



Organización
Internacional
del Trabajo


EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ:

situación actual y estrategias para orientar
la extensión de la cobertura contributiva





**EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ:
situación actual y estrategias para
orientar la extensión de la cobertura
contributiva**

A large, faint watermark of the International Labour Organization (ILO) logo is visible in the background. It consists of a circular emblem with a gear and a sheaf of wheat, with the letters 'ILO' in the center, surrounded by a laurel wreath.

Oscar Cetrángolo
Fabio Bertranou
Luis Casanova
Pablo Casalí

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derechos de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a pubdroit@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Oscar Cetrángolo, Fabio Bertranou, Luis Casanova y Pablo Casalí. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2013. 184 p.

Seguridad social, política de salud, seguro social de salud, reforma de la seguridad social, extensión de la cobertura, aseguramiento universal, piso de protección social, acceso a los servicios, asistencia médica, gastos de bolsillo, prestaciones, cobertura, financiamiento, regulación, Perú. 02.07.3

978-92-2-327525-9 (impreso)

978-92-2-327526-6 (web pdf)

Datos de catalogación de la OIT

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías o en oficinas locales de la OIT en muchos países o pidiéndolas a: Publicaciones de la OIT, Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza. También pueden solicitarse catálogos o listas de nuevas publicaciones a la dirección antes mencionada o por correo electrónico a: biblioteca_regional@oit.org.pe

Vea nuestro sitio en la red: www.oit.org.pe/publ

Diagramación e Impresión: Tarea Asociación Gráfica Educativa

Pasaje María Auxiliadora 156, Lima 5 - Perú

Impreso en Perú

ADVERTENCIA

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra Organización. Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas sobre la manera de hacerlo en nuestro idioma.

En tal sentido y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español o/a para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por emplear el masculino genérico clásico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a hombres y mujeres.

Resumen ejecutivo

El presente documento ha tenido como objetivo central el estudio del funcionamiento de EsSalud y los desafíos para que esta institución se articule con el resto del sistema de salud del Perú en el cumplimiento de los objetivos vinculados con el logro de la cobertura universal de los servicios de salud. En consecuencia, los diferentes aspectos analizados han debido tomar como referencia el funcionamiento del sistema de salud peruano en su totalidad. A continuación, se enumeran los principales rasgos estilizados que caracterizan al sistema de salud peruano y los desafíos que deberán ser enfrentados con el fin de mejorar su eficiencia, el impacto distributivo y para alcanzar la cobertura universal. Estos rasgos y desafíos son analizados en detalle a lo largo de este documento.

Quince rasgos estilizados del sistema de salud peruano

1. Perú se encuentra en un proceso de transición demográfica
2. El gasto en salud, en especial el público, es sumamente reducido
3. El gasto de bolsillo es excesivo
4. Una parte importante del gasto de bolsillo está destinada a la compra de medicamentos y servicios de diagnóstico
5. Los recursos humanos y de infraestructura con que cuenta el sector parecen insuficientes y dispersos institucionalmente
6. La disponibilidad de recursos presenta grandes brechas regionales
7. Se presentan importantes restricciones en el acceso a los servicios, por diversas causas
8. La cobertura de seguros de salud ha aumentado durante la última década
9. La cobertura de EsSalud ha crecido pero aún es baja
10. Las mayores deficiencias de cobertura de salud se registran en los sectores de ingresos medios
11. El sistema se caracteriza por un elevado grado de fragmentación institucional, fuente de inequidades e ineficiencias
12. La fragmentación de coberturas también se manifiesta en el interior de EsSalud
13. Se evidencian otros mecanismos de discriminación por ingresos en EsSalud
14. En el gobierno de EsSalud existe fragmentación
15. Como rasgo de un país desigual, el sistema ha desarrollado una gran fragmentación regional

Quince desafíos y recomendaciones para alcanzar la cobertura universal, con especial referencia al papel de EsSalud

1. Aseguramiento universal
2. Definir con especial cuidado las medidas de transición
3. Reducir los gastos de bolsillo
4. Revisar la política de copagos
5. Mejorar la regulación del sector privado, en especial, del productor de medicamentos y aparatos de alta tecnología
6. Aumentar el financiamiento público para el sector
7. Incrementar los recursos tributarios
8. Mejorar la dotación de recursos humanos en el sector
9. Levantar restricciones en el acceso a los servicios
10. Desarrollar políticas para eliminar las brechas regionales
11. Construir redes de atención
12. Coordinar y posteriormente integrar las diferentes partes del sistema
13. Expandir la cobertura de seguros
14. Mejorar el diseño del gobierno del sector y de EsSalud en particular
15. Aprovechar el bono demográfico

El papel de EsSalud en la política de cobertura universal incluye el fortalecimiento de las acciones tendientes a dar efectiva cobertura a los hogares de los trabajadores formales y de todos aquellos que poseen capacidad contributiva. Solo de esta manera se podrá liberar espacio fiscal para que el Estado pueda subsidiar los sectores que presentan escasa capacidad de pago. Por otra parte, debería evaluarse de manera conjunta con las autoridades de los Ministerios de Salud y de Economía y Finanzas la conveniencia de introducir algún esquema tributario especial con el propósito de atender la situación de los pequeños contribuyentes y de los trabajadores informales con capacidad de pago que, hasta el momento, se encuentran fuera de la economía formal.

También resulta imperioso lograr que la cobertura que brinda EsSalud no requiera pagos de bolsillo por parte de sus afiliados, sin dejar de reconocer que, en situaciones específicas, la política de coseguros puede ser una ayuda para moderar la demanda y hacer más eficiente la gestión. Pero en los casos en que esto ocurra, las autoridades de EsSalud deberán tener especial cuidado en evitar efectos no deseados sobre la cobertura.

Por otra parte, si bien los problemas de desequilibrios regionales del Perú exceden el ámbito de influencia del Seguro Social de Salud, debe evitarse que la

presencia de EsSalud en los territorios agrave las diferencias entre regiones que presentan diferente desarrollo relativo e, incluso, es deseable que pueda servir para reducir disparidades.

En el camino hacia la cobertura universal, EsSalud debe profundizar sus lazos hasta integrarse con las restantes modalidades de provisión pública de salud. Esto incluye mecanismos de coordinación e intercambio de prestaciones y articular con el Ministerio de Salud la política de compra de medicamentos, tecnología y contratación de servicios. En este esquema, EsSalud podrá servir como empresa testigo y ayudar a regular el sector privado.

Finalmente, el presente estudio enfatiza el hecho de que la transición será necesariamente extensa y no ajena a replanteos, toda vez que los cambios en el entorno macroeconómico o del mercado así lo demanden. Pero aun así lo que no deberá perderse de vista durante el proceso es el objetivo final deseado, pues de manera paulatina, EsSalud deberá participar en la construcción de redes de atención pública sanitaria.

Índice

Listado de siglas	11
Prólogo	15
1 Introducción	19
2 Transición demográfica y epidemiológica en el Perú	21
2.1. Evolución y composición de la población	21
2.2. Perfil epidemiológico	25
2.2.1. Análisis de las tasas de mortalidad	28
2.2.2. Análisis de la esperanza de vida	30
2.3. Breve caracterización de otros determinantes de las condiciones de salud	31
2.3.1. Pobreza e ingresos	32
2.3.2. Nivel educativo de la población	33
2.3.3. Acceso a servicios básicos	34
2.4. Anexo	37
3. El sistema de salud del Perú	43
3.1. Estructura del sistema de salud del Perú	43
3.1.1. Organización del sistema de salud	43
3.1.2. Recursos del sistema de salud	47
3.1.3. Gasto en salud	52
3.1.4. Descentralización de los servicios de salud	57
3.2. Nuevo marco de aseguramiento en salud: Aseguramiento Universal en Salud (AUS)	60
3.3. Los subsistemas de aseguramiento EsSalud y SIS	65
3.3.1. Seguro Social de Salud - EsSalud	65
3.3.2. Seguro Integral de Salud (SIS)	70
3.4. Anexo	76
4. Acceso y uso de los servicios de salud	81
4.1. Afiliados a los subsistemas de salud	81
4.1.1. Seguro Social de Salud - EsSalud	81
4.1.2. Seguro Integral de Salud - SIS	83
4.1.3. Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y sector privado	85

4.2. Cobertura de los seguros de salud	86
4.3. Uso de los servicios de salud	91
4.3.1. Caracterización del uso de los servicios de salud	91
4.3.2. Cobertura financiera de los seguros de salud	95
4.3.3. Caracterización de las barreras en el acceso a los servicios de salud	96
4.4. Anexo	99
5. Mercado de trabajo y aseguramiento en salud	115
5.1. Estructura del mercado de trabajo	115
5.1.1. Evolución de la población económicamente activa	115
5.1.2. Caracterización de la población ocupada	116
5.2. Mercado de trabajo, condiciones de vida y aseguramiento en salud	119
5.2.1. Inserción laboral y cobertura en salud	119
5.2.2. Capacidad contributiva de los individuos no cubiertos y cubiertos por el SIS	122
5.3. Anexo	127
6. Caminos alternativos hacia la cobertura universal en salud	135
6.1. Piso de protección social	135
6.2. El sendero hacia la cobertura universal en salud	140
6.3. Experiencias internacionales sobre financiamiento y cobertura en salud	145
6.3.1. Brasil	145
6.3.2. Costa Rica	147
6.3.3. Chile	149
6.3.4. Colombia	151
6.3.5. Uruguay	153
6.3.6. Experiencias de esquemas de monotributo para trabajadores independientes	157
7. Síntesis y conclusiones	161
7.1. Quince rasgos estilizados del sistema de salud peruano	161
7.2. Quince desafíos y recomendaciones para alcanzar la cobertura universal, con especial referencia al papel de EsSalud	168
7.3. Reflexión final	175
8. Anexo de reuniones realizadas	177
9. Referencias bibliográficas	179

Listado de siglas

AFIP	Administración Federal de Ingresos Públicos - Argentina
ANSES	Administración Nacional de la Seguridad Social - Argentina
APE	Administración de Programas Especiales - Argentina
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado - Uruguay
AUS	Aseguramiento Universal en Salud - Perú
BPS	Banco de Previsión Social - Uruguay
CAS	Régimen de Contrato Administrativo de Servicios - Perú
CBSPP	Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador - Perú
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social - Costa Rica
CEDLAS	Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPALSTAT	Portal de Estadísticas de la CEPAL
CEPLAN	Centro Nacional de Planeamiento Estratégico - Perú
CLAS	Comité Local de Administración de Salud - Perú
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - Colombia
CTAR	Consejos Transitorios de Administración Regional - Perú
DGE	Dirección General de Epidemiología - Perú
DIRESA	Dirección Regional de Salud - Perú
DISA	Dirección de Salud - Perú
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral de Salud - Costa Rica
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares - Perú
ENT	Enfermedades no transmisibles
EPS	Entidad Prestadora de Salud - Perú
EsSalud	Seguro Social de Salud - Perú
FAEC	Fondo de Acciones Estratégicas y Compensación - Brasil
FESE	Ficha de Evaluación Socioeconómica - Perú
FFAA	Fuerzas Armadas
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud - Perú
FNR	Fondo Nacional de Recursos - Uruguay

FONAFE	Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado - Perú
FONASA	Fondo Nacional de Salud - Chile - Uruguay
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía - Colombia
FSR	Fondo Solidario de Redistribución - Argentina
GES	Garantías Explícitas de Salud - Chile
IAFA	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - Perú
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva - Uruguay
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IFH	Índice de Focalización de Hogares - Perú
ILO	Organización Internacional del Trabajo (siglas en inglés)
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializada - Uruguay
INEI	Instituto Nacional de Estadística - Perú
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - Perú
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - Colombia
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional - Chile
LPIS	Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias - Perú
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas - Perú
MINSA	Ministerio de Salud - Perú
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo - Perú
MyPES	Medianas y pequeñas empresas
NBI	Necesidades básicas insatisfechas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONP	Oficina de Normalización Previsional - Perú
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
OSN	Obras Sociales Nacionales - Argentina
PAC	Programa de Administración Compartida - Perú
PBI	Producto Bruto Interno
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - Perú
PGH	Padrón General de Hogares
PIAS	Plan Integral de Atención a la Salud - Uruguay

PMO	Programa Médico Obligatorio - Argentina
PNP	Policía Nacional del Perú
PNRT	Programa Nacional de Regularización del Trabajo - Argentina
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POS	Plan Obligatorio de Salud - Colombia
REMYPE	Registro Nacional de la Micro y Pequeña Empresa - Perú
SCTR	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Perú
SEDLAC	Socio-Economic Database for Latin America and the Caribbean
SGE	Seguro gratuito escolar - Perú
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera - Perú
SIMPLES	Sistema Integrado de Pago de Impuestos y Contribuciones - Brasil
SIS	Seguro Integral de Salud - Perú
SISBEN	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales - Colombia
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares - Perú
SMI	Seguro materno infantil
SNIS	Sistema Nacional Integral de Salud - Uruguay
SNP	Servicios No Personales
SNS	Sistema Nacional de Salud - Uruguay
SPS	Seguro Privado de Salud
SR	Seguro Regular - Perú
SUS	Sistema Único de Saúde - Brasil
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - Perú
SUNAT	Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria - Perú
TFG	Tasa de fecundidad global
TMI	Tasa de mortalidad infantil
UNASUR	Unión de Naciones Sudamericanas
UPC	Unidad de Pago por Capitación - Colombia
USAID	Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional

Prólogo

La OIT y EsSalud, en un esfuerzo sin precedentes, suscribieron el día 8 de julio de 2011 un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional con el objeto de *“... establecer y desarrollar instrumentos de mutua colaboración y cooperación técnica especializada para la ejecución de diversos proyectos y programas, destinados a mejorar la calidad de la atención, ampliar la cobertura de aseguramiento en salud y establecer mecanismos eficientes que garanticen la sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo del sistema de seguridad social en salud”*.

Este importante convenio, conllevó a la firma, en noviembre de 2011, de un Convenio Específico OIT-EsSalud, cuyo objetivo principal es evaluar la sostenibilidad financiera de los seguros contributivos administrados por EsSalud junto con la necesidad de identificar un sendero de reformas tendientes a lograr la cobertura universal en salud. Para cubrir estos fines se desplegó una serie de acciones entre las que ya se cuenta con un estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud (EsSalud), y el presente informe, complementario del anterior, que analiza el sistema de salud del Perú, su organización y financiamiento para indagar sobre los desafíos que debe enfrentar la política sectorial con el objeto de alcanzar una cobertura universal y equitativa. También se han desarrollado notas técnicas y otras actividades destinadas a fortalecer las capacidades de EsSalud.

Bajo este marco de acciones, el presente informe complementario, denominado “El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva”, aborda el funcionamiento del Seguro Social de Salud y subraya los desafíos existentes en pos de una adecuada coordinación con el resto del sistema de salud del Perú, en cumplimiento de los objetivos vinculados con el logro de la cobertura universal de salud.

La Organización Internacional del Trabajo estableció su estrategia para abordar el desafío de extender la cobertura de seguridad social y lograr mayor desarrollo y mantenimiento de los sistemas integrales de seguridad social, en la Resolución y Conclusiones adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT) de 2011. A partir de la premisa que enuncia que la seguridad social es un derecho humano y una necesidad social y económica, la CIT señaló que subsanar las insuficiencias de cobertura era de la mayor prioridad para lograr un crecimiento económico equitativo, la cohesión social y el trabajo decente para todas las mujeres y los hombres, e hizo un llamamiento para la extensión de la cobertura

de la seguridad social a través de un enfoque bidimensional, con el objeto de establecer sistemas integrales de seguridad social.*

Desde este enfoque, la extensión de la cobertura puede basarse en dos dimensiones diferentes pero complementarias, una horizontal y otra vertical. La *dimensión horizontal* se refiere al porcentaje de la población que está protegida por el sistema, mientras que la *dimensión vertical* remite a los tipos de contingencias cubiertas y al nivel de las prestaciones. En este último caso, se han tomado como referencia el Convenio N° 102 sobre normas mínimas de seguridad social y otros convenios, considerados de tercera generación, que plantean umbrales más elevados de protección.

EsSalud incorpora ambas temáticas en su Plan Estratégico Institucional 2012-2016 y, en especial, en sus cuatro objetivos estratégicos. Vinculados específicamente con el propósito del presente trabajo, estos objetivos procuran extender la cobertura de seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales, brindar atención integral a los asegurados, y garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud.

Esta definición estratégica se fortalece a partir del actual marco jurídico de la seguridad social en el Perú, es decir, de la Constitución de la República, el Acuerdo Nacional y también desde la Ley N° 27.056 de Creación del Seguro Social de Salud.

Para dar respuesta a estas competencias concurrentes, el documento concluye con una enumeración de los principales rasgos estilizados que caracterizan al sistema de salud peruano y los desafíos que deberán ser enfrentados para mejorar su eficiencia, el impacto distributivo y para alcanzar la cobertura universal.

Debemos mencionar que el presente trabajo estuvo a cargo de un equipo consultor integrado por Oscar Cetrángolo (colaborador externo), Fabio Bertranou (OIT, Buenos Aires), Luis Casanova (OIT, Buenos Aires) y Pablo Casalí (OIT, Lima). Helmut Schwarzer (OIT, Ginebra) revisó el documento en su totalidad y brindó oportunos comentarios y sugerencias.

A lo largo de todo el proceso, el equipo consultor también recibió importantes comentarios de EsSalud y de otras instituciones como el Ministerio de Trabajo

* OIT, 2012. La estrategia de la Organización Internacional del Trabajo. Seguridad social para todos. Establecimiento de pisos de protección social y de sistemas integrales de seguridad social.

y Promoción del Empleo, el Ministerio de Salud, el Seguro Integral de Salud, la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud y la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria, los que fueron incorporados en la versión final del documento. Al respecto, resulta importante destacar la colaboración técnica aportada por las diversas dependencias de la Gerencia Central de Aseguramiento a cargo de Manuel Cornejo y, en especial, el apoyo de la Oficina de Gestión de Riesgos bajo la dirección de Rubén Cabello.

La coordinación del presente trabajo expresa su agradecimiento a los miembros del Consejo Directivo de EsSalud y a los distintos Gerentes y funcionarios que de una u otra forma colaboraron con la realización del estudio.

Por último, un reconocimiento especial a la señora Ministra de Salud, Dra. Midori de Habich; a la señora Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo, Dra. Nancy Laos Cáceres; y a la señora Viceministra de Trabajo, Dra. Sylvia Cáceres, quienes en todo momento destacaron la importancia del estudio brindando su total colaboración.

Dra. Carmen Moreno
Directora de la Oficina de la OIT
para los Países Andinos

Dra. Virginia Baffigo
Presidenta Ejecutiva
de EsSalud

1. Introducción

El sistema de salud peruano presenta un elevado grado de fragmentación, una importante proporción de población no cubierta y grandes diferencias de cobertura entre los individuos efectivamente alcanzados por la prestación. Si bien se encuentran en proceso de diseño e implementación diversas iniciativas tendientes a mejorar esta situación y resolver problemas estructurales del sistema, todavía queda un largo camino de reformas por transitar hasta alcanzar los objetivos que se plantea la sociedad. Por otra parte, también es cierto que no existe un camino único y consensuado sino que, por el contrario, varias son las alternativas que se les presentan a los gobiernos.

Como parte de las actividades que se están realizando bajo el Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional firmado entre la OIT y EsSalud, el presente estudio se propone analizar el sistema de salud del Perú, su organización y financiamiento, con el fin de indagar aquellos desafíos que deberá enfrentar la política sectorial al momento de pretender alcanzar una cobertura universal y equitativa. Este logro forma parte del piso de protección social que se espera implementar en el Perú y, para ello, deberán ser objeto de especial atención las características del mercado de trabajo, diversos aspectos de la situación fiscal y la organización geopolítica del país.

Este informe debe ser considerado como un complemento del “Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú”, que recientemente ha sido difundido. Teniendo en cuenta que el citado documento se refiere de manera específica a EsSalud, podrá observarse que el actual texto lo completa, al evaluar las posibilidades de concretar reformas que procuren la cobertura universal en salud. Conociendo que esta no será una meta exclusiva de una institución sino de la política de salud del país, el objeto del presente estudio necesariamente será más abarcador y las referencias a EsSalud serán incorporadas en relación con su participación en la estrategia general para alcanzar tal meta.

El documento se organiza de la siguiente manera: luego de esta sucinta introducción, el Capítulo 2 presentará una aproximación a los aspectos demográficos y epidemiológicos del Perú necesarios para comprender la etapa en la que se encuentra el país en relación con la transición epidemiológica. Ello permitirá, en el Capítulo 3, presentar la organización del sistema de salud, incorporando el análisis de sus recursos, erogaciones y subsistemas. En esta sección será introducido el lugar que ocupa EsSalud dentro del sistema de salud

y el nuevo marco de aseguramiento en salud que busca alcanzar la cobertura universal. Precisamente, en el Capítulo 4 se ofrecerá un análisis de la cobertura de los diferentes seguros y los problemas de acceso que caracterizan a los servicios de salud. Para concluir el diagnóstico y permitir una discusión acerca de cuáles son los desafíos que dificultan alcanzar la cobertura universal, en el Capítulo 5 se analizan las características del mercado de trabajo, con especial referencia sobre las posibilidades de mejorar la cobertura contributiva. El análisis se completa con una revisión de las experiencias de otros países de la región que han encarado reformas tendientes a expandir la cobertura en salud. Ello permitirá presentar, en el capítulo final, una síntesis acerca de las principales conclusiones y los desafíos presentes al momento de procurar alcanzar la cobertura universal. En esa sección se podrán evaluar los aspectos correspondientes a la estrategia general y también las especificidades del papel de EsSalud dentro de esa estrategia. Como herramienta de consulta, cada uno de los capítulos de este informe incorpora un anexo estadístico que posee información relevante que ha sido utilizada durante el desarrollo del informe.

2. Transición demográfica y epidemiológica en el Perú

2.1. Evolución y composición de la población

Para 2010, la población total estimada del Perú se ubica en 29,3 millones de personas, con una composición casi igualitaria de hombres y mujeres y con un 64,0% de la población total en edad de trabajar.¹ Lima concentra el 31,0% de la población total (9,1 millones) y es seguida en tamaño de población por los departamentos de Piura (6,0% del total; 1,8 millones), La Libertad (5,9% del total, 1,7 millones) y Cajamarca (5,1% del total, 1,5 millones) según puede observarse en el Gráfico 2.1. Estos cuatro departamentos concentran el 48,0% de la población del país.² Además, casi tres cuartas partes de la población total del Perú reside en áreas urbanas.

El país se encuentra atravesando un proceso de transición demográfica que ha generado cambios en el ritmo de crecimiento y en la estructura de su población (MINSA, 2010). La tasa de crecimiento poblacional ha ido disminuyendo notablemente durante las últimas tres décadas, pasando de 2,8% anual, en los años ochenta, a 1,2% anual, durante la primera década de los años 2000. Asimismo, las proyecciones demográficas establecen que este descenso se prolongaría en el tiempo, ya que para mediados del siglo XXI la tasa de crecimiento anual sería de 0,3%.

La tasa de crecimiento de una población se encuentra determinada por tres factores: la natalidad, la mortalidad y los saldos migratorios. En este sentido, para comprender la dinámica poblacional resultará fundamental analizar la evolución de cada uno de estos elementos.

En las últimas décadas, la población peruana registra un importante descenso en su tasa de fecundidad global (TFG), con una consecuente reducción en el número de nacimientos por mujer en edad fértil. Durante el quinquenio 1950-1955, la TFG era de 6,85 hijos por mujer, mientras que en el período 2005-2010 descendió a 2,6 hijos por cada mujer.

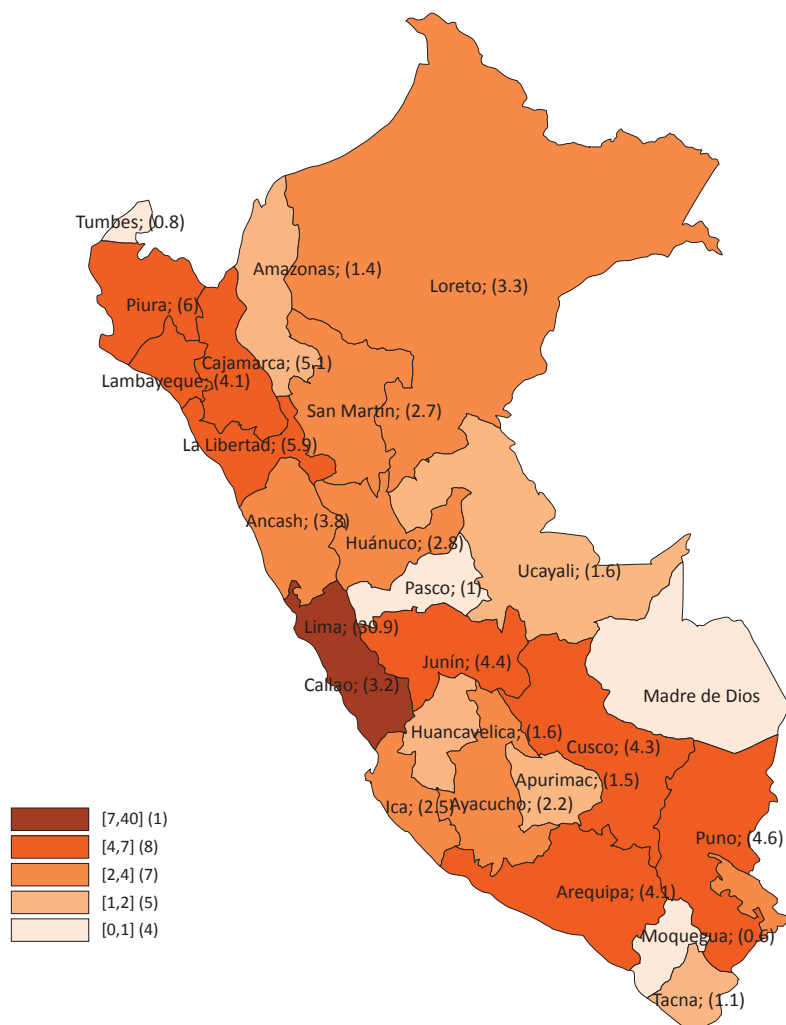
¹ Los datos de población han sido tomados del CELADE, con la única excepción de aquellos datos correspondientes a la población por departamento (en este caso la fuente ha sido el INEI).

² Un Anexo, al final de este capítulo, presenta la distribución de la población por departamentos.

Además de la TFG y la tasa de natalidad, es preciso considerar que en el Perú la transición demográfica se inició con una disminución en la tasa de mortalidad general y, particularmente, con la disminución en la tasa de mortalidad infantil (TMI) (MINSA, 2010). Esta última ha tenido un descenso sostenido desde los años ochenta, ya que para el quinquenio 1980-1985 por cada mil nacidos vivos 81,6 morían antes del primer año de vida, mientras que, durante el quinquenio 2005-2010, este indicador descendió a 18,3 muertes por cada mil nacidos vivos.

Gráfico 2.1. Distribución de la población por departamentos, 2010

(Porcentajes de la población total del país entre paréntesis)



Nota: en las referencias, el dato entre paréntesis representa el número de departamentos en casa segmento de concentración de la población.

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos del INEI.

Por otra parte, en lo que respecta a la tasa de mortalidad general de una población, y sabiendo que la esperanza de vida al nacer constituye el indicador que mejor sintetiza esta característica poblacional –pues expresa el número de años que una persona espera vivir– se registra a nivel nacional que este último indicador se ha incrementado progresivamente: ya que pasó de 61,6 años, durante el quinquenio 1980-1985, a 73,1 años, para el período 2005-2010. En comparación con otros países de la región, la esperanza de vida de los habitantes del Perú se encuentra en torno a la media de América Latina y el Caribe (73,4 años), pero unos cinco años por debajo de aquellos países que presentan mayor esperanza de vida (Cuba, Costa Rica, Puerto Rico y Chile), y en un nivel similar al de Brasil, Colombia y la República Bolivariana de Venezuela.

En las últimas décadas, las cifras de emigrantes peruanos han mostrado un marcado crecimiento, al pasar de un flujo anual de 16 mil emigrantes, durante el quinquenio 1980-1985, a 145 mil para el período 2005-2010. A propósito de estos movimientos, se puede señalar que existe homogeneidad en lo que respecta al género de los emigrantes que han salido del país desde 1990. Así, del total acumulado de emigrantes peruanos entre 1990 y el 2007, el 51,3% fueron mujeres, mientras que el 48,8% fueron hombres. En relación con la edad que tienen los ciudadanos peruanos al momento de emigrar, puede decirse que, entre 1994 y 2007, el 51,2% del total de los emigrantes se encontraba entre los 20 y 39 años. Mientras, en segundo lugar, se encontraban las personas entre 40 y 59 años, quienes representaban el 24,3% del total de los emigrantes. También es importante destacar el grupo de emigrantes con edades entre 0 y 19 años, los cuales alcanzaron el 18,2% del total de los emigrantes del país (Abusada Salah y Pastor Vargas, 2008).

La mencionada reducción en la TMI y en la tasa de mortalidad general, conjuntamente con la reducción en las tasas de fecundidad y el incremento de los movimientos migratorios, especialmente de población en edad activa, dieron origen a un cambio en la composición general de las edades de la población. De este modo, la población infantil perdió peso sobre la población total, mientras que la población perteneciente a grupos de edad media, en edad productiva, y la población mayor de 60 años ganó participación.

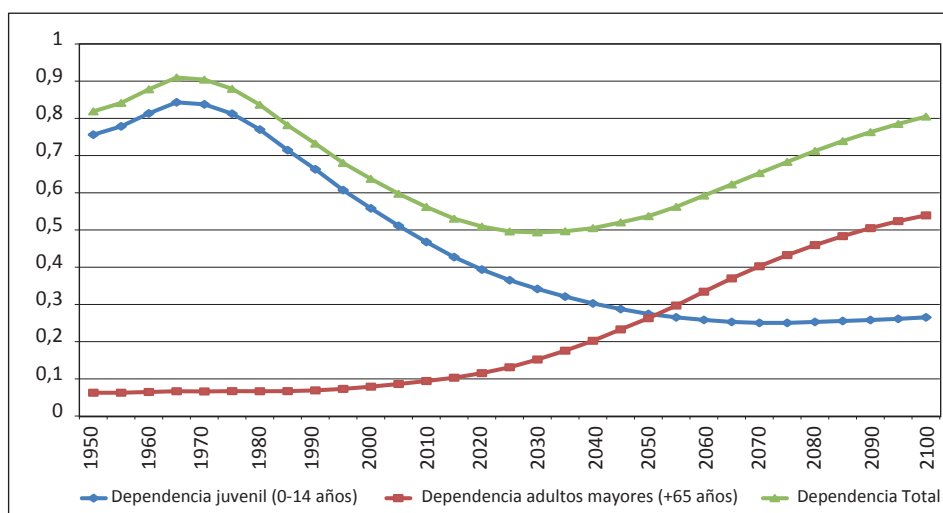
La transición demográfica, debido a la disminución de la mortalidad y la fecundidad, está actualmente influyendo e influirá en los próximos años en la estructura de edades del Perú. Para ilustrar esta situación, resulta esencial observar el cambio que se ha dado en la composición de la población por grupo etario a través del tiempo (consúltese el Anexo de este capítulo). Así se observa que en la década de 1950 la pirámide poblacional se caracterizaba por tener una amplia base, ya que la población menor de 15 años representaba el 41,6% de la población total, mientras que la población de entre 15 y 64 años representaba el 55,0%. Estas magnitudes se mantuvieron relativamente estables hasta 1985, cuando la participación de la

población joven (menor de 15 años) comenzó a descender. Entonces este grupo poblacional pasó a formar parte de una nueva cohorte: la población adulta de 40 a 59 años, seguida en importancia por la de 30 a 39 años. Posteriormente, ya en 2010, el 64,0% de la población se encontraba en la franja etaria de entre 15 y 64 años. Por otra parte, como el envejecimiento poblacional genera un incremento de la población con 65 años de edad o más, este grupo pasará de representar el 6,0% de la población, en 2010, al 17,1%, en 2050.

En comparación con otros países de la región, Perú, junto con Brasil, Colombia, Costa Rica y México (entre otros), se encuentra en una etapa de envejecimiento poblacional moderada, mientras que Argentina y Chile, y Uruguay y Cuba se encuentran en una etapa de envejecimiento moderadamente avanzado y avanzado, respectivamente.

Todos los cambios en la estructura de la población mencionados hasta aquí han originado un fenómeno importante: la disminución de la dependencia demográfica. Desde la década de 1970, se observa en el Perú una reducción sostenida en la tasa de dependencia demográfica, lo que se explica principalmente por un rápido descenso de la tasa de dependencia juvenil. Y, si bien a fines de los años noventa comienza el ascenso del ratio de dependencia de adultos mayores, este indicador no es lo suficientemente importante como para detener el descenso de la dependencia demográfica (Gráfico 2.2.). Esto da lugar al fenómeno conocido como “bono demográfico”, que ocurre en el proceso de transición demográfica cuando la población en edad de trabajar es mayor que la dependiente (niños y adultos mayores) y, por lo tanto, el potencial productivo de la economía se vuelve mayor.

Gráfico 2.2. Evolución de la tasa de dependencia poblacional, 1950-2100



Fuente: CELADE.

En el Perú, el bono demográfico comenzó cerca de 2005 y se estima que dure hasta aproximadamente la década de 2060. No obstante, al analizar la población de las diferentes regiones del país se observan variaciones en los períodos de inicio y término de este bono. Así, en 1993, las regiones en las que ya se había iniciado el bono demográfico fueron: Lima, Callao, Moquegua y Tacna. Mientras hacia 2007 se sumaron: Arequipa, Ica, Lambayeque, Madre de Dios y Tumbes. Por otro lado, para 2050, las únicas regiones en las que finalizaría el bono serían: Lima, Arequipa, Callao y Moquegua (MINSa, 2010).

2.2. Perfil epidemiológico

Los cambios en la estructura de la población, tales como la urbanización y la transición demográfica, interactúan modificando el perfil epidemiológico del Perú y, por ende, el patrón de demanda de los servicios de salud (Banco Mundial, 2011). Esta modificación en el perfil epidemiológico consiste en una transformación de la incidencia relativa de ciertos grupos de causas de muertes. En el Perú, esto se pone de manifiesto en la disminución en la importancia relativa de las enfermedades transmisibles y las afecciones originadas durante el período perinatal a cambio del incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, así como de aquellas causas relacionadas con la muerte por violencia y las denominadas “externas” (*La mortalidad en Perú*, INEI, 2009).

Para estudiar la transición epidemiológica peruana, resulta muy útil la clasificación propuesta por el Ministerio de Salud (MINSa, 2010) que se detalla a continuación:

- i) *pretransición* (cuando existe un predominio de mortalidad por enfermedades transmisibles),
- ii) *postransición* (cuando predomina la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles), y
- iii) *transición* (cuando no se presenta el dominio de un grupo de enfermedades en particular).³

Los resultados presentados en el estudio MINSa dan cuenta de que el Perú se encuentra en una etapa de postransición, ya que las enfermedades transmisibles

³ Para conocer en qué etapa de transición se encuentra el Perú se utiliza un índice que relaciona las causas de muerte vinculadas con enfermedades transmisibles con las no transmisibles. Según los resultados alcanzados por dicho índice, se dice que un país se encuentra en pretransición, cuando el índice es menor de 0,8; en transición, cuando el índice se encuentra entre 0,8 y 1,2 y, en postransición, cuando el índice es mayor de 1,2.

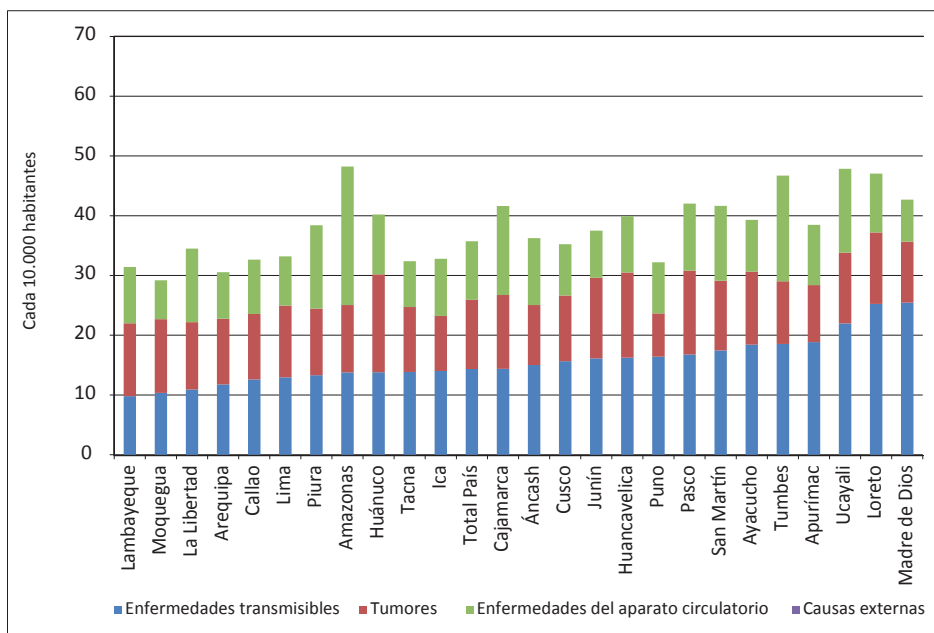
representaron en 2009 el 26,0% del total de las causas de muerte, mientras que las enfermedades no transmisibles alcanzaron el 51,0%. Cabe mencionar que para 1990, las únicas regiones que ya se encontraban en postransición fueron Arequipa, Callao, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima y Tacna.

El paso de un período de transición a uno de postransición implica un cambio en las principales causas de muerte. Entre los años 1990 y 2009, las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, que ocupaban las primeras ubicaciones entre las causas de muerte, fueron desplazadas por enfermedades no transmisibles (principalmente por enfermedades cardio y cerebrovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades mentales) y por lesiones accidentales e intencionales. Entre 1990 y 2009, las enfermedades transmisibles pasaron de ser causantes del 47,0% del total de las muertes del país, a ser el 26,0%. En contraposición, las enfermedades no transmisibles pasaron de concentrar el 45,0% de las muertes, en 1990, a más del 60,0%, en 2009. De este modo, en la actualidad el país enfrenta como reto muy importante el incremento de las enfermedades no transmisibles y las causas externas, las que requieren de tratamientos más prolongados, y además más costosos que aquellos exigidos por las enfermedades transmisibles.⁴

El Gráfico 2.3 permite apreciar las diferencias regionales respecto de la participación de las causas agrupadas de muerte. Allí se manifiesta que las muertes por enfermedades transmisibles van desde valores cercanos a 10 cada diez mil habitantes en los departamentos de Lambayeque, Moquegua y La Libertad, hasta valores que más que duplican a estos mínimos en los departamentos de Ucayali, Loreto y Madre de Dios. Para el total país, las muertes por enfermedades transmisibles se ubican en 14,3 cada diez mil habitantes. Por otro lado, las muertes por tumores presentan menor dispersión que el resto de las causas de muerte, ubicándose para el total país en 11,6 cada diez mil habitantes. Luego, las muertes por causas vinculadas con enfermedades del aparato circulatorio se encuentran por debajo de 8 cada diez mil habitantes en los departamentos de Moquegua, Madre de Dios, Tacna, Arequipa y Junín, mientras que valores superiores a 15 se registran en Cajamarca, Tumbes y Amazonas, siendo este último departamento el que detenta la mayor cantidad de muertes por esta causa cada diez mil habitantes (23,2). Finalmente, las muertes por causas externas resultan relativamente bajas en los departamentos de Lima y Callao (menos de 3 cada diez mil habitantes) pero existe una gran dispersión y los valores máximos superan ampliamente a estos mínimos (Huancavelica, Apurímac y Cusco).

⁴ El Recuadro 1 introduce algunos comentarios acerca de la necesidad creciente de vigilar las enfermedades no transmisibles junto con sus factores de riesgo.

Gráfico 2.3. Mortalidad según grupos de causas y regiones, 2009
(Muertes cada 10.000 habitantes)



Nota: ordenado de manera ascendente, según causa de muerte por enfermedades transmisibles.
Fuente: Dirección General de Epidemiología, MINSA.

Recuadro 1. Vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo

En las últimas décadas, se ha observado a nivel mundial un notorio crecimiento de las llamadas enfermedades no transmisibles, en especial de la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, la enfermedad crónica respiratoria y las lesiones por causas externas. Esto implica que la carga de enfermedad y mortalidad atribuida a las enfermedades no transmisibles (ENT) está en aumento.

No obstante, es sabido que las ENT son prevenibles y se cuenta con evidencia consistente acerca de la efectividad de las intervenciones de promoción, prevención y tratamiento, lo que justifica implementar acciones. Una estrategia poblacional de promoción y prevención primaria es considerada la estrategia más costo-efectiva, sostenible y financiable para afrontar las ENT.

Sin embargo, para poder realizar estas intervenciones, se necesita disponer de información relevante relacionada con los principales determinantes que intervienen en el desarrollo de las ENT. En este sentido, las encuestas sobre factores de riesgo representan una pieza fundamental y son de gran valor. La

información obtenida mediante este tipo de encuestas constituye un insumo vital para poder diseñar y evaluar políticas efectivas, al permitir conocer la prevalencia y tendencia de los factores de riesgo en el tiempo.

Bajo esta premisa, países de la región ya han implementado encuestas acerca de sus factores de riesgo. En Argentina, por ejemplo, se comenzó a trabajar en este tipo de encuestas en 2003, fecha cuando se realizó la validación de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, que se llevó a cabo en la provincia de Tierra del Fuego como prueba piloto. Luego, la primera aplicación de la encuesta se implementó en 2005 y pasó a conformar una base sobre la prevalencia de factores de riesgo y protectores en población adulta, con representatividad en el nivel provincial. Más tarde, una segunda encuesta, aplicada en 2009, siguió los mismos lineamientos, con representatividad provincial de población mayor de 18 años en áreas urbanas de más de 5000 habitantes. Entre las áreas temáticas incluidas en el estudio se pueden mencionar: peso corporal, alimentación, tabaquismo, alcohol, diabetes, colesterol, presión arterial, actividad física, prevención de accidentes, entre otras.

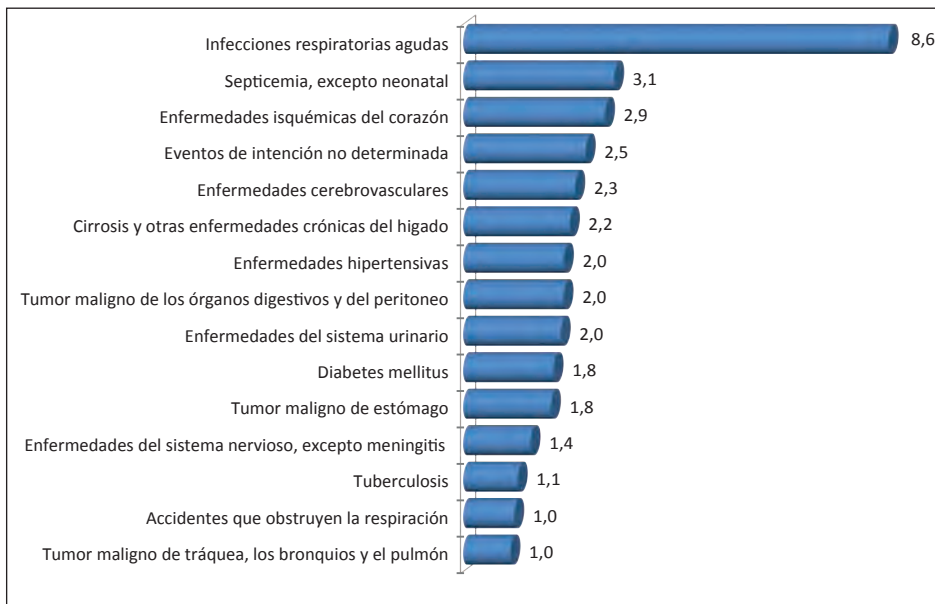
2.2.1. Análisis de las tasas de mortalidad

En el estudio MINSa (2010) se destaca que si bien el país se encuentra en un período de postransición, las enfermedades transmisibles continúan siendo la principal causa de muerte. En 2007, se produjeron 16,5 muertes por enfermedades transmisibles por cada 10 mil habitantes, aunque esta cifra representa menos de la mitad que las registradas en 1987 (34,7). La segunda principal causa de muerte se debe a enfermedades del sistema circulatorio, hecho que no se modificó sustancialmente para el período de análisis. La mortalidad por tumores y causas externas se ha incrementado en los últimos 20 años, mientras que la mortalidad por afecciones perinatales no ha tenido mayor variación (en 1987, 2,3; en 2007, 2,1). Si el análisis se realiza observando las tasas específicas (véase el Gráfico 2.4), se obtiene que en 2009 la principal causa de muerte corresponde a infecciones respiratorias agudas (8,6 por 10 mil habitantes), mientras que la septicemia, excepto que esta sea neonatal, representa la segunda causa de muerte (3,1 por 10 mil habitantes), y le siguen las enfermedades isquémicas del corazón (2,9 cada 10 mil habitantes).

El Gráfico 2.4 permite destacar que, entre las enfermedades transmisibles, las que mayor mortalidad causaron fueron las infecciones respiratorias agudas y la septicemia. Mientras que, dentro del grupo de enfermedades no transmisibles, las que produjeron mayor mortandad fueron las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares, las enfermedades crónicas del hígado, y las enfermedades hipertensivas, entre otras.

Gráfico 2.4. Principales causas de muerte, 2009

(Muertes cada 10.000 habitantes)



Fuente: MINSA (2010).

Por otra parte, en relación con la mortalidad materna, según los datos aportados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna de la Dirección General de Epidemiología del MINSA, las principales causas genéricas de muerte han sido hemorragia (49,6%), toxemia (19,0%) e infección (10,2%), mientras que las principales causas básicas fueron la retención placentaria (24,5%), la preeclampsia severa (10,1%) y la eclampsia (9,0%). Para 2009, según MINSA (2010), se notificaron 481 muertes maternas, una cifra inferior a las notificadas en períodos anteriores, lo que evidencia una tendencia a la reducción. El 70% de las muertes notificadas durante ese año procedía de las regiones de Lima, Cajamarca, Piura, Puno, La Libertad y Áncash.

En relación con la mortalidad neonatal, la estimación de la tasa de mortalidad para 2007 en todo el país, arroja un valor de 11,0 cada mil nacidos vivos, no obstante, este valor nacional presenta grandes disparidades entre regiones. Las localidades con mayor tasa de mortalidad neonatal son Puno, Loreto y San Martín, mientras que las menores tasas se registraron en Lima y Madre de Dios. En el Perú, las principales causas de mortalidad en el período neonatal durante 2007 fueron las infecciosas (23,9%), la prematuridad (18,4%), la asfixia y el trauma (16,0%) y las anomalías congénitas (15,1%), todas patologías que en conjunto representan más del 70,0% del total de muertes.

La tasa de mortalidad infantil, como se explicó previamente, ha descendido más de un 80,0% desde mediados del siglo XX. La rápida disminución de la mortalidad en la infancia se explica a partir del desarrollo de la atención primaria de la salud, ya que la vacunación y el uso de la rehidratación oral constituyen acciones importantes para evitar muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones intestinales (diarreas), enfermedades respiratorias agudas y todas aquellas que son evitables por inmunización. En la actualidad, la cobertura del programa de inmunizaciones alcanza cifras cercanas al 100%, es decir que protege a casi la totalidad de los niños y niñas, sobre todo, a los menores de 1 año (INEI, 2010). Nuevamente, la dispersión de la TMI entre las regiones es elevada. Los departamentos de Loreto y Puno registran una TMI del orden de 40 cada mil nacidos vivos, mientras que en Lima e Ica la TMI se ubica por debajo de 13 cada mil nacidos vivos.

Si se consideran los datos de CEPALSTAT (portal de estadísticas de la CEPAL) para 2010, que estiman una TMI de 18 cada mil nacidos vivos para América Latina, el caso del Perú, con 14,9 cada mil nacidos vivos, se encuentra en una posición intermedia respecto de otros países de la región, ya que si bien su TMI supera a países como Cuba, Chile y Costa Rica en más del 70% –y, en el caso de Cuba, en más del 200%–, posee una TMI similar a la registrada en Colombia, México, Brasil y la República Bolivariana de Venezuela.

De lo expuesto anteriormente se desprende la necesidad de reforzar las estrategias que se concentran en el embarazo, el parto y la salud perinatal, así como en la mejora de los resultados nutricionales durante los primeros dos años de vida. Simultáneamente, se deben desarrollar estrategias económicas para contener y tratar las enfermedades crónicas, como los tumores, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

2.2.2. Análisis de la esperanza de vida

Para complementar las estadísticas de mortalidad, en este apartado se expone una breve descripción acerca de la esperanza de vida en el Perú. Evidentemente este indicador aumentó 29 años desde 1950 hasta la actualidad, al pasar de 44 años, a mediados del siglo XX, a 73 años, en 2010.

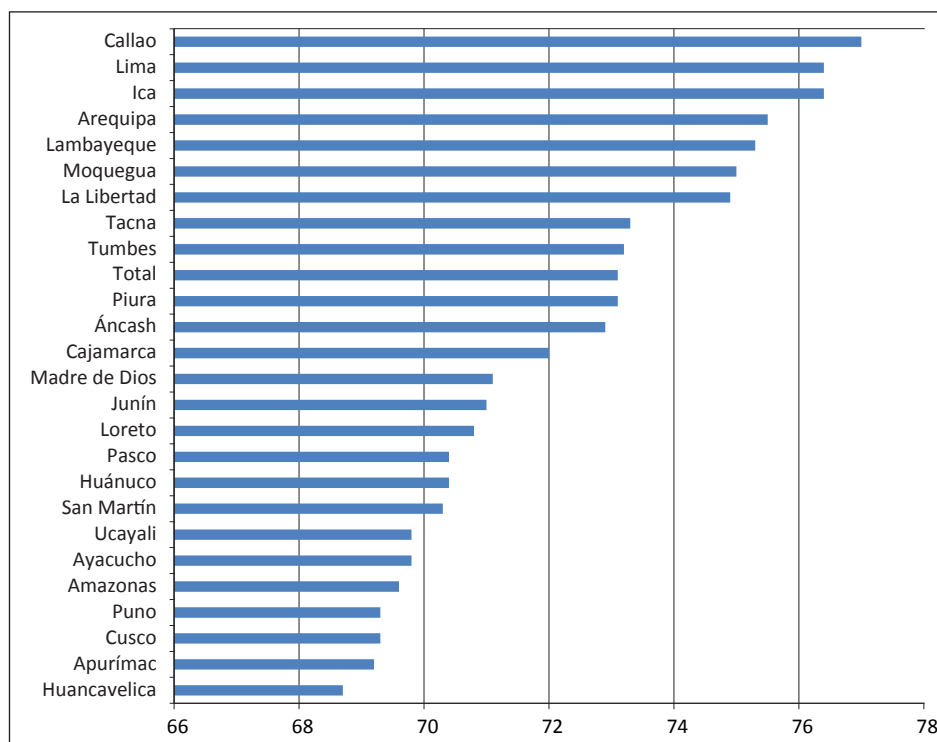
La esperanza de vida no muestra un patrón homogéneo sobre la totalidad del territorio peruano. Las desigualdades en el interior del país tienen como principal determinante las brechas de desarrollo social y económico imperante, lo que implica que existan algunas regiones menos favorecidas que otras en el proceso de descenso de la mortalidad.

