hogares pobres, quienes realizan un gasto de bolsillo menor.

Tabla 7. Gasto de bolsillo en salud^a y gasto total de hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto catastrófico según condición de pobreza (Soles)

* NO POBRE

Año	Promedio			Mediana		
	Gasto de bolsillo	Gasto total	%	Gasto de bolsillo	Gasto total	%
2015	5,356	17,908	29.9%	3,807	13,733	27.7%
2016	5,958	19,074	31.2%	3,984	14,412	27.6%
2017	5,340	17,764	30.1%	3,689	14,727	25.0%
2018	6,334	20,918	30.3%	4,723	16,600	28.5%
2019	6,909	22,902	30.2%	4,908	16,281	30.1%

* POBRE

Año	Promedio			Mediana		
	Gasto de bolsillo	Gasto total	%	Gasto de bolsillo	Gasto total	%
2015	2,498 ^b	11,115 ^b	22.5%	1,893	8,867	21.3%
2016	2,588	8,498	30.5%	2,262	6,970	32.5%
2017	1,958	7,911	24.8%	1,494	5,931	25.2%
2018	1,506	5,711	26.4%	1,441	5,605	25.7%
2019	1,626	6,773	24.0%	1,331	5,600	23.8%

Nota: Se consideró valores imputados, deflactados y de frecuencia anual

a/ Comprende a estimadores con coeficiente de variación menores a 15% considerados como representativos.

b/ Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayores a 15% considerados como referenciales.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO – INEI)

Elaboración propia

Asimismo, en la tabla 8, se realiza similar análisis, encontrando que los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS ubicados en el área urbana realizan un mayor gasto promedio que los hogares ubicados en el área rural. Esto se debería a que los hogares en el área urbana cuentan con mayor acceso a servicios de salud públicos y privados, en relación al área rural.

Tabla 8. Gasto de bolsillo en salud^a y gasto total de hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto catastrófico según área geográfica (Soles)

* URBANA

Año	Promedio			Mediana		
	Gasto de bolsillo	Gasto total	%	Gasto de bolsillo	Gasto total	%
2015	7,435	23,942	31.1%	6,439	22,696	28.4%
2016	7,581	23,992	31.6%	4,985	20,051	24.9%
2017	7,288	22,930	31.8%	6,929	20,887	33.2%
2018	7,904	26,898	29.4%	5,826	24,608	23.7%
2019	8,322	28,458	29.2%	7,072	25,089	28.2%

* RURAL

Año	Promedio			Mediana		
	Gasto de bolsillo	Gasto total	%	Gasto de bolsillo	Gasto total	%
2015	3093	11636	26.6%	2438	9,501	25.7%
2016	3317	10935	30.3%	2681	9,531	28.1%
2017	2833	10823	26.2%	2215	9,166	24.2%
2018	3843	12142	31.7%	2341	9,032	25.9%
2019	4166	13435	31.0%	2865	11,045	25.9%

Nota: Se consideró valores imputados, deflactados y de frecuencia anual

a/ Comprende a estimadores con coeficiente de variación menores a 15% considerados como representativos.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG – INEI)

Elaboración propia

Además, de acuerdo al contraste de medias de los gastos de bolsillo en salud de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS, se observa que existen diferencias significativas en el promedio de gastos de bolsillo para los años de análisis; siendo los hogares que realizan mayor gasto de bolsillo los hogares ubicados en el área urbana.

Tabla 9. Contraste de medias de los gastos de bolsillo de hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto catastrófico según área geográfica (Soles)

Año	Ubicación		Diferencia	Pvalue
	Urbano	Rural		
2015	7,435	3,093	4,342	0.000
2016	7,581	3,317	4,264	0.000
2017	7,288	2,833	4,455	0.000
2018	7,904	3,843	4,061	0.000
2019	8,322	4,166	4,156	0.000

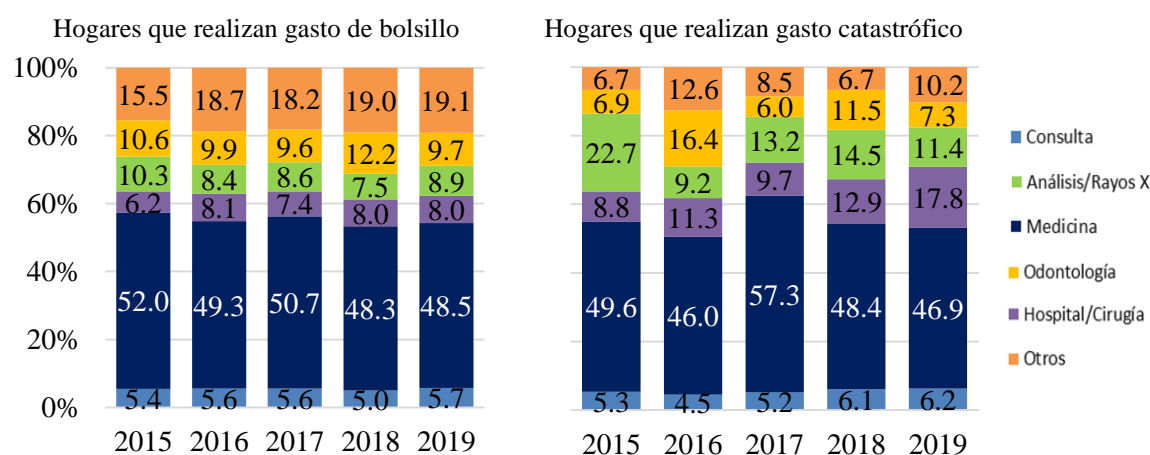
Nota: Se consideró valores imputados, deflactados y de frecuencia anual

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG – INEI)

Elaboración propia

De otro lado, según el gráfico 14, los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto de bolsillo, efectúan desembolsos monetarios principalmente para financiar medicinas, similar situación se observa en hogares que realizan gasto catastrófico.

Gráfico 14. Composición del gasto en salud realizado por los hogares con presencia de PAM afiliada al SIS, 2015 – 2019



Nota: Otros gastos de salud se refieren a servicios oftalmológicos, compra de lentes, vacunas, entre otros gastos.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG – INEI).

Elaboración propia.

Estas compras de medicamentos por parte de los hogares se deben principalmente a que los establecimientos de salud del MINSA no cuentan con los stocks suficientes, pues como lo señala DIGEMID (2021), 32.4% de los afiliados al SIS compran medicamentos en otros establecimientos. Esta problemática también es visibilizada por el INEI, quien realizó una encuesta respecto a la satisfacción de los usuarios del aseguramiento universal (2014), encontrando que 24.2% de asegurados al SIS tuvieron problemas para la atención en salud, siendo la falta de medicamentos el principal problema de atención, ya que el 35.1% manifestó que no había medicamentos en su establecimiento de salud.

Respecto a la PAM afiliada al SIS, se observa que para el 2019, 54.7% de estas personas no se les entregó medicinas a través del SIS, mientras que al 45.3% sí se les entregó; cabe resaltar que si bien se les dio medicinas esto no garantiza la entrega completa de lo recetado.

Tabla 10. Entrega de medicinas a la PAM afiliada al SIS

Tipo	Porcentaje (%)					Dif 2015 - 2019	Dif 2018 - 2019
	2015	2016	2017	2018	2019		
PAM que se les entrega medicinas a través del SIS	44.5	43.0	41.8	43.6	45.3	0.8	1.7
PAM que no se les entrega medicinas a través del SIS	55.5	57.0	58.2	56.4	54.7	-0.8	-1.7

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG – INEI).

Elaboración propia.

Es así que, de aquella PAM afiliada al SIS a la que se le entregó medicinas y a la cual no se le cubrió la totalidad de lo recetado, adquieren medicinas en otros establecimientos como: Farmacia o botica (85.6%), bodega (3.0%), venta ambulatoria (1.0%) y otros establecimientos (10.4%).

Tabla 11. PAM afiliada al SIS a la que se le entregó parte de lo recetado y compra medicinas en otros establecimientos

Tipo	Porcentaje (%)					Dif 2015 - 2019	Dif 2018 - 2019
	2015	2016	2017	2018	2019		
Farmacia o botica	84.4	84.2	87.0	88.9	85.6	1.2	-3.3
Bodega	2.0	3.2	2.6	2.4	3.0	1.0	0.6
Venta ambulatoria	1.7	2.3	1.6	0.8	1.0	-0.7	0.2
Otros ¹	11.9	10.3	8.8	7.9	10.4	-1.5	2.5

Nota: 1/ Otros: Curandero, clínica particular, consultorio particular, botiquín comunal, entre otros.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG – INEI).

