

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
ESCUELA DE POSGRADO  
Unidad de Posgrado de Ciencias Empresariales



**Tendencia de la cobertura universal en salud en el Perú, 2017-2023:  
Brechas y desafíos para optimizar los recursos**

Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro(a) en Administración de  
Negocios con Mención en Gestión Empresarial

**Autor:**

Sabino Noa Gonzales  
Ruth Milagros Aranibar Rivero  
Giussepe Harol Rojas Chambi

**Asesor:**

Dany Yudet Millones Liza

Lima, junio 2024

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo Dany Yudet Millones Liza, docente de la Unidad de Posgrado de Administración, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“TENDENCIA DE LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD EN EL PERÚ, 2017-2023: BRECHAS Y DESAFÍOS PARA OPTIMIZAR LOS RECURSOS”** de los autores Sabino Noa Gonzales, Ruth Milagros Aranibar Rivero y Giussepe Harol Rojas Chambi tiene un índice de similitud de 8 % verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Ñaña, a los 28 días del mes de junio del año 2024.



---

Mg. Dany Yudet Millones Liza

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE MAESTRO

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a los 28 días de junio del año 2024, siendo las 11 horas se reunieron en la sala virtual <https://educadventista.zoom.us/j/87436932009> la dirección de la señora Presidente del Jurado: Dra. Ethel Altez Ortiz y los demás miembros siguientes:

Secretaria: Mg. Mariné Estefa Huayta Meza  
Asesora: Mg. Dany Yudet Millones Liza  
Vocal: Mg. Gladys Toyohama Pocco  
Vocal: Mg. Marisol Carranza Molina

Con el propósito de llevar a cabo el acto público de la sustentación de tesis de posgrado titulada: "Tendencia de la cobertura universal en salud en el Perú, 2017 - 2023: Brechas y desafíos para optimizar los recursos" de los candidatos, Ruth Milagros Aranibar Rivero, Sabino Noa Gonzales y Giuseppe Harold Rojas Chambi, conducente a la obtención del Grado Académico de Maestría en Administración de Negocios con mención en Gestión Empresarial.

La Presidente del Jurado dio por iniciado el acto académico, invitando al candidato a hacer uso del tiempo señalado para su exposición (20'). Concluida la misma, el Presidente del Jurado invitó a los demás miembros a realizar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes que fueron absueltas por el candidato, el acto fue seguido de un receso de quince minutos para las deliberaciones y el dictamen de Jurado. Vencido el tiempo de las deliberaciones, el Jurado procedió a dejar constancia escrita del resultado en la presente acta, con dictamen siguiente: APROBADO por UNANIMIDAD calificación: APROBADO CON ESCALA VIGESIMAL DE 18 ESCALA CUALITATIVA CON NOMINACIÓN MUY BUENO, CON MÉRITO SOBRESALIENTE.

El presidente del Jurado hizo alusión al maestrando y solicitó a la secretaria la lectura correspondiente para poner en su conocimiento el resultado, terminado el mismo y sin objeción alguna, la presidenta del jurado dio por concluido el acto, en fe de lo cual firman al pie.



Presidente

Secretario

Candidato

Candidato

Candidato

## Índice

### Tabla de contenido

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Abstract</b> .....	5
<b>1. Introducción</b> .....	6
<b>2. Estado de arte</b> .....	7
<b>3. Materiales y métodos</b> .....	12
<b>4. Resultados</b> .....	14
<b>5. Discusión</b> .....	15
<b>6. Conclusiones</b> .....	17
<b>7. Implicancias</b> .....	17
<b>a) Estratégicas</b> .....	17
<b>b) Teóricas</b> .....	18
<b>8. Limitaciones y futuras investigaciones</b> .....	19
<b>9. Referencias bibliográficas</b> .....	19
<b>10. Anexos</b> .....	22

## **Tendencia de la cobertura universal en salud en el Perú, 2017-2023: Brechas y desafíos para optimizar los recursos**

### **Trend of universal health coverage in Peru, 2017-2023: Gaps and challenges to optimize resources**

**Sabino Noa Gonzales<sup>1</sup>; Ruth Milagros Aranibar Rivero<sup>1</sup>, Giussepe Harold Rojas Chambi<sup>1</sup>; Dany Yudet Millones-Liza<sup>1,2\*</sup>**

<sup>1</sup>UPG Ciencias Empresariales, Escuela de Posgrado Universidad Peruana Unión, Lima 15102, Peru

<sup>2</sup>Facultad de Ciencias Empresariales, Escuela de Administración, Universidad Peruana Unión, Lima 15102, Peru

#### **Resumen**

Los sistemas de salud constituyen un elemento fundamental para garantizar la seguridad sanitaria de la población, por lo que la optimización de los recursos debería ser una prioridad; por tal motivo, se ha planteado como objetivo evaluar la tendencia del cierre de brechas en acceso y cobertura en las dimensiones poblacionales, prestacionales y financieras. Para tal efecto, se ha adoptado un método cuantitativo descriptivo de evolución o tendencia a una muestra de 25 millones de afiliados al Seguro Integral de Salud. Los resultados muestran que el apoyo del Decreto de Urgencia ha permitido un incremento significativo de afiliados a comparación de los años anteriores; otro de los datos sustenta que de cada 2 afiliados, solo 1 accede al servicio de salud. Finalmente, este estudio pone en evidencia que los recursos asignados por cada asegurado han disminuido a comparación de los años anteriores.

#### **Palabras clave**

cobertura universal en salud; brecha; sistema de salud; afiliados; asegurados.

#### **Abstract**

Health systems are a fundamental element to guarantee the health security of the population, so the optimization of resources should be a priority. For this reason, the objective has been

to evaluate the trend of closing gaps in access and coverage in the population, benefits and financial dimensions. To this end, a descriptive quantitative method of evolution or trend has been adopted for a sample of 25 million members of the Comprehensive Health Insurance. The results show that the support of the Emergency Decree has allowed a significant increase in members compared to previous years; another piece of data supports that of every 2 members, only 1 has access to the health service. Finally, this study shows that the resources assigned per insured person have decreased compared to previous years.

