

MARTÍN TANAKA
EDITOR

2021

Capítulo 9

**LAS ELECCIONES
Y EL BICENTENARIO**

**¿Oportunidades desperdiciadas
o aprovechadas?**



2021: las elecciones y el bicentenario
¿Oportunidades desperdiciadas o aprovechadas?
Martín Tanaka, editor

© Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, 2021
Av. Universitaria 1801, Lima 32, Perú
feditor@pucp.edu.pe
www.fondoeditorial.pucp.edu.pe

Diseño, diagramación, corrección de estilo y cuidado de la edición:
Fondo Editorial PUCP

Primera edición: julio de 2021
Impresión por demanda

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio,
total o parcialmente, sin permiso expreso de los editores.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2021-06705
ISBN: 978-612-317-664-8

Impreso en Aleph Impresiones S.R.L.
Jr. Risso 580, Lima - Perú

PERSPECTIVAS DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Edmundo Beteta¹

En las últimas décadas, si bien los principales indicadores de salud agregados del país —esperanza de vida, mortalidad general, mortalidad infantil y materna, y desnutrición infantil— mejoraron junto con el crecimiento económico y los esfuerzos del Estado, quedó como tarea pendiente reducir desigualdades en estos y en el acceso a servicios, entre población de distintas características como nivel socioeconómico, etnia o localización (urbano y rural). Para conseguirlo, es clave fortalecer la política de financiamiento de la salud, que consiste en recaudar recursos, mancomunar (proteger a personas de distinto riesgo de enfermar) y asignar presupuesto a los establecimientos (prestadores) de servicios de salud. En esta materia, según cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), entre 2007 y 2017, los afiliados a algún seguro aumentaron del 42% al 75% de la población; mientras que en el Seguro Integral de Salud (SIS), los beneficiarios subsidiados crecieron de 5 a 13 millones en 2017 y son más de 20 millones en 2020². Así, el pre-

¹ Magíster en Economía por Georgetown University. Docente del Departamento Académico de Economía de la PUCP.

² Los datos del INEI provienen del reporte de la población, a diferencia de los registros del SIS (Beteta, Edmundo & Oliver Elorreaga [2020a]). En busca de un seguro

supuesto del sector público ascendió de S/ 7347 millones, en 2009, a S/ 20 560 millones en 2019³. Los avances, sin embargo, no revirtieron deficiencias estructurales del sistema que, en los años previos a la pandemia, fueron motivo de insatisfacción ciudadana.

Dos limitaciones centrales del sector son el insuficiente presupuesto o capacidad de movilizarlo; y la inadecuada organización y gestión de funciones básicas de un sistema de salud (la rectoría, el financiamiento y la provisión de servicios). Lo segundo alude a las debilidades en la conducción del Minsa, la segmentación inequitativa e ineficiente de la población de acuerdo con su nivel socioeconómico y tipo de aseguramiento (EsSalud, SIS, privado), y la precariedad en recursos y administración de establecimientos de salud. Algunas de las manifestaciones de los problemas mencionados son las siguientes:

1. Un sector subfinanciado: el gasto público representó aproximadamente el 3,1% del PBI en 2017, menos que lo recomendado por OMS (6%) y que el promedio de países más desarrollados (9%); y fue deficiente su ejecución (en algunos años, apenas 50% del presupuesto para equipamiento e inversiones).
2. Barreras de acceso: cerca de la mitad de los que enferman logran atención, y menos de 32% en el subconjunto de afiliados del SIS. La población más pobre no acude a establecimientos por problemas financieros, insuficiente disponibilidad y calidad de los servicios y percepción de demora y mal trato en la atención.

público comprador: el caso del SIS. *Revista Económica*, XI). Para más información, véase: <http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/AseguradoMensual.html>

³ Incluye establecimientos del Minsa y gobiernos regionales (GORE), excluye a EsSalud. Los datos son nominales y corresponden al Presupuesto Institucional de Apertura (Beteta, Edmundo & Oliver Elorreaga [2020b]). Un breve diagnóstico institucional del SIS, en Francisco Durand, Emilio Salcedo, Edmundo Beteta, Oliver Elorreaga y Camila Gianella (2020). *Patologías del sistema de salud peruano* (pp. 145-264). Lima: Fondo Editorial PUCP.