Los departamentos de Huancavelica, Apurímac, Cusco y Puno, que tienen mayores tasas de mortalidad, coinciden en mostrar los valores más bajos de

esperanza de vida al nacer; el promedio es de 4 años en relación con la esperanza de vida en el Perú y de casi 8 años en relación con el departamento de Callao.

Las tendencias de los últimos años, junto con las proyecciones para los siguientes 15 años, demuestran que la esperanza de vida crece en todos los departamentos, a medida que la mortalidad disminuye, sin embargo, el incremento en la esperanza de vida es relativamente mayor en los departamentos que muestran una mayor tasa de mortalidad.

Gráfico 2.5. Esperanza de vida al nacer por departamento, 2005-2010



Fuente: INEI (2010).

2.3. Breve caracterización de otros determinantes de las condiciones de salud

Desde una perspectiva integral, la salud de una población es el resultado de una serie de factores determinantes, como la educación, los estilos de vida, el género, el ingreso económico, la alimentación, el acceso a los servicios de atención de la salud y la cultura, entre otros. Pero estos factores no actúan directamente

como causa y efecto, sino que interactúan en diferentes magnitudes y sincronizadamente para lograr un particular estado de salud. Podemos afirmar, en tal sentido, que la relación es multidireccional, pues existen determinantes que tienen una acción más directa sobre la salud, en tanto que otros actúan a través de intermediaciones (Ramos y Choque, 2007).

Los determinantes sociales de la salud apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen sobre la salud como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios. Según la Organización Mundial de la Salud, estos determinantes explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, es decir, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países respecto de la situación sanitaria. A continuación se desarrollan brevemente los determinantes vinculados con la pobreza (y los ingresos), la educación, el acceso a agua segura y saneamiento. Posteriormente, en otros capítulos, se analiza el aseguramiento, el acceso a los servicios de salud y al mercado de trabajo.

2.3.1. Pobreza e ingresos

En general, las personas que tienen mayores ingresos viven más tiempo y gozan de una mejor salud que las personas de bajos ingresos. Esta relación persiste, independientemente del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y la muerte pueden variar. Así parece confirmarse que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (Mustard y Frank, 1991, citado en Ramos y Choque, 2007).

La evolución de la pobreza por ingresos da cuenta de una reducción en la tasa de incidencia. Mientras que en 2004 el 51,6% de la población del Perú tenía un nivel de ingreso insuficiente como para adquirir la canasta básica de consumo (compuesta por alimentos y no alimentos), hacia 2011 esta cifra se ubicaba en 27,8%.

En verdad, este promedio nacional oculta la heterogeneidad de la incidencia de la pobreza sobre todo el territorio peruano, como así también los contrastes entre Lima Metropolitana y el interior del país, y entre el área urbana y el área rural. Si bien la tendencia decreciente se observa en todas las regiones, para 2011 la tasa de incidencia de la pobreza en el área urbana era de 18,0%, mientras que en el área rural ascendía al 56,1%.

Asimismo, en línea con la desigual participación del Producto Bruto Geográfico, la incidencia de la pobreza es diferente según los distintos departamentos. Para 2010, cuando la pobreza se ubicaba en 31,3%, en los departamentos de Huancavelica y Apurímac la población por debajo de la línea de pobreza superaba

el 60%, mientras que en las regiones de Madre de Dios e Ica la incidencia de la pobreza se ubicaba por debajo o en torno del 10%.⁵

Por otra parte, la pobreza medida por el enfoque de necesidades básicas insatisfechas (NBI) también ha manifestado un descenso en los últimos años. En este sentido, la población con al menos un NBI pasó de 37,2%, en 2004, a 26,4%, en 2010. También puede observarse que la desigualdad en la distribución del ingreso ha mejorado en la última década; así lo registra el coeficiente de Gini, con una reducción de casi 7 p.p., al ubicarse en 2010 en 0,47 (SEDLAC, 2012).

2.3.2. Nivel educativo de la población

La educación es un factor esencial que impacta en la calidad de vida de las personas y en su nivel de salud, y es uno de los pilares sobre los cuales se sostiene el desarrollo humano. Entre las evidencias científicas están aquellas que dan cuenta de cómo a medida que aumenta la educación mejora la autoevaluación del estado de salud, disminuyen las limitaciones de las actividades y se reducen los días laborales perdidos. La educación contribuye a la salud y prosperidad en la medida que promueve a las personas con conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control y dominio sobre las circunstancias de sus vidas, aumentando las oportunidades de seguridad en materia laboral y de ingresos, además de la satisfacción en el trabajo. Asimismo, mejora el acceso y manejo de información para mantener una vida saludable (Mustard y Frank, 1991, citado en Lip y Rocabado, 2005).

De acuerdo con diversos estudios efectuados en el Perú, el poco uso de los servicios de salud se encuentra, entre otros factores, relacionado de manera directa con el bajo nivel educativo. También se han estudiado los efectos indirectos, ya que la educación tiene un fuerte impacto en los niveles de ingreso y crecimiento económico, en el desarrollo social, en la alimentación y la nutrición, así como en las diferencias de género y posición social.

En el Perú, la extensión educativa ha tenido un fuerte desarrollo en los últimos años, alcanzando a amplios sectores de la población que habita en las áreas urbanas y, aunque a un ritmo más lento, también ha ido incluyendo a la población que habita en las áreas rurales. Desde fines del siglo XX se verificó un importante descenso en el nivel de analfabetismo, ya que según datos del Censo Nacional de Población, en 1981, un 18,0% de la población de 15 años y más era analfabeta, mientras que, para 1993, este porcentaje había descendido al 12,8% de la población. Esta modificación continuó en el tiempo, manifestando que, para 2000, algo menos del 11,0% de la población era analfabeta y, ya en

⁵ En el Anexo, que figura al final de este capítulo, se presentan mayores detalles.

2010, pasó a considerarse que el 90,0% de la población estaba alfabetizada. Aun así, es necesario subrayar que este promedio país oculta ciertas disparidades regionales. Entre las distintas regiones del Perú, se destacan Callao, con una tasa de alfabetización del 97,0%, y Lima, con 96,1%. Mientras, en el otro extremo, se encuentran las regiones de Huancavelica y Apurímac, con tasas de alfabetización del 74,4% y 77,3%, respectivamente.

2.3.3. Acceso a servicios básicos

El mejoramiento de la infraestructura básica de agua y desagüe, de las viviendas y en general del hábitat produce, en el nivel poblacional, importantes descensos en la tasa de mortalidad infantil, en las enfermedades infecto-contagiosas y en las afecciones epidérmicas, entre otras dolencias.

La disponibilidad y el acceso a servicios básicos adecuados, tales como agua, desagüe y electricidad se encuentran asociados con mejores condiciones de supervivencia de la población en general y, en especial, de los niños y niñas. Estudios realizados en el país revelan que el acceso a estos servicios constituye un factor explicativo importante acerca del estado nutricional de los niños y de su propensión a padecer desnutrición infantil crónica.

En este sentido, datos de 2010 manifiestan que solo una pequeña proporción de la población peruana tiene acceso al servicio de agua segura (23,6%). En el nivel regional, se destaca que solo dos jurisdicciones superan el 50,0% de sus habitantes con acceso a agua segura (estas son Callao, con el 63,0%, y Lima, con un 51,0%), mientras en otros 14 departamentos la proporción no supera el 10,0%, y en otras 4 regiones no es mayor al 24,0%.⁶

Por otra parte, si se observa el porcentaje de población con acceso al agua, el indicador arroja resultados un poco más favorables. En el nivel nacional, un 72,3% de los habitantes del Perú posee, hacia 2010, acceso al agua, aunque nuevamente se observan significativas disparidades en el nivel regional. Así es como, en 7 departamentos, este indicador supera el 80,0%, destacándose Callao (91,8%) y Moquegua (91,6%), mientras que en Junín alcanza al 80,0% de los habitantes. Luego, el valor más bajo se registra en Amazonas, con 31,6% y en Pasco, con 38,7%. Además, en 12 departamentos el porcentaje oscila entre el 40,0% y poco menos del 70,0% de la población y, en otros 4, varía alrededor del 70,0%, sin llegar al 80,0%.⁷ La falta de acceso al agua impide disfrutar de una

⁶ En el Anexo, que figura al final de este capítulo, se presentan mayores detalles.

⁷ Conocer cómo se distribuye el acceso a los servicios de agua potable es de suma importancia, debido a que allí donde escasea el agua segura es mayor la frecuencia de muertes infantiles. Por lo tanto, este es un dato fundamental que deberá ser tomado en cuenta en la formulación de políticas y planes.

buena salud y de otros derechos básicos, como el derecho a la alimentación y a un nivel de vida adecuado. El acceder a agua y saneamiento resulta esencial para que el ser humano viva dignamente.

En el Perú, datos de 2010 indican que cerca del 87,0% de los habitantes poseen acceso a servicios básicos de saneamiento. No obstante, en este indicador también se observa una significativa variabilidad en el nivel regional. En 6 de las 25 regiones, el indicador de saneamiento alcanza valores superiores al 90,0%, siendo Callao la región con el mayor valor relativo (96,8%), mientras que los valores más bajos se observan en Ucayali, Pasco y Loreto, con tasas de acceso a servicios de saneamiento de 39,7%; 55,4% y 55,9%, respectivamente.

La condición de pobreza está relacionada, a la vez, con el acceso a los servicios básicos. En 2011, por ejemplo, se observa que entre los pobres el 45,2% no tenía acceso a agua de red pública, un 66,9% no tenía acceso a servicios de desagüe (servicio higiénico) y un 26,8% no tenía electricidad;⁸ estas cifras indican brechas de 29,2 p.p., 42,6 p.p. y 21,5 p.p. respecto de la población no pobre (INEI, 2012b).

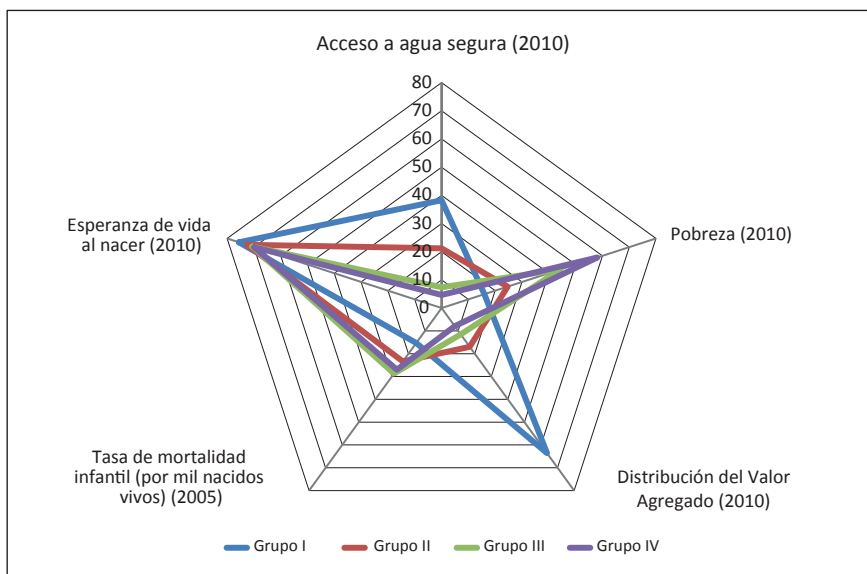
La heterogeneidad entre las situaciones departamentales en cuestiones productivas y sociales encuentra correlación con los resultados sanitarios. Como ilustración sintética de lo aquí expresado, se elaboró el Gráfico 2.6. Allí se presentan indicadores de desarrollo económico, social y de salud para todos los departamentos del Perú, agrupados en cuatro conjuntos de acuerdo con sus respectivos Índices de Desarrollo Humano (IDH), correspondientes al año 2007. Esos grupos son:

- Grupo I: Arequipa, Callao, Ica, Lima, Moquegua y Tumbes.
- Grupo II: Áncash, Junín, La Libertad, Lambayeque, Madre de Dios, Tacna y Ucayali.
- Grupo III: Amazonas, Cusco, Loreto, Pasco, Piura y San Martín.
- Grupo IV: Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco y Puno.

En el gráfico puede observarse que los departamentos con mayor IDH coinciden con los de menor nivel de pobreza, mayor acceso al agua potable y mayores recursos productivos, a la vez que tienen menor TMI y mayor esperanza de vida (Grupo I). Esto contrasta de manera evidente con lo que se observa para los departamentos de menores recursos productivos, mayor pobreza y menor acceso al agua potable (Grupo IV). El grupo III no se diferencia mucho del IV, mientras que los departamentos del grupo II se encuentran en una situación intermedia.

⁸ Entre los pobres extremos estas carencias son aún mucho más grandes (INEI, 2012b).

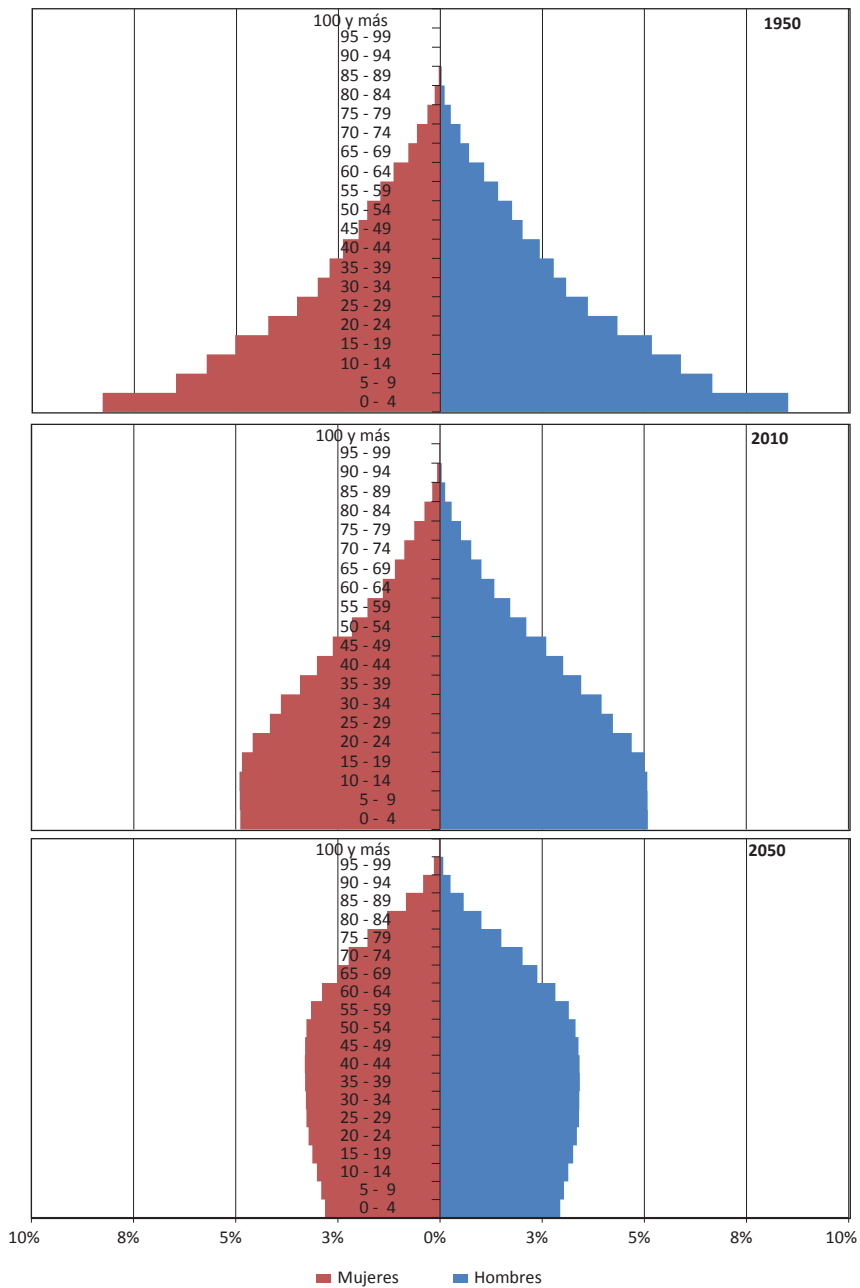
Gráfico 2.6. Disparidades departamentales productivas, sociales y sanitarias
(Índice, base = 100 para el valor máximo de cada dimensión)



Nota: los datos presentados corresponden al promedio, excepto en el caso de la distribución del producto (donde se presenta el agregado).
 Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

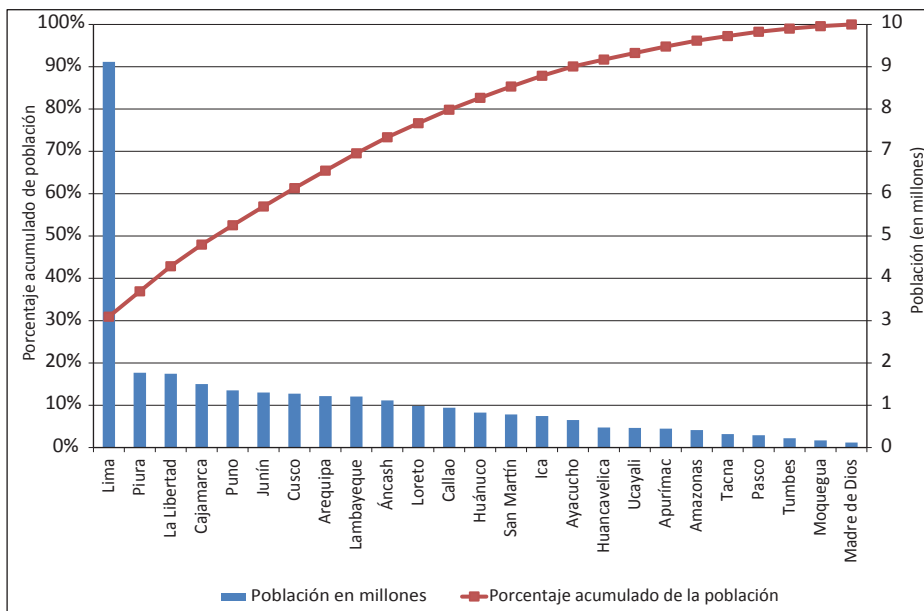
2.4. Anexo

Gráfico 2.7. Composición de la población por género y grupo etario, 1950, 2010 y 2050



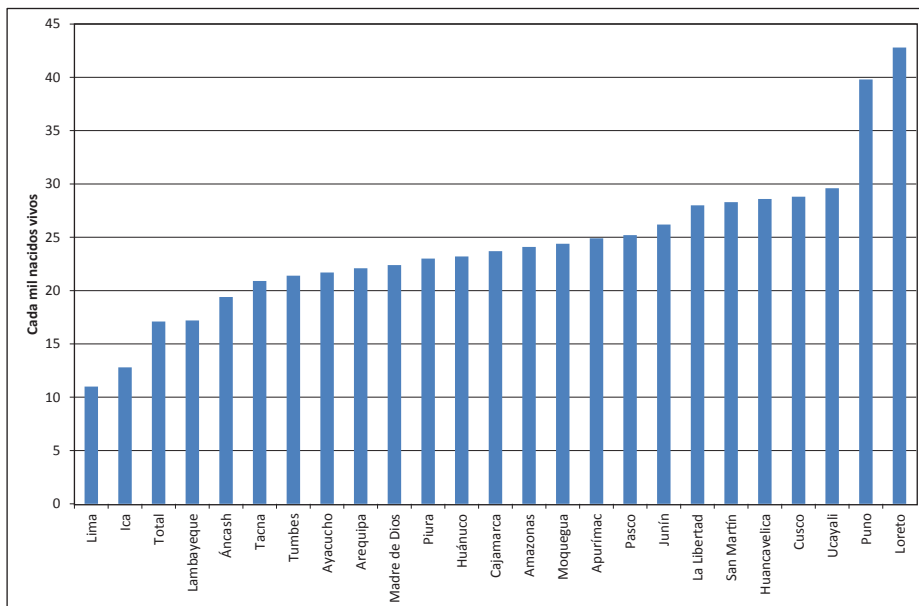
Fuente: CELADE.

Gráfico 2.8. Distribución de la población por departamentos, 2010



Fuente: INEI.

Gráfico 2.9. Tasa de mortalidad infantil por departamento, 2005
(Cada mil nacidos vivos)



Fuente: Dirección General de Epidemiología - DGE, MINSA.

Cuadro 2.1. Tasas de mortalidad estandarizadas por grupos de causas, 2009
(Cada 10.000 habitantes)

Departamento	Enfermedades transmisibles	Tumores	Enfermedades del aparato circulatorio	Causas externas
Amazonas	13,8	11,3	23,2	14,3
Áncash	15,0	10,1	11,2	8,9
Apurímac	18,9	9,6	10,1	15,3
Arequipa	11,8	11,0	7,8	6,7
Ayacucho	18,4	12,2	8,7	13,4
Cajamarca	14,4	12,4	14,9	9,6
Callao	12,6	11,0	9,1	2,0
Cusco	15,6	11,0	8,6	17,7
Huancavelica	16,2	14,3	9,4	14,4
Huánuco	13,8	16,4	10,0	12,2
Ica	14,0	9,2	9,6	4,1
Junín	16,1	13,5	7,9	11,0
La Libertad	10,9	11,3	12,3	5,2
Lambayeque	9,8	12,2	9,4	5,0
Lima	13,0	12,0	8,3	2,6
Loreto	25,2	12,0	9,8	4,7
Madre de Dios	25,5	10,2	7,0	14,2
Moquegua	10,3	12,3	6,5	8,7
Pasco	16,8	14,0	11,2	14,3
Piura	13,3	11,2	13,9	4,3
Puno	16,4	7,3	8,6	13,0
San Martín	17,5	11,7	12,5	11,1
Tacna	13,9	10,9	7,7	7,9
Tumbes	18,5	10,5	17,7	5,0
Ucayali	22,0	11,8	14,1	7,2
Total	14,3	11,6	9,8	6,9

Fuente: Dirección General de Epidemiología, MINSA.

Cuadro 2.2. Incidencia de la pobreza y valor agregado por departamentos, 2010
(En porcentajes)

Departamento	Pobreza	Distribución del Valor Agregado
Amazonas	50,1	0,6
Áncash	29,0	3,5
Apurímac	63,1	0,5
Arequipa	19,6	5,7
Ayacucho	55,9	1,0
Cajamarca	49,1	2,6
Callao	15,6	
Cusco	49,5	2,8
Huancavelica	66,1	0,8
Huánuco	58,5	0,9
Ica	11,6	3,1
Junín	32,5	3,1
La Libertad	32,6	4,9
Lambayeque	35,3	2,7
Lima	13,3	53,0
Loreto	49,1	1,9
Madre de Dios	8,7	0,4
Moquegua	15,7	1,3
Pasco	43,6	1,0
Piura	42,5	4,0
Puno	56,0	2,1
San Martín	31,3	1,3
Tacna	14,0	1,4
Tumbes	20,1	0,5
Ucayali	20,3	1,0
Total país	31,3	100,0

Fuente: INEI.

Cuadro 2.3. Acceso a servicios básicos, 2010
(En porcentajes)

Departamento	Acceso a agua	Acceso a agua segura	Acceso a saneamiento
Amazonas	31,6	3,3	80,0
Áncash	70,3	23,2	83,3
Apurímac	74,8	2,2	84,8
Arequipa	85,5	35,0	90,2
Ayacucho	62,9	6,5	85,1
Cajamarca	64,6	2,7	89,3
Callao	91,8	63,0	96,8
Cusco	62,4	14,1	81,2
Huancavelica	44,4	2,1	65,1
Huánuco	49,6	9,7	85,0
Ica	83,5	4,8	91,8
Junín	80,0	14,0	85,9
La Libertad	68,4	12,9	83,7
Lambayeque	74,9	7,5	89,0
Lima	89,1	51,0	96,2
Loreto	40,9	8,2	55,9
Madre de Dios	61,1	37,8	82,7
Moquegua	91,6	41,2	90,3
Pasco	38,7	3,4	55,4
Piura	65,7	8,1	78,4
Puno	40,1	4,9	80,5
San Martín	63,2	7,4	88,1
Tacna	90,6	48,0	94,8
Tumbes	77,5	34,7	83,7
Ucayali	54,2	5,1	39,7
Total país	72,3	23,6	86,3

Fuente: Dirección General de Epidemiología - DGE - MINSA.

3. El sistema de salud del Perú

3.1. Estructura del sistema de salud del Perú

3.1.1. Organización del sistema de salud

El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud tiene por finalidad coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud. El sistema de salud del Perú comprende proveedores de servicios públicos y privados, cada uno de los cuales incorpora un conjunto de mecanismos de financiamiento y suministro de servicios integrados verticalmente. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se organiza en cinco segmentos, con financiamiento contributivo o de rentas generales.

En primer lugar, el Gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables, a través del Seguro Integral de Salud (SIS) que subsidia la provisión de servicios a la población en situación de pobreza. La prestación de servicios, tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS, se realiza mediante la red de establecimientos de los Gobiernos regionales y del Ministerio de Salud (MINSA), que están ubicados en las regiones y en la capital de la república (Alcalde-Rabanal *et al.*, 2011). Este subsistema está estructurado en tres niveles: nacional, regional y local. El nivel nacional está conformado por el MINSA, los órganos desconcentrados del MINSA (Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud y los Institutos especializados).⁹ El nivel regional está representado por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), pertenecientes a los gobiernos regionales y, el nivel local, por algunas municipalidades encargadas de la administración y el presupuesto de los establecimientos de salud de sus jurisdicciones (MINSA, 2010).

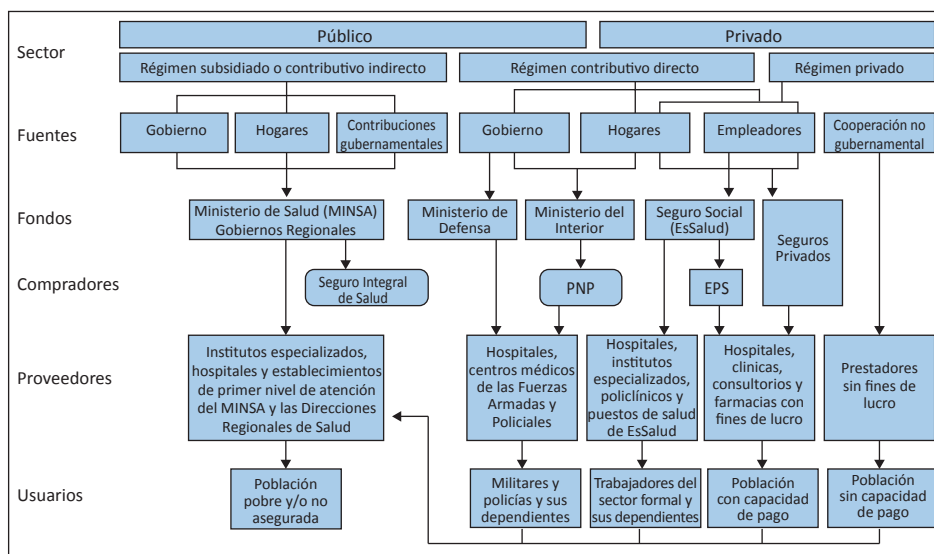
Los otros cuatro subsistemas que brindan servicios de salud son: i) el Seguro Social de Salud - EsSalud adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, que opera con su propia red de hospitales y centros de salud; ii) las Sanidades de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército), adscritas al Ministerio de

⁹ Los Institutos especializados son: Instituto Nacional de Salud del Niño, Instituto Nacional de Salud Mental, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Oftalmología y el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Defensa, que cuenta con sus propias instalaciones; iii) la Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP), adscrita al Ministerio del Interior, que también cuenta con sus propias instalaciones; y iv) las instituciones del sector privado: entidades prestadoras de salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC) (Wilson *et al.*, 2009; Alcalde-Rabanal *et al.*, 2011).

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

Gráfico 3.1. Estructura del sistema de salud del Perú



Fuente: Alcalde-Rabanal *et al.* (2011).

EsSalud ofrece servicios de salud a la población asalariada y a sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social, en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a través de las EPS. Estas últimas tienen como finalidad complementar, con servicios de menor complejidad, la prestación de los servicios ofrecidos por EsSalud a aquellos trabajadores que hayan optado por afiliarse voluntariamente a alguna de esas instituciones. Las EPS brindan servicios de salud en

establecimientos privados, propios o de terceros, aunque también tienen convenios con establecimientos públicos (MINSA, 2010).¹⁰

La Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad de la PNP brindan servicios solo a sus miembros, familiares directos y trabajadores, mediante su propia red de establecimientos. Sin embargo, a pesar de comportarse como seguros de salud, el financiamiento de los subsistemas proviene tanto del Tesoro público como de los copagos realizados por los familiares de los beneficiarios titulares (MINSA, 2010).

Dentro de las prestaciones del sector privado, se distingue el servicio privado lucrativo y el servicio privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras.¹¹ Por otro lado, el sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro (como la Cruz Roja Peruana, los Bomberos Voluntarios y las Organizaciones de acción social de algunas iglesias, entre otras). La mayor parte de estas entidades presta servicios de primer nivel y frecuentemente recibe recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, del Gobierno y de hogares (Alcalde-Rabanal *et al.*, 2011).

La autoridad sanitaria máxima y el ente rector del Sistema Nacional de Salud es el Ministerio de Salud-MINSA. La Ley General de Salud (Ley N° 26842) asigna al MINSA la dirección y gestión de la política nacional de salud, así como la supervisión de su cumplimiento de conformidad con la política general del Gobierno. También, establece que el Gobierno es garante de proveer los servicios de salud pública a toda la población y que la salud individual es una responsabilidad compartida por el individuo, la sociedad y el Estado (Alcalde-Rabanal *et al.*, 2011). Por otra parte, la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA¹² (Organismo Público Técnico Especializado adscrito al Ministerio de Salud) se constituye como el ente encargado de registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, así como de supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de su competencia. Asimismo, es la institución encargada de registrar, autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las entidades prepagas de

¹⁰ Mayores detalles sobre EsSalud son presentados en la Sección 3.3.1. de este capítulo.

¹¹ También existen prestadores privados informales: chamanes, curanderos, hueseros y parteras, entre otros.

¹² A la vez, esta entidad fue creada sobre la base de la Superintendencia de las EPS.

salud y de todas las entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios bajo la modalidad de pago regular o anticipado. Para ejercer sus funciones, la SUNASA cuenta con facultades sancionadoras (Casalí y Pena, 2012).

Por otra parte, EsSalud, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, cuenta con un órgano de dirección que es el Consejo Directivo. Este consejo está conformado por representantes del Estado, de los trabajadores, de los empleadores y de los pensionados. El Presidente Ejecutivo, elegido por el Poder Ejecutivo, es la máxima autoridad de EsSalud. Si bien estos representantes son elegidos por dos años, con la posibilidad de renovar el cargo por dos años más, se observa una alta inestabilidad en los puestos, lo que realmente dificulta la gestión de EsSalud.

Recuadro 2. Lineamientos de política tarifaria en el sector Salud

Desde la década de 1980 el MINSA ha realizado esfuerzos por tratar de uniformar y reglamentar los procedimientos que definen las tarifas del sector Salud debido a la existencia de vacíos normativos, como la falta de unidad de criterios para el cobro de los servicios que prestan los establecimientos de salud, la instalación de tarifas que no consideran la capacidad de pago de los usuarios o que no guardan coherencia con la estructura de costos, la ausencia de lineamientos respecto de la definición tanto de tarifas, como de los subsidios y el uso de los ingresos generados por esas tarifas, la falta de estandarización de la cartera de servicios médicos ofrecidos por los establecimientos de salud, y la ausencia de una política general de financiamiento de los servicios de salud. En este contexto, se aprobó, en 2006, el documento “Lineamientos de política tarifaria en el sector Salud”.

Los principios contenidos en ese documento tienen por objetivo establecer directrices y criterios técnicos que regulen la determinación de las tarifas de los servicios de salud en los establecimientos públicos del país, con el fin de mejorar el acceso a estos servicios y, complementariamente, su sostenibilidad operativa y financiera.

Los lineamientos de esta política son los siguientes:

- equidad: definición de tarifas escalonadas de acuerdo con la capacidad de pago; provisión de un paquete de atenciones de salud básicas no sujetas a cobro alguno; y que las tarifas no se constituyan en barreras de acceso mediante la identificación socioeconómica de los usuarios;
- transparencia: promover la participación de los ciudadanos; difundir la información tarifaria;
- tarifas basadas en costos: definir las tarifas a partir de la estructura de costos (de un proceso de producción eficiente en servicios de salud), considerando el uso de guías de atención médica normadas y aprobadas por el MINSA.

Para la identificación de la capacidad de pago se utilizan instrumentos técnicos vigentes (FESE, SISFOH; descritos en el Recuadro 6), que consideran tarifas cero (subsidiadas) para el estrato que corresponde a los pobres extremos y a los pobres, y porcentajes crecientes para los demás. Para el caso de enfermedades catastróficas se fijarán montos límites asumiendo el Estado la obligación de atender esos casos.

Por otra parte, la definición de tarifas sobre la base de la estructura de costos permite discriminar entre costos fijos (recursos humanos, equipamiento e infraestructura) y costos variables (insumos, material médico y quirúrgico, medicamentos, servicios de mantenimiento de equipos y otros servicios que permiten la operatividad de los hospitales, junto con los costos de los servicios públicos). Este aspecto es relevante tanto para los financiadores públicos como para los privados. En este esquema, el SIS reembolsa el costo variable, otros financiadores públicos (EsSalud, FFAA y policiales) cubren el costo total del servicio, mientras que los financiadores privados cubren el costo total más un margen adicional.

Existen tarifas referenciales que se toman en cuenta en el intercambio de servicios entre prestadores, el reembolso por financiadores y para cuantificar el monto del subsidio público (para aquellos usuarios sin capacidad de pago). Asimismo, existen tarifas específicas que son definidas por los establecimientos incorporando algunos ajustes de acuerdo con las características propias de sus procesos de producción y de sus potenciales usuarios. Por su parte, cada establecimiento puede aplicar a las tarifas referenciales por lo menos dos factores de ajuste: por sus costos estándares y por la capacidad de pago de sus potenciales usuarios.

Por último, para brindar un panorama general acerca del peso que adquieren estos recursos en el financiamiento de la salud pública es importante destacar que los recursos recaudados directamente (cuando el cobro de tarifas a los usuarios es el principal componente) representaban, en 2005, el 16,1% del financiamiento total del MINSA, lo que implica una reducción respecto al 22,7% que representaban en 2001 y 2002 (MINSA, 2008).

Fuente: MINSA (2005 y 2006).

3.1.2. Recursos del sistema de salud

Si bien cada uno de estos subsistemas cuenta con sus propios establecimientos, existe un predominio del MINSA y de las agencias de las regiones (Direcciones Regionales de Salud - DIRESA) en la provisión de los servicios básicos de salud. En 2009, estos concentraban el 96% de los puestos de salud y el 57%

de los centros de salud,^{13, 14} además de concentrar un tercio de los hospitales. De acuerdo con el Banco Mundial (2011), gran parte de los hospitales o institutos de alta complejidad pertenecen al sector privado (208 hospitales o institutos contabilizados en 2005), mientras que EsSalud también concentra un porcentaje relevante de este tipo de establecimientos (78 hospitales o institutos contabilizados en 2008).

Cuadro 3.1. Cantidad de establecimientos del sector Salud y del Ministerio de Salud por tipo, 2002-2009

Año	SECTOR SALUD				MINISTERIO DE SALUD			
	Total	Hospital	Centro Salud	Puesto Salud	Total	Hospital	Centro Salud	Puesto Salud
2002	8.077	482	2.055	5.540	6.732	138	1.179	5.415
2003	8.064	452	1.784	5.828	6.892	142	1.202	5.548
2004	7.958	441	1.926	5.591	6.722	141	1.188	5.393
2005	8.055	453	1.932	5.670	6.821	146	1.203	5.472
2006	8.237	463	1.972	5.802	6.997	147	1.246	5.604
2007	8.295	470	1.990	5.835	7.049	151	1.261	5.637
2008	8.544	485	2.049	6.010	7.267	154	1.295	5.818
2009	8.955	469	2.321	6.165	7.382	155	1.321	5.906

Fuente: MINSAs.

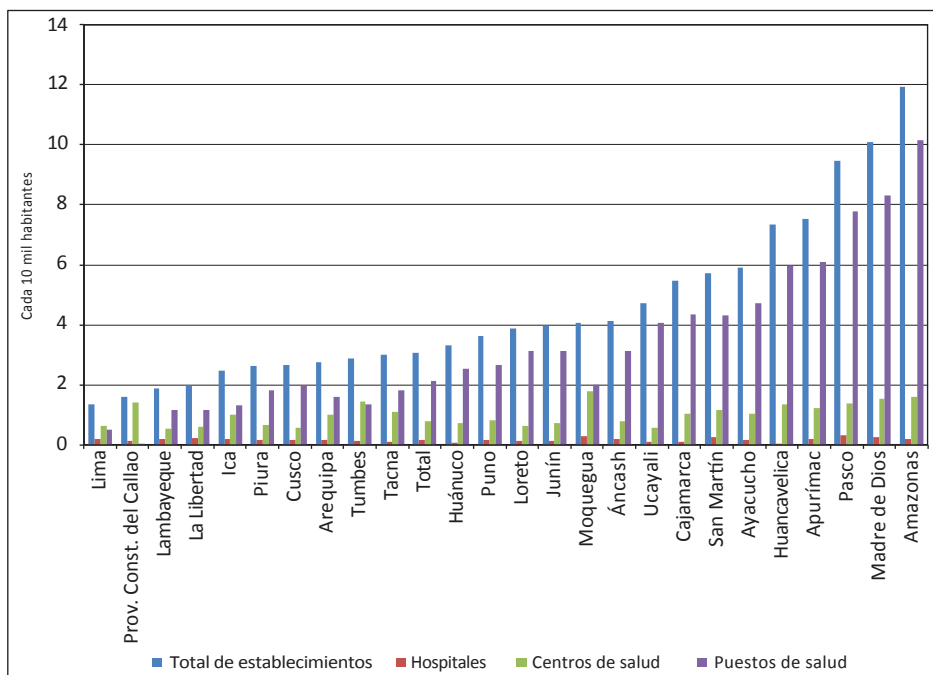
Para el año 2009 existían 3,1 establecimientos de salud cada 10 mil habitantes. A la vez, esta cifra se descompone de la siguiente forma: 0,2 hospitales, 0,8 centros de salud y 2,1 puestos de salud por cada 10 mil personas. La distribución regional de los establecimientos de salud da cuenta de que los departamentos que concentran el mayor porcentaje del total son Lima (13,3%), Cajamarca (9,1%), Junín (5,7%) y Amazonas (5,5%). No obstante, dada la distribución regional de la población, la correspondencia de los establecimientos de salud cada 10 mil habitantes es diferente. Los departamentos con mayor cantidad de establecimientos son Amazonas (11,9), Madre de Dios (10,1), Pasco (9,5),

¹³ Existen tres niveles en los sistemas de atención médica. El nivel I se refiere a las instalaciones médicas para la atención de baja complejidad; el nivel II comprende la atención de los problemas transferidos del nivel I y tiene capacidad para resolver algunos problemas quirúrgicos, junto con el control y la vigilancia de los hospitales ambientales y epidemiológicos; y el nivel III es aquel que resuelve problemas de hospitalización de alta complejidad.

¹⁴ Los puestos de salud son establecimientos de primer nivel de atención, desarrollan actividades de atención integral de salud de baja complejidad con énfasis en aspectos preventivo-promocionales. Por otra parte, los centros de salud son establecimientos de primer nivel de atención de salud y de complejidad, y están orientados a brindar una atención integral de salud en sus componentes de promoción, prevención y recuperación.

Apurímac (7,5) y Huancavelica (7,3). Esta distribución se explica por los puestos de salud, mientras que la distribución departamental de los hospitales y de los centros de salud resulta un poco más uniforme.

Gráfico 3.2. Distribución de los establecimientos de salud por departamento, 2009



Fuente: INEI.

El número de camas por cada 10 mil habitantes se ha mantenido relativamente estable entre 2003 y 2010, ubicándose en torno a 15 o 16 camas (véase el Cuadro 3.2). Del total de camas disponibles en 2010, el subsector público no contributivo cuenta con el 56,9%, mientras que el conjunto de los otros subsectores (EsSalud, Fuerzas Armadas, PNP y sector privado) concentra el 43,1% restante. Por otro lado, a marzo de 2012, las camas hospitalarias de EsSalud se ubican en 6720.

Hacia 2007, las regiones con la mayor proporción de camas hospitalarias del MINSA y EsSalud fueron Lima (37,9%), Áncash (7,8%) y Arequipa (5,9%), mientras que las regiones con la menor proporción fueron Moquegua (0,5%), Madre de Dios (0,7%) y Huancavelica (0,7%). Por otra parte, la mayor disponibilidad de camas cada 10 mil habitantes de MINSA y EsSalud se observó en las regiones de Áncash (18,2), Madre de Dios (14,9), Arequipa (12,8) y Callao (12,2), en tanto las regiones con menor disponibilidad fueron Cajamarca (3,4), Piura (3,6) y Huancavelica (3,9) (según datos de MINSA, 2010).

Cuadro 3.2. Número de camas hospitalarias, 2003-2010

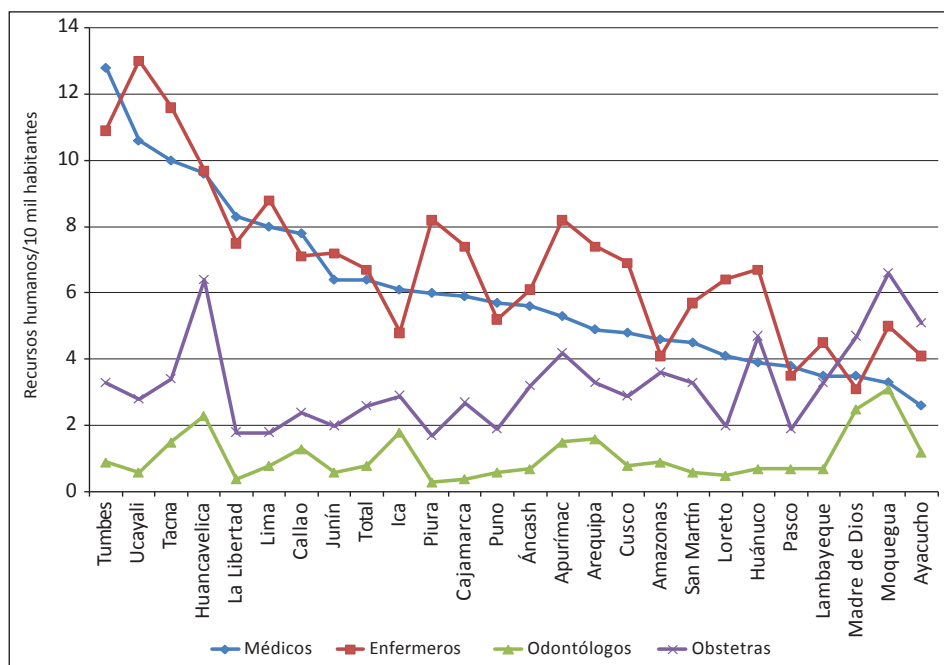
Año	Total	Ministerio Salud y Gobiernos Regionales	Demás instituciones públicas y privadas	Camas x 10 mil hab.
2003	41.824	23.889	17.935	15,5
2004	41.802	23.889	17.913	15,2
2005	42.159	24.055	18.104	15,1
2006	42.613	24.171	18.442	15,6
2007	44.195	25.389	18.806	16,0
2008	44.455	25.337	19.118	16,0
2009	44.618	25.607	19.011	15,3
2010	44.926	25.580	19.346	15,2

Fuente. INEI.

En ese mismo año, en los establecimientos del Ministerio de Salud y EsSalud trabajaron 18.248 médicos, 19.150 enfermeros, 7.284 obstetras y 2.362 odontólogos. Estos trabajadores estuvieron concentrados sobre todo en las regiones de Lima, Arequipa, Callao y La Libertad y, en menor proporción, en Tumbes, Pasco y Madre de Dios (MINSa, 2010). Para el año 2010, se contabilizaron 15.607 médicos, 17.994 enfermeros, 8.172 obstetras y 2.159 odontólogos solo en los establecimientos del MINSa y de los gobiernos regionales, mientras que durante el primer trimestre de 2012 el número de médicos solo en establecimientos de EsSalud asciende a 6.362. En el Recuadro 3 se presentan algunas consideraciones concernientes a la jornada laboral aplicada a los recursos humanos del sector.

A partir de los datos expuestos en el Gráfico 3.3, puede observarse que la disponibilidad de profesionales de la salud (del MINSa y de EsSalud) por cada 10 mil habitantes durante 2007 fue de 6,4 en el caso de los médicos, 6,7 enfermeros, 2,6 obstetras y 0,8 odontólogos. Las regiones que tuvieron mayor disponibilidad de médicos por cada 10 mil habitantes fueron Tumbes (12,8), Ucayali (10,6) y Tacna (10,0), mientras que las regiones con la menor disponibilidad fueron Ayacucho (2,6), Moquegua (3,3), Madre de Dios (3,5) y Lambayeque (3,5). En el caso de los enfermeros, las regiones con mayor disponibilidad de personal por cada 10 mil habitantes fueron Ucayali (13,0), Tacna (11,6) y Tumbes (10,9), mientras que las que tuvieron la menor disponibilidad fueron Madre de Dios (3,1), Pasco (3,5) y Amazonas (4,1). Por otra parte, las regiones con la mayor disponibilidad de obstetras cada 10 mil habitantes fueron Moquegua (6,6), Huancavelica (6,4) y Ayacucho (5,1), en tanto las regiones con la menor disponibilidad fueron Piura (1,7), La Libertad (1,8) y Lima (1,8) (MINSa, 2010).

Gráfico 3.3. Recursos humanos en salud del MINSA y EsSalud por departamento, 2007



Nota: los departamentos se presentan ordenados de manera descendente, según el número de médicos cada 10 mil habitantes.

Fuente: MINSA (2010).

Recuadro 3. Recursos humanos en salud: jornada de trabajo

La jornada laboral legal semanal en el Perú es de 48 h. En el caso de la jornada laboral del personal de la administración pública se trata de 7,45 h diarias (de las cuales 7 son efectivas) y, en el caso de los médicos, enfermeros y obstetras, la jornada semanal es de 36 h. El personal de EsSalud tiene una jornada laboral de 6 h diarias, de las cuales 4 h son efectivas y 2 h corresponden a tareas de actualización e investigación. Sin embargo, más allá de esto, el pluriempleo es elevado en el sector y, en definitiva, conduce a que los trabajadores de la salud desarrollen largas jornadas de trabajo.

Hacia 2010, según datos de la OPS (2012), un 57,0% de los profesionales médicos del Perú tenía más de un empleo. Esta cifra es similar a la observada en Argentina y Brasil (55,0%), pero mayor a la registrada en Costa Rica (27,0%). En el caso del personal de enfermería, en cambio, se observa que el pluriempleo se encuentra en un 15,0% en el Perú, ubicándose por debajo de Argentina y Brasil (25,0%) y por encima de Costa Rica (5,0%).

Las largas jornadas de trabajo conforman una dimensión ciertamente relevante. En el Perú, un 72,0% de los médicos trabaja entre 36 y 48 h semanales (en el establecimiento), mientras que en Brasil y Argentina se observa que un 31,0% y 47,0% de los médicos, respectivamente, trabaja hasta 35 h. En este sentido, las jornadas más extensas se observan en Costa Rica. Finalmente, las jornadas del personal de enfermería transitan un patrón similar entre los países analizados (OPS, 2012).

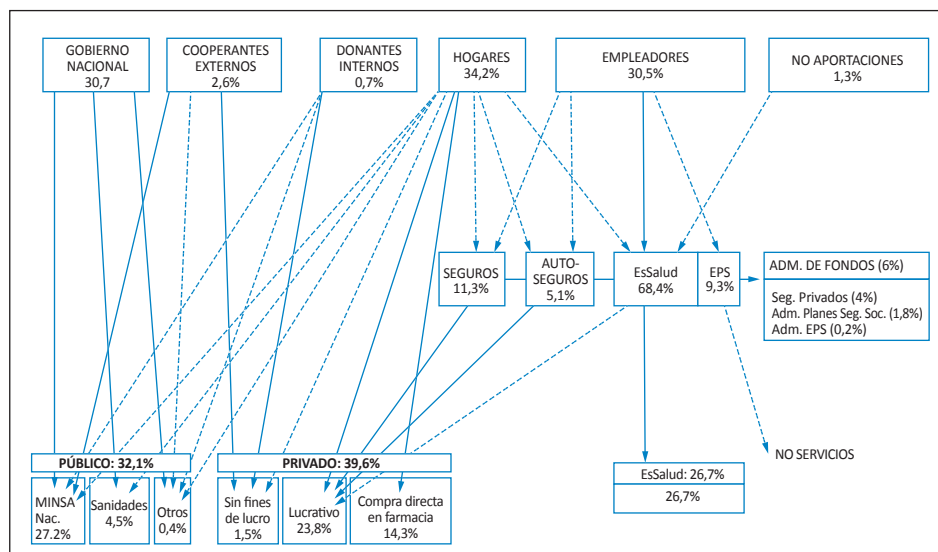
3.1.3. Gasto en salud

El gasto en servicios de salud alcanzó en 2005 el 4,5% del PBI del Perú, nivel en el que se había mantenido relativamente estable desde mediados de los años noventa (MINSA, 2008). Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud para el período 2006-2010 muestran un incremento del gasto en salud que se ubica en 5,1% hacia 2010. No obstante, a pesar del incremento registrado en los últimos años, cabe señalar que este valor aún se encuentra por debajo del promedio de la región, que se ubica en 6,6% (CEPAL, 2006; USAID, 2009). A partir de los datos brindados por la OMS para el año 2010, se observa que el Perú se ubica, junto con el Estado Plurinacional de Bolivia (4,8% del PBI) y la República Bolivariana de Venezuela (4,9% del PBI) entre los países de América del Sur con menor gasto en salud, una inversión que resulta ser la mitad de la establecida por los países de la región con mayor gasto total en salud (Costa Rica con 10,9% del PBI y Cuba con 10,6% del PBI) y, a la vez, muy por debajo de países como Brasil (9,0% del PBI) y Uruguay (8,4%).

