



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**DETERMINANTES DE LA AFILIACIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE
SALUD EN EL PERÚ: EL CASO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

AKRAM ABDUL HERNÁNDEZ VÁSQUEZ

PROFESOR GUÍA:

PATRICIO ANDRÉS VALENZUELA AROS

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:

MARÍA FERNANDA MELIS JACOB
ANTONIO GALDAMES SEPÚLVEDA

SANTIAGO DE CHILE

2014

RESUMEN DE LA TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS
POR: Akram Abdul Hernández Vásquez
FECHA: 18/12/2014
PROFESOR GUÍA: Patricio Andrés Valenzuela Aros

DETERMINANTES DE LA AFILIACIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN EL PERÚ: EL CASO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

En el Perú, la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS) en el año 2002 ha sido el pilar fundamental del sector público para avanzar hacia la Cobertura Universal en Salud y financiar las atenciones a las personas en situación de pobreza. Sin embargo, aun cuando la afiliación al SIS se ha convertido en el seguro de salud que alberga la mayor cantidad de afiliados, el acceso efectivo a la atención en salud ha sido poco estudiado. Siendo así, el presente estudio de caso tiene como principal objetivo, el aportar evidencia empírica sobre el desempeño del SIS, en términos de cobertura y acceso a servicios de salud de la población afiliada.

Respecto a la metodología, es un estudio con enfoque cuantitativo y no experimental de diseño transversal en el que se examinaron los determinantes y efectos que la afiliación al SIS proporciona en la cobertura de la protección social y el acceso a servicios de salud en el Perú. Se aplicó un set de regresiones para grupos de comparación mediante el software de análisis estadístico Stata 11, donde los datos usados provienen de la Encuesta Nacional de Hogares 2013, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú.

La evidencia empírica se obtuvo a partir de la estimación de un conjunto de especificaciones de un modelo Probit para los determinantes y el uso de diversos servicios en diferentes configuraciones que permiten esclarecer a la pregunta: ¿Cuáles son los determinantes de la afiliación al Seguro Integral de Salud y el efecto que la afiliación proporciona en el acceso a los servicios de salud públicos en el Perú?

En particular, se estimaron los efectos marginales de cada variable sobre la probabilidad de ser afiliado al SIS y sobre el acceso a los servicios de salud públicos. Los resultados indican que las características de poseer documento de identidad, el gasto per cápita y la condición de ser menor de edad, son las más relevantes para ser afiliados al SIS. En relación al acceso, se estimó que la afiliación al SIS tiene un efecto positivo en el acceso a los servicios de salud, especialmente en las personas en situación de pobreza y para los residentes en la costa. Se recomienda revisar la situación de las personas carentes de afiliación al SIS que se encuentran por debajo de la línea de pobreza, la oferta de servicios de salud en zonas geográficas alejadas y las actuales brechas en el acceso a los servicios hospitalarios.

DEDICATORIA

A la memoria de mi madre, Myriam. A ella se lo debo todo. Siempre permanecerá en mi corazón como una madre ejemplar y valiente mujer.

A mi hermano, Selwyn. Sin duda, mi principal apoyo.

A mi sobrina, Luciana, a quien adoro y llena mi existencia de alegrías. Su conteo regresivo de días para volver al Perú fue el mejor cronograma para culminar el presente estudio.

AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento a la Agencia de Cooperación Internacional de Chile (AGCI) por haberme otorgado una beca para la realización del magíster que ahora concluyo.

A los profesores del Magíster en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad de Chile por sus enseñanzas impartidas.

A mi profesor guía, Patricio Valenzuela, por su orientación, tiempo y confianza que depositó en mí para finalizar el estudio de caso.

A mis familiares, por el apoyo incondicional a lo largo de mi vida.

A mis amigos, Marcos, Nilthon y William, por pasar a mi lado los momentos de la vida en el MGPP y estar siempre en las buenas y las malas.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE CASO.....	1
CAPÍTULO II: ANTECEDENTES.....	5
CAPÍTULO III: MARCO CONCEPTUAL.....	10
3.1 El Seguro Integral de Salud como elemento clave de la Cobertura Universal en Salud en el Perú	10
3.2 Evaluación de la Cobertura Universal en Salud	14
3.3 Problemas y desafíos de la implementación de la Cobertura Universal en Salud en el Perú	15
CAPÍTULO IV: DATOS UTILIZADOS	21
CAPÍTULO V: METODOLOGÍA	27
5.1 Aspectos generales	27
5.2 Análisis estadístico.....	27
CAPÍTULO VI: RESULTADOS	30
6.1 Determinantes de la afiliación al Seguro Integral de Salud	30
6.2 Acceso a los servicios de salud	33
6.2.1 Submuestra 1: Acceso a los servicios de salud para los afiliados al SIS según niveles de pobreza	33
6.2.2 Submuestra 2: Acceso a los servicios de salud para los afiliados al SIS según regiones naturales	36
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	40
GLOSARIO.....	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXO	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Indicadores socioeconómicos y de salud en países de América Latina para el año 2011.....	50
Tabla 2 Uso de servicios de salud según quintiles de gasto (% de la población)	51
Tabla 3 Estadísticas descriptivas	52
Tabla 4 Probit y efectos marginales para los determinantes de la afiliación al Seguro Integral de Salud.....	53
Tabla 5 Probit para el acceso a la atención según niveles de pobreza.....	54
Tabla 6 Efectos marginales para el acceso a la atención según niveles pobreza.....	55
Tabla 7 Probit según regiones naturales.....	56
Tabla 8 Efectos marginales según regiones naturales	57

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1 Costos de las necesidades no satisfechas en la atención de salud. . .	6
Figura 2 Sistema de salud público peruano: financiamiento y provisión de servicios de salud.	13
Figura 3 Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal.	14

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE CASO

El derecho de la persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, se considera como un derecho humano fundamental. A nivel internacional, el vínculo entre los derechos humanos y la salud se instaura por primera vez en el año 1946, específicamente, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, siendo el nivel más alto de salud un derecho fundamental de todo ser humano (Gruskin, Mills, & Tarantola, 2007). A su vez, el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹ brinda la interpretación más aceptada en la actualidad del derecho a la salud, que ha sido ratificado por más de 150 países, entre ellos el Perú y reconocido en su Constitución Política². Todo ello muestra un proceso creciente de ir concretando a través del reconocimiento de derechos una garantía para el acceso a la asistencia médica en caso de enfermedad.

Para hacer realidad el derecho a la salud, se requiere entre otros, que los países aseguren la disponibilidad de recursos, el acceso y la calidad en la prestación de los servicios de salud (Ali, 2014). En general, la atención de la salud debe ser proporcionada a todos sin distinción para garantizar efectivamente el respeto a un derecho humano fundamental.

En ese sentido, se debe tener presente que en muchos países, el gasto en salud ha aumentado progresivamente en el tiempo, llegando incluso a superar el crecimiento del Producto Bruto Interno (McDonnell, 2006). Las razones del aumento en el gasto en salud público y privado son múltiples. En primer lugar, los avances tecnológicos en medicina permiten hoy en día el tratamiento de enfermedades que antes eran incurables, reduciendo así la mortalidad, pero ocasionando altos costos para el sistema de salud. En segundo lugar, los cambios demográficos que se observan en el mundo han conllevado a un incremento en la población longeva, que a nivel de los servicios de salud se ha reflejado en una mayor demanda de productos y servicios específicos para ese grupo poblacional.

