

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



El papel del Seguro Integral de Salud (SIS) como determinante del acceso a los servicios de salud por parte de sus afiliados

Trabajo de investigación para obtener el grado académico de Bachillera en Ciencias Sociales con mención en Economía presentado por:

Talanca Luna, Rossy Ofelia

Asesor:

León Jara Almonte, Juan Jesús Martín

Lima, 2022

## Informe de Similitud

Yo, León Jara Almonte, Juan Jesús Martín, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) del Trabajo de Investigación de Bachillerato titulado El papel del Seguro Integral de Salud (SIS) como determinante del acceso a los servicios de salud por parte de sus afiliados del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Talanca Luna, Rossy Ofelia dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 20 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 30/05/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y el Trabajo de Investigación de Bachillerato, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

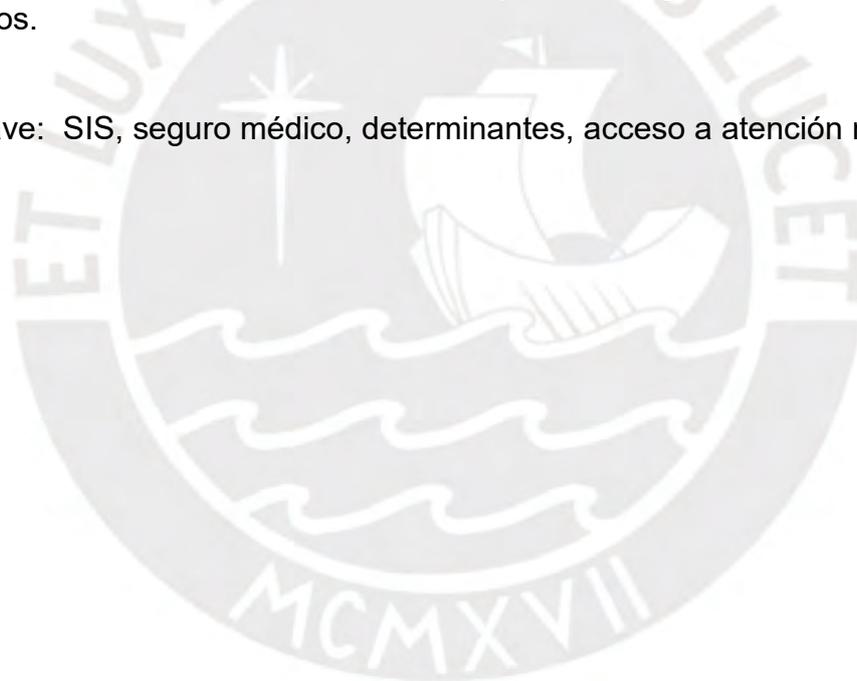
Lugar y fecha: Lima, 31 de mayo del 2024

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>León Jara Almonte, Juan Jesús Martín</u>	
DNI: 10548854	Firma 
ORCID: 0000-0003-3068-6720	

## Resumen

El Estado implementó el Seguro Integral de Salud (SIS), con el fin de alcanzar la cobertura universal de salud. Este seguro público, destinado a la población más vulnerable, cubre los costos asociados a la atención médica. Sin embargo, el acelerado crecimiento de afiliados a este seguro no ha estado acompañado de una expansión similar en la oferta de servicios de salud. Esta situación podría originar que estar asegurado en el SIS no garantice el acceso a atención médica. Ante esta situación, la presente investigación realiza una revisión de literatura, tanto teórica como empírica, sobre los determinantes del acceso a servicios de salud, haciendo un especial énfasis en el rol de los seguros médicos públicos. Además, se presentan los hechos estilizados que permitan dimensionar la problemática antes mencionada en el país. El trabajo encuentra que, si bien el factor económico es un determinante importante para el acceso, existen otros factores relevantes que deben ser considerados, entre ellos, las características de la oferta de servicios médicos. Sumado a esto, no se encuentran investigaciones que estudien la relevancia del SIS como determinante del acceso luego de la expansión de asegurados. La investigación concluye considerando que resulta fundamental realizar una investigación que analice si el SIS está siendo una herramienta efectiva para conseguir la atención médica de más peruanos.

Palabras clave: SIS, seguro médico, determinantes, acceso a atención médica.



## Índice de contenidos

Introducción.....	1
1. Revisión de literatura teórica.....	4
1.1. Modelo de demanda de salud, mercado de servicios de salud y seguro médico.....	4
1.2. Acceso a servicios de salud y sus determinantes.....	7
2. Revisión de literatura empírica.....	10
2.1. Internacional.....	10
2.2. Nacional.....	13
3. Hechos estilizados.....	18
Conclusiones.....	21
Referencias bibliográficas.....	23
Anexo.....	28
Anexo A: Tablas.....	28
Anexo B: Figuras.....	29



## Introducción

La salud, sin lugar a dudas, es un elemento vital en la vida de todas las personas. Según la definición planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2014, p.1). Si bien esta es una definición bastante amplia, uno de los ejes principales a través del cual se puede influir en el estado de salud de la población es a través de los servicios de salud que tienen a su disposición.

Es por ello que, en los últimos años, en numerosos países (entre ellos Perú), ha surgido la discusión sobre el aseguramiento universal en salud (UHC por sus cifras en inglés). Este concepto implica, según la OMS, que “todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin sufrir dificultades financieras” (2018). Si bien el concepto puede parecer muy abstracto, la OMS también propone una herramienta concreta que permite su evaluación: “el cubo de la cobertura universal”. Este cubo representa tres dimensiones de la cobertura (la población, los servicios y los costos compartidos) y el objetivo final es “llenar” el cubo por completo (Cotlear et al.,2015) (Figura 1).

En este contexto, uno de los ejes que más ha sido reforzado por el Estado peruano en los últimos años es el de población. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2020), el porcentaje de la población asegurada a algún tipo de seguro aumentó de una forma impresionante en los últimos años: de un 27% en el 2004 al 77% el 2019. En este proceso, la principal herramienta utilizada ha sido el Seguro Integral de Salud (SIS). Beteta y Elorreaga (2020a) señalan que el SIS, seguro que subsidia mediante fondos públicos la atención médica, es el principal asegurador del país. Entonces, el gran avance en afiliación es explicado por la Ley de Aseguramiento Universal promulgada el 2009, con la cual se busca extender la cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), a través del SIS, a toda la población vulnerable, y luego a toda la población no asegurada (Banco Mundial, 2021). El hecho de ampliar significativamente la población objetivo del SIS fue reafirmado por el ex presidente Martín Vizcarra en su Mensaje a la Nación por Fiestas Patrias el 2019:

“La salud es un derecho humano y tenemos la obligación de garantizar su servicio. A 10 años de la promulgación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, tenemos casi 4 millones de personas sin ningún tipo de cobertura de salud. Mi gobierno ha dispuesto el “Acceso Universal en Salud”, para todos los peruanos y peruanas. Para ello, el Seguro Integral de Salud afiliará, independientemente de la condición socioeconómica, a toda persona que no cuente con seguro de salud con la finalidad de garantizar el derecho humano a la salud. En los próximos días alcanzaré el proyecto de Ley al Congreso de la República. ¡Al Bicentenario, todos tendremos acceso universal en salud!” (Vizcarra, 2019, p. 2).

Esta iniciativa parecería ser la más adecuada para continuar “llenando” el cubo y avanzar hacia la cobertura universal de la salud, pues asegura a una mayor cantidad de personas al SIS. Sin embargo, no se consideró otro elemento fundamental para extender la cobertura a más peruanos: una ampliación en la oferta de servicios de salud.

En este sentido, la lógica económica indica que, ante un aumento en la cantidad demandada y ningún cambio en la cantidad ofertada, se generará un exceso de demanda (Varian, 2010). Esto conducirá a que solo una parte de los demandantes pueda acceder a los bienes, mientras que otro sector no. Existe evidencia de que esto es lo que estaría sucediendo en el mercado de servicios de salud ofrecidos por el SIS. Mientras el 2004, el 51% de las desatenciones estaban relacionadas a barreras en el acceso a servicios médicos estaban relacionadas a problemas financieros, el 2019, el 81% de desatenciones se debieron a barreras relacionadas con las disponibilidad y calidad del servicio (Banco Mundial, 2021). Asimismo, Beteta y Elorriaga (2020a) resaltan la existencia de datos recientes que sugieren que, durante este aumento sostenido de asegurados al SIS, disminuyó el acceso promedio a servicios de salud y, con eso, el efecto protector del SIS también disminuyó.