Elaboración propia.

Mientras que aquella PAM afiliada al SIS a la que no se le entregó medicinas, las adquieren en establecimientos como: Farmacia o botica (79.4%), bodega (7.1%), venta ambulatoria (4.9%) y otros establecimientos (6.6%).

Tabla 12. PAM afiliada al SIS a la que no se les entregó medicinas y la adquieren en otros establecimientos

Tipo	Porcentaje (%)					Dif 2015 - 2019	Dif 2018 - 2019
	2015	2016	2017	2018	2019		
Farmacia o botica	79.4	79.3	82.2	81.4	84.2	4.8	2.8
Bodega	7.1	6.9	7.4	6.2	5.1	-2.0	-1.1
Venta ambulatoria	4.9	4.1	3.3	3.7	4.1	-0.8	0.4
Otros ¹	8.6	9.7	7.1	8.7	6.6	-2.0	-2.1

Nota: 1/ Otros: Curandero, clínica particular, consultorio particular, botiquín comunal, entre otros.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG – INEI).

Elaboración propia.

De las tablas anteriores se desprende que existe una brecha de entrega de medicamentos a la PAM afiliada al SIS, ya que se cobertura a menos del 50%, y no necesariamente dicha cobertura se realiza al 100% de lo recetado; tal como se observó en la tabla 12, los afiliados a los que se les cobertura parte de lo recetado compran medicinas principalmente en: farmacias o boticas, bodegas y venta ambulatoria. Del mismo modo, la PAM a la que no se les entregó medicinas, las suple con compras principalmente en: farmacias o boticas, bodegas y venta ambulatoria. Lo cual evidencia los problemas de los asegurados al SIS para acceder a medicamentos, debido a la deficiente provisión de medicamentos en las diferentes redes de salud del MINSA y de los gobiernos regionales.

1.4. Análisis del modelo de regresión logística

1.4.1. Prueba de significancia individual

Se analizó la significancia de los factores asociados del modelo logístico a través del estadístico de Wald, permitiendo evaluar la significancia de los coeficientes del modelo. La probabilidad de este estadístico es comparable con el nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), donde probabilidades menores justifican que los factores asociados del modelo sean significativos, por lo que estos explicarían la variabilidad de la probabilidad de que un hogar con presencia de adultos mayores afiliados al SIS realice gasto catastrófico.

En la tabla 13 se muestra que gran parte de los factores asociados son significativos al 5% en cada corte de año, exceptuando: i) Sexo del jefe de hogar (2017), y ii) Hogar con algún miembro del afectado por alguna enfermedad o accidente (2017).

1.4.2. Prueba de significancia conjunta

El análisis de la prueba conjunta del modelo utilizó el estadístico Chi 2, para conocer si los factores asociados en conjunto explican la variabilidad de la probabilidad de que un hogar con presencia de adultos mayores afiliados al SIS realice gasto catastrófico.

En la tabla 13, se muestran los resultados del estadístico Chi 2 para el modelo en cada año, observando que las probabilidades son menores a un nivel de significancia de 5%; ello evidencia que los factores asociados en conjunto explican la variabilidad de la probabilidad del modelo.

1.4.3. Bondad de ajuste

Como medida de bondad de ajuste se presenta el Pseudo-R², debido a que el modelo a evaluar en esta investigación es no lineal (logístico). El valor del Pseudo-R² varía entre 0 y 1; valores cercanos a cero se consideran modelos con bajo nivel de ajuste, valores cercanos a 1 se consideran modelos con alto nivel de ajuste¹³. Para modelos de respuesta binaria, Hox (2010) recomienda utilizar el Pseudo R² de McKelvey & Zavoina, el cual está basado en la descomposición de la varianza estimada; asimismo, según Clark & Hosking (1986) sostienen que para valores superiores a 0.20 del Pseudo R², el modelo tiene un “buen ajuste”, lo cual se observa en la tabla 13.

¹³ Cameron, A.C. and Trivedi, P.K. (2009) *Microeconometrics Using Stata*. Stata Press, Texas.

Otra aproximación de la bondad de ajuste es el test de Hosmer & Lemeshow (1980), el cual testea la hipótesis nula de que los datos observados y los esperados sean iguales, por lo que si se acepta la hipótesis nula se concluye que el modelo tiene un buen ajuste de los datos; este tipo de test es utilizado para modelos de respuesta binaria. En la tabla 13, se observan las probabilidades del test, las cuales son superiores al nivel de significancia del 5%, concluyendo que los modelos tienen un buen ajuste.

Debido a las pruebas de significancia conjunta y bondad de ajuste, se opta por mantener los modelos invariantes sin excluir a ninguna variable explicativa.

Tabla 13. Estimación de los factores asociados de la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en salud

Factores asociados	Modelo 2015	Modelo 2016	Modelo 2017	Modelo 2018	Modelo 2019
Edad del jefe de hogar	0.0183** (0.0075)	0.0158** (0.0074)	0.0142* (0.0073)	0.0364*** (0.0072)	0.0137* (0.0078)
Sexo del jefe de hogar (hombre)	0.5023*** (0.1865)	0.3866** (0.1684)	0.098 (0.1686)	0.3005* (0.1545)	0.7216*** (0.1929)
Miembros del hogar	-0.2622*** (0.0513)	-0.3717*** (0.0535)	-0.3166*** (0.0533)	-0.3504*** (0.053)	-0.3399*** (0.0568)
Hogar con algún miembro afectado por alguna enfermedad o accidente	0.7530*** (0.2075)	0.7161*** (0.1898)	0.1381 (0.2293)	0.5967*** (0.1902)	0.4737** (0.2224)
Hogar que decide cubrir medicamentos	1.0594*** (0.2155)	1.6440*** (0.221)	1.5361*** (0.2231)	1.4593*** (0.1866)	1.4964*** (0.2291)
Hogar que decide cubrir los servicios de hospitalización/ cirugía	1.3021*** (0.2177)	1.3353*** (0.2035)	1.5580*** (0.2131)	1.6212*** (0.2122)	1.6019*** (0.2176)
Hogar que decide cubrir los servicios en análisis/rayos X	2.1846*** (0.1823)	2.0165*** (0.1821)	2.3680*** (0.1877)	2.4169*** (0.1800)	2.1629*** (0.1875)
Hogar en área rural	0.9064*** (0.1691)	1.2582*** (0.1635)	1.3565*** (0.1747)	0.9775*** (0.1579)	0.9760*** (0.1715)
Constante	-5.7583*** (0.6303)	-5.8900*** (0.6254)	-5.7765*** (0.6243)	-7.0429*** (0.6094)	-6.0771*** (0.657)
Chi2	268.5	364.1	332.0	426.4	301.3
Pvalue (Chi2)	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Pseudo R ² (McKelvey & Zavoina)	0.2670	0.3493	0.3265	0.3462	0.3051
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0.1906	0.2280	0.2162	0.2329	0.2003
Hosmer-Lemeshow chi2(8)	7.4	11.1	8.4	6.5	2.8
Pvalue (H-L)	0.4990	0.1943	0.3943	0.5946	0.9475

Nota: Errores estándar en paréntesis, valores sombreados no significativos.

* Significativo al 10%, ** significativo al 5%, *** significativo al 1%.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH – INEI).

Elaboración propia.

Respecto a los factores que se asocian con el gasto catastrófico, se muestra la tabla 14 con los efectos marginales¹⁴ de cada uno de estos factores: edad y sexo del jefe de hogar, número de miembros en el hogar, hogar con algún miembro afectado por alguna enfermedad o accidente, hogar que decide cubrir medicamentos, hogar que decide cubrir los servicios de hospitalización/cirugía, hogar que decide cubrir los servicios en análisis/rayos X y hogar en área rural. Estas explican la probabilidad de que un hogar con presencia de adultos mayores afiliados al SIS incurra en gasto catastrófico en salud en el periodo de análisis; exceptuando el sexo del jefe de hogar (2017), y hogar con algún miembro afectado por alguna enfermedad o accidente (2017). Asimismo, en dicha tabla los efectos marginales respecto al gasto catastrófico en salud se interpretan en puntos porcentuales (p.p.).