Sumado a ello, Marmot (2005) destaca que a nivel mundial se viene observando el crecimiento de las desigualdades en salud que forman un patrón asociado entre salud y condiciones socioeconómicas de una

¹ Artículo 12:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

² Artículo 7: "Todos tienen derecho a la protección de su salud (...)" y el Artículo 10: "El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida".

determinada población, cuyo resultado puede afectar en sentido positivo o negativo a millones de personas. Para el autor las razones de estas desigualdades en salud son complejas y envuelven múltiples factores que se relacionan con importantes determinantes sociales de la salud y que son independientes de conductas individuales, factores genéticos o estilos de vida y por lo tanto son considerados como fallas de los sistemas de salud. Consecuentemente, diversas organizaciones internacionales, como la OMS y los gobiernos de diversos países han establecido como objetivo político primordial la reducción de las desigualdades en salud (Davies & Sherriff, 2014).

Bajo ese contexto, el gobierno peruano inició grandes reformas del sistema de salud en la década del noventa con la finalidad de reducir las desigualdades en salud mediante acciones orientadas a garantizar el acceso y financiamiento de todo peruano a la provisión de servicios de salud, poniendo énfasis en mejorar las intervenciones de salud pública y ampliar el acceso para satisfacer las necesidades de salud en la población. Con el tiempo, y sustentado por un fuerte apoyo político, en el año 2009 una nueva reforma se hizo efectiva, mediante la promulgación de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que tuvo como objetivo establecer el marco normativo de la Cobertura Universal en Salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la protección social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento (Alcalde-Rabanal, Lazo-González, & Nigenda, 2011). Un componente sustancial de esta reforma en perspectiva de derechos, fue la búsqueda progresiva del derecho pleno de toda persona a la protección social orientada a lograr que toda la población residente en el territorio peruano disponga de un seguro de salud que le permita el acceso a los servicios sanitarios en caso de enfermedad (Barboza-Tello, 2009).

Por otra parte, es importante señalar el creciente interés a nivel internacional por la generación de evidencias a partir de la elaboración de investigaciones aplicadas a la toma de decisiones en políticas de salud pública (Nutbeam & Boxall, 2008; Rychetnik et al., 2012). El rol de la evidencia en la formulación de políticas públicas ha sido ampliamente descrito y explicado de diversas formas, desde una relación directa de sólidas investigaciones y evaluaciones con la formulación de políticas hasta la reformulación de políticas teniendo como punto de partida evidencias que son consideradas opcionales o de relevancia marginal. Teniendo en consideración que los sistemas de salud son diversos y complejos, es precisamente en ese escenario, que los tomadores de decisiones en políticas públicas de salud se enfrentan a la difícil tarea de desarrollar e implementar políticas o programas que sean eficaces para el sistema y para la población beneficiaria (Brownson, Fielding, & Maylahn, 2009). Ante ello, se espera que las evidencias en salud pública puedan contribuir a mejorar los resultados de las políticas, proporcionando

elementos que puedan mejorar la comprensión del proceso de toma de decisiones, generen soluciones potenciales, evalúen costos y beneficios, y la efectividad de las mismas.

En tal sentido, y teniendo en consideración que a principios de la década del 2000 existía un limitado acceso a los servicios de salud como consecuencia de barreras socioeconómicas que originaron que cerca de trece millones de peruanos no puedan acceder a la protección social de salud; el gobierno peruano planteó una política de aseguramiento público destinada principalmente a la población de bajos recursos, la cual quedó a cargo del Seguro Integral de Salud (SIS) como institución financiadora de los servicios de salud que se brindaban a sus asegurados. Sin embargo, a pesar que esta política fue creada para facilitar el acceso a los servicios de salud de la población vulnerable, en sus inicios el acceso era limitado para esta población, concentrándose el acceso hacia los niveles socioeconómicos medios y zonas urbanas del Perú. Surge por tanto, la necesidad de evaluar mediante estudios pormenorizados la puesta en práctica y los efectos de dicha política en el tiempo.

Siendo así, el estudio de caso que se presenta a continuación centra su atención en el acceso a la protección social en salud que confiere el SIS y que debido a los diversos cambios en el devenir del tiempo no ha sido integrado a las publicaciones sobre políticas de salud en el Perú ni se toman en consideración a ciertos grupos vulnerables. Más específicamente, el interés en el tema propuesto se fundamenta en que, aún cuando hoy el aseguramiento público en salud por parte del SIS es una de principales acciones en materia de políticas sociales, es crucial mejorar sus resultados, a partir de la obtención de evidencia empírica de los mismos. Para ello, se debe prestar interés en explicar cómo ciertas variables específicas han influido en la afiliación al SIS, es decir que características a nivel individual tienen un efecto positivo o negativo para ser incluido como beneficiario del seguro de salud que proporciona el SIS. Asimismo, a partir de lo anterior, resulta pertinente identificar las diferencias existentes en el acceso a los servicios de salud para aquellas personas afiliadas al SIS que teniendo una necesidad de atención, logran o no recibirla, y que de manera indirecta podría ser considerado como una medida de desempeño tanto del SIS como de los servicios de salud.

Dicho escenario es tratado por medio de la exploración de información secundaria disponible a nivel nacional. Específicamente, el propósito central del estudio es evaluar quiénes acceden al SIS y su efecto sobre el acceso a los servicios de salud de la población por debajo de la línea de pobreza, para lo cual, se plantea esclarecer a la pregunta: ¿Cuáles son los determinantes de la afiliación al Seguro Integral de Salud y el efecto que la afiliación proporciona en el acceso a los servicios de salud públicos en el Perú?

Por tal motivo, la metodología de abordaje del problema propuesto, fue cuantitativa. Se inicia con una descripción de las variables contenidas en la Encuesta Nacional de Hogares 2013 para luego, procesarlas y analizarlas mediante técnicas estadísticas con el uso de un programa de análisis de datos. Lo anterior fue complementado con la revisión de fuentes bibliográficas disponibles con la finalidad de aproximar algunos elementos para el estudio.

El estudio además de los anexos, está organizado como se explica a continuación. Un primer capítulo corresponde a la presente introducción. Seguidamente, se presenta un capítulo con los antecedentes de la protección social de la salud a nivel internacional y en el Perú. El capítulo tres, aborda el marco conceptual, en el que se realiza un breve repaso de la Cobertura Universal en Salud y su proceso de implementación en el Perú. En el capítulo cuatro se describe la encuesta de análisis y los datos utilizados a través de variables. Seguidamente, el capítulo cinco desarrolla la metodología y las regresiones planteadas para el estudio de caso. El capítulo seis, se desarrollan las estimaciones estadísticas y se analizan los resultados que permitirán responder a la pregunta de investigación y proporcionar elementos que nos aproximen al efecto del SIS en el acceso a la protección social como puerta de ingreso necesaria al sistema de salud de la población objetivo, que formará parte de las principales conclusiones y recomendaciones del estudio que se presentan en el capítulo siete.