El gasto per cápita ha manifestado una tendencia creciente desde principios de los años 2000. Luego de haber permanecido estancado en un nivel cercano a los USD 100 entre 1995 y 2003, el gasto per cápita comenzó a incrementarse a partir de 2004, hasta alcanzar en 2010 los USD 268,8 (lo que implica un incremento del 161% para el período 2004-2010). Este nivel de gasto per cápita resulta superior a los estándares mínimos estimados por la OMS para brindar ciertos servicios básicos de salud (USD 34) y a aquellos estimados para extender la cobertura en los países pobres (entre USD 40 y USD 80) (OMS, 2010), sin embargo, tal como se demuestra más adelante, la distribución de los recursos entre la población es desigual.

La composición del gasto según prestadores, para 2005, es la siguiente: MINSA, 27,2%; EsSalud, 26,7% y el sector privado lucrativo (que incluye a las EPS) con el 23,8%. El resto del gasto se distribuye entre farmacias, sanidades y el sector privado sin fines de lucro. La evolución de la composición del gasto según prestadores para el período 1995-2005 da cuenta de una reducción en el peso de las farmacias, las que pasan de representar el 24,9% a solo representar el 14,3% del gasto total en Salud, mientras que aumenta el peso de EsSalud (en 6,8 p.p.), del sector privado lucrativo (5,5 p.p.) y del MINSA (en 1,7 p.p.).

Gráfico 3.4. Matriz de flujos del sistema de salud: agentes financiadores, fondos y prestadores, 2005



Fuente: MINSa (2008).

Como se muestra en el Gráfico 3.4, la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud son los hogares (que, en 2005, financiaron el 34,2% del gasto total). No obstante, se observa una tendencia decreciente, ya que este valor descendió más de 10 p.p. entre 1995 y 2005.¹⁵ Alrededor del 97,0% del gasto de los hogares en servicios de salud se efectúa mediante el gasto de bolsillo, dado que el gasto en mecanismos de aseguramiento es bajo. Esto genera inequidades debido a que el acceso a los servicios de salud está asociado con la posibilidad que tengan los individuos de pagar por ellos (OMS, 2000).

En 2005, de los recursos que destinaron los hogares al financiamiento de la salud, el 43,3% del gasto estuvo destinado a la compra de servicios a prestadores privados; el 40,1%, a la compra de medicamentos en farmacias;¹⁶ el 11,6%, al pago de tarifas por la atención en establecimientos públicos,¹⁷ y el porcentaje restante fue destinado a la adquisición de pólizas de seguros privados (MINSa, 2010).

¹⁵ En 1995 la proporción del gasto en salud financiado por los hogares era del 45,8% (MINSa, 2008).

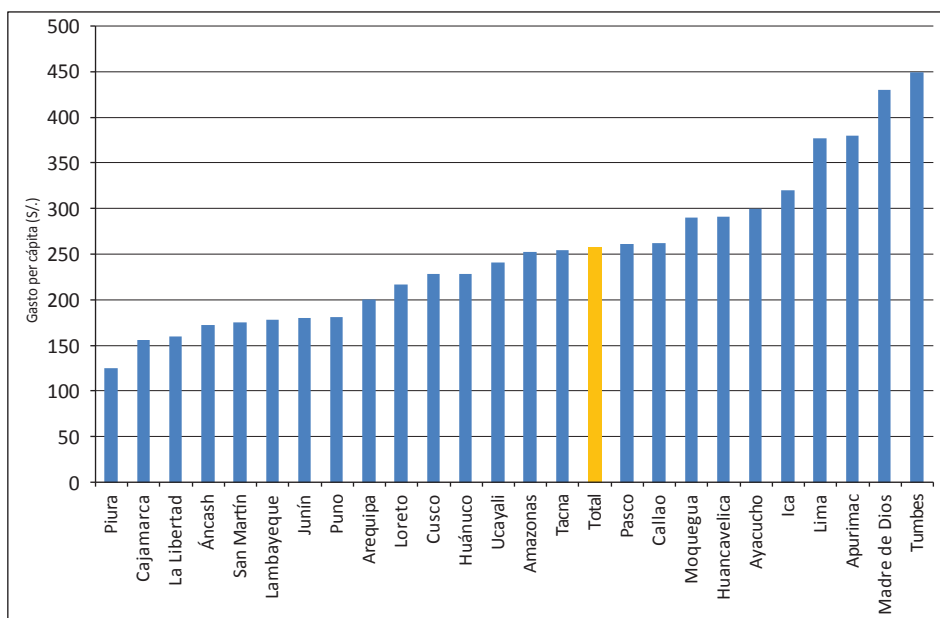
¹⁶ Este porcentaje ha disminuido desde 1995, mientras que ha aumentado el porcentaje de recursos destinado a la compra de servicios en prestadores privados dado que la compra de medicamentos se está realizando dentro de las instalaciones de los prestadores privados (MINSa, 2010).

¹⁷ Este porcentaje muestra una tendencia creciente. En 1995 el gasto vinculado con el pago de tarifas en establecimientos públicos representaba el 5,6% del gasto total de los hogares (MINSa, 2008).

Entre los financiadores siguen en importancia, en proporciones muy similares, el Gobierno (con recursos del Tesoro público) y los empleadores (a través de sus contribuciones patronales), quienes en 2005 financiaron el 30,7% y el 30,5% del gasto en salud, respectivamente. En ambos casos, la participación se ha incrementado en unos 5 p.p. entre 1995 y 2005 (MINSa, 2008).

El gasto del Gobierno se vincula con los recursos aportados por los impuestos generales, que el Tesoro asigna al sistema de salud para subsidiar, total o parcialmente, sus servicios. Sin embargo, con el avance del proceso de descentralización ha ido en aumento el peso del gasto de los gobiernos regionales. De este modo, mientras que en 2001 el gasto del MINSa representaba un 64,0% del gasto en salud del sector gobierno, en 2009, se observa que el Gobierno nacional¹⁸ y los gobiernos regionales poseen casi idénticas participaciones dentro del gasto en salud implementado desde el sector gobierno (MINSa, 2008; USAID, 2011). En 2011, de los S/. 7,8 millones (1,6% del PBI) del gasto total del sector público, un 51,5% lo ejecutó el Gobierno nacional; un 45,1%, los gobiernos regionales, y un 3,4% quedó en manos de los gobiernos locales.

Gráfico 3.5. Gasto per cápita del subsector público (MINSa –con SIS–, Ministerio del Interior y Ministerio de Defensa) por departamento, 2011



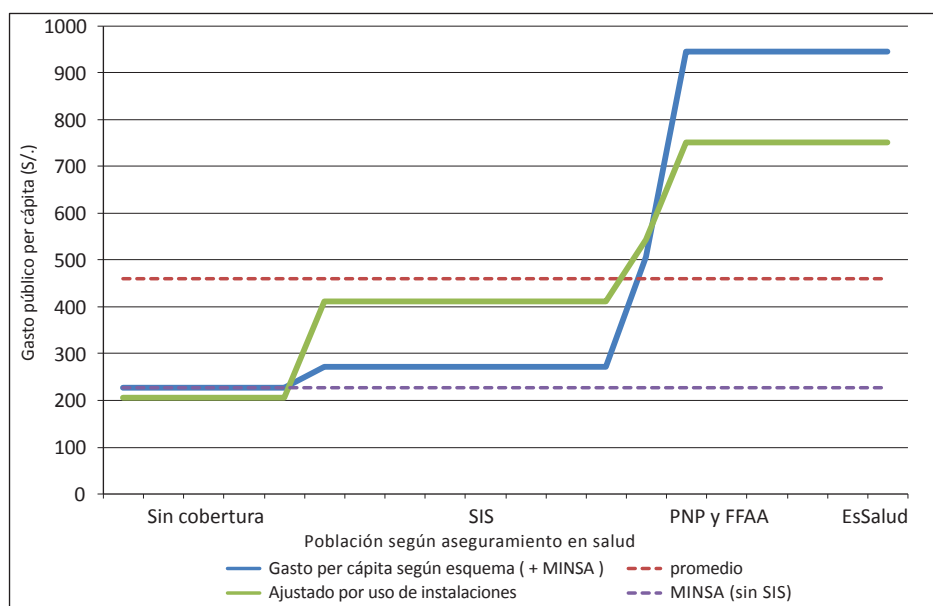
Fuente: SIAF.

¹⁸ De un total de S/. 4 millones erogados por el Gobierno nacional, un 91,5% corresponde al MINSa; un 4,5%, al Ministerio del Interior (asociado con la Sanidad de la Policía Nacional del Perú), y un 4%, al Ministerio de Defensa (asociado con las Sanidades de las Fuerzas Armadas).

La distribución de este gasto por departamento también revela que un 44,8% se concentra en Lima, mientras que el resto de las localidades tiene participaciones inferiores al 4,0%. Si a la vez este gasto se mide en términos per cápita, puede notarse una desigual distribución de las erogaciones por departamento (véase el Gráfico 3.5.). Entonces, la brecha entre el departamento con mayor gasto per cápita (Tumbes) y el de menor gasto per cápita asciende a 260 p.p. Considerando los cuatro departamentos con mayores recursos per cápita y los cuatro departamentos con menores recursos, puede observarse que la brecha disminuye, si bien todavía alcanza los 146 p.p.

Por otra parte, en 2011 el gasto total de EsSalud se ubicó en torno al 1,3% del PBI, siendo este un nivel relativamente inferior a otros registros observados en los años 2000 (Durán Valverde, 2005; EsSalud - Ejecuciones financieras).¹⁹

Gráfico 3.6. Gasto público per cápita, según aseguramiento en salud, 2011
(Incluye sector público y EsSalud)



Nota: el ajuste según uso de instalaciones se realiza a partir de la información presentada en el Capítulo 4. "Acceso y uso de los servicios de salud". En particular, se pondera a cada uno de los cuatro grupos, considerados por la distribución, por lugar o establecimiento de consulta en salud, según la condición de aseguramiento.

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos del SIAF, SIS, SUNASA y MINSa.

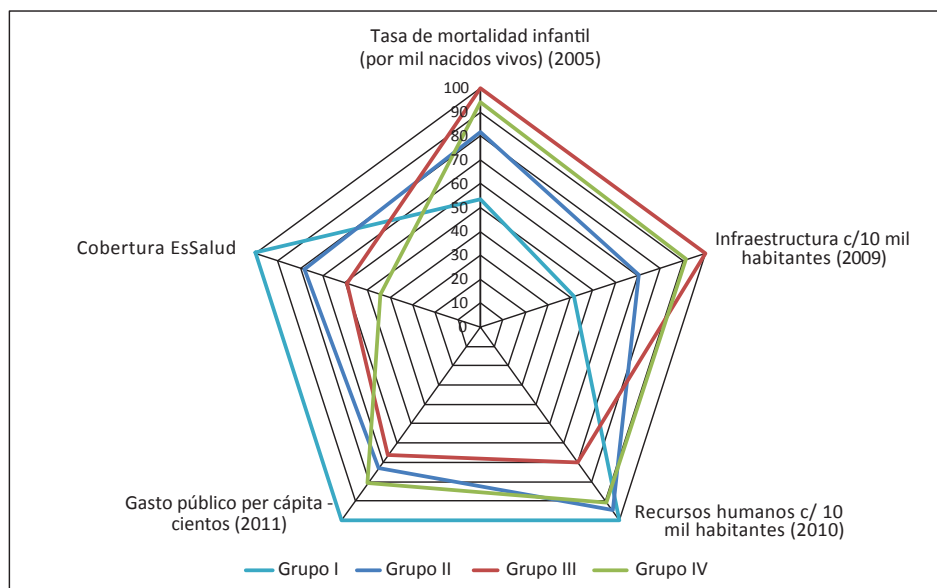
Al momento de considerar los valores presentados para el gasto del subsector público y para EsSalud, se observa que el gasto anual per cápita en 2011 es

¹⁹ Durante los años 2000 el gasto de EsSalud se ha ubicado entre el 1,5% y el 1,3% del PBI.

de S/. 461, si bien la distribución de este gasto no es uniforme, sino que varía según la condición de aseguramiento. Una forma muy simplificada de explicar este comportamiento se presenta en el Gráfico 3.6 donde se expone cómo la fragmentación del sistema determina que aquellos individuos que tienen seguro (EsSalud) son destinatarios de un mayor gasto per cápita, en tanto las personas que no poseen seguro son las que menos cobertura obtienen del sector público.

La heterogeneidad regional observada tanto en las condiciones sociales y productivas como en algunos resultados sanitarios (por ejemplo, en la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida), presentada en el Capítulo 1, también es aplicable a los recursos del sistema sanitario. En el Gráfico 3.7 puede apreciarse cómo los departamentos de mayor IDH -que son quienes concentran la mayor parte del valor agregado de producción y presentan mejores indicadores sociales entre su población- también se constituyen como los que poseen mayor nivel de cobertura del sistema contributivo (EsSalud) y son quienes implementan mayor nivel de gasto público per cápita (mediante subsistema público, sin incluir

Gráfico 3.7. Disparidades departamentales productivas, sociales y sanitarias
(Máximo = 100, para cada dimensión)



Nota: Grupo I: Arequipa, Callao, Ica, Lima, Moquegua y Tumbes.
 Grupo II: Áncash, Junín, La Libertad, Lambayeque, Madre de Dios, Tacna y Ucayali.
 Grupo III: Amazonas, Cusco, Loreto, Pasco, Piura y San Martín.
 Grupo IV: Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco y Puno.
 Los datos presentados corresponden al promedio, excepto en el caso de la distribución del producto (donde se presenta el agregado).
 Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

EsSalud). Esto remite a una de las características más complejas de los esquemas descentralizados de provisión de servicios sociales. En este tipo de sistemas, las regiones más desarrolladas de cada país suelen ser las que presentan menor informalidad, mayores bases tributarias para financiar los servicios públicos y, al mismo tiempo, mayor proporción de población beneficiaria de seguros sociales.

No obstante, se observa una menor brecha en cuanto a los recursos humanos en salud cada 10 mil habitantes. Así, mientras que en el grupo de mayor IDH el ratio recursos humanos cada 10 mil habitantes es de 19,5, en el grupo de menor IDH es de 17,7. Por último, se observa que la infraestructura de salud (hospitales, centros de salud y puestos de salud) cada 10 mil habitantes es mayor en los departamentos con menor IDH.

3.1.4. Descentralización de los servicios de salud

La política de Salud ha sido básicamente del tipo centralizado hasta principios de la década de 1990. Pero ya en la Constitución de 1993 se establece que si bien es el Estado el que determina la política de salud, este debe diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizada con el fin de facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. Sin embargo, solo bajo el marco de las Leyes N° 27783, de 2002 (Bases de la descentralización), y N° 29124, de 2009, el MINSA ha comenzado a transferir a los gobiernos regionales algunas competencias en salud.

Como antecedente de la descentralización se puede mencionar el proceso de desconcentración en salud iniciado en 1994, a través del Programa de Administración Compartida (PAC), mediante el cual se crean los CLAS (Comité Local de Administración de Salud) para cogestionar los servicios de salud con participación de la comunidad. Este modelo promueve la formación de una asociación civil sin fines de lucro, orientada a viabilizar con mayor efectividad los recursos comunitarios, el ejercicio de los derechos y la corresponsabilidad, con el fin de contribuir a mejorar el nivel de salud de toda la población. Esta Asociación cuenta con personería jurídica de derecho privado y está integrada por representantes de la comunidad. El modelo CLAS permitió a las comunidades locales obtener el control directo en la contratación y supervisión del personal y de otros recursos.

El MINSA, a través de las Direcciones Regionales de Salud y las Direcciones de Salud (DIRESA/DISA), fue transfiriendo recursos financieros, materiales y de personal, entre otros, hasta el momento en que estos fueron descentralizados, pasando a los pliegos regionales, como parte del proceso de descentralización del Estado (MINSA, 2008b).

Las CLAS se financian con transferencias presupuestarias y pueden administrar libremente todos los recursos generados localmente a partir de los copagos (Banco Mundial, 2011). Las transferencias presupuestarias provienen, desde 2007, de los pliegos de los gobiernos regionales y, con anterioridad, las transferencias provenían del MINSA con cargo al Tesoro público (Ugarte y Arguedas, 2007).

Desde la creación del exPAC hasta la actualidad, existen en el nivel nacional 763 Asociaciones CLAS que administran 2152 centros y/o puestos de salud. Esta cantidad representa aproximadamente el 33,0% del total de los establecimientos del primer nivel de atención. En su ámbito de operación, atienden a una población aproximada de 8,5 millones de habitantes, perteneciente a los estratos de mayor pobreza, quienes viven en zonas rurales y urbano-marginales. La cogestión CLAS está presente en todas las regiones del país con diversos niveles de desarrollo. En las regiones de Tacna, Arequipa y Moquegua, el 100% de los establecimientos del primer nivel opera bajo la modalidad de cogestión CLAS, mientras que en las regiones de Huancavelica, Junín, Pasco, Callao y Lima, las CLAS representan una minoría en relación con la modalidad de gestión no CLAS (Banco Mundial, 2011; MINSA, 2008b).

También ocurrió que entre 2003 y 2004, el modelo CLAS se debilitó y en consecuencia se produjo un cambio en el enfoque de la descentralización. Así se transfirió el control de las DIRESA y su personal a los gobiernos regionales. Esta transferencia de funciones de salud culminó hacia fines de 2008, con excepción de las regiones de Lima y Callao, donde el sistema de salud de encuentra administrado por los gobiernos regionales (Banco Mundial, 2011; MINSA, 2008b). La descentralización también abarcó la transferencia de funciones de salud, vinculadas con la atención primaria, hacia los gobiernos locales. Esto comenzó a desarrollarse en 2007 mediante la aplicación de programas piloto (Ugarte y Arguedas, 2007).

Es importante mencionar que de manera previa al inicio de este proceso ya existían avances en la desconcentración administrativa del MINSA. Durante la década de 1990, por ejemplo, las DIRESA, si bien dependían funcionalmente del MINSA, eran administradas por los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR), que gestionaban los activos físicos, los recursos humanos y los presupuestos del sector Salud (siempre con excepción de los departamentos de Lima y Callao). Sin embargo, este no fue el caso de las municipalidades, que si bien ejecutaban, previo al proceso, funciones de salud no estaban cabalmente integradas en las políticas nacionales y regionales de salud (Ugarte y Arguedas, 2007).

La reforma puesta en marcha implica un flujo directo de financiamiento del Ministerio de Economía y Finanzas hacia las regiones, lo que ha disminuido el

papel del MINSA en la administración del presupuesto en Salud. Si bien en un principio el papel jugado por los gobiernos regionales se limitó a ciertos aspectos de la administración y el MINSA retuvo una función determinante en la gestión de las DIRESA, la asignación formal de las responsabilidades ha dado lugar a un creciente papel de facto de las regiones en el liderazgo del sector (Banco Mundial, 2011).

El proceso de regionalización ha estado asociado con los esfuerzos para crear un marco de rendición de cuentas entre los niveles nacional y regional de gobierno. Antes de la descentralización, a partir de 1999, el MINSA suscribía acuerdos de gestión con las regiones y los hospitales, como parte de un esfuerzo que buscaba desconcentrar el control administrativo del MINSA. Luego, ya en el marco de la descentralización, se concretaron nuevos acuerdos de gestión entre el MINSA y los gobiernos regionales, que incluyen indicadores de desempeño vinculados con dos programas estratégicos del sector Salud en el sistema del presupuesto por resultados: programas de nutrición y maternidad-recién nacidos. Además, cada región agrega una tercera área de desempeño en función de sus prioridades epidemiológicas.

Por último, es importante destacar que paralelamente al proceso de descentralización se ha avanzado en la presupuestación por resultados. En el sector Salud los objetivos priorizados para la asignación de recursos incrementales han estado vinculados con la reducción de la mortalidad materno-infantil y el crecimiento infantil. Esta herramienta puede llegar a mejorar la coordinación y brindar mayor coherencia a un sistema presupuestario fragmentado verticalmente (Banco Mundial, 2011).

Sin embargo, este proceso, que se enmarca dentro de una política más amplia de descentralización, enfrenta algunos desafíos. Entre estos se pueden mencionar, la creación de sistemas de monitoreo para evaluar la calidad de los servicios, la necesidad de fortalecer los recursos humanos en los niveles descentralizados así como los recursos tecnológicos²⁰ y también el hecho de acompañar la transferencia de responsabilidades de gasto con recursos.

²⁰ Por ejemplo, la incorporación de TICs en la órbita de la salud pública se encuentra ligada con un conjunto de potenciales ventajas: acceso, eficacia, eficiencia, calidad, seguridad, generación de conocimiento, impacto en la economía e integración. Cada una de ellas se vincula con los diferentes ámbitos de aplicación: prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, educación sanitaria, gestión de los servicios y comercio electrónico en el sector Salud. Otro beneficio potencial del uso de TICs en Salud, se encuentra relacionado con la reducción de brechas geográficas, ya que las tecnologías podrían favorecer el acceso a diagnósticos y/o a especialistas a través de la conexión con centros de diferente nivel en distinta localización geográfica, lo que contribuiría a la reducción de inequidades entre las distintas zonas.

En virtud de las diferencias regionales antes señaladas y más allá de las virtudes de la descentralización de los servicios públicos, lo cierto es que en territorios tan desiguales como los que conforman al Perú, resulta imprescindible señalar que estos procesos deben ir acompañados por la instrumentación de políticas compensadoras interregionales, por un fortalecimiento del papel orientador e igualador del Gobierno central y por el diseño de esquemas de transferencias financieras que asistan a las acciones.

3.2. Nuevo marco de aseguramiento en salud: Aseguramiento Universal en Salud (AUS)

Como respuesta a la fragmentación y segmentación del sector Salud, y con un fuerte respaldo del MINSA, el Congreso aprobó en 2009 una Ley de Aseguramiento Universal en Salud. La decisión política de avanzar hacia el aseguramiento universal había comenzado en 2002 mediante un Acuerdo Nacional suscrito por representantes de las organizaciones políticas, religiosas, de la sociedad civil y del Gobierno. Posteriormente, esta prioridad se consolidó por medio del Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, del año 2005, y en el Plan Nacional Concertado de Salud del Ministerio de Salud, del año 2007. Para implementar estos acuerdos, a principios de 2008 se constituyó la Comisión Multisectorial con el objeto de proponer los mecanismos necesarios para consolidar un sistema nacional de salud y garantizar el aseguramiento universal. Esta Comisión elaboró un proyecto que luego de diversos debates se convirtió en Ley en 2009 (MINSA, 2010).

La Ley N° 29344 establece un “Marco de Aseguramiento Universal en Salud” con el fin de garantizar el derecho de toda persona a la seguridad social en salud, con independencia de su inserción laboral y situación económica. De este modo se establece un mandato mínimo común para las instituciones aseguradoras. De acuerdo con la Ley, las instituciones aseguradoras son las previamente listadas en la Sección 1: SIS, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, y las instituciones del sector privado. Estas entidades son denominadas instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS).

Los principios del aseguramiento universal en salud son: universalidad (para todos los residentes en el Perú), solidaridad (en el financiamiento), unidad (mediante articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones), integralidad, equidad (proveyendo servicios de salud a toda la población peruana, con prioridad sobre la población más vulnerable), irreversibilidad (es decir que no se pierden derechos adquiridos

previamente) y sistema participativo. Por otra parte, la Ley también define las siguientes características para el aseguramiento universal en salud: que este sea obligatorio, progresivo, garantizado, regulado, descentralizado, portable, transparente y sostenible.

A la vez, dentro de los planes de aseguramiento se establece el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que consiste en una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que, como cobertura mínima, son financiadas a todos los asegurados por las administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Asimismo, se establece la existencia de planes complementarios y específicos.

En este marco, el PEAS tiene las siguientes características: i) universal, ii) explícito (contiene listas positivas de las condiciones asegurables y de las prestaciones de salud que como mínimo todas las IAFAS deben financiar a sus asegurados), iii) garantizado, iv) integral (considera todas las fases de evolución clínica de una enfermedad o condición asegurable), v) auditable, e vi) incremental (USAID, 2011b).

El PEAS fue diseñado a partir de un estudio de carga de enfermedades, que tomó en cuenta las consideraciones económicas para identificar diagnósticos que deberían incluirse (Banco Mundial, 2011; USAID, 2011b).

En el caso del SIS, el PEAS irá sustituyendo poco a poco al Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS), vigente desde 2007. Acerca de estos listados, podría decirse que el primero de ellos está más focalizado que el segundo, cuya lista de terapias permitidas puede abarcar hasta el 33,0% del catálogo de diagnósticos posibles en comparación con solo el 10,0% que cubre el PEAS (véase el Cuadro 3.3). Sin embargo, el PEAS podría ser más costoso, dada la inclusión de diagnósticos de tumores, enfermedades sanguíneas, desórdenes endócrinos y condiciones mentales (Banco Mundial, 2011). Según USAID (2011c), se estima que el gasto asociado a cubrir las prestaciones del PEAS para toda la población elegible del régimen subsidiado y semicontributivo representa al 1,2% del PBI, del cual un 50,0% se encuentra actualmente cubierto por los fondos que asigna el MINSA, los Gobiernos regionales y el SIS para cubrir las necesidades de salud individual de la población.²¹ El costo estimado del PEAS por persona era, para el año 2008, de S/. 280, en el caso de una cobertura del 65,0% de la carga de enfermedad, y de S/. 204, para una cobertura del 45,0% de la carga de enfermedad (Ugarte Ubilluz, 2008).²²

²¹ La estimación de los recursos necesarios para atender las necesidades de toda la población ascienden a 2,1% del PBI (USAID, 2011c). Por otro parte, una estimación más conservadora, pero que asume que el financiamiento adicional solo se asigna en las regiones con menores recursos, establece unos recursos adicionales del orden del 0,45% del PBI (USAID, 2009).

²² Arce (2009) señala que además de la limitación financiera que existe para avanzar en el corto

Cuadro 3.3. Comparación de intervenciones de tratamiento del LPIS y el PEAS, mayo de 2009

Capítulo	Subcategoría	Código	LPIS		PEAS		No. de tratamientos coincidentes
			No.	%	No.	%	
I	Enfermedades infecciosas y parasitarias específicas (a00-b99)	776	741	95,5	246	31,7	246
II	Tumores (cáncer) (c00-d48)	452	0	0,0	31	6,9	0
III	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos (d50-d89)	164	0	0,0	1	0,6	0
IV	Desórdenes endócrinos, nutricionales y metabólicos (e00-e90)	359	0	0,0	8	2,2	0
V	Desórdenes mentales y de la conducta (f00-f09)	299	0	0,0	23	7,7	0
VI	Enfermedades del sistema nervioso (g00-g99)	331	15	5	10	3	0
VII	Enfermedades de los ojos y sistemas asociados (h00-h59)	212	16	8	9	4	7
VIII	Enfermedades del oído y procesos mastoideos (h60.h95)	163	8	4,9	4	2,5	0
IX	Enfermedades del sistema circulatorio (i00-i99)	384	0	0,0	16	4,2	0
X	Enfermedades del sistema respiratorio (j10-j99)	231	71	30,7	26	11,3	4
XI	Enfermedades del sistema digestivo (k00-k93)	378	145	38,4	18	4,8	8
XII	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (100-199)	338	29	8,6	12	3,6	12
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivos (m00.m99)	544	13	2,4	48	8,8	0
XIV	Enfermedades del sistema genitounitario (n00-n99)	442	49	11,1	41	9,3	14
XV	Embarazo, parto y período posparto (o00-o99)	427	427	100,0	92	21,5	92
XVI	Infecciones específicas durante el período perinatal (p00-p96)	335	335	100,0	66	19,7	66
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y desórdenes cromosómicos (q00-q99)	624	556	89,1	35	5,6	35
XVIII	Síntomas, signos y resultados anómalos, clínicos y de laboratorio, no incluidos en otras secciones (r00-r99)	276	0	0,0	6	2,2	0
XIX	Trauma, envenenamiento y otros debido a causas externas (s00-t98)	1278	208	16,3	90	7,0	15
Total		8013	2613	32,6	782	9,8	499

Fuente: Banco Mundial (2011).

plazo con el aseguramiento en salud, otro problema es la poca disponibilidad de recursos humanos, infraestructura y equipamiento para garantizar los servicios de salud establecidos en el marco del aseguramiento universal en salud.

Debido a las disparidades en los recursos financieros con los que cuenta cada departamento, no todas las regiones estarían en las mismas condiciones para extender el aseguramiento universal entre la población pobre. Los departamentos de Lima, Callao, Arequipa, Tacna, Moquegua y Madre de Dios presentan un gasto en salud que supera el costo del aseguramiento (principalmente en las dos primeras regiones), mientras que en otras zonas se observan brechas de financiamiento, que se vuelven más elevadas en los departamentos de Piura, Cusco, Puno y Cajamarca (USAID, 2009).

En cuanto al financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), se establecen tres regímenes: i) el régimen contributivo, ii) el régimen semicontributivo (de financiamiento público parcial), y iii) el régimen subsidiado (con financiamiento público total). En el caso de estos dos últimos regímenes, según la Ley N° 29761 de 2011 (Ley de financiamiento público de los regímenes subsidiado y semicontributivo del aseguramiento universal en salud), los fondos públicos para el financiamiento provienen de los créditos presupuestarios que anualmente se le asignen al SIS, de los aportes de la población que se afilie al régimen semicontributivo, de los recursos que aporten los gobiernos regionales y locales, y de otros recursos provenientes de la cooperación, así como de otros que se fijen por ley.

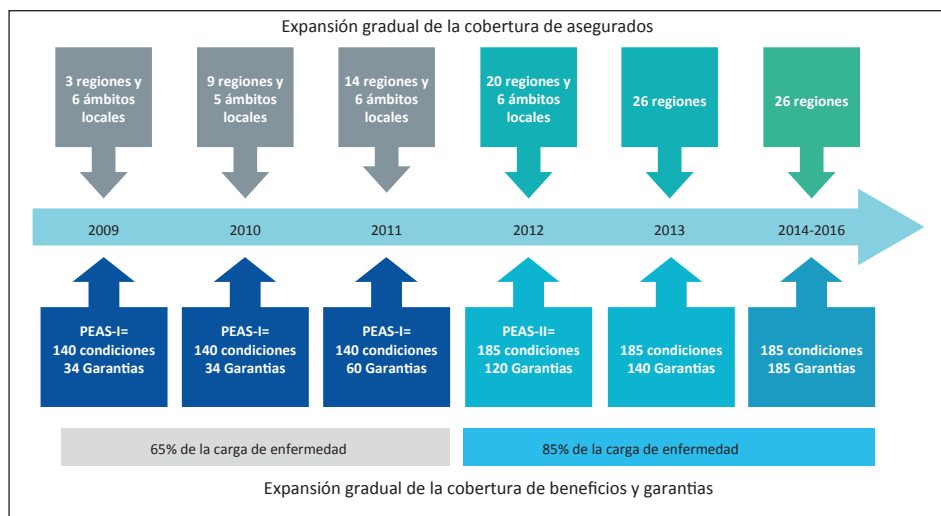
En relación con la obligatoriedad, el Decreto reglamentario de la Ley (DS N° 008-2010-SA) establece la afiliación obligatoria al AUS a toda la población residente en el Perú. Además, establece bajo qué tipo de régimen se debe afiliar la población en función de sus características socioeconómicas. Dentro de esta normativa, se encuentran obligados a afiliarse al régimen contributivo los trabajadores en relación de dependencia, los pensionistas, los trabajadores de la Administración pública y los trabajadores profesionales e independientes que no reúnan las condiciones para formar parte del régimen subsidiado. Por otra parte, forma parte del régimen subsidiado la población en condición de pobreza (identificada a partir de un criterio de focalización) y se encuentran obligados a afiliarse al régimen semicontributivo los trabajadores y conductores de microempresas (según Decreto Legislativo N° 1086) y los afiliados al SIS semisubsidiado. Asimismo, se establece que la universalidad en la afiliación se alcanzará progresivamente en función de los recursos disponibles.²³

Esta acción se implementó en nueve zonas piloto: las regiones de Apurímac, Huancavelica y Lambayeque, y en ocho distritos de la provincia de Huamachuco,

²³ Si bien la declaración de enfermedades preexistentes es obligatoria, en ningún caso puede ser utilizada como justificativo para la no afiliación. Sin embargo, pueden aplicarse períodos de carencia para las prestaciones incluidas en el PEAS en los regímenes contributivo y semicontributivo, pero no en el subsidiado. Para los planes complementarios al PEAS, pueden considerarse las enfermedades preexistentes (DS N° 008-2010-SA).

en el distrito de Salas (Lambayeque), en cinco distritos del Bajo Piura, en seis distritos de la Mancomunidad del Bajo Huallaga, en tres distritos de la Convención y en tres distritos de Satipo. Sin embargo, está previsto un progresivo incremento en la población asegurada (Arce, 2009).

Gráfico 3.8. Extensión gradual del Aseguramiento Universal en Salud



Fuente: Arce (2009).

La extensión gradual de la cobertura también hace referencia a los beneficios y a las garantías explícitas. En relación con los beneficios, los contenidos del PEAS se irán ampliando, pasando de cubrir 140 condiciones asegurables (que representan el 65,0% de la carga de enfermedad) a cubrir 185 (85,0% de la carga de enfermedad), en 2012. Esto representa una mejora sustantiva respecto del LPIS (USAID, 2011). Luego, en lo atinente a las garantías explícitas, se asegura que estas pasarán de ser 34, al momento de la implementación (principalmente asociadas con las condiciones obstétricas, ginecológicas y pediátricas), hasta sumar 185, en 2014 (Arce, 2009).

En el caso de las enfermedades de alto costo de atención que no están incluidas en el PEAS, la nueva normativa establece que serán financiadas, para los grupos de población bajo el régimen subsidiado y semicontributivo, mediante el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). De acuerdo con la Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, los recursos del FISSAL están constituidos por: los créditos presupuestarios destinados al FISSAL que se asignan anualmente al pliego SIS; los ingresos provenientes de la venta de planes de aseguramiento sobre enfermedades de alto costo que oferte el FISSAL a otras IAFAS; las transferencias

del MINSA; y otros recursos (por ejemplo: donaciones y recursos que fijen otras leyes complementarias).

Las prestaciones vinculadas con enfermedades catastróficas seguirán a cargo de EsSalud para el conjunto de todos sus afiliados, aun conociéndose que, para esta institución, la atención de tales enfermedades de baja incidencia pero de alto costo (que han aumentado en los últimos años) socava la sostenibilidad financiera del fondo de salud. Esto se debe a que acceden a la cobertura de EsSalud personas con esta clase de patología que no cuentan con una historia contributiva previa.²⁴ Si bien en la práctica el MINSA no cubre acciones de alta complejidad (Mesa Lago, 2005),²⁵ recientemente se ha implementado el Plan Esperanza para la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos. Mediante este plan, los beneficiarios del SIS obtendrán cobertura gratuita.²⁶

Por último, cabe destacar que para velar por el cumplimiento de los requerimientos de financiamiento y la provisión del PEAS por parte de las IAFAS, públicas y privadas, se crea como instancia de supervisión sectorial la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

3.3. Los Subsistemas de aseguramiento EsSalud y SIS

3.3.1. Seguro Social de Salud - EsSalud²⁷

EsSalud tiene a su cargo el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud. Fue creado en 1999 (mediante la Ley N° 27056) sobre la base del exInstituto

²⁴ En los últimos diez años la cantidad de tratamientos de alto costo cubiertos por EsSalud ha crecido significativamente: entre 2001 y 2011, los tratamientos para VIH-sida pasaron de 10 mil a 45 mil casos; los tratamientos de inmunoterapia para trasplante, de 9 mil a 11 mil; los tratamientos para pacientes hemofílicos, de mil a 3 mil; los tratamientos para pacientes con insuficiencias renales, de 29 mil a 75 mil, y los tratamientos de quimioterapia pasaron de 39 mil a 89 mil casos (Casalí, 2012).

²⁵ Estos son otros países de América Latina donde la cobertura de enfermedades catastróficas en el subsector público es muy baja: Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela (Mesa Lago, 2005).

²⁶ El financiamiento de la mejora de la oferta de los servicios oncológicos en los establecimientos del MINSA, hospitales e institutos especializados se realizará a través del SIS y el FISSAL.

²⁷ En el “Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú” de noviembre de 2012, del que el presente informe presenta una visión complementaria, se presentan con mayor detalle las características del seguro. Aquí solo se han priorizado los aspectos que ayudan a comprender la problemática de las políticas para la cobertura universal en Salud.

Peruano de Seguridad Social (IPSS). Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y a sus derechohabientes, mediante el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como de otros seguros de riesgos humanos.

Este organismo está vinculado con varias instituciones del sector público de diferentes maneras. En primer lugar, depende orgánicamente del Ministerio de Trabajo, dado que es un organismo adscrito a esta institución. En segundo lugar, se articula con el MINSA, debido a que esta es la institución encargada de elaborar los lineamientos generales del sector Salud. Por último, EsSalud está vinculado con el Ministerio de Economía y Finanzas porque este autoriza el presupuesto de EsSalud a través del FONAFE (Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado).

EsSalud cuenta con diferentes seguros según la inserción laboral de los trabajadores. Cada uno de estos seguros tiene diferentes tasas de aportación, bases imponibles, reglas de acreditación,²⁸ prestaciones de salud y otros beneficios (Recuadro 4).

En primer lugar está el *seguro regular* (SR), al cual se encuentran afiliados obligatoriamente todos los *trabajadores activos* que trabajan bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores.²⁹ También son afiliados a este seguro los *pensionistas* que reciben pensión de cesantía, jubilación, por incapacidad y de supervivencia (viudez y orfandad), cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentren sujetos. Los trabajadores en relación de dependencia aportan un 9% (mediante aporte del empleador),³⁰ mientras que en el caso de los pensionistas el aporte es del 4%. El seguro cubre a los derechohabientes (cónyuge o concubina/o, hijos menores de edad e hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, y madre gestante de hijo extramatrimonial).

La alícuota de contribuciones al seguro de salud para los trabajadores en relación de dependencia (empleado y empleador) se encuentra por debajo de la alícuota de países como Argentina (13,2%), el Estado Plurinacional de Bolivia (10%), Colombia (12,5%), Costa Rica (14,75%), Panamá (17,25%) y Uruguay (entre 8% y

²⁸ Criterios para acceder a los servicios y prestaciones que ofrece EsSalud.

²⁹ Trabajadores dependientes, trabajadores del hogar, trabajadores de construcción civil, trabajador portuario, pescador y procesador artesanal independiente y trabajadores pesqueros y pensionistas ex-afiliados a la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador (CBSSP).

³⁰ En el caso de pescador y procesador artesanal independiente el aporte equivale al 9% del Valor del Producto Comercializado, el que no puede ser menor al 9% de la Remuneración Mínima Vital vigente.

11%), pero es superior a la alícuota vigente en Chile (7%) y Ecuador (5,7%). Por otra parte, en el caso de los pensionados, la alícuota vigente es inferior a la de países como Argentina (entre 3% y 6%), el Estado Plurinacional de Bolivia (5%), Chile (7%), Costa Rica (5%) y Ecuador (4,15%). No obstante, cabe señalar que estas comparaciones son parciales ya que no se está considerando la base sobre la que se aplica la alícuota ni los complementos del sector público al seguro, entre otros aspectos (SSA, 2012).

Los asegurados pueden decidir trasladar la cuarta parte de su aporte a la EPS de su preferencia (es decir, 2,25 p.p. de los aportes), estando esta obligada a prestarle solamente la llamada “capa simple”³¹ de atención de salud. Por otra parte, la “capa compleja”³² se mantiene bajo responsabilidad de EsSalud. La decisión de optar por una EPS se toma de manera colectiva en cada centro de trabajo y no individualmente. Los trabajadores también pueden optar por mantener su atención de “capa simple” en EsSalud, en ese caso entregando al organismo la totalidad de su aporte (Casalí y Pena, 2012).

Por otra parte, EsSalud también cuenta con el *seguro independiente*. Creado en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, este seguro se encuentra disponible para cualquier residente del Perú (sin límite de edad), particularmente para trabajadores independientes (profesionales, técnicos, programadores, artesanos, comerciantes, transportistas, artistas), estudiantes, demás emprendedores y todas aquellas personas independientes que deseen contar con un seguro en salud. Asimismo, cubre a los dependientes del titular (cónyuge o concubina/o, hijos menores de edad e hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo). Este seguro brinda la cobertura que señala el PEAS y más de 230 prestaciones que EsSalud ha adicionado. La cobertura tiene una prima de S/. 64 por una persona (titular) y aumenta en función de las personas dependientes: S/. 114 titular y un dependiente, S/. 169 titular y dos dependientes y S/. 228 titular y 3 dependientes o más.³³

También existe un régimen de la seguridad social especial, denominado *seguro agrario*, que brinda prestaciones de salud, económicas y sociales a los trabajadores dependientes e independientes que desarrollen actividades de cultivo y/o crianza, avícola, agroindustrial o acuícola, con excepción de la industria forestal. Para el caso de los trabajadores dependientes, el aporte (a

³¹ Conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad.

³² Conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y mayor complejidad.

³³ EsSalud ha dejado de ofertar el seguro potestativo. Este seguro, que brinda cobertura médica en los Centros Asistenciales de EsSalud, está dirigido a aquellas personas que se afilien voluntariamente (trabajadores independientes, vendedores, amas de casa) y que no son asegurados regulares de EsSalud.

cargo del empleador) es del 4%, mientras que los trabajadores independientes aportan un 4% de la Remuneración Mínima Vital vigente.³⁴ En este seguro los beneficiarios titulares pueden afiliar a sus derechohabientes.

Recuadro 4. Prestaciones de EsSalud

- *Prestaciones de salud:* incluyen la prevención y promoción de la salud; la recuperación de la salud; y el bienestar y la promoción social. Las prestaciones de salud no cubren, entre otros rubros: cirugía plástica, odontología estética, lentes de contacto y daños derivados de la autoeliminación.

Para tener derecho a los beneficios de salud en el caso del *seguro regular*, resulta necesario haber aportado tres meses consecutivos o cuatro no consecutivos dentro de los seis meses previos al mes en que se produjo la contingencia y tener vínculo laboral vigente a ese momento. Esto no se aplica al trabajador pesquero de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador (CBSSP), el cual solamente debe contar como mínimo con dos meses de aportación efectiva al año. Para el caso del *seguro de salud agrario*, resulta necesario haber aportado tres meses consecutivos o cuatro no consecutivos en los últimos doce meses anteriores al mes de la contingencia. Este requisito no es necesario para el caso de los pensionistas.

- *Prestaciones económicas:* comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones por sepelio.

Fuente: Ley N° 26790 (Ley de modernización de la seguridad social en salud)

El seguro cuenta con copagos (o deducibles) que constituyen costos enfrentados o compartidos por el afiliado (titular o sus dependientes) bajo la forma de una cantidad fija o proporción a ser pagada por cada atención o procedimiento. En el caso de los trabajadores independientes existen copagos en algunas prestaciones ambulatorias,³⁵ en hospitalización,³⁶ en exámenes y procedimientos en EsSalud³⁷ y en instituciones prestadoras de servicios de salud privados.

³⁴ El Decreto Supremo N° 007-2012-TR estableció en S/. 750 el valor de la Remuneración Mínima Vital.

³⁵ S/. 5 por cada consulta o interconsulta médica y/o odontológica aunque no están sujetas a deducir: la recita o cita de control (con excepción de las odontológicas), las atenciones de emergencias, prestaciones de maternidad y prestaciones preventivo-promocionales.

³⁶ Ante la eventualidad de una hospitalización, incluso la derivada de una emergencia, se cancelará el equivalente a un día de habitación, más IGV, según el tarifario del establecimiento de salud. Este cobro no se efectuará cuando se trate de prestaciones de maternidad, así como, cuando haya una transferencia a otro establecimiento de salud, mediante el proceso de referencia y contrarreferencia, y se haya realizado el pago del deducible hospitalario en el establecimiento de salud de origen.

³⁷ El copago será equivalente al 10% de los gastos de: a) cinecoronariografía, b) resonancia magnética nuclear, c) resonancia magnética angiográfica, d) angiotomografía espiral multicorte, y e) angiografía arterial y venosa.

Los planes ofrecidos por las EPS también pueden incluir copagos. Sin embargo, la normativa fija ciertos topes en este tipo de financiamiento. La Ley N° 27056 (de creación de EsSalud) establece que en el plan de salud los copagos no pueden superar (salvo consentimiento expreso del trabajador) el 2% del ingreso mensual del asegurado, por cada atención de carácter ambulatorio, ni el 10%, por cada hospitalización.³⁸

Como en otros seguros sociales, EsSalud cuenta con una reserva técnica, para enfrentar situaciones imprevistas, la que debe mantenerse como mínimo en un nivel equivalente al 30,0% del gasto incurrido para la producción de prestaciones durante el ejercicio anterior. En 2011, tal reserva se ubicaba en S/. 1,3 millones (0,25% del PBI). Como se observa en el Recuadro 5, este nivel no resulta muy diferente de lo establecido en las recomendaciones usuales.

Recuadro 5. Reservas técnicas en seguros de salud

En el campo de la seguridad social existen principalmente dos clases de reservas: la *reserva técnica* y la *reserva para imprevistos*. La primera es aquella que se crea para financiar futuros pagos y que, a la vez, cumple una función en la financiación del costo de las prestaciones, generando ingresos en concepto de inversiones, mientras que la segunda es aquella que se crea para paliar cualquier insuficiencia temporal debido a una disminución de los ingresos en concepto de cotizaciones o a un exceso de gastos en concepto de prestaciones. Asimismo, la reserva técnica se vincula con las prestaciones de largo plazo (por ejemplo, las pensiones), y la reserva para imprevistos con prestaciones de corta duración (como la asistencia médica) (OIT, 2001).

En el seguro de salud, la reserva para imprevistos suele equivaler, como mínimo, a dos meses de costos de funcionamiento, pero puede ser más elevada si la cobertura del régimen es baja y, marginalmente menor, si dicha cobertura es alta y los riesgos más amplios. Habitualmente, la legislación estipula los tipos de inversión apropiada de las reservas, a efectos de garantizar la seguridad de los fondos. La legislación en materia de seguro social de salud, la legislación nacional, los convenios locales o las circunstancias restringen las inversiones al mercado nacional. En el contexto de la asistencia médica, las reservas de menor cuantía suelen invertirse en actividades directamente relacionadas con la salud, por ejemplo, en clínicas, unidades de rehabilitación y talleres de fabricación de prótesis (OIT, 2001).

En América Latina, algunos organismos de la seguridad social cuentan con reservas técnicas pero asociadas al cumplimiento del pago de pensiones u otros fines. Por ejemplo, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que administra el seguro de salud, cuenta con una reserva técnica para el cumplimiento de los pagos diferidos

³⁸ La norma también establece que no están sujetas a copago las atenciones en servicios de emergencia, la prestación de maternidad ni las prestaciones preventivas y promocionales previstas, de bienestar y promoción social y las prestaciones económicas. Tampoco las que ofrezcan las entidades empleadoras en establecimientos propios de salud.

asociados con el Régimen de Capitalización Colectiva del sistema de pensiones. Por otra parte, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), que administra el seguro de salud en El Salvador, cuenta con una Reserva Técnica de Riesgos Profesionales y de otros recursos del ISSS (aquí se incluye Salud).

3.3.2. Seguro Integral de Salud (SIS)

El Seguro Integral de Salud (SIS) tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando a aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. Este componente del sistema de salud del Perú se creó en 2001 con la fusión del *seguro gratuito escolar* - SGE (1997), que cubría a niños, niñas y adolescentes escolarizados de entre 3 y 17 años, y el *seguro materno infantil* - SMI (1998), que cubría a gestantes y niños y niñas menores de 5 años. El SIS amplió la cobertura del SMI en términos geográficos y de población. Para lograr mejores resultados y marcar la diferencia entre el SIS y sus predecesores, en la Ley N° 28588, se incorporó con carácter prioritario, en forma sucesiva y de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria, la atención de salud por medio del SIS, a mujeres mayores de 17 años, no gestantes, en situación de extrema pobreza. Además, al independizar a las escuelas públicas del proceso de adscripción, la cobertura se amplió a todo niño, niña y adolescente menor de 18 años, sea escolar o no, en condición de pobre o extremadamente pobre.

Debido a la población que es objetivo del SIS, este seguro se constituye como una ventana de financiamiento focalizado del Sistema Nacional de Salud. Entre sus acciones, reembolsa a los hospitales y regiones de salud por el costo variable de los servicios proporcionados a los individuos que están bajo su cobertura;³⁹ sus beneficiarios no tienen que pagar por la atención en los establecimientos del MINSA y pueden obtener medicamentos. Si bien el SIS se encuentra bajo la autoridad del MINSA, su presupuesto es independiente del presupuesto de ese ministerio.

Aquellas personas que no tienen cobertura de salud y que califican como elegibles en el Sistema de Focalización de Hogares del Ministerio de Economía y Finanzas (SISFOH) pueden acceder a la cobertura del *SIS gratuito* (Recuadro 6). En zonas con aseguramiento de AUS, los afiliados al SIS tienen cobertura de prestaciones de salud sobre la base del PEAS. En zonas sin aseguramiento de AUS,

³⁹ La diferencia entre el costo variable y el costo total, que corresponde básicamente a los recursos humanos involucrados y al costo del capital, es cubierta por el MINSA o por los prestadores en convenio y usuarios, en el caso de existir copagos.

el paquete de prestaciones cubiertas es el establecido en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias - LPIS (Decreto Supremo N° 004-2007-SA).⁴⁰

Recuadro 6. Sistema de Focalización de Hogares

El Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) tiene por finalidad administrar una base de datos socioeconómica única, denominada Padrón General de Hogares (PGH), que permita priorizar la atención de los hogares y las personas en situación de pobreza y pobreza extrema.

El SISFOH se encarga de dictar las normas técnicas, los métodos y los procedimientos que regulan la focalización de hogares, lo que incluye, progresivamente, mecanismos de actualización permanente de los padrones de potenciales usuarios de los programas sociales. Asimismo, en coordinación con los gobiernos locales, se recaba información respecto de potenciales usuarios, la cual es remitida al Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) para la respectiva clasificación socioeconómica.

Para cuantificar el nivel de bienestar de los hogares empadronados, el SISFOH elabora un Índice de Focalización de Hogares (IFH). Este índice permite establecer la elegibilidad de las personas para los programas públicos. En su construcción se evalúa información acerca de la calidad de vida de las personas; los ingresos laborales registrados (como trabajador asalariado formal); y el gasto en servicios básicos. Sobre esta base se aplica un algoritmo matemático que permite estratificar a los hogares de vulnerabilidad que resultan elegibles para las intervenciones focalizadas.

Cabe destacar que el salario registrado constituye el primer filtro. Si en un hogar hay un miembro cuyo salario sea mayor que S/. 1500 el hogar no es elegible. Luego de este primer filtro, la elegibilidad se define a partir de las otras dos dimensiones.