En relación al jefe de hogar, un año más de vida de este, incrementa la probabilidad de que el hogar incurra en gasto catastrófico (88.5 p.p. para el 2019). Asimismo, la probabilidad incrementa cuando el hogar presenta una jefatura masculina, dicho efecto marginal es de 2.3 p.p. en 2019, valor por encima de los años de análisis precedentes.

De otro lado, un miembro adicional en el hogar reduce la probabilidad de realizar gasto catastrófico; esto quiere decir que, ante más miembros en el hogar, menor será la probabilidad de realizar gasto catastrófico. Respecto a si un hogar cuenta con un miembro afectado por alguna enfermedad o accidente, implica un incremento en la probabilidad de realizar gasto catastrófico (1.5 p.p. para el 2019) que aquellos que no cuentan con un miembro afectado.

Similar situación se observa cuando los miembros del hogar deciden adquirir servicios de salud (medicamentos, servicios de hospitalización/ cirugía y servicios en análisis/rayos X) en otros establecimientos. Cabe resaltar que, cuando los hogares deciden incurrir en estos gastos, no necesariamente se realiza gasto catastrófico, pues el gasto que realicen en salud debe sobrepasar el 30% de su capacidad de pago. Al respecto, el presente análisis evidencia que, si un hogar decide incurrir en estos gastos, la probabilidad de realizar gasto catastrófico se incrementa.

Finalmente, si un hogar pertenece al área rural Respecto a la ubicación geográfica del hogar, se observa que existe una relación directa entre este y el gasto catastrófico, lo que muestra que, si un hogar se encuentra ubicado en el área rural, la probabilidad de realizar gasto catastrófico incrementa en 3.1 pp, para el 2019.

¹⁴ Según Cameron & Trivedi (2009), los coeficientes del modelo logístico no se interpretan de manera directa, por lo que se presentan los efectos marginales para cada una de los factores asociados considerados en el modelo logit.

Tabla 14. Efectos marginales de los determinantes de la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en salud

Factores asociados	2015		2016		2017		2018		2019	
	Efectos marginales (%)	Pvalue	Efectos marginales (%)	Pvalue	Efectos marginales (%)	Pvalue	Efectos marginales (%)	Pvalue	Efectos marginales (%)	Pvalue
Edad del jefe de hogar ^{a/}	114.6**	0.0140	99.6**	0.0330	90.3*	0.0510	230.7***	0.0000	88.5*	0.0790
Sexo del jefe de hogar (hombre)	2.1***	0.0000	1.5**	0.0220	0.4	0.5610	1.2*	0.0520	2.3***	0.0000
Miembros del hogar ^{a/}	-85.5***	0.0000	-121.7***	0.0000	-100.4***	0.0000	-107.4***	0.0000	-104.9***	0.0000
Hogar con algún miembro afectado por alguna enfermedad o accidente	3.1***	0.0000	2.8***	0.0000	0.5	0.5470	2.3***	0.0020	1.5**	0.0340
Hogar que decide cubrir medicamentos	4.4***	0.0000	6.5***	0.0000	5.7***	0.0000	5.6***	0.0000	4.7***	0.0000
Hogar que decide cubrir los servicios de hospitalización/ cirugía	5.4***	0.0000	5.2***	0.0000	5.8***	0.0000	6.3***	0.0000	5.1***	0.0000
Hogar que decide cubrir los servicios en análisis/rayos X	9.0***	0.0000	7.9***	0.0000	8.8***	0.0000	9.3***	0.0000	6.9***	0.0000
Hogar en área rural	3.7***	0.0000	4.9***	0.0000	5.0***	0.0000	3.8***	0.0000	3.1***	0.0000

Nota 1: a/ Efecto marginal ante un cambio de variables continuas.

Nota 2: * Significativo al 10%, ** significativo al 5%, *** significativo al 1%.

Elaboración propia (a partir de la ENAHO 2015 – 2019, INEI).

2. Análisis de resultados cualitativos

En este apartado analizaremos los factores no observables que influyen en el gasto catastrófico de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS, para lo cual se ha desarrollado un análisis en función de las entrevistas realizadas a académicos, especialistas y adultos mayores, los cuales se detallan a continuación:

2.1. SIS como instrumento para el aseguramiento universal

Los entrevistados entre académicos y especialistas en su mayoría coinciden en indicar la importancia del Seguro Integral de Salud en el marco del Aseguramiento Universal, no obstante, los entrevistados también refieren los problemas de fondo que presentan desde su concepción, tal como lo manifiestan a continuación:

- "La medida o política que más ha contribuido a aumentar la cobertura y el acceso a los servicios ha sido el SIS, (...) es una herramienta muy importante para el aseguramiento universal" (Ex Viceministra de Prestaciones y Aseguramiento en Salud).
- "El aseguramiento como estrategia para lograr protección financiera en salud, y por lo tanto cobertura universal en salud, es una buena estrategia" (Especialista en temas de reforma sanitaria y políticas de salud y nutrición).
- "La idea del seguro integral de salud como parte del aseguramiento universal me parece buena, sin embargo, tiene bastantes limitaciones en su implementación, y, por ende, tiene mucho camino que recorrer para poder ser una cobertura efectiva de aseguramiento" (Especialista en economía de la salud).
- "Es un instrumento fundamental, sin embargo, no tiene el financiamiento suficiente para cumplir el rol que tiene que es justamente reducir el gasto de bolsillo" (Ex Ministro de Salud).
- "El SIS me parece que tiene que ser rediseñado completamente para poder convertirse realmente en un instrumento que corresponda a un asegurador público" (ex Jefe del SIS).
- "El SIS sigue siendo una promesa para brindar una cobertura de protección a las personas, ya que no logra cuajar completamente dentro de su potencial, debido a que todo ha quedado en suspenso por la estructura financiera que tiene el SIS, porque fundamentalmente financia gastos variables, y solamente está financiando medicamentos e insumos." (Representante APEPS).

Lo cual nos indica que la implementación del SIS ha sido positiva como contribución al aseguramiento universal, pero que requiere de cambios estructurales para lograr la cobertura efectiva de sus afiliados.

2.2. Limitaciones del SIS

El derecho a la salud de los afiliados se ha visto afectada por las siguientes razones manifestadas por los entrevistados:

2.2.1. Administración de los servicios de salud

Los afiliados presentan problemas para conseguir una cita, entrega de medicamentos, insumos, entre otros; es decir, tener un adecuado acceso al servicio de salud. Lo cual está relacionada de alguna manera a la capacidad de administración de los servicios de salud, que no depende del SIS, tal como lo señala la Especialista en economía de la salud:

- “En el caso de los gobiernos regionales, si no cuentan con las capacidades adecuadas pueden generar un problema en el acceso y en la calidad de los servicios de salud”.

Los problemas de gestión que se presentan son responsabilidad del MINSA (establecimientos de salud), y de los Gobiernos Regionales (Direcciones de Salud son responsabilidad), por no contar con personal adecuado para estas direcciones que son estratégicas para lograr el aseguramiento universal, y ello puede deberse a lo siguiente:

- No hay una disposición para que todos los establecimientos de salud, así como las Direcciones de Salud sean dirigidos por Gerentes Públicos, que permitan dar continuidad a las diferentes estrategias planteadas, para que funcione correctamente su establecimiento. Sin embargo, nos encontramos con una ley de descentralización que no establece un perfil mínimo para la Direcciones Regionales en Salud o las Direcciones de Salud de Lima. (Ex Viceministra de Prestaciones y Aseguramiento en Salud),
- En esa línea, también tenemos una brecha no solo del número de recursos humanos, sino del número de recursos humanos debidamente competentes para gerenciar (Especialista en salud).

Ello explicaría porque el desabastecimiento de medicinas en el establecimiento de salud, la falta de atención, entre otros, que, al no ser oportuna, genera un gasto de bolsillo del afiliado, al optar por una atención privada, compra de medicamentos en farmacias y/o boticas, y/o simplemente no atenderse.

2.2.2. Financiamiento y mecanismos de pago

Los entrevistados han señalado en general que el Seguro Integral de Salud si bien transfiere recursos a los establecimientos de salud, hospitales, a las redes integrales y a los gobiernos regionales, el presupuesto destinado al SIS es insuficiente.