CAPÍTULO II: ANTECEDENTES

La salud es definida en la Constitución de la OMS como un derecho humano fundamental (OMS, 2012). Para ello, la Cobertura Universal en Salud ha sido altamente recomendada por diversos organismos internacionales como un medio para mejorar la calidad de vida de las personas y corregir la desigualdad en el acceso a la atención de salud (OMS, 1981; Banco Mundial, 1993).

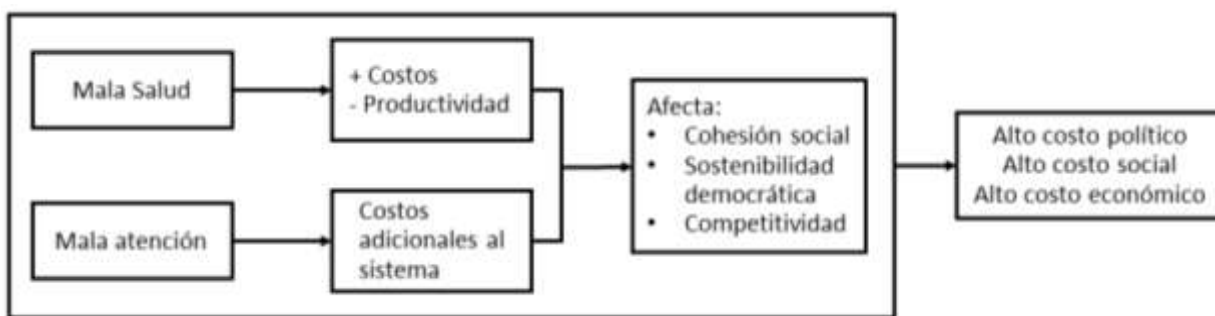
Con este planteamiento como contexto, la Cobertura Universal en Salud (CUS) se ha convertido en tema ampliamente debatido para la mayor parte de los países y la comunidad internacional, así como también, de los medios para lograrla (Tarricone, 2013). En el transcurso del tiempo, la CUS ha pasado de ser un anhelo a una realidad en la mayoría de los países desarrollados y en muchos países, especialmente aquellos en vías de desarrollo, todavía sigue siendo no más que un ideal dentro de las políticas sociales.

La definición de CUS, pueden ser muy variadas, debido a que no existe un único concepto que la describa por completo. Stuckler, Feigl, Basu, y McKee (2010) realizaron una revisión sistemática de la literatura en un esfuerzo por aclarar que se entiende por CUS. Los autores plantean que la definición contiene cinco temas principales: acceso a la atención de la salud, cobertura, ingreso al sistema de salud, enfoque basado en derechos, y la protección social y del riesgo económico.

Lo anterior debe tener en consideración, la complejidad, dinamismo y adaptación de todo sistema de salud, por lo cual, diversos autores y organismos internacionales han señalado que para mejorar su rendimiento, todos los elementos que lo conforman deben desarrollarse y fortalecerse acorde a los cambios actuales y necesidades específicas de la población (Frenk, 2010; De Savigny & Adam, 2009), no sólo para contribuir con la mejora de la salud de la población, sino también con la cohesión social, la sostenibilidad democrática y la competitividad, cuyas afectaciones generan altos costos en la sociedad.

A continuación se muestra en la Figura 1 las interrelaciones entre las necesidades no satisfechas en salud y sus consecuencias a nivel político, social y económico que se generan a partir del desequilibrio en la salud de las personas y de las deficiencias de la atención ante las necesidades de la población.

Figura 1. Costos de las necesidades no satisfechas en la atención de salud.



Fuente: Adaptado de Anaya, Artaza, González, Manuell, & Sagastuy (2013).

Asimismo, el año 2006, una reunión de expertos sobre población y pobreza, analizaron el contexto de las políticas de salud en los países de América Latina y el Caribe frente a nuevos y viejos desafíos que incluyen: cambios demográficos, avances tecnológicos, transición epidemiológica, inequidad de acceso a servicios de salud, fraccionamiento del sistema, escasez de recursos humanos y financieros. Se determinó que la agenda de reformas de salud en los países de la región debe perseguir dos objetivos. Los expertos plantean, por una parte, que es preciso avanzar en lo que respecta a los mecanismos de solidaridad necesarios para brindar un acceso equitativo a los servicios de salud para toda la población y por otra parte, que se debe procurar la contención de costos y mejorar la eficiencia en materia de asignación de los escasos recursos disponibles para responder de la mejor manera posible a los desafíos que se están produciendo en la región (CEPAL, 2006).

La discusión sobre los nuevos desafíos de los sistemas de salud, llevó al gobierno peruano a la búsqueda de alternativas, por un lado, para reducir los crecientes costos de atención y, por el otro, para proveer un mayor acceso a la protección social. Como parte de esa búsqueda, y con la creación de instituciones de aseguramiento público y la posterior promulgación de la Ley del Aseguramiento Universal en Salud (2009), surgió un escenario que dio forma al sistema de salud peruano, basado en un conjunto de acciones públicas; tanto en el acceso a la provisión de servicios, como en la financiación de los mismos. En el campo de las acciones orientadas al acceso, se estableció un debate respecto a garantizar la equidad en el sistema de salud, donde, las instituciones de aseguramiento público en salud han generado avances innegables. Es así, que la política social configuró un sistema de salud ampliando los derechos sociales y el acceso a los servicios de salud, a través de un mayor financiamiento y garantía de un estándar mínimo de cobertura de enfermedades a los beneficiarios de los seguros públicos en salud.

La historia de la protección social de salud en el Perú se inicia entre los años 1997 y 1998, cuando el Ministerio de Salud (MINSa) estableció dos

programas orientados a eliminar la barrera económica en la accesibilidad a los servicios de salud: el Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI). Con estos dos programas, se instalaron los primeros seguros públicos de salud cuyos beneficiarios o afiliados recibían atenciones en la red de establecimientos de salud pertenecientes al MINSA.

La implementación del SEG en el año 1997, se basó en un mecanismo de subsidio a la demanda, con el objetivo de brindar atención integral en los servicios de salud a los niños en edad escolar, entre los 3 y 17 años, matriculados en los colegios y/o escuelas públicas del Perú. Jaramillo y Parodi (2004) evaluaron la efectividad de los programas de seguros en el acceso a los servicios de salud de la población que se encuentra en mayor situación de pobreza. En líneas generales, los autores evidenciaron que el SEG logró un aumento significativo en la prestación de servicios de salud a la población objetivo, sin embargo, el programa no consideró una línea de base que permita establecer sus beneficios en el tiempo; lo que generó, un desconcierto inicial ante la ausencia de normas específicas e incertidumbre sobre los reembolsos o pagos por las prestaciones, asociado a dudas sobre la viabilidad financiera del programa. Por su parte, la implementación en el año 1998 del SMI como un programa de subsidio a la demanda en dos zonas piloto del Perú, se enfocó en el grupo de riesgo formado por mujeres embarazadas y puérperas, así como de los recién nacidos hasta los 4 años de edad. Los autores mostraron que el SMI aumentó considerablemente la cobertura de salud en un corto periodo de tiempo, sin embargo, advirtieron que los beneficios se concentraron en el nivel socioeconómico medio, y al igual que el SEG requería de modificaciones en la forma de financiamiento de los servicios.