El *SIS independiente* ofrece un seguro de salud (sin límite de edad) a aquellas personas que trabajan de manera independiente y que se encuentran registradas y calificadas como elegibles para este seguro por el SISFOH. En regiones que cuentan con AUS, este plan cubre la lista priorizada de prestaciones establecida en el PEAS. El aporte mensual del titular es de S/. 15, el que aumenta según el número de derechohabientes;⁴¹ siendo el adicional de S/. 14 por cada derechohabiente y de S/. 15 por cada persona menor de edad dependiente no hijo. Para determinado

⁴⁰ Actualmente, las zonas con cobertura de AUS son: Lima Metropolitana, Callao, Abancay, Andahuaylas, Huancavelica, Ayacucho, Piura, Amazonas (Bagua y Condorcanqui), Lambayeque (Salas), La Libertad (Sánchez Carrión) y Loreto (Yurimaguas, Provincia Datem del Marañón).

⁴¹ Cónyuge o concubina/o, hijos menores de edad e hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo.

tipo de prestaciones (hospitalización, cesárea, cinecoronariografía, resonancia magnética nuclear, resonancia magnética angiográfica, angiografía arterial y venosa, tomografía espiral multicorte y tomografía axial computarizada), los beneficiarios deben hacer aportes adicionales.

En regiones que no cuentan con AUS, pueden afiliarse al SIS independiente las familias o ciudadanas y ciudadanos peruanos que residan en territorio nacional y carezcan de un seguro de salud, y que tengan alguna capacidad de pago.⁴² Esto es, con ingresos menores a S/. 700 y no mayores de S/. 1000. Asimismo, podrán afiliarse las personas contratadas por Servicios No Personales (SNP) del sector público y privado con ingresos menores a S/. 1600. El aporte individual es de S/. 10, para aquellos individuos con ingresos inferiores a S/. 700, y de S/. 20, para aquellos individuos con ingresos de entre S/. 700 y S/. 1000 (o S/. 700 y S/. 1600, en el caso de los contratados por SNP). Asimismo, también es posible afiliar al grupo familiar (titular, cónyuge o conviviente e hijos menores de 18 años). En este caso, el aporte es de S/. 30.

Por otra parte, también existe el *SIS microempresas*. A este componente, pueden afiliarse trabajadores y empleadores de microempresas formalmente registrados en el REMYPE (y sus derechohabientes). En las zonas donde se implementa el AUS, los afiliados cuentan con las prestaciones establecidas en el PEAS. Esta cobertura tiene un costo de S/. 30 mensuales por cada trabajador y su familia. Dicho monto es asumido en un 50% por el Estado y el otro 50% es cubierto por el conductor o empleador de la microempresa (y, en caso de que el trabajador no tenga familia, el empleador paga el mismo monto de S/. 15). En zonas sin cobertura de AUS, las prestaciones son las establecidas en el listado priorizado de intervenciones sanitarias (Decreto Supremo N° 004-2007-SA) y la cuota mensual del seguro es la misma.^{43, 44}

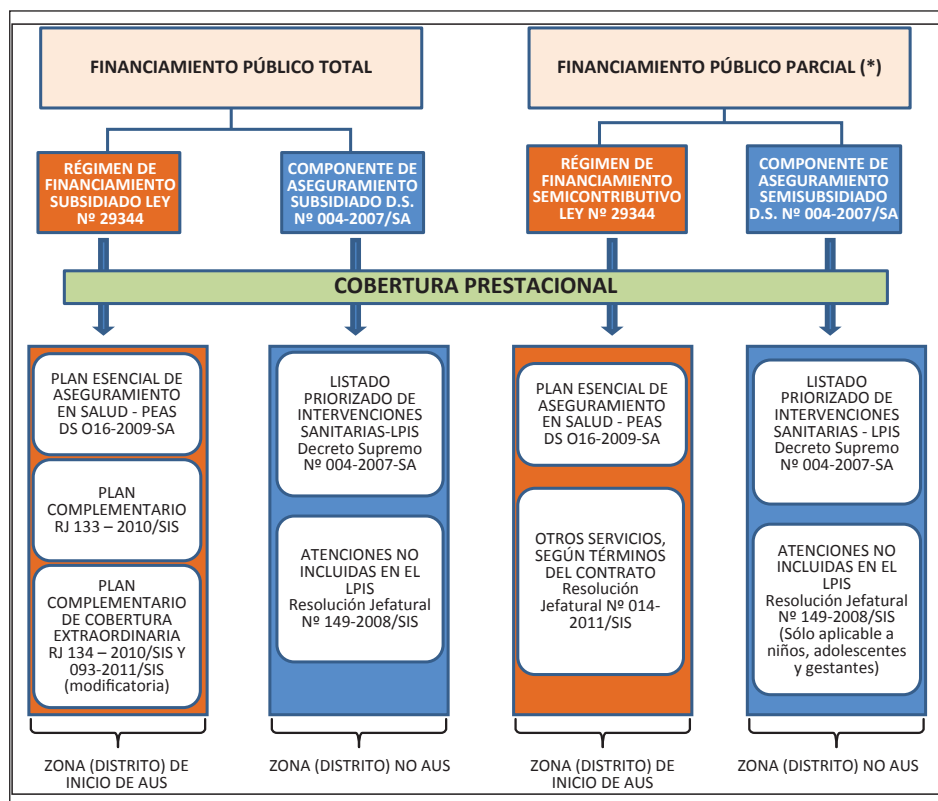
Como resumen de lo hasta aquí expuesto, el Gráfico 3.9 reproduce un diagrama elaborado por el propio SIS, donde se presentan las diferentes formas de financiamiento y el tipo de cobertura prestacional de los diferentes componentes del seguro.

⁴² Deben calificar como elegibles en el SISFOH.

⁴³ MyPES DL N° 1086 (Promoción de la competitividad, formalización y desarrollo de la micro y pequeña empresa y del acceso al empleo decente).

⁴⁴ Las alternativas semisubsidiadas representan montos relativamente bajos en comparación con las tarifas de EsSalud (la tarifa mínima es 9% del salario mínimo ubicado en S/. 675, es decir, S/. 60,75 por mes) pero son relativamente elevados cuando se comparan con la asignación presupuestaria promedio para los usuarios del SIS, que se encuentra en S/. 45, aproximadamente, al año.

Gráfico 3.9. Tipo de financiamiento y cobertura prestacional del SIS



Nota: (*) los asegurados por microempresas se presentan en cualquiera de los conceptos de financiamiento público parcial. La cobertura dependerá de la zona de residencia del asegurado.
Fuente: SIS.

Por último, un aspecto a tener en cuenta en relación con el SIS es que si bien este actúa como asegurador de los hogares cubiertos por el programa no presenta las características de un seguro estándar. En primer lugar, el SIS asume el costo variable del servicio y no el costo total; pues el MINSA y las regiones de salud financian los otros componentes del costo de los servicios. En segundo lugar, el SIS no es un fondo de seguro en el sentido clásico. Las transferencias presupuestarias al SIS no se calculan sobre una base actuarial. Por lo tanto, el SIS no puede absorber el riesgo actuarial que surge de la varianza entre los costos proyectados y reales. Las diferencias son soportadas por las DIRESA, cuando se demoran o se rechazan los pagos (Banco Mundial, 2011).

Recuadro 7. Intercambio prestacional entre el SIS y EsSalud

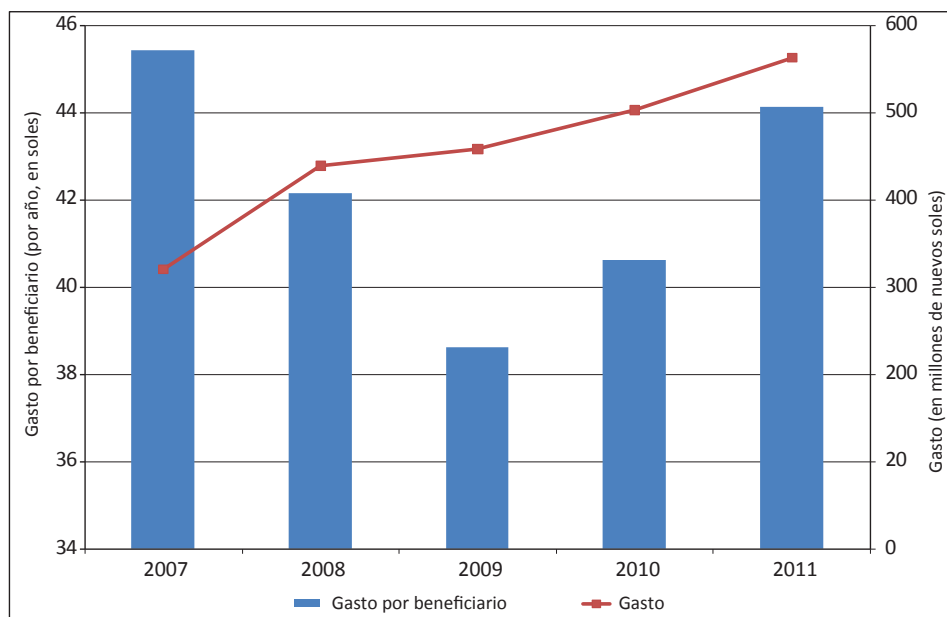
Con el fin de articular los agentes del sistema, y así eliminar la fragmentación, las barreras de acceso y las inequidades presentes en el sector Salud, desde el marco de aseguramiento universal se establecieron ciertos lineamientos de articulación entre las IAFAS y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS).

Uno de los aspectos regulados es el intercambio prestacional. Así, la reglamentación vigente establece tres tipos de intercambio: i) entre IPRESS públicas, ii) entre IPRESS públicas y privadas, y iii) entre IPRESS privadas. En el primer caso, en un esquema de *intercambio prestacional basado en la compra venta de servicios*, las tarifas se definen en función de los costos operativos (sin margen de rentabilidad). En el segundo caso, se establece la eliminación de subsidios cruzados entre el subsector público (hospitales, redes o establecimientos públicos de salud) y el sector privado (es decir, las IAFAS distintas del SIS, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú). De este modo, cuando los establecimientos públicos vendan servicios de salud a estas IAFAS facturarán sus servicios de acuerdo con sus costos operativos y administrativos, sin recurrir a fondos del Tesoro público para el subsidio de esos servicios. Por último, los cuadros tarifarios por los intercambios prestacionales entre IPRESS privadas están sujetos a negociación entre las partes.

En este marco, en 2012 se acordaron parámetros para el intercambio prestacional entre el SIS y EsSalud en los tres niveles de atención de la salud (DS N° 005-2012-SA) y se estableció que este intercambio sea obligatorio cuando se determine que los establecimientos financiados por el SIS y los de EsSalud poseen capacidad de oferta para atender la demanda requerida.

Los recursos asignados al SIS presentan una tendencia creciente en los últimos años, y han pasado de S/. 320 millones, en 2007, a S/. 563 millones, en 2011, con un crecimiento del 75,8% (véase el Gráfico 3.10). Sin embargo, estos recursos continúan representando cerca del 0,1% del PBI. Por otra parte, si bien luego de la expansión de la cobertura del SIS el gasto por beneficiario cayó de S/. 45,4 a S/. 38,6 entre 2007 y 2009, a partir de 2010 el gasto por beneficiario se recupera hasta alcanzar, en 2011, los S/. 44,1.

Gráfico 3.10. Gasto del SIS, total y por beneficiario, 2007-2011



Fuente: SIAF y MINSA.

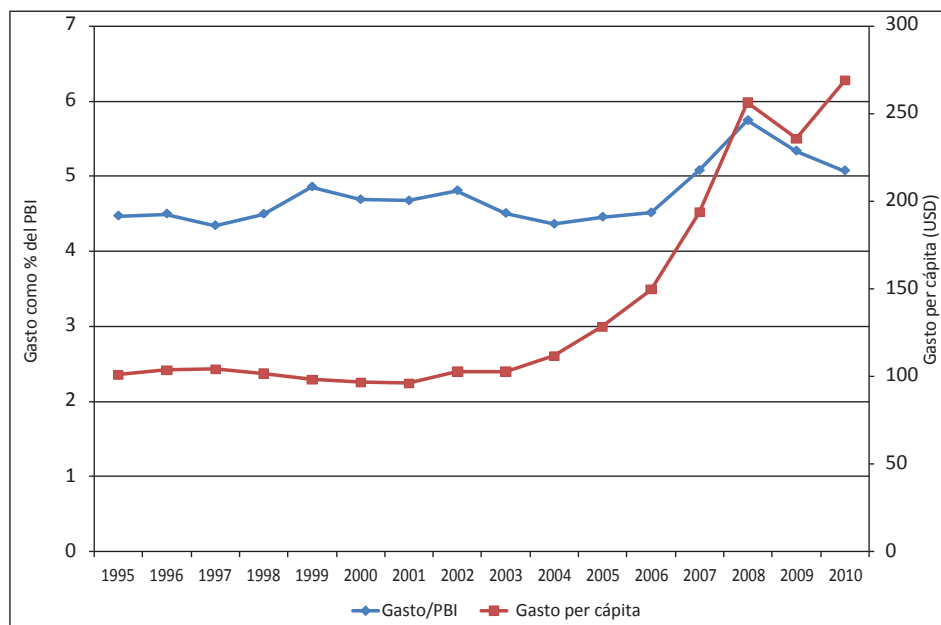
3.4. Anexo

Cuadro 3.4. Establecimientos de salud por tipo, según departamento, 2009

Departamento	Total		Hospitales		Centros de Salud		Puestos de Salud		Población	
	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%
Amazonas	491	5,5%	8	1,7%	65	2,8%	418	6,8%	411.043	1,4%
Áncash	456	5,1%	22	4,7%	87	3,7%	347	5,6%	1.109.849	3,8%
Apurímac	334	3,7%	9	1,9%	54	2,3%	271	4,4%	444.202	1,5%
Arequipa	331	3,7%	18	3,8%	121	5,2%	192	3,1%	1.205.317	4,1%
Ayacucho	379	4,2%	10	2,1%	66	2,8%	303	4,9%	642.972	2,2%
Cajamarca	818	9,1%	16	3,4%	152	6,5%	650	10,5%	1.493.159	5,1%
Cusco	336	3,8%	18	3,8%	70	3,0%	248	4,0%	1.265.827	4,3%
Huancavelica	346	3,9%	2	0,4%	63	2,7%	281	4,6%	471.720	1,6%
Huánuco	272	3,0%	5	1,1%	59	2,5%	208	3,4%	819.578	2,8%
Ica	183	2,0%	13	2,8%	73	3,1%	97	1,6%	739.087	2,5%
Junín	514	5,7%	18	3,8%	91	3,9%	405	6,6%	1.292.330	4,4%
La Libertad	337	3,8%	37	7,9%	103	4,4%	197	3,2%	1.725.075	5,9%
Lambayeque	223	2,5%	22	4,7%	64	2,8%	137	2,2%	1.196.655	4,1%
Lima	1.195	13,3%	158	33,7%	574	24,7%	462	7,5%	8.981.440	30,8%
Loreto	375	4,2%	11	2,3%	60	2,6%	304	4,9%	970.918	3,3%
Madre de Dios	119	1,3%	3	0,6%	18	0,8%	98	1,6%	117.981	0,4%
Moquegua	69	0,8%	5	1,1%	30	1,3%	34	0,6%	169.365	0,6%
Pasco	275	3,1%	9	1,9%	40	1,7%	226	3,7%	290.483	1,0%
Piura	458	5,1%	25	5,3%	113	4,9%	320	5,2%	1.754.791	6,0%
Prov. Const. del Callao	147	1,6%	12	2,6%	131	5,6%	4	0,1%	926.788	3,2%
Puno	484	5,4%	19	4,1%	107	4,6%	358	5,8%	1.340.684	4,6%
San Martín	440	4,9%	19	4,1%	88	3,8%	333	5,4%	771.021	2,6%
Tacna	95	1,1%	3	0,6%	35	1,5%	57	0,9%	315.534	1,1%
Tumbes	63	0,7%	3	0,6%	31	1,3%	29	0,5%	218.017	0,7%
Ucayali	216	2,4%	4	0,9%	26	1,1%	186	3,0%	458.177	1,6%
Total	8.957	100,0%	469	100,0%	2.321	100,0%	6.165	100,0%	29.132.013	100,0%

Fuente: INEI.

Gráfico 3.11. Gasto en servicios de salud, 1995-2010



Fuente: MINSA (2008) y OMS.

Cuadro 3.5. Estructura de financiamiento de la atención de salud, 1995-2009
(En porcentajes)

Agentes	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2007*	2008*	2009*
Gobierno	25	26	23	24	24	24	28	29	29	31	28	33	30
Cooperantes externos	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3			
Donaciones internas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
Hogares	46	40	40	38	39	38	38	36	36	34	37	35	38
Empleadores	26	30	32	32	32	35	31	32	31	31	31	28	29
Otros*	1	3	3	4	3	2	1	1	1	1	4	4	3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Gasto en % del PIB	4,89	4,96	4,95	5,08	5,07	5,44	5,18	5,27	5,12	4,66	4,60	5,10	5,10

Nota: *para los años 2007 a 2009 se considera la estimación presentada en USAID (2011). Para estos años, "Otros" incluye cooperantes externos y donaciones internas.

Fuente: MINSA (2008) y USAID (2011).

Cuadro 3.6. Gasto del subsector público por departamento, 2011

Departamento	Gasto del subsector público (MINSA -con SIS-, Min. Defensa y Min. Interior)		
	Total	Distribución %	Per cápita
Amazonas	104.814.725	1,3	252,3
Áncash	194.066.484	2,5	172,8
Apurímac	170.374.528	2,2	379,1
Arequipa	246.247.581	3,2	199,9
Ayacucho	196.965.657	2,5	299,2
Cajamarca	234.802.368	3,0	155,8
Callao	250.141.335	3,2	261,8
Cusco	293.257.317	3,8	228,5
Huancavelica	139.408.859	1,8	290,7
Huánuco	190.591.554	2,4	228,5
Ica	241.297.094	3,1	319,4
Junín	235.858.824	3,0	179,8
La Libertad	283.577.554	3,6	160,3
Lambayeque	216.983.634	2,8	178,1
Lima	3.486.209.198	44,8	376,8
Loreto	215.434.354	2,8	216,4
Madre de Dios	53.437.984	0,7	429,6
Moquegua	50.154.631	0,6	289,9
Pasco	77.052.856	1,0	260,9
Piura	224.169.155	2,9	125,6
Puno	246.636.443	3,2	180,7
San Martín	139.716.705	1,8	175,8
Tacna	82.381.342	1,1	253,9
Tumbes	101.039.718	1,3	449,3
Ucayali	113.646.551	1,5	241,1
Total	7.788.266.451	100,0	257,3

Nota: no incluye EsSalud.

Fuente: SIAF.

Cuadro 3.7. Número de establecimientos de salud vinculados con los planes que oferta el SIS, según departamentos, 2011

Departamento	Puesto de salud	Centro de salud	Hospitales	Sin especificar	Total
Amazonas	448	5	0	0	453
Áncash	398	12	0	0	410
Apurímac	346	4	0	9	359
Arequipa	246	2	3	1	252
Ayacucho	373	8	0	0	381
Cajamarca	802	11	2	0	815
Callao	51	2	2	0	55
Cusco	308	4	2	0	314
Huancavelica	391	2	0	0	393
Huánuco	264	2	0	0	266
Ica	134	5	0	0	139
Junín	443	7	4	4	458
La Libertad	224	18	4	1	247
Lambayeque	174	4	0	2	180
Lima	661	12	18	5	696
Loreto	355	2	1	0	358
Madre de Dios	105	2	0	0	107
Moquegua	58	2	0	0	60
Pasco	250	3	0	0	253
Piura	383	4	0	5	392
Puno	430	11	0	3	444
San Martín	361	3	0	0	364
Tacna	71	1	0	0	72
Tumbes	42	1	0	0	43
Ucayali	198	2	0	3	203
Total	7.516	129	36	33	7.714

Fuente: SUNASA.

4. Acceso y uso de los servicios de salud

4.1. Afiliados a los subsistemas de salud

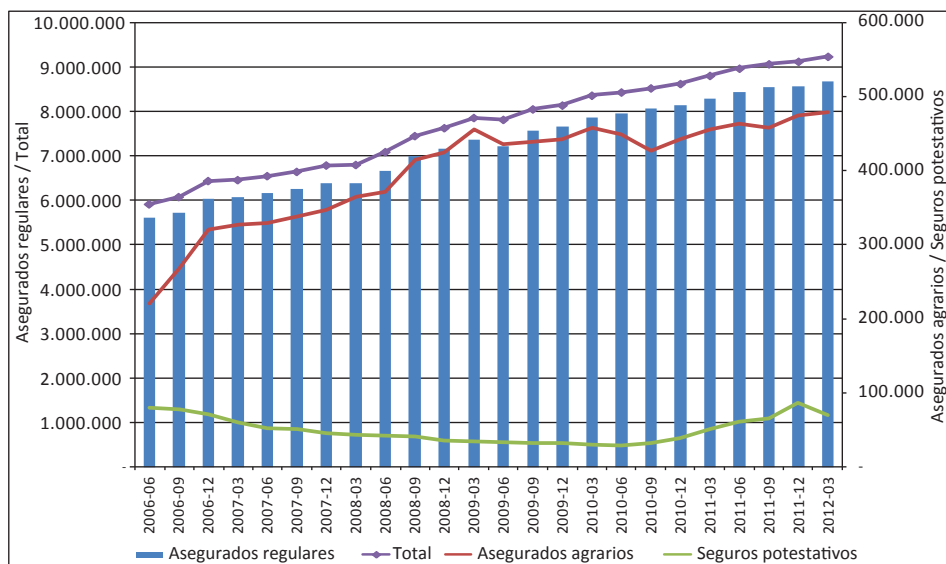
4.1.1. Seguro Social de Salud - EsSalud

El número de afiliados a EsSalud registra una tendencia creciente en los últimos años. La cantidad de asegurados pasó de 5,9 millones, a mediados de 2006, a 9,2 millones, a principios de 2012, lo que implica un crecimiento del 56,2%. En particular, la evolución del número de afiliados presenta mayor dinamismo en el período comprendido entre 2006 y principios de 2009. En ese lapso se produce un incremento del 32,2% en los afiliados, lo que se explica casi exclusivamente por el aumento de los trabajadores activos (y derechohabientes) cubiertos. También es importante el mayor número de personas cubiertas por el seguro agrario, en especial, de aquellas en relación de dependencia (Gráfico 4.1). Luego, entre 2009 y 2012 el incremento es menor (17,6%), y si bien el aumento se explica en gran medida por la mayor cobertura de los trabajadores en relación de dependencia, es relevante el crecimiento de la cobertura que se da entre los trabajadores que se encuentran bajo contrato administrativo de servicios⁴⁵ y entre los pensionados.

Al mes de marzo de 2012, sobre el total de la población afiliada (9.240.715 individuos), un 94,0% son asegurados regulares; un 5,0%, asegurados a través del seguro agrario, y un 1,0% son asegurados por medio del seguro potestativo. Entre los asegurados regulares se observa que un 81,0% son trabajadores activos y un 13,0% pensionados (mientras el resto corresponde a otras categorías). Asimismo, del total de los afiliados, un 55,0% son titulares y un 45,0%, derechohabientes. Entre las categorías que involucran la mayor cantidad de afiliados, la relación entre titulares y derechohabientes se aparta de este promedio en el caso de los asegurados pensionados (72,0% son titulares) y entre los asegurados potestativos (89,0% son titulares).

⁴⁵ El contrato administrativo de servicios, creado en 2008, constituye una modalidad especial de contratación laboral regulada por la Ley N° 29849.

Gráfico 4.1. Evolución de los asegurados por EsSalud, 2006-2012



Fuente: EsSalud.

La distribución de los afiliados da cuenta de una cobertura homogénea entre hombres y mujeres (50,5% y 49,5%, respectivamente). Del total de los afiliados, un 27,0% se concentra en la franja etaria de 25 a 39 años, en tanto un 24,0% se concentra en la franja etaria de 0 a 14. En línea con el reducido peso que obtienen los pensionados dentro de la población afiliada a EsSalud, las personas mayores de 65 años de edad representan solo al 10,0% del total de los afiliados.

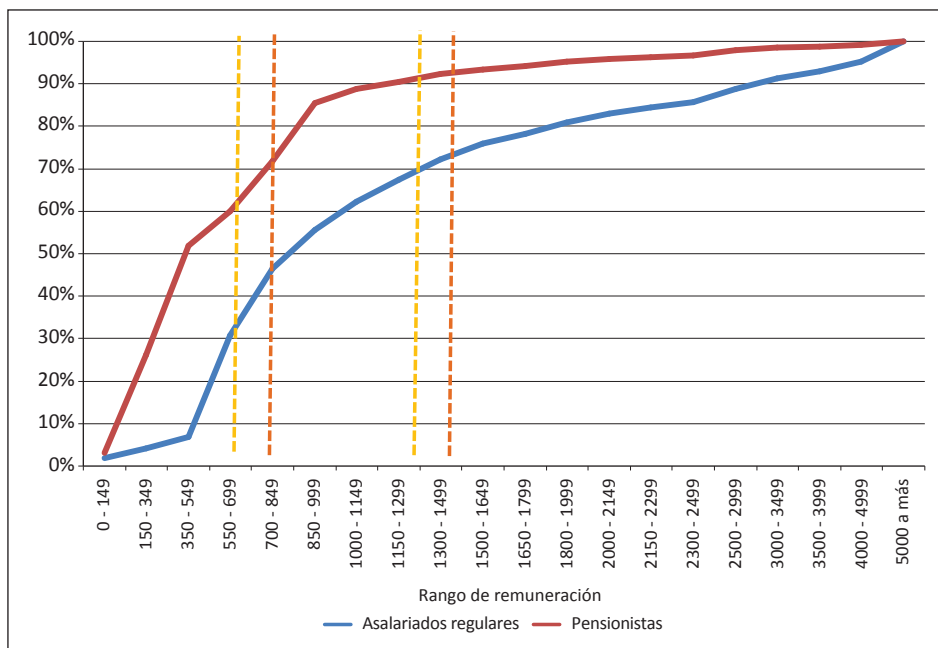
Por otra parte, se manifiesta que la población afiliada se concentra especialmente en redes asistenciales ubicadas en las localidades más pobladas del país. Así, las redes asistenciales de Rebagliati (Lima), Sabogal (Callao) y Almenara (Lima) reúnen el 48,3% de los afiliados. Si además se consideran las redes de Arequipa, La Libertad, Piura y Lambayeque, la concentración de afiliados llega al 70,0%.⁴⁶

Si se analiza la distribución de los afiliados titulares según el rango de remuneración, puede observarse que alrededor de un tercio de los asalariados regulares posee un ingreso inferior al salario mínimo y que otro tercio adicional tiene un salario que fluctúa de uno a dos salarios mínimos. Entre los pensionistas, en cambio, se observa que casi el 60,0% tiene una prestación inferior al salario mínimo⁴⁷ (Gráfico 4.2).

⁴⁶ En el Anexo del presente capítulo se detalla información sobre los afiliados de EsSalud que complementa los datos expuestos en este apartado.

⁴⁷ Asimismo, se observa que el 90% de los pensionistas posee una prestación inferior a dos salarios mínimos.

Gráfico 4.2. Afiliados titulares de EsSalud, según rango de remuneración, junio de 2011



Nota: las líneas verticales se refieren al salario mínimo (y dos veces el salario mínimo). Se consideran el valor previo a agosto de 2011 (S/. 600) y el valor vigente a partir de esa fecha (S/. 675).

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de EsSalud.

4.1.2. Seguro Integral de Salud - SIS

La cobertura del SIS se ha casi duplicado en los últimos cinco años. A partir de 2006 se amplió la política de focalización, de manera de incluir a toda la población pobre y en pobreza extrema, junto con otros ciudadanos que no tuvieran cobertura de salud. Así, el número de asegurados pasó de 7 millones, en 2007, a casi 13 millones, en 2011. De este total de asegurados, la gran mayoría pertenece al régimen subsidiado (Cuadro 4.1). Además, en 2011 aumentó, en relación con 2010, la proporción de asegurados bajo el nuevo esquema de aseguramiento universal (PEAS - Régimen Ley N° 29344) e incluso se espera que este porcentaje vaya aumentando conforme se incremente la cobertura de las zonas bajo el esquema AUS.

Cuadro 4.1. Evolución de los asegurados por el SIS, 2007-2011

Componente	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Régimen subsidiado</i>	6.983.157	10.358.793	11.815.242	12.339.812	12.728.304
Componente Subsidiado DS N° 004-2007-SA				12.111.615	11.136.333
Régimen Subsidiado Ley N° 29344				228.197	1.591.971
<i>Régimen semi subsidiado</i>	68.835	61.609	51.211	47.174	32.200
Componente semi subsidiado DS N° 004-2007-SA					21.317
Régimen semi contributivo Ley N° 29344					8.735
MyPES D.L. N° 1086					2.148
Total	7.051.992	10.420.402	11.866.453	12.386.986	12.760.504

Fuente: SIS.

En 2011, solo había 32.200 asegurados por medio del régimen semisubsidiado, lo que significa una reducción de más del 50,0% en relación con los asegurados en 2007.⁴⁸ Entre los beneficiarios del régimen semisubsidiado, un 66,0% se encuentra cubierto bajo el régimen para trabajadores independientes en zonas sin cobertura del AUS, es decir que muchos de ellos cuentan con el listado de atención previsto en el LPIS (Decreto Supremo N° 004-2007-SA). Siguen en importancia, con un 27,0% del total de asegurados bajo el régimen semicontributivo, los trabajadores independientes cubiertos por el esquema AUS (Ley N° 29344) y, por último, los trabajadores afiliados mediante el régimen semicontributivo para microempresas (MyPES D.L. N° 1086), quienes representan el porcentaje restante.

Los departamentos con mayores niveles de cobertura son Huánuco, Huancavelica, Amazonas, Apurímac, Loreto y Ayacucho (superior al 80,0%). Simultáneamente, los departamentos con menor cobertura son Tacna y Lima, en los cuales menos del 20,0% de la población está afiliada al SIS. Además, cabe mencionar que solo dos regiones (Lima y Arequipa) concentran al 52,1% de los afiliados al esquema semicontributivo del SIS.

Por otro lado, se observa que el 56,1% de los afiliados vive en zonas rurales. Y si se analiza la cobertura por género, los datos recabados determinan que un 54,6% de los afiliados son mujeres y que la mitad de ellas se encuentra en edad fértil. La franja etaria de 0 a 17 años concentra el 47,5% de los beneficiarios; la de 18 a 29 años, el 19,4%; la de 30 a 59 años concentra el 24,6% y el porcentaje restante corresponde a las personas de 60 años y más.⁴⁹

⁴⁸ De acuerdo con un informe del Banco Mundial (2011), la reducción podría explicarse por el escaso éxito del SIS para facilitar el ingreso de las familias no pobres a la opción subsidiada. Asimismo, el informe agrega que en la medida en que las reglas de focalización sean poco estrictas y continúen facilitando el libre acceso a la opción subsidiada será difícil promover la opción semisubsidiada.

⁴⁹ En el Anexo, que figura al final de este capítulo, se presenta información más detallada.

4.1.3. Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y sector privado

La población de asegurados en las Sanidades de las FF.AA. y la Sanidad de la PNP, a diciembre de 2011, alcanza un total de 1,3 millones de personas, dentro de las cuales se incluye 1,2 millones de personas que cuentan con un plan de salud regular (titulares y sus derechohabientes), así como otro tipo de asegurados que cuentan con financiamiento parcial de su plan de salud (SUNASA, 2011).

Las EPS,⁵⁰ agentes complementarios de la seguridad social, cuentan con 1,4 millones de afiliados a diciembre de 2011. Una cifra que se compone de 780 mil afiliados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR),⁵¹ 580 mil afiliados regulares y 8 mil afiliados potestativos. Esta cobertura marca un incremento respecto de los valores registrados hacia 2000, momento en que existían 325 mil afiliados, que se distribuían de la siguiente manera: 240 mil eran regulares, 85 mil estaban afiliados al SCTR y solo había 617 beneficiarios de tipo potestativo.

La distribución de los afiliados al Seguro Regular a cargo de las EPS da cuenta de que la mayor cantidad de afiliados se encuentra en las actividades de intermediación financiera (18,7%), en las actividades inmobiliarias (14,9%), de comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos (14,9%), y en la industria manufacturera (11,0%). Por otra parte, las actividades que incluyen a la mayor cantidad de trabajadores con SCTR son las actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler (25,5%), las industrias manufactureras (21,7%) y la construcción (18,6%) (SUNASA, 2011).

Por otra parte, las entidades que ofrecen servicios de salud prepagos cuentan con 650 afiliados según mediciones realizadas durante el cuarto trimestre

⁵⁰ Existen 5 EPS autorizadas: Rimac Internacional S.A., Pacífico S.A., Persalud S.A., Mapfre Perú S.A y Colsanitas Perú S.A.

⁵¹ El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo otorga cobertura adicional en los casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados regulares de EsSalud que desempeñan actividades de riesgo indicadas en el D.L. N° 26790. Este seguro cubre los siguientes riesgos: a) otorgamiento de prestaciones de salud en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, pudiendo contratarse libremente en EsSalud o en una EPS (elegida conforme a los requerimientos que establece la legislación); b) otorgamiento de pensiones de invalidez temporal o permanente y de sobrevivientes y gastos de sepelio, como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, pudiendo contratarse libremente con la Oficina de Normalización Previsional o con empresas de seguros debidamente acreditadas.

de 2011. Así se conoce que, de un total de 16 entidades, Oncosalud SAC⁵² constituye una institución que alcanza los 575 mil afiliados. Desde el momento en que empezaron a operar estas instituciones hasta el presente, se observa una tendencia creciente en la cobertura. Como ejemplo, puede decirse que el número de los afiliados pasó de 228.033, en el cuarto trimestre de 2006, a 648.447, durante el cuarto trimestre de 2011 (Cuadro 4.2).

Cuadro 4.2. Evolución del número de afiliados a EPS y prepagas, 2003-2011

Institución/seguro	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Asegurados	94.443	102.877	276.411	305.046	376.357	438.912	475.725	514.544	580.182
EPS - Regulares									
<i>Afiliados</i>	155.184	166.588	108.361	121.691	155.486	185.755	202.203	218.566	250.408
<i>Derechohabientes</i>	249.627	269.465	168.050	183.355	220.871	253.157	273.522	295.978	329.774
EPS - Potestativos	11.341	9.662	9.467	6.676	6.598	5.353	7.703	6.791	8.043
EPS - SCRT	156.325	185.484	234.333	306.957	412.759	463.382	561.513	694.796	777.734
EPS - Total	262.109	298.023	520.211	618.679	795.714	907.647	1.044.941	1.216.131	1.365.959
Prepagadas				228.033	259.761	304.474	352.830	506.384	648.447

Nota: los datos corresponden al cuarto trimestre de cada año.

Fuente: SUNASA.

4.2. Cobertura de los seguros de salud

Como resultado de la evolución de los diferentes segmentos del sistema, durante 2011 la población cubierta por algún seguro de salud alcanzó al 64,2% del total, exhibiendo una tendencia creciente desde 2004. En este período la cobertura se incrementó 26,9 p.p., y se registró un mayor incremento en las áreas rurales (48,5 p.p.). Durante las décadas de 1980 y 1990, la cobertura de los seguros de salud en el Perú era realmente muy baja. La cobertura de EsSalud pasó de 17,6% en 1985 a valores cercanos al 20% en la década de 1990. Los otros seguros de salud incrementaron su cobertura durante la segunda mitad de la década de 1990, pero con un alcance relativamente acotado, pues la cobertura pasó de 3,4%, en 1994, a 12,6%, en 2000,⁵³ como producto de la implementación del seguro escolar y del seguro materno infantil. Así, considerando todos los seguros, el aseguramiento en salud se ubicaba, para el año 2000, en el 41,7% (CEPLAN, 2011).

⁵² Esta institución se encuentra entre las más antiguas del mercado, ya que inició sus actividades en mayo de 2006.

⁵³ Estos indicadores no provienen de la ENAHO sino de la Encuesta Nacional de Medición de Niveles de Vida. Por ello existen problemas de comparabilidad entre los datos recolectados a partir de 2004.

Existen algunas discrepancias en relación con la cantidad de asegurados según las diferentes fuentes de información consultadas. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), en 2011, 19,4 millones de personas contaba con algún seguro de salud (10,9 millones solo cuentan con SIS, 6,8 millones solo cuentan con EsSalud y 1,7 millones cuentan con cobertura de otros seguros o con doble cobertura), en tanto 10,8 millones de personas aún están sin cobertura. Sin embargo, estos datos difieren de los obtenidos a partir de los registros administrativos, donde si se contabilizan los afiliados al SIS, a EsSalud y a las sanidades de las Fuerzas Armadas y la PNP, el número de personas cubiertas alcanza a los 23 millones, mientras desciende el número de personas sin cobertura, que sería de 7,2 millones (cifra que incluso podría ser inferior tomando en cuenta otros seguros).^{54, 55}

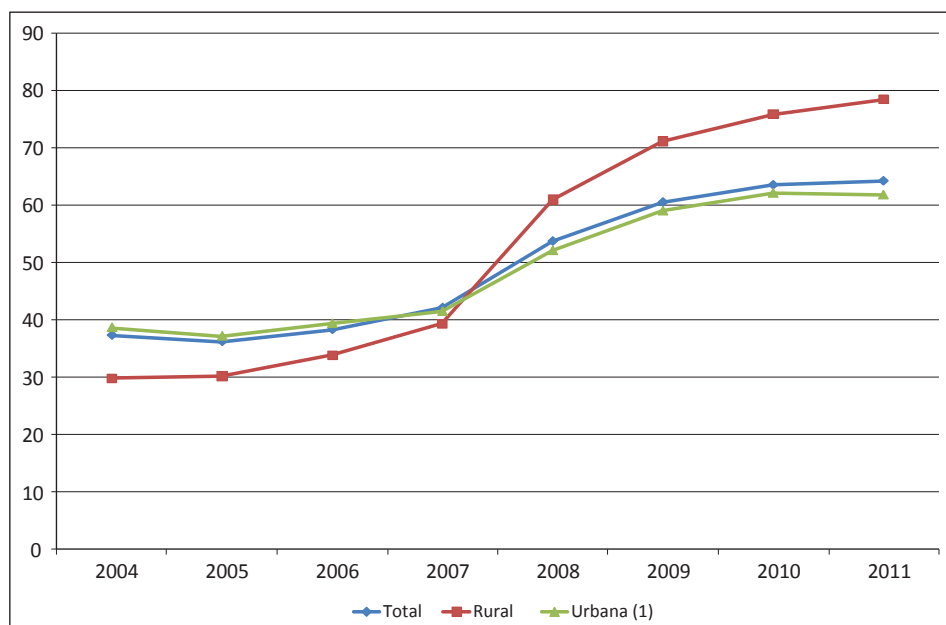
La cobertura en áreas rurales supera a la cobertura en áreas urbanas; en las primeras alcanza al 78,4% de la población, en 2011, mientras que en las segundas, llega al 61,8%. No obstante, dentro del área urbana se observa un comportamiento diferente entre Lima Metropolitana y el resto de las zonas urbanas. En la primera localidad, el incremento de la cobertura ha sido más moderado, mientras que en el caso de las segundas el comportamiento se manifiesta similar al promedio nacional (Gráfico 4.3).

Pero la diferencia entre la cobertura rural y urbana no siempre fue así. Hasta 2007 la cobertura en las áreas urbanas era superior. Sin embargo, como consecuencia del incremento en el número de los asegurados del SIS la cobertura del área rural creció en mayor medida. De hecho, la cobertura del SIS en esta área pasó de un 24,7%, en 2004, al 72,7%, en 2011, mientras que en el área urbana la cobertura del SIS pasó de 12,6% a 30,8%, en idéntico período. También es importante notar que la cobertura del SIS ha crecido 4,7 p.p. en Lima Metropolitana, mientras que la cobertura de EsSalud lo hizo a razón de 7,4 p.p.

⁵⁴ La información proveniente de los datos trimestrales de la ENAH muestra que la cobertura se mantuvo estable en torno al 65,0% entre el tercer trimestre de 2010 y el cuarto trimestre de 2011. En 2012, la cobertura descendió a 62,0%, en el primer trimestre de 2012, y a 59,7%, en el segundo trimestre de 2012.

⁵⁵ En particular, respecto del SIS, las diferencias registradas entre la información de los datos de registro y de la ENAH han sido importantes si bien la brecha se ha cerrado en los últimos años (MEF, 2009).

Gráfico 4.3. Cobertura de los seguros de salud, según área, 2004-2011
(En porcentajes)



Nota: (1) No incluye Lima Metropolitana.
Fuente: INEI (2012).

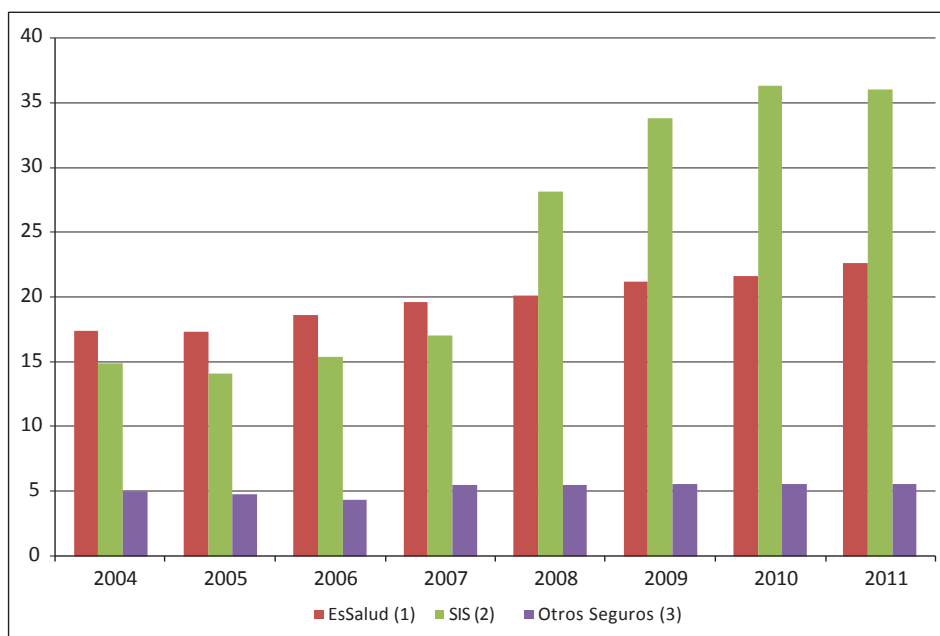
El aumento de la cobertura observado entre 2004 y 2011 se explica principalmente por el mayor número de personas aseguradas en el SIS (Gráfico 4.4). Como se mostró previamente, el número de asegurados aumentó considerablemente a partir de 2007 (pasando de 7 a 13 millones entre 2007 y 2011). De este modo, la cobertura pasó de valores cercanos al 15,0%, en el período 2004-2006, al 36,0%, en 2011. Por otra parte, la cobertura de EsSalud también creció aunque lo hizo en menor medida. La proporción de asegurados pasó, en este caso, del 17,4%, en 2004, a 22,6%, en 2011. Este incremento solo se observa en el área urbana. Entre 2004 y 2011 la cobertura de EsSalud en tal área pasó de 22,2 a 27,2% mientras que en el área rural pasó de 4,7% a 5,1%.⁵⁶

Si se considera el comportamiento de los asegurados según la franja etaria de pertenencia, el grupo poblacional con mayor cobertura es el representado por los niños, niñas y adolescentes. Allí, el 73,6% de la población que va de 0 a 17 años cuenta con algún tipo de seguro de salud. También la cobertura en la población de adultos mayores se encuentra por encima del promedio país (con un 69,3% frente al 64,2% general). Paralelamente la cobertura entre los individuos de la franja etaria de 18 a 64 años asciende al 57,9%.

⁵⁶ Un mayor detalle estadístico se presenta en el Anexo final de este capítulo.

Si se analiza la pertenencia de los niños, niñas y adolescentes al SIS, la matrícula cubre al 50,4%, mientras que, en el caso de EsSalud, esta solo representa al 19,1% de tal franja etaria. Pero este promedio país oculta diferencias entre las distintas áreas. En Lima Metropolitana, el 28,0% de la población de entre 0 y 17 años se encuentra cubierta por EsSalud, un 20,1% es alcanzada por el SIS y un 10,7% restante, por otros seguros. No obstante, en esta región la tasa de cobertura entre los niños, niñas y adolescentes es más baja que en el resto del área urbana e incluso que en el área rural. Contrariamente a lo que se podría pensar, en el área rural casi la totalidad de las personas menores de 17 años se encuentra cubierta por algún seguro de salud, siendo el SIS el esquema de aseguramiento más relevante (ya que solo el 3,6% de los niños, niñas y adolescentes está cubierto por EsSalud).

Gráfico 4.4. Cobertura de los seguros de salud, según tipo de seguro, 2004-2011
(En porcentajes)



Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.

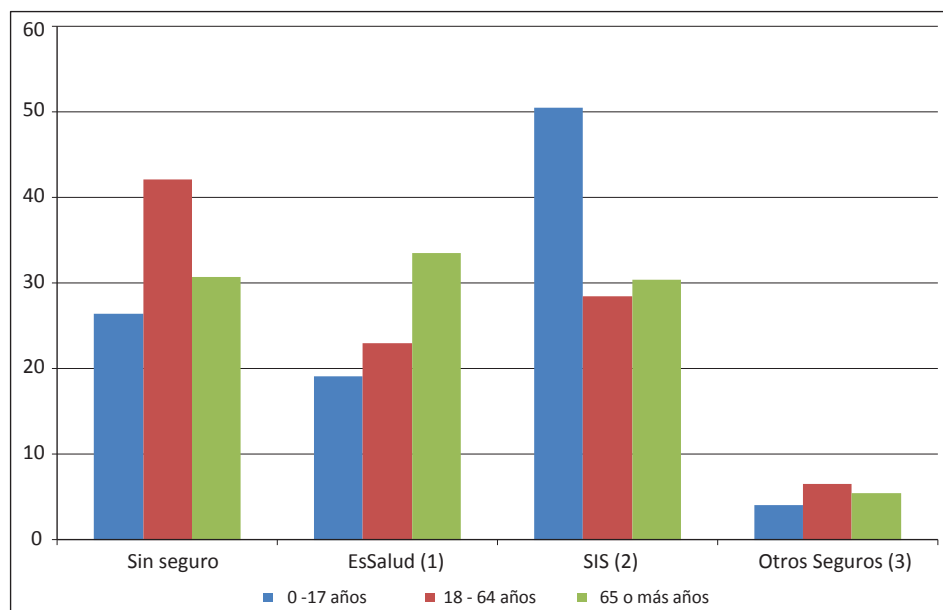
Fuente: INEI (2012).

Entre los asegurados adultos, un 28,4% cuenta con cobertura del SIS, mientras que un 22,9% cuenta con cobertura de EsSalud. Por otra parte, entre los adultos mayores los niveles de cobertura de estos dos seguros son similares, con un 33,5% para EsSalud y un 30,4% para el SIS (Gráfico 4.5). Para ambas franjas etarias, en el área rural la cobertura del SIS se encuentra cercana al 65,0%.

Respecto a la situación socioeconómica, puede decirse que los beneficiarios del SIS se ubican en casi su totalidad (87,1%) en los tres primeros quintiles de ingreso, aunque un porcentaje mucho menor (49,3%) se encuentra en condición de pobreza extrema o moderada. Por otra parte, casi un 70,0% de los afiliados a EsSalud se encuentran en los dos quintiles más ricos de la distribución del ingreso y solo un 0,6% de los afiliados está en condición de pobreza extrema junto con un 7,3% en condición de pobreza moderada.

Gráfico 4.5. Cobertura de los seguros de salud, según franja etaria, 2011

(En porcentajes)



Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Por otra parte, en los dos quintiles de menores ingresos se manifiesta que la cobertura del SIS es más elevada, mientras que en los dos quintiles de mayores ingresos gana la cobertura alcanzada por EsSalud (Cuadro 4.3). Como consecuencia de la concentración de los afiliados del SIS en los quintiles más pobres y de EsSalud (y de otros seguros) en el quintil más rico, las menores tasas de aseguramiento en salud se concentran en los quintiles 3 y 4. Este panorama, que se observa particularmente en 2011, es diferente del observado unos años antes, cuando todavía no se había producido la extensión de la cobertura del SIS. De hecho, en 2004 la cobertura de salud mostraba una relación lineal con el quintil de ingreso y se registraban las mayores tasas de no cobertura en el quintil de menores ingresos.

Cuadro 4.3. Cobertura de los seguros de salud, según quintil de ingreso per cápita familiar, 2011

(En porcentajes - estructura horizontal)

Quintil de ingresos	Sin seguro	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otros Seguros ⁽³⁾	Total
I (más pobre)	22,8	2,1	74,7	0,5	100,0
II	37,4	10,8	50,5	1,3	100,0
III	43,8	21,9	31,6	2,7	100,0
IV	41,7	35,8	16,4	6,1	100,0
V (más rico)	33,2	42,4	6,9	17,5	100,0
Total	35,8	22,6	36,0	5,6	100,0

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

4.3. Uso de los servicios de salud

4.3.1. Caracterización del uso de los servicios de salud

Durante 2011, un 36,3% de la población del Perú declaró padecer problemas de salud crónicos o malestar crónico (con enfermedades como artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH-sida, colesterol, y otras), mientras que un 33,3% declaró haber padecido, en el lapso de un mes previo al relevamiento de datos, algún problema de salud no crónico (ya sea un síntoma o malestar, una enfermedad o un accidente, entre otros).⁵⁷ En Lima Metropolitana, se manifiesta un mayor porcentaje de individuos que declaran padecer enfermedades crónicas (43,9%); esta localidad es seguida por el resto de las zonas urbanas (35,8%) y luego por el área rural (27,8%). Por otra parte, no se observan grandes diferencias en relación con el porcentaje de la población que declara haber padecido una enfermedad no crónica en el último mes entre el área rural y el área urbana (sin Lima Metropolitana), aunque sí hay una diferencia entre estas zonas y el área de Lima Metropolitana, ya que en esta última el porcentaje de población que declara haber tenido un problema de salud no crónico es menor.

Del total de población que informó haber padecido algún problema crónico de salud en 2011, un 38,7% buscó atención, en tanto que de la población que

⁵⁷ De este 33,0% de la población con problemas de salud no crónicos, un 55,3% declaró haber tenido algún síntoma o malestar, un 32,7% una enfermedad, un 8,4% síntoma y enfermedad, y el resto declaró otros problemas de salud.

manifestó haber tenido algún problema no crónico de salud la proporción que buscó atención asciende al 49,3%. Es importante destacar que el porcentaje de personas que buscó atención médica habiendo tenido un problema de salud no crónico ha aumentado más de 10 p.p. entre 2004 y 2011. Este incremento se ha observado tanto en la zona de Lima Metropolitana, como en el total de las zonas rurales y en el resto de las zonas urbanas, pero ha sido más relevante en los dos primeros casos. También es importante mencionar que el porcentaje de la población que buscó atención, dado que tuvo un problema de salud crónico, ha aumentado en 7 p.p. en las zonas rurales, entre 2004 y 2011, a pesar de que se ha mantenido relativamente estable en el nivel nacional (Cuadro 4.4).