- “Nunca se le dio el presupuesto al SIS para funcionar como asegurador, desde el punto de vista de comprar servicios de salud para sus beneficiarios, debido a que el SIS debería poder pagarlo todo para poder generar incentivos a través de diferentes mecanismos de pago además de contar con un adecuado sistema de pago para poder lograr los objetivos de salud del asegurado” (Especialista en economía de la salud).
- El SIS no cuenta con los recursos necesarios para financiar su negocio, además que está muy mal distribuido los recursos a quienes van; ya que, el presupuesto que se destina a hospitales es mucho más alto de lo que va a atención primaria de salud (Especialista en temas de reforma sanitaria y políticas de salud y nutrición).

Asimismo, los entrevistados manifestaron la falta de reglamentación a la ley N°29761 del financiamiento del régimen subsidiado del SIS, así como las restricciones que tiene:

- La ley de financiamiento indica que el SIS debería recibir una cápita por asegurado, desgraciadamente eso nunca se ha hecho efectivo y el SIS recibe un presupuesto, no recibe una cápita. (Ex Viceministra de Prestaciones y Aseguramiento en Salud).
- La ley de financiamiento del aseguramiento público que se aprobó en Julio del 2011, se está aplicando solo parcialmente, porque uno de los aspectos que no se está aplicando es cómo se estima el financiamiento del aseguramiento. La ley lo que establece es que haga un financiamiento similar al de ESSALUD; en el sentido de que, hay que determinar cuántos asegurados hay y cuánto sería el per cápita que el estado pone y le entrega el SIS para que pueda financiar, o sea para que pueda ser un verdadero seguro (Ex Ministro de Salud).

Por otro lado, asignar presupuesto al SIS a través de presupuesto por resultados para la compra de servicios de salud, no permite gestionar adecuadamente los recursos, tal como lo indican los entrevistados:

- Las ejecuciones del presupuesto de las categorías correspondiente a los presupuestos por resultados se ejecutan al 100%, mientras que otras asignaciones presupuestales no se ejecutan completamente, por lo que "es una forma [...] ineficiente de transferir recursos a una aseguradora pública" (Ex jefa del Seguro Integral de Salud).
- Se ha distorsionado el concepto de salud y la integralidad de la atención, la salud se ha fraccionado para poder manejar un presupuesto por resultados que en la actualidad ya no tiene sentido porque se está dividiendo a una persona por tipo de enfermedades (Especialista en temas de reforma sanitaria y políticas de salud y nutrición).

2.2.3. Gasto de bolsillo de los afiliados al SIS

Los afiliados a pesar de contar con el Seguro Integral de Salud en los establecimientos de salud, centro de salud y/u hospitales no han encontrado la medicina y/o insumos para tratar el malestar y/o la enfermedad, por lo que estos han tenido que realizar gasto de bolsillo en salud, tal como lo manifiestan los entrevistados (adultos mayores) lo siguientes:

- “Cuando el SIS no ha cubierto alguna medicina, mi familia lo ha comprado de manera particular” (afiliado de Bellavista, 82 años).
- “Cuando no hay el medicamento hay que comprarlo afuera. Una caja de tamsusolina que es para la próstata cuesta 45 soles. El afiliado requiere una caja mensual. (afiliado de Puente Piedra, 62 años).
- Los medicamentos que no se encuentran dentro del establecimiento, se compran afuera. El afiliado requiere tomar de por vida una medicina para la hemorragia cerebral, el cual cuesta un aproximado de 75 soles dura un mes. Asimismo, refiere que el hospital lo único que le entrega son medicinas para el dolor, las cuales son naproxeno, paracetamol, ibuprofeno y captopril.

Asimismo, los gastos de bolsillo de los afiliados están relacionados con el procedimiento, insumos y/o análisis

- “Los gastos catastróficos son por procedimientos o análisis ya que las citas dentro del hospital demoran más de la cuenta, y eso depende de no tener personal o insumos suficientes y también depende del presupuesto “(ex jefa del SIS).

Es importante resaltar que los afiliados a pesar de que tienen el derecho de recibir medicamentos, procedimiento, insumos y/o análisis (establecidos en el PEAS), la premura por atender a sus familiares (adultos mayores) genera que realicen gasto de bolsillo, tal como lo señala el siguiente especialista:

- El asegurado está dispuesto a realizar gasto de bolsillo, los afiliados no exigen con el seguro de salud, es como que te hacen un favor, ya me atendió el doctor gratis, no me cobró, me va a hacer el procedimiento gratis, entonces costearé los medicamentos; para ello realizan actividades para financiarlos, "esto es un uso de costumbre natural ... lo que falta es que el SIS pueda empoderar al asegurado" para que pueda exigir su derecho como afiliado (Ex jefe del Seguro Integral de Salud).

2.3. Cambios en el SIS para evitar que los adultos mayores o sus familiares incurran en gasto catastrófico

Se les consulto a los especialistas y académicos sobre los cambios estructurales que debería tener el SIS para lograr el acceso a la cobertura universal; sin embargo, para que ello se logre depende del MINSA, dado que tiene la rectoría sobre el aseguramiento. En ese sentido, los entrevistados coincidieron en manifestar que existen problemas institucionales, indicando lo siguiente:

- “Tenemos un serio problema con el tema de la rectoría, existe una debilidad institucional muy fuerte en salud, se ha quedado como un prestador simple, sin capacidad de formular estrategias, de anticiparse, de diseñar planes a mediano y largo plazo (Especialista en temas de reforma sanitaria y políticas de salud y nutrición).
- “Hay un tema bien grave en la rectoría en el Perú desde el punto de vista del Ministerio, ya que, el MINSA no debería administrar ni financiar directamente los establecimientos de salud” (Especialista en economía de la salud).
- “En los últimos años, la visión de salud pública del MINSA ha desaparecido” (Jefe del SIS).

2.4. Estrategias para mitigar el gasto de bolsillo de los afiliados

Los entrevistados han manifestado un problema en particular que se perciben regularmente los afiliados, la falta de medicamentos que no es proporcionado por los centros de salud, establecimientos de salud y/u hospitales, ante ello han indicado posibles estrategias de mejora a considerarse y/o reforzarse.

- Para evitar el gasto de bolsillo de los afiliados se debe “establecer una colaboración público privada para la gestión de medicamentos; es decir, hacer una asociación justamente para la dotación de medicamentos en toda la red sanitaria del país sea pública o sea privada”, de esa manera el SIS estaría cubriendo al afiliado (Especialista en Salud).
- Se debe mejorar el abastecimiento de medicamentos, para ello, es necesario mejorar la planificación, la cual depende de los hospitales y establecimientos de salud de Lima Metropolitana y de los gobiernos regionales (Ex Viceministra de Prestaciones y Aseguramiento en Salud).

Capítulo VI: Propuestas de mejoras para una mayor cobertura y protección financiera a los adultos mayores afiliados al SIS

Los resultados al 2019 permitieron identificar la existencia de una brecha de la cobertura del seguro de salud de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS; además, de la existencia de un porcentaje de esta población que no cuenta con algún tipo de seguro (según lo respondido por las personas en la ENAHO), ello a pesar de los esfuerzos del Estado para afiliar a toda la población en el territorio nacional, debiéndose realizar los mecanismos necesarios para poder llegar a esta población que no está siendo cubierta por el sistema de salud.

Es importante resaltar que, existen hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gastos de bolsillo en salud superiores al 30% de su capacidad de pago, lo que convierte a dichos hogares en tomadores de decisiones respecto a financiar el gasto de bolsillo o dirigir dichos gastos en otras categorías de consumo. Al respecto, si un hogar toma la decisión de incurrir en dichos gastos de salud, la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico se incrementa. Además, se identificó que el gasto catastrófico en salud no discrimina por condición de pobreza, ya que dicha situación puede estar presente en hogares pobres o no pobres.

El Estado debe velar por el acceso a servicios de salud de calidad que disminuya el gasto de bolsillo y catastrófico en salud de los hogares, sobre todo en aquellos donde haya presencia de población adulta mayor. Además, que según el Eje 5 de la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social¹⁵, la protección del Adulto Mayor tiene 3 prioridades: i) brindar seguridad económica a los adultos mayores para que cubran sus necesidades básicas, ii) acceso a servicios de salud de calidad, y iii) promoción de redes locales de apoyo social, emocional y afectivo para el adulto mayor; con la finalidad de incrementar el bienestar y protección social de la PAM.

Se propone mejoras relacionadas al SIS, alineadas con la Política de Desarrollo e Inclusión Social, específicamente en los puntos i y ii, los cuales permitirán contribuir a la mejora del bienestar de este grupo poblacional.