A la luz de lo anterior, el presente estudio de investigación tiene un objetivo doble. Por un lado, tiene como objetivo analizar si es que estar asegurado al SIS contribuye a garantizar el acceso a los servicios de salud a sus asegurados. Esto porque, tal como ha sido mencionado en párrafos anteriores, puede que, ante el elevado aumento de asegurados durante los últimos años sin que haya habido cambios significativos en la oferta del servicio de salud público, el SIS haya dejado de

ser una herramienta efectiva para posibilitar el acceso al sistema de salud a los asegurados.

Por otro lado, también se buscará identificar cuáles son los determinantes del acceso a la atención médica por parte de los afiliados al SIS. Tal como se ha señalado con anterioridad, el SIS fue creado con el objetivo de atender a la población más vulnerable, aunque luego fue ampliado a toda aquella población que no contaba con un seguro médico. Ante esta situación, cabe preguntarse si es que realmente era solo la barrera financiera (que se supone que ya debería haber sido eliminada con la afiliación al SIS) la que estaba dificultando que esta población acceda a los servicios de salud o si existen otros factores relevantes que están limitando este acceso.

Esta investigación es de interés social porque solo identificando cuáles son los determinantes que actualmente rigen sobre el acceso a servicios de salud en el caso peruano se podrán formular las políticas públicas necesarias para garantizar que este acceso sea mayor. Además, se podrá tomar conciencia sobre qué cambios (en caso se identifique que sea así) necesitan ser realizados sobre el SIS para que vuelva a ser una herramienta que acerque los servicios de salud a toda su población afiliada.

Además, esta investigación es de relevancia académica porque, tal como se detallará con mayor profundidad en la sección de literatura empírica, ninguna investigación reciente ha evaluado el papel del SIS como un determinante que contribuye a facilitar el acceso a la población al sistema de salud. Por un lado, la evidencia que utiliza métodos econométricos y generan evidencia cuantitativa más precisa han sido realizadas antes de que se produzca la expansión más grande de asegurados al SIS (que tiene como punto cumbre la universalización total del seguro el 2019), mientras que la evidencia más reciente solo ha sido realizada de manera descriptiva.

## **1. Revisión de literatura teórica**

### **1.1. Modelo de demanda de salud, mercado de servicios de salud y seguro médico**

El concepto de salud es bastante complejo, por las múltiples dimensiones que abarca. Es por ello que intentar plasmar su funcionamiento dentro de una teoría que pueda abarcar de la mejor forma posible todo lo que implica el término ha sido un proceso complejo. Actualmente, el enfoque más aceptado y utilizado dentro de la economía de la salud es el planteado por Grossman (1972a; 1972b). Este modelo plantea a la salud como un bien de capital y de consumo. Por un lado, al ser un bien de capital duradero, no se deprecia de forma instantánea, así como proporciona utilidad de manera directa. Por otro lado, como un bien de consumo, puede combinarse con el activo tiempo para generar ganancias monetarias. Es por ello, señala el autor, que los seres humanos demandan salud: si su stock de salud aumenta o disminuye, esto afectará su productividad.

Por lo tanto, dentro del marco neoclásico en el que Grossman desarrolla su modelo, plantea que los individuos racionales demandarán el estado de salud que les genere mayor utilidad. Además, cada individuo hereda un stock inicial de salud que se deprecia con la edad o puede incrementar mediante inversiones en salud (como cuidados médicos). Este modelo toma al tiempo de vida como un factor endógeno, es decir, que el agente decidirá cuánto tiempo vivirá. Otra característica importante resaltada por Grossman es que los individuos no son pasivos en el consumo de salud, al contrario, son productores activos, pues destinan tiempo y dinero a la producción de este bien. De acuerdo a Mushkin (1962), los individuos podrán mejorar sus condiciones socioeconómicas mediante inversiones en salud, las cuales le permitirán aumentar su producción y seguir generando una mayor productividad con el paso de los años. Por lo tanto, las personas demandan servicios de salud debido a que este es un insumo que les permitirá poseer un estado óptimo de salud.

El mercado de servicios de salud posee sus propias particularidades. Por ejemplo, a diferencia de la demanda de otros bienes y servicios, la demanda por cuidados médicos es irregular e imprevisible (Cortez, 2002). Es importante recalcar que, si bien idealmente debería existir una demanda constante de servicios de salud conformada por revisiones médicas periódicas y preventivas, la realidad es que la demanda de servicios médicos surge cuando se padece un malestar, lo cual surge de

manera imprevista en la gran mayoría de casos. En este sentido, los servicios médicos, a excepción de los preventivos, solo generan satisfacción en caso se produzca una enfermedad, es decir, una desviación de la situación normal (Arrow, 1963). Por lo tanto, afirma Cortez, “los servicios de la salud brindan satisfacción cuando el usuario percibe la solución de la enfermedad o dolencia” (2002, p. 27).

Otra característica resaltante de este mercado es la naturaleza del bien. Arrow (1963) destaca que la asistencia médica es un bien en el que el producto y la actividad de producción son idénticos, por lo que el individuo no puede probar el producto antes de consumirlo. Esto supone que debe existir un fuerte componente de confianza entre el ofertante y el demandante de servicios de salud.

Existe abundante literatura sobre los determinantes de la demanda en salud. Autores como el mismo Grossman (1972a), Gertler y van der Gaag (1990) y Cortez (2002) coinciden en que tanto la educación de las personas y el nivel de ingreso tienen un efecto positivo sobre la demanda de atención médica. Asimismo, Gertler y van der Gaag (1990) consideran fundamental que en el precio de la atención médica también se deben incluir los costos de transporte y de oportunidad, pues solo con esta inclusión será posible calcular las potenciales pérdidas de bienestar a la que pueden estar expuestos los usuarios, incluso si la tarifa a pagar sea cero (lo cual se produciría cuando el paciente está asegurado a un seguro médico que cubra los costos). Por su lado, Cortez también agrega como determinantes asociados a la demanda de salud “los costos de traslado y espera en los establecimientos, la posesión de un seguro de salud, entre otros” (2001, p. 27).

Debido a la alta incertidumbre generada tanto por no saber con exactitud en qué momento se requerirá la atención médica, así como la que produce el no conocer la calidad del producto que se consumirá al momento de necesitarlo, surge la herramienta del seguro médico. Dada la naturaleza aleatoria de la enfermedad, Phelps (1997) plantea que una persona adversa al riesgo estará dispuesta a pagar una prima a las compañías aseguradoras con el objetivo de minimizar las pérdidas que pueden sufrir ante un shock negativo en su salud. Tal como lo señala la teoría microeconómica, se pueden identificar a 3 agentes frente al riesgo: amantes al riesgo, neutrales al riesgo y adversos al riesgo. Es el agente adverso al riesgo es que estará dispuesto a destinar cierta cantidad de dinero para evitar la incertidumbre (Nicholson,

1997). Esto indicaría que son los individuos adversos al riesgo los que se afilian a un seguro de salud, mientras que los otros agentes no lo hacen.

Sin embargo, es importante considerar que la capacidad adquisitiva del individuo puede ser la verdadera causa por la que opta por no afiliarse a un seguro, considerando especialmente lo ya mencionado en párrafos anteriores: los ingresos son un determinante de la demanda de atención de salud. La OMS (2000) considera que, dado que el valor de la prima está ajustada al riesgo de las personas, las personas más enfermas, que generalmente son aquellas con menos ingresos, deberán enfrentarse a primas más costosas. Asimismo, también resalta que los hogares de bajos recursos no podrán adquirir pólizas integrales, debido a que les resultaría muy costoso.

Esta situación, tal como se puede apreciar, contribuye a generar una mayor desigualdad entre aquellos que pueden satisfacer su demanda de servicios de salud y quienes no. En el caso de producirse un shock negativo en salud, aquellos que no poseen un seguro resultarán más perjudicados en su bienestar, pues no contarán con una protección que les permita acceder al servicio de atención médica requerida a un menor costo. Al contrario, deberán enfrentar los costos de forma directa en el momento aleatorio en el que se produzca este shock, por lo que dependerá en gran medida de si cuenta o no con los recursos monetarios necesarios para atender su dolencia, si podrá recuperar su salud en un corto o largo periodo. Asimismo, siguiendo el modelo planteado por Grossman, tanto su salud como bien de consumo directo resultará claramente perjudicada, así como ya no podrán combinar su activo de salud con el activo tiempo para generar ganancias monetarias que cubran sus otras necesidades.

Es por ello que una de las estrategias más usadas por los gobiernos son los seguros públicos. La teoría sugiere, planeta Parodi (2005), que son instrumentos muy útiles en situaciones en las que los costos económicos de los servicios de salud constituyen una importante barrera al acceso, pues esta herramienta dirige recursos hacia los sectores más pobres, induciendo mejoras en la equidad.