### **Keywords**

universal health coverage; gap; healthcare system; affiliates; insured.

#### 1. Introducción

Garantizar la vida sana de un individuo y promover el bienestar de toda la población se ha convertido en uno de los 17 objetivos de desarrollo sostenible, y es que conservar la buena salud, evitando enfermedades son acciones que demuestran la protección de una vida saludable (Gamboa, 2015). Siendo así, se determina que un sistema de salud es fundamental para garantizar la seguridad sanitaria por lo que este debe estar preparado para adaptarse a los cambios de modo que no exista interrupción de los servicios de salud bajo ninguna circunstancia (2); de este modo, la seguridad sanitaria puede minimizar el peligro o alguna emergencia sanitaria (3), esto implica una capacidad de respuesta adecuada, lo que asegura una atención continua y de calidad que protege el bienestar de la población, más aún cuando se trata de los grupos vulnerables. En el caso peruano, según información estadística, en el año 2016 se alcanzó una pérdida de 5'315,558 años de vida saludables (AVISA) (4) frente a esta situación el ente encargado de regular la atención sanitaria (Ministerio de Salud) planteó como uno de sus objetivos prioritarios reforzar la accesibilidad a un seguro con calidad y oportuno a disposición de la población, garantizando un conjunto de factores que contribuyen a una vida sana, derecho fundamental de toda una población (5), que ha sido comparado con el que se ejerce dentro del ámbito educativo y es que en este punto de comparación interviene un

presupuesto a cargo del estado peruano, tomando en cuenta que todo gobierno tiene la intención de mejorar sus políticas de seguro médico para otorgar a los ciudadanos una atención sanitaria eficaz y asequible (6).

Una de las políticas referidas en el párrafo anterior es la creación de diversos programas como un medio de conseguir coberturas universales de salud a través de la protección financiera (7), una evidencia de ello es la fusión del Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI), denominado actualmente SIS. El seguro referido ingresó en vigencia a partir del año 2002, todo ello respaldado por Ley N° 27657, este beneficio ha sido asignado a todos los peruanos siempre que no cuente con ningún tipo de seguro con cobertura PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud). Esta es una muestra que sustenta que las entidades gubernamentales mantienen su preocupación por mantener la salud de la ciudadanía (Debie et al., 2022). Pero ¿cómo se define la salud?, la salud está definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social, independientemente de la ausencia de afecciones o enfermedades (8), se ha convertido también en uno de los problemas más antiguos que enfrentan las sociedades y que han tenido distintos tratamientos y concepciones sociales (9) y es que el derecho de la salud, en todas las instancias debe ser aplicado de manera inmediata, pues una acción oportuna podría evitar la pérdida de posibles beneficios para la salud e incluso podría elevar la esperanza de vida de una persona (10).

## 2. Estado de arte

Dentro del ámbito de la salud, han emergido ciertos modelos de gestión de sistemas de salud, todos estos avalados por el Comité Europeo de Regiones. Uno de los modelos es el denominado “modelo de Servicio nacional de salud”, conocido como el modelo Beveridge, caracterizado principalmente por el financiamiento a cargo del Estado y, por otro lado, el siguiente modelo es el llamado “Sistema de Seguros Sociales”, conocido como el modelo Bismark, caracterizado principalmente por el financiamiento del trabajador y empleador; es decir, el estado interviene únicamente como receptor y gestor del servicio. Por tanto, estos modelos se diferencian básicamente en su financiamiento y la forma de operar en los diferentes servicios. En el contexto Latinoamericano, se observa la aplicación de una mezcla de los dos modelos anteriormente señalados. Si bien, Badía (2006) define al modelo de gestión, como una manera de organizar los recursos de salud para aplicar el modelo de atención previamente

definido con criterios de equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad, se observa que en la operatividad de los servicios hay una serie de contradicciones caracterizadas por la disminución del rol rector de los Ministerios de Salud. Por otro lado, es frecuente la carencia de mecanismos explícitos que favorezcan el trabajo conjunto entre los distintos actores que proveen los servicios de salud, esto debido a la descoordinación, duplicación de atenciones, ineficiencia y la desigualdad del gasto institucional, los mismos que representan algunos de los problemas que se evidencian en los servicios de salud de la región, siendo los servicios de salud un conjunto de procesos que logran la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, grupo familiar, comunidad y/o una población (12).

No obstante, en la organización de los servicios de salud se reconocen dos elementos diferenciados. Por un lado, existe una necesidad; es decir, un problema de salud y por tanto una demanda de atención, es decir una respuesta. Para ello, se establecen servicios de menor a mayor complejidad que se denominan niveles de atención, estos implican la promoción de la salud, la prevención primaria, la asistencia primaria, la prevención secundaria y los cuidados de complejidad y paliativos (13). Sobre ello se reconoce que el mayor impacto sobre la salud de las poblaciones se logra cuando se atiende en los primeros niveles, es decir en la promoción y prevención de la salud. Paradójicamente, en la mayoría de países latinoamericanos existe una contradicción en los sistemas de servicios de salud ya que definen la atención en salud como un modelo integral, es decir preventivo y curativo, cuando en la realidad se prioriza la atención curativa (11).

Una de las realidades peruanas es que existe alta dispersión geográfica (especialmente en el ámbito andino y amazónico) y déficit de oferta sanitaria (14) que genera insatisfacción de los servicios públicos, por lo que muchos optan contratar un servicio de atención privado pues suponen mejor servicio y accesibilidad, sin embargo, la oferta privada se concentra en el ámbito urbano y está dirigido mayormente a una atención recuperativa (15), por lo que se podría atribuir este problema a la organización y estructura de las entidades vinculadas al aseguramiento universal en salud.