3. Cobertura financiera inadecuada: el porcentaje del gasto de bolsillo (respecto del total) que aportan los hogares en Perú (28,3%) es uno de los más altos de América Latina. Desde 2008, más del 38% de afiliados del SIS pagó por consulta, medicamentos o exámenes médicos. La población de menores recursos reprime o posterga su demanda o compra en farmacias (lo último afecta a más del 80% de los afiliados del SIS que gastaron de su bolsillo en medicamentos).
4. Ineficiencia y corrupción: la OMS estima que entre el 20% y 40% del presupuesto se pierde por malas prácticas. Perú es uno de los cinco países de América Latina con mayor reporte de cobros indebidos en hospitales, según un estudio reciente de Transparencia Internacional, y, junto con el uso del sistema público para derivar pacientes a establecimientos privados, afectan principalmente a los pobres.
5. Falencias específicas en aspectos claves de rectoría y financiamiento: en el primer caso, el liderazgo del Minsa fue insuficiente para establecer reglas de juego, prioridades de salud, acreditación de calidad de establecimientos y coordinaciones con otras entidades (como EsSalud, ministerios de Defensa e Interior, sector privado); en el segundo, el presupuesto público fragmentado y orientado por distintas instituciones (Minsa, MEF, SIS), en sus componentes mayoritarios (presupuesto histórico para cubrir costos fijos de hospitales), impide conocer y gestionar los costos de los servicios y no motiva a los prestadores a mejorar el servicio a la ciudadanía, en un contexto de precariedad de infraestructura, equipamiento y condiciones de trabajo. Los seguros públicos o IAFAS (Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, como SIS y EsSalud) muestran inadecuadas capacidades como «compradores»; es decir, como entidades que deberían asignar recursos a los establecimientos en

función de las necesidades de la población y del desempeño en la atención de la población.

El fortalecimiento del liderazgo público es ineludible. En países desarrollados, el financiamiento público es predominante. Las fallas del mercado —los seguros privados no tienen suficientes incentivos para dar cobertura a población de distinto nivel de riesgo— dificultan que este por sí solo provea aseguramiento universal. Para avanzar hacia la universalidad, el reto del próximo gobierno radicará en profundizar el desarrollo de las funciones de rectoría y financiamiento, lo que contribuiría a mejorar la atención en establecimientos de salud (lo más visible para la gente) y reducir la segmentación e inequidades. Esto, en un contexto de restricciones fiscales y presiones alcistas en costos por el aumento de la esperanza de vida y enfermedades crónicas, y por tendencias tecnológicas y de medicalización de la salud. Así, para finalizar, señalo algunos desafíos que tenemos por delante:

1. Si bien existe debate sobre las opciones de recaudación (pagos directos de la población versus impuestos generales), los recursos en el corto plazo provendrán del (limitado) espacio fiscal.
2. El acceso universal contiene tres dimensiones: el porcentaje de asegurados, el conjunto de necesidades de salud cubiertas (o Plan de Beneficios en Salud-PBS) y la proporción de cobertura financiera. Afiliar a la población es solo el primer paso. El reto es abordar las dos cuestiones restantes. Por esto, el Minsa debe explicitar prioridades de salud (PBS) en tratamientos que maximicen el bienestar de la sociedad, y que sean derechos garantizados susceptibles de rendición de cuentas. El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), establecido en 2009 a partir de 140 condiciones asegurables, debió cumplir este rol, pero careció de relevancia para definir las inversiones y asignación de los recursos del sector, y requiere revisión, legitimidad social y viabilidad presupuestal, así como un diagnóstico de la capacidad

de la oferta asistencial para cubrir las principales necesidades de la ciudadanía. Según la disponibilidad de recursos fiscales en los próximos años, podrá ser escalable, lo que hará transparentes su contenido y sus costos para orientar el gasto de manera más eficiente y equitativa y progresar en la tercera dimensión (cobertura financiera efectiva de los que enferman).

3. El Minsa, como ente rector, debería, como mínimo, establecer el PBS (por ejemplo, posicionar el PEAS y su gobernanza), y en función de este impulsar un sistema de acreditación de calidad de prestadores; promover mayor capacidad de respuesta de la atención primaria (en postas y centros de salud) y el acceso a medicamentos; propiciar mayor coordinación de las diversas formas de financiamiento público del régimen subsidiado (presupuesto histórico, programas presupuestales, SIS) y con otros subsistemas como el contributivo (EsSalud). Esto último para que el acceso a la salud sea independiente de la condición laboral o de ingresos, por ejemplo, con información común sobre afiliados, para que reciban servicios indistintamente en hospitales de Minsa y EsSalud.
4. La función de financiamiento requiere el fortalecimiento de las IAFAS (SIS, EsSalud) y el incremento de sus capacidades para contratar con prestadores en mejores condiciones para sus afiliados, y para monitorear el desempeño de los establecimientos. La eventual integración de subsistemas públicos (Minsa y Mintra) debería explicitar objetivos de equidad y eficiencia con viabilidad técnica y política, y un proceso gradual que podría empezar con la construcción y gestión de información (por ejemplo, una ficha clínica electrónica para cualquier persona) y de protocolos de atención similares. Las enfermedades de alto costo (por ejemplo, oncológicas) necesitan consolidar un fondo específico con buenas prácticas de gestión.

5. En todas las funciones (rectoría, financiamiento, provisión de servicios) es impostergable consolidar la calidad del servicio civil; por ejemplo, mediante el respaldo de SERVIR en el reclutamiento meritocrático en un conjunto de posiciones clave, en direcciones de hospitales públicos y áreas técnicas de Minsa, SIS y GORE. Asimismo, conviene vincular recursos adicionales para el personal con mejores condiciones de trabajo y de atención a la ciudadanía.
6. Cualquier combinación de medidas requiere una coalición política que incluya a trabajadores y trabajadoras del sector salud y a la sociedad, para enfrentar los intereses contrarios al cambio, que conviene entender por su naturaleza diversa.