Por último, es importante resaltar que esta intervención por parte de los gobiernos no implica que dentro de un país se genere una dicotomía entre seguro público con los gastos completamente asumidos por el Estado, en contraposición a

un seguro privado en el que todos los gastos son asumidos por las personas. En la mayoría de casos, tal como se abordará con ejemplos más concretos en la sección de revisión de literatura empírica, existe una variedad de sistemas de seguros con diferentes fuentes de financiamiento (cierto porcentaje subvencionado por el Estado y otro asumido por el individuo), así como la población objetivo que el Estado define como elegible para acceder a este.

## **1.2. Acceso a servicios de salud y sus determinantes**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define al acceso universal a la salud como:

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (la “salud universal”) implican que todas las personas y comunidades puedan acceder, sin discriminación alguna, a servicios, medicamentos y otras tecnologías sanitarias que sean integrales, adecuados, oportunos y de buena calidad, sin que ello les suponga dificultades financieras (2022, p.1).

Esto implica, agrega la misma entidad, no solo que “todas las personas dispongan de cobertura, sino que también disfruten de acceso efectivo a los servicios cuando lo necesiten y dondequiera que estén” (2022, p.1). Lo anterior destaca la importancia del acceso efectivo a servicios de salud como instrumento fundamental para que todas las personas tengan un verdadero acceso universal a la salud.

Al respecto, numerosos autores han intentado definir este concepto, así como han propuesto alternativas de medición o cuáles son los posibles determinantes de este acceso. Por un lado, Donabedian (1972), considera que el acceso debe ser considerado como el uso del servicio, y no solo como la presencia de una determinada instalación. En este sentido, el acceso debe ser entendido como el nivel de uso en relación con la necesidad. El autor también destaca que las posibles barreras al acceso a los servicios de salud no solo se limitan al ámbito financiero, sino también a barreras psicológicas, informativas, sociales, organizativas, espaciales, temporales, entre otras.

Años después, Aday y Andersen (1974) propusieron un marco base para estudiar el acceso a servicios de salud con una perspectiva mucho más amplia. Desde el punto de vista de los autores, el acceso a servicios de salud tendría que estar conceptualizado como un proceso que inicia desde los objetivos de política sanitaria, y pasar por las características tanto del sistema de atención médica como de la

población objetivo, hasta el resultado/producto final esperado: la utilización real de estos servicios y la satisfacción del paciente con ellos. De esta forma, plantean los autores, se podrá identificar los factores que inhiben o facilitan el acceso al sistema de salud. Por lo tanto, los indicadores más adecuados para medir el acceso son los indicadores de proceso (aquellos que reflejan las características del sistema de servicios de salud y de la población que los utiliza) y de resultados (utilización y satisfacción con el servicio).

Años después, Penchasky y Thomas (1981) definieron a acceso como un concepto que reúne un conjunto de sub áreas específicas de ajuste entre el paciente y el sistema de salud. Estas sub áreas son cinco (disponibilidad, accesibilidad, adaptación, asequibilidad y aceptabilidad) y determinan el grado de "ajuste" entre el paciente y el sistema. Por un lado, la disponibilidad se define como la relación entre lo que el sistema tiene para ofertar (tanto a nivel de personal, de instalaciones y de servicios especializados) y lo que demanda la población. La accesibilidad hace referencia a la relación entre la ubicación del servicio y el paciente. La adaptación implica la forma cómo se organiza el servicio para atender a los usuarios: sistema de citas, horario de atención, etc., así como si los pacientes perciben estos sistemas como los más adecuados para sus necesidades. La asequibilidad se define como la relación entre los precios de los servicios o los requisitos del seguro con la capacidad de pago y el aseguramiento de los pacientes. Por último, la aceptabilidad considera la relación entre la actitud de los pacientes ante determinadas características (como edad, sexo o grupo étnico) de los proveedores del servicio, y viceversa.

Una división similar es realizada por Gulliford et al.(2002), quienes proponen 4 dimensiones de acceso a servicios de salud: disponibilidad de servicios (oferta adecuada de servicios disponibles cuando se les requiera), barreras personales (que las personas reconozcan y acepten que necesitan acudir al servicio médico, lo cual puede estar marcado por experiencias previas en el sistema), barreras financieras (los costos que deberá asumir el paciente al acceder al sistema y al tratamiento que requiera) y barreras organizacionales (si las formas cómo se organiza el sistema respecto a la programación de citas o a la derivación a otros centros pueden dificultar el acceso del paciente a los servicios que necesita).

Sánchez (2017), mediante una revisión de bibliografía teórica sobre las dimensiones propuestas por diferentes autores sobre las dimensiones de la accesibilidad a los sistemas de salud. Divide sus hallazgos en cinco grupos: económicos, sociodemográficos, geográficos, seguridad y organizacionales. Esta clasificación ha sido enriquecida con la información presentada en esta sección y ha sido plasmada en la Tabla 1.



## **2. Revisión de literatura empírica**

### **2.1. Internacional**

Existen diversos trabajos acerca de los determinantes del acceso a servicios médicos en varios países. Los trabajos de Ensor y Cooper (2004) y Santoyo y Arredondo (2020) destacan por la perspectiva global abordada en sus respectivas investigaciones, pues realizan una revisión sistemática de literatura empírica sobre los determinantes del acceso a servicios de salud.

El trabajo de Ensor y Cooper (2004) realiza una revisión de literatura empírica tanto de países desarrollados como de países en desarrollo sobre esta temática. Los autores agrupan los determinantes más frecuentes en dos grandes grupos: barreras de demanda y barreras de oferta. Los autores concluyen que las barreras de demanda pueden ser tan decisivas como las de oferta para dificultar el acceso de los pacientes a los servicios de salud. Dentro de las barreras de demanda, los autores incluyen factores individuales (sexo, edad, ingresos, educación y conocimiento sobre la necesidad del tratamiento) y factores sociales (influencias culturales, religiosas y otros factores sociales que puedan afectar el comportamiento individual). Asimismo, un factor importante resaltado por los autores es el del precio. Esta variable es compleja, pues incluye el precio directo, el costo de transportarse hasta el centro médico, el costo de oportunidad de atenderse y los precios de los servicios y productos sustitutos que también impactan en la salud.

Santoyo y Arredondo (2020), en cambio, centran su revisión de literatura en los determinantes de atención médica en los adultos mayores, así como presentan sus resultados agrupados por continentes (menos Oceanía), mientras que a América lo dividen en dos grupos (EEUU y Canadá; y América Latina). Los autores sostienen que, en los países asiáticos, los adultos mayores que viven en zonas rurales tienen un acceso limitado a los servicios de salud, debido a factores como dificultades para movilizarse, discapacidad y deterioro cognitivo. En cambio, en los países europeos, los autores encuentran que existen disparidades en las barreras de acceso de adultos mayores de zonas urbanas y rurales. No obstante, los adultos mayores de zonas rurales estarían accediendo a los servicios de atención médica sin problemas.

En el continente africano, en cambio, los adultos mayores de zonas siguen enfrentándose a barreras financieras, pues el apoyo social para facilitar el acceso

estaría siendo principalmente destinado a los adultos mayores de zonas rurales. Mientras tanto, en EEUU y Canadá, los autores identifican a la distancia, los tiempos de espera, los costos y el apoyo social como los determinantes del acceso a servicios médicos por parte de esta población. En Latinoamérica, los resultados son más heterogéneos, indican los autores, debido a los diferentes tipos de cobertura que funcionan en cada país. Pese a esto, una constante es que los adultos mayores provenientes de zonas rurales, tienen mayores dificultades para acceder a los servicios de salud.

Pasando a estudios más específicos, Harris et al. (2011), mediante el análisis de los datos recogidos por una encuesta de hogares con representatividad nacional en Sudáfrica, encuentran que factores como el nivel socioeconómico, la raza, el estado del seguro y la ubicación urbano/rural son factores determinantes en el acceso a atención médica. Bajo estos resultados, determinan que las personas pobres, de raza negra, sin seguro y que viven en áreas rurales son aquellos que experimentaron mayores barreras para acceder a los servicios médicos. Por otro lado, en Colombia, mediante la estimación de un modelo logit, Rodríguez (2010) encuentra que variables como ser mujer, edad, educación superior, vivir en el área urbana, estar afiliado al régimen subsidiado, sufrir una enfermedad crónica y la percepción sobre calidad de vida (alta/baja) están asociadas positivamente con la probabilidad de acceder al sistema de salud formal. Asimismo, la autora identifica que tener una mala percepción del sistema de salud disminuye la probabilidad de acceder a él.

La relación más específica de estar asegurado a un seguro de salud y acceder a los servicios médicos también ha sido estudiada por diversos estudios empíricos en diferentes países del mundo. Sin embargo, los hallazgos de cada investigación dependerán en gran medida del sistema de financiamiento que rige en cada país (la participación del beneficiado en el pago del servicio médico), el cual es muy diverso a nivel mundial.