Cuadro 4.4. Población con algún problema de salud que buscó atención, 2004-2011

(En porcentajes)

Año	Nacional		Lima Metropolitana		Área urbana ¹		Área rural	
	Crónico	No crónico	Crónico	No crónico	Crónico	No crónico	Crónico	No crónico
2004	38,0	38,7	39,2	43,1	42,9	45,5	26,9	31,9
2005	36,0	39,3	41,7	53,7	38,0	39,4	25,1	29,3
2006	35,0	39,2	39,4	46,2	37,0	40,3	25,7	31,8
2007	36,6	43,0	41,2	52,0	36,9	44,0	28,2	34,3
2008	38,1	47,1	39,2	54,0	39,9	48,8	32,3	39,2
2009	40,5	49,6	46,8	62,3	40,0	49,4	31,7	38,1
2010	39,8	49,7	44,9	60,5	38,7	49,5	33,3	39,6
2011	38,7	49,3	40,5	56,7	39,4	50,0	33,9	41,8

Nota: 1) no incluye Lima Metropolitana.

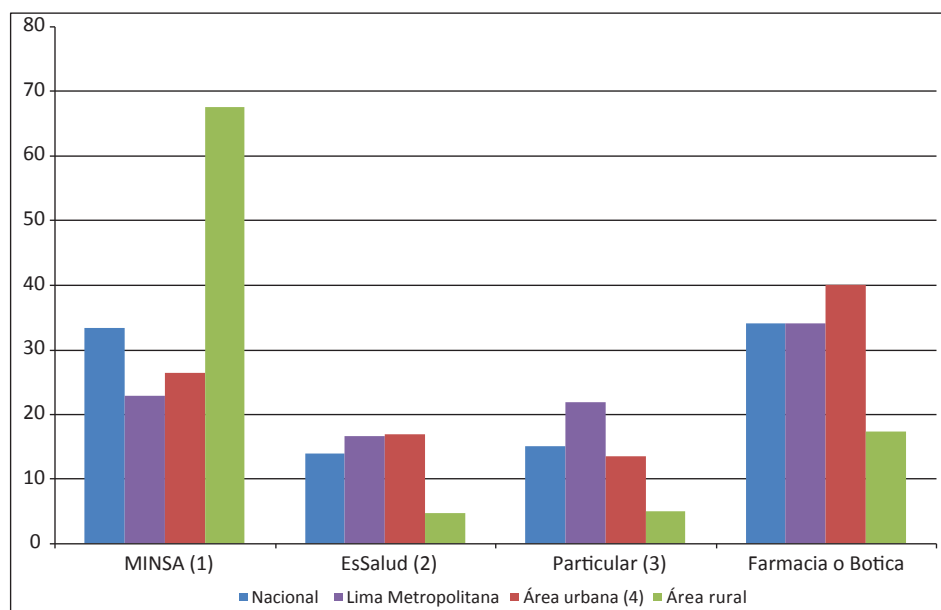
Se considera población con algún problema de salud crónico, a aquella que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH-sida, colesterol, entre otras) o malestares crónicos. Se considera población con algún problema de salud no crónico, a aquella que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas anteriores a la encuesta.

Fuente: INEI (2012).

Al analizar el lugar, donde las personas que buscaron atención realizaron la consulta médica, se observa que, en 2011, el 34,1% consultó en una farmacia o botica, el 33,3% fue a algún establecimiento público de salud (MINSAs), el 15,1% acudió a establecimientos de salud del sector privado (clínicas y consultorios particulares) y el 13,9% asistió a establecimientos de EsSalud. El porcentaje restante acudió a establecimientos de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional del Perú o se trató de personas atendidas en sus domicilios (Gráfico 4.6).

Gráfico 4.6. Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta en salud, 2011

(En porcentajes)



Notas: 1) incluye centro de salud MINSAs, puesto de salud MINSAs, centro o puesto de salud CLAS y hospital MINSAs; 2) incluye posta, policlínico y hospital de EsSalud; 3) incluye clínica particular y consultorio médico particular; 4) no incluye Lima Metropolitana.

Fuente: INEI (2012).

El porcentaje total de personas con problemas de salud que ha procurado atención médica ha aumentado entre 2004 y 2011, pasando de 41,7% a 50,4%. Aquí se observa un incremento de las consultas particulares y en farmacias y boticas, mientras tanto, el peso de las consultas y atenciones en los centros de salud del subsector público y de EsSalud ha disminuido (en términos relativos).

En el área urbana (sin Lima Metropolitana), el porcentaje de personas que habiendo tenido problemas de salud buscó atención aumentó en 6,1 p.p. entre 2004 y 2011, mientras que en Lima Metropolitana lo hizo en 9,2 p.p. durante el mismo período. Por otra parte, en el área rural, el total de personas que buscó atención aumentó 9,4 p.p., un valor que se explica a partir de las mayores consultas en los establecimientos del subsector público. En línea con la baja cobertura de EsSalud, en el área rural solo un 1,2% de la población consultó en un establecimiento dependiente de esta institución.⁵⁸

⁵⁸ En el Anexo, que figura al final de este capítulo, se presentan estadísticas complementarias.

En 2011 puede observarse que, del total de personas que no buscaron atención, un 23,6% se encuentra en el quintil de menores recursos frente a un 17,3% que se encuentra en el quintil de mayores ingresos (esta relación entre quintiles de ingresos es similar a la registrada en 2004). Del total de la población que se atendió en el MINSA, un 76,1% pertenece a los tres primeros quintiles de ingresos, mientras que del total de personas que se atendieron en EsSalud, un 72,5% pertenece a los dos quintiles de mayores ingresos (Cuadro 4.5).

Cuadro 4.5. Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta en salud, según quintil de ingreso, 2011

(En porcentajes)

Quintil de ingresos	Total buscó atención	MINSA	EsSalud	Particular	FFAA y PNP	Farmacia o Botica	Total no buscó atención
I (más pobre)	15,8	30,3	1,6	5,7	0,4	12,2	23,6
II	19,2	25,4	9,0	12,0	3,5	20,8	20,9
III	21,4	20,4	16,9	19,3	19,0	25,3	19,4
IV	21,8	14,4	34,0	24,7	23,9	23,2	18,8
V (más rico)	21,7	9,6	38,5	38,3	53,3	18,6	17,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Del total de la población con algún problema de salud que buscó atención en el MINSA, un 67,9% estaba cubierto por el SIS, un 22,5% no tenía seguro, un 7,9% estaba afiliado a EsSalud y un 1,7% contaba con algún otro seguro. Por otra parte, del total de personas que se atendieron en algún establecimiento de EsSalud, un 95,6% contaba con cobertura de EsSalud y un 3,2% tenía otro seguro (Cuadro 4.6). El bajo porcentaje de personas cubiertas por el SIS que se atendieron en EsSalud y el bajo porcentaje de personas que se atendieron en algún establecimiento del MINSA y que contaban con cobertura de EsSalud constituye otro elemento más que permite identificar la baja articulación entre los subsistemas de salud del Perú. Asimismo, también se observa que el total de personas que se atendieron en algún establecimiento de las sanidades de las Fuerzas Armadas o de la PNP estaban afiliadas a estos regímenes. Por último, también se manifiesta que un porcentaje mayoritario de las personas que se atendieron en consultorios, en clínicas particulares o que asistieron a farmacias o boticas no contaban con seguro de salud. Nuevamente, estas estadísticas son similares a las registradas en 2004, cuando todavía no se había gestado la extensión de cobertura del SIS y la implementación del Plan de Aseguramiento Universal en Salud.⁵⁹

⁵⁹ En el Anexo, que figura al final de este capítulo, se presentan estadísticas complementarias.

Cuadro 4.6. Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta, según cobertura en salud, 2011

(En porcentajes)

Aseguramiento en salud	Total buscó atención	MINSa	EsSalud	Particular	FFAA y PNP	Farmacia o Botica	Otros	Total no buscó atención
Sin seguro	31,6	22,5	0,7	40,2	0,0	48,4	33,9	37,7
EsSalud	26,6	7,9	95,6	27,3	0,0	18,7	21,2	19,5
SIS	36,0	67,9	0,5	17,9	0,0	28,9	34,0	38,3
Otro	5,7	1,7	3,2	14,6	100,0	4,0	10,9	4,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

4.3.2. Cobertura financiera de los seguros de salud

Como se destacó en el Capítulo 2, un porcentaje muy importante del gasto en salud lo constituye el gasto de bolsillo. Como consecuencia del bajo aseguramiento en salud, una parte relevante de la población financia totalmente los servicios que utiliza. Un 37,5% de los ciudadanos que realizó una consulta médica la financió en su totalidad, mientras que un 41,9% de quienes adquirieron medicinas también las pagaron en su totalidad. Estos porcentajes son mayores en el caso de los estudios complementarios, como análisis y rayos X (Cuadro 4.7). No obstante, es importante destacar que entre 2004 y 2011 disminuyó el porcentaje de personas que financiaron en su totalidad las consultas médicas y los medicamentos (en 9,9 y 9,2 p.p., respectivamente), en tanto aumentó el porcentaje de personas que financiaron consultas y medicamentos íntegramente a través del SIS y de EsSalud.

Se observa que el SIS tiene una buena cobertura financiera para las consultas médicas, los análisis y rayos junto con otros exámenes, aunque esta es algo menor en el caso de los medicamentos (un 4,9% de quienes adquirieron medicinas recibieron financiamiento parcial del SIS). Algo similar ocurre con EsSalud. Sin embargo, se observa que un mayor porcentaje de población que recibió prestaciones de mayor complejidad contaba con EsSalud.⁶⁰

⁶⁰ En el Anexo, que figura al final de este capítulo, se presentan estadísticas complementarias.

Cuadro 4.7. Financiamiento de las prestaciones de salud, 2011

Financiamiento de prestaciones de salud	Prestación				
	Consulta	Medicina	Análisis	Rayos X	Otros exámenes
Porcentaje de la población que recibió la prestación	19,1	18,4	4,1	2,3	0,4
<i>SIS pagó todo</i>	30,4	24,6	13,2	3,8	4,4
<i>SIS pagó una parte</i>	0,7	4,9	0,9	0,2	0,2
<i>EsSalud pagó todo</i>	20,8	18,0	29,6	30,5	41,9
<i>EsSalud pagó una parte</i>	0,8	3,1	0,8	1,4	0,3
<i>Seguro privado pagó todo</i>	0,9	0,9	1,2	2,2	1,9
<i>Seguro privado pagó una parte</i>	0,9	1,0	1,5	1,6	2,1
<i>Ud. pagó todo</i>	37,5	41,9	45,0	50,1	39,0
<i>Donado por el MINSA</i>	1,3	0,3	0,9	0,6	0,0
<i>Otro</i>	6,9	5,3	6,8	9,3	10,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

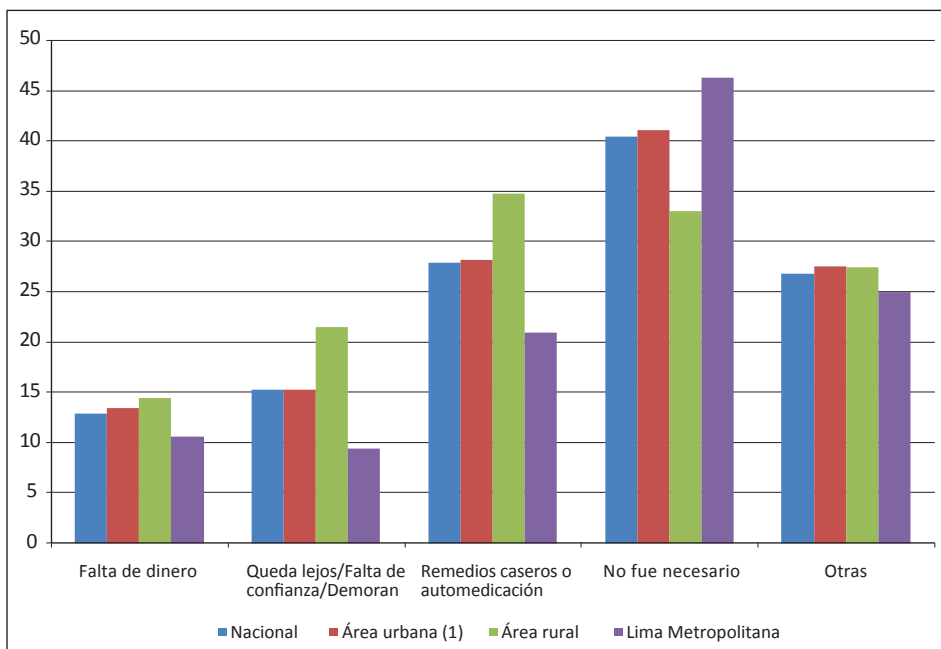
4.3.3. Caracterización de las barreras en el acceso a los servicios de salud⁶¹

En 2011, del total de personas que no realizaron consultas sobre su salud, a pesar de haber padecido algún problema, el 40,5% consideró que no era necesario recibir atención. El 27,9% utilizó remedios caseros o se automedicó, el 15,3% mencionó que no acudió a la consulta porque el establecimiento quedaba lejos, porque no tenía confianza en los médicos o por la demora en la atención, y un 12,9% mencionó la falta de dinero como barrera de acceso al servicio de salud (Gráfico 4.7). Luego, el porcentaje restante se descompone en otras barreras que incluyen: la carencia de seguro, la falta de tiempo, el maltrato por parte del personal de salud, entre otros temas. Esta última categoría (Otros), que representaba un bajo porcentaje de barreras en el acceso en 2004, se ha más que duplicado desde entonces hasta el presente. Si se analiza con detenimiento el interior de esta categoría, los datos exponen que la falta de tiempo es la variable que más pondera (con un 18,0%), mientras solo un 2,4% de las personas que no consultaron lo hicieron por falta de seguro médico y un 1,5%, por el maltrato recibido del personal de salud.

⁶¹ Si bien no se trata de un análisis exhaustivo, en este apartado se busca aproximar cuantitativamente la ponderación de algunas barreras de acceso potencial y real a los servicios de salud. Del total de barreras (tiempo de viaje, transporte, distancia, horarios de atención, trámites, tiempo de espera, factores que hacen a la predisposición de las personas para realizar consultas médicas, ingresos, seguro de salud, estado de necesidad, satisfacción del sistema, y otras) solo se exploran algunas, en función de la información disponible en la ENAHO.

Gráfico 4.7. Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud, 2011

(En porcentajes)



Nota: (1) no incluye Lima Metropolitana.

Fuente: INEI (2012).

Del total de personas que indican como barrera de acceso a los servicios de salud la falta de ingresos, un 60,1% se encuentra entre los dos quintiles de menores ingresos y un 43,1% en condición de pobreza extrema o moderada. En el caso del resto de los impedimentos se observa una distribución más homogénea por quintil de ingreso, aunque las personas del primer quintil representan casi el 30,0% del total de los individuos que indican como barrera la distancia, la falta de confianza y la demora en la atención. En relación con 2004, puede indicarse que la falta de dinero ha perdido peso entre la población en condiciones de pobreza.

Cuadro 4.8. Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud según quintil de ingreso, 2011

(En porcentajes)

Quintil de ingresos	Falta de dinero	Queda lejos/Falta de confianza/Demoran	Remedios caseros o automedicación	No fue necesario	Otras
I (más pobre)	30,6	29,1	24,0	16,0	16,8
II	29,5	22,9	20,4	18,6	18,5
III	21,4	18,8	19,0	21,4	20,2
IV	13,2	17,4	18,3	22,4	21,4
V (más rico)	5,3	11,9	18,3	21,6	23,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Por otro lado, los datos permiten notar que si bien la falta de dinero constituye en sí misma una barrera, esta no solo funciona para quienes no tienen ningún tipo de seguro sino también para los beneficiarios del SIS. Además, entre los beneficiarios del SIS, también se pondera como barrera de acceso la distancia, la falta de confianza y la demora en la atención (Cuadro 4.9).⁶²

Cuadro 4.9. Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud, según condición de aseguramiento, 2011

(En porcentajes)

Aseguramiento en salud	Falta de dinero	Queda lejos/Falta de confianza/Demoran	Remedios caseros o automedicación	No fue necesario	Otras
Sin seguro	51,0	32,7	35,9	41,3	30,9
EsSalud	6,6	19,2	19,6	21,7	27,9
SIS	41,3	45,6	39,8	31,2	34,9
Otro	1,1	2,5	4,8	5,8	6,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

⁶² En el Anexo de este capítulo se presentan estadísticas complementarias.

4.4. Anexo

Cuadro 4.10. Evolución de los asegurados por EsSalud, 2006-2012

Tipo de seguro	2006-06/2009-03				2009-3/2012-3				2006-06/2012-03			
	Variación de la cobertura		Incidencia en la		Variación de la cobertura		Incidencia en la		Variación de la cobertura		Incidencia en la	
	Var. N° personas	Var. Porcentual	variación	Var. N° personas	Var. Porcentual	variación	Var. N° personas	Var. Porcentual	Var. N° personas	Var. Porcentual	Var. N° personas	Var. Porcentual
<i>Asegurados regulares</i>	1.734.262	30,9%	91,2%	1.319.499	17,9%	95,7%	3.074.907	54,7%	92,5%			
Trabajador activo	1.569.454	34,9%	82,5%	875.998	14,1%	63,6%	2.572.321	57,1%	77,4%			
Pensionista	(59.778)	-5,8%	-3,1%	163.782	16,5%	11,9%	120.819	11,7%	3,6%			
Trabajador del hogar	23.313	43,3%	1,2%	30.506	52,6%	2,2%	34.662	64,3%	1,0%			
Pescador artesanal	1.221	50,0%	0,1%	1.441	41,3%	0,1%	2.488	102,0%	0,1%			
Trabajador de la CBSSP	1.464	18,9%	0,1%	3.275	37,1%	0,2%	4.384	56,7%	0,1%			
Pensionista de la CBSSP	15.526	84,2%	0,8%	(2.548)	-7,6%	-0,2%	12.649	68,6%	0,4%			
Pensionista en trámite	1.663		0,1%	(501)	-27,0%	0,0%	1.352		0,0%			
Contr. administ. serv	181.399		9,5%	247.546	314,6%	18,0%	326.232		9,8%			
<i>Asegurados agrarios</i>	215.193	97,7%	11,3%	23.534	5,2%	1,7%	259.112	117,6%	7,8%			
Agrario dependiente	171.392	80,7%	9,0%	40.330	10,2%	2,9%	221.756	104,4%	6,7%			
Agrario independiente	43.801	545,6%	2,3%	(16.796)	-27,0%	-1,2%	37.356	465,3%	1,1%			
<i>Seguros potestativos</i>	(46.878)	-58,2%	-2,5%	35.124	101,7%	2,5%	(10.896)	-13,5%	-0,3%			
EsSalud personal - familiar	(31.581)	-80,0%	-1,7%	(5.654)	-66,7%	-0,4%	(36.666)	-92,8%	-1,1%			
Nuevo seguro potestativo	(14.631)	-36,3%	-0,8%	(14.544)	-56,1%	-1,1%	(28.899)	-71,7%	-0,9%			
EsSalud independiente	(666)	-87,2%	0,0%	(60)	-54,1%	0,0%	(713)	-93,3%	0,0%			
PEAS	-			55.382		4,0%	55.382		1,7%			
Total	1.902.577	32,2%	100,0%	1.378.157	17,5%	100,0%	3.323.123	56,2%	100,0%			

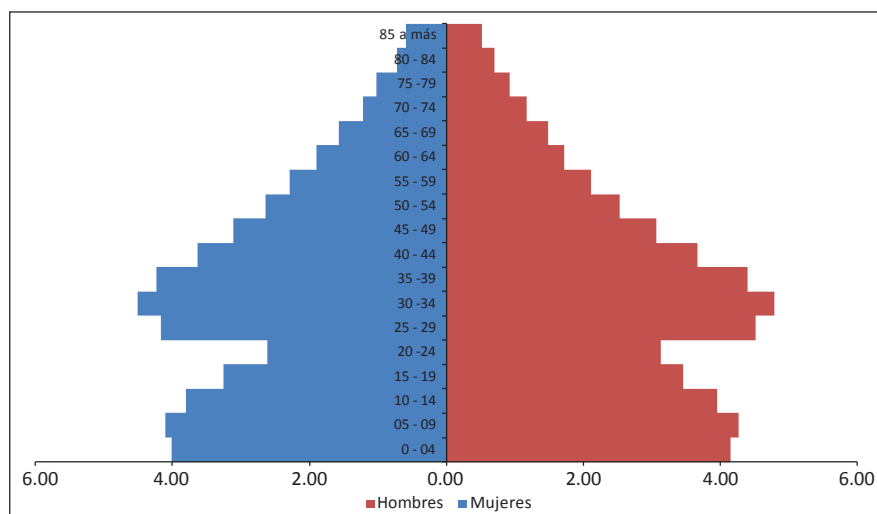
Fuente: EsSalud.

Cuadro 4.11. Distribución de la población afiliada a EsSalud, según tipo de seguro y tipo de asegurado, marzo de 2012

Tipo de seguro	Población	Titular	Derechohabiente
Asegurados regulares	8.691.591	4.769.998	3.921.593
Trabajador activo	7.073.458	3.662.211	3.411.247
Pensionista	1.153.872	832.055	321.817
Trabajador del hogar	88.538	59.897	28.641
Pescador artesanal	4.928	1.910	3.018
Trabajador de la CBSSP	12.114	7.698	4.416
Pensionista de la CBSSP	31.097	11.088	20.009
Pensionista en trámite	1.352	1.258	94
Contr. Administ. Serv.	326.232	193.881	132.351
Asegurados agrarios	479.478	258.573	220.905
Agrario dependiente	434.094	235.684	198.410
Agrario independiente	45.384	22.889	22.495
Seguros potestativos	69.646	61.652	7.994
Seguro potestativo	11.389	10.177	1.212
EsSalud personal-familiar	2.824	2.696	128
EsSalud independiente	51	51	0
PEAS	55.382	48.728	6.654
Total	9.240.715	5.090.223	4.150.492

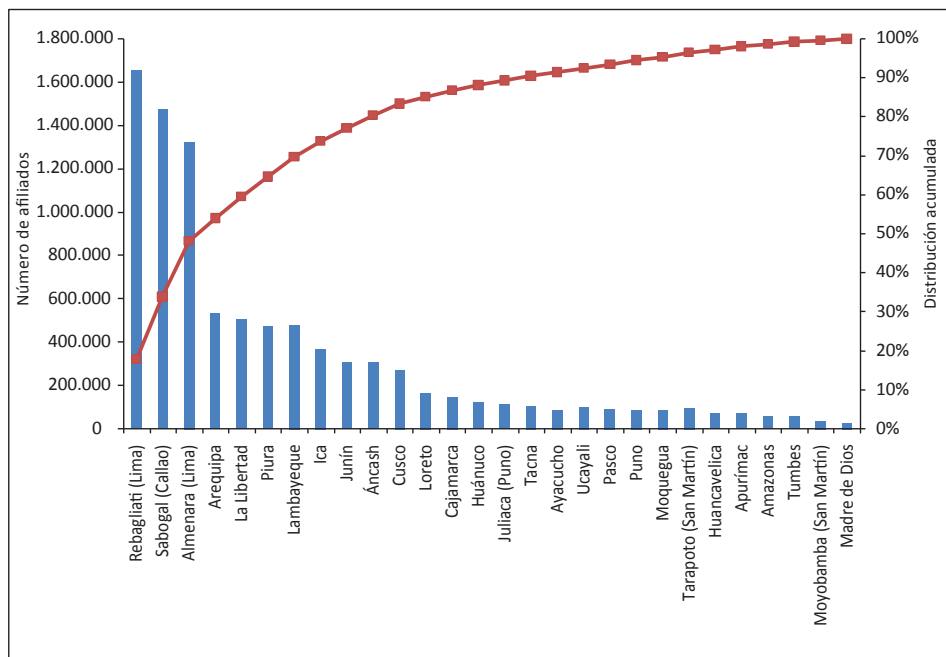
Fuente: EsSalud.

Gráfico 4.8. Distribución de la población afiliada a EsSalud, según grupo etario y género, marzo de 2012



Fuente: EsSalud.

Gráfico 4.9. Distribución de la población afiliada a EsSalud, por red asistencial, marzo de 2012



Fuente: EsSalud.

Cuadro 4.12. Distribución de los afiliados al SIS por departamento, 2011

Departamento	Total		Régimen subsidiado				Régimen semisubsidiado		Población		Cobertura
			LPIS		PEAS		Nro.	%	Nro.	%	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%					
Amazonas	353.808	2,8%	316.232	2,8%	36.812	2,3%	764	2,4%	415.466	1,4%	85,2%
Áncash	632.438	5,0%	631.749	5,7%	3	0,0%	686	2,1%	1.122.792	3,8%	56,3%
Apurímac	380.017	3,0%	206.833	1,9%	172.978	10,9%	206	0,6%	449.365	1,5%	84,6%
Arequipa	302.647	2,4%	298.378	2,7%		0,0%	4.269	13,3%	1.231.553	4,1%	24,6%
Ayacucho	532.367	4,2%	424.620	3,8%	107.619	6,8%	128	0,4%	658.400	2,2%	80,9%
Cajamarca	1.163.866	9,1%	1.163.320	10,4%	8	0,0%	538	1,7%	1.507.486	5,1%	77,2%
Callao	205.902	1,6%	71.773	0,6%	132.697	8,3%	1.432	4,4%	955.385	3,2%	21,6%
Cusco	836.179	6,6%	830.918	7,5%	4.852	0,3%	409	1,3%	1.283.540	4,3%	65,1%
Huancavelica	409.497	3,2%	261.293	2,3%	148.190	9,3%	14	0,0%	479.641	1,6%	85,4%
Huánuco	747.733	5,9%	747.005	6,7%	1	0,0%	727	2,3%	834.054	2,8%	89,7%
Ica	164.346	1,3%	163.872	1,5%		0,0%	474	1,5%	755.508	2,5%	21,8%
Junín	489.608	3,8%	481.162	4,3%	7.995	0,5%	451	1,4%	1.311.584	4,4%	37,3%
La Libertad	803.239	6,3%	751.400	6,7%	50.108	3,1%	1.731	5,4%	1.769.181	5,9%	45,4%
Lambayeque	486.735	3,8%	477.206	4,3%	8.799	0,6%	730	2,3%	1.218.492	4,1%	39,9%
Lima	1.677.974	13,1%	787.483	7,1%	877.970	55,1%	12.520	38,9%	9.252.401	31,1%	18,1%
Loreto	839.187	6,6%	826.064	7,4%	12.485	0,8%	638	2,0%	995.355	3,3%	84,3%
Madre de Dios	47.440	0,4%	47.118	0,4%		0,0%	322	1,0%	124.404	0,4%	38,1%
Moquegua	35.371	0,3%	35.160	0,3%		0,0%	211	0,7%	172.995	0,6%	20,4%
Pasco	124.393	1,0%	123.616	1,1%	1	0,0%	776	2,4%	295.315	1,0%	42,1%
Piura	919.608	7,2%	887.148	8,0%	31.448	2,0%	1.012	3,1%	1.784.551	6,0%	51,5%
Puno	623.477	4,9%	623.025	5,6%	3	0,0%	449	1,4%	1.364.752	4,6%	45,7%
San Martín	547.679	4,3%	545.772	4,9%		0,0%	1.907	5,9%	794.730	2,7%	68,9%
Tacna	47.564	0,4%	47.036	0,4%		0,0%	528	1,6%	324.498	1,1%	14,7%
Tumbes	92.901	0,7%	91.924	0,8%		0,0%	977	3,0%	224.895	0,8%	41,3%
Ucayali	296.529	2,3%	296.226	2,7%	2	0,0%	301	0,9%	471.351	1,6%	62,9%
Total	12.760.506	100%	11.136.333	100%	1.591.971	100%	32.200	100%	29.797.694	100%	42,8%

Fuente: SIS.

Cuadro 4.13. Cobertura de los seguros de salud, según tipo de seguro y área geográfica, 2004-2011
(En porcentajes)

Año	Total	Lima Metropolitana					Área urbana					Área rural					
		Total	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otros Seguros ⁽³⁾	Total	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otros Seguros ⁽³⁾	Total	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otros Seguros ⁽³⁾	Total	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otros Seguros ⁽³⁾
2004	37,3	43,0	23,7	8,2	11,0	38,7	22,2	12,6	3,8	29,9	4,7	24,7	0,6	30,3	4,6	25,1	0,5
2005	36,2	40,8	23,8	6,7	10,4	37,2	21,9	11,5	3,8	33,9	4,4	29,0	0,4	39,4	4,3	34,5	0,6
2006	38,3	41,1	25,7	6,1	9,4	41,5	24,0	13,6	3,8	61,0	4,4	56,0	0,7	71,1	4,7	65,9	0,6
2007	42,1	45,5	27,7	5,4	12,3	52,1	24,7	23,5	4,0	75,9	4,4	70,6	0,8	78,4	5,1	72,7	0,7
2008	53,7	49,3	28,2	9,4	11,8	59,0	25,3	29,4	4,4								
2009	60,5	53,4	30,0	11,7	11,7	62,1	25,9	32,1	4,1								
2010	63,5	54,8	30,4	13,1	11,3	61,8	27,2	30,8	3,8								
2011	64,2	56,5	31,1	12,9	12,5												

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.
Fuente: INEI.

Cuadro 4.14. Cobertura de los seguros de salud, según tipo de seguro para la población de 0 a 17 años, 2011

(En porcentajes)

Aseguramiento en salud	Total	Lima Metropolitana	Área urbana ⁴	Área rural
Sin seguro	26,4	41,2	28,2	11,7
EsSalud ⁽¹⁾	19,1	28,0	25,1	3,6
SIS ⁽²⁾	50,4	20,1	43,9	84,4
Otros Seguros ⁽³⁾	4,1	10,7	2,8	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros. (4) No incluye Lima Metropolitana.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.15. Cobertura de los seguros de salud, según tipo de seguro para la población de 18 a 64 años, 2011

(En porcentajes)

Aseguramiento en salud	Total	Lima Metropolitana	Área urbana ⁴	Área rural
Sin seguro	42,1	47,0	44,9	28,9
EsSalud ⁽¹⁾	22,9	29,7	26,3	5,7
SIS ⁽²⁾	28,4	10,4	24,4	64,5
Otros Seguros ⁽³⁾	6,5	13,0	4,4	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros. (4) No incluye Lima Metropolitana.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.16. Cobertura de los seguros de salud, según tipo de seguro para la población de 65 o más años, 2011

(En porcentajes)

Aseguramiento en salud	Total	Lima Metropolitana	Área urbana ⁴	Área rural
Sin seguro	30,7	44,9	43,3	28,7
EsSalud ⁽¹⁾	33,5	32,0	28,1	6,1
SIS ⁽²⁾	30,4	10,0	24,5	64,3
Otros Seguros ⁽³⁾	5,5	13,0	4,2	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros. (4) No incluye Lima Metropolitana.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.17. Cobertura de los seguros de salud, según quintiles de ingreso per cápita familiar, 2011

(En porcentajes - estructura vertical)

Quintil de ingresos	Sin seguro	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otros Seguros ⁽³⁾	Total
I (más pobre)	12,7	1,8	41,5	1,6	20,0
II	20,9	9,6	28,0	4,6	20,0
III	24,5	19,4	17,5	9,7	20,0
IV	23,3	31,7	9,1	21,6	20,0
V (más rico)	18,5	37,5	3,8	62,4	20,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.18. Cobertura de los seguros de salud, según quintiles de ingreso per cápita familiar, 2004

(En porcentajes - estructura vertical)

Quintil de ingresos	Sin seguro	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otros Seguros ⁽³⁾	Total
I (más pobre)	22,4	1,1	37,8	1,2	20,0
II	23,4	4,7	29,0	2,9	20,0
III	21,7	17,6	19,0	8,9	20,0
IV	19,1	31,6	10,8	19,2	20,0
V (más rico)	13,4	44,9	3,3	67,7	20,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.19. Cobertura de los seguros de salud según quintiles de ingreso per cápita familiar, 2004

(En porcentajes - estructura horizontal)

Quintil de ingresos	Sin seguro	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otros Seguros ⁽³⁾	Total
I (más pobre)	70,8	1,0	27,9	0,3	100,0
II	73,8	4,1	21,4	0,7	100,0
III	68,6	15,1	14,1	2,2	100,0
IV	60,2	27,1	8,0	4,7	100,0
V (más rico)	42,3	38,5	2,5	16,7	100,0
Total	63,1	17,2	14,8	4,9	100,0

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.20. Cobertura de los seguros de salud, según condición de pobreza, 2011

(En porcentajes - estructura horizontal)

Condición de pobreza	Sin seguro	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otros Seguros ⁽³⁾	Total
Extrema	18,1	2,1	79,6	0,2	100,0
Moderada	31,8	7,7	59,7	0,8	100,0
No pobre	38,5	28,8	25,2	7,5	100,0
Total	35,8	22,6	36,0	5,6	100,0

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.21. Cobertura de los seguros de salud, según condición de pobreza, 2004

(En porcentajes - estructura horizontal)

Condición de pobreza	Sin seguro	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otros Seguros ⁽³⁾	Total
Extrema	70,9	1,2	27,9	0,1	100,0
Moderada	69,8	10,3	18,2	1,7	100,0
No pobre	53,4	30,3	6,2	10,0	100,0
Total	63,1	17,2	14,8	4,9	100,0

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.22. Cobertura de los seguros de salud, según condición de pobreza, 2011

(En porcentajes - estructura vertical)

Condición de pobreza	Sin seguro	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otros Seguros ⁽³⁾	Total
Extrema	3,2	0,6	13,9	0,2	6,3
Moderada	19,0	7,3	35,4	3,1	21,4
No pobre	77,8	92,1	50,7	96,7	72,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.23. Cobertura de los seguros de salud, según condición de pobreza, 2004

(En porcentajes - estructura vertical)

Condición de pobreza	Sin seguro	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otros Seguros ⁽³⁾	Total
Extrema	18,2	1,1	30,6	0,3	16,3
Moderada	46,4	25,0	51,7	14,4	41,9
No pobre	35,4	73,9	17,7	85,3	41,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.24. Población que manifestó padecer algún problema de salud, 2004-2011

(En porcentajes)

Año	Nacional		Lima Metropolitana		Área urbana ¹		Área rural	
	Crónico	No crónico	Crónico	No crónico	Crónico	No crónico	Crónico	No crónico
2004	17,8	37,2	22,5	28,4	17,9	40,3	13	41,6
2005	20,5	34,5	22,5	26,2	21,5	38,1	17,1	37,6
2006	22,7	34,8	23,9	29,1	23,9	37,5	19,7	37,1
2007	23,2	38,4	26,7	32,1	24,6	40	17,4	43
2008	24,4	38,6	26,6	31,4	26,7	40,2	18,4	44,3
2009	25,4	37,8	27,0	34,5	28,1	37,2	19,5	42,6
2010	31,8	36,2	36,9	32,6	33,1	36,4	23,8	40,2
2011	36,3	33,3	43,9	27,5	35,8	35,1	27,8	37,4

Nota: 1) no incluye Lima Metropolitana.

Fuente: INEI (2012).

Cuadro 4.25. Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta. Total nacional, 2004-2011

(En porcentajes)

Año	Total buscó atención	MINSA	EsSalud	MINSA y EsSalud	FFAA y PNP	Particular	Farmacia o Botica	Domicilio	Otros
2004	41,7	18,7	7,2	0,1	0,7	4,7	9,3	0,3	0,7
2005	42,1	17,0	6,5	0,1	0,6	5,0	11,7	0,3	0,9
2006	41,4	17,1	6,2	0,1	0,5	5,9	10,7	0,3	0,7
2007	44,8	17,4	6,0	0,1	0,5	6,7	13,0	0,3	0,8
2008	48,4	18,5	6,0	0,1	0,5	7,1	15,2	0,2	1,0
2009	51,3	18,6	6,4	0,1	0,6	8,0	16,3	0,3	0,9
2010	51,1	17,3	6,6	0,1	0,4	8,1	17,3	0,3	1,1
2011	50,4	16,8	7,0	0,1	0,4	7,6	17,2	0,2	1,1

Fuente: INEI (2012).

Cuadro 4.26. Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta. Lima Metropolitana, 2004-2011

(En porcentajes)

Año	Total buscó atención	MINSA	EsSalud	MINSA y EsSalud	FFAA y PNP	Particular	Farmacia o Botica	Domicilio	Otros
2004	47,8	19,1	10,1	0,2	1,5	7,9	8,3	0,2	0,5
2005	58,0	17,5	9,8	0,2	1,5	8,6	18,8	0,8	0,8
2006	50,6	16,1	8,6	0,2	1,0	10,4	13,3	0,4	0,6
2007	55,3	15,0	8,6	0,1	1,3	11,7	17,8	0,5	0,4
2008	55,8	14,9	8,4	0,1	1,1	12,4	18,0	0,3	0,6
2009	64,1	15,3	8,8	0,1	1,4	13,9	22,9	0,7	0,9
2010	61,5	13,3	8,7	0,2	0,9	14,1	22,8	0,6	1,0
2011	57,0	13,0	9,5	0,2	0,9	12,5	19,4	0,3	1,1

Fuente: INEI (2012).

Cuadro 4.27. Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta. Total área urbana,¹ 2004-2011

(En porcentajes)

Año	Total buscó atención	MINSA	EsSalud	MINSA y EsSalud	FFAA y PNP	Particular	Farmacia o Botica	Domicilio	Otros
2004	44,9	16,3	9,4	0,1	0,6	5,1	12,5	0,3	0,6
2005	42,2	14,2	8,4	0,1	0,5	5,5	12,6	0,2	0,7
2006	42,5	14,2	8,2	0,1	0,5	5,9	12,9	0,2	0,6
2007	45,2	14,1	7,8	0,1	0,4	6,5	15,2	0,2	1,0
2008	49,9	14,9	7,8	0,1	0,3	6,9	18,7	0,2	0,9
2009	51,2	15,6	8,4	0,1	0,5	7,5	18,1	0,2	0,8
2010	50,6	14,5	8,5	0,1	0,3	7,2	18,9	0,2	0,9
2011	51,0	13,5	8,6	0,1	0,3	6,9	20,4	0,1	1,0

Nota: 1) no incluye Lima Metropolitana.

Fuente: INEI (2012).

Cuadro 4.28. Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta. Total área rural, 2004-2011

(En porcentajes)

Año	Total buscó atención	MINSA	EsSalud	Particular	Farmacia o Botica	Domicilio	Otros
2004	32,2	21,8	1,5	1,6	5,6	0,3	1,4
2005	29,7	20,6	1,2	1,5	4,8	0,3	1,3
2006	31,5	22,2	1,0	1,9	5,2	0,2	0,9
2007	34,3	24,7	0,9	2,2	5,1	0,3	1,0
2008	39,2	27,3	1,0	2,5	7,0	0,1	1,3
2009	38,2	26,8	1,0	2,8	6,5	0,2	0,9
2010	40,0	26,7	1,1	2,6	8,1	0,1	1,3
2011	41,6	27,0	1,2	3,0	9,0	0,1	1,2

Fuente: INEI (2012).

Cuadro 4.29. Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta, según quintil de ingreso, 2004

(En porcentajes)

Quintil de ingresos	Total buscó atención	MINSA	EsSalud	Particular	FFAA y PNP	Farmacia o Botica	Otros	Total no buscó atención
I (más pobre)	14,1	23,0	1,6	4,0	0,0	10,8	25,2	25,4
II	19,4	25,5	6,1	10,3	1,1	22,5	26,1	22,1
III	20,3	21,9	15,1	18,6	8,8	22,8	16,0	19,8
IV	22,8	18,1	31,5	25,2	27,5	25,0	15,1	17,8
V (más rico)	23,4	11,5	45,6	41,8	62,6	18,9	17,6	14,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.30. Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta, según condición de pobreza, 2011

(En porcentajes)

Condición de pobreza	Total buscó atención	MINSA	EsSalud	Particular	FFAA y PNP	Farmacia o Botica	Otros	Total no buscó atención
Extrema	3,6	8,2	0,2	0,6	0,2	1,9	3,7	7,6
Moderada	17,7	27,8	5,3	8,1	0,7	17,4	16,3	23,4
No pobre	78,7	64,0	94,5	91,3	99,1	80,8	80,0	69,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.31. Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta, según condición de pobreza, 2004

(En porcentajes)

Condición de pobreza	Total buscó atención	MINSA	EsSalud	Particular	FFAA y PNP	Farmacia o Botica	Otros	Total no buscó atención
Extrema	9,4	15,9	0,7	1,6	0,0	6,2	20,3	21,2
Moderada	39,2	48,9	21,6	26,5	9,3	41,9	37,9	43,4
No pobre	51,4	35,2	77,7	71,9	90,7	51,8	41,9	35,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.32. Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta, según cobertura en salud, 2004

(En porcentajes)

Aseguramiento en salud	Total buscó atención	MINSA	EsSalud	Particular	FFAA y PNP	Farmacia o Botica	Otros	Total no buscó atención
Sin seguro	49,3	52,0	2,9	55,9	2,3	74,8	72,1	72,1
EsSalud	25,0	7,2	93,2	22,0	0,0	14,3	14,3	13,0
SIS	20,4	39,0	0,8	6,0	1,7	8,8	11,3	11,8
Otro	5,3	1,8	3,1	16,1	96,0	2,1	2,3	3,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.33. Financiamiento de las prestaciones de salud, 2004

Financiamiento de prestaciones de salud	Prestación				
	Consulta	Medicina	Análisis	Rayos X	Otros exámenes
Porcentaje de la población que recibió la prestación	14,4	14,0	2,8	0,9	0,5
<i>SIS pagó todo</i>	24,5	21,7	12,4	3,5	5,9
<i>SIS pagó una parte</i>	0,5	1,7	0,7	0,1	0,4
<i>EsSalud pagó todo</i>	23,6	21,9	34,2	40,0	37,9
<i>EsSalud pagó una parte</i>	0,4	1,4	0,5	0,6	0,1
<i>Seguro privado pagó todo</i>	0,9	0,8	0,8	1,7	0,1
<i>Seguro privado pagó una parte</i>	0,6	0,7	1,4	1,5	1,3
<i>Ud. pagó todo</i>	47,4	51,1	48,0	51,5	53,5
<i>Donado por el MINSA</i>	2,0	0,7	2,1	1,2	0,7
<i>Otro</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.34. Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud. Total nacional, 2004-2011

(En porcentajes)

Año	Falta de dinero	Queda lejos/Falta de confianza/Demoran	Remedios caseros o automedicación	No fue necesario	Otras
2004	24,7	12,3	42,8	32,2	11,0
2005	24,4	11,4	37,1	35,1	13,2
2006	21,8	10,7	36,1	35,0	13,4
2007	22,1	10,7	33,1	35,1	17,0
2008	18,6	12,1	32,1	36,2	20,2
2009	15,2	13,7	28,9	39,2	24,4
2010	13,6	14,8	28,7	38,5	28,3
2011	12,9	15,3	27,9	40,5	26,8

Fuente: INEI (2012).

Cuadro 4.35. Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud. Lima Metropolitana, 2004-2011

(En porcentajes)

Año	Falta de dinero	Queda lejos/Falta de confianza/Demoran	Remedios caseros o automedicación	No fue necesario	Otras
2004	14,6	3,5	45,5	38,6	8,3
2005	19,1	5,8	23,2	45,5	10,4
2006	16,8	6,3	22,0	43,8	12,2
2007	15,1	6,1	23,2	45,6	17,3
2008	12,4	6,6	29,7	42,8	17,1
2009	14,1	8,1	22,0	45,0	26,3
2010	13,8	8,5	19,0	43,5	30,1
2011	10,6	9,4	21,0	46,3	25,0

Fuente: INEI (2012).

Cuadro 4.36. Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud. Total área urbana,¹ 2004-2011

(En porcentajes)

Año	Falta de dinero	Queda lejos/Falta de confianza/Demoran	Remedios caseros o automedicación	No fue necesario	Otras
2004	23,4	9,4	39,6	34,7	13,0
2005	21,3	9,2	37,6	37,0	15,2
2006	19,2	8,4	37,3	37,1	15,5
2007	20,3	9,8	34,0	35,8	18,5
2008	18,8	11,5	31,0	36,4	22,7
2009	13,8	13,3	29,9	40,1	24,4
2010	12,4	14,3	31,1	39,8	28,4
2011	13,5	15,3	28,2	41,1	27,6

Nota: 1) no incluye Lima Metropolitana.

Fuente: INEI (2012).

Cuadro 4.37. Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud. Total área rural, 2004-2011

(En porcentajes)

Año	Falta de dinero	Queda lejos/Falta de confianza/Demoran	Remedios caseros o automedicación	No fue necesario	Otras
2004	33,4	22,0	45,0	24,8	10,4
2005	32,0	18,1	45,0	25,9	12,1
2006	29,3	17,4	45,2	25,3	11,3
2007	30,6	16,0	39,9	25,5	14,5
2008	23,6	17,6	35,9	30,5	18,9
2009	18,2	19,4	33,5	32,5	22,7
2010	15,5	22,1	35,0	31,1	26,4
2011	14,5	21,5	34,8	33,1	27,5

Fuente: INEI (2012).

Cuadro 4.38. Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud, según quintil de ingreso, 2004

(En porcentajes)

Quintil de ingresos	Falta de dinero	Queda lejos/Falta de confianza/Demoran	Remedios caseros o automedicación	No fue necesario	Otras
I (más pobre)	31,6	31,4	19,3	11,2	9,8
II	28,0	24,1	20,6	15,2	14,5
III	19,8	18,1	20,1	21,5	17,7
IV	13,5	14,8	20,2	24,7	24,7
V (más rico)	7,2	11,6	19,8	27,3	33,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.39. Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud, según nivel de pobreza, 2011

(En porcentajes)

Condición de pobreza	Falta de dinero	Queda lejos/Falta de confianza/ Demoran	Remedios caseros o automedicación	No fue necesario	Otras
Extrema	9,8	9,3	7,4	4,9	4,3
Moderada	33,3	25,1	22,7	18,3	18,3
No pobre	56,9	65,6	69,9	76,9	77,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.40. Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud, según nivel de pobreza, 2004

(En porcentajes)

Condición de pobreza	Falta de dinero	Queda lejos/Falta de confianza/ Demoran	Remedios caseros o automedicación	No fue necesario	Otras
Extrema	26,0	26,2	16,0	9,1	7,2
Moderada	49,1	40,1	40,7	36,9	33,5
No pobre	24,9	33,7	43,3	54,0	59,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 4.41. Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud, según condición de aseguramiento, 2004

(En porcentajes)

Aseguramiento en salud	Falta de dinero	Queda lejos/Falta de confianza/ Demoran	Remedios caseros o automedicación	No fue necesario	Otras
Sin seguro	91,1	74,1	72,7	67,9	48,7
EsSalud	4,2	17,1	17,9	19,8	34,3
SIS	3,8	6,6	4,8	6,3	9,3
Otro	0,9	2,2	4,6	6,0	7,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

5. Mercado de trabajo y aseguramiento en salud

5.1. Estructura del mercado de trabajo

5.1.1. Evolución de la población económicamente activa

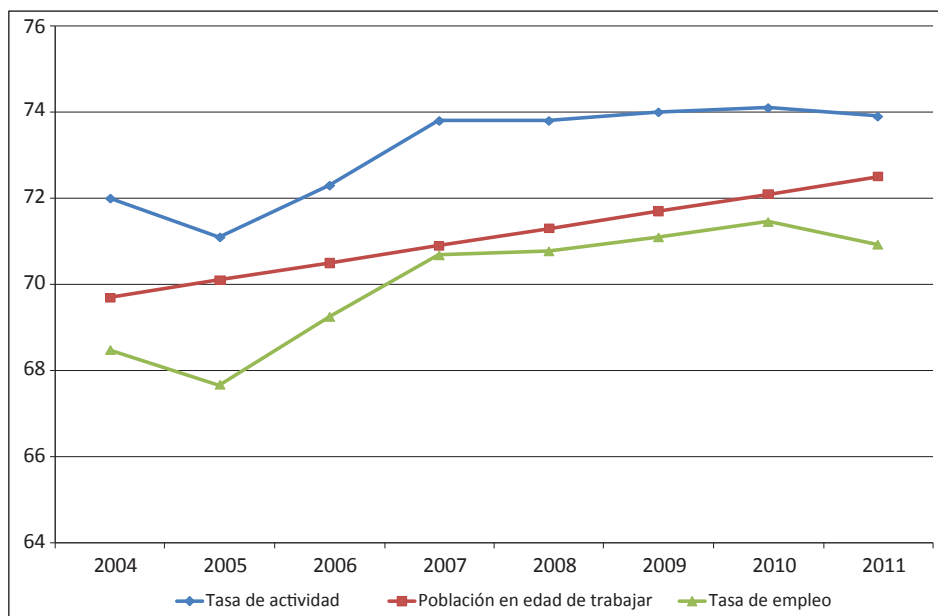
La población del Perú se encuentra atravesando una fase de la transición demográfica conocida como “bono demográfico” –tal como se mencionó en el Capítulo 1– que se caracteriza por el aumento de la ponderación de la población en edad de trabajar dentro de la población total.⁶³

En los últimos años, el crecimiento del empleo ha superado el acrecentamiento de la población económicamente activa. Así lo manifiesta la población en edad de trabajar (de 14 o más años), que, para el período 2004-2011, en el área urbana, creció 2,8 p.p., pasando del 69,7% al 72,5%. En el mismo período, la tasa de actividad (población económicamente activa) aumentó 1,9 p.p. y la tasa de empleo lo hizo en 2,4 p.p., alcanzado en 2011 el valor de 70,9% (Gráfico 5.1). Este incremento de la tasa de empleo por encima de la tasa de actividad trajo aparejada una reducción del desempleo abierto, el que bajó, aproximadamente 1 p.p., hasta situarse en el 4%.

Por otro lado, el empleo rural, si bien ha crecido en los últimos años, ha mostrado un menor dinamismo durante el período de auge económico de los años 2000. A diferencia de lo ocurrido en el área urbana, la población en edad de trabajar representa, en el área rural, un porcentaje más alto de la población total y la tasa de actividad es mayor.

⁶³ Asimismo, la caída en la fertilidad (aspecto vinculado con la transición demográfica) ha tenido un importante impacto sobre la participación de las mujeres en el mercado laboral (Banco Mundial, 2010).

Gráfico 5.1. Población en edad de trabajar, tasa de actividad y tasa de empleo,¹ área urbana, 2004 - 2011



Nota: (1) las tasas de actividad y de empleo se encuentran computadas sobre la población de 14 o más años.