¹⁵ La Estrategia Nacional para el Desarrollo y la Inclusión Social “Incluir para Crecer” (ENDIS) constituye la materialización de la política de inclusión social a través de procesos e instrumentos concretos y efectivos para el logro de resultados sobre la población, en particular aquella que aún no ha logrado beneficiarse del crecimiento que ha experimentado el país en los últimos años. MIDIS (2014).

1. Asignación de presupuesto por grupos etarios

Los adultos mayores afrontan cambios físicos y psicológicos propios de la edad, sumado a otras enfermedades como: i) enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, demencia senil; ii) enfermedades degenerativas, como la artrosis y artritis reumatoide; y iii) enfermedades oculares. De acuerdo con el MINSA (2005) estas afectan a la mayoría de los adultos mayores. A diferencia de otros grupos etarios como los adolescentes de 12 a 17 años de edad y jóvenes de 18 a 29 años de edad, quienes presentan problemas de salud ligados a: i) infecciones de las vías respiratorias superiores, y ii) problemas dentales y de la cavidad oral; según el MINSA (2017).

Debido a esta caracterización de enfermedades, se da a conocer la importancia de financiar los servicios de salud por grupos etarios. En ese sentido, se propone realizar un cálculo del gasto de salud por grupo etario que permita estimar el costo de las intervenciones médicas consumidas, considerando que el PEAS cubre más de 100 condiciones asegurables. Por lo cual, el cápita por grupo de edades permitirá distribuir de manera eficiente los recursos.

2. Telemedicina

Con el objetivo de brindar atención a los adultos mayores se ha propuesto la compra del servicio de telemedicina al sector privado, el cual permitirá el diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento de enfermedades de adultos mayores, lo cual es un medio que beneficiará a las familias que tienen problemas para acceder a un establecimiento de salud debido a la falta de oferta de servicios de salud, medios económicos para el transporte (movilidad), problemas para trasladar a un adulto mayor, entre otros.

Esta herramienta permitirá optimizar el uso de los recursos públicos, ya que cada Red Integrada asociada al MINSA o cada Dirección Regional de Salud a cargo del Gobierno Regional de Salud deberá realizar una contratación con una empresa especializada con experiencia en dicho rubro. Para ello, se deberá establecer un mecanismo para la compra de este tipo de servicios de salud que permitan generar incentivos al sector privado para intervenir en este tipo de propuesta.

El beneficio de la implementación de la presente alternativa generará menos concentración de afiliados adultos mayores en los Centros de Salud, Establecimientos de Salud y Hospitales, ya que se brindará asistencia de salud vía remota, lo cual permitirá priorizar atención de casos complejos de manera presencial, evitando el colapso de los servicios públicos como hospitales.

3. Farmacia

Con el objetivo de que los afiliados puedan acceder a medicamentos, se plantea utilizar el mecanismo de farmacias inclusivas cuyo Decreto Legislativo N°1165 fue aprobado en diciembre de 2013, el cual busca que se entregue medicamentos a través de farmacias o boticas privadas, donde el MINSA aprobaría la relación de medicamentos que serían entregados bajo esta modalidad.

Asimismo, este mecanismo inicialmente estaría enfocado en las zonas urbano – marginales con población asegurada que haya sido diagnosticada con hipertensión arterial y diabetes mellitus. El mecanismo de contratación de farmacias o boticas privadas se realizaría a través de un procedimiento especial de contratación.

Para implementar este tipo de intervención el MINSA debe realizar mejoras al mecanismo de pago de servicios, señalados dicho decreto, con el fin de incentivar al sector privado de participar de esta iniciativa, lo cual reducirá el gasto de bolsillo en salud por parte de los afiliados que no encuentren medicamentos para el tratamiento de su enfermedad. Esta intervención deberá enfocarse en principio en adultos mayores a manera de piloto, y luego ampliarse a otros grupos etarios y/o a enfermedades con mayor prevalencia.

4. Esfuerzo interinstitucional e intergubernamental para la PAM

De forma complementaria, se debe de continuar y fortalecer los programas interinstitucionales e intergubernamentales que brinden servicios de prevención y protección a la población adulto mayor:

- Los Gobiernos Locales a través de los Centros Integrales de Atención del Adulto Mayor deben coordinar con los centros y/o establecimientos de salud de la jurisdicción para realizar campañas de salud de prevención de enfermedades de los adultos mayores.
- Fortalecer la Red Amachay¹⁶ para prevención y seguimiento de enfermedades del adulto mayor con alto riesgo. Cabe precisar que inicialmente fue creada en el marco de la emergencia por COVID -19; por lo que, se podría ampliar la intervención en el marco del aseguramiento universal. Asimismo, es importante destacar que, esta red, si bien cuenta con un registro de personas beneficiarias, la ciudadanía puede solicitar el ingreso a la red previa validación, con lo cual se pueden identificar población adulto mayor que no esté afiliada SIS.

¹⁶ Programa del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (<https://www.gob.pe/11124-red-de-soporte-para-el-adulto-mayor-con-alto-riesgo-y-la-persona-con-discapacidad-severa-red-amachay>).

La implementación de lo señalado va a requerir de una discusión política y técnica por parte del MINSA para generar cambios estructurales que aseguren la cobertura efectiva en salud de los afiliados a través de normativas que influyan en el gasto de bolsillo de sus afiliados; asimismo, será necesario reforzar las políticas de salud a nivel descentralizado para mejorar la prestación de los servicios de salud.

Lo manifestado también requerirá otorgarle mayor presupuesto al SIS, lo cual es necesario para incrementar la protección financiera de los asegurados.

5. Campañas de empoderamiento al afiliado

Se considera necesario realizar campañas informativas sobre: 1) los derechos que tienen los afiliados, 2) uso del aplicativo del SIS, y 3) uso de otros medios de comunicación con el SIS, para que los afiliados conozcan los beneficios y derechos de su afiliación; todo ello con la finalidad de que puedan acceder a servicios de salud de calidad.

Capítulo VII: Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

- Entre el 2015 y 2019, existe presencia de adultos mayores que no cuentan con ningún seguro de salud, a pesar de los esfuerzos del SIS para incrementar la cobertura de los asegurados.
- Al 2019, 75.7% de hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS realizaron gasto de bolsillo en salud. De estos, el 3.4% superan el 30% de su capacidad de pago, lo que significa que estos hogares realizaron gasto catastrófico de salud, situación que vulnera la calidad de vida.
- El gasto catastrófico en salud entre el 2015 y 2018 se ha mantenido estable. En promedio, 4.35% de hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto de bolsillo en salud incurrieron en gasto catastrófico; mientras que para el 2019, este valor fue de 3.4%.
- Para el 2019, del total de hogares que realizan gastos catastróficos en salud, 84.9% son hogares no pobres, mientras que el 15.1% son pobres. Esta situación muestra una problemática universal.
- Los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto de bolsillo y catastrófico, efectúan desembolsos monetarios para financiar principalmente medicinas, lo que limita su derecho al acceso a la salud.
- Según la estimación del modelo, se identificaron relaciones significativas entre los factores asociados y la probabilidad de realizar gasto catastrófico en salud por parte de los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS, situación que evidencia falta de protección financiera por parte del Seguro Integral de Salud.
- Se evidencia que existen diferencias significativas en el promedio de gastos de bolsillo entre hogares del área urbana y rural con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto catastrófico, siendo los primeros los que realizan mayor gasto de bolsillo en salud.
- Los hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que deciden realizar gastos en medicamentos, no necesariamente incurren en gasto catastrófico, ya que esto se da cuando dicho gasto supera el 30% de su capacidad de pago. En ese sentido, esta investigación ha encontrado que, en el periodo de análisis, la decisión de adquirir medicamentos en otros

establecimientos (no MINSA) incrementó la probabilidad de realizar gasto catastrófico en salud, siendo este incremento de 5.4 p.p. (promedio del periodo de análisis).

- El SIS a pesar de ser un instrumento importante para la cobertura universal de aseguramiento, no ha logrado definir los costos reales para la atención de los afiliados, situación que limita llegar a optimizar un presupuesto real que atienda a los afiliados.