Luego de unos años de haber sido puestos en marcha, el SEG y el SMI, fueron unificados; para constituir en el mes de agosto de 2001, el SIS. El inicio del SIS estableció un importante hito en la historia de los seguros públicos en el Perú y generó marcadas diferencias respecto a sus predecesores. Este nuevo seguro introduce nuevos planes de cobertura junto con mecanismos de acceso y focalización de los beneficios (Francke, 2013).

Siete años después de la creación del SIS y de un gran debate, el Perú impulsó la CUS en abril de 2009, mediante la aprobación de la Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud la cual fue reglamentada en el año 2010, como parte de una ambiciosa reforma del sector salud. Esta nueva Ley otorga al SIS la categoría funcional de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud³ (IAFAS), y delega la selección de los

³ Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) son las encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud. Estas entidades son las responsables de brindar servicios de cobertura en salud a sus afiliados, captar y administrar los aportes, promover la afiliación de la población no asegurada, aceptar a toda persona que solicite afiliación a todos los planes y condiciones

beneficiarios del SIS al Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). Por otro lado, dicha Ley, estableció una cobertura mínima de enfermedades amparada en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud⁴ (PEAS) y el cumplimiento de Garantías Explícitas.

Antes del 2009, los planes de seguros públicos existentes, lograban una afiliación⁵ poblacional cercana al 18% de la población, que se caracterizaban por su fragmentación, poca eficiencia e inequidad. Sumado a ello, la Seguridad Social⁶ cubría un 20% de la población, y los seguros privados con una cobertura limitada al 4% (Wilson, Velásquez, & Ponce, 2009). A pesar de los esfuerzos por ampliar la afiliación, los resultados del Censo Nacional de Población del año 2007 revelaron que sólo el 43,3% de la población peruana contaba con un seguro de salud, es decir, 11.599.971 personas; quedando fuera de todo tipo de cobertura de salud el 57,7% de la población (INEI, 2008). Fue así como los objetivos principales del sistema de salud se orientaron a extender la cobertura del SIS y así incrementar el acceso a los servicios de salud por parte de la población. Dichos objetivos tienen efectos importantes sobre la forma en cómo se prestan y a quiénes se brindan los servicios de salud, por lo tanto, es importante comprender el impacto potencial a fin de mitigar las consecuencias negativas y mantener la equidad en el sistema.

Conviene advertir, que la rápida expansión en la población afiliada al SIS, si bien ha sido considerada como un éxito por parte de los gobiernos de turno, no fue acompañada con un aumento proporcional de la oferta y financiamiento de servicios, en tal sentido, se han percibido problemas de baja calidad en las prestaciones de salud, falta de recursos humanos en los establecimientos y una falta de recursos financieros. En definitiva, uno de los mayores logros de la reforma de la salud ha sido la expansión del acceso a un seguro de salud para la población objetivo, a la usanza de la mayoría de países desarrollados que han implementado algún tipo de sistema de seguro universal en salud (Kondo & Shigeoka, 2013).

ofrecidas y que cumpla con los requisitos de ley y demás normas pertinentes, definir los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus derechohabientes a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) con las cuales haya establecido convenios o contratos, establecer y realizar procedimientos para controlar las prestaciones de salud, en forma eficiente oportuna y de calidad, entre otros.

⁴ El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las IAFAS y contiene garantías de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios. El PEAS debe ser aprobado por Decreto Supremo y debe ser evaluado cada dos años, pudiendo ser reformulado para incluir más condiciones de salud, según la disponibilidad financiera y oferta de servicios. El PEAS vigente fue aprobado por el Decreto Supremo N° 016-2009-SA y publicado en el Diario Oficial El Peruano el 29 de noviembre de 2009.

⁵ Es el proceso mediante el cual se incorpora a una persona domiciliada en el país a la cobertura de un seguro público de salud.

⁶ Los seguros públicos de salud se distinguen de la seguridad social (representada en el Perú por EsSalud) porque la afiliación no dependen de la participación en el mercado laboral.

Asimismo, cifras estimadas por el Banco Mundial (2014b), reflejan que aunque el financiamiento de la salud en el Perú como porcentaje del PIB ha crecido en los últimos años, alcanzando un 5% para el año 2012, el país se encuentra a nivel de América Latina como el país con menor gasto en salud, con una predominancia del gasto privado sobre el gasto público. El gasto público per cápita alcanzó los US\$ 145 para el año 2011, siendo también, el más bajo de la región. Por otro lado, el gasto de bolsillo en salud, como forma de financiamiento menos eficiente y menos equitativo, representa un 38% del gasto total en salud, dicha cifra convierte al Perú en el país con el mayor gasto de bolsillo en la región (Ver Tabla 1).

En términos generales, el buen rendimiento económico de los últimos años conjuntamente con la focalización del gasto social y los programas sociales han permitido avances importantes en el cumplimiento de los objetivos del gobierno peruano en el sector salud, no obstante, el desempeño del sector sigue estando por debajo de lo esperado en muchos países, mostrando grandes variaciones, incluso con un mismo nivel de recursos, en concordancia con las características de organización de los sistemas de salud y de las estructuras de gobierno y gestión que merecen ser sometidas a profundos análisis con la finalidad de tener sistemas más equitativos y eficientes en la distribución de los recursos (OMS, 2010).

CAPÍTULO III: MARCO CONCEPTUAL

La tendencia de avanzar hacia la CUS, con el propósito de asegurar que todos quienes necesitan servicios de salud sean capaces de acceder sin perjuicios financieros, ha ido creciendo en todo el mundo (OMS, 2010). Cerca de la mitad de países en el mundo, vienen implementando reformas de salud que tienen como objetivo extender o de alguna manera, mejorar el acceso a los servicios de salud mediante la provisión de mejores servicios y/o incremento de la protección financiera (Vega, 2013). A su vez, dado el incipiente estado del tema en cuestión, estas reformas han dado lugar a un fuerte aumento de la demanda de evidencias y medidas que den impulso a la CUS para que sea considerada como una de las metas en la Agenda de Desarrollo Post 2015 (Ooms, Sridhar, & Jahn, 2013).

En ese contexto, a partir de los años noventa ocurren en el Perú grandes transformaciones ideológicas y reformas políticas con una ampliación del concepto de salud influenciado por los movimientos internacionales desde la Conferencia de Alma Ata en 1978 (Backman et al., 2013). De ahí que entre los procesos de reforma de la salud en el Perú se incluyó: lograr la cobertura universal en salud (Knaul et al., 2006).

A partir de lo expuesto, es necesario estudiar, como elemento central, los beneficios de la implementación de la CUS y su efecto en la población peruana, siendo de interés particular, aquellos cambios generados en la población objetivo del SIS hacia la consecución de un sistema de salud que permita asegurar el cumplimiento de las políticas sociales basadas en la eficiencia y sostenibilidad en el tiempo.

En tal sentido, se presentan a continuación los aspectos conceptuales más importantes que permitan entender cómo se viene implementando la cobertura universal de salud en el Perú hacia la conquista de un sistema equitativo de salud.