Fuente: INEI.

La tendencia al crecimiento del empleo observada en los últimos años en el Perú no representa algo nuevo para el país, aunque quizá sí resulte más extraño su dinamismo. El crecimiento del empleo ha sido positivo en muchos períodos, incluso en los difíciles momentos de las crisis económicas (Banco Mundial, 2010). En realidad, el problema en la creación de empleo siempre ha estado, en el Perú, más bien vinculado con su calidad (este fenómeno se trata más adelante).

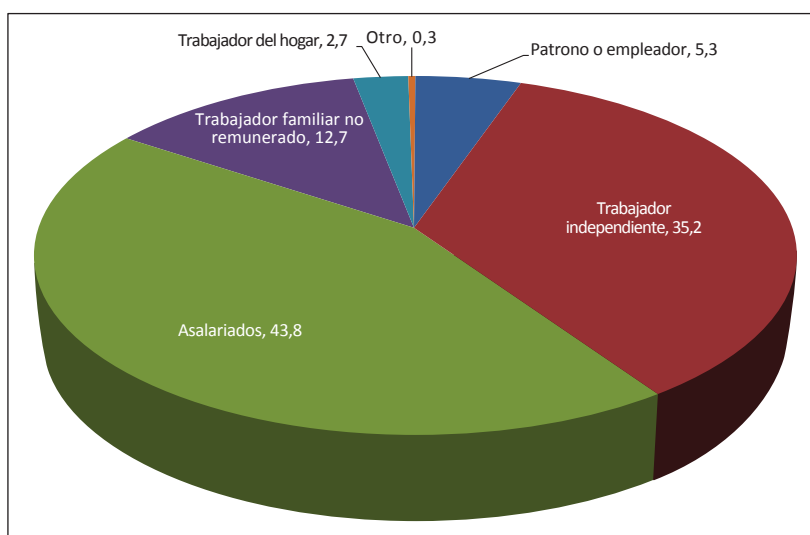
5.1.2. Caracterización de la población ocupada

En el Perú, en 2011 y en el área urbana, poco más de la mitad de las personas ocupadas trabaja en relación de dependencia: un 52,1% lo hace como obreros o empleados y un 3,4% se desempeña en el servicio doméstico (como trabajadores del hogar). Además, cerca de un tercio de los ocupados se desempeña como trabajador independiente; un 6,5%, como trabajador familiar no remunerado; y un 5,5%, como patrón o empleador. Entre 2004 y 2011, se han observado algunas modificaciones en la estructura ocupacional. En particular, puede observarse que la participación del empleo asalariado aumentó 4,8 p.p. (pasando de 47,3%

a 52,1%), mientras que perdieron peso las categorías de trabajador familiar no remunerado (2,9 p.p.) y de trabajador del hogar (1,6 p.p.).

En el área rural, la inserción laboral por categoría ocupacional es diferente de la observada en el área urbana. Allí, los trabajadores asalariados representan el 21,0% de la población ocupada, en tanto que los trabajadores independientes representan el 43,2%. Por lo tanto, si se considera la sumatoria del área urbana y la rural, el 43,8% de la población ocupada se constituye como asalariada y el 40,5% como patrón o cuentapropista (Gráfico 5.2).

Gráfico 5.2. Distribución de la población ocupada por categoría ocupacional, área urbana y rural, 2011



Fuente: INEI.

Al observar la composición de la población ocupada por franja etaria, los datos recabados demuestran que del total de los ocupados, un 20,9% tiene entre 14 y 24 años de edad; 23,5%, entre 25 y 34 años; 32,9%, entre 35 y 49 años; 13,2%, entre 50 y 59 años, y el 9,5% tiene 60 o más años de edad. En el ámbito rural, en cambio, la participación de los jóvenes y adultos mayores, en relación con el total de los ocupados, es mayor que en el ámbito urbano. Por otra parte, si se analiza la distribución de los ocupados por género, las cifras manifiestan que el 55,9% corresponde a los hombres, en tanto el resto está representado por las mujeres, quienes en el caso del área urbana alcanzan una participación mayor en el total de los ocupados. La inserción laboral por rama de actividad permite observar que la agricultura, ganadería y pesca representa el sector que concentra el mayor número de trabajadores (25,8%), seguido por el comercio (18,9%) y la industria

manufacturera (10,2%). La composición del empleo por rama es diferente según el área geográfica bajo análisis. En el área urbana, predomina el comercio (23,1%), al que le sigue la industria manufacturera (12,5%) y el transporte, almacenamiento y comunicaciones (9,9%). En cambio, en el área rural, casi tres cuartas partes del empleo se concentran en la agricultura, ganadería y pesca.

El principal grupo ocupacional lo constituyen, en el Perú, los trabajadores no calificados, quienes representan casi un tercio del total de los trabajadores en actividad. No obstante, esta cifra es mayor en el ámbito rural, donde llega al 46,2% del total de los ocupados. Otros dos grupos ocupacionales de peso lo constituyen los vendedores y los trabajadores de servicios de restauración, personales y protección, y los trabajadores calificados de la agricultura y la pesca. Estos trabajadores representan el 15,8% y el 12,6% en el total país, respectivamente. Sin embargo, los trabajadores calificados de la agricultura y la pesca en el área rural alcanzan el 36,2% del total de los ocupados.

La distribución de la población ocupada según el tamaño del establecimiento muestra que más de tres cuartos del total de los ocupados desempeña sus tareas en establecimientos de menos de 20 personas, mientras que un 13,0% lo hace en establecimientos de más de 500 trabajadores. Además, del total de ocupados que trabajan en establecimientos de menos de 20 personas, la mayoría (85,0%) lo hace en firmas que no sobrepasan los cinco individuos.⁶⁴

Estas características que presenta la inserción laboral de los trabajadores en el Perú, junto con algunas otras, redundan en elevados niveles de informalidad. Según los datos recabados por el SEDLAC,⁶⁵ el nivel de informalidad de acuerdo con un enfoque productivo⁶⁶ se ubica en torno al 65,0%. Por otra parte, si se consideran como formales a aquellos trabajadores con derecho a pensión (es decir que se encuentran aportando), el nivel de informalidad sube al 85,5%,⁶⁷ siendo aún más elevado en el área rural, donde supera al 95,0% para 2011.

⁶⁴ En el Anexo, que figura al final del capítulo, se presenta un mayor detalle estadístico.

⁶⁵ Socio-Economic Data base for Latin America and the Caribbean (CEDLAS y Banco Mundial).

⁶⁶ Aquí se considera informal a los trabajadores asalariados en empresas de menos de 5 trabajadores, a los trabajadores por cuenta propia no calificados y a los trabajadores no remunerados.

⁶⁷ Considerando a aquellos que realizaron aportes previsionales en los últimos 12 meses.

5.2. Mercado de trabajo, condiciones de vida y aseguramiento en salud

5.2.1. Inserción laboral y cobertura en salud

En la región, la configuración de la seguridad social ha estado basada en la lógica contributiva, lo que implica que toda cobertura depende de la inserción laboral de las personas. En la mayoría de los casos, tanto en los países de la región en general como en el Perú, en particular, el mercado laboral no ha logrado transformarse en una auténtica puerta de entrada universal a la protección social (CEPAL, 2006).

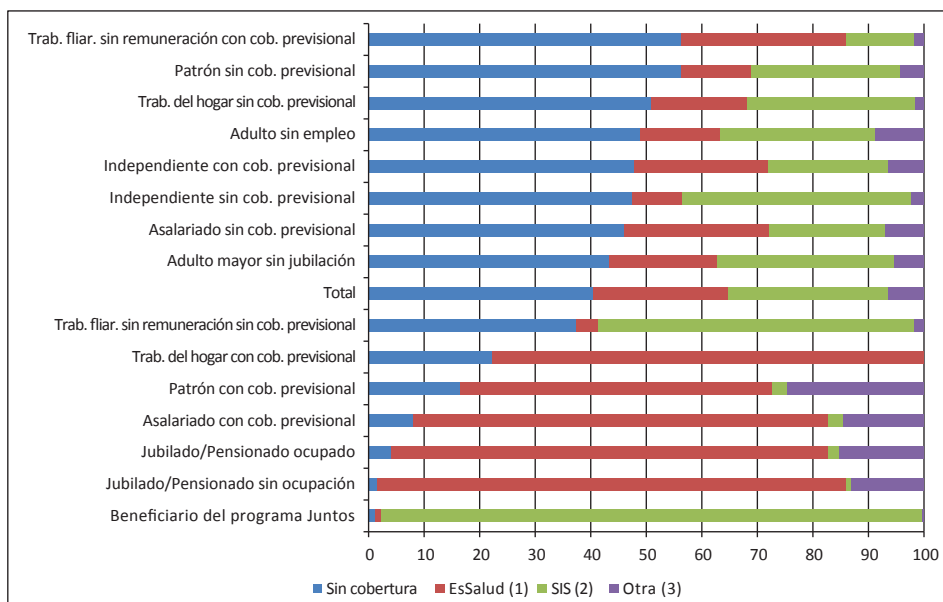
Los grupos de la población, de 18 o más años, que cuentan con una cobertura en salud cercana al ciento por ciento son: i) los asalariados con cobertura previsional,⁶⁸ ii) los jubilados o pensionados, y iii) los beneficiarios del programa Juntos. Sin embargo, entre estos tres conjuntos el tipo de seguro de salud difiere. En los dos primeros, se observa un alto peso de EsSalud, luego seguido por otro tipo de aseguramientos. Por otra parte, los beneficiarios del programa Juntos cuentan con una cobertura de salud brindada a través del SIS (Gráfico 5.3).

El crecimiento de la cobertura del seguro contributivo de salud se explica a partir de un aumento en el empleo asalariado formal. De acuerdo con los datos recabados por la ENAHO, el empleo asalariado registrado creció en la sociedad peruana a una tasa anual del 18,1%, entre 2004 y 2011 (aunque el empleo total lo hizo a una tasa anual del 3%). A este ritmo, para la población de 18 años o más (ocupados, desocupados e inactivos), la participación en el empleo asalariado formal pasó de 3,5 p.p. a 9,6 p.p. durante el período.

⁶⁸ En este ejercicio se considera que un trabajador está cubierto por el sistema previsional si en los últimos 12 meses realizó algún aporte al sistema.

Gráfico 5.3. Aseguramiento en salud, según inserción en el mercado laboral, 2011

(Población de 18 o más años)



Nota: ordenado de manera descendiente según “Sin cobertura”

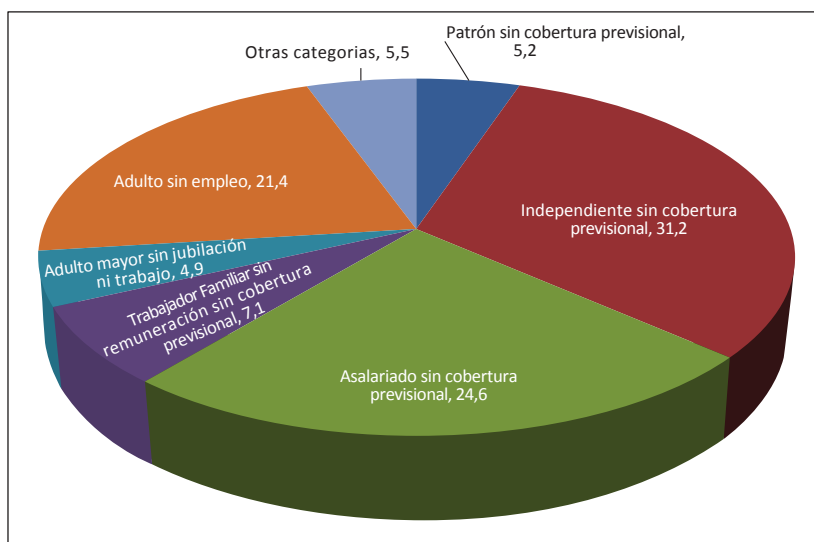
(1) únicamente EsSalud, (2) únicamente SIS, (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Aun en este contexto, existen grupos poblacionales que cuentan con menores niveles de cobertura, ellos son: los patrones sin cobertura previsional (56,2% sin cobertura de salud), los trabajadores del hogar (50,9% sin cobertura de salud), los adultos sin empleo –ya sea desempleados o inactivos– (48,7% sin cobertura de salud), los trabajadores independientes con y sin cobertura previsional (47,6% sin cobertura de salud), los asalariados sin cobertura previsional (46,2% sin cobertura de salud) y los adultos mayores que no perciben una jubilación o pensión (43,4% sin cobertura de salud) (véase el Gráfico 5.4). Luego, de todos estos grupos, tres de ellos son quienes concentran el 77,2% de la población mayor de 18 años que no posee cobertura. Se trata de los trabajadores independientes sin cobertura previsional, los asalariados sin cobertura previsional y los adultos sin empleo.

Gráfico 5.4. Distribución de la población sin seguro de salud, según inserción en el mercado laboral, 2011

(En porcentajes, población de 18 o más años)



Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Recuadro 8. Inspección laboral y formalización del empleo

La institución de la inspección del trabajo se encarga de supervisar el cumplimiento de las disposiciones legales, en especial, respecto de los derechos de los trabajadores. Esta tarea no solo se limita a las condiciones de trabajo o de empleo y a la salud y seguridad en el trabajo sino que, entre otros aspectos, también se ocupa de supervisar el cumplimiento de la normativa de la seguridad social.

En la inspección del trabajo normalmente tienen competencia diversas instituciones. Por este motivo, es necesario que las inspecciones del trabajo se organicen y funcionen como un sistema dentro de la administración pública (Convenios N° 81 y N° 129 de la OIT). Este enfoque supone implícitamente una estrecha colaboración entre organismos e instituciones, como: el Ministerio de Trabajo, el Seguro Social, el ente recaudador e incluso, en algunos casos, las fuerzas de policía y el sistema judicial.

Es importante notar que si bien existen medidas disuasorias (como las multas), estas no son lo suficientemente importantes frente a las medidas de prevención (por ejemplo, las campañas de promoción para lograr la regularización de los trabajadores), cuya relevancia es mucho mayor en aras de lograr una cultura del cumplimiento. En este sentido, las organizaciones de trabajadores y empleadores

también pueden realizar su aporte para mejorar el cumplimiento de la legislación del trabajo, mediante acciones de promoción y sensibilización entre sus miembros. En el nivel regional, Argentina presenta una interesante experiencia de coordinación entre organismos públicos con el propósito de afrontar las acciones de la inspección laboral. A mediados 2003, el Ministerio de Trabajo puso en marcha el Programa Nacional de Regularización del Trabajo (PNRT), que implicó el fortalecimiento de la capacidad del Ministerio y la actuación conjunta y coordinada de esta institución con la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) y los gobiernos provinciales. El PNRT se complementa con una campaña de difusión y concientización social que busca promover el compromiso de los actores sociales sobre la necesidad de cumplir con las normas laborales y de la seguridad social. Desde su puesta en marcha hasta mediados de 2012, 3,2 millones de trabajadores (y un millón de empresas) fueron relevados por este programa, que alcanzó a detectar un 28,3% de empleo no registrado, con una tasa de regularización del 43% hacia 2012.⁶⁹

5.2.2. Capacidad contributiva de los individuos no cubiertos y cubiertos por el SIS

En los últimos años, tal como se mostró en el Capítulo 1, se ha observado un notable descenso de las tasas de pobreza extrema y moderada en el Perú. Esta transformación sin lugar a dudas mejora la posición de algunos grupos a la hora de financiar sus gastos de salud, sin embargo, como se discutirá en esta sección, no todas las personas actualmente no cubiertas por un seguro podrían estar en condiciones de contribuir con regularidad para contar con aseguramiento en salud.

Del total de las personas mayores de 18 años, en 2011, permanecían en situación de pobreza (extrema o moderada) 4,5 millones, de las cuales 1,6 millones (35,9%) no contaban con seguro y 2,6 millones (56,4%) estaban cubiertas por el SIS. De los tres grupos que representan más de las tres cuartas partes de los adultos de 18 años o más que no cuentan con cobertura de salud, se observa que un 36,1% de los independientes sin cobertura previsional, un 21,7% de los asalariados sin cobertura previsional y un 19,7% de los adultos sin empleo

⁶⁹ Las TICs son clave en este aspecto. Desde la AFIP se ha avanzado en la simplificación de los registros de empleados y las obligaciones tributarias por medio de plataformas *on line* (programas Mi Simplificación y Su Declaración). Asimismo, la tarea inspectiva se apoya en el Sistema Trabajo Registrado Digital, que permite constatar, en el momento de la fiscalización, cuál es la situación registral de los trabajadores de la empresa indagada mediante una conexión en línea a las bases de datos de la Seguridad Social.

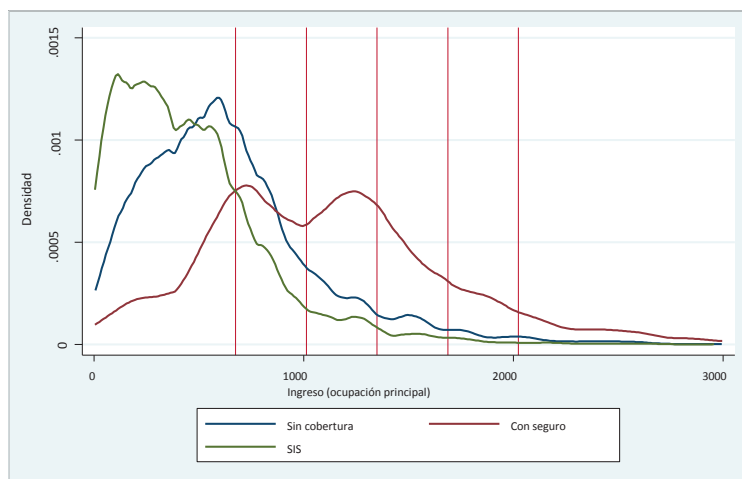
se encuentran en condiciones de pobreza. Un dato adicional a tener presente que estos últimos no cuentan con una fuente de ingreso regular del mercado laboral. Por otra parte, entre los primeros se debe considerar que, aun cuando tengan capacidad contributiva, la base imponible es difícil de medir, pudiendo presentarse el caso de que la base imponible estimada sea menor que la base verdadera.

La distribución de los trabajadores asalariados sin cobertura previsional (*informales*), según el ingreso de la ocupación principal y la condición de aseguramiento, permite detectar algunas diferencias en cuanto a la capacidad contributiva entre los asegurados por EsSalud (u otro seguro que no sea el SIS), los asegurados por el SIS y los trabajadores sin seguro. Dentro del bajo número de trabajadores asegurados por EsSalud, se observa que solo un 22,6% obtiene un ingreso inferior al salario mínimo, mientras que, en el caso de los trabajadores sin cobertura, esta cifra asciende al 56,4% y, en el caso del SIS, al 73,1%. Por otra parte, entre los trabajadores asalariados informales, se comprende que solo un 8,3% de los trabajadores sin cobertura de salud y un 3,5% de los trabajadores con cobertura del SIS podrían presentar cierta capacidad contributiva, ya que sus ingresos mensuales son de al menos dos veces el salario mínimo.⁷⁰

Entre los trabajadores independientes, en cambio, se observa una distribución del ingreso laboral más concentrada en niveles inferiores al salario mínimo para el caso de los trabajadores asegurados por el SIS: el 85,5% de ellos tiene un ingreso mensualizado inferior al salario mínimo. Algo similar ocurre entre aquellos que no tienen cobertura de seguro de salud, donde el 60,5% tiene un ingreso mensual inferior al salario mínimo. Asimismo, se observa que solo un 15,0% de los trabajadores independientes sin cobertura de salud y un 3,9% de los trabajadores cubiertos por el SIS gozarían de cierta capacidad contributiva (es decir, de ingresos laborales que representen al menos dos veces el salario mínimo). Sin embargo, tanto para este colectivo de trabajadores como para el conjunto de los trabajadores asalariados informales un aspecto que puede dificultar sus posibilidades de contribuir con un seguro de salud es el hecho de que posiblemente el flujo de ingresos no sea estable.

⁷⁰ Se utiliza como punto de referencia para determinar la capacidad contributiva, debido a que dos salarios mínimos se aproximan a la referencia salarial de focalización del SISFOH (S/. 1500) y al umbral para determinar la condición de pobreza de una familia compuesta por cinco personas (tamaño promedio de un hogar) en 2011 (S/. 1360).

Gráfico 5.5. Distribución del ingreso laboral según aseguramiento en salud.¹ Trabajadores asalariados sin cobertura previsional, 2011



Notas: las líneas rojas son múltiplos del salario mínimo: 1, 1.5, 2, 2.5 y 3.

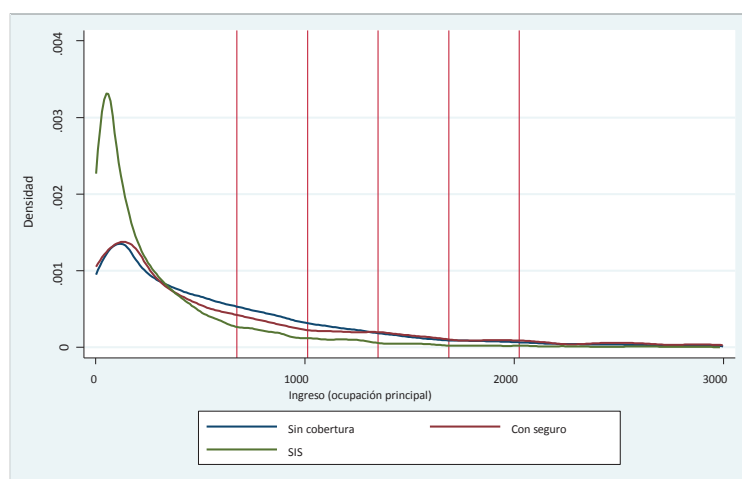
Solo se considera a las personas de 18 o más años de edad.

(1) "con seguro" incluye EsSalud u otro seguro de salud sin considerar el SIS.

El gráfico muestra la distribución de las personas aseguradas y no aseguradas según tramo de ingresos. Una elevada densidad (área debajo de la curva) en un determinado tramo de ingresos da cuenta de una elevada concentración de personas en ese tramo.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Gráfico 5.6. Distribución del ingreso laboral, según aseguramiento en salud. Trabajadores independientes,¹ 2011



Nota: (1) incluye a patrones.

Las líneas rojas son múltiplos del salario mínimo: 1, 1.5, 2, 2.5 y 3.

Solo se considera a las personas de 18 o más años.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Tomando como punto de referencia a los trabajadores asalariados formales (siempre considerando como formales a aquellos que realizaron aportes en los últimos 12 meses), puede notarse que existe una considerable brecha en la capacidad contributiva. Si se analiza el interior de este conjunto, se observa que, entre los trabajadores formales cubiertos por EsSalud, solo el 10,0% tiene un salario mensual inferior al salario mínimo; el 53,7% cuenta con un salario igual o menor a dos veces el salario mínimo, y el 36,3% restante tiene un salario que al menos duplica al salario mínimo.

Esta característica de elevada concentración de la distribución salarial de los trabajadores asalariados informales e independientes cerca del mínimo o por debajo del salario mínimo no se ha modificado luego del período de crecimiento económico. De hecho, las distribuciones salariales de 2004 y 2011 son muy similares.⁷¹

Hacia 2011 se observa entonces que cerca de 0,7 millones de trabajadores que no están afiliados a un seguro de salud (y una minoría que cuenta con SIS) tendrían cierta capacidad para contribuir a un seguro de salud. Además, considerando al grupo familiar directo (con cónyuge e hijos) el número total de personas que podrían llegar a estar cubiertas rondaría los 2,3 millones. En esta estimación se ha considerado como umbral el valor de dos salarios mínimos, porque esta medida se aproxima a uno de los límites considerados para la focalización en el SISFOH (pues tal como se detalló en el Capítulo 2, el umbral considerado para el salario es de S/. 1500 y dos salarios mínimos, en 2011, alcanzaban los S/. 1350). En el caso de elevar el umbral para considerar la capacidad contributiva de 2 a 3 salarios mínimos, el número de trabajadores no cubiertos por el seguro de salud (y un número muy pequeño de trabajadores cubiertos por el SIS), con capacidad contributiva, rondaría los 0,3 millones y el número total de personas que se podría llegar a cubrir (considerando cónyuge e hijos) sería de poco menos de un millón.

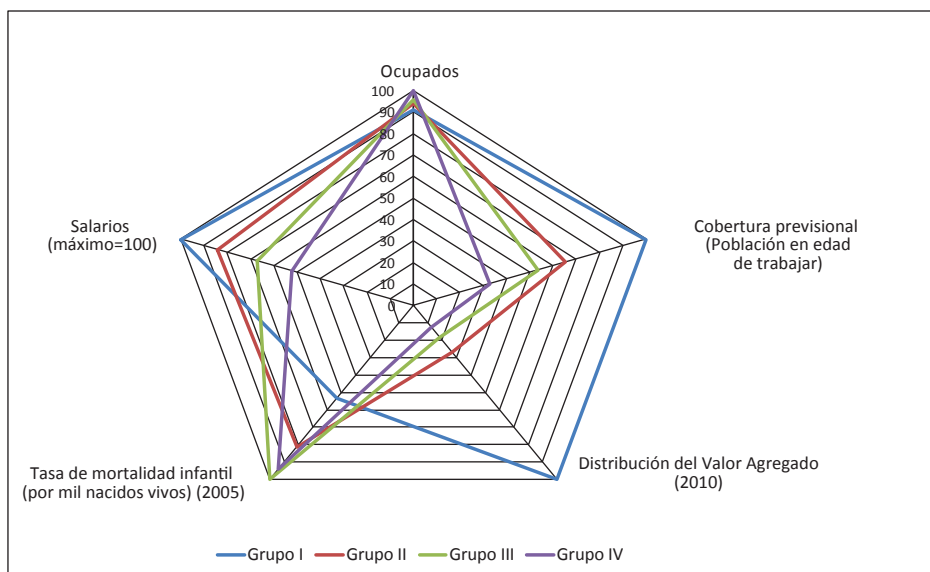
Por otra parte, resulta relevante destacar que la composición demográfica de los trabajadores sin cobertura de EsSalud (u otro seguro que no sea SIS) pero con potencial contributivo difiere de la observada para los trabajadores obligados a cotizar en EsSalud (trabajadores asalariados formales). Si bien en ambos casos predominan los hombres, entre los trabajadores sin cobertura de salud pero con capacidad contributiva se observa que el 80,3% está compuesto por hombres, mientras que entre los asalariados formales cubiertos por EsSalud esta cifra es de 62,6%. Asimismo, también se puede identificar un mayor peso de trabajadores de edad entre los no cubiertos por EsSalud. Un 32,4% de las personas ocupadas sin seguro de salud (sin incluir SIS) tiene entre 45 y 59 años, mientras que para la

⁷¹ Para mayores detalles, véase el Anexo que figura al final de este capítulo.

misma franja etaria los trabajadores asalariados formales representan el 28,5% de los trabajadores asalariados formales cubiertos por EsSalud.

Para finalizar, debe subrayarse que la marcada heterogeneidad entre los distintos departamentos del Perú, ya destacada en los capítulos precedentes, nuevamente se repite en lo que respecta al funcionamiento del mercado de trabajo. Si bien las diferencias en las tasas de empleo por grupos de departamentos (según el Índice de Desarrollo Humano - IDH) no son tan marcadas, se observa que el conjunto de departamentos con mayor IDH tiene, además del mayor porcentaje de valor agregado y menor mortalidad infantil (como se mostró previamente), la mayor proporción de población ocupada en empleos registrados, es decir, cubiertos por el sistema previsional, y además cuenta con un mayor nivel de salarios. En cambio, en el conjunto de departamentos que manifiestan menor IDH (Gráfico 5.7) se observa todo lo contrario.

Gráfico 5.7. Disparidades departamentales productivas, laborales y sanitarias
(Máximo = 100 para cada dimensión)



Nota: las variables Ocupados, Cobertura previsional (población en edad de trabajar) y Salarios (ocupación principal) han sido calculadas considerando a la población de entre 18 y 64 años.

Grupo I: Arequipa, Callao, Ica, Lima, Moquegua y Tumbes.

Grupo II: Áncash, Junín, La Libertad, Lambayeque, Madre de Dios, Tacna y Ucayali.

Grupo III: Amazonas, Cusco, Loreto, Pasco, Piura y San Martín.

Grupo IV: Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco y Puno.

Los datos presentados corresponden al promedio, excepto en el caso de la distribución del producto, donde se presenta el agregado.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

5.3. Anexo

Cuadro 5.1. Distribución de la población ocupada por rama de actividad, 2011
(En porcentajes)

Rama de actividad	Total	Urbano	Rural
Agricultura, ganadería y pesca	25,8	8,3	74,2
Explotación de minas y canteras	1,3	1,3	1,3
Industria manufacturera	10,2	12,5	4,1
Suministro de electricidad, gas y agua	0,2	0,2	0,0
Construcción	5,7	6,7	2,9
Comercio	18,9	23,1	7,2
Hoteles y restaurantes	6,5	8,0	2,4
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	7,8	9,9	2,1
Intermediación financiera	0,7	0,9	0,0
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	4,6	6,1	0,4
Administración pública	4,2	5,0	1,9
Enseñanza	5,7	7,2	1,4
Servicios sociales y de salud	2,0	2,6	0,4
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	3,7	4,8	0,9
Servicio doméstico	2,7	3,4	0,8
Organizaciones y órganos extraterritoriales	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENAHO.

Cuadro 5.2. Distribución de la población ocupada por grupo ocupacional, 2011
(En porcentajes)

Grupo ocupacional	Total	Urbano	Rural
Fuerzas Armadas	0,8	1,1	0,0
Dirección de empresa y de las administraciones públicas	0,5	0,6	0,3
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	7,2	9,3	1,2
Técnicos y profesionales de apoyo	6,8	8,9	1,0
Empleados de tipo administrativo	5,9	7,6	0,9
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios	15,8	19,1	6,8
Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca	12,6	4,1	36,2
Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería	8,7	10,2	4,4
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	9,5	11,8	3,0
Trabajadores no cualificados	32,2	27,2	46,2
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENAHO.

Cuadro 5.3. Distribución de la población ocupada por tamaño del establecimiento, 2011

(En porcentajes)

Tamaño del establecimiento	Nacional	Urbano	Rural
Hasta 20 trabajadores	77,1	71,3	93,3
De 21 a 50 trabajadores	3,6	4,4	1,1
De 51 a 100 trabajadores	2,3	3,0	0,5
De 101 a 500 trabajadores	4,0	5,1	0,8
Más de 500 trabajadores	13,0	16,2	4,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENAHO.

Cuadro 5.4. Aseguramiento en salud, según inserción en el mercado laboral, 2011

(Población de 18 o más años)

Categoría	Sin cobertura	EsSalud ⁽¹⁾	SIS ⁽²⁾	Otra ⁽³⁾	Total
<i>Patrón sin cob. previsional</i>	422.452	95.299	202.410	31.432	751.593
<i>Patrón con cob. previsional</i>	8.013	26.956	1.338	11.857	48.163
<i>Independiente sin cob. previsional</i>	2.542.333	479.960	2.214.504	113.034	5.349.831
<i>Independiente con cob. previsional</i>	53.828	26.925	24.394	7.188	112.336
<i>Asalariado sin cob. previsional</i>	1.998.555	1.127.470	904.285	299.989	4.330.300
<i>Asalariado con cob. previsional</i>	156.402	1.447.996	48.830	281.992	1.935.220
<i>Trab. fliar. sin remuneración sin cob. previsional</i>	579.068	60.892	882.905	24.512	1.547.378
<i>Trab. fliar. sin remuneración con cob. previsional</i>	10.075	5.305	2.224	282	17.886
<i>Trabajador del hogar sin cob. previsional</i>	196.574	66.953	117.265	5.694	386.486
<i>Trabajador del hogar con cob. previsional</i>	745	2.619	0	0	3.364
<i>Jubilado/Pensionado ocupado</i>	13.168	263.693	6.228	51.053	334.143
<i>Jubilado/Pensionado sin ocupación</i>	10.549	588.793	5.530	90.989	695.861
<i>Beneficiario del programa Juntos</i>	737	654	63.260	136	64.786
<i>Adulto mayor sin jubilación</i>	402.771	180.614	295.688	49.793	928.866
<i>Adulto sin empleo</i>	1.744.174	526.879	993.111	314.917	3.579.081
Total	8.139.444	4.901.008	5.761.972	1.282.868	20.085.292

Notas: (1) únicamente EsSalud; (2) únicamente SIS; (3) Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, entre otros.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 5.5. Aseguramiento en salud, según inserción en el mercado laboral, 2011
(Población de 18 o más años. Estructura porcentual horizontal)

Categoría	Sin cobertura	EsSalud	SIS	Otra	Total
<i>Patrón sin cob. previsional</i>	56,2	12,7	26,9	4,2	100,0
<i>Patrón con cob. previsional</i>	16,6	56,0	2,8	24,6	100,0
<i>Independiente sin cob. previsional</i>	47,5	9,0	41,4	2,1	100,0
<i>Independiente con cob. previsional</i>	47,9	24,0	21,7	6,4	100,0
<i>Asalariado sin cob. previsional</i>	46,2	26,0	20,9	6,9	100,0
<i>Asalariado con cob. previsional</i>	8,1	74,8	2,5	14,6	100,0
<i>Trab. fliar. sin remuneración sin cob. previsional</i>	37,4	3,9	57,1	1,6	100,0
<i>Trab. fliar. sin remuneración con cob. previsional</i>	56,3	29,7	12,4	1,6	100,0
<i>Trab. del hogar sin cob. previsional</i>	50,9	17,3	30,3	1,5	100,0
<i>Trab. del hogar con cob. previsional</i>	22,1	77,9	0,0	0,0	100,0
<i>Jubilado/Pensionado ocupado</i>	3,9	78,9	1,9	15,3	100,0
<i>Jubilado/Pensionado sin ocupación</i>	1,5	84,6	0,8	13,1	100,0
<i>Beneficiario del programa Juntos</i>	1,1	1,0	97,6	0,2	100,0
<i>Adulto mayor sin jubilación</i>	43,4	19,4	31,8	5,4	100,0
<i>Adulto sin empleo</i>	48,7	14,7	27,7	8,8	100,0
Total	40,5	24,4	28,7	6,4	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 5.6. Aseguramiento en salud, según inserción en el mercado laboral, 2011
(Población de 18 o más años. Estructura porcentual vertical)

Categoría	Sin cobertura	EsSalud	SIS	Otra	Total
<i>Patrón sin cob. previsional</i>	5,2	1,9	3,5	2,5	3,7
<i>Patrón con cob. previsional</i>	0,1	0,6	0,0	0,9	0,2
<i>Independiente sin cob. previsional</i>	31,2	9,8	38,4	8,8	26,6
<i>Independiente con cob. previsional</i>	0,7	0,5	0,4	0,6	0,6
<i>Asalariado sin cob. previsional</i>	24,6	23,0	15,7	23,4	21,6
<i>Asalariado con cob. previsional</i>	1,9	29,5	0,8	22,0	9,6
<i>Trab. fliar. sin remuneración sin cob. previsional</i>	7,1	1,2	15,3	1,9	7,7
<i>Trab. fliar. sin remuneración con cob. previsional</i>	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
<i>Trab. del hogar sin cob. previsional</i>	2,4	1,4	2,0	0,4	1,9
<i>Trab. del hogar con cob. previsional</i>	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
<i>Jubilado/Pensionado ocupado</i>	0,2	5,4	0,1	4,0	1,7
<i>Jubilado/Pensionado sin ocupación</i>	0,1	12,0	0,1	7,1	3,5
<i>Beneficiario del programa Juntos</i>	0,0	0,0	1,1	0,0	0,3
<i>Adulto mayor sin jubilación ni trabajo</i>	4,9	3,7	5,1	3,9	4,6
<i>Adulto sin empleo</i>	21,4	10,8	17,2	24,5	17,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

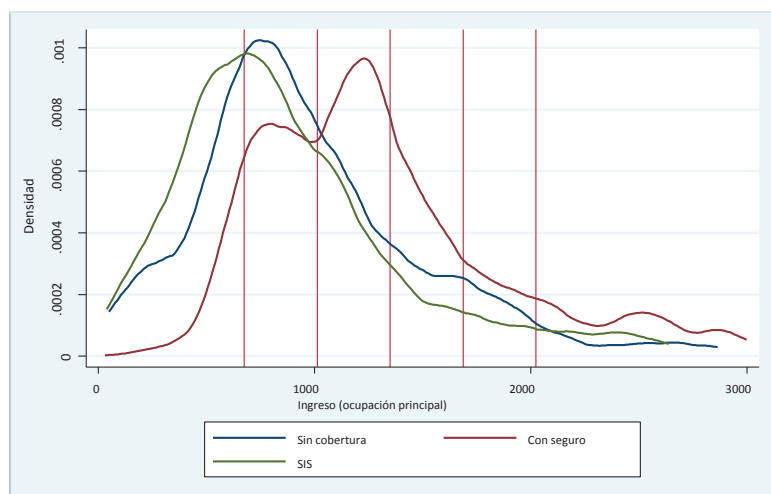
Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 5.7. Cambio en la composición de la población adulta y adulta mayor, según inserción laboral, 2004 - 2011
(Población de 18 o más años)

Categoría	2004	2011	Var % anual	Incidencia
<i>Patrón sin cob. previsional</i>	3,8	3,7	1,9	3,4
<i>Patrón con cob. previsional</i>	0,1	0,2	20,8	1,3
<i>Independiente sin cob. previsional</i>	25,7	26,6	2,7	32,4
<i>Independiente con cob. previsional</i>	0,1	0,6	27,0	3,3
<i>Asalariado sin cob. previsional</i>	22,9	21,6	1,3	13,4
<i>Asalariado con cob. previsional</i>	3,5	9,6	18,1	48,0
<i>Trab. fliar. sin remuneración sin cob. previsional</i>	10,6	7,7	-2,4	-10,1
<i>Trab. fliar. sin remuneración con cob. previsional</i>	0,0	0,1	40,8	0,6
<i>Trab. del hogar sin cob. previsional</i>	2,4	1,9	-0,8	-0,8
<i>Trab. del hogar con cob. previsional</i>	0,0	0,0	2,9	0,0
<i>Jubilado/Pensionado ocupado</i>	1,5	1,7	4,0	2,9
<i>Jubilado/Pensionado sin ocupación</i>	3,6	3,5	1,8	2,9
<i>Benefiario del programa Juntos</i>	0,2	0,3	9,2	1,1
<i>Adulto mayor sin jubilación</i>	3,7	4,6	5,4	10,4
<i>Adulto sin empleo</i>	22,1	17,8	-0,9	-8,7
Total	100,0	100,0	2,1	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Gráfico 5.8. Distribución del ingreso laboral, según aseguramiento en salud. Trabajadores asalariados formales,¹ 2011



Nota: (1) con aportes previsionales en los últimos 12 meses.
Las líneas rojas son múltiplos del salario mínimo: 1, 1.5, 2, 2.5 y 3.
Solo se considera a las personas de 18 o más años.
Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 5.8. Distribución del ingreso laboral, según aseguramiento en salud. Trabajadores independientes,¹ 2004

Categoría	Sin cobertura	EsSalud	SIS	Otra	Total
Ingreso < SM	73,8	61,3	80,5	49,6	72,6
SM =< Ingreso < 1.5 SM	11,3	10,9	9,4	10,5	11,3
1.5 SM =< Ingreso < 2 SM	6,4	7,7	3,7	14,0	6,6
2 SM =< Ingreso < 2.5 SM	3,0	3,9	1,7	5,3	3,0
2.5 SM =< Ingreso < 3 SM	1,6	3,8	3,4	4,0	1,9
3 SM =< Ingreso	3,8	12,4	1,3	16,6	4,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: (1) incluye patrones.

Solo se considera a las personas de 18 o más años.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 5.9. Distribución del ingreso laboral, según aseguramiento en salud. Trabajadores independientes,¹ 2011

Categoría	Sin cobertura	EsSalud	SIS	Otra	Total
Ingreso < SM	60,5	62,4	85,5	53,4	70,3
SM =< Ingreso < 1.5 SM	15,3	11,1	7,1	9,1	11,5
1.5 SM =< Ingreso < 2 SM	9,1	7,5	3,5	4,0	6,6
2 SM =< Ingreso < 2.5 SM	4,8	5,0	1,6	6,1	3,6
2.5 SM =< Ingreso < 3 SM	2,9	2,5	0,6	3,9	2,0
3 SM =< Ingreso	7,4	11,6	1,7	23,5	6,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: (1) incluye patrones.

Solo se considera a las personas de 18 o más años.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 5.10. Distribución del ingreso laboral, según aseguramiento en salud. Trabajadores asalariados sin cobertura previsional, 2004

Categoría	Sin cobertura	EsSalud	SIS	Otra	Total
Ingreso < SM	62,5	8,9	92,4	10,5	44,3
SM =< Ingreso < 1.5 SM	22,9	22,1	3,3	6,9	21,4
1.5 SM =< Ingreso < 2 SM	9,2	28,0	3,1	18,6	15,0
2 SM =< Ingreso < 2.5 SM	2,3	20,6	0,0	25,2	8,9
2.5 SM =< Ingreso < 3 SM	1,3	6,4	1,3	9,2	3,3
3 SM =< Ingreso	1,9	14,0	0,0	29,6	7,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: solo se considera a las personas de 18 o más años.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 5.11. Distribución del ingreso laboral, según aseguramiento en salud. Trabajadores asalariados sin cobertura previsional, 2011

Categoría	Sin cobertura	EsSalud	SIS	Otra	Total
Ingreso < SM	56,4	22,6	73,1	19,2	48,4
SM =< Ingreso < 1.5 SM	24,4	27,0	17,4	13,3	22,9
1.5 SM =< Ingreso < 2 SM	10,9	22,6	6,0	14,4	13,2
2 SM =< Ingreso < 2.5 SM	4,0	12,3	1,8	18,3	6,7
2.5 SM =< Ingreso < 3 SM	2,3	7,0	0,9	15,5	4,2
3 SM =< Ingreso	2,1	8,4	0,8	19,2	4,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: solo se considera a las personas de 18 o más años.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 5.12. Distribución del ingreso laboral, según aseguramiento en salud. Trabajadores asalariados formales,¹ 2004

Categoría	Sin cobertura	EsSalud	SIS	Otra	Total
Ingreso < SM	32,0	3,8		0,0	5,3
SM =< Ingreso < 1.5 SM	22,8	23,0		3,8	20,6
1.5 SM =< Ingreso < 2 SM	23,4	26,3		6,3	23,6
2 SM =< Ingreso < 2.5 SM	9,4	20,8		5,8	18,2
2.5 SM =< Ingreso < 3 SM	5,6	7,9		8,5	7,8
3 SM =< Ingreso	6,9	18,3		75,6	24,5
Total	100,0	100,0		100,0	100,0

Nota: (1) con aportes previsionales en los últimos 12 meses.

Solo se considera a las personas de 18 o más años.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Cuadro 5.13. Distribución del ingreso laboral, según aseguramiento en salud. Trabajadores asalariados formales,¹ 2011

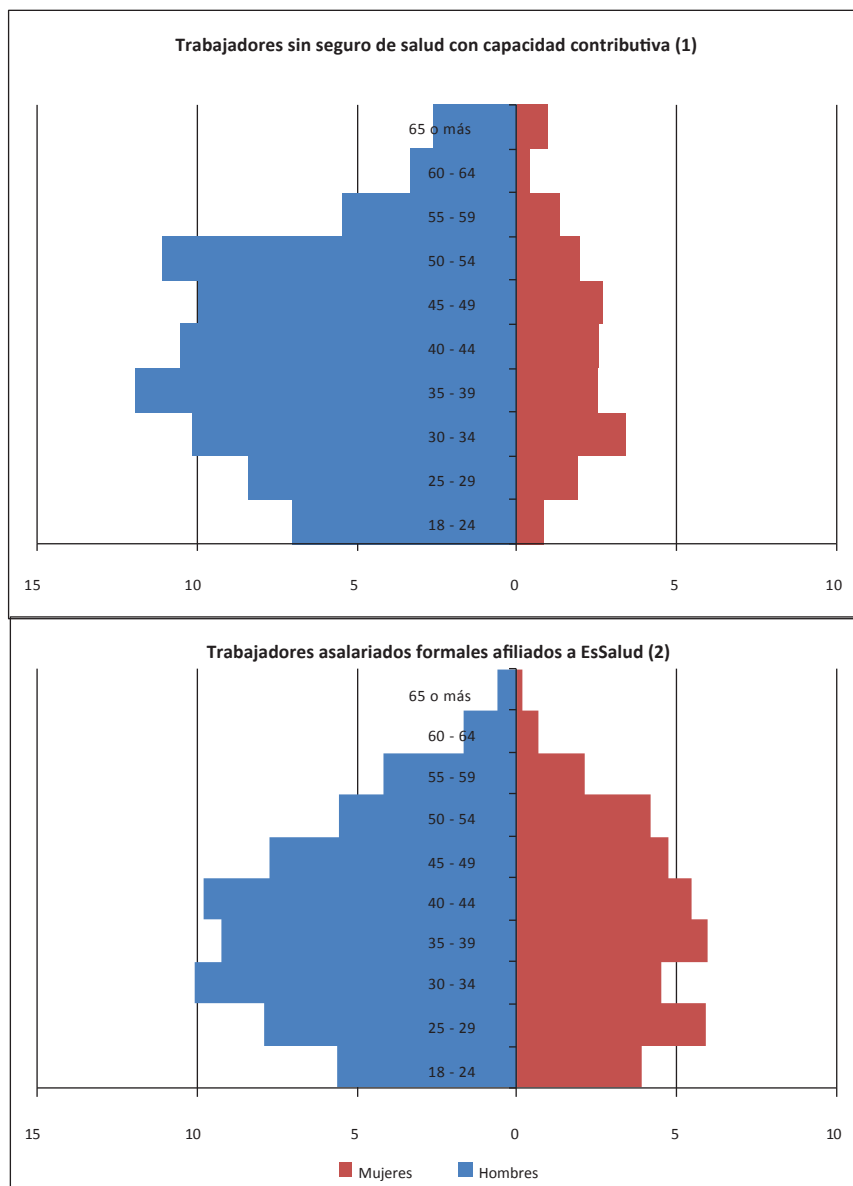
Categoría	Sin cobertura	EsSalud	SIS	Otra	Total
Ingreso < SM	27,1	10,0	40,5	3,4	11,2
SM =< Ingreso < 1.5 SM	36,2	26,0	32,7	11,5	24,9
1.5 SM =< Ingreso < 2 SM	17,4	27,7	12,2	11,0	24,0
2 SM =< Ingreso < 2.5 SM	6,9	14,6	6,9	11,2	13,3
2.5 SM =< Ingreso < 3 SM	5,1	8,0	5,2	8,3	7,7
3 SM =< Ingreso	7,3	13,8	2,5	54,7	18,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: (1) con aportes previsionales en los últimos 12 meses.

Solo se considera a las personas de 18 o más años.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Gráfico 5.9. Composición demográfica de los trabajadores con potencial contributivo y de los trabajadores asalariados formales afiliados a EsSalud, 2011



Nota: (1) considera a los trabajadores independientes y asalariados informales sin seguro de salud o afiliados al SIS cuyo ingreso laboral es de al menos dos veces el salario mínimo.

(2) Trabajadores asalariados formales: aquellos que realizaron aportes previsionales en los últimos 12 meses.

Solo se considera a las personas de 18 o más años.

6. Caminos alternativos hacia la cobertura universal en salud

6.1. Piso de protección social

La necesidad de disfrutar de cobertura universal en seguridad social ha sido reconocido como un derecho humano por la comunidad mundial tanto en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1944) como en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), además de haber sido consagrado como un derecho en otros instrumentos jurídicos regionales e internacionales. Desde la Organización Internacional del Trabajo (OIT), como organismo de nivel mundial encargado de delinear las normas internacionales del trabajo, así como desde otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas se han comprometido diversas acciones para extender la seguridad social. Particularmente, la OIT ha asumido el compromiso de incorporar en el marco normativo internacional el derecho a la seguridad social. En este sentido, en la Declaración de Filadelfia (1944) se reconoce explícitamente la obligación de la OIT de fomentar, entre todas las naciones del mundo, programas que permitan extender la seguridad social con el propósito de garantizar ingresos básicos a quienes los necesitan y otras acciones de seguridad y protección social (OIT, 2011a; OIT, 2011b).

Lo observado en relación con las importantes brechas de cobertura de la seguridad social condujo a que el tema vinculado con políticas e iniciativas destinadas a extender la cobertura fuera declarado prioridad en la Conferencia Internacional del Trabajo de 2001. Esta decisión se tradujo, dos años más tarde, en la Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos y, posteriormente, en 2008, en la reafirmación de la necesidad de desplegar esfuerzos para alcanzar la ampliación de la seguridad social en la *Declaración de la OIT sobre la Justicia Social para una Globalización Equitativa* (OIT, 2011c).

En un contexto de crisis financiera y económica global, que puso nuevamente en evidencia las restricciones de cobertura que tienen los sistemas de protección social la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas adoptó, en abril de 2009, la *Iniciativa Mundial de un Piso de Protección Social* como una de las nueve propuestas para hacer frente a la crisis económica desatada en 2008. En esta línea y bajo la premisa de priorizar las estrategias de extensión

de la protección social, la Conferencia Internacional del Trabajo de 2012 adoptó la Recomendación N° 202. Este instrumento internacional complementa las normas existentes relativas a la seguridad social y tiene por objeto proporcionar orientación a los países Miembros para establecer pisos de protección social, adaptados a las circunstancias y a los niveles de desarrollo de cada estado, como parte de los sistemas integrales de seguridad social.

Esta Recomendación menciona que los pisos de protección social deben comprender, como mínimo, las siguientes cuatro garantías básicas de seguridad social:

- acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que cubra la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, y que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad;
- seguridad básica del ingreso destinado a los niños, niñas y adolescentes por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios;
- seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular, en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez, y
- seguridad básica del ingreso para las personas de edad, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional.