Para comprender esta organización, es importante tomar en cuenta que el Sistema de Salud Peruano está fragmentado y segmentado en términos de su organización y estructura

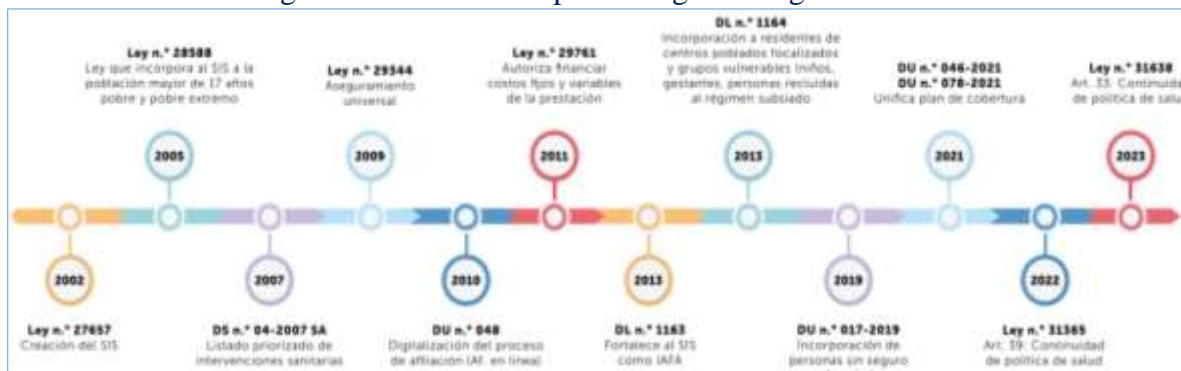
(16), lo cual podría condicionar un acceso limitado a los servicios de salud, su función está basada en brindar atención en salud de calidad, está limitada por las siguientes características: En primer lugar, existen cuatro fuentes diversas de financiación; el seguro integral de salud (SIS), Essalud, el Ejército y fuerzas policiales y por último, el sistema privado. Esto representa una dificultad puesto que lo ideal es tener un sistema único de prestaciones en salud; en segundo lugar, existe una falta de unificación entre los proveedores de salud, lo que representa una escasa articulación a la hora de brindar sus servicios y amplía las desigualdades de acceso; en tercer lugar, la accesibilidad y disponibilidad de los servicios es diferenciada cuando la atención se realiza en zonas urbanas o rurales.

En el Perú, existe una mayor concentración de servicios hospitalarios en zonas urbanas a comparación de las zonas rurales, refiriéndonos en ambos casos tanto a los centros hospitalarios como a los recursos humanos especializados; en cuarto lugar, el fortalecimiento de los servicios de atención primaria resulta un reto puesto que está demostrado que este tipo de atención tiene un mayor impacto en la salud de las personas y reduce los costos de atención. No obstante, el sistema sanitario precisa adaptarse a los cambios previsibles no sólo en la atención (nuevas tecnologías y telemedicina), sino también en la prevención y promoción de la salud como parte fundamental de la atención (17).

Ahora bien, referido a las actividades del sistema sanitario, se mantiene un registro que especifica que en el año 1997 el Ministerio de Salud (MINSa) puso en marcha un programa de extensión de cobertura denominado Seguro Escolar Gratuito (SEG); en 1998 creó el Seguro Materno Infantil (SMI). En 2002, la fusión del SEG y el SMI dio origen al SIS (Ley n.º 27657) que generó un cambio de estrategia, pasando de un esquema focalizado a otro que busca el aseguramiento universal (18). De esta manera es que emerge el progreso de la gestión del Seguro Integral de Salud (SIS) constituyendo un esfuerzo positivo del Estado Peruano para lograr una cobertura sanitaria universal con una sólida atención primaria que garantice la atención continua e integral de todos los peruanos independientemente de sus características culturales y sociodemográficas. Es así como el Seguro Integral de Salud, en su rol financiador ha venido fortaleciéndose a partir de programas de extensiones de cobertura muy focalizados pero progresivos; su evolución ha generado un impacto significativo en mejorar las condiciones

de salud de los peruanos, para comprender esta evolución, se otorgan las siguientes especificaciones.

Figura 1. Línea de tiempo del Seguro Integral de Salud



**Fuente:** Memoria Anual Institucional 2022 del Seguro Integral de Salud

La figura 1 muestra los hitos normativos de la implementación progresiva del Aseguramiento Universal en Salud, especialmente lo concerniente a la cobertura poblacional. Es este proceso, fue decisivo el Decreto de Urgencia (DU) 017-2019 que incorpora como población objetivo del SIS a toda población residente en territorio nacional que no cuente con ningún tipo de seguro. Respecto al SIS, es una institución administradora de fondos de aseguramiento en salud que ofrece cinco planes de seguros (SIS gratuito, SIS para todos, SIS independiente, SIS emprendedor y SIS Microempresas) (19) con una cobertura mínima del plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS) que comprende 162 condiciones asegurables tanto de la persona sana y con enfermedad (20). De este modo, se afirma que el SIS asume un rol protagónico en el Aseguramiento Universal en Salud (AUS); el mismo que cumple además el rol de financiador público dentro del sistema de salud en el Perú (21), contando con más de 25 millones de asegurados, representando esta cifra el 99% del régimen subsidiado. Respecto al AUS es un proceso orientado a lograr que toda la población disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) (22). El aseguramiento universal implica la cobertura universal de salud (CUS); es decir, las tres dimensiones: poblacional (afiliación o acceso al seguro), prestacional (atención de salud o acceso al servicio) y financiera (gastos cubiertos).

En los últimos años, se han avanzado en el cierre de brechas de la dimensión poblacional a través del SIS, que amplió de 19,4% en el año 2006 a 50,2% para el año 2015 (Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO). Sin embargo, en este mismo periodo, la brecha de la dimensión prestacional experimentó un retroceso, pasando en el 2006 de 44,9% a 31,7% en el año 2014 (23). En cuanto a la dimensión financiera, el aseguramiento universal tuvo un efecto positivo en la reducción de los gastos de bolsillo, así, en el periodo 2012-2018, los asegurados al SIS del ámbito rural, tuvieron un ahorro de 24.5 soles por cada miembro asegurado (24), impactando más en adultos mayores seguida por miembros en el hogar con enfermedades crónicas (25).