3.1 El Seguro Integral de Salud como elemento clave de la Cobertura Universal en Salud en el Perú

Al hablar de cobertura universal en salud, es necesario establecer una definición. Es así como la OMS (2005) define la CUS como:

“El acceso de todos, por un precio asequible, a intervenciones sanitarias fundamentales de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, lo que en la práctica equivale a hacer realidad el acceso equitativo. El principio de protección contra los riesgos financieros garantiza que el costo de la atención sanitaria no pone a la gente en peligro de desastre económico. Un objetivo conexo de la política de financiación de la salud es la consecución

de una financiación equitativa, gracias a la cual cada familia contribuya al sistema sanitario en función de sus posibilidades. La cobertura universal es coherente con los conceptos de salud para todos y atención primaria de salud que preconiza la OMS.” (OMS, 2005, p. 1).

En lo sustancial, es importante mencionar que la definición anterior significa garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de salud necesarios con suficiente calidad para ser eficaces y sin exponer a las personas a riesgos financieros. Dicho significado integra dos componentes fundamentales como son: la provisión de servicios de salud a las personas que las necesitan y las consecuencias económicas que se derivan (OMS, 2010).

Complementando la definición de la OMS, la Organización Internacional del Trabajo (2007) destaca además, que la cobertura universal debe garantizar el acceso a la atención para todo residente de un país, sin importar el subsistema de financiamiento al que pertenece. Por su parte, las Naciones Unidas en su Resolución de la Asamblea General 66/288, reconoce “la importancia de la cobertura sanitaria universal para fomentar la salud, la cohesión social y el desarrollo humano y económico sostenibles”, asimismo se pide que “todos los agentes pertinentes participen en una acción multisectorial coordinada a fin de atender urgentemente las necesidades de salud de la población mundial” (Naciones Unidas, 2012, p. 30). El concepto de cobertura universal por tanto, tiene una perspectiva territorial de acceso generalizado a los servicios de salud y crecimiento sostenible, siendo un importante tema de políticas intersectoriales al constituirse en un requisito indispensable, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible de las naciones. Hoy no cabe duda que el concepto de cobertura universal se ha ido reconociendo cada vez con mayor frecuencia a nivel internacional.

Es claro que el reconocimiento de la CUS a nivel internacional fue decisivo para que las reformas de salud en el Perú introduzcan cambios significativos en el tema de universalidad del acceso a la salud. En ese sentido, se han identificado tres cambios importantes: a) establecimiento de coberturas mínimas de atención sustentadas en planes de servicios de salud para la población afiliada en base a garantías de derecho y financiados por recursos públicos; b) separación de funciones para la rectoría, supervisión, financiamiento y prestación de servicios; y, c) reordenamiento, organización y racionalización en la asignación de recursos para la cobertura en salud con dos características fundamentales: focalización en la administración de fondos y nuevas formas de transferencia de recursos para el pago de prestaciones.

Si nos retrotraemos a las acciones específicas de las reformas de la salud, surgen elementos clave dentro de los procesos. Es así que el año 2001, el gobierno decidió fusionar el Seguro Materno Infantil y el Seguro Escolar Gratuito para formar una única institución, el SIS. La creación del SIS tuvo como finalidad lograr la protección de la población carente de un seguro de salud, con prioridad en los segmentos de pobreza y extrema pobreza y de esa manera eliminar la barrera económica del acceso a los servicios de salud mediante la administración de fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud.

El SIS amplió la cobertura del SMI en términos geográficos y de población para lograr mejores resultados y marcar la diferencia con sus predecesores. En tal sentido, se establecieron diversos planes y prestaciones cubiertas por el SIS dirigidos a las personas en situación de pobreza y extrema pobreza que carecían de un seguro de salud, con la finalidad de que tengan acceso a los servicios, priorizándose a la población materno infantil y a los adolescentes, y posteriormente a grupos poblacionales con limitada capacidad adquisitiva (Wilson et al., 2009). Las modificaciones introducidas por el SIS a través de los años reflejan una clara orientación hacia la universalización en el acceso a la salud.

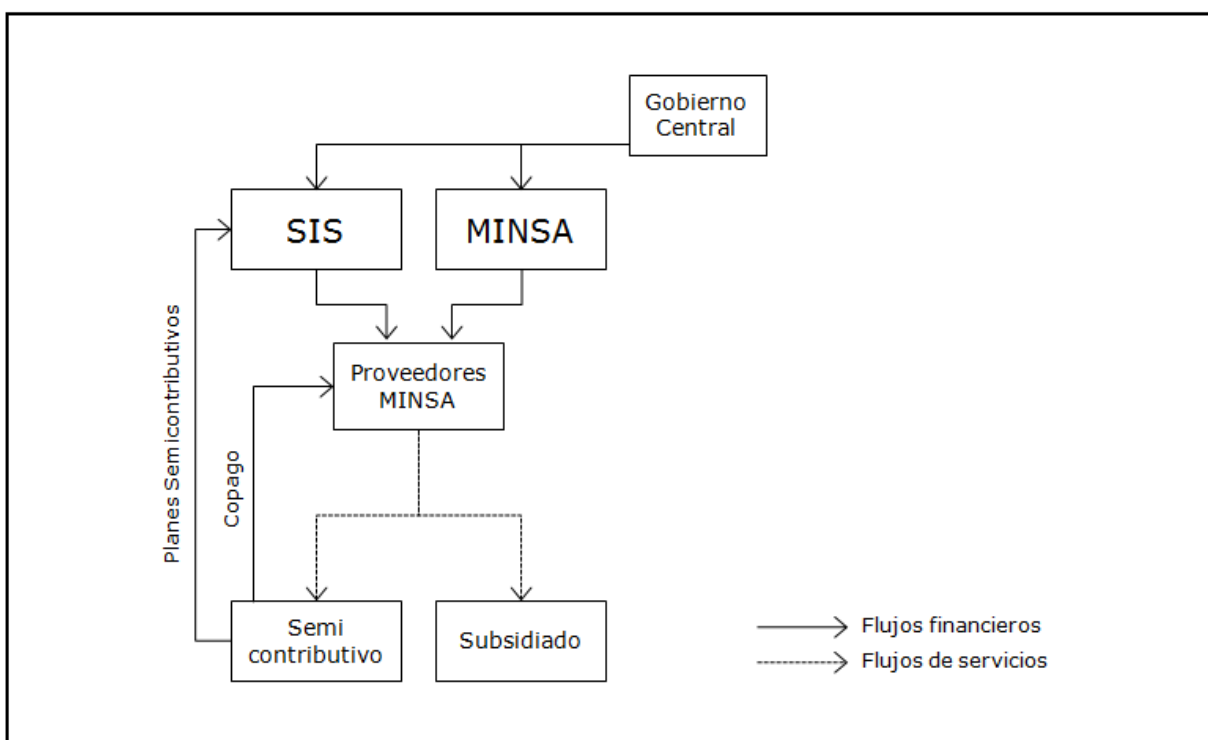
Finalmente, en el año 2009, La Ley del Aseguramiento Universal en Salud, estableció que las instituciones financieras sean agrupadas bajo la denominación de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), las mismas que pueden ser públicas, privadas o mixtas, cuyas funciones consisten en administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados o beneficiarios. Dentro de las IAFAS, se incluye al SIS, como único asegurador público que recibe una parte importante de ingresos provenientes de los recursos que recauda el Estado a través de impuestos para financiar un grupo definido de prestaciones para su población objetivo dentro del denominado Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

En ese escenario, en el Perú la provisión de servicios para los afiliados al SIS es brindada por los servicios públicos del sistema de salud que se organizan en redes de salud, las cuales han sido implantadas en el país desde el año 2001 como una respuesta del Estado y en particular del MINSA, ante un conjunto de problemas propios del sistema de salud. A su vez, el sistema público se financia mediante la asignación presupuestal de recursos estatales por ingresos tributarios y financiamiento de las IAFAS. Las redes de salud integran tres niveles de atención: el primer nivel de atención que comprende los puestos y centros de salud distribuidos a nivel nacional; el segundo nivel constituido por los hospitales locales y generales; el tercer nivel por los hospitales especializados y los institutos. El primer nivel de atención es el patrón básico y representa la mayor oferta fija de servicios de salud públicos en el Perú, brindando atenciones y servicios básicos de salud con enfoque en

Atención Primaria de la Salud (APS). Estos servicios se encuentran ubicados en áreas urbanas, urbano-marginales y rurales, estando la mayoría en áreas rurales como la única oferta pública de servicios de salud.