2. Recomendaciones

- Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud para generar normativas y su supervisión, que mejoren la cobertura de los afiliados del SIS brindando la protección financiera que requieren los adultos mayores.
- En función de la identificación de grupos de riesgo, como los adultos mayores, debe establecerse mecanismos necesarios en el SIS para que se financien completamente los servicios de este grupo etario.
- Implementar el servicio de telemedicina para que los afiliados que pertenecen a la población vulnerable accedan a este servicio, en especial para aquellos hogares que realizan gasto catastrófico en salud; además que sirva como ventana de comunicación entre el afiliado y el centro de salud.
- Fortalecimiento de SUSALUD para que pueda fiscalizar a los establecimientos de salud, con la finalidad de que los afiliados cuenten con la protección financiera del SIS. Además de incrementar su presupuesto para mejorar las acciones de fiscalización en favor de los derechos a la salud de los usuarios.
- Realizar un estudio sobre el acceso a medicamentos por parte de los afiliados del SIS con la finalidad de mejorar el abastecimiento en las diferentes redes de Salud, a través de normativas que garanticen el derecho al acceso en salud a las personas.
- Si bien el SIS no administra las redes de salud del MINSA y de los gobiernos regionales, el MINSA debe mejorar los mecanismos de pago que son aplicados por el SIS, para cubrir los servicios que brindan los establecimientos de salud así no limitar el acceso a estos servicios por parte de los afiliados.

Bibliografía

- Akram , H. (2015). Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro Integral de Salud. *Revista de Estudios de Políticas Públicas*, 213-225.
- Akram Hernández-Vásquez, R. V.-F.-Q.-Q. (2020). *Revista Biomédica. Análisis del gasto de bolsillo en medicamentos e insumos en Perú en 2007 y 2016*. Obtenido de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/7833.act>
- Alvis-Zakzuk, J., Marrugo-Arnedo, C., Alvis-Zakzuk, N., Gómez de la Rosa, F., Florez-Tanus, Á., Moreno-Ruiz , D., & Alvis-Guzmán, N. (2018). Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Salud Pública*, 591 - 598. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n5.61403>
- Alwang, J., Siegel, P., & Jorgensen, S. (2001). Vulnerability: a view from different disciplines. *Social Protection Discussion Paper Series, Banco Mundial Washington*.
- Arteaga, G., Geovany, Y. C., & Centeno, V. L. (2017). *Determinantes del Gasto de Bolsillo en Salud en Nicaragua utilizando la Encuesta de Hogares sobre Medición del Nivel de Vida 2009*.
- Banco Mundial. (2021). *Financiamiento para la cobertura universal de salud en el Perú después de la COVID-19*. Washington.
- Barrantes, R. (2018). *Vulnerabilidad financiera en salud: gasto catastrófico en los hogares peruanos*.
- Briceño, R. y. (2017). Incidencia del gasto catastrófico en salud de los hogares costarricenses 2004 y 2013. *Población y Salud en Mesoamérica*, 79-92. doi:<https://doi.org/10.15517/psm.v15i1.29595>
- Cameron, A., & Trivedi, P. (2009). *Microeconometrics Using Stata*. Texas: Stata Press.
- CEPAL. (2017). *Protección social en América Latina*.
- Cid Pedraza, C., & Prieto Todelo, L. (2013). *istematización de las Metodolgías de Medición del Gasto de Bolsillo en Salud y Propuesta Metodológica para Chile*. Ministerio de Salud de Chile, Santiago. Obtenido de http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/Medicion_-Gasto_-Bolsillo_corregida.pdf
- Clark, W. A. (1986). *Statistical Methods for Geographers*. New York: Wiley.
- COMEX Perú. (2019). *Informe de calidad del gasto público en salud*. Obtenido de <https://www.comexperu.org.pe/upload/articulos/reportes/informe-calidad-001.pdf>
- Diaz, J. J., & Valdivia, M. (2012). *The Vulnerability of the Uninsured*. Obtenido de http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/MV_JJD_Financinghealth.pdf
- Dieleman, D. J. (2019). Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *The Lancet*. Obtenido de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2930841-4>
- Guerrero, N., & Yépez, M. C. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*.

- Gujarati, D. & Porter, D. C. (2010). *Econometría*.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México D.F.
- Hernández, A. (2015). Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro Integral de Salud. *Revista de Estudios de Políticas Públicas*, 213-225.
- Hernández, A., Rojas, C., Santero, M., Prado, F. J., & Rosselli, D. (2018). Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de vida y pobreza 2017. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: Editorial Mc Graw Hill Education.
- Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., Magallanes-Quevedo, L., & Bendezu-Quispe, G. (2020). Análisis del gasto de bolsillo en medicamentos e insumos en Perú en 2007 y 2016. *Medwave*. doi:10.5867/medwave.2020.02.7833
- Hosmer, D. J., & Lemeshow, S. (1980). Goodness-of-fit tests for the multiple logistic regression model. *Communications in Statistics: Theory and Methods* 9, 1043-1069.
- Hox, J. (2010). *Multilevel analysis. Techniques and Applications*. New York, NY: Routledge.
- INEI. (2014). *Encuesta nacional de satisfacción de usuarios del aseguramiento universal en salud 2014*. Lima. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1192/
- INEI. (2018). *Crecimiento y distribución de la población, 2017*.
- INEI. (2019). *Perú: estimaciones y proyecciones de la población nacional 1950-2070*. Lima.
- International Labour Organization. (2008). *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care*. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsoc_5956.pdf
- Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., & Méndez, O. (2011). Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Suplemento 2. Atlas de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe*, 85-95. Obtenido de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5031>
- Lavilla Ruiz, H. (2012). *Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud. Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009*.
- Lozada, M. (2010). Riesgo de familias peruanas en incurrir en gasto catastrófico en salud. Obtenido de <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/handle/123456789/1513?locale-attribute=en>
- Maddala, G. S. (1983). *Limited-Dependent and Qualitative Variables in Econometrics*. Reino Unido: Cambridge University Press.
- McKelvey, R., & Zavoina, W. (1975). A statistical model for the analysis of ordinal level dependent variables. *Journal of Mathematical Sociology*, 103-20.

- Mendoza-Arana, P. J., Rivera-Del Río, G., Gutiérrez-Villafuerte, C., & Sanabria-Montáñez, C. (2018). El proceso de reforma del sector salud en Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*. doi:10.26633/RPSP.2018.74
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). (2014). *Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social*. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/9698-003-2016-midis>
- Ministerio de Salud (MINSA). (2005). *Nota de Prensa*. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/44338-enfermedades-cronicas-degenerativas-y-oculares-afectan-al-adulto-mayor>
- Ministerio de Salud (MINSA). (2017). Documento técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSA). (2021). *Cuentas de Salud: Perú 2002 - 2019*. Lima.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2014). *Hacia la cobertura universal en salud*. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3398.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSA). (2015). *Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995 - 2012*.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2021). *Gasto de bolsillo en salud y medicamentos. Periodo 2012 - 2019* (1 ed.). Lima.
- Miranda, E. (1994). *Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina. Problemas y propuestas de solución*.
- Montañez, V. (2017). *Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú*. Madrid.
- Mundial, B. (2001). Informe sobre el desarrollo mundial 2000-01: La lucha contra la pobreza.
- OCDE. (2020). *Panorama de la salud: Latinoamérica y El Caribe 2020* (OECD Publishing ed.). Paris. doi:<https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- OMS. (2000). Informe sobre la salud en el mundo: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>
- OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>
- OMS. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Resolución CD53.R14. Obtenido de <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/04/Estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud.pdf>
- OMS. (2019). *Cuentas en Salud*.
- OMS. (2019). Los países están gastando más en salud, pero las personas siguen pagando demasiado de sus bolsillos. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>
- OMS. (2019). Los países están gastando más en salud, pero las personas siguen pagando demasiado de sus bolsillos. pág. 1. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/20->

02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets

- OMS. (2020). *World Health Statistics 2020: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Recuperado el 27 de mayo de 2020, de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf?ua=1>
- OMS. (2021). *Cobertura sanitaria universal*. Recuperado el 09 de 09 de 2021, de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- OMS. (s.f.). *Health financing*. Recuperado el 23 de junio de 2020, de Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure: https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/
- OPS. (2014). *Resolución CD53.R14: Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Washington: DC: 53° Consejo Directivo. 66° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.
- OPS. (s.f.). *Cobertura Universal de Salud*. Recuperado el 09 de 09 de 2021, de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9748:cobertura-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=40690&lang=es
- OPS. (s.f.). *Equidad en Salud*. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es
- OPS/OMS. (2015). *Cuentas Nacionales de Salud (1995-2012)*.
- OMS. (2021). *Cobertura sanitaria universal*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Pedraza, C. & Prieto, L. (2012). El gasto de bolsillo en Salud: El caso de Chile, 1997 y 2007.
- Pérez Valbuena, G., & Silva Ureña, A. (2015). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia.
- Perticara, M. (2008). Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Santiago de Chile.
- Petrera Pavone, M., & Jiménez Sanchez, E. (2018). Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42,1-7. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20>
- Petrera, M. (2009). Algunas reflexiones en torno a las cuentas nacionales de salud del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*.
- Ponce de León, Z. (2021). Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19. *Documento de política pública*.
- Ramírez, M. C. (2002). El gasto en salud de los hogares colombianos: un análisis descriptivo.
- Sánchez, M. P. (2014). Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú 2010-2014.
- Seguro Integral de Salud (SIS) (2020). *Seguro Integral de Salud*. Obtenido de Plataforma digital única del Estado Peruano: <https://www.gob.pe/130-seguro-integral-de-salud-sis>