A pesar que se sabe que el financiamiento del SIS no guarda relación con el número de sus asegurados, el presupuesto de este se triplicó entre los años 2011 y 2016 pasando de 570 a 1700 millones de soles (26), mientras que el número de asegurados en este mismo periodo se incrementó en 43%, pasando de 12 a 17 millones de personas afiliadas; en tanto, el crecimiento del presupuesto se estancó para el periodo 2017-2023 (35%) pasando de 1700 a 2300 millones en tanto que el número de asegurados se incrementó en el orden de 47% pasando de 17 a 25 millones (27). Para el año 2022, la dimensión poblacional alcanzó el 99.2%, en tanto que la prestacional, el 46.1 %; respecto a la dimensión financiera, hay un avance del 50% (28), en tanto que de acuerdo con el estudio actuarial el financiamiento del SIS pasó de 43.52% de 2017 a 50.12% en 2023 (SIS,2015). Esto quiere decir que, por cada dos asegurados al SIS, uno se queda sin atención de salud; aun cuando el plan ofrece intervenciones en persona sana (prevención), el cual estaría relacionado con el financiamiento de la salud. A partir de esta información se reconoce que el financiamiento es crucial, el acceso al servicio depende también de otros factores como el rediseño de los procesos de atención, la dimensión ética de los prestadores del servicio, la participación ciudadana, así como la infraestructura, el equipamiento y el recurso humano en salud (23,29).

Ante las cifras referidas en el párrafo anterior, emerge la siguiente interrogante, ¿Cuál sería la tendencia del cierre de brechas en las tres dimensiones (poblacional, prestacional y financiera) del aseguramiento universal peruano? Al despejar esta interrogante, se pretende poner en evidencia el avance que ha tenido el Seguro Integral de Salud (SIS) a lo largo de los

años que abarca el presente estudio. Esto con la finalidad de continuar avanzando con el propósito que tiene la entidad, el cual consiste en la mejora la gestión a fin de conseguir eficiencia y equidad de atención en el sistema de salud. Con los resultados se pretende demostrar la falta de homogeneidad de las dimensiones a fin de hacer de este documento un insumo de análisis para la toma de decisiones informadas respecto al derecho a la salud que debe gozar cada ciudadano en su territorio.

### 3. Materiales y métodos

La investigación presentada tiene como objetivo analizar las tendencias del cierre de brechas en sus tres dimensiones (poblacional, prestacional y financiera) del aseguramiento universal peruano; para tal fin, se aplicó un estudio de diseño cuantitativo, alcance descriptivo y retrospectivo; es decir, estuvo basado en datos numéricos existentes de una base de datos. Siendo además un estudio de evolución o tendencia donde se han identificado y descrito ciertos cambios y patrones de la variable de estudio a lo largo del tiempo (30). Para acceder a la información, se solicitó a la oficina general de tecnología de la información del Seguro Integral de Salud información según los siguientes detalles:

- Cantidad de afiliados por región, edades simples y sexo (años 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023)
- Número de atendidos por región, edades simples y sexo (años 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023)
- Número de atenciones por región, edades simples sexo y morbilidad (años 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023).

#### **3.1. Muestra y procedimiento**

La población de estudio estuvo conformada por los afiliados al Seguro Integral de Salud a nivel nacional, de todas las edades, de ambos sexos y clasificados por región. Respecto a los asegurados, la data comprende el total de afiliados al SIS en los años 2017 al 2023 (ver tabla N°1); en tanto que los atendidos comprenden a los asegurados al SIS que pudieron acceder por lo menos una vez a un servicio de salud durante los años de estudio respectivos. Finalmente, las atenciones son las veces que el asegurado ha recibido un servicio de salud, en el año de

estudio, pudiendo ser éste un servicio preventivo, promocional, recuperativo o de rehabilitación.

Tabla N° 1.  
Número de afiliados por sexo, años 2017 al 2023

SEXO/AÑO	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HOMBRES	7,782,489	8,548,186	9,782,457	11,897,917	12,665,602	12,557,579	12,887,615
MUJERES	8,719,450	9,255,500	10,310,855	11,924,662	12,631,569	12,616,361	12,861,978
<b>Total</b>	<b>16,501,939</b>	<b>17,803,686</b>	<b>20,093,312</b>	<b>23,822,579</b>	<b>25,297,171</b>	<b>25,173,940</b>	<b>25,775,230</b>

Tabla N° 2.  
Número de asegurados atendidos en las IPRESS por sexo, años 2017 al 2023

SEXO/AÑO	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HOMBRES	5,546,984	6,292,271	6,673,583	5,371,010	6,065,762	7,355,448	7,854,387
MUJERES	3,589,769	4,256,081	4,565,568	3,529,960	4,161,849	5,273,865	5,681,442
<b>Total</b>	<b>8,460,976</b>	<b>9,806,318</b>	<b>10,325,240</b>	<b>8,418,093</b>	<b>9,579,525</b>	<b>11,612,882</b>	<b>12,690,271</b>

Tabla N° 3.  
Número de atenciones en las IPRESS por sexo, años 2017 al 2023

SEXO/AÑO	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HOMBRES	47,488,629	46,290,483	29,025,001	14,364,072	18,766,585	26,079,434	30,566,059
MUJERES	26,768,907	26,403,712	50,233,399	26,524,133	34,557,967	46,025,052	52,626,172
<b>Total</b>	<b>74,257,536</b>	<b>72,694,195</b>	<b>79,258,400</b>	<b>40,888,205</b>	<b>53,324,552</b>	<b>72,104,486</b>	<b>83,192,231</b>