En Estados Unidos, el mercado de seguros de salud está compuesto tanto por la oferta ofrecida por las aseguradoras privadas (basados en el empleo, seguro pagado directamente a una compañía y el TRICARE) como por el Estado (Medicare, Medicaid y CHAMPVA). Hoffman y Paradise (2008), mediante una revisión bibliográfica de estudios observacionales y análisis longitudinales, concluyen que se

presenta una fuerte asociación positiva entre estar afiliado a un seguro médico y el acceso a atención primaria y preventiva. Sin embargo, también resaltan que el seguro médico es inasequible para gran parte de la población de bajos ingresos, lo cual los puede conducir a enfrentar el pago de altas sumas de dinero si es que necesitan atención médica. Otro hallazgo interesante en el mercado de seguros de salud estadounidense es el de Cutler y Zeckhauser (2000), quienes encuentran que el aumento en el uso del seguro médico dependerá de cuan amplia sea la cobertura que ofrezca.

Un ejemplo de un seguro de salud más enfocado cubrir a la población más pobre (similar al objetivo del SIS) es el de Vietnam. Wagstaff (2010) estudia el impacto del fondo de atención médica para los pobres (HCFP, por sus siglas en inglés) sobre el uso de los servicios médicos. Este fondo tiene como objetivo financiar la atención médica de las personas pertenecientes a minorías étnicas pobres que viven en provincias seleccionadas o comunidades consideradas como desfavorecidas. Asimismo, la metodología usada por el autor (triple diferencia) considera la heterogeneidad no observable. El autor halla que el HCFP no ha generado un impacto en el uso de los servicios de salud, pero sí en la disminución de los gastos de bolsillo. El autor sugiere que este resultado indicaría que existen otras barreras, más allá de la económica, que el seguro no elimina. La más importante de estas sería la inaccesibilidad de las instalaciones médicas.

Pasando a estudios más próximos geográficamente, en México, por muchos años estuvo vigente el Seguro Popular (SP), el cual estuvo vigente hasta inicios del 2020. Gakidou et al. estima que, usando datos provenientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de los años 2005 y 2006, “los afiliados al SP tienen una probabilidad mayor de utilización con base en la necesidad percibida (62%), en comparación a las personas no aseguradas” (2007, p. 103).

Sin embargo, mediante un análisis descriptivo, Laurell (2013) encuentra que el aseguramiento al SP no conduce al acceso a los servicios que necesitan los pacientes. Otro hallazgo interesante de este estudio es que el SP no estaría logrando su objetivo de remover la barrera económica para acceder a los servicios de salud, pues el 43% de los afiliados con problemas de salud manifestó que no acudió a atenderse a estos porque no contaban con los recursos económicos necesarios para hacerlo. Ante esta

situación, la autora plantea 3 posibles causas: los afiliados requerían servicios no incluidos en el paquete de servicios cubierto por el seguro, tuvieron que pagar el traslado a otra unidad o se les quiso cobrar injustamente.

Por último, en un ámbito más sudamericano, una investigación que busca analizar el efecto de tener un seguro de salud sobre el acceso a los servicios médicos es el de Álvarez et al. (2011) en Colombia. Mediante una serie de entrevistas a 46 colombianos de diferentes clases sociales, los autores concluyen que las personas con seguro de salud subsidiado por el Estado no están teniendo un mejor acceso al sistema de salud. No obstante, Atehortúa y Palacio (2015) no llegan a esta misma conclusión. Mediante una estimación usando una técnica de apareamiento por índice de propensión a participar del seguro subsidiado, encuentran que el mencionado seguro tiene impactos positivos en el acceso a servicios de salud para mayores de diez años. Es importante recalcar que, respecto a otros países sudamericanos, no se ha encontrado información que relacione el poseer un seguro médico y el acceso a servicios de salud.

## **2.2. Nacional**

A nivel nacional, los estudios que utilizan alguna estrategia econométrica para estimar los determinantes del acceso a servicios de salud utilizan bases de datos de hace casi 10 años. Por un lado, Longaray (2010) usa un modelo probit y la Encuesta Nacional de Hogares del año 2007 para calcular cuáles son las variables que influyen en la probabilidad de acceder a atenciones de salud. El autor halla que el estar asegurado al SIS aumenta en 66.3 puntos porcentuales la probabilidad de acceder a servicios médicos. Una variable con resultados interesantes en la edad. Esta también presenta una influencia significativa, aunque cambia a medida que la edad avanza: mientras que tener entre 0 y 3 años aumenta la probabilidad de acceder a los servicios médicos, el coeficiente se vuelve negativo y va aumentando su magnitud conforme se pasa a mayores grupos de edad (3 a 17 años, 18 a 65 años y 65 años a más).

El resto de variables incluidas y con resultados significativos en este estudio tienen una influencia negativa. Respecto al nivel socioeconómico (NSE), pertenecer a un nivel socioeconómico por debajo del quintil 5 afecta negativamente el acceso, siendo los quintiles 1 y 2 aquellos que tienen un coeficiente más grande (-0.684 y -0.533). Además, el sexo de la persona influye en el acceso: ser varón afecta la

probabilidad del acceso (-0.061). Asimismo, residir en el área urbana tiene una influencia negativa sobre el acceso (-0.1325), lo cual no concuerda con lo generalmente hallado en la literatura empírica internacional. Que el jefe del hogar pertenezca a los dos grupos con menor nivel educativo (sin educación y solo primaria) influyen negativa y significativamente en la probabilidad de acceder a los servicios médicos (para el resto de niveles educativos, los resultados no son significativos). Por último, mientras que el hacinamiento y el abastecimiento de agua en el hogar son variables con coeficientes no significativos, no tener desagüe tiene un coeficiente negativo significativo (-0.0495).

Hernández (2015) también utiliza un modelo probit para estimar los determinantes del acceso a los servicios de salud, aunque ahora utiliza la ENAHO del año 2013. El autor encuentra que la variable afiliado al SIS tiene un coeficiente positivo y significativo para todos los segmentos establecidos por el investigador según niveles de pobreza (menos para las personas en extrema pobreza y su acceso a atención en hospitales MINSA). Además, la magnitud del efecto va aumentando conforme la persona pertenece a los segmentos de menores ingresos. Sin embargo, vivir en el área rural afecta negativamente tanto a las personas que no se encuentran en situación de pobreza como las que sí, siendo estas últimas las más afectadas (con un coeficiente de -0.105 en comparación del -0.0376 estimado para el grupo rural no pobre). Respecto a la edad, se estima un coeficiente positivo y significativo para el grupo etario entre 0 y 18 años para todos los niveles socioeconómicos, pero se estima un coeficiente negativo y significativo para los adultos mayores en extrema pobreza.

No obstante, al comparar estos resultados con los obtenidos en un anterior modelo que estimaba los determinantes de ser asegurado al SIS, el autor concluye que “afiliar a una persona a un seguro de salud no es del todo suficiente para garantizar el acceso a los servicios de salud” (Hernández, 2015, p. 224). En este sentido, el autor también destaca que “si la capacidad operativa de los servicios de salud públicos no incrementa de manera proporcional al incremento de la demanda, se agravará el problema de saturación de los servicios de salud peruanos (Hernández, 2015, p. 225). Por lo tanto, la investigación no es concluyente sobre si, finalmente, el estar asegurado al SIS finalmente garantiza o no el acceso a servicios de salud.

La investigación realizada por Beteta y Del Pozo (2014), busca aplicar una metodología (el índice de concentración) que permita descomponer la desigualdad en el acceso a establecimientos de salud y en la asistencia a centros educativos en términos de sus respectivos determinantes para dos años (2005 y 2012). Si bien no tiene como objetivo principal identificar a los determinantes del acceso, dentro del proceso realizan la estimación de los determinantes para ambos años. Los autores encuentran que un aumento en 10% del gasto por cápita aumenta la posibilidad de acceder al servicio médico para ambos años (2005 y 2012). Asimismo, la tenencia de un seguro de salud (sea público o privado) también aumenta esta probabilidad para el año 2005. Sin embargo, para el 2012, si bien sigue teniendo una relación positiva, en el caso del SIS, la magnitud se reduce (27 puntos porcentuales para el año 2005 y 12 puntos porcentuales para el año 2012).