- Sequeira-Benavides, E., Xirinachs-Salazar, J., & Vargas, J. R. (2022). Gasto catastrófico en salud de los hogares costarricenses en presencia de adultos mayores. *Logos*, 3(2).
- Seguro Integral de Salud (SIS). (2020). *Memoria Anual 2020*. Obtenido de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1973096/ANEXO%20RJ%20077-2021-SIS%20Memoria%20Anual%202020.pdf.pdf>
- Torres, A. C., & Knaul, D. M. (2003). *Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México, 1992-2000*.
- Unidas, N. (s.f.). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Edición ilustrada - 2015.
- Velásquez, A. (2016). Salud en el Perú: hacia la cobertura universal y una respuesta efectiva frente a riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300001
- Wagstaf, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/316-326/es>
- Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (2003). *Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98*.
- WHO. (2005). Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. *Technical Briefs for policy-makers(2)*. Obtenido de https://www.who.int/health_financing/pb_2.pdf
- WHO. (2018). *Global Report: Public Spending on Health: A closer Look at Global Trends*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>
- Wong R, K.-O. (2009). *Health Financing Social Protection in Latin America and the Caribbean*.
- Xu, D. B. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multiountry analysis,. *The Lancet*.
- Xu, K. (2005). *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85626>
- Ypanaque-Luto, P., & Martins, M. (2015). Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(3), 32. Recuperado el 26 de 05 de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300008&lng=es&tlng=es

Anexo 1

1.1. Capacidad de pago

La capacidad de pago se define como los ingresos efectivos del hogar que se encuentran por encima del nivel de subsistencia, para ello se sigue la siguiente fórmula de cálculo:

- $CP = \text{gasto total (GT)} - \text{gasto de subsistencia (GS)}, GS \leq GA$
- $CP = \text{gasto total (GT)} - \text{gasto de alimentos (GA)}, GS > GA$

Siguiendo a Xu K. (2005) definimos el gasto de subsistencia (GS) como el gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico de un hogar, por lo que utilizaremos la línea de pobreza por los miembros del hogar como un proxy de gasto de subsistencia.

Gasto de subsistencia (GS) = (Miembros del hogar) x (línea de pobreza)

De otro lado, definiremos al gasto de alimentos (GA) como el gasto monetario realizado para compras de alimentos, no considerando la valorización del autoconsumo, pago en especie, donación pública, donación privada u otros gastos.

De otro lado el gasto total (GT), según la ENAHO, se refiere a todos los desembolsos monetarios que se realizaron al momento de la compra de bienes y servicios para el hogar.

1.2. Gasto de bolsillo

El gasto de bolsillo en salud son todos los desembolsos monetarios realizados por algún miembro del hogar para cubrir algún producto o servicio médico no cubierto por algún seguro de salud. Para estimar dicho valor se sigue la siguiente fórmula de gasto:

$$GBS = g_1 + g_2 + g_3 + \dots + g_{16}$$

Donde cada g_i es un gasto imputado, deflactado y de frecuencia mensual obtenido del módulo de salud de la ENAHO. Siendo las categorías de gastos los siguientes: Consultas, medicinas/insumos, análisis, rayos "X", otros exámenes, servicio dental, servicio oftalmológico, compra de lentes, vacunas, hospitalización, intervención quirúrgica, otros gastos (ortopedia, termómetro, etc.), control de salud de los niños, anticonceptivos, controles de embarazo y de parto.

1.3. Significancia individual de las variables explicativas

Para evaluar la significancia de las variables explicativas se toma como prueba estadística la significancia individual, la cual se contrasta con el estadístico T, siendo la hipótesis a evaluar la siguiente:

Ho: $\beta_i = 0$ (variable Xi no influye en la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico)

Ha: $\beta_i \neq 0$ (variable Xi sí influye en la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico)

Según los resultados de la tabla 13, se puede evidenciar que todas las variables explicativas del gasto catastrófico son significativas por lo menos al 10% en todos los años analizados, excepto por las variables: i) Sexo del jefe de hogar (2017), y ii) Hogar con algún miembro del afectado por alguna enfermedad o accidente (2017).

1.4. Significancia conjunta de las variables explicativas

Para la evaluación de la significancia conjunta de los parámetros, se contrasta con el estadístico de Chi2 de razón de verosimilitud (LR Chi2), siendo la hipótesis a evaluar la siguiente:

Ho: $\beta_0 = \beta_1 = \dots \beta_k = 0$

Ha: Algún β_i es distinto de cero

Según los resultados de la tabla 13, se evidencia que la probabilidad de obtener el estadístico de Chi2 es menor a un valor crítico del 5%, en todos los años donde se evalúa el modelo. Por lo que, al menos uno de los coeficientes es distinto de cero, siendo la variable correspondiente significativa y explicativa de la probabilidad en incurrir en gasto catastrófico.

Anexo 2

Consentimiento informado para participantes de investigación

Somos estudiantes de la Maestría de Gestión de Inversión Social de la Universidad del Pacífico. Nos encontramos realizando el trabajo de investigación sobre:

“Análisis de los principales determinantes del gasto catastrófico en salud de los hogares en situación de pobreza con adultos mayores afiliados al SIS”

El objetivo del presente trabajo es Identificar los principales determinantes del gasto catastrófico en salud de los hogares con adultos mayores afiliados al SIS del periodo 2015-2019.

En ese sentido, el propósito de esta entrevista es de proveer información transparente a la investigación, para proponer recomendaciones de mejoras en el SIS sobre la atención en el adulto mayor.

Cabe precisar que la presente investigación está siendo desarrollada por Copertino Quispe Ccama, y Cinthya Solange Cerdán Victoria, bajo la supervisión de Midori de Habich.

Si usted accede a participar del presente estudio, se le realizará una entrevista que tendrá una duración aproximada de 30 minutos. Sus respuestas a la entrevista serán grabadas y codificadas con un número de identificación, por lo que serán anónimas. Solo el grupo de investigadores tendrá acceso a los códigos.

El participante podrá realizar cualquier pregunta durante y después del estudio. En caso decida retirarse del estudio, no habrá ningún problema, ya que ello no lo perjudicará de ninguna manera. Asimismo, si considera que durante el desarrollo de la entrevista las preguntas son incómodas, podrá hacerlo saber a él o los investigadores.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, desarrollada por Copertino Quispe Ccama y Cinthya Solange Cerdán Victoria cuyo objetivo es Identificar los principales determinantes del gasto catastrófico en salud de los hogares con adultos mayores afiliados al SIS.

He leído y/o he oído las explicaciones del investigador sobre el consentimiento. Además, he tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente. Sé que no se hará uso de esta información con otro propósito diferente al estudio. En ese sentido, consiento voluntariamente participar en la presente investigación, y entiendo que puedo retirarme sin que ello me afecte. Es preciso indicar que se me entregará una copia de este documento.

Como constancia del consentimiento voluntario para participar en la investigación, firmo a continuación:

Nombre del participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Anexo 3

Guía de entrevista

Guía de entrevista para el prestador de servicio

I. DATOS GENERALES

Institución	
Nombre y apellido	
Cargo	
Años en el cargo	

II. AFILIACION AL SIS

1. ¿Cuáles son los problemas más comunes que presentan los adultos mayores para afiliarse al SIS?

2. Si una persona adulta mayor no cuenta con SIS, y se encuentra en situación de vulnerabilidad (entendida como persona en situación de abandono, persona con enfermedades complejas, persona en situación de pobreza extrema) ¿Cómo se procede para afiliarlo? ¿Cuánto puede demorar este trámite?