Tabla N° 4.  
Financiamiento del Sector salud y el SIS, años 2017 al 2023

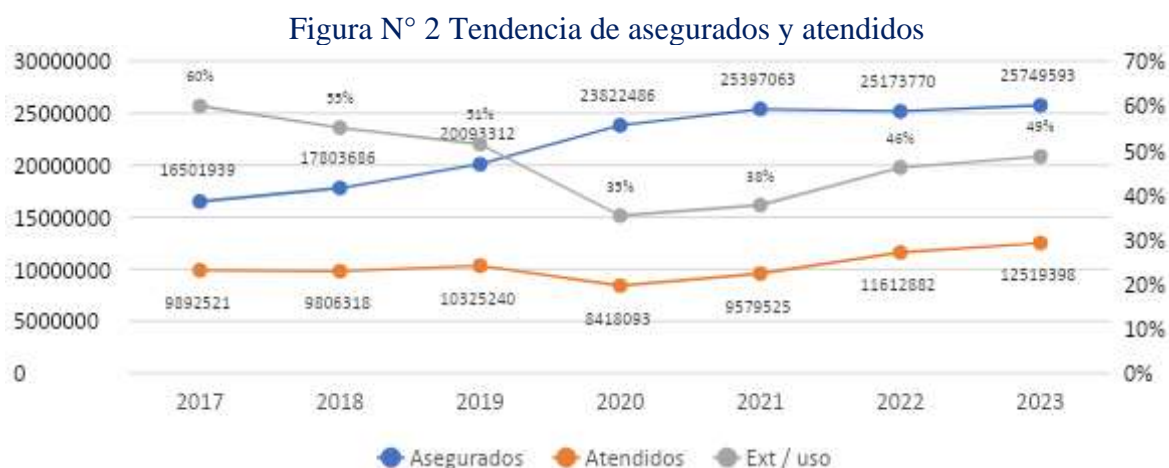
Año	A 2017	A 2018	A 2019	A 2020	A 2021	A 2022	A 2023
SIS	1,418,218,310	1,861,997,419	1,429,739,862	1,622,515,519	1,810,211,602	2,047,398,887	1,842,724,711
SALUD	8,118,764,662	9,370,578,946	9,043,134,039	12,710,575,835	13,538,753,015	13,076,347,305	12,640,766,157

Tabla N° 5.  
Financiamiento del Sector salud y el SIS, años 2017 al 2023

AÑO	DEMANDA GLOBAL SIS (1) *	FINANCIAMIENTO SIS (2) **	AFILIADOS SIS (3)	CAPITA (4) = 2/3	COB FINANCIERA (5)= 2/1
A 2017	3,258,941,005	1,418,218,310	16,501,939	86	43.52%
A 2018	3,345,442,663	1,861,997,419	17,803,686	105	55.66%
A 2019	3,423,622,905	1,429,739,862	20,093,312	71	41.76%
A 2020	3,494,908,505	1,622,515,519	23,822,579	68	46.43%
A 2021	3,560,521,853	1,810,211,602	25,297,171	72	50.84%
A 2022	3,620,944,780	2,047,398,887	25,173,940	81	56.54%
A 2023	3,676,379,583	1,842,724,711	25,775,230	71	50.12%

\* "Estudio financiero actuarial del seguro subsidiado, semisubsidiado y semicontributivo del seguro integral de salud", Cuadro 8.12  
 \*\* Consulta amigable del Ministerio de Economía y Finanzas

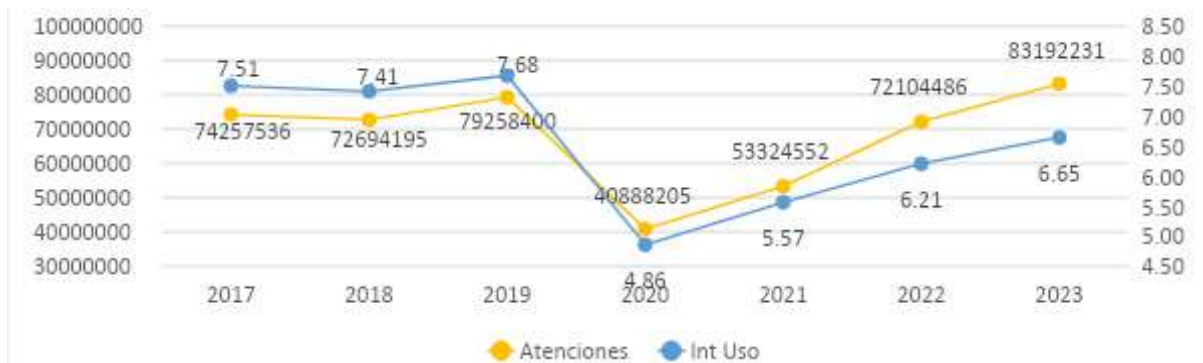
#### 4. Resultados



La figura N° 2 muestra que durante los años 2017 al 2023, el mayor incremento de la población afiliada se dio en el 2020, el cual estaría relacionada con las disposiciones normativas que se dictaron para lograr el aseguramiento universal (DU 017-2019; DU 046/2020, DU 078/2020). Asimismo, se evidencia una disminución ligera entre el 2021-2022, esto podríamos explicarnos por el inicio de la formalización laboral que permitió que pasaran del SIS a otro seguro (Essalud).

Respecto a la tendencia de la cobertura prestacional (atendidos) evaluada durante los años referidos, muestra una caída brusca en 2020, a partir del cual se ha venido recuperando paulatinamente que, si bien en términos absolutos ya ha superado al año de inicio, (12.5 millones en 2023 frente a 9.8 millones en 2017); en términos relativos sigue siendo inferior (49% en 2023 frente a 60% en 2017).

Figura N° 3 Tendencia de atenciones e intensidad de uso



La figura N° 3 que hace referencia a la intensidad de uso (atenciones/atendidos), también se denota que en el año 2020 hubo una drástica caída respecto a las cifras anteriores a la pandemia, cuando la concentración de las atenciones fue por encima de siete (en promedio el asegurado accedía a un establecimiento de salud 7.68 veces al año en 2019), el cual se redujo bruscamente a 4.86 en 2020 a partir del cual se viene recuperando paulatinamente aún sin haber alcanzado la situación anterior a la pandemia.



Figura N° 4 Tendencia de Financiamiento del Sector Salud y el SIS

En cuanto al financiamiento, el presupuesto del Sector salud, creció, en el periodo de estudio, el 55.69%, pasando de 8.1 millones en 2017 a 12.6 millones en 2023, mientras que el presupuesto del SIS creció en 29.9%, pasando de 1.4 millones en 2017 a 1.8 en 2023. Por otro lado, en 2017, a cada asegurado del SIS le tocaba 86 soles mientras que para 2023 solo alcanza 72 soles por asegurado, tal como se evidencia en la figura 4.

## 5. Discusión

La elevada carga de enfermedad en el Perú que incrementa la pérdida de años de vida saludables (AVISA), plantea mejorar la accesibilidad a un seguro de salud público integral.