Respecto a los determinantes asociados a las características personales, los autores destacan que son muy similares para ambos años. Mientras que la probabilidad de acceso es menor para los hombres, los años de estudio tienen un efecto no lineal. Por otro lado, para el 2005 se registró un efecto positivo sobre el acceso de personas con lengua materna originaria y un efecto negativo si el jefe del hogar tiene una lengua materna originaria. Ambos efectos dejaron de ser significativos para la estimación con los datos del 2012. Respecto a las características de los hogares, tanto la falta de servicios higiénicos como estar ubicado en una zona urbana tuvieron un efecto negativo sobre el acceso para ambos años.

Otros estudios sobre los determinantes de acceso a servicios de salud usan análisis descriptivos para llegar a sus resultados. Petrerá (2012) destaca la gran caída de la proporción afiliada al SIS que acudió a los servicios médicos, tanto en zonas urbanas como rurales entre los años 2004 y 2010. Mientras en el 2004, el 54.3% (100 mil) de afiliados al SIS en zonas urbanas y el 46% (250 mil) de afiliados en zonas rurales manifestaron haber accedido a un establecimiento médico, el 2010, solo 29,1% (350 mil) en la zona urbana y 33.6% en la zona rural (1 millón 190 mil) de la población afiliada afirmó esto. Gutiérrez et al. (2018) llegan a una conclusión similar. Los autores indican que, pese a los esfuerzos por parte del MINSA en extender la cobertura del SIS en los últimos 10 años, la búsqueda de servicios de salud del Ministerio de Salud presenta una tendencia decreciente. Los autores calculan que, mientras el 2006, el 44.9% de los afiliados al SIS buscan acceder a centros de salud del MINSA o a las

redes de salud de los Gobiernos Regionales, para el 2015, este porcentaje se reduce al 31.7%.

Un estudio muy relevante y constantemente citado por las investigaciones realizadas al SIS en los últimos años es la evaluación de impacto del SIS realizada por Bernal et al. (2017). Esta investigación realiza una regresión discontinua para evaluar los efectos de este programa sobre diferentes variables asociadas al acceso a servicios de salud y a los costos asociados a la atención médica. El estudio encuentra fuertes efectos de estar asegurado al SIS sobre variables como visitar un hospital, someterse a una cirugía o acceder a atención médica de bajo costo. Sin embargo, encuentran que el SIS tiene efectos positivos sobre el gasto de bolsillo y su variabilidad. Los autores consideran que esto se debe a que estar asegurado al SIS motivaría a las personas a gastar más en su salud. No obstante, la presencia de restricciones de oferta lleva a que los asegurados deban aumentar sus gastos en atenciones hospitalarias y/o quirúrgicas.

Sin embargo, estudios más recientes sobre los determinantes del gasto de bolsillo, como el de Petretera y Jiménez (2018) y García y Rojas (2020), encuentran que estar afiliado al SIS tiene un efecto negativo sobre los gastos de bolsillo en salud. Estos resultados son importantes para la presente investigación porque el factor económico, tal como lo señala la literatura teórica, es un determinante importante en el acceso a servicios de salud. Por lo tanto, podríamos inferir que, si el SIS está reduciendo los gastos de bolsillo en salud, esto podría conllevar a facilitar el acceso de los asegurados al servicio de salud.

Otro aspecto a considerar, y que ya ha sido mencionado por Bernal et al. (2017) es la saturación de la oferta de servicios médicos. Mendoza-Arana et al. (2018) describen que, a partir de la reforma de salud del 2013, se dejó de afiliar únicamente a los pobres al SIS. En este contexto, debido a que la oferta de servicios médicos no creció a la misma velocidad que la ampliación del aseguramiento al SIS, “es posible que el impacto calculado del aseguramiento en el SIS sobre el gasto de bolsillo se reduzca si las personas aseguradas no encuentran los servicios públicos gratuitos (García y Rojas, 2020, pp. 24-25). Por lo tanto, si consideramos que un menor gasto de bolsillo puede facilitar el acceso a servicios médicos, la literatura brinda “pistas” de que el elevado número de afiliaciones al SIS puede haber provocado un menor acceso

a los servicios de salud en los últimos años. Sin embargo, ninguna investigación, hasta ahora, se ha centrado en estudiar este posible efecto.



### 3. Hechos estilizados

Durante los últimos 20 años, el SIS se ha convertido en el principal asegurador de salud de la población peruana. Tal como se puede observar en la Figura 2, el crecimiento del número de asegurados ha sido constantemente creciente durante este periodo de tiempo. Beteta y Elorreaga (2020b) resaltan que, mientras el porcentaje de población asegurada a nivel nacional creció de un 42% el 2007 a un 75% el 2017, los asegurados al SIS crecieron de 5 a 13 millones en este mismo periodo de tiempo. Según las cifras expuestas por la última Memoria Anual del SIS, hasta el 31 de diciembre del 2021, 25 297 063 personas estaban aseguradas por la IAFAS SIS, de las cuales un 99.63% (25 203 354 asegurados) pertenecían al régimen subsidiado y solo el 0.37% (93 709 asegurados) pertenecían al régimen de financiamiento semi contributivo (Seguro Integral de Salud, 2021).

Acercas de las características de la población afiliada, el mismo documento anteriormente citado destaca que el grupo etario que cuenta con mayores afiliados a este seguro es el de 30 a 59 años de edad (35.39%), mientras que el menor grupo es el de 0 a 4 años de edad (9.67%). Respecto a la distribución de los asegurados en zonas urbanas y rurales, el documento resalta que, para todos los grupos etarios, el porcentaje de asegurados en el área urbana es superior al porcentaje de asegurados en el área rural. Esta diferencia es mayor en el grupo etario de 30 a 59 años, pero es menor en el grupo de 12 a 17 años. (Tabla 2). Respecto al departamento de residencia de los asegurados, la Memoria Anual del SIS señala que los departamentos con un mayor porcentaje de asegurados respecto a su población total son Lima, Piura, La Libertad, Cajamarca y Cusco. Por otro lado, aquellos departamentos con un menor porcentaje son Moquegua, Madre de Dios, Tumbes, Pasco y Tacna.

Sin embargo, este acelerado crecimiento de asegurados no ha sido correspondido con el financiamiento ni con la ampliación de la oferta requerida. Si bien se ha mantenido una tendencia creciente casi a la par entre el número de asegurados y el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) a lo largo de los últimos años (Figura 3), este financiamiento no ha sido el suficiente para sostener la cantidad creciente de asegurados. De acuerdo con Videnza Consultores, “en agosto de 2019 se estimó un presupuesto adicional requerido de 851 millones de soles para garantizar, por lo menos, los mayores costos en medicamentos e insumos médicos de la población sin seguro que se afiliaría al SIS” (2020, p. 19).

Esta insuficiencia en el financiamiento se ha manifestado en la nula o muy

reducida ampliación en la oferta. Ponce de León (2021) destaca que, mientras que el número de médicos del Ministerio de Salud (MINSA) y los gobiernos regionales (que son los centros de salud en los que se atienden los asegurados al SIS) eran 15 mil el 2009, esta cifra aumentó a 26 mil el 2018. Otro indicador presentado por la autora para enfatizar en la limitación de la oferta es el número de camas hospitalarias en los hospitales MINSA y los Gobiernos Regionales. Mientras en el 2009 se contaban con 25 607 camas hospitalarias en ambos sistemas de salud, esta cifra creció a 29 141 el 2019 (Ponce de León, 2021). Gianella, por su lado, también presenta información que refuerza esta idea, pues menciona que:

Según la supervisión de la Defensoría de 2017, el 63,1 % de los 198 establecimientos de salud estratégicos visitados no podían realizar radiografías por falta de equipos y de personal capacitado, el 47,4 % de laboratorios no realizaban hemogramas, y en 8,6 % se encontraron reactivos e insumos vencidos. El 24,2 % de los establecimientos estratégicos visitados no tenían coche de paro ni maletín de urgencias, y 21,7 % carecía de una ambulancia propia operativa (2020, p. 8)

Estas cifras exhiben los problemas existentes en la oferta de servicios de salud peruano. Si bien se presenta un crecimiento en el número de médicos y camas hospitalarias, este no es tan significativo como el crecimiento en los afiliados. Asimismo, se muestra la persistencia de problemas relacionados a carencias de los implementos necesarios que un centro de salud debería ofrecer.

Ante las significativas limitaciones de la oferta, el porcentaje de afiliados al SIS que reportó algún malestar y buscó atenderse en una institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) (que agrupa tanto a los prestadores de servicios públicos y privados), ha estado cayendo durante los últimos años (Figura 4). En su lugar, tal como lo sugiere el gráfico, los asegurados están optando por acudir directamente a una farmacia para encontrar una solución a su malestar.