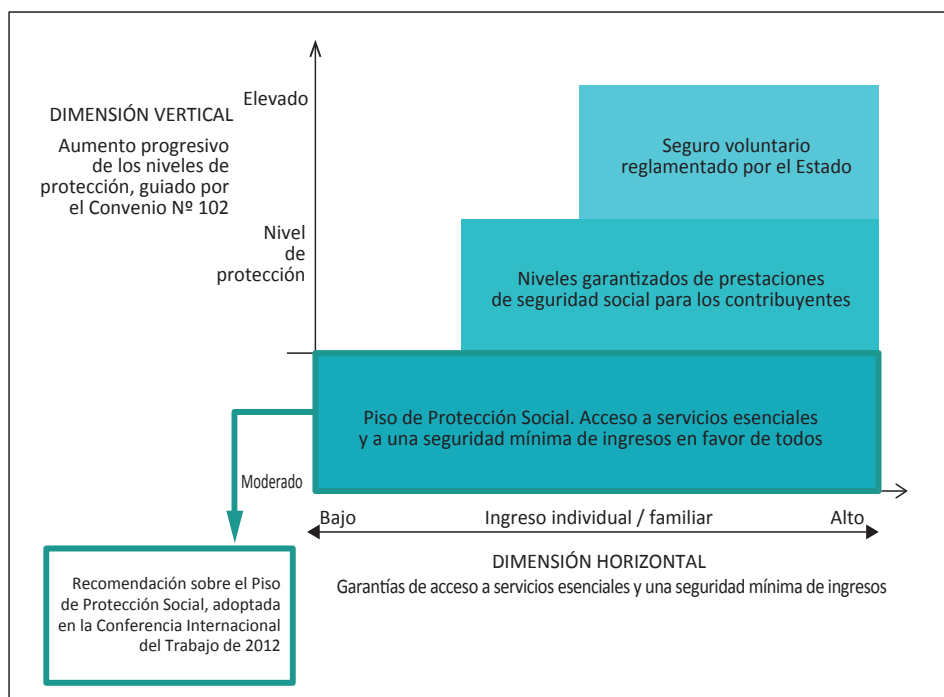
Para proporcionar estas garantías básicas, la Recomendación insta a considerar diferentes enfoques en vistas de aplicar la combinación más eficaz y eficiente de prestaciones y regímenes en cada contexto nacional. Otro aspecto que destaca la Recomendación es la necesidad de asegurar la sostenibilidad financiera, fiscal y económica de los pisos de protección social, tomando en consideración la capacidad contributiva de los distintos grupos de la población.

Asimismo, la Recomendación busca proporcionar orientaciones para que los pisos de protección social se establezcan en el marco de una estrategia de extensión de la seguridad social que asegure progresivamente niveles más elevados de seguridad social para el mayor número posible de personas (siguiendo las orientaciones de las normas de la OIT relativas a la seguridad social). El Piso de Protección Social ha sido concebido como parte de un sistema integral que puede presentarse estilizadamente como una “escalera” de

seguridad social. El escalón correspondiente al Piso abarca la serie de garantías básicas destinadas a toda la población (que han sido listadas previamente), y constituye la base sobre la que se afirman y desarrollan los seguros sociales obligatorios (que brindan prestaciones para las personas que cotizan al sistema) y los seguros voluntarios. Los seguros obligatorios y voluntarios, por otra parte, constituyen el camino para extender la cobertura vertical o cualitativa (que remite a los tipos de contingencias cubiertas y al nivel de las prestaciones), posibilitando alcanzar mayores umbrales de seguridad social.

De esta forma, podría interpretarse que la iniciativa del Piso es una herramienta para promover prioritariamente la extensión horizontal de la cobertura, mientras que el Convenio N° 102 y los convenios complementarios se convierten en instrumentos necesarios para garantizar la adecuación de las prestaciones, es decir, la cobertura vertical (OIT, 2011b). Precisamente, cada país debe establecer su propia estrategia o senda de reformas para lograr un efectivo incremento de los niveles de protección social, los que, en el caso de la salud, contribuirán al logro de la cobertura universal, tal como se verá en la siguiente sección.

Gráfico 6.1. La escalera de la protección social



Fuente: OIT (2012).

El accionar de la OIT en materia de protección social en salud descansa en el reconocimiento de la seguridad social y la salud como un derecho humano, y en la importancia de la referida protección con relación a la promoción del trabajo decente. Desde su fundación en 1919, la OIT ha subrayado el rol de la protección social en salud en la reducción de la pobreza, la generación de ingresos y el aumento de la riqueza.

Recuadro 9. El derecho a la salud y las normas internacionales

El derecho a la salud en los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos

El derecho a la salud como un derecho humano es reconocido en importantes instrumentos internacionales precisamente en materia de derechos humanos. Especialmente, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) establece que:

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

(Artículo 22, Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948).

Por su parte, su artículo 25 establece:

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

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

Además, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966, en su artículo 9° textualmente determina:

“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”.

En sus disposiciones subsiguientes, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece la protección de la familia, la infancia y la maternidad (artículo 10); reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia (artículo 11 (1)); y el derecho a la salud, incluida la salud ocupacional y el acceso a la asistencia médica (artículo 12 (1)).

Por último, también el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Protocolo San Salvador, 1988) recepta el derecho a la seguridad social y en especial a la salud. El artículo 9, inciso 2, dice: *“Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto”*.

El artículo 10 del mencionado Protocolo complementa lo expuesto precedentemente disponiendo, en su inciso 1, lo siguiente: *“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

Las Normas Internacionales del Trabajo de la OIT en materia de seguridad social y en salud

En cumplimiento a su mandato de contribuir a *“...extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa”* (Declaración de Filadelfia, III (f), 1944), la Organización Internacional del Trabajo ha promovido un amplio conjunto de normas, Convenios y Recomendaciones, en el campo de la seguridad social. Estas normas regulan y establecen diversos requisitos con relación a la provisión de los servicios de salud por parte de los Estados miembros, como parte integrante de sistemas integrales de seguridad social. Las principales normas de la OIT en materia de seguridad social y salud son las siguientes:

- Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69): Esta norma considera el acceso a un nivel adecuado de asistencia médica como un elemento esencial de la seguridad social y prevé que la atención integral de salud debe garantizarse a todos los miembros de una sociedad a través de una adecuada y efectiva combinación de seguro social y asistencia social, entre otros. La Recomendación incorpora además principios generales para la organización y administración de los servicios de salud.
- Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), Parte II - Asistencia Médica: Este instrumento define nueve ramas de la seguridad social (prestaciones de asistencia médica, prestaciones

monetarias por enfermedad, prestaciones de desempleo, prestaciones de vejez, prestaciones por accidentes de trabajo, prestaciones familiares, prestaciones de maternidad, prestaciones de invalidez y prestaciones de sobrevivientes) y establece parámetros mínimos para cada una de las contingencias sociales (ramas) objeto de cobertura. Estos mínimos refieren a la población protegida, la suficiencia de las prestaciones y las condiciones y los plazos para tener derecho a las prestaciones establecidas. La norma también plantea que estos mínimos podrán ser alcanzados a través de esquemas universales, contributivos o sujeto a la verificación de recursos.

- Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 130) y su Recomendación (núm. 134): En relación a las contingencias y coberturas legisladas, estas normas internacionales establecen normas y principios rectores para proporcionar mayores niveles de protección social con relación a los estatuidos en el Convenio núm. 102. En especial con relación al ámbito de aplicación de la norma -población protegida- y el nivel mínimo de las prestaciones correspondientes.
- Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202): La Recomendación proporciona orientaciones a los Miembros para garantizar que todos los miembros de la sociedad se beneficien al menos de un nivel básico de seguridad social a lo largo del ciclo de vida, enumerando cuatro garantías básicas. La primera de ellas refiere al acceso a servicios esenciales de salud, incluida la protección de la maternidad. Además, proporciona orientación a los países: (a) en el establecimiento y mantenimiento de pisos nacionales de protección social como un elemento fundamental de sus sistemas nacionales de seguridad social; y, (b) en la aplicación de sus pisos en el marco de estrategias de extensión de la seguridad social que aseguren progresivamente niveles más elevados de seguridad social para el mayor número de personas posible, según las orientaciones de las normas de la OIT relativas a la seguridad social.

6.2. El sendero hacia la cobertura universal en salud

Cobertura universal en salud significa que toda la población posee acceso apropiado y a un costo asequible a prestaciones de salud vinculadas con la promoción, prevención, cura y rehabilitación. Desde esta perspectiva, la cobertura universal implica equidad de acceso y protección financiera (OMS, 2005). De acuerdo con la OMS, en el camino hacia la provisión de un

aseguramiento universal en salud, los países enfrentan tres obstáculos (que se encuentran relacionados entre sí): i) la disponibilidad de recursos, ii) el peso de los pagos directos (gastos de bolsillo), y iii) el uso ineficiente y no equitativo de los recursos (OMS, 2010; OMS, 2005). Adicionalmente, existen restricciones geográficas y culturales al acceso que, en casos como el del Perú, pueden llegar a ser bastante significativas.

Todos los países tienen la posibilidad de recaudar más dinero para financiar la salud, siempre que los gobiernos y las personas se comprometan a hacerlo. En términos generales, los medios para concretarlo son el aumento de la eficiencia en la recaudación de ingresos, el (re)establecimiento de las prioridades en los presupuestos del Estado, la introducción de nuevos gravámenes (*financiación innovadora*), y mediante la ayuda al desarrollo para la salud.

Si las personas sufren dificultades financieras o se les impide utilizar los servicios porque tienen que pagar por ellos en el momento de usarlos, resulta imposible alcanzar el objetivo de la cobertura universal. La manera de disminuir la dependencia de los pagos directos consiste en que los gobiernos fomenten el prepago y la asunción de riesgos de manera colectiva (OMS, 2005). Cuando las poblaciones tienen acceso a los mecanismos de prepago y enfrentan de forma mancomunada los costos, el objetivo de la cobertura sanitaria universal se vuelve más realista. No obstante, debe tenerse en cuenta que existen otros costos (como los de transporte) que, para las personas de bajos ingresos, son aún más prohibitivos que los pagos directos por los servicios de salud (OMS, 2010).

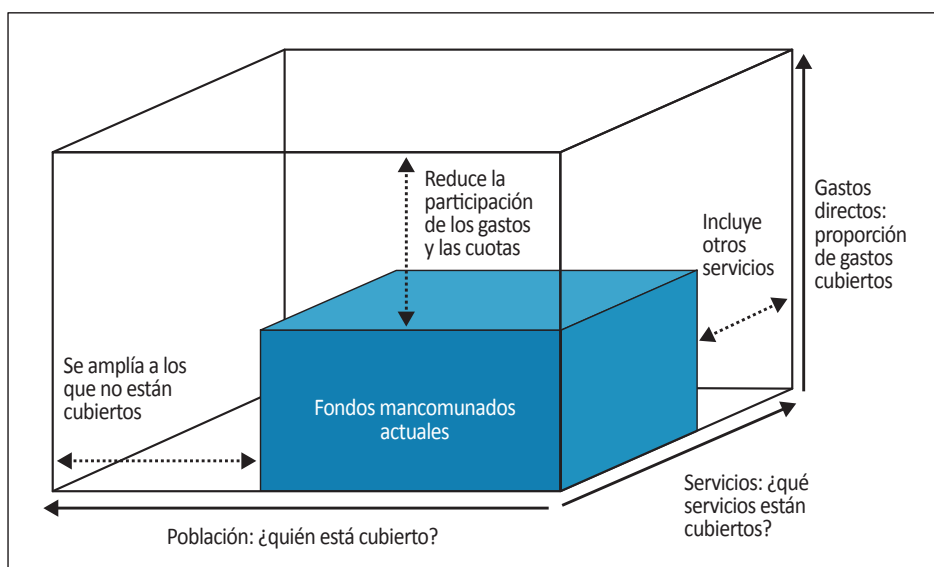
Los pagos directos también tienden a impedir que el costo de los servicios de salud sea cubierto mediante estrategias formalizadas de solidaridad, a través de compensaciones que se dan entre grupos de personas, por ejemplo, entre ricos y pobres o entre personas sanas y enfermas. Asimismo, hacen que sea imposible distribuir los costos a lo largo de la vida de una persona (OMS, 2010). Los diferentes países deben mejorar la eficiencia de sus sistemas sanitarios para así poder liberar recursos que permitan cubrir a más personas y brindar más servicios y de mayor calidad. Algunas de las fuentes que generan ineficiencias son los gastos innecesarios realizados en medicamentos, el uso excesivo de servicios sanitarios, la utilización de equipamiento inadecuado, los recursos humanos desmotivados, o una internación hospitalaria inadecuada, entre otros motivos.

Entre los incentivos que facilitarían alcanzar con eficiencia una cobertura universal en salud se encuentran los mecanismos de pago a los hospitales, a los centros de salud y al personal médico. En este sentido, la experiencia internacional demuestra que varios países han comenzado a desarrollar sistemas mixtos de

pago (pago por servicios, capitación, grupos relacionados de diagnóstico, sueldos fijos al personal), tanto en la asistencia sanitaria hospitalaria como a nivel de las prestaciones individuales, con la convicción de que una combinación razonable de formas de pago puede conseguir una eficiencia y calidad superiores que las que lograría un modelo único de pago. Por otra parte, es necesario subrayar que, para aumentar la eficiencia, se vuelve imprescindible reducir la fragmentación del sistema (OMS, 2010).

Seguramente los países tomarán distintos caminos con el fin de efectivizar la cobertura universal en salud de sus ciudadanos, y estos caminos se definirán en función de dónde y cómo empiecen a abocarse a la tarea, junto con las concesiones que los responsables políticos estén dispuestos a realizar en las siguientes tres áreas estratégicas: el porcentaje de población que se debe cubrir, la oferta de servicios que se ha de conseguir y el porcentaje de gastos totales que se deberá alcanzar.

Gráfico 6.2. Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal



Fuente: OMS (2010).

Desde el punto de vista del financiamiento, existen -en términos generales- dos opciones para alcanzar la cobertura universal: una opción se establece mediante las rentas generales (impuestos) y la otra, mediante la seguridad social. En el primer caso, los servicios de salud pueden ser provistos por medio de la red pública y/o contratando agentes del sector privado. En este caso, el seguro es implícito en el sentido de que la población no sabe precisamente cuánto de sus

impuestos va a financiar el sistema de salud. En el segundo caso, se requiere la afiliación obligatoria de toda la población al seguro y el sistema es financiado a partir de las contribuciones de los asalariados, empleadores, trabajadores independientes y del Gobierno. Este último, en un esquema de cobertura universal mediante un seguro social, se constituye en el encargado de financiar total o parcialmente las contribuciones de aquellos grupos de la población que no tienen capacidad contributiva (como los desempleados, trabajadores de bajos ingresos y ocupados de la economía informal). La prestación de servicios puede realizarse a través de la propia red del seguro o por medio de proveedores públicos o privados. Asimismo, algunas funciones del seguro social (como la recaudación de contribuciones, la contratación y el pago a proveedores) pueden quedar en manos de agencias gubernamentales. En general, lo que se observa es una combinación de financiamiento a través de impuestos y a través del seguro social. Aunque también ocurre que, en muchos casos, el sector privado adquiere un papel suplementario relevante (ya sea proveyendo servicios no cubiertos por el seguro de salud, reduciendo tiempos de espera o cubriendo copagos) (Carrin y James, 2005).

La fuente de financiamiento se vuelve menos relevante en relación con las políticas desarrolladas para administrar los sistemas de prepago. En este sentido, la experiencia internacional revela tres grandes lecciones a tener en cuenta (OMS, 2010).

En primer lugar, cuando se avanza hacia la extensión de la cobertura, se debe tener en cuenta que una parte de la población es demasiado pobre para contribuir a través de impuestos sobre la renta o de primas de seguro. Por lo tanto, será necesario subvencionar esta carencia mediante fondos mancomunados (generalmente, con rentas públicas). Esta ayuda puede brindarse bajo la forma de acceso directo a los servicios financiados por el Gobierno o mediante subvenciones en las primas de los seguros. De este modo, se observa que sea cual fuere el sistema de financiamiento que se adopte siempre se necesitarán algunos ingresos de la administración pública para garantizar que las personas que no están en condiciones de pagar las contribuciones puedan acceder igualmente a los servicios sanitarios (OMS, 2010; OMS, 2005).

En tercer lugar, se deberá contar con que los fondos mancomunados que protegen las necesidades sanitarias de una pequeña cantidad de personas no son viables en el largo plazo, debido a que unos pocos episodios de enfermedades caras acabarían con ellos (OMS, 2005). Además, la existencia de múltiples fondos mancomunados, donde cada uno cuenta con su propio sistema de administración e información, tampoco resulta eficiente y, por el contrario, puede llegar a generar dificultades en la consecución de la equidad. Por lo general, en los sistemas de fondos mancomunados que se desarrollan

de manera fragmentada sin compensación de riesgos, uno de los fondos proporcionará grandes beneficios a la gente bastante adinerada, pero esta no querrá subvencionar de manera cruzada los costos de la población más pobre y en peor estado de salud.

Cabe destacar que la compensación de riesgos también tiene lugar cuando los gobiernos centrales asignan fondos para la salud a niveles inferiores de gobierno o a centros sanitarios que se encuentran en diferentes zonas geográficas. En estos esquemas, las personas y las empresas en las regiones más ricas y con menos problemas de salud suelen contribuir más al fondo mancomunado en impuestos y cargos de lo que reciben, mientras que quienes viven en regiones más pobres y con mayores problemas de salud reciben más de lo que aportan (OMS, 2010).

Efectivizar la cobertura universal en salud no es un proceso sencillo, sino que puede tardar décadas hasta ser implementado y los resultados sobre los avances en cobertura nunca son lineales. En general, se presenta un conjunto de factores que afecta la transición hacia la cobertura universal vía seguro social (Carrin y James, 2004; OMS, 2005). En primer lugar, resultan relevantes tanto el nivel de ingresos como la tasa de crecimiento del país en cuestión, debido a que ambos indicadores afectan la capacidad contributiva de la población. Asimismo, tienen una incidencia en la presión tributaria y, por lo tanto, en la capacidad del Gobierno para subsidiar contribuciones de la población que tiene dificultades para cotizar al seguro social.

Por otra parte, la estructura de la economía también es relevante, pues el tamaño de la economía y del empleo informal actúan como condicionantes de la capacidad del seguro social para recaudar contribuciones. En tercer lugar, no se debe perder de vista que el desarrollo del esquema de seguro social depende de las capacidades que el país posea para registrar a los afiliados y para procesar información (contribuciones, pagos a proveedores, entre otros).

La distribución geográfica de la población (entre áreas urbanas y rurales) incide en los costos administrativos del seguro social. Estos costos, así como los costos asociados con la infraestructura de salud, son menores cuando la densidad de población es mayor. Un quinto factor es el grado de solidaridad que manifieste la población. Un sistema financiado completamente a través de un seguro social implica significativos subsidios cruzados entre grupos de altos y bajos ingresos, y entre grupos con mayores y menores riesgos de enfrentar problemas de salud.

Finalmente, otro factor relevante en el camino hacia la cobertura universal está representado por la voluntad y el liderazgo del Gobierno nacional para guiar un proceso que conduzca a la afiliación voluntaria de toda la población en el seguro de salud.

6.3. Experiencias internacionales sobre financiamiento y cobertura en salud

En las últimas dos décadas países de la región de América Latina emprendieron diferentes reformas, con el objeto de lograr avances en materia de cobertura, financiamiento y solidaridad. A continuación, se repasa un grupo de estas experiencias, pues ellas podrían servir de guía en el debate actual sobre el sistema de salud del Perú. Con este objetivo se han seleccionado cinco casos que resultan de especial importancia.

- Brasil: sistema único no fragmentado con financiamiento de rentas generales.
- Costa Rica: sistema de cobertura no fragmentada con financiamiento dual (contributivo y rentas generales).
- Chile: cobertura universal diferenciada por ingresos con piso garantizado.
- Colombia: sistema con financiamiento dual en camino a cobertura universal e igualitaria.
- Uruguay: ejemplo más reciente de sendero de reformas hacia una cobertura universal igualitaria.

La presente sección se completa con una revisión de experiencias de regímenes simplificados destinados a atender la situación especial de los trabajadores independientes y los pequeños contribuyentes.

6.3.1. Brasil

Brasil representa un ejemplo sobre la manera en que un proceso de reforma facilita un financiamiento no contributivo del sistema de salud. De acuerdo con la Constitución de 1988, el derecho de los trabajadores a la seguridad social se transformó en un derecho universal e integral a la salud. A partir de entonces, se procedió a la creación de un sistema de salud público único financiado mediante rentas generales. El nuevo sistema (*Sistema Único de Saúde - SUS*) integró los distintos esquemas de seguros sociales.⁷² La iniciativa del SUS es un ejemplo de articulación entre los sectores público y de seguridad social,

⁷² Con excepción de los regímenes de las fuerzas armadas y de policía. Los empleados públicos reciben una asignación estatal con la cual toman seguros privados, pero no pierden su derecho a atenderse en el SUS.

donde el primero virtualmente absorbió al segundo, lo que universalizó la cobertura de la salud pública, favoreciendo, sobre la base del financiamiento, la integración de la salud con mayor equidad. Así, actualmente, el sistema brasileño se compone solo de dos subsectores: el público y el privado (CEPAL, 2006; Mesa Lago, 2005).

En Brasil, el Estado ofrece, mediante el SUS, una cobertura universal y gratuita a toda la población. Los servicios están a cargo de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal, y una parte importante de las unidades del SUS subcontrata servicios que pertenecen al subsector privado. A la vez, el subsector privado, donde la afiliación es de carácter voluntaria, desempeña una función complementaria y permanece regulado y controlado por el gobierno federal.

La mayor parte de la población, pero especialmente los estratos más pobres, utiliza los servicios del SUS: un 40% de la población los emplea de manera exclusiva y un 44%, de manera complementaria. Por otra parte, son los individuos de los estratos de ingresos medios y altos los que se encuentran afiliados al subsector privado (CEPAL, 2006).⁷³

El financiamiento del SUS es compartido por los tres niveles de gobierno. Las cotizaciones sobre los salarios son una fuente importante de recursos⁷⁴ así como también lo son el aporte sobre la facturación bruta de las empresas, el impuesto social a la ganancia neta de las empresas comerciales, industriales y bancarias, y el impuesto sobre las transacciones financieras (Mesa Lago, 2005).

Como consecuencia del proceso de descentralización de la década de 1990 -principalmente de la atención primaria- los municipios y los estados adquirieron un papel fundamental dentro del sector Salud. No obstante, el proceso de asignación de recursos a los diferentes estados es criticado porque no siempre responde a las necesidades sanitarias que tiene cada uno de esos ámbitos. En teoría, este mecanismo de asignación se basa en las necesidades sanitarias de la población y en la oferta existente de servicios de salud en cada estado, sin embargo, en la práctica, el segundo factor parece cobrar mayor poder de decisión. De esta manera, se transfieren los recursos a los estados que tienen mayor oferta de servicios, pero que a la vez poseen mayores recursos propios. Esto implica que el financiamiento de la oferta suele producir un patrón histórico de asignación de recursos que no resulta consistente con las necesidades (o con

⁷³ No obstante, una proporción importante de la población con seguro privado utiliza los servicios del SUS, especialmente en casos complejos y costosos (CEPAL, 2006).

⁷⁴ La Constitución de 1988 estableció que al menos el 30% del presupuesto de la seguridad social fuese asignado a la salud, pero el mandato nunca se implementó, más tarde se introdujeron nuevos tributos para el financiamiento de la salud (Mesa Lago, 2005).

la demanda de servicios de salud), lo que sin dudas determina que aumente la inequidad en la asignación de recursos (USAID, 2009).

Para incrementar el gasto en salud, durante los años 2000 se realizó una enmienda a la Constitución de Brasil con el objeto de destinar una proporción fija del presupuesto público al financiamiento de la salud. Bajo esta premisa, el Gobierno federal y los gobiernos de los estados deben transferir mayores recursos a las municipalidades. Luego, como destino de estos recursos que reciben las municipalidades se establecen metas predeterminadas que los municipios deben concretar en el sector Salud (USAID, 2009).

6.3.2. Costa Rica

A partir de 1992, se dio inicio en Costa Rica a un proceso de reforma del sector Salud. Con la reforma se introdujeron tres cambios principales: i) los programas de prevención y promoción que antes ofrecía el Ministerio se trasladaron a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que con anterioridad esencialmente tenía servicios curativos, ii) se separó la función de provisión y se aumentó la provisión privada, y iii) se introdujeron “compromisos de gestión” entre la CCSS y los proveedores⁷⁵ (Mesa Lago 2005).

Básicamente, la reforma del sector Salud costarricense implicó una readecuación del modelo de atención en el primer nivel, incorporando un modelo de planificación basado en necesidades de salud con base geográfico-poblacional, con un aumento en la capacidad resolutoria de la atención primaria, y con la introducción de la atención integral de la salud a partir de la concentración de todos los servicios de salud en la CCSS.

Dentro del sector público, el Ministerio de Salud se transformó en rector del sistema de salud, asumiendo las funciones de dirección política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico, además de tener a su cargo los establecimientos donde se desempeñan los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS).⁷⁶ No obstante, es importante

⁷⁵ El “compromiso de gestión” es un contrato que formaliza las relaciones entre las autoridades centrales y cada proveedor de servicios, puesto en práctica por la CCSS. En este marco, los hospitales se comprometen a alcanzar una serie de metas en términos de “unidades de producción hospitalaria”, pues una parte del presupuesto anual (originalmente el 10%) se asigna en función de los resultados alcanzados, según lo establece una evaluación anual (CEPAL, 2006).

⁷⁶ Estos equipos están orientados a potenciar los efectos de la atención primaria en las condiciones de salud de la población al menor costo posible. Ellos brindan los servicios de atención primaria, mientras que los de urgencia están a cargo de los establecimientos hospitalarios (CEPAL, 2006).

destacar que este ministerio no provee servicios de atención. La CCSS es la institución encargada tanto del financiamiento, como de la compra y prestación de la mayoría de los servicios personales. Los servicios prestados por esta Caja son brindados en sus propias instalaciones o bien a través de prestadores del sector privado con los que establece contratos denominados “compromisos de gestión”. Esta institución se financia con las contribuciones laborales (de sus afiliados y de los empleadores) y también recibe aportes fiscales que le permiten brindar cobertura a los individuos que no poseen capacidad contributiva.

Por otra parte, el subsector privado desarrolla algunos programas mixtos que ya existían antes de la reforma y que han sido expandidos por esta: i) servicios de medicina mixta donde el asegurado escoge y paga a un médico privado para la consulta externa y la CCSS provee exámenes y medicinas; ii) prestaciones de medicina de empresa donde el empleador organiza un consultorio y paga a un médico para atender a los trabajadores y sus familias, en tanto la CCSS provee diagnóstico y medicinas; iii) y cooperativas organizadas por trabajadores de la salud en acuerdo con la Universidad de Costa Rica, que reciben apoyo financiero del Ministerio de Salud y la CCSS por comprometerse a atender a cierta población adscrita (Mesa Lago, 2005).

La cobertura legal del seguro social de Costa Rica se caracteriza por ser una de las más amplias de la región, ya que comprende a los siguientes grupos con diferentes tipos de afiliación:

- trabajadores asalariados de los sectores público y privado (incluyendo al servicio doméstico) cuya afiliación es de carácter obligatorio;
- trabajadores independientes con remuneración, quienes adhieren de manera obligatoria luego de las reformas de los años 2000. Este segmento de trabajadores recibe subsidios fiscales que aumentan según disminuye el ingreso;
- trabajadores que han dejado de ser cubiertos de manera obligatoria, personas que no trabajan pero tienen ingresos propios (rentistas), trabajadores familiares sin remuneración, estudiantes que no trabajan y amas de casa, todos conjuntos que pueden adherirse de manera voluntaria;
- pensionados y sus familiares dependientes y los familiares de los asegurados activos, así como los indigentes que carecen de aseguramiento y no pueden pagar la cotización;
- por último, se debe subrayar que el seguro brinda atención en todos los casos de urgencia, dejándose el pago –cuando corresponda– para el momento en que ya haya sido subsanada la emergencia (Mesa Lago, 2005).

Finalmente, respecto del financiamiento del sistema de salud, Costa Rica constituye un caso interesante de integración del financiamiento público y de la seguridad social en un esquema de seguro. La participación del Estado en el financiamiento se da fundamentalmente en tres niveles. En primer lugar, el Estado complementa (con un aporte relativamente menor) la cotización que realizan los empleados y los empleadores. En segundo lugar, el Estado cubre cerca del 50,0% de la contribución de los trabajadores independientes y de los asegurados voluntarios, asumiendo parcialmente la cotización patronal. Y, en tercer lugar, el Estado cubre el 100% de la cotización correspondiente a las personas más pobres, que carecen de capacidad contributiva (CEPAL, 2006).

6.3.3. Chile

En Chile, la población cuenta con cobertura de salud a través del subsector público (desde el Fondo Nacional de Salud - FONASA) y del subsector privado (en las Instituciones de Salud Previsional - ISAPRE).⁷⁷ La afiliación en FONASA es automática para todos los trabajadores asalariados e independientes cotizantes al sistema de pensiones,⁷⁸ para los familiares dependientes de los cotizantes (cónyuge, hijos y otras cargas legales), para los pensionados y para las personas de bajos recursos siempre que, en todos estos casos, no se encuentren afiliados a una ISAPRE. Dentro del FONASA, las personas en condición de pobreza reciben servicios gratuitos mientras que los afiliados de ingreso bajo pueden recibir un subsidio fiscal, según su ingreso. Por otro lado, los afiliados de ingreso más alto deben cotizar y, respecto de la atención primaria, pueden optar entre la cobertura pública o privada con un copago. Por su parte, las ISAPRES cubren a la población de ingreso medio-superior y alto, mediante cotizaciones y copagos (Mesa Lago, 2005).

Un aspecto que atenta contra la solidaridad en el sistema chileno es el hecho de que las ISAPRE, al actuar como agencias aseguradoras de riesgo en un mercado altamente desregulado, tienden a mostrar un comportamiento que favorece la discriminación del riesgo en un esquema donde los afiliados pueden elegir cobertura de acuerdo con su nivel de ingresos. La existencia de un seguro solidario como el FONASA, unido a la capacidad de las ISAPRE para discriminar riesgos, ha llevado a que el acceso a los servicios de salud esté determinado

⁷⁷ Asimismo, hay grupos cubiertos por los programas de las fuerzas armadas, de la Universidad de Chile y por seguros privados.

⁷⁸ En el caso de los trabajadores independientes, al año 2001 sólo un 5,0% estaba cubierto por el sistema previsional (mayormente, los profesionales). Sin embargo, los independientes que son indigentes o tienen bajo ingreso, así como sus familiares dependientes, pueden afiliarse al sistema público y recibir atención gratuita o con fuertes subsidios fiscales. Cerca de un 75,0% de los independientes no calificados estaban cubiertos a principios de los años 2000 por un seguro de salud, probablemente por el FONASA (Mesa Lago, 2005).

por los niveles de ingreso y por el riesgo de enfermedad de las personas. Así, el FONASA tiende a concentrar las prestaciones destinadas a las personas de menores ingresos y mayores riesgos médicos, mientras que las ISAPRE atraen a las personas de altos ingresos y bajos riesgos médicos (CEPAL, 2006; Infante y Paraje, 2010).

Esta concentración de afiliados de altos ingresos en uno de los subsistemas y de bajos ingresos en otro dio impulso a reformas que se aplicaron en los años 2000^{79, 80}. Para garantizar el derecho a la salud de toda la población, en 2005 se estableció un paquete mínimo universal garantizado, en los subsectores público y privado. Así se creó el Régimen General de Garantías en Salud en Chile con la puesta en marcha del plan de Garantías Explícitas en Salud (GES, antes AUGE). Las garantías explícitas en salud fijadas en la nueva normativa responden a cuatro características que debería reunir el sistema:

- acceso: obligación del FONASA y de las ISAPRE de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES;
- calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado;
- oportunidad: se refiere al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina la legislación;
- protección financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones deberá ser de un 20% del valor determinado por un Arancel de Referencia del Régimen. Sin embargo, el FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B del FONASA (es decir, respecto de personas que carecen de ingresos o que tienen un ingreso menor al salario mínimo, respectivamente) y podrá ofrecer subsidios parciales al copago a las personas pertenecientes

⁷⁹ En 2002, se enviaron cinco proyectos legislativos al Congreso de la Nación cuyos contenidos fueron los siguientes: i) derechos y deberes de los pacientes (“toda persona tiene derecho a recibir atención en salud del prestador en salud y a no sufrir discriminaciones arbitrarias”), ii) financiamiento (aumento del IVA e impuestos específicos para financiar un paquete de salud para los beneficiarios del FONASA), iii) fortalecimiento de las potestades de conducción del Ministerio de Salud, iv) modificación de la Ley de ISAPRE, y v) Régimen de Garantías en Salud (Bastías y Valdivia, 2007). Las discusiones parlamentarias se extendieron por más de dos años.

⁸⁰ En el marco de la discusión por el proceso de reforma, el Poder Ejecutivo tuvo que hacer concesiones para que el proceso avanzara. Las principales fueron: retirar la iniciativa de creación de un fondo de compensación de riesgos entre el FONASA y las ISAPRE (cuyo objetivo era reducir la segmentación entre seguros) y cambiar la combinación de impuestos que debía financiar la reforma (Infante y Paraje, 2010).

a los grupos C y D del FONASA (que incluyen a las personas con ingresos mayores al salario mínimo).⁸¹

Las prestaciones brindadas por este programa se definieron a partir de un método de asignación de prioridades, aunque también se consideraron elementos como la carga financiera y la suficiencia de la oferta (Bastías y Valdivia, 2007). Asimismo, la implementación del plan fue gradual, lo que permitió que se desarrollara un conjunto de procesos en las redes asistenciales esenciales para facilitar el buen funcionamiento del plan (Infante y Paraje, 2010). El financiamiento de la reforma provino de un aumento del IVA en 1 p. p. (y no se incrementaron otros impuestos específicos).

6.3.4. Colombia

En 1993, Colombia inició un proceso de reformas en el sector Salud con el objetivo de avanzar hacia la universalización de la cobertura mediante esquemas de aseguramiento. Con esta iniciativa se pretendió convertir el viejo Sistema Nacional de Salud⁸² (de corte asistencialista estatal, caracterizado por su organización vertical y planificación centralizada) en un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

El SGSSS cuenta con dos regímenes: uno contributivo, destinado a pensionados, asalariados y trabajadores independientes con ingresos superiores a dos salarios mínimos (en este sistema también se encuentran cubiertos los familiares) y otro subsidiado, orientado a trabajadores informales e independientes de bajos ingresos. Además, existe un régimen transitorio, el de los vinculados, creado para atender durante la etapa de transición a quienes aún no se hubieran afiliado al régimen subsidiado (Guerrero *et al.*, 2011; Mesa Lago, 2005).⁸³

El régimen contributivo se estructura sobre la base de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que son las encargadas de impulsar y efectuar el aseguramiento,

⁸¹ De manera adicional a este tope de gastos por cada consulta o intervención, la ley fija un máximo de gastos anuales por evento en patologías AUGE, a partir del cual la institución aseguradora (FONASA o ISAPRE) cubre el costo de los tratamientos.

⁸² Se componía de tres subsistemas independientes: i) Salud Pública (que se encargaba de la cobertura de la población más pobre), ii) Instituto de Seguros Sociales, y iii) subsector privado.

⁸³ Cabe destacar que ninguno de estos tres regímenes incluye a los miembros de las fuerzas armadas, los educadores y los trabajadores de la empresa estatal de petróleos, quienes quedaron excluidos del nuevo régimen y siguen cubiertos por los esquemas que poseían antes de la reforma.

así como de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud del plan obligatorio (POS). La elección de una EPS bajo este régimen es potestad del empleado, lo cual genera una competencia de mercado que incentiva una mayor eficiencia y satisfacción del usuario en la administración privada de estos fondos.

Todo trabajador colombiano está obligado a afiliarse a una de estas entidades, a la que aporta el 12,5% de sus ingresos laborales si es trabajador independiente. Luego, si se trata de un empleado dependiente, la cotización de un 12,5% se comparte con el empleador, quien deberá aportar dos terceras partes.

Las cotizaciones recaudadas se redistribuyen y asignan de la siguiente manera:

- un punto y medio del 12,5% se destina para ayudar a la financiación del régimen subsidiado,
- el valor de las unidades de pagos capitadas (UPC) del trabajador y su familia⁸⁴ van a las EPS,
- una proporción se destina al pago de las incapacidades laborales de sus afiliados,
- y, en caso de que se generen excedentes, estos van directamente al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), donde se redistribuyen a través de los mecanismos de solidaridad, en el régimen subsidiado, y de compensación de riesgo, en el régimen contributivo.

Por otro lado, el régimen subsidiado se financia con las ya citadas transferencias del régimen contributivo, con recursos del Tesoro y con los aportes de quienes reciben un subsidio parcial. Con el objeto de nivelar el paquete de prestaciones entre los regímenes contributivo y subsidiado, en 2007, se aumentaron los recursos destinados a este régimen.

La elegibilidad del régimen subsidiado se encuentra definida en la Ley N° 1122, aprobada en enero de 2007, que reforma la anterior Ley N° 100. Para determinar esta elegibilidad, se utiliza el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN). De este modo, la población que clasifica en los niveles I y II es elegible del subsidio total, mientras que la población clasificada en el nivel III recibe un subsidio parcial. Esta modalidad de subsidio parcial fue introducida por la Ley N° 1122 (USAID, 2009).

⁸⁴ Dentro del régimen contributivo, las UPC se encuentran ajustadas por riesgo. El pago capitado en el régimen subsidiado es análogo aunque no se ajusta por riesgo (Guerrero *et al.*, 2011).

La entidad territorial es quien toma la decisión de cuál será la EPS que administrará los fondos de los asegurados del régimen subsidiado en su jurisdicción. Generalmente, un municipio contrata con una sola EPS la afiliación de todas las personas que residen en su área de jurisdicción y están vinculadas a este régimen. El financiamiento que reciben las EPS equivale a una UPC.

Para prestar los servicios de salud, las EPS contratan a un conjunto de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). En su mayoría, estas IPS son instituciones privadas que brindan atención principalmente ambulatoria o de primer nivel, si bien en las zonas rurales la prestación de servicios de salud se realiza a través de las instituciones públicas. Esta modalidad de contratación de una red de prestación deriva en una elección restringida de proveedor por parte del paciente; el asegurado se adscribe a un establecimiento de salud de referencia y este será el único donde la EPS reconocerá el reembolso por las atenciones de primer nivel. A pesar de estas restricciones en la elección del establecimiento de salud, existe un mecanismo de libre opción según el cual se puede decidir la atención en algún establecimiento de salud diferente, pero a cambio de un incremento en la prima y de abonar un copago mayor. Por este motivo, esta variante opera principalmente en el caso de la población del régimen contributivo (USAID, 2009).

Las IPS reciben un pago por servicio de parte de las EPS por cada atención de salud que se brinda a un asegurado, es decir que el reembolso se rige por un tarifario preestablecido que se aplica a los servicios de salud que son reconocidos por las EPS. Asimismo, las EPS también contratan servicios de los hospitales públicos, a los cuales se les aplica un pago por día-cama o por grupos relacionados de diagnóstico (USAID, 2009).

Por último, es importante señalar que existen diferencias en la cobertura que brinda cada régimen, pues el POS del régimen contributivo brinda una mayor cobertura en comparación con el POS del régimen subsidiado. Por otra parte, con la incorporación de población que recibe un subsidio parcial, se introdujo un tercer POS, que se basa en el POS del régimen subsidiado, aunque solo se limita a la cobertura de enfermedades crónicas, por ser de alto costo (Guerrero *et al.*, 2011; USAID, 2009). Ante tal estado de situación, actualmente existe presión de la justicia para lograr igualar las coberturas efectivas.

6.3.5. Uruguay

Tal como ocurre en muchos otros países de la región, las características más problemáticas del sistema de salud del Uruguay de manera previa a la última reforma han sido su fragmentación y segmentación. En el caso uruguayo, el

proceso de reformas en el sector Salud se inició a partir de 2005, no obstante, su consolidación se concreta en 2007, con la aprobación del Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS), que garantiza la accesibilidad, calidad, equidad y universalidad de los servicios de salud.

El SNIS se plasma en diferentes leyes,⁸⁵ pero la más importante es la Ley N° 18211 que termina de configurar el sistema nacional y crea el Seguro Nacional de Salud (SNS). Mediante esta reforma se logra instaurar la universalización de la cobertura de atención, a través del SNS, al que pueden acceder todos los individuos residentes en el territorio con tan solo registrarse en alguna de las entidades prestadoras de salud. Independientemente de la entidad prestadora, todos los beneficiarios del SNIS acceden a una misma canasta de servicios integrales denominada Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).

En el SNIS de Uruguay coexisten un sector público y un sector privado. En el sector público se identifica como principal prestador de servicios de salud a la denominada Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que brinda atención a cerca del 37,0% de la población, básicamente constituida por personas de bajos recursos que no poseen cobertura de seguridad social.⁸⁶ Si bien esta institución es la principal, no se trata de la única, ya que la Universidad de la República y los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) colaboran con la ASSE en la prestación de los servicios de salud. Mientras que la Universidad ofrece atención en los tres niveles, en su Hospital de Clínicas, las intervenciones de alta complejidad y alto costo son llevadas a cabo en clínicas especializadas, privadas o públicas, de los IMAE.

También se identifican otros prestadores del sector público, como lo son el Banco de Previsión Social (BPS), que brinda atención ambulatoria materno-infantil a los cónyuges y a los niños y niñas menores de seis años de los beneficiarios del seguro de enfermedad que no cuentan con cobertura dentro del sector privado. Además integran el sector público las empresas o los entes públicos (de energía eléctrica, petróleo, agua y bancos) que destinan al cuidado y promoción de la salud de sus funcionarios parte de los ingresos recibidos en concepto por venta de sus servicios. Por último, deben mencionarse los proveedores de servicios de salud destinados a sectores específicos, como son la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad Policial (Aran y Laca, 2011).

⁸⁵ Ley N° 17935: establece las líneas programáticas de la reforma de salud; Ley N° 18131: crea el Fondo Nacional de Salud y Ley N° 18161: descentraliza a los servicios de salud estatales.

⁸⁶ Además, en el interior del país, las intendencias municipales ofrecen servicios de atención primaria a la población de menores recursos.

Por otra parte, en el sector privado, las principales instituciones prestadoras de servicios son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), asociaciones privadas sin fines de lucro que cubren al 56,0% de la población. Estas instituciones brindan prestaciones de salud a los beneficiarios de seguridad social, al tiempo que actúan como un seguro de adhesión voluntaria para individuos con capacidad de pago.⁸⁷ La mayoría de estas instituciones cuentan con unidades de atención propias.

De modo previo a la reforma del sistema, el seguro de salud contributivo solo cubría al trabajador y no se extendía a las personas dependientes del titular, pero los cambios introducidos en los últimos años extendieron la cobertura hacia los hijos de los trabajadores y el cónyuge (o concubino/a). Con el fin de financiar esta extensión de la cobertura, se incrementaron las contribuciones personales.⁸⁸

Para mantener el Sistema Nacional Integrado de Salud se creó, a partir de la Ley N° 18131, un fondo único de financiamiento denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este fondo está destinado a cubrir el costo de un paquete de prestaciones médicas, que incluye alta, mediana y baja complejidad, para toda la población.

El FONASA recibe fondos provenientes de los trabajadores y empresas del sector privado, los trabajadores del sector público incorporados al SNS, aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonan a sus dependientes incorporados al SNS, y los aportes obligatorios de los pasivos. Además, el Estado complementa dichos ingresos con un aporte presupuestal cuyo objetivo es cubrir los costos de los servicios de salud. En particular, los trabajadores, tanto públicos como privados, aportarán un porcentaje de sus retribuciones de acuerdo con el siguiente esquema: i) 6%, aquellos trabajadores cuyas retribuciones mensuales superen un umbral mínimo y tengan hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad a cargo; ii) 4,5%, aquellos cuyas retribuciones mensuales superen un umbral mínimo y no tengan hijos a cargo; y iii) 3%, en el caso de los trabajadores de menores ingresos independientemente de si tienen hijos a cargo o no. Por otra parte, la tasa de aportes patronales se estableció en el 5% (OPS, 2009).⁸⁹

⁸⁷ Adicionalmente, en el sector privado existen empresas privadas lucrativas que brindan atención mediante el pago de una prima cuyo monto se fija en relación con el riesgo del asegurado.

⁸⁸ Antes de la reforma, la alícuota era de 3%.

⁸⁹ Los trabajadores independientes pueden contribuir al sistema, para contar con el SNS, mediante el pago de una cuota que les permite afiliarse a la ASSE o a una IAMC.

Los organismos que administran el Fondo pagan a los prestadores una cápita ajustada por sexo y edad de cada usuario y un pago fijo por afiliado o usuario, que está condicionado al cumplimiento de las metas asistenciales establecidas por el Ministerio de Salud⁹⁰ (OPS, 2009).

La cobertura del sistema es universal, estando los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y los ciudadanos que se encuentran fuera del mercado de trabajo, junto con sus familias (es decir, todos aquellos que no cotizan al seguro) amparados por la ASSE (Aran y Laca, 2011).

Recuadro 10. Enfermedades catastróficas: cobertura y financiamiento

A continuación se presenta un breve detalle sobre la cobertura y el financiamiento de las enfermedades de alto costo y baja incidencia, en particular, para cada uno de los seis modelos de organización de sistemas de salud seleccionados de la región de América Latina.

Argentina: las enfermedades de alto costo y baja incidencia están incorporadas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en el piso mínimo de las Obras Sociales Nacionales (OSN) y de las Empresas de Medicina Prepaga. El financiamiento de las enfermedades catastróficas opera del siguiente modo: de los recursos obtenidos por aportes y contribuciones que recauda y redistribuye la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) a las OSN, se retiene un 0,9%, que se canaliza hacia el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), cuya función es redistribuir recursos para completar el aporte de los afiliados de menor ingreso y financiar prestaciones de alto costo y baja incidencia para enfermedades catastróficas. Esto último se encuentra a cargo del APE (Administración de Programas Especiales). En términos generales, el APE reintegra a las OSN adquisiciones de prestaciones o medicamentos de ciertas patologías de alta complejidad, que son provistos por las OSN a sus afiliados.

Brasil: las acciones de alta complejidad y alto costo son responsabilidad de los estados y se comparten con el gobierno federal. El Piso de Atención básica (PAB) fue ampliado en 2001 (con la creación del PABA) para incluir acciones de mediana y alta complejidad. Las erogaciones vinculadas con estas prestaciones son financiadas mediante el Fondo de Acciones Estratégicas y Compensación (FAEC), que procura reducir las diferencias regionales en el financiamiento de las acciones de alta complejidad, basándose en prioridades federales (Mesa Lago, 2005).

Costa Rica: el sistema atiende el 100% de los eventos catastróficos en salud. El financiamiento del sistema se explica en la sección 6.3.2 del presente capítulo.

⁹⁰ El sector privado, en cambio, se financia con fondos de los hogares que se utilizan en los pagos de bolsillo y con las primas de los seguros privados.

Chile: entre las Garantías Explícitas en Salud no se incorporan las enfermedades catastróficas. Las ISAPRES privadas no garantizan el acceso a prestaciones que cubran enfermedades catastróficas. Para obtener atención, los afiliados deben realizar un copago (Mesa Lago, 2005). Dentro de las ISAPRES es posible contratar una cobertura adicional para enfermedades catastróficas que permite financiar hasta el 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo. En cambio, el FONASA sí cubre las enfermedades catastróficas, mediante su Seguro Catastrófico. Con este servicio, el FONASA brinda una cobertura financiera del cien por ciento a todos los asegurados, independientemente del tramo al que pertenezcan (A, B, C o D), que se atiendan por la Modalidad de Atención Institucional de la Red Pública y accedan a través del Consultorio de Atención Primaria. Esto implica que el Seguro Catastrófico no opera en el caso de que los afiliados opten por atenderse en la red privada o de libre elección del FONASA.

Colombia: el Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de algunas enfermedades de alto costo, entre las que se incluyen el VIH-sida, la enfermedad renal crónica y el cáncer (Guerrero *et al.*, 2011). Las aseguradoras deben tomar un seguro o reaseguro para cubrir mancomunadamente los riesgos catastróficos y evitar la selección de riesgos (Mesa Lago, 2005). Sin embargo, el acceso a tratamientos muy costosos y la atención de enfermedades catastróficas está restringido por la regulación. Para acceder a tratamientos, se exigen períodos mínimos de cotización (26 semanas) y copagos (según Acuerdo N° 260 de 2004 del CNSSS). No obstante, existen fallos judiciales que buscan eliminar estas restricciones.

Uruguay: el Fondo Nacional de Recursos (FNR) asegura la cobertura de las intervenciones catastróficas, financiando las intervenciones de alta complejidad tecnológica y de alto costo. Este fondo se financia con contribuciones de todos los afiliados al sistema. Si se cotiza a través de una IAMC, esta hace la retención que luego vierte en el FNR. Para el caso de los beneficiarios públicos, se trate de trabajadores formales o informales, el Tesoro nacional es quien hace la contribución. El valor de la cotización lo fija el Poder Ejecutivo (Aran y Laca, 2011) y las prestaciones de alta complejidad son brindadas por los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE). De este modo, se logra una adecuada compensación de riesgos y que la respuesta frente a las enfermedades catastróficas sea homogénea en calidad para todos los destinatarios (FNR, 2010).

6.3.6. Experiencias de esquemas de monotributo para trabajadores independientes

Casi todos los países de la región han introducido esquemas simplificados de recaudación destinados a los pequeños contribuyentes. Teniendo en cuenta el elevado grado de informalidad de estas economías, parece existir consenso en que la principal motivación para aplicar estos regímenes especiales en América Latina radica en que es necesario garantizar el cumplimiento voluntario de las obligaciones tributarias por parte de los contribuyentes. De este modo, es

posible minimizar el costo implícito para las empresas más pequeñas y el costo que su administración representa para las Administraciones tributarias, el cual incluso se acrecienta en los países que tienen menor grado de desarrollo.

A pesar de ello, solo algunos países de la región han introducido esquemas simplificados para el pago de contribuciones a la seguridad social, con el objeto de lograr formalizar el empleo independiente y brindarles cierto nivel de protección social a sus trabajadores. Algunas de estas políticas también han sido consideradas como experiencias relevantes para la extensión de otros componentes de la seguridad social en el Perú (Casalí y Pena, 2012). Con este propósito se pueden citar los casos del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Monotributo), en Argentina, el Sistema Integrado de Pago de Impuestos y Contribuciones (SIMPLES), en Brasil, y el Monotributo para individuos en Uruguay (Gómez Sabaini, Cetrángolo y Velasco, 2012). Teniendo en cuenta la conformación de sus sistemas de salud, a continuación interesa comentar, en particular, los casos de Argentina y Uruguay. Como ya se vio, el sistema de Brasil no es de carácter contributivo.

En Argentina, se creó en 1998 el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (denominado Monotributo). A este esquema pueden adherir los trabajadores independientes que cumplan con determinados requisitos respecto del monto de los ingresos brutos, la superficie dedicada a la actividad y la energía eléctrica consumida, entre otros aspectos.⁹¹ Su creación tuvo como objetivo incorporar a los trabajadores informales en la seguridad social y reducir la carga y el costo que los trámites de las prestaciones y los pagos representaban para los contribuyentes. Los monotributistas cumplen con sus obligaciones tributarias, a partir del pago de un monto fijo, y tienen cobertura del sistema previsional y de salud (mediante las obras sociales). A principios de los años 2000, se sumó al sistema la categoría permanente del Monotributo social, con el fin de incluir a las personas de mayor vulnerabilidad social y con ingresos brutos inferiores a la categoría más baja del monotributo. Los inscriptos en este esquema cuentan con cobertura de salud (pagando solo el 50% del componente de seguro de salud del esquema general del monotributo) y cobertura previsional (mediante un subsidio del cien por ciento del componente previsional del esquema general). Asimismo, pueden emitir facturas y ser proveedores del Estado (Bertranou, 2009; Casalí y Pena, 2012).⁹² A fines de 2012, los monotributistas argentinos representaban el 17,5% del total de los cotizantes.