Seguidamente, se muestra en la Figura 2 como se organiza el sistema público de salud peruano partiendo desde el nivel central hasta los proveedores de servicios de salud públicos. Se puntualiza la división del financiamiento y la provisión de los servicios a dos tipos de aseguramiento que brinda el SIS, considerando los flujos financiero que se dan durante la prestación de los servicios y las primas o copagos que se establecen entre el asegurador y asegurado.

Figura 2. Sistema de salud público peruano: financiamiento y provisión de servicios de salud.



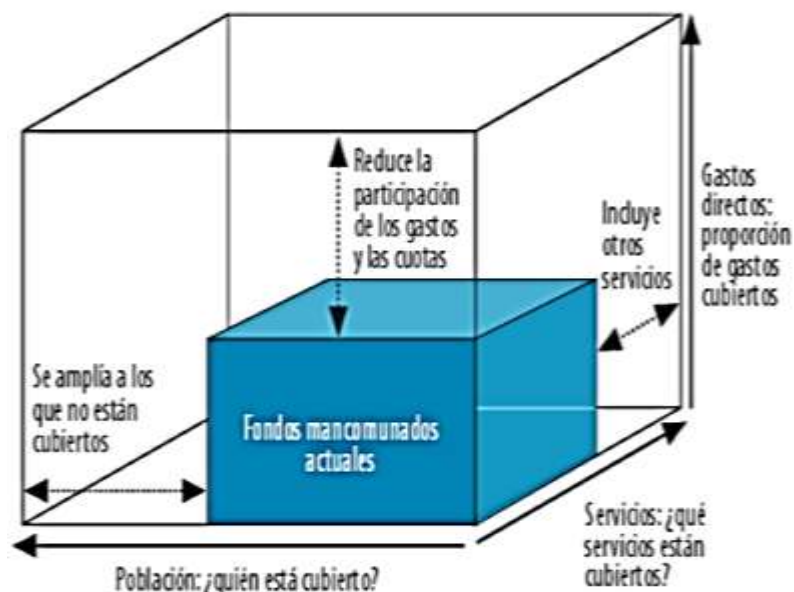
Fuente: Adaptado de Prieto en Banco Interamericano de Desarrollo (2014).

Sin embargo, el Perú cuenta con una diversidad sociodemográfica y territorial que origina un desarrollo desigual, diversos perfiles epidemiológicos y que en algunos casos se constituyen en una verdadera barrera para el acceso a los servicios de salud, principalmente, en las regiones andinas y amazónicas, donde la protección otorgada por el SIS debería jugar un rol importante para superar esas barreras.

3.2 Evaluación de la Cobertura Universal en Salud

Es necesario considerar que la implementación de todo programa o política necesita ser evaluado para así establecer la efectividad de las mismas. Por lo tanto, la evaluación y seguimiento de los progresos hacia la CUS deben ser un componente central de cualquier estrategia de CUS. De las múltiples maneras de construir modelos para evaluar el proceso de avance hacia la CUS, la OMS (2010) ha utilizado la imagen de un cubo tridimensional como lo muestra la Figura 3, con tres dimensiones: el eje horizontal con la población que está cubierta, el eje horizontal con los servicios cubiertos y el eje vertical que representa los gastos directos⁷ que incluyen la proporción de gastos cubiertos.

Figura 3. Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal.



Fuente: Informe mundial de la salud 2010.

La cobertura en salud es abordada por medio de la eliminación de las barreras financieras a la atención, por tanto, se apunta a reducir los gastos de bolsillo⁸ a través de mecanismos de financiamiento adecuados que tienen

⁷ La provisión de servicios puede darse bajo cuatro fuentes de financiamiento: impuestos, contribuciones obligatorias bajo un esquema de seguridad social, contribuciones voluntarias a esquemas de aseguramiento privado o informal; y gastos directos o de bolsillo.

⁸ Los gastos de bolsillo en salud son todos los desembolsos que las personas u hogares realizan al momento de utilizar los servicios de salud, para la compra de medicamentos o insumos relacionados con el cuidado de la salud. Estos gastos pueden ser un indicador de la

como objetivo final, el acabar con ellos. El acceso, por otro lado, depende de varios determinantes sociales, que incluyen, tanto factores dependientes del sistema de salud como de suficientes medios en la prestación de servicios y disponibilidad de servicios de atención (Fried et al., 2013).

Un último aspecto afín a la cobertura universal, es el referido al concepto de equidad en el financiamiento de los servicios de salud, el mismo que promueve la idea de que los riesgos deben ser compartidos en la sociedad y que los hogares deben ser protegidos contra el gasto catastrófico en salud⁹. La evidencia empírica indica que los gastos de bolsillo son los menos eficientes y más inequitativos para el financiamiento de los servicios de salud, por tal motivo, deben buscarse mecanismos que los eviten (OMS, 2000).

Se deduce, por tanto, que la CUS permite asegurar la protección financiera de toda una población y con ello evitar el surgimiento de problemas de equidad de acceso a los servicios de salud, independientemente del ingreso o de los riesgos individuales (Savedoff, de Ferranti, Smith, & Fan, 2012).

No obstante, todo avance en materia de CUS requiere de un proceso continuo en el tiempo, en el cual la mejora en cada una de las dimensiones dependerá de la disposición de mayores recursos y de avanzar en los tres ejes de manera conjunta mediante un conjunto de acuerdos y medidas prioritarias para cada dimensión

3.3 Problemas y desafíos de la implementación de la Cobertura Universal en Salud en el Perú

En la Figura 3, un poco más de la mitad de la población está cubierta por alrededor de la mitad de los posibles servicios que necesitan, pero sólo la mitad de los costos de estos servicios se han cubierto con fondos mancomunados. Existe entonces, una desigualdad en la cobertura de los servicios (una gran parte de la población no los recibe), y la falta de protección financiera (los que reciben servicios pagan una gran parte de los gastos de su propio bolsillo y por lo tanto existen riesgos de dificultades financieras). Para estar más cerca de CUS, el país en el escenario de la Figura 3 necesitaría proveer servicios a las personas que actualmente los necesitan pero no los reciben, ofrecer más servicios a los que actualmente reciben insuficientes servicios según sus necesidades, y elevar la fracción del gasto en salud financiado a través de fondos comunes para mejorar la

efectividad de un sistema de aseguramiento de salud y de la vulnerabilidad de las personas u hogares ante la aparición de enfermedades de alto costo.