Por otro lado, la Figura 5 brinda información sobre algunas de las “barreras” del acceso a la atención pública más comunes en la población. En el gráfico resalta, tal como fue mencionado anteriormente, que la mayoría de la población opta por auto recetarse (lo cual explicaría el porcentaje creciente de afiliados que acuden a farmacias que fue observado en la figura anterior). Asimismo, otras características que resaltan como barreras son la demora en la atención (que ha tenido un comportamiento creciente durante los últimos años), no tuvo dinero (que presenta una tendencia a la baja, puede que explicada por la protección que ofrece el SIS), falta de

tiempo y maltrato, no confianza en el personal o la lejanía del centro de salud.



## Conclusiones

El presente trabajo de investigación constata que se presenta un "hueco en la literatura" en la investigación de los determinantes de la atención de servicios de salud por parte de los asegurados al SIS. Especialmente, si es que luego de la ampliación de afiliados producida en los últimos años, el estar asegurado al SIS se mantiene como un determinante significativo positivo para acceder a servicios de salud.

Por un lado, en la revisión de literatura teórica se resalta la importancia de que los agentes cuenten con los recursos económicos para que las personas que demanden salud se sumen a la demanda activa por atenciones médicas. Solo de esta manera, el agente podrá convertirse en productor activo de su propia salud y que su productividad no sea afectada por la enfermedad o el malestar de forma permanente. Es por ello que se justifica que el Estado implemente un seguro público que ayude a cubrir los costos de la atención médica de la población más pobre. El estar afiliado seguro permitirá que, cuando la persona de bajos recursos sufra este shock externo negativo que es una enfermedad, su demanda de atención médica no sea restringida por la falta de recursos. De lo contrario, a las personas con una restringida capacidad de pago, les será mucho más difícil acceder a atenciones médicas que los ayuden a recuperar su bienestar. Esta situación originará un círculo vicioso: una persona enferma no podrá generar los recursos necesarios para acceder a tratamiento médico, lo cual afectará su productividad de forma permanente y no podrá generar los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas (entre ellas, la atención médica).

Sin embargo, la literatura teórica también resalta que la barrera económica, si bien tiene una presencia significativa, no es la única que determina el acceso a servicios de salud. También son relevantes otros determinantes, como la disponibilidad de la oferta de servicios médicos, la accesibilidad a los centros de salud, o los denominados "determinantes de la demanda" (edad, sexo, grupo étnico, religión, nivel educativo, tamaño familiar, rente otros.).

Los determinantes hallados en la revisión de literatura teórica se confirman en la revisión de literatura empírica. Los diferentes autores revisados encuentran como determinantes significativos del acceso qué tan costoso es atenderse en el sistema de salud (o si el individuo cuenta con los recursos necesarios para hacerlo) o si el individuo posee un seguro médico o no. Sin embargo, los autores coinciden en que factores como el área de residencia (urbano/rural), el sexo, nivel educativo, entre otros, son factores determinantes en el acceso.

Los estudios más focalizados en estudiar la relación entre poseer un seguro de salud y acceder a servicios médicos dependerá en gran medida de las particularidades de cada país: el diseño de aseguramiento que se emplee, la población objetivo del seguro, entre otros. Si bien algunos autores (Hoffman y Paradise, 2008; Gakidou et al., 2007; Atehortúa y Palacio, 2015) encuentran una asociación positiva, otros no encuentran que estar asegurado al seguro público esté realmente influyendo positivamente en acceder a los servicios médicos (Wagstaff, 2010; Laurell, 2013; Álvarez, Salmón y Swartzman, 2011). Es importante resaltar la falta de estudios en países latinoamericanos (siendo la excepción Colombia y México) de esta clase de estudios.

Respecto a la literatura nacional, si bien sí se registran estudios sobre los determinantes del acceso a servicios médicos (Longaray, 2010; Hernández, 2015; Beteta y Del Pozo, 2014), estos se han realizado con datos anteriores a la gran expansión de aseguramientos al SIS. Esto podría ocasionar que las magnitudes de los efectos de los determinantes, en especial de la variable de aseguramiento al SIS, cambien, quizás significativamente. Asimismo, literatura que usa datos más recientes (Bernal, Carpio y Klein, 2017; García y Rojas 2020) enfatizan la idea de que la saturación de la oferta puede estar afectando el efecto del SIS sobre los gastos de bolsillo en salud, pues conducirían a que los afiliados tengan que costear sus atenciones por fuera del sistema. Esta situación podría conllevar también a que el efecto del aseguramiento al SIS sobre el acceso a servicios de salud ya no sea tan significativo como antes.

Es por esto que se necesita realizar una nueva investigación que, con bases de datos que abarquen el fenómeno de la expansión del SIS, determine si este sigue siendo una herramienta efectiva para facilitar el acceso de la población a servicios de salud que contribuyan a su bienestar. Asimismo, es importante reevaluar cuáles son los determinantes del acceso, pues de esta forma se podrán focalizar los recursos estatales de manera adecuada, de tal forma que sean destinados a aquellos que demuestren que son significativos para incrementar el acceso. Solo de esta manera se podrá conseguir la cobertura universal de salud en el Perú.

## Referencias bibliográficas

- Aday, L. & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>
- Álvarez, L., Salmon, J. & Swartzman, D. (2011). The Colombian Health Insurance System and its Effect on Access to Health Care. *International Journal of Health Services*, 41(2), 355–370. <https://doi.org/10.2190/hs.41.2.i>
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, (53)5, 941-973. <https://assets.aeaweb.org/asset-server/files/9442.pdf>
- Atehortúa, S. y Palacio, L. (2015). Impacto del seguro subsidiado en el acceso y el uso de servicios de salud: el caso de Medellín, Colombia. *Lecturas de economía*, (82), 159-188. <http://www.scielo.org.co/pdf/le/n82/n82a5.pdf>
- Banco Mundial. (2021). *Repensar el futuro del Perú. Notas de política para transformar al Estado en un gestor del bienestar y el desarrollo*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/330961630045157214/pdf/Repensar-el-Futuro-del-Peru-Notas-de-Politica-para-Transformar-al-Estado-en-un-Gestor-de-Bienestar-y-Desarrollo.pdf>
- Bernal, N., Carpio, M. & Klein, T. (2017). The effects of access to health insurance: Evidence from a regression discontinuity design in Peru. *Journal of Public Economics*, 154, 122–136. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047272717301299?via%3Dihub>
- Beteta, E., y Del Pozo, J. (2014). *Aplicación de una metodología para el análisis de las desigualdades socio-económicas en acceso a servicios de salud y educación en Perú en 2005-2012*. Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://files.pucp.education/departamento/economia/DDD388.pdf>
- Beteta, E. y Elorreaga, O. (2020a). Un breve diagnóstico institucional del SIS. En E. Beteta, O. Elorreaga, F. Durand, E. Salcedo y C. Gianella (Eds.), *Patologías del sistema de salud peruano (pp. 89-169)*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Beteta, E. y Elorreaga, O. (2020b). En búsqueda de un seguro público de salud comprador: el caso del SIS. *Económica*, (11), 49-57. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economica/article/view/24526>
- Cortez, R. (2002). *Salud, equidad y pobreza en el Perú: teoría y nuevas evidencias*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. <http://hdl.handle.net/11354/400>
- Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., & Cortez, R. (2015). *Going Universal: How 24 Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage from the Bottom Up*. Banco Mundial. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0610-0>

Cutler, D., & Zeckhauser, R. (1999). The Anatomy of Health Insurance. En A. Culyer y J. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics* (pp. 563-643). Universidad de Harvard y Buró Nacional de Investigación Económica. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574006400801705>

Donabedian, A. (1972). Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(4), 103-154. <https://www.jstor.org/stable/3349436>

Ensor, T. & Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 19(2), 69–79. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14982885/>

Gakidou, E., Lozano, R., González-Pier, E., Abbott-Klafter, J., Barofsky, J., Bryson-Cahn, C., Feehan, D., Lee, D., Hernández-Llamas, H. y Murray C. (2007) Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial. *Salud Pública de México*, 49, 88-109. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s1/10.pdf>

García, R., y Rojas, C. (2020). *Determinantes del gasto de bolsillo en salud en el Perú*. Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/179529>

Gertler, P., & Van der Gaag, J. (1990). *The willingness to pay for medical care. Evidence from two developing countries*. Banco Mundial. <http://documents.worldbank.org/curated/en/483411468740192932/The-willingness-to-pay-for-medical-care-evidence-from-two-developing-countries>

Gianella, C. (Coord.). (2020). *Fortalecer el sistema de salud público para la equidad en salud: una necesidad impostergable*. Pontificia Universidad Católica del Perú y Hanns-Sidel-Stiftung. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/174365>

Grossman, M. (1972a). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255. <https://www.jstor.org/stable/1830580>

Grossman, M. (1972b). *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. National Bureau of Economic Research. <https://www.jstor.org/stable/10.7312/gros17900>