El acceso al seguro en 2023 alcanzó el 99.2%, mientras que el acceso al servicio de salud, el 46.1 %; respecto a la dimensión financiera, hay un avance del 50.1%. Esto plantea tomar acciones para evaluar cuales serían las brechas y desafíos para optimizar los recursos en salud que permita el cierre de estas brechas.

El estudio con respecto a la primera dimensión, alcanzó una cobertura poblacional del 99.2%, siendo una de las más altas de la región en el momento actual lo que concuerda con estudios recientes que realizaron una comparación en el número de población no asegurada entre Perú y países como Colombia, República Dominicana y México donde se evidencia que el Perú tiene uno de los menores porcentajes de población no asegurada junto a Colombia, una explicación de este escenario es la iniciativa del seguro universal que han venido desarrollándose en Perú, sumado a ello una constante “mejora” del sistema en cuanto a lograr una mayor cantidad de asegurados (31).

Ahora bien, tomando en cuenta que el presente trabajo tiene como objetivo identificar las brechas del uso del Seguro Integral de Salud durante los años 2017-2023 que permita la optimización de los recursos del estado por parte de los gestores en salud, se ha detectado a partir de otros estudios que, en comparación con otros países Latinoamericanos, se puede encontrar que el gasto del sector salud en el Perú, si bien no es el más bajo de la región, es uno de los países que hasta el año 2017 asigna menos a comparación de países como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá y Paraguay; no obstante, Perú se encuentra por encima de países como El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Venezuela (ver Anexo N° 1) (Sánchez-Belmont, 2016).

El estudio realizado evidencia que el gasto gubernamental en salud aumentó de 8.1 mil millones en 2017 a 12.6 millones en 2023, sin embargo, los recursos asignados al SIS porcentualmente disminuyeron del 20% al 15% en el mismo periodo. Otros estudios señalan que el gasto gubernamental peruano en salud como porcentaje del gasto general del gobierno comparado con otros países de la región ha tenido un aumento menos significativo (3 puntos porcentuales desde el 2010 hasta el 2017), en comparación con otros países que han tenido un aumento en 4 o 5 puntos porcentuales, como lo son los casos de Chile, Colombia, así como lo refiere (32) (ver anexo N° 2).

Finalmente, se ha demostrado que los gastos de bolsillo del asegurado se han incrementado; esto quiere decir que, los asegurados siguen asumiendo el costo de los servicios de salud, de cobertura PEAS. Para respaldar este hallazgo, se ha encontrado una información del año 2017 donde el Instituto Nacional de Estadística e Informática especifica que la cobertura financiera era inadecuada porque los peruanos tenían un porcentaje de gasto de bolsillo de 28.3% considerado como uno de los más altos de América Latina (33).

## 6. Conclusiones

Respecto a la cobertura poblacional (acceso al seguro) el SIS pasó de tener 16.5 millones de afiliados en 2017 a 25.7 millones en 2023, con el cual logró cerrar brechas de cobertura poblacional en 99.2%. Las disposiciones normativas que el Estado emitió en materia de aseguramiento universal (DU 017-2019; DU 046/2020, DU 078-2020), aceleró el cierre de esta brecha.

Al evaluar la cobertura prestacional (acceso al servicio), durante los años de estudio, se ha encontrado que, proporcionalmente cada vez menos afiliados acceden a un servicio de salud pasando de una extensión de uso de 60% en 2017 a 49% en 2023. La declaratoria de emergencia por COVID-19, el aislamiento social dispuesta por el gobierno en 2020 y el acelerado incremento de afiliados en este periodo acentuó esta brecha.

Además, cuando se analizó la cobertura financiera, el presupuesto en el sector tuvo un incremento significativo, especialmente en la post pandemia, respecto al SIS fue todo lo contrario, ya que mientras en 2017 se le asignaba a cada afiliado 86 soles, en 2023 solo le correspondió 71 soles.

La brecha poblacional muestra una tendencia al cierre al 99.2% de las cuales solo acceden al servicio de salud el 46% de los asegurados (prestacional), en tanto que el financiamiento del SIS únicamente cubre el 50% de requerimiento global en salud (financiera)

## 7. Implicancias

### a) Estratégicas

La toma de decisiones por parte de los equipos directivos o administrativos en salud está relacionada con la asignación de recursos humanos, infraestructura, para mejorar la atención y el cumplimiento de metas a corto y mediano plazo. En tal sentido las últimas disposiciones del Ministerio de economía y finanzas de Perú están basadas en los resultados que se obtienen por cada ciudadano, es decir por la persona atendida. Este dato proporciona en qué lugar se encuentra la mayor cantidad de población que hace uso de los servicios de salud, así como la incidencia de enfermedad, puesto que expresaría el volumen de casos nuevos de una determinada enfermedad en un tiempo determinado. Esto facilitaría el poder hacer una distribución acertada del presupuesto con criterios de eficacia y eficiencia, acorde a los lineamientos del MEF.

Una correcta gestión respecto a la cantidad de atenciones, es decir la frecuencia, permite identificar qué servicios de salud son los más requeridos o cuales brindan un mayor número de atenciones en la población peruana. De este modo, el dato precisa la demanda de servicios que la población requiere a nivel nacional por lo que ayudaría a la asignación correcta de determinadas especialidades en salud acorde a sus necesidades, lo que generaría una distribución más acertada de recursos humanos y de infraestructura.

Una de las decisiones estratégicas de las autoridades sanitarias en el proceso de la implementación progresiva del aseguramiento universal fue, sin duda, el marco normativo para la afiliación universal (DU 017-2019). Otro aspecto importante, es la política nacional multisectorial en salud al 2030 que señala claramente la estrategia de contención preventiva para hacer frente al problema sanitario actual. Ello requerirá respuestas más eficientes en la organización de la oferta sanitaria, especialmente en el ámbito público que por ahora solo responde al 46% de la población afiliada al SIS.