II. SOBRE LINEAMIENTO EN EL SIS

3. ¿Existen lineamientos para la devolución o reintegro de los gastos de salud realizados por los asegurados al SIS? ¿Cuánto demora en realizarse la devolución o integro? ¿Cuánto es el máximo que se puede cobertura?

4. ¿Qué mejoras o lineamientos propondría para evitar el gasto de bolsillo de los asegurados al SIS, especialmente los adultos mayores?

III. PROBLEMATICAS DEL SIS

5. ¿Cuáles son los cuellos de botella que identifica en el SIS, que llevan a incurrir en gasto de bolsillo de los asegurados del SIS?

IV. PRESUPUESTO DEL SIS

6. ¿Cómo se distribuye el presupuesto del SIS?

7. ¿Cómo se les asigna el presupuesto a los centros de salud, postas médicas, u hospitales?

8. ¿Considera Usted que el presupuesto asignado al SIS en los últimos ha sido el adecuado?
¿por qué?

9. Existe alguna forma de verificar las compras realizadas por el SIS a través de alguna plataforma, página web, aplicativo centro de salud u Hospital

IV. PROPUESTAS DE MEJORA

- 10.¿Cuál cree usted que son las estrategias que deben incorporarse en el SIS para evitar que los adultos mayores o sus familiares incurran en gasto catastrófico?

Guía de entrevista para académicos

A. DATOS GENERALES

Institución	
Nombre y apellido	
Cargo	
Años en el cargo	

B. PREGUNTAS

1. ¿Qué opina del SIS como instrumento para el aseguramiento universal?

2. ¿Considera Usted que el aseguramiento a través del SIS ha garantizado la protección financiera de sus afiliados? ¿Por qué?

3. Durante los últimos años, se ha visto un aumento del aseguramiento al SIS por parte de la población, sin embargo, la incidencia del gasto catastrófico aún se mantiene, ¿a qué cree se deba ello?

4. ¿Cuál cree usted que son las estrategias que deben incorporarse en el SIS para evitar que los adultos mayores o sus familiares incurran en gasto catastrófico?

5. ¿Existe experiencia internacional sobre seguros brindados por el Estado dirigidos y a la atención especializada en adultos mayores? ¿Podrían implementarse en el Perú?

6. ¿Considera usted que la fragmentación en el sistema de salud (MINSA y EsSalud) incrementa la probabilidad de incurrir en gasto de bolsillo por parte de los afiliados?

7. ¿Considera Usted que es necesario realizar una reforma al SIS? ¿Por qué?

Guía de entrevista para adultos mayores

1. DATOS GENERALES	
1.1. Nombres y apellidos	
1.2. Sexo	
1.3. Edad	
1.4. Fecha de la entrevista	

2. SOBRE LA COBERTURA DEL SERVICIO

1. ¿Cuánto tiempo de tiempo de afiliación tiene en el SIS? ¿Conoce la cobertura de su Seguro Integral de salud?

2. ¿Sufre o sufrió alguna enfermedad previa a la pandemia el COVID-19? ¿Respecto a dicha enfermedad, utilizó el SIS para atender su problema de salud o enfermedad? ¿Con qué frecuencia asistió al centro de salud para atender dicho problema de salud?

3. ¿Cuánto tiempo tardan en darle una cita para atenderlo? ¿Asistió a su cita médica, o prefirió atenderse de otra forma? ¿Cuáles son los inconvenientes de no asistir a su cita médica?

4. ¿Ha tenido que ser derivado o referenciado a otro hospital o centro de salud para su atención? ¿Siguió su tratamiento en el nuevo centro de salud?

3. GASTO DE BOLSILLO

5. ¿Ha realizado algún pago dentro del establecimiento? ¿Cuáles?

6. Respecto a la adquisición de medicamentos, ¿recibió todos los medicamentos recetados gratuitamente?, Si no recibió todos o parte de ellos, ¿Los adquirió en farmacia o botica, o no los compró? ¿Cuánto fue el costo de los medicamentos que usted asumió?

7. ¿El médico que lo atendió lo ha referido a un servicio privado? ¿a qué servicio? ¿se llegó a atender? ¿cuánto pago por el servicio aproximadamente?

8. ¿Quién y de qué manera solvento esos gastos? A través de su pensión ¿AFP, ONP, pensión 65, entre otros?

9. Durante las citas, suele ser acompañado por algún familiar de su hogar. Si responde sí, ¿está persona deja de laborar para acompañarlo?

4. ACCESIBILIDAD

10. ¿Cuánto tiempo demora en llegar desde su hogar hasta el centro de salud u hospital?

11. ¿Qué tipo de transporte usa para poder llegar hacia el centro de salud u hospital (A pie, Taxi, auto propio, bus, bicicleta, ¿otros)? ¿Si asiste en taxi o bus, Cuánto gasta en transporte para su atención? ¿Cuánto tiempo demora en el transporte?

5. MEJORAS SOBRE EL SERVICIO

12. ¿Ha presentado alguna queja o reclamo sobre la atención? ¿Por qué?

13. ¿Considera Ud. que debería haber mejoras en el servicio de salud? Especifique ¿Cuáles?

Anexo 4: Tablas estadísticas

A1. Hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto de bolsillo en salud por ámbito geográfico

Ámbito geográfico	Número de hogares					Dif	Dif
	2015	2016	2017	2018	2019	2015 - 19	2018 - 19
Total	353,819	353,443	405,509	438,720	435,792	81,973.0	-2,928.0
Área de residencia							
Urbana	144,312	128,567	164,740	198,615	199,708	55,396	1,093
Rural	209,507	224,876	240,769	240,105	236,084	26,577	-4,021
Región natural							
Costa	46,659	42,483	51,206	58,842	57,520	10,861	-1,322
Sierra	231,812	233,544	260,569	268,425	274,996	43,184	6,571
Selva	39,811	46,300	54,188	63,777	52,701	12,890	-11,076
Lima Metropolitana	35,536	31,117	39,546	47,676	50,575	15,039	2,899

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG – INEI)
Elaboración propia

A2. Hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto de bolsillo en salud por departamento

Departamento	Número de hogares
Amazonas	7,725
Áncash	10,973
Apurímac	14,490
Arequipa	14,198
Ayacucho	23,412
Cajamarca	38,801
Lima Metropolitana	50,575
Cusco	36,402
Huancavelica	30,816
Huánuco	16,681
Ica	227
Junín	24,331
La Libertad	21,652
Lambayeque	7,569
Región Lima	13,002
Loreto	11,567
Madre de Dios	1,673
Moquegua	8,271
Pasco	4,811
Piura	20,550
Puno	52,685
San Martín	12,881
Tacna	5,500
Tumbes	5,082

Departamento	Número de hogares
Ucayali	1,921
Total	435,792

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG – INEI)
Elaboración propia

A3. Hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto catastrófico en salud por ámbito geográfico

Ámbito geográfico	Número de hogares					Dif	Dif
	2015	2016	2017	2018	2019	2015 – 19	2018 - 19
Total	46,567	50,039	50,250	55,873	46,835	268.0	-9,038.0
Área de residencia							
Urbana	20,923	22,956	20,929	26,430	21,938	1,015.0	-4,492.0
Rural	25,643	27,083	29,321	29,444	24,897	-746.0	-4,547.0
Región natural							
Costa	10,588	6057.0	9771.0	13692.0	8347.0	-2,241.0	-5,345.0
Sierra	26,080	31120.0	29092.0	31602.0	30487.0	4,407.0	-1,115.0
Selva	6,504	7512.0	5615.0	5910.0	3618.0	-2,886.0	-2,292.0
Lima Metropolitana	3,395	5350.0	5772.0	4669.0	4381.0	986.0	-288.0

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG – INEI)
Elaboración propia

A4. Hogares con presencia de adultos mayores afiliados al SIS que realizan gasto de bolsillo por departamento

Departamento	Número de hogares
Amazonas	493
Áncash	1,285
Apurímac	610
Arequipa	1,101
Ayacucho	4,919
Cajamarca	7,618
Lima Metropolitana	4,381
Cusco	4,500
Huancavelica	2,109
Huánuco	910
Ica	174
Junín	2,652
La Libertad	2,080
Lambayeque	2,253
Región Lima	957
Loreto	288
Madre de Dios	109
Moquegua	352
Pasco	402
Piura	4,033
Puno	4,280
San Martín	622
Tacna	213

Tumbes	313
Ucayali	180
Total	46,835

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG – INEI)
Elaboración propia