⁹ Las metodologías de estimación de gastos en salud por la OMS consideran que los gastos catastróficos ocurren cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan 40% o más de su capacidad de pago. El nivel de 40% puede ser modificado de acuerdo a la situación específica de cada país.

protección financiera. Al mismo tiempo, se debe tener en cuenta que la provisión de servicios de salud tiene que ser de calidad suficiente para alcanzar los resultados deseados, por lo que la mejora de la calidad debe ser incluida como una prioridad dentro de todo proceso de implementación de una política de CUS.

Cada país avanza en el llenado de las diferentes dimensiones del cubo tridimensional de acuerdo con sus preferencias y restricciones. Algunos países se centran en la promoción del derecho a la salud para todos, mientras que otros hacen hincapié en la salud como un elemento esencial para el crecimiento económico, por lo tanto, los gobiernos se enfrentan con tres interrogantes claves para su logro: ¿Cómo se tiene que financiar el sistema de salud? ¿Cómo se puede proteger a las personas de las consecuencias financieras de la enfermedad y del pago de los servicios sanitarios? ¿Cómo se puede fomentar el uso óptimo de los recursos disponibles? (OMS, 2010). En tal sentido, mejorar el acceso a los servicios de salud y la cobertura de salud es un proceso inherentemente político, conectado a los debates nacionales sobre bienestar, protección y desarrollo social.

La CUS en el Perú tiene dos componentes interrelacionados: una amplia gama de servicios esenciales de salud acorde a las necesidades que se han plasmado en el PEAS y la protección contra dificultades financieras, incluyendo el posible empobrecimiento a causa de los gastos de bolsillo por el pago de los servicios de salud. Ambos componentes deben beneficiar a toda la población objetivo sin distinción. En dicho contexto, el término “esencial” se utiliza para describir aquellos servicios decididos mediante acuerdos vinculantes para que estén inmediatamente disponibles a toda persona que los necesite. Asimismo, el SIS al igual que otros seguros de salud, tiene un gran mérito en la reducción del costo monetario de acceder a los servicios de salud, especialmente para que las personas con necesidades insatisfechas puedan acceder a la atención y que de otro modo les resulta inasequible (Nyman, 1999).

Los componentes mencionados son relevantes, pues en términos de aseguramiento público en salud para los próximos años, se pueden identificar tres grandes retos: a) la canalización de más recursos hacia la salud pública mediante múltiples mecanismos y fuentes, garantizando así, una mayor cobertura y sostenibilidad de la implementación de las reformas sectoriales; b) hacer más equitativo, solidario y eficiente el manejo de riesgo que no genere incentivos negativos tanto para pacientes como para prestadores; y, c) profundizar las reformas en la gestión de los servicios de salud, con énfasis en un modelo de compra más eficiente y menos fragmentado.

Siendo así resulta importante conocer que se percibe una gran insatisfacción en los beneficiarios por la calidad de la atención y la poca disponibilidad de servicios de salud que garanticen a todas las personas el acceso a la atención gratuita. Algunas de las causas históricas de los problemas planteados son atribuidas al bajo gasto en salud y a la baja eficiencia tanto en la planificación y uso de los recursos en el sistema de salud peruano. Por su parte, la limitada disponibilidad de fondos públicos contrasta con la alta demanda de servicios y un sistema centrado en la atención hospitalaria, conformando una continua situación crítica para los establecimientos de salud de mayor complejidad que presentan saturación y baja calidad de los servicios que brindan. Ello implica que no se pueda avanzar hacia la CUS si resulta que los servicios de atención no están disponibles o son de poca calidad.

En la práctica, y debido a la complejidad de medir el acceso efectivo a los servicios de salud, se ha planteado que la utilización de los servicios de salud es una medida útil pero imperfecta para estimar el acceso. En tal sentido, algunos autores han sugerido que el acceso a los servicios de salud según los distintos quintiles de ingreso es un indicio razonable de hasta qué punto el sistema ofrece igualdad en el acceso. Algunos estudios van más allá y ajustan las cifras de acceso según las necesidades de cada población, ello teniendo en consideración que las personas más pobres por lo general poseen un menor estado de salud en comparación con los no pobres (Lu et al., 2007).

Uno de los escasos estudios que han evaluado los efectos de la implementación del SIS a pocos años de su implementación, fue realizado por Parodi (2005). El autor en su investigación se planteó como objetivo el determinar la efectividad del SIS para incrementar el acceso de las madres gestantes al parto institucional y al mismo tiempo, identificar la importancia de posibles factores no económicos que pudieran jugar un rol limitante en el acceso a los servicios de salud en el Perú. Los resultados de su estudio demostraron que a pesar de que es claro que el SIS incrementó el acceso promedio de las gestantes, sus efectos más significativos se vieron concentrados en los segmentos de población con un mayor nivel socioeconómico, por lo tanto, no se habría alcanzado el objetivo de mejorar la equidad en el acceso que tuvo la implementación del SIS.

Otro estudio también demostró que la implementación del SIS se asoció con una mejora global de la cobertura en el acceso a servicios de salud para la población objetivo (Longaray Chau, 2010). Al explicar el acceso a los servicios de salud, el autor identifica un impacto positivo del SIS, especialmente en los grupos poblacionales en situación de pobreza, asimismo, asoció algunas características socioeconómicas de la población objetivo con problemas en el acceso. Sumado a ello, diversos informes de la Defensoría del Pueblo, han señalado que si bien se ha logrado extender la

cobertura de la afiliación al SIS, aún persisten barreras en el acceso a los servicios de salud para la población afiliada. Asimismo, los informes defensoriales plantean que las barreras son muy altas para ciertos grupos poblacionales y que la afiliación al SIS no ha logrado ser un medio determinante para superarlas.

Lo anterior indica que un concepto estrechamente ligado a la Cobertura Universal en Salud es el de acceso a los servicios de salud. Dicho término se entiende como “el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente” (Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur, & Tamayo-Ramírez, 2007, p. 28). Sin embargo, la pobreza es la principal y más importante barrera de acceso a los servicios de salud (de Andrade et al., 2014). Ello debido a que las personas en situación de pobreza no tienen suficientes recursos para poder pagar los elevados costos de la atención sanitaria y que de una u otra manera el SIS ha tratado de mitigar mediante el financiamiento de la atención que se brinda a sus asegurados.

Como ya se ha mencionado, pese a que el seguro público de salud proporcionado por el SIS se instituyó como un mecanismo orientado a brindar un mejor acceso a los servicios de salud para la población por debajo de la línea de pobreza, lo que se evidencia en los estudios es que las barreras socioeconómicas y geográficas suponen un obstáculo importante para el acceso a los servicios públicos de salud, de modo que aunque la persona posea un seguro de salud, tiene dificultades para llegar a la consulta en caso de enfermedad (Valdivia, 2002). Esta problemática ha estado presente a lo largo de toda la historia del aseguramiento público en salud. Tomando en cuenta lo anterior, no se debe olvidar que existe una diversidad de motivos por los cuales las personas de escasos recursos no pueden acceder a la provisión de servicios de salud (Sepehri, Sarma, & Serieux, 2009). Entre ellos tenemos a la carencia de recursos económicos, la inaccesibilidad geográfica para llegar hasta los establecimientos de salud y al trato inadecuado por parte del personal de salud (Hjortsberg, 2003). Por ende, el aseguramiento en salud no garantiza por sí mismo el acceso y la oportunidad de la atención en consonancia con las necesidades de salud de las personas, así como también, no elimina diversas barreras que son generadoras de desigualdad en el acceso a los servicios de salud (Cotlear et al., 2014).