#### b) Teóricas

Según la revisión de la literatura, la importancia de predictores de uso como son la incidencia y prevalencia, tienen sentido en tanto se refieren al bienestar de la comunidad en su conjunto es decir promover el cumplimiento y respeto de los derechos humanos de todas y todos los ciudadanos principios recogidos en Alma Ata. De estos, el derecho a la salud resulta el más importante, por ello se afirma que los resultados obtenidos en esta investigación sugieren

cambios y mejoras en las decisiones estratégicas que el Estado peruano a través del SIS y del Ministerio de Salud deben de realizar. Asimismo, se añaden a lo señalado por los Objetivos de Desarrollo Sostenible donde está establecido en el 3er objetivo denominado Salud y Bienestar que las instituciones como el Seguro Integral de Salud deban buscar preservar la buena salud y el bienestar integral de todos los peruanos, es por ello, que siempre deben seguir mejorando sus procesos.

Según la literatura revisada, tanto en el modelo de servicio nacional, caracterizado por el financiamiento estatal, como en el modelo de seguros sociales, caracterizado por el financiamiento del trabajador y empleador; se debe poner énfasis en la contención preventiva debido a que los altos costes de financiamiento de seguros de salud y servicios de salud se relacionan con los siniestros y atenciones recuperativas.

Si bien se ha alcanzado el 99.2% de cobertura poblacional, esto no se traduce en el cumplimiento del derecho a la salud puesto que, de cada dos afiliados, solo accede uno a un servicio de salud, lo que representa un reto para los gestores en salud ampliar la dimensión prestacional y financiera, en el marco del aseguramiento universal en salud.

## 8. Limitaciones y futuras investigaciones

Si bien este estudio muestra cómo la gestión del gobierno ha cautelado la atención a los ciudadanos, como oportunidades de mejora para garantizar la calidad de vida de los ciudadanos (cobertura poblacional); sin embargo, en el estudio se han identificado ciertas limitaciones, como la Pandemia por el COVID-19 que obligó el aislamiento social por consiguiente al acceso a los servicios preventivos promocionales, priorizando las emergencias y la atención curativa que podrían representar un sesgo de investigación.

Además, no se ha encontrado literatura actual que muestre la gestión del gobierno en temas de salud pública por lo que comparar con otros estudios en los años de aplicación representa una limitación; de este modo, se propone como futura investigación replicar este estudio en contextos internacionales a fin de realizar estudios comparativos.

## 9. Referencias bibliográficas

1. Gamboa Bernal GA. Los objetivos de desarrollo sostenible: una perspectiva bioética. *Pers Bioet.* 2015 Nov 1;19(2):175–81.
2. Debie A, Nigusie A, Gedle D, Khatri R, Assefa Y. Building a resilient health system for universal health coverage and health security: a systematic review. Vol. 9, *Global Health Research and Policy*. BioMed Central Ltd; 2024.
3. Hullegie P, Klein T. The effect of private health insurance on medical care utilization and self-assessed health in Germany Standard-Nutzungsbedingungen [Internet]. 2010. Available from: <https://hdl.handle.net/10419/36913>
4. Ministerio de Salud. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. 2020.
5. ONU. La Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. 2018. Available from: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
6. Ekhatior-Mobayode U, Gajanan S, Ekhatior C. Does Health Insurance Eligibility Improve Child Health: Evidence From the National Health Insurance Scheme (NHIS) in Nigeria. *Cureus.* 2022 Sep 1;
7. Erlangga D, Suhrcke M, Ali S, Bloor K. The impact of public health insurance on health care utilisation, financial protection and health status in low- And middle-income countries: A systematic review. Vol. 14, *PLoS ONE*. Public Library of Science; 2019.
8. Conferencia Internacional de atención Primaria. Conferencia internacional de atención primaria de salud Alma-Ata, URSS [Internet]. 1978 [cited 2024 May 27]. Available from: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
9. Chávez J, Mujica F. ¿Es la salud un sistema funcional? Lineamientos para una codificación sistémica de la salud. *Revista Mad.* 2022;(47):11–34.
10. Goetjes E, Blankart K. Insurance barriers and inequalities in health care access: evidence from dual practice. *Health Econ Rev.* 2024 Dec 1;14(1).
11. Badía R. Los sistemas de salud en América Latina. Una visión actual con análisis retrospectivo y perspectiva de futuro. *Gestión Diaria del Hospital.* 2006.
12. Tobar F. La atención de la salud [Internet]. 2023 [cited 2024 May 27]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
13. Tobar F. Políticas de salud centradas en la familia y la comunidad. In Buenos Aires: Fundación Konrad Adenauer; 2013.
14. Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O. El sistema de salud en Perú, situación y desafíos. Primera Edición. Perú; 2016.
15. Tsevelvaanchig U, Gouda H, Baker P, Hill P. Role of emerging private hospitals in a post-Soviet mixed health system: A mixed methods comparative study of private and public hospital inpatient care in Mongolia. *Health Policy Plan.* 2017 May 1;32(4):476–86.
16. Carrillo-Larco RM, Cristobal Guzman-Vilca W, Leon-Velarde F, Bernabe-Ortiz A, Michelle Jimenez M, Penny ME, et al. Peru – Progress in health and sciences in 200 years of independence. *The Lancet Regional Health - Americas* [Internet]. 2022;7:100148. Available from: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
17. OMS. El derecho a la salud [Internet]. 2008 [cited 2024 May 27]. Available from: <https://www.ohchr.org/es/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-31-right-health>