Gulliford, M., Figueroa-Muñoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does “access to health care” mean? *J Health Serv Res Policy*, 7(3), 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>

Gutiérrez, C., Romaní, F., Wong, P., y Del Carmen, J. (2018). Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(1), 65-70. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n1/a12v79n1.pdf>

Harris, B., Goudge, J., Ataguaba, J., McIntyre, D., Nxumalo, N., Jikwana, S., & Chersich, M. (2011). Inequities in Access to Health Care in South Africa. *Journal of Public Health Policy*, 32(S1), 102-123. <https://www.jstor.org/stable/20868835>

Hernández, A. (2015). Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro Integral de Salud. *Rev. Est. de Políticas Públicas*, 1(1), 213-225. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6067360>

Hoffman, C., & Paradise, J. (2008). Health Insurance and Access to Health Care in the United States. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 149–160. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17954671/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). *Encuesta nacional de Hogares (Enaho) 2004-2019*. <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>

Laurell, A. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf>

Longaray, C. (2010). *Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de tesis y trabajos de Titulación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2307>

Mendoza-Arana, P. (2018). Reforma en salud: complejidad y límites de la formación de recursos humanos especializados. *Anales Facultad de Medicina*, 79(1), 60-64. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n1/a11v79n1.pdf>

Mushkin, S. (1962). Health as an investment. *Journal of Political Economy*, 70(5), 129-157. <https://www.jstor.org/stable/1829109>

Nicholson, W. (1997). *Teoría microeconómica: principios básicos y aplicaciones*. McGraw-Hill.

Organización Mundial de la Salud. (2000). *World Health Report 2000: Improving Performance of Health Systems*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos Básicos*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018, 1 de abril). Universal Health Coverage (UHC). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Construir sistemas de salud resilientes para avanzar hacia la salud universal*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56475>

Parodi, S. (2005). *Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios*. Grupo de Análisis para el Desarrollo. <https://cies.org.pe/investigacion/evaluando-los-efectos-del-seguro-integral-de-salud-sis-sobre-la-equidad-en-la-salud-materna-en-el-contexto-de-barreras-no-economicas-al-acceso-a-los-servicios/>

Penchansky, R., & Thomas, J. (1981). The concept of Access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7206846/>

Petrera, M. (2012). *Seguro Integral de Salud y Protección Social en el Perú: 2004-2010*. [Presentación de diapositivas]. Slideshare. <https://es.slideshare.net/pahoper/seguro-integral-de-salud-y-proteccion-social-en-el-per-2004-2010>

Petrera, M., y Jiménez, E. (2018). Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010-2014. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-6. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49033>

Phelps, C. (1997). *Health Economics*. Addison-Wesley Educational Publishers.

Ponce de León, Z. (2021). *Sistema de Salud y el COVID-19*. Política y debates públicos - PUCP. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/176598>

Rodríguez, S. (2010). *Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia*. Departamento de Economía Aplicada - Universidad Autónoma de Barcelona. <https://archivo.alde.es/encuentros.alde.es/anteriores/xiveea/trabajos/r/pdf/059.pdf>

Sánchez, D. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 55(1), 82-89. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71852>

Santoyo, G. y Arredondo, A. (2020). Revisión y análisis sobre los determinantes de acceso a los servicios de atención primaria en población adulta mayor rural y urbana. *Horizonte sanitario*, 19(2), 175-184. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592020000200175](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592020000200175)

Seguro Integral de Salud. (2021). *Memora Anual: Seguro Integral de Salud - SIS 2021*. <https://www.gob.pe/institucion/sis/informes-publicaciones/3147184-memoria-anual-2021>

Varian, H. (2010). *MICROECONOMIA INTERMEDIA: un enfoque actual*. (Vol. 9a). Antoni Bosch Editor.

Videnza Consultores. (2020). *Documento de investigación 2: Financiamiento en el sector salud*. Red de Estudios para el desarrollo. <https://www.redesarrollo.pe/wp->

content/uploads/2020/10/Documento-de-investigacion-Financiamiento-en-el-sector-salud.pdf

Vizcarra, M. (2019, 28 de julio). Discurso del Presidente Constitucional de la República, ingeniero Martín Alberto Vizcarra Cornejo, ante el Congreso Nacional, el 28 de julio de 2019 [Discurso]. <https://www.congreso.gob.pe/participacion/museo/congreso/mensajes/mensaje-nacion-congreso-mv-28-07-2019>

Wagstaff, A. (2010). Estimating health insurance impacts under unobserved heterogeneity: the case of Vietnam's health care fund for the poor. *Health Economics*, 19(2), 189-208. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19248053/>



## Anexo

### Anexo A: Tablas

**Tabla 1**

Dimensiones del acceso a servicios de salud

Económicos	Sociodemográficos	Geográficos	Seguridad	Organizacionales
Costo de atención	Sexo	Distancia al centro de salud	Facilidad de acceder, trasladarse y llegar sin contratiempos	Organización de los servicios de salud (instalaciones y servicios)
Costo de transporte	Edad	Tiempo para llegar hasta el centro de salud		Oferta del servicio de salud
Medicamentos	Escolaridad			Tiempo de espera por atención
Seguro de salud	Experiencias previas en el sistema			
	Grupo étnico			
	Religión			
	Tamaño familiar			

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de *Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud* (p. 87), por D. Sánchez, 2015.

**Tabla 2**

Asegurados al SIS por ámbito de residencia según grupo etario

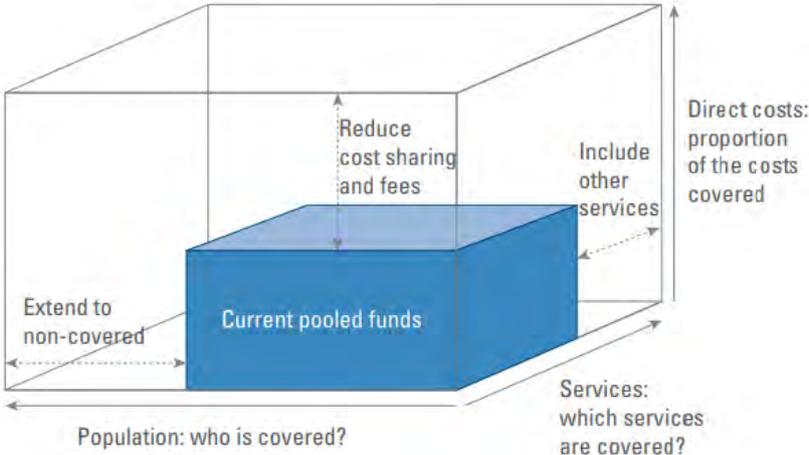
GRUPO ETARIO	ÁMBITO DE RESIDENCIA						TOTAL	
	RURAL		URBANA		NO ESPECIFICA <sup>1/</sup>		CANTIDAD	%
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%		
0 - 4 años	821 488	3,25%	1 624 063	6,42%	33	0,00%	2 445 584	9 67%
5 - 11 años	1 092 872	4,32%	1 956 693	7,73%	11	0,00%	3 049 576	12 06%
12 - 17 años	995 073	3,93%	1 643 594	6,50%	8	0,00%	2 638 675	10 43%
18 - 29 años	1 732 598	6,85%	3 896 910	15,40%	15	0,00%	5 629 523	22 25%
30 - 59 años	2 540 068	10,04%	6 412 369	25,35%	34	0,00%	8 952 471	35 39%
60 a más	928 176	3,67%	1 653 159	6,53%	7	0,00%	2 581 342	10 20%
<b>TOTAL</b>	<b>8 110 275</b>	<b>32,06%</b>	<b>17 186 788</b>	<b>67,94%</b>	<b>108</b>	<b>0,00%</b>	<b>25 297 171</b>	<b>100%</b>

Nota: Elaborado usando la Base de Datos SIS Central. Tomado de *Memora Anual: Seguro Integral de Salud - SIS 2021*. (p.39), por Seguro Integral de Salud (SIS), 2021.