⁹¹ En Argentina, los trabajadores independientes se encuentran obligados a cotizar a la seguridad social. Además de este esquema, existe un régimen general para los trabajadores autónomos.

⁹² Aunque no es un requisito indispensable para la introducción de este tipo de esquemas, debe notarse que en Argentina las agencias recaudadoras de tributos y cargas sobre el salario se han consolidado en una única institución, la Administración Federal de Ingresos Públicos. Si bien este tema está alejado de los objetivos del presente estudio, no puede dejar de mencionarse la necesidad de evaluar ese tipo de iniciativas.

En Uruguay, el Régimen de Monotributo entró en vigencia en 2001 pero fue modificado en 2007 como parte de una reforma tributaria. En su formato inicial, comprendía empresas unipersonales de reducida dimensión económica que desarrollaran actividades comerciales en la vía pública y en espacios públicos. En 2007, se flexibilizó la normativa, con el objeto de lograr abarcar a una mayor proporción de trabajadores. Así, se incluyó a los pequeños locales, se incorporaron pequeñas empresas productoras de tipo artesanal, se suma la posibilidad de contratación de hasta un dependiente y se abre la posibilidad de vender tanto al consumidor final como a otras empresas y al Estado, entre otras modificaciones. El pago del monotributo habilita a los trabajadores involucrados a acceder a las prestaciones de la seguridad social, con excepción del seguro de desempleo (Bertranou, 2009). Uruguay también cuenta con un esquema de Monotributo social, en el cual los contribuyentes pagan en forma progresiva 25% del aporte durante los primeros 12 meses, 50% por otros 12 meses, 75% por otros 12 meses y 100% luego de tres años. Los monotributistas uruguayos pueden optar por la cobertura del FONASA, realizando un aporte adicional.

Finalmente, debe considerarse que en los casos en que los regímenes simplificados incorporen la cobertura de salud a cargo del seguro social, el impacto financiero sobre el seguro estará determinado por el valor de la cuota con que se accede a esa cobertura. En la medida en que la cuota sea inferior a la cápita promedio del seguro, ello implicará un subsidio que puede ser financiado de manera explícita por el presupuesto público (mediante transferencias al seguro) o, de manera implícita, como subsidio cruzado entre los beneficiarios del seguro. En este último caso, resultará necesaria la realización de estudios actuariales periódicos, para evaluar la sostenibilidad financiera del seguro.

7. Síntesis y conclusiones

En este capítulo final se resumen los rasgos estilizados que definen la oferta de servicios de salud en el Perú y se presentan los desafíos que deberán ser enfrentados para mejorar su eficiencia, el impacto distributivo y, en definitiva, para alcanzar la cobertura universal.

Si bien el estudio ha tenido como eje principal el análisis de EsSalud, ha sido imposible, dadas las características del sistema de salud peruano, aislar los comentarios referidos a esta institución sin relacionarlos con el sistema en su totalidad, si es que el término “sistema” puede usarse para calificar la oferta de servicios de salud en el Perú. Adicionalmente, teniendo en cuenta que el objetivo explícito del Gobierno nacional es el logro de la cobertura universal mediante los diferentes instrumentos disponibles, tampoco resultaría conveniente el estudio de EsSalud sin referirnos a los problemas y desafíos relativos a la totalidad de la población del país. No obstante, siempre que sea posible serán introducidos comentarios específicos a la institución EsSalud.

7.1. Quince rasgos estilizados del sistema de salud peruano

A lo largo del estudio se ha presentado el funcionamiento de EsSalud y, en general, del sistema de salud peruano. Como resumen de lo expuesto, se pueden identificar un grupo de rasgos estilizados que ayudará a definir los desafíos y recomendaciones para reformas futuras.

1. Perú se encuentra en un proceso de transición demográfica

La tasa de crecimiento poblacional viene disminuyendo notablemente durante las últimas tres décadas, pasando de 2,8% anual, en los años ochenta, a 1,2% anual, durante la primera década del presente siglo. Asimismo, las proyecciones demográficas dan cuenta de que este descenso se prolongaría en el tiempo, ya que, para mediados del siglo XXI, la tasa de crecimiento anual sería de 0,3%. La tasa de mortalidad infantil (TMI) ha tenido un descenso sostenido desde la década de 1980, pues, para el quinquenio 1980-1985, de cada mil nacidos vivos 81,6 morían antes del primer año de vida, mientras que, durante el quinquenio 2005-2010, esta cifra descendió hasta 18,3 muertes por cada mil nacidos vivos. A fines

de la década de 1990, comienza el ascenso del ratio de dependencia de adultos mayores, pero este no es lo suficientemente importante como para detener el descenso de la dependencia demográfica. Este descenso de la dependencia demográfica origina el fenómeno conocido como “bono demográfico”, que se da dentro del proceso de transición demográfica cuando la población en edad de trabajar es mayor que la dependiente (niños y adultos mayores) y, por lo tanto, el potencial productivo de la economía es mayor. El Perú se encuentra en una etapa de postransición ya que las enfermedades transmisibles representaron, en 2009, el 26,0% del total de las causas de muerte, mientras que las enfermedades no transmisibles representaron el 51,0%. Este proceso se acentuará en el futuro cercano, en la medida que la población comience a envejecer.

2. El gasto en salud, en especial el público, es sumamente reducido

El gasto en servicios de salud se ha mostrado relativamente estable durante el último medio siglo y alcanzó, en 2005, el 4,5% del PBI. Aun cuando las últimas estimaciones dan cuenta de cierto crecimiento, se observa que el registro del Perú se ubica por debajo del promedio de América Latina (en torno al 6,6%), siendo, junto con el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela, uno de los países de América del Sur con menor gasto en salud. En el caso específico de EsSalud, su gasto total se ubicó en torno al 1,3% del PBI, un nivel relativamente inferior a otros registros observados en los años 2000.

3. El gasto de bolsillo es excesivo

La principal fuente de financiamiento de los servicios de salud son los hogares. En 2005, financiaron el 34,2%. Alrededor del 97,0% del gasto de los hogares en servicios de salud se efectúa mediante gasto de bolsillo, dado que el gasto en mecanismos de aseguramiento es bajo. Esto genera fuertes inequidades, debido a que el acceso a los servicios de salud está asociado con la posibilidad que tengan los individuos para pagar por ellos.

4. Una parte importante del gasto de bolsillo está destinada a la compra de medicamentos y servicios de diagnóstico

En 2005, el 40,0% del gasto de los hogares en salud fue destinado a la compra de medicamentos en farmacias. El 43,0%, a su vez, se utilizó en la compra de servicios a prestadores privados, donde se incluye parcialmente la compra de medicamentos. Otra manera de evaluar el mismo fenómeno consiste en señalar que un 42,0% de la población que adquirió medicinas las financió en su totalidad. Estos porcentajes son mayores en el caso de los análisis y los rayos X. No obstante, es importante destacar que, entre 2004 y 2011, disminuyó el porcentaje de personas que financiaron en su totalidad las consultas médicas y

los medicamentos (en 9,9 y 9,2 p.p., respectivamente), mientras que aumentó el porcentaje de personas que financiaron consultas y medicamentos totalmente a través del SIS y de EsSalud.

5. Los recursos humanos y de infraestructura con que cuenta el sector parecen insuficientes y dispersos institucionalmente

Cada uno de los subsistemas cuenta con su propia infraestructura y recursos humanos. En los servicios básicos predomina la oferta del Ministerio de Salud y las Direcciones Regionales. En cambio, la mayoría de los hospitales o institutos de alta complejidad pertenecen al sector privado (208 hospitales o institutos, contabilizados en 2005), mientras que EsSalud también concentra un porcentaje relevante de este tipo de establecimientos (78 hospitales o institutos, contabilizados en 2008, según Banco Mundial, 2011). La disponibilidad de profesionales de la salud (del MINSa y de EsSalud) por cada 10 mil habitantes, durante 2007, fue de 6,4 en el caso de los médicos, 6,7 enfermeros, 2,6 obstetras y 0,8 odontólogos. Estas cifras presentan grandes diferencias regionales, lo que afecta la equidad del sistema. Un problema adicional surge de la pérdida de recursos humanos calificados, ya que estos emigran a países con mejores condiciones laborales.

6. La disponibilidad de recursos presenta grandes brechas regionales

La distribución regional de los establecimientos de salud da cuenta de que los departamentos que concentran el mayor porcentaje del total son Lima (13,3%), Cajamarca (9,1%), Junín (5,7%) y Amazonas (5,5%). Sin embargo, dada la dispersión regional de la población, la distribución de los establecimientos de salud cada 10 mil habitantes es diferente. Los departamentos con mayor cantidad de establecimientos son Amazonas (11,9), Madre de Dios (10,1), Pasco (9,5), Apurímac (7,5) y Huancavelica (7,3). Esta distribución se explica a partir de la cantidad de puestos de salud. La distribución departamental de los hospitales y de los centros de salud es, en cambio, un poco más uniforme. En relación con los recursos humanos, de acuerdo con la información disponible para el año 2007, las regiones que tuvieron la mayor disponibilidad de médicos por cada 10 mil habitantes fueron Tumbes (12,8), Ucayali (10,6) y Tacna (10,0), mientras que las regiones con la menor disponibilidad fueron Ayacucho (2,6), Moquegua (3,3), Madre de Dios (3,5) y Lambayeque (3,5). En el caso de los enfermeros, las regiones con la mayor disponibilidad por cada 10 mil habitantes fueron Ucayali (13,0), Tacna (11,6) y Tumbes (10,9), mientras que las que tuvieron la menor disponibilidad fueron Madre de Dios (3,1), Pasco (3,5) y Amazonas (4,1). Por otra parte, las regiones con la mayor disponibilidad de obstetras por cada 10 mil habitantes fueron Moquegua (6,6), Huancavelica (6,4) y Ayacucho (5,1), mientras que las regiones con la menor disponibilidad fueron Piura (1,7), La Libertad (1,8) y Lima (1,8) (MINSa, 2010).

7. *Se presentan importantes restricciones en el acceso a los servicios de salud, por diversas causas*

En 2011, del total de personas encuestadas que no realizaron consultas sobre su salud a pesar de haber padecido algún problema, el 40,5% consideró que no era necesario recibir atención. Pero hay otro 27,9% que utilizó remedios caseros o se automedicó; un 15,3% que dijo no acudir a realizar una consulta o bien porque el establecimiento quedaba lejos o porque no tenía confianza en los médicos o por la demora en la atención; y un 12,9% mencionó la falta de dinero como barrera de acceso al servicio de salud. El porcentaje restante se descompone en otras barreras que incluyen: carencia de seguro, falta de tiempo, maltrato por parte del personal de salud, y otros factores. Del total de personas que indican como barrera de acceso a los servicios de salud la falta de ingresos, un 60,1% se encuentra entre los dos quintiles de menores ingresos y un 43,1% en condición de pobreza extrema o moderada. En el resto de las barreras de acceso, se observa una distribución más homogénea por quintil de ingreso, aunque las personas del primer quintil de ingreso representan casi el 30% del total de los individuos que indican como barrera la distancia, la falta de confianza y la demora en la atención. En relación con 2004, puede considerarse que la falta de dinero como barrera en el acceso ha perdido peso entre la población en condición de pobreza. Respecto de los afiliados a EsSalud, la barrera de ingresos resulta muy poco significativa, mientras que participa del resto de las explicaciones en una proporción relativamente similar a la que tienen sus asegurados en la población total del país.

8. *La cobertura de seguros de salud ha aumentado durante la última década*

En 2011, la población cubierta por algún seguro de salud alcanzó el 64,2%, exhibiendo una tendencia creciente durante los últimos diez años, en particular, por la fuerte y reciente expansión del SIS. Si se consideran todos los seguros, el aseguramiento en salud se ubicaba en el 41,7% (CEPLAN, 2011) para 2000. La cobertura en las áreas rurales supera a la cobertura en las áreas urbanas; en las primeras, alcanza al 78,4% en 2011, mientras que, en las segundas, al 61,8% para la misma época. No obstante, dentro del área urbana se observa un comportamiento diferente de Lima Metropolitana. Allí, el incremento de la cobertura ha sido más moderado, mientras que en el resto de las zonas urbanas el comportamiento es similar al del promedio nacional. Si se considera la franja etaria, el grupo poblacional con mayor cobertura es el de los niños, niñas y adolescentes. El 73,6% de la población de entre 0 y 17 años cuenta con algún seguro de salud. También la cobertura en la población de adultos mayores se encuentra por encima del promedio país (69,3% frente a 64,2%). Y, por último, la cobertura entre los individuos de la franja etaria de 18 a 64 años asciende al 57,9%.

9. La cobertura de EsSalud ha crecido pero aún es baja

El número de afiliados a EsSalud registra una tendencia creciente desde los años ochenta pero esta se ha acentuado especialmente durante los últimos años. La cantidad de asegurados pasó de 5,9 millones, a mediados de 2006, a 9,2 millones, a principios de 2012, lo que implica un crecimiento del 56,2% en muy pocos años. La cobertura de EsSalud es del 22,6% de la población y, si bien ha aumentado como producto del crecimiento del empleo asalariado formal, la extensión de la cobertura en los años 2000 -tal como se manifiesta en el punto 8- se explica en gran medida a partir del SIS, que actualmente cubre al 36% de la población.

10. Las mayores deficiencias de cobertura de salud se registran en los sectores de ingresos medios

Los beneficiarios del SIS se encuentran, en casi su totalidad (87,1%), en los tres primeros quintiles de ingreso, aunque un porcentaje mucho menor (49,3%) se encuentra en condición de pobreza extrema o moderada. Por otra parte, casi un 70,0% de los afiliados a EsSalud se encuentra en los dos quintiles más ricos de la distribución del ingreso y solo un 0,6% de los afiliados está en condición de pobreza extrema, mientras un 7,3% lo está en condición de pobreza moderada. Como consecuencia de la concentración de los afiliados del SIS en los quintiles más pobres y de EsSalud (y de otros seguros) en el quintil más rico, las menores tasas de aseguramiento en salud se observan en los quintiles 3 y 4. Este panorama, que se observa en 2011, es diferente del observado unos años atrás previamente a la extensión del SIS. De hecho, en 2004, la cobertura de salud mostraba una relación lineal con el quintil de ingreso y se registraban las mayores tasas de no cobertura en el quintil de menores ingresos. La información referida a la clasificación de las personas que utilizaron los servicios de salud confirma lo anterior: del total de la población que se atendió en el MINSa, un 76,1% pertenece a los tres primeros quintiles de ingresos, mientras que del total de personas que se atendieron en EsSalud, un 72,5% pertenece a los dos quintiles de mayores ingresos.

11. El sistema se caracteriza por un elevado grado de fragmentación institucional, fuente de inequidades e ineficiencias

El sistema de salud peruano presenta un elevado grado de fragmentación, una importante proporción de población no cubierta y grandes diferencias de cobertura entre las personas efectivamente cubiertas. Desde 1999, EsSalud tiene a su cargo el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud. Este régimen tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y a sus derechohabientes, mediante el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción,

recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como de otros seguros de riesgos humanos. Por otra parte, el Seguro Integral de Salud (SIS) tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando a aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. En este esquema debe diferenciarse la cobertura del SIS en sus tres modalidades: gratuito, independiente y microempresas. Aquellas personas que no tienen cobertura de salud y que califican como elegibles en el Sistema Focalización de Hogares del Ministerio de Economía y Finanzas (SISFOH) pueden acceder a la cobertura del SIS gratuita. En zonas con aseguramiento de AUS, los afiliados al SIS tienen cobertura de prestaciones de salud sobre la base del PEAS. En zonas sin aseguramiento de AUS, el paquete de prestaciones cubiertas es el establecido en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias - LPIS. El SIS independiente ofrece un seguro de salud (sin límite de edad) a aquellas personas que trabajan de manera independiente y que se encuentran registradas y calificadas como elegibles para este seguro por el SISFOH. En regiones donde se cuenta con AUS, este plan cubre la lista priorizada de prestaciones establecida en el PEAS. En regiones que no cuentan con AUS, pueden afiliarse al SIS independiente las familias o ciudadanas y ciudadanos peruanos que residan en el territorio nacional y carezcan de un seguro de salud, y que tengan alguna capacidad de pago. Por último, pueden afiliarse al SIS microempresas los trabajadores y empleadores de microempresas formalmente registrados en el REMYPE (y sus derechohabientes). En las zonas donde se implementa el AUS, los afiliados cuentan con las prestaciones establecidas en el PEAS.

Otra dimensión de las desigualdades que se producen en la cobertura efectiva se observa en los diferenciales en el gasto per cápita en salud, según la condición de aseguramiento: la población sin cobertura se beneficia de un gasto promedio en salud (público y de la seguridad social) cercano a S/. 228, los beneficiarios del SIS se benefician de un gasto promedio de S/. 272 y los beneficiarios de EsSalud, de un gasto del orden de S/. 947.

12. La fragmentación de coberturas también se manifiesta en el interior de EsSalud

EsSalud cuenta con diferentes seguros según la inserción laboral de los trabajadores. En primer lugar está el *seguro regular*, al cual se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que desarrollan sus tareas bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores. También son afiliados a este seguro los pensionistas que reciben pensión de cesantía, jubilación, por incapacidad y de supervivencia (viudez y orfandad), cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentren sujetos. El *seguro independiente* se

encuentra disponible para cualquier residente en el Perú (sin límite de edad), particularmente para trabajadores independientes (profesionales, técnicos, programadores, artesanos, comerciantes, transportistas, artistas), estudiantes, demás emprendedores y todas las personas independientes que deseen contar con un seguro en salud. Asimismo, cubre a los dependientes del titular (cónyuge o concubina/o, hijos menores de edad e hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo). Este seguro brinda la cobertura que señala el PEAS y más de 230 prestaciones que EsSalud ha adicionado. También existe un régimen de la seguridad social especial, denominado *seguro agrario*, que brinda prestaciones de salud, económicas y sociales a los trabajadores dependientes e independientes que desarrollen actividades de cultivo, crianza, avícola, agroindustrial o acuícola, con excepción de la industria forestal. En este seguro los afiliados titulares pueden afiliar a sus derechohabientes.

13. Se evidencian otros mecanismos de discriminación por ingresos en EsSalud

En EsSalud los asegurados pueden decidir trasladar la cuarta parte de su aporte a la EPS de su preferencia (es decir, 2,25 p.p. de su contribución), estando esta institución obligada a prestarles solamente la llamada “capa simple” (constituida por el conjunto de las intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad). En cambio, la “capa compleja” (o sea, el conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad) se mantiene bajo responsabilidad de EsSalud. La decisión de optar por una EPS se toma colectivamente en cada centro de trabajo y no, individualmente. Los trabajadores también pueden optar por mantener su atención de “capa simple” en EsSalud, entregando a este organismo la totalidad de su aporte. Adicionalmente, el seguro cuenta con un sistema de copagos. En el caso de los trabajadores independientes, existen copagos en algunas prestaciones ambulatorias, en hospitalización, en exámenes y procedimientos en EsSalud y también en instituciones prestadoras de servicios de salud privados. Debe considerarse con especial cuidado la existencia de este tipo de financiamiento, ya que si bien es un elemento de control de la demanda, también puede significar una barrera en el acceso a los servicios. Para evitar este último efecto no deseado, la Ley N° 27056 (de creación de EsSalud) estableció que los copagos no pueden superar (salvo consentimiento expreso del trabajador) el 2% del ingreso mensual del asegurado, por cada atención de carácter ambulatorio, ni el 10%, por cada hospitalización.

14. En el gobierno de EsSalud existe fragmentación

No existe una clara definición acerca de la ubicación de EsSalud en la estructura del Gobierno, lo que puede ir en detrimento de la modalidad de toma de decisiones. Este organismo está vinculado con varias instituciones del sector público de diferentes maneras. En primer lugar, depende orgánicamente del Ministerio de

Trabajo, dado que se trata de una entidad adscrita a esta institución. En segundo lugar, se articula con el MINSA, debido a que este es el organismo encargado de elaborar los lineamientos generales del sector Salud. Por último, EsSalud está bajo el control del Ministerio de Economía y Finanzas, ya que esta es la institución que autoriza su presupuesto, a través del FONAFE (Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado).

15. Como rasgo de un país desigual, el sistema ha desarrollado una gran fragmentación regional

Las heterogeneidades en las condiciones sociales, productivas y en algunos resultados sanitarios (como la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida), presentadas en este estudio, también se observan en los recursos del sistema sanitario. Se ha podido observar que los departamentos con mejores indicadores de desarrollo humano (los que, a la vez, concentran la mayor parte del valor agregado de producción y presentan mejores indicadores sociales entre su población) son los que tienen mayor nivel de cobertura del sistema contributivo (EsSalud) y los que poseen mayor nivel de gasto público per cápita. No obstante, también se observa una menor brecha en cuanto a los recursos humanos en salud cada 10 mil habitantes; mientras que en el grupo de mayor IDH, el ratio recursos humanos cada 10 mil habitantes es de 19,5, en el grupo de menor IDH, es de 17,7. Es notable, asimismo, que la infraestructura de salud (hospitales, centros de salud y puestos de salud) cada 10 mil habitantes es mayor en los departamentos de menor IDH. La distribución del gasto por departamento revela que un 44,8% se concentra en Lima, en tanto que el resto de las localidades tiene participaciones inferiores al 4,0%. Medido en términos per cápita, se manifiesta una desigual distribución por departamento de las erogaciones. La brecha entre el departamento con mayor gasto per cápita (Tumbes) y el de menor gasto per cápita es del 260%. Y si se consideran los cuatro departamentos con mayores recursos per cápita y los cuatro departamentos con menores recursos, la brecha es de 146%.

7.2. Quince desafíos y recomendaciones para alcanzar la cobertura universal, con especial referencia al papel de EsSalud

Luego de presentar los principales rasgos que definen al sistema de salud del Perú, ha llegado el turno de enumerar los desafíos más importantes que enfrenta el firme propósito de alcanzar la cobertura universal y aproximar un conjunto de recomendaciones sobre las reformas necesarias. Estas sugerencias se refieren al sistema de salud en general pero prestarán especial atención

al papel de EsSalud en cada uno de los aspectos analizados. Habiendo sido elaborado recientemente un estudio actuarial sobre esta institución, el listado que se desarrolla a continuación deberá ser considerado como complementario de aquel trabajo, razón por la cual no serán repetidas sus conclusiones.

Es conveniente comenzar esta reflexión haciendo una referencia a lo que se entiende por cobertura universal en salud. Siguiendo a la OMS, el concepto se refiere a que toda la población tenga acceso apropiado y a un costo asequible a prestaciones de salud vinculadas con la promoción, prevención, cura y rehabilitación. Así, la cobertura universal implica equidad de acceso y protección financiera (OMS, 2005). Para alcanzar este propósito, deberán ser removidos los obstáculos provenientes de:

- i) la disponibilidad de recursos,
- ii) el peso de los pagos directos (gastos de bolsillo),
- iii) el uso ineficiente y no equitativo de los recursos,
- iv) los problemas de acceso vinculados con las particularidades de cada territorio,
- v) y los problemas de acceso vinculados con factores culturales.

Como ya fuera señalado, no existe una única manera de alcanzar los objetivos que se proponen. En el Capítulo 6 se han ofrecido algunos ejemplos de países que han afrontado, con diferente suerte y orientación, importantes reformas. Esto significa que no es posible determinar cuál reforma ha sido la más exitosa y cuál es la más recomendable para el Perú. Cada caso tiene sus propias especificidades. En cambio, todas las reformas ofrecen enseñanzas y elementos que deben ser tomados en consideración.

En primer lugar, reformas del estilo de la de Brasil solo son posibles bajo situaciones fiscales más holgadas o bajo condiciones institucionales donde sea posible cambiar el destino de los recursos previamente orientados a financiar la seguridad social. En otras circunstancias, los países han debido combinar el uso de contribuciones sobre los salarios con recursos de rentas generales. Aun cuando esto pueda involucrar situaciones de cierta inequidad horizontal, suele ser el único camino posible en el corto plazo, si no se quiere incurrir en costos fiscales excesivos. También se ha visto que existen diferentes modalidades para avanzar en el aseguramiento de las personas. En los párrafos siguientes se hará mención a algunos casos específicos, cada vez que resulte conveniente.

El aseguramiento universal puede convertirse en un instrumento que permitiría avanzar en la cobertura universal para constituir un piso de protección social en salud. Este último estaría compuesto por las garantías de acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que conformaría la atención

de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, y que cumpla con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (OIT, 2012). La definición de este piso garantizado no debe ser considerada como permanente, sino motivo de constante evaluación y actualización, pues esta es la única manera de asegurar un sistema de cobertura creciente, equitativo y eficiente, que logre prevenir los efectos financieros de la judicialización del gasto en salud.

1. Aseguramiento universal

El desafío más importante que enfrenta el sistema de salud peruano es el logro de la cobertura universal. Dadas las características y trayectorias de este sistema, así como las experiencias de otros países que aquí han sido revisadas, parece que la manera más efectiva de lograrlo es mediante el aseguramiento universal. Como respuesta a las falencias del sector, en especial, debido a su fragmentación y segmentación, en 2009, el Congreso aprobó una ley de aseguramiento universal en salud, que ha contado con un fuerte consenso y con el apoyo político de diferentes sectores. Este debe ser considerado el desafío general del sistema de salud y los restantes, que a continuación serán enunciados, debieran ser considerados como desafíos específicos que se despliegan bajo el mismo paraguas de reformas. De esta manera, las reformas de EsSalud deben ser entendidas como parte de un proceso más amplio.

Los principios del aseguramiento universal en salud son: universalidad (para todos los residentes en el Perú), solidaridad (en el financiamiento), unidad (es decir, articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones), integralidad, equidad (proveer servicios de salud a toda la población peruana dando prioridad a la población más vulnerable), irreversibilidad (lo que significa que no se pierden derechos adquiridos previamente) y sistema participativo. Por otra parte, la Ley también define las siguientes características para el aseguramiento universal en salud: que sea obligatorio, progresivo, garantizado, regulado, descentralizado, portable, transparente y sostenible.

2. Definir con especial cuidado las medidas de transición

La reforma debe seguir un sendero de modificaciones que, sin perder de vista la meta final, no descuide el funcionamiento del sistema durante la transición. No existe un camino único para alcanzar el aseguramiento universal. Si bien se encuentran en proceso de diseño e implementación diversas iniciativas tendientes a mejorar la cobertura y resolver problemas estructurales del sistema, todavía queda un largo trecho de reformas por transitar hasta alcanzar los objetivos que se plantea la sociedad. Mirado como un sendero de reformas, la política de expansión de la cobertura, en un mercado donde existen grandes rentas

innovativas y asimetría informativa, deberá considerar permanentes replanteos de política, para poder adaptarse a un mundo cambiante y con demandas que se renuevan con el tiempo. No solo se trata de aceptar que no existe una solución única, sino, además, que esa solución debe ser flexible y en permanente revisión, como si se tratara de un “blanco móvil”. No debe minimizarse el hecho de que el funcionamiento del sistema durante los próximos años estará definido por el tipo de senda que se elija transitar. Es necesario considerar, en consecuencia, que muchas de las recomendaciones que se presentan a continuación corresponden a desafíos de la propia transición, durante la cual el papel de EsSalud será central para el funcionamiento futuro del sistema.

3. Reducir los gastos de bolsillo

Se trata de uno de los desafíos más claros para lograr un sistema más equitativo y eficiente, y debe ser considerado como consecuencia del cumplimiento de las restantes políticas de reforma, en especial, del mayor peso que se requiere para la participación del sector público y EsSalud.

4. Revisar la política de copagos

El sistema de salud peruano presenta una variedad de situaciones en las que se exige cierto copago a los beneficiarios de seguros, en particular, en el caso del seguro independiente de EsSalud. En la medida en que ello no afecte el acceso a los servicios y, más aún, que los copagos funcionen como reguladores de la demanda, tal medida será aceptable. No obstante, se deberá evaluar de manera periódica o ante la introducción de modificaciones en la política de copagos que no se desarrollen casos de exclusión de servicios como consecuencia de este tipo de pago y, en definitiva, se deberá sopesar su impacto sobre la equidad.

5. Mejorar la regulación del sector privado, en especial, del productor de medicamentos y aparatos de alta tecnología

Teniendo en cuenta la importancia de los gastos de bolsillo y la participación de la compra de medicamentos en el gasto privado, el Gobierno debe establecer una fuerte regulación sobre el sector. Ello incluye las condiciones de acceso y financiamiento de los planes privados y de las medicinas. En este caso, la compra centralizada por parte del Gobierno (en sus diferentes niveles) y de EsSalud constituye un paso necesario. Adicionalmente, identificando las dificultades de acceso a los medicamentos y a ciertos insumos con componente tecnológico, deberá expandirse la experiencia en materia de compras corporativas y evaluar alternativas de producción local o –evaluando problemas de escala– regional. En este sentido, deben mencionarse las propuestas actualmente en debate en el seno de la UNASUR (UNASUR, 2010).

6. Aumentar el financiamiento público para el sector

El aumento en la cobertura de seguros de salud en una economía como la peruana, con elevada participación del empleo informal y población sin posibilidad de acceso a una cobertura adecuada, requerirá de una fuerte inyección de financiamiento público. Este tipo de sendero de reforma determinará que se deba equiparar la cobertura de los sectores subsidiados mediante el financiamiento con rentas generales, con la correspondiente cobertura a EsSalud. Para ello, evidentemente, será necesario un incremento del gasto público en salud.

7. Incrementar los recursos tributarios

Difícilmente pueda lograrse mayor financiamiento público si no se incrementa la presión tributaria. Sin considerar los recursos provenientes de las contribuciones sobre la nómina para financiar la seguridad social, el total de tributos apenas alcanza el 15,0% del PIB, ubicándose entre los países de menor carga tributaria de la región. En consecuencia, un aumento del gasto en salud no parece que pueda ser resuelto con reasignaciones presupuestarias si no se cuenta con mayores recursos fiscales.

8. Mejorar la dotación de recursos humanos en el sector

La dotación de recursos humanos del sector tiene que ser funcional al proyecto sanitario que se desarrolla. De manera especial, tomando en cuenta las diferencias en las características del personal de EsSalud y de las restantes instituciones gubernamentales, se vuelve necesario optimizar recursos, mediante una mejor coordinación y articulación entre las instituciones. Por otra parte, si se consideran los recursos humanos calificados que emigran, una medida imprescindible consistirá en arbitrar los medios (en especial, mediante una política de incentivos) para que los recursos que requiere el sector permanezcan en el país.

9. Levantar restricciones en el acceso a los servicios

Las barreras en el acceso a los servicios de salud no solo provienen de los ingresos de los hogares. Se ha comprobado que también existen barreras culturales que deben ser removidas, en especial, en aquellas regiones de menor desarrollo relativo. En estos casos, las políticas de promoción y prevención de la salud son tal vez más importantes que la oferta de servicios curativos. Seguramente, la acción de organizaciones de la sociedad civil puede ser de fundamental importancia en esta problemática.

10. Desarrollar políticas para eliminar las brechas regionales

Se ha brindado abundante evidencia acerca de las diferencias de provisión y en los problemas de acceso, según las diversas regiones del país. Las políticas para enfrentar estos inconvenientes incluyen una variedad de acciones, que van desde el manejo compensador de las políticas del Gobierno central (tanto desde el punto de vista financiero, como organizacional y de los recursos humanos en general), hasta los esquemas de financiamiento de los gobiernos a cargo de los servicios descentralizados. En este caso, existe una variedad de instrumentos financieros que pueden mejorar los incentivos para optimizar la provisión de servicios en localidades con menor desarrollo relativo. El caso de las transferencias de fondos condicionadas constituye una alternativa que deberá ser estudiada.

11. Construir redes de atención

Más allá de la importancia que revisten las medidas de compensación regional señaladas en el párrafo anterior, no debe olvidarse que la construcción de un sistema eficiente que permita la mejor utilización de los recursos escasos consiste en el armado de redes de atención que no respondan unilateralmente a un ámbito local sino que permitan una vinculación efectiva entre los diferentes tipos de instituciones y niveles de gobierno. En este sentido, el papel de EsSalud es de especial importancia. Solo de esta manera se podrá reducir el despilfarro de recursos y las ineficiencias provenientes de la duplicación de coberturas.

12. Coordinar y posteriormente integrar las diferentes partes del sistema

Como ya pudo comprobarse, el sistema peruano, al igual que otros sistemas de la región, se caracteriza por su gran fragmentación y segmentación. A pesar de algunos intentos realizados para coordinar diferentes aspectos del sistema, sus partes continúan operando de manera autónoma y sin articulación. Además, existe poca integración horizontal entre los subsistemas, ya sea para la definición de sus obligaciones (conjunto de condiciones o servicios de salud asegurados) o para la producción de servicios. Cada sistema opera independientemente, con sus propias reglas y redes de proveedores, y atiende a poblaciones diferentes (Banco Mundial, 2011). Parece utópico pensar en una integración rápida de estos subsistemas aunque, sin duda, el camino de reformas incluye medidas que busquen la coordinación creciente entre las diferentes instituciones para facilitar la construcción paulatina de un sistema de salud más integrado. Con este propósito, una acción que aparece como prioritaria es el fortalecimiento del papel de la SUNASA, comenzando por la integración de los sistemas de información. En este desafío, como en otros anteriores, el papel que pueda desempeñar EsSalud será esencial.

13. Expandir la cobertura de seguros

Existen diferentes modalidades para avanzar en la expansión de la cobertura. En especial, teniendo en cuenta que las mayores dificultades se presentan en los sectores medios de la sociedad, donde abunda el empleo informal, deberá decidirse qué camino se desea recorrer. Entre ellos se encuentra la ampliación de la cobertura subsidiada a través del SIS, la contributiva voluntaria a través de EsSalud o una combinación de ambas. Conociendo las dificultades existentes para formalizar estos sectores de la economía y la experiencia de otros países de la región, debiera explorarse la posibilidad de incorporar un esquema tributario simplificado para atender a este conjunto de casos. Si así fuera, la experiencia argentina cobra especial relevancia, pues su caso es excepcional al incorporar como parte de ese esquema (Monotributo) el pago de una prima para acceder a un seguro mínimo de salud. Un esquema donde se decide una formalización *sui generis* de los trabajadores autónomos y de los pequeños establecimientos mediante un esquema tributario simplificado podría redundar en incrementos significativos de cobertura. No obstante, esta es una decisión que involucra básicamente a las áreas de Hacienda, ya que se trata de cambios importantes en la política tributaria y, además, la incorporación de una cuota que cubra el seguro de salud puede tener implícito algún tipo de subsidio cruzado que, eventualmente, deberá ser evaluado desde el punto de vista presupuestario.

14. Mejorar el diseño del gobierno del sector y de EsSalud en particular

Un sendero de reformas como el propuesto requiere una clara dirección del Ministerio de Salud, quien deberá diseñar una política general de Salud, que incluya la expansión de la cobertura, junto con la posterior coordinación e integración de los diferentes segmentos del sistema. Evidentemente, ello deberá ser realizado con el acompañamiento del resto de los sectores, pero sin competencia en las atribuciones correspondientes. La regulación y el control de las diferentes instituciones, en especial de EsSalud, no pueden quedar librados en una zona intermedia entre varias dependencias institucionales, ya que el gobierno del sector tiene que demostrar un claro liderazgo en el camino de las transformaciones.

15. Aprovechar el bono demográfico

Por último, se sabe y ha quedado demostrado que el Perú está cursando un período de transición demográfica caracterizado por la existencia del denominado “bono demográfico”, por tratarse de un período donde la proporción de población activa es creciente. Pero este fenómeno tiene una duración limitada y, por lo tanto, coloca cierta restricción temporal al período en el que sería deseable que se produzcan las mayores transformaciones, mientras se acercan períodos en los

que la tasa de dependencia será mayor y, en consecuencia, se verá reducida la posibilidad de conseguir mayor financiamiento.

7.3. Reflexión final

Se han presentado 15 rasgos estilizados y otros tantos desafíos para lograr la cobertura universal de salud en el Perú. Sin embargo, no puede dejar de hacerse una reflexión sobre aquellos factores que permanecen fuera de los límites de la política propia del sector pero que, dadas las características del país, pueden ser de igual o de mayor importancia. En efecto, no deben pasarse por alto las políticas para mejorar las condiciones socioeconómicas generales o, como se los suele denominar, los *determinantes sociales* de la salud. Estos determinantes apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen sobre la salud de la población como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios.

En síntesis, en relación con EsSalud, la estrategia para lograr la cobertura universal y equitativa requiere de una serie de adaptaciones. Algunas de ellas, las relacionadas con su propia organización, han sido objeto de estudio específico en el documento “Estudio financiero actuarial del Seguro Social en Salud”, del que este trabajo pretende ser un complemento ampliatorio.

Más allá de lo que allí fuera expresado, para concluir el presente informe debe resaltarse el papel que EsSalud ha desarrollado para lograr la cobertura universal, mediante el fortalecimiento de un conjunto de acciones tendientes a dar efectiva cobertura a los hogares de los trabajadores formales y de todos aquellos con capacidad contributiva. Solo de esta manera se podrá liberar espacio fiscal para que el Estado pueda subsidiar a los sectores con escasa capacidad de pago. Aquí se considera que con el objeto de ayudar en ese proceso, debiera evaluarse seriamente y de manera conjunta con las autoridades de los Ministerios de Salud y Hacienda la conveniencia de introducir algún esquema tributario especial para atender la situación de los pequeños contribuyentes y de los trabajadores informales que tienen capacidad de pago pero que se encuentran, hasta el momento, fuera de la economía formal. Si se decidiera incorporar afiliados con capacidad de pago inferior a la cápita promedio del seguro, deberán evaluarse soluciones financieras para no afectar su sostenibilidad de largo plazo.

También resulta imperioso lograr que la cobertura que EsSalud brinda a sus afiliados no requiera pagos de bolsillo. Ello sin dejar de reconocer que la política de coseguros puede ser, en situaciones específicas, una ayuda para moderar la demanda y hacer más eficiente la gestión. Sin embargo, cuando ello ocurra,

las autoridades de EsSalud deberán tener especial cuidado en evitar efectos no deseados sobre la cobertura. Ligado a este tema, sería deseable que EsSalud pudiera evaluar alternativas para fortalecer su presencia en la “capa simple” de prestaciones y acciones preventivas, implementando la acción de médicos de familia y convenios con gobiernos regionales. En el largo plazo, esta medida permitirá superar el tradicional conflicto entre la cultura de la seguridad social y la cultura de la prevención, y mejorará la eficiencia y equidad del sistema en su conjunto.

Por otra parte, si bien los problemas de desequilibrios regionales que presenta el Perú exceden el ámbito de influencia del seguro de salud, debe evitarse que la presencia de EsSalud en los territorios agrave las diferencias entre las regiones de diferente desarrollo relativo y, por el contrario, que pueda servir para reducir disparidades.

En el camino hacia la cobertura universal, EsSalud tendrá que profundizar sus lazos hasta integrarse con las restantes modalidades de provisión pública de salud. Con este fin, habrá que profundizar los mecanismos de coordinación e intercambio de prestaciones. Actualmente, resulta impostergable que la política de compras de medicamentos, tecnología y contratación de servicios por parte de EsSalud sea coordinada con el Ministerio de Salud, para servir como empresa testigo y colaborar en la regulación del sector privado. Por otra parte, de manera paulatina, EsSalud deberá participar en la construcción de redes de atención pública.

Por último, se insiste en la cualidad de “blanco móvil” que posee actualmente el sector Salud, por lo tanto, cada estrategia deberá ser revisada de manera permanente si se quiere alcanzar una verdadera cobertura universal y equitativa. Con este propósito, será necesario implementar estudios complementarios que permitan mejorar y dar seguimiento a los aspectos específicos de la organización del sistema en su totalidad y también de EsSalud. Ya se ha mencionado la necesidad de evaluar la política de medicamentos e insumos de alto componente tecnológico (incorporando la posibilidad de producción pública nacional o regional); la realización de encuestas y estudios de los factores de riesgo; el funcionamiento de fondo para enfermedades catastróficas; la articulación de programas de promoción y prevención de la salud y otras iniciativas para evitar la sobreutilización de los servicios de salud, y, en general, la necesidad de revisar los modelos prestacionales, entre otras muchas cuestiones a ser monitoreadas de manera permanente. Sin duda, la transición será extensa y no ajena a replanteos, sobre todo, cada vez que los cambios en el entorno macroeconómico o el mercado lo demanden. Pero lo cierto es que jamás deberá perderse de vista durante el proceso el objetivo final buscado.

8. Anexo de reuniones realizadas

A. Video conferencia Lima-Buenos Aires para coordinar puesta en marcha del estudio

Viernes 20 de julio de 2012

Dra. Sylvia Cáceres, exSecretaria General de EsSalud

Lic. Rubén Cabello, Jefe de la Oficina de Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento de EsSalud

Dr. Rino García, exGerente Central de Prestaciones de Salud

B. Reuniones en la ciudad de Lima durante el mes de agosto de 2012

1) EsSalud

Lunes 27 de agosto de 2012

Dr. Álvaro Vidal, exPresidente Ejecutivo

Dr. Rino García, exGerente Central de Prestaciones de Salud

Lic. Hernán Peña, exGerente Central de Aseguramiento

Lic. Rubén Cabello, Jefe de la Oficina de Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento de EsSalud

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE)

Dr. José Villena, exMinistro de Trabajo y Promoción del Empleo

Dra. Sylvia Cáceres, Viceministra de Trabajo

Dr. Edgar Quispe, Viceministro de Promoción del Empleo y Capacitación Laboral

2) Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT)

Martes 28 de agosto de 2012

Juan Carlos Granda, Jefe de la Oficina Técnica de los Recursos de la Seguridad Social

Karina Gutiérrez, Intendencia Nacional de Cumplimiento Tributario

Milagros Guimaraes, Intendencia Nacional de Cumplimiento Tributario

3) Ministerio de Salud (MINSa)

Miércoles 29 de agosto de 2012

Lic. Midori De Habich, Ministra de Salud

Dra. María Paulina Giusti, Jefa de Gabinete de Asesores
Dr. Pedro Grillo, Jefe del Seguro Integral de Salud (SIS)

Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA)

Lic. César Rázuri, exIntendente de Regulación, Autorización y Registro
Henry Maquera, exIntendente de Supervisión de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud

C. Video conferencia Lima-Buenos Aires para la presentación del estudio complementario

Viernes 20 de noviembre de 2012

Ing. Ramón Huapaya Raygada, Gerente General de EsSalud
Dr. Víctor Dongo, Jefe de la Oficina de Coordinación Técnica de la Presidencia Ejecutiva de EsSalud
Dr. Manuel Cornejo, Gerente Central de Aseguramiento de EsSalud
Lic. Rubén Cabello, Jefe de la Oficina de Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento de EsSalud
Lic. Bertha Díaz, Gerente de Plataforma de Aseguramiento de la Gerencia Central de Aseguramiento de EsSalud
Dr. Carlos Alcántara, Gerente Central de Prestaciones de Salud de EsSalud
Lic. Vilma Scarse, Jefe de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo de EsSalud
Dra. Isabel Chaw, Asesora de la Presidencia Ejecutiva de EsSalud

9. Referencias bibliográficas

Abusada Salah, R. y C. Pastor Vargas (2008), “Migración en el Perú”, Instituto Peruano de Economía, Lima.

Alcalde-Rabanal, J.; O. Lazo-González y G. Nigenda (2011), “Sistema de salud de Perú”, en *Salud Pública de México*, Vol. N° 53, Suplemento 2, pp. 243-254.

Aran, D. y H. Laca (2011), “Sistema de salud de Uruguay”, en *Salud Pública de México*, N° 53, supl. 2, pp. 265-274.

Arce, M. (2009), “Implementación del aseguramiento universal en salud en regiones piloto del Perú”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 26, N° 2, pp. 218-221.

Banco Mundial (2010), *El mercado laboral peruano durante el auge y caída*, Banco Mundial, Washington D.C.

Banco Mundial (2011), “Mejorando los resultados de salud mediante el fortalecimiento de los derechos de los usuarios y de la gestión del sector público”, Informe N° 59218 - PE Unidad de Gestión del Sector de Desarrollo Humano, Unidad de Gestión de Países Andinos, Región de América Latina y el Caribe, Banco Mundial.

Bastías, G. y G. Valdivia (2007), “Reforma de salud en Chile. El Plan AUGE o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES): su origen y evolución”, Universidad Católica de Chile, Santiago.

Bertranou, F. (coord.) (2009), *Trabajadores independientes y protección social en América Latina*, Oficina Internacional del Trabajo, Santiago de Chile.

Carrin, G. y C. James (2003), “Determinants of achieving universal coverage of health care: an empirical analysis”, en M. Audibert, J. Mathonnat y E. De Roodenbeke (eds.), *Financement de la santé dans les pays d’Afrique et d’Asie a faible revenu*, París.

Carrin, G. y C. James (2004), “Evaluating social health insurance: key designing features in the transitions period”, Health Financing Policy Issue Paper, OMS, Ginebra.

Carrin, G. y C. James (2005), "Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage", en *International Social Security Review*, Vol. 58, N° 1, pp. 45-64.

Casalí, P. y H. Pena (2012), *Los trabajadores independientes y la seguridad social en el Perú*, Oficina Internacional del Trabajo, Lima.

Casalí, P. (coord.) (2012), *Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)*, Oficina Internacional del Trabajo, Lima.

CEPAL (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, CEPAL, Santiago de Chile.

CEPLAN (2011), *Evolución socioeconómica del Perú 1990-2010*, Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, Lima.

Durán Valverde, F. (2005), "Estudio financiero-actuarial y de la gestión de EsSalud: análisis y recomendaciones técnicas", Oficina Internacional del Trabajo, Lima.

Gómez Sabaini, J. C.; O. Cetrángolo y P. Velasco (2012), "Los caminos alternativos elegidos para aumentar el nivel de carga tributaria en los países de la región", mimeo. BID, Washington D.C.

Guerrero, R.; A. Gallego; V. Becerril-Montekio y J. Vásquez (2011), "Sistema de salud de Colombia", en *Salud Pública de México*, N° 53, supl. 2, pp. 144-155.

INEI (2010), "Perú: Situación y Perspectivas de la Mortalidad por Sexo y Grupos de Edad, Nacional y por departamentos, 1990-2025", Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.

INEI (2012), "Condiciones de vida en el Perú", Instituto Nacional de Estadística e Informática, Boletín N° 2, Lima, junio.

INEI (2012b), "Evolución de la pobreza en el Perú al 2011", Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima, mayo.

Infante, A. y G. Paraje (2010), "La reforma de salud en Chile", Documento de trabajo N° 4, PNUD. Santiago de Chile.

Lip, C. y F. Rocabado (2005), "Determinantes sociales de la salud en Perú", Ministerio de Salud - Universidad Norbert Wiener - Organización Panamericana de la Salud, Lima.

MEF (2009), “Presupuesto evaluado: Seguro Integral de Salud”, Ministerio de Economía y Finanzas, Lima.

Mesa Lago, C. (2005), *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*, Documento de Proyectos N° 63, CEPAL, Santiago de Chile.

MINSA (2005), “Política tarifaria”, Comité Técnico de Tarifas, Ministerio de Salud, Lima.

MINSA (2006), “Lineamientos de política tarifaria en el sector salud”, Comité Técnico de Tarifas, Ministerio de Salud, Lima.

MINSA (2008), “Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2005”, Ministerio de Salud, Lima.

MINSA (2008b), “Cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones”, Ministerio de Salud, Lima.

MINSA (2010), “Análisis de la situación de salud del Perú”, Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud, Lima.

OIT (2001), *Seguro social de salud*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.

OIT (2011a), *Pisos de protección social para la justicia social y una globalización equitativa*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.

OIT (2011b), *Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.

OIT (2011c), *Social protection floor for a fair and inclusive globalization*, Report of the Social protection Floor Advisory Group, Ginebra.

OIT (2012), “Avances en la consolidación de la protección social en Argentina”, Notas OIT - Trabajo Decente en Argentina, Oficina Internacional del Trabajo, Buenos Aires.

OMS (2000), *Informe sobre la salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2005), “Achieving universal health coverage: developing the health financing system”, Policy Brief N° 1/2005, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2010), *La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OPS (2009), “Perfil de sistemas de salud de la República Oriental del Uruguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

OPS (2012), “Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú”, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

Ramos, M., y R. Choque (2007), “La educación como determinante social de la salud en el Perú”, en *Cuadernos de Promoción de la Salud* N° 17, Organización Panamericana de la Salud, Lima.

SSA (2012), “Social security programs throughout the world: The Americas, 2011”, Social Security Administration, Washington D.C.

SUNASA (2011), Boletín estadístico. Cuarto trimestre de 2011. Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, Lima.

Ugarte Ubilluz, O. (2008), “Aseguramiento universal en salud en el Perú”, presentación del Ministro de Salud, Dr. Oscar Ugarte Ubilluz, Lima.

Ugarte, M. y C. Arguedas (2007), “Modelo de descentralización en salud para el nivel local”, AbtAssociatesInc y USAID, Lima.

UNASUR (2010), “Plan Quinquenal 2010-2015”, Consejo de Salud Suramericano, UNASUR SALUD.

USAID (2009), “Financiamiento del aseguramiento universal en salud: experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú”, Agencia de los EE.UU para el Desarrollo Internacional en el Perú, Lima.

USAID (2011), “La convergencia hacia la cobertura universal. Cambios en el desempeño del sistema de financiamiento de la salud en el Perú: 2000-2009”, Agencia de los EE.UU para el Desarrollo Internacional en el Perú, Lima.

USAID (2011b), “El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. Fundamentos conceptuales y metodológicos”, Agencia de los EE.UU para el Desarrollo Internacional en el Perú, Lima.

USAID (2011c), “La convergencia hacia la cobertura universal. El espacio fiscal en salud en el Perú”, Agencia de los EE.UU para el Desarrollo Internacional en el Perú, Lima.

Wilson, L.; A. Velásquez y C. Ponce (2009), “La Ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, N° 26(2), pp. 207-217.

SE TERMINÓ DE IMPRIMIR EN LOS TALLERES GRÁFICOS DE

TAREA ASOCIACIÓN GRÁFICA EDUCATIVA

PASAJE MARÍA AUXILIADORA 156 - BREÑA

CORREO E.: tareagrafica@tareagrafica.com

PÁGINA WEB: www.tareagrafica.com

TELÉF. 332-3229 FAX: 424-1582

MAYO 2013 LIMA - PERÚ

ISBN: 978-92-2-327525-9



9 789223 275259