18. Philipps F. Resolución jefatural N°000217-2023-SIS/J. Seguro Integral de Salud. 2023;472. <https://www.gob.pe/institucion/sis/normas-legales/3680106-217-2022-sis-j>
19. Bonett C, Rosales T, Antón P, Yépez L, Niñez L. Seguro Integral de Salud como Política Pública Insostenible. *Revista inclusiones* [Internet]. 2020;7:40–58. Available from: <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/1197>
20. Ministerio de Salud. Decreto Supremo N°023-2021-SA. 2021. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2039386-023-2021-sa>
21. El Peruano. Normas Legales. 2013. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/197027-1163>
22. El Peruano. Ley N° 29344. 2009. <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/229356-29344>
23. Gutiérrez C, Romani F, Wong P, Del Carmen J. Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: Un reto para la reforma de salud en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2018;79(1).
24. Rojas R. El efecto del aseguramiento universal sobre los gastos de bolsillo en salud en el Perú, Periodo 2012-2018. 2020.
25. Maldonado A. Efecto del aseguramiento sobre el gasto de bolsillo de los consumidores en salud durante el período 2007-2019 [Internet]. 2023. Available from: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/671057>
26. Velásquez A, Suarez D, Nepo-Linares E. Reforma del sector salud en el Perú: Derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016 Jul 1;33(3):546–55.
27. Ministerio de Salud. Boletín estadístico del seguro integral de salud. 2017.
28. Flores P, Hurtado S, Briones Y. Informe de evaluación de resultados PEI-POI. 2023.
29. Del Carmen J. Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019 Jun 1;36(2):288–95.
30. Levin, Rubin, Del Valle, Gómez. *Estadística para administración y economía*. Segunda edición. México: Pearson Education; 2004.
31. Bancalari A, Berlinski S, Buitrago G, García F, De La Mata D, Vera-Hernández M. Sistema de salud y inequidades en salud en América Latina. 2023.
32. Sánchez-Belmont M. Estudio comparativo de los sistemas de salud en América Latina. 2016.
33. Tanaka M. Las elecciones y el bicentenario. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2021;244.

## 10. Anexos

TABLA 1: Elaboración por Sanchez-Belmont Montiel

País	Gasto total en salud (per cápita, dls. constantes)							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Argentina	\$ 1,578.81	\$ 1,648.19	\$ 1,657.03	\$ 1,691.37	\$ 1,640.34	\$ 1,794.31	\$ 1,521.08	\$ 1,916.50
Bolivia	\$ 275.56	\$ 289.62	\$ 310.19	\$ 352.12	\$ 394.06	\$ 456.94	\$ 494.89	\$ 491.68
Brasil	\$ 1,131.52	\$ 1,166.13	\$ 1,192.03	\$ 1,276.43	\$ 1,363.77	\$ 1,392.56	\$ 1,401.01	\$ 1,472.23
Chile	\$ 1,235.45	\$ 1,384.00	\$ 1,517.94	\$ 1,680.94	\$ 1,793.68	\$ 1,905.63	\$ 1,980.84	\$ 2,228.56
Colombia	\$ 748.65	\$ 778.45	\$ 811.39	\$ 919.54	\$ 956.48	\$ 1,007.08	\$ 1,017.09	\$ 1,039.16
Costa Rica	\$ 1,033.16	\$ 1,100.99	\$ 1,119.30	\$ 1,145.27	\$ 1,197.01	\$ 1,231.36	\$ 1,236.97	\$ 1,262.16
Cuba	\$ 2,022.24	\$ 2,148.03	\$ 1,867.42	\$ 2,203.60	\$ 2,675.05	\$ 3,142.44	\$ 2,463.02	\$ 2,485.81
Ecuador	\$ 652.44	\$ 780.78	\$ 892.08	\$ 946.79	\$ 993.11	\$ 985.94	\$ 937.01	\$ 958.86
El Salvador	\$ 508.33	\$ 530.32	\$ 512.04	\$ 543.83	\$ 559.49	\$ 578.75	\$ 602.94	\$ 582.74
Guatemala	\$ 404.43	\$ 406.31	\$ 422.92	\$ 448.20	\$ 448.80	\$ 464.23	\$ 478.03	\$ 474.85
Honduras	\$ 339.24	\$ 355.79	\$ 364.54	\$ 367.17	\$ 365.31	\$ 355.85	\$ 389.89	\$ 394.76
México	\$ 886.77	\$ 915.00	\$ 973.21	\$ 1,000.90	\$ 984.43	\$ 1,026.04	\$ 1,020.01	\$ 1,035.59
Nicaragua	\$ 278.19	\$ 314.16	\$ 347.11	\$ 360.39	\$ 404.98	\$ 423.59	\$ 486.96	\$ 506.15
Panamá	\$ 1,097.88	\$ 1,131.18	\$ 1,236.90	\$ 1,336.50	\$ 1,461.77	\$ 1,513.59	\$ 1,681.00	\$ 1,794.81
Paraguay	\$ 443.99	\$ 509.45	\$ 659.67	\$ 666.35	\$ 768.93	\$ 802.62	\$ 832.87	\$ 866.63
Perú	\$ 464.76	\$ 480.68	\$ 531.15	\$ 559.88	\$ 613.14	\$ 637.19	\$ 670.38	\$ 681.23
Rep. Dominicana	\$ 608.42	\$ 642.06	\$ 689.48	\$ 711.78	\$ 782.41	\$ 855.89	\$ 929.43	\$ 985.73
Uruguay	\$ 1,438.06	\$ 1,546.13	\$ 1,650.44	\$ 1,762.65	\$ 1,837.49	\$ 1,907.91	\$ 1,986.32	\$ 2,101.91
Venezuela	\$ 1,107.33	\$ 1,218.77	\$ 1,160.95	\$ 1,022.67	\$ 1,019.93	\$ 846.86	\$ 445.03	\$ 141.02

TABLA 2: Elaboración por Sanchez-Belmont Montiel

Gasto gubernamental general en salud como porcentaje del gasto general del gobierno								
País	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Argentina	17	16	17	17	16	16	13	16
Bolivia	10	9	8	8	9	10	11	12
Brasil	9	9	9	9	10	10	10	10
Chile	14	14	15	15	16	16	17	18
Colombia	17	17	17	18	17	17	18	17
Costa Rica	32	33	31	29	29	29	29	27
Cuba	14	15	11	14	18	18	17	16
Ecuador	9	9	10	10	10	11	11	12
El Salvador	18	20	19	20	20	21	21	19
Guatemala	14	14	14	16	16	18	18	17
Honduras	14	15	13	11	11	11	12	12
México	11	11	11	11	11	11	11	11
Nicaragua	13	16	15	16	18	17	20	19
Panamá	19	18	17	17	18	19	22	20
Paraguay	9	10	9	10	11	11	11	10
Perú	12	12	13	12	13	14	15	15
Rep. Dominicana	16	17	14	16	14	14	16	16
Uruguay	17	18	18	18	18	19	19	20
Venezuela	8	8	7	6	5	4	2	1