**Anexo B: Figuras**

**Figura 1**

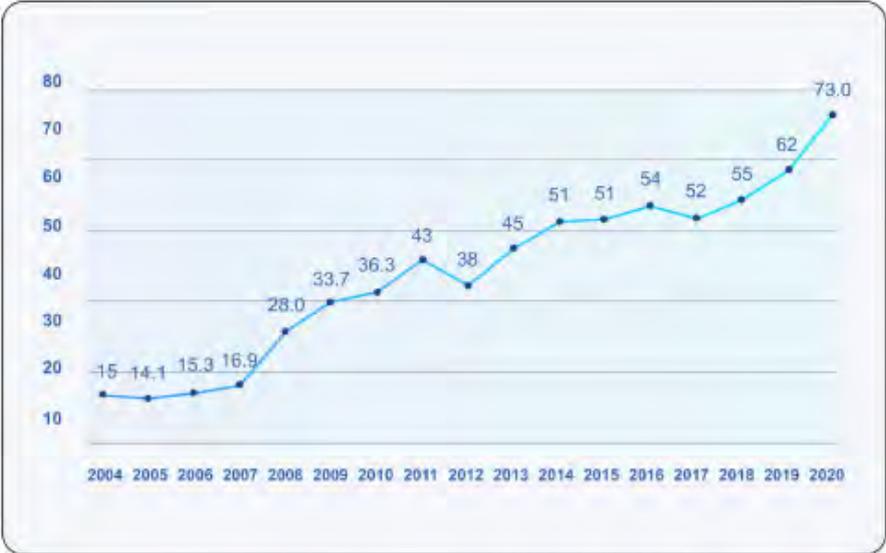
El cubo del aseguramiento universal en salud



Fuente: La figura representa los 3 ejes del aseguramiento universal en salud. Tomado de *Going universal: how 24 developing countries are implementing universal health coverage reforms from the bottom up* (p. 22), por D, Cotlear; Somil, N; Smith, O; Tandon, A y R, Cortez, 2015, Banco Mundial.

**Figura 2**

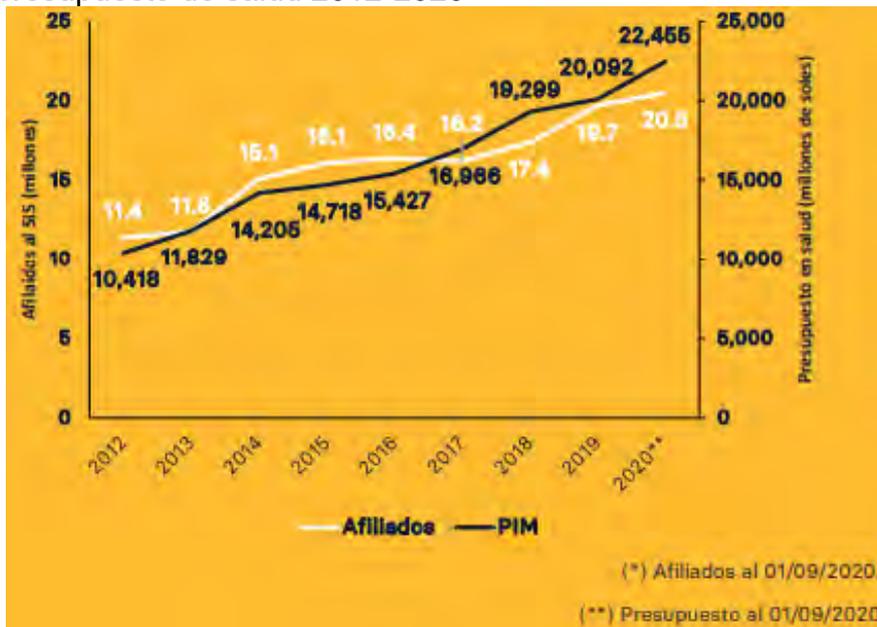
Asegurados del SIS, 2004-2020 (en porcentaje)



Fuente: Elaborado sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares, Instituto Nacional de Estadística e Informática (2004-2010) y Ministerio de Salud (2011-2020). Tomado de *Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19* (p. 3), por Z, Ponce de León, 2021, Política y debates públicos – PUCP.

**Figura 3**

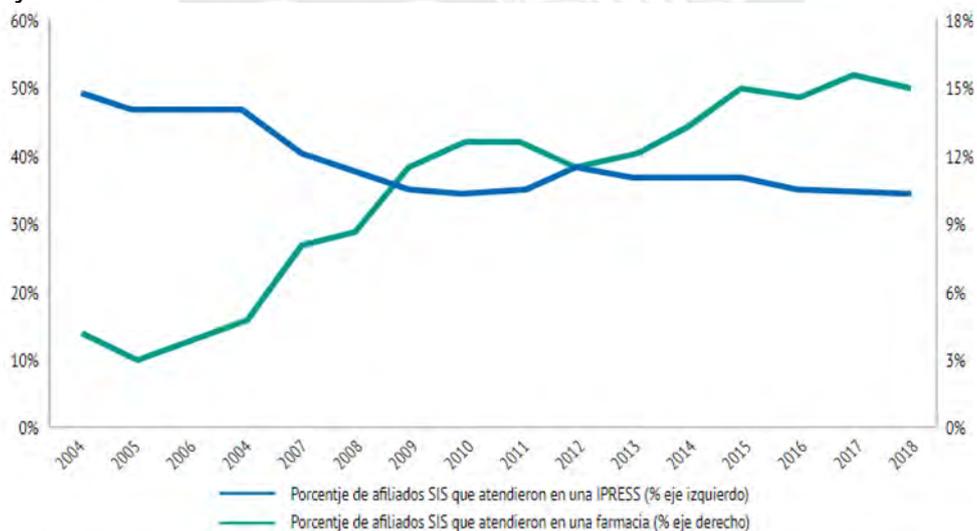
Afiliados y presupuesto de salud 2012-2020



Nota: Elaborado usando el Registros de Afiliados al AUS-SuSalud (2020) y SIAF (2020). Tomado de *Documento de investigación 2: Financiamiento en el sector salud*. (p. 19), por Videnza Consultores, 2020, Red de Estudios para el desarrollo.

**Figura 4**

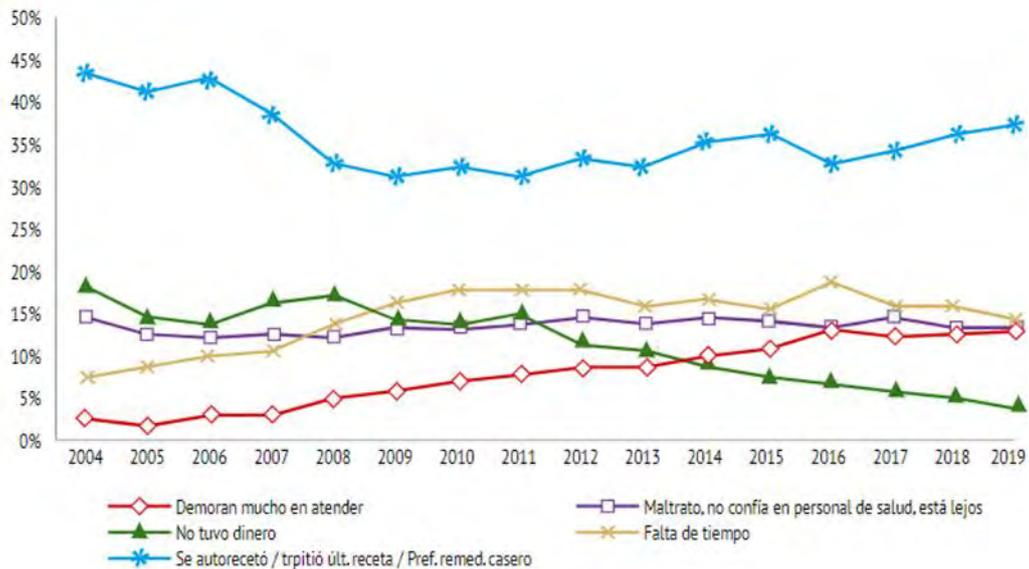
Afiliados SIS: Lugar adonde acudieron para consultar por enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente. ENAHO 2004-2019



Fuente: Elaborado usando la ENAHO 2004-2019. Incluyen a todos los que reportaron presentar algún síntoma/malestar, enfermedad, recaída o accidente en las últimas 4 semanas de la aplicación de la encuesta, pero excluimos aquellos que declararon que su malestar no fue grave/ no era necesario acudir a una IPRESS. La afiliación al SIS es autoreportada y proviene de la misma encuesta. Tomado de *En búsqueda de un seguro público de salud comprador: el caso del SIS*. (p.56), por Beteta y Elorreaga, 2020b, Económica.

**Figura 5**

Afiliados SIS: Razones por las que no se acudió a un centro o establecimiento de salud. ENAHO 2004-2019



Nota: Elaborado usando la ENAHO 2004-2019. Incluyen a todos los que reportaron presentar algún síntoma/malestar, enfermedad, recaída o accidente en las últimas 4 semanas de la aplicación de la encuesta, pero excluimos aquellos que declararon que su malestar no fue grave/ no era necesario acudir a una IPRESS. La afiliación al SIS es autoreportada y proviene de la misma encuesta. Fuente: Tomado de *En búsqueda de un seguro público de salud comprador: el caso del SIS*. (p.57), por Beteta y Elorreaga, 2020b, Económica.