La Tabla 2 muestra los porcentajes de la población mayor de dieciséis años que reportan enfermedad y recibieron atención médica según área geográfica de residencia y nivel de gasto en el Perú para el año 2002. Se puede observar que para el año en que el SIS fue implementado, los quintiles socioeconómicos I y II hicieron poco uso de los servicios de salud y

de ellos los residentes en áreas rurales se vieron menos favorecidos con el acceso en comparación con los residentes de áreas urbanas.

En definitiva, es evidente que en el Perú ha habido una mejora general en la cobertura o acceso a un seguro público de salud para la población en situación de pobreza. Sin embargo, las investigaciones existentes no consideran si la implementación del aseguramiento en salud condujo a cambios en las barreras de acceso no financieros, asimismo, queda pendiente analizar los cambios relativos en el acceso a la atención en diferentes grupos poblacionales y de esta forma identificar posibles brechas que se estén generando con la finalidad de que se tomen las acciones pertinentes orientadas a la disminución de las desigualdades en salud. Desde esa perspectiva, las políticas de salud en el Perú no han logrado aproximarse al objetivo de lograr el acceso universal a la salud.

Dado lo anterior, el presente estudio pretende contribuir por un lado con evidencias a partir del análisis de cambios relativos en los determinantes de la afiliación al SIS y por otro, con los efectos en el acceso a los servicios de salud a través de diferentes grupos de la población afiliada. Lo importante de este estudio es describir los determinantes existentes para acceder a un seguro público de salud y estimar posibles diferencias en el acceso a los servicios de salud entre submuestras de personas que pertenecen a dicho seguro, que a su vez permita a los hacedores de política establecer los correctivos necesarios.

El análisis se centra en grupos de comparación definidos por la salud individual, el nivel socioeconómico y la residencia en las regiones naturales que conforman el territorio peruano. Las evidencias empíricas se obtuvieron a partir de la estimación de un conjunto de especificaciones de un modelo econométrico lineal para el uso de diversos servicios en diferentes configuraciones que permiten esclarecer a la pregunta: ¿Cuáles son los determinantes de la afiliación al Seguro Integral de Salud y el efecto que la afiliación proporciona en el acceso a los servicios de salud públicos en el Perú?

Finalmente, la pregunta anterior que orienta la presente investigación se ha operacionalizado a través del planteamiento de los siguientes objetivos (general y específicos):

Objetivo General

- Aportar evidencia empírica sobre el desempeño de un seguro público de salud peruano, en términos de afiliación y acceso a servicios de salud públicos, medidos a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2013.

Objetivos Específicos

- Analizar los posibles determinantes de afiliación al Seguro Integral de Salud a nivel individual y socioeconómico para el año 2013.
- Identificar a partir de los determinantes de la afiliación, las posibles brechas en la cobertura del Seguro Integral de Salud en función de la población objetivo.
- Identificar diferencias en el acceso a servicios de salud de los grupos de comparación afiliados al Seguro Integral de Salud para el año 2013.

CAPÍTULO IV: DATOS UTILIZADOS

Los datos utilizados como fuente secundaria en este estudio provienen de la Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de vida y pobreza (ENAHO), desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú para el año 2013. El origen de donde se obtuvieron las bases de datos de la encuesta fue la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

La ENAHO se realiza a nivel nacional, tanto en el área urbana y rural, como en los veinticuatro departamentos y la provincia constitucional del Callao que conforman el territorio peruano. Proporciona información socioeconómica distribuida en 29 Módulos que incluyen características demográficas del individuo, empleo, condiciones de vivienda, ingresos, salud y educación, entre otras. La encuesta se basa en una muestra representativa y aleatoria de hogares a nivel nacional para periodos mensuales, trimestrales y anuales. El módulo salud de la encuesta contiene información detallada sobre el comportamiento del estado de salud en el hogar, la utilización de servicios de salud, el tipo de seguro de salud y el tipo de establecimiento de salud donde recibe atención. La encuesta contiene otros módulos donde se recoge información sobre diversas variables socioeconómicas, tales como, educación, género, estado civil, edad, gasto de los hogares, ingreso de los hogares. La población de estudio de la encuesta está definida como el conjunto de todas las viviendas particulares y sus ocupantes residentes en el área urbana y rural del país. La muestra es del tipo probabilística, de áreas, estratificada, multietápica e independiente en cada departamento de estudio. El nivel de confianza de los resultados muestrales, es del 95%.

El tamaño total de la muestra nacional para la ENAHO del año 2013 es de 31690 viviendas particulares, correspondiendo 19410 viviendas al área urbana y 12280 viviendas al área rural. La muestra de conglomerados en el ámbito nacional es de 4770, correspondiendo 3235 conglomerados al área urbana y 1535 conglomerados al área rural. Respecto a la unidad de investigación, está constituida por los integrantes del hogar familiar.

Para estudiar los determinantes y efectos que la afiliación al SIS proporciona en la cobertura de la protección social y el acceso a servicios de salud en el Perú se hacen dos tipos de regresiones. Unas en donde la variable dependiente es la afiliación al SIS y otras en donde es la atención en los servicios de salud. Las variables dependientes de todas las regresiones es una dummy. En el caso de la afiliación al SIS toma el valor de 1 cuando la persona se encuentra afiliada al SIS y 0 para los que no tienen la afiliación. Para el acceso a los servicio de salud toma el valor de 1 cuando la persona se atendió en un establecimiento de salud y 0 para los que no accedieron a la atención.

Los factores determinantes de la afiliación al SIS y del acceso a los servicios de salud en el presente estudio, se han aproximado por las diferencias en los ingresos, los riesgos, las características de los individuos, características del lugar de residencia, entre otros. Las variables usadas y la forma en que se construyen se describen a continuación, seguido por las estadísticas descriptivas de cada uno.

a) Variables dependientes

Afiliación SIS: es una dummy cuyo valor es igual a 1 cuando la persona se encuentra afiliada al SIS y 0 cuando la persona carece de afiliación al SIS.

Atención: esta variable dummy es igual a 1 si el individuo accedió o utilizó un servicio de salud. Teniendo un problema de salud o enfermedad se espera que la persona busque y reciba una atención para sus necesidades. Asimismo, aquellos que tienen una afiliación al SIS tendrían una mayor probabilidad de recibir atención, especialmente en aquellos en situación de pobreza.

Atención MINSA: variable dummy cuyo valor 1 indica que la persona recibió atención en los establecimientos de salud públicos pertenecientes al Ministerio de Salud, incluyendo Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales.

Atención 1º nivel MINSA: igual a la dummy anterior, pero considera únicamente a los Puestos y Centros de Salud pertenecientes al Ministerio de Salud.

Atención Hospitales MINSA: dummy cuyo valor es igual a 1 cuando la persona recibió atención en un Hospital público perteneciente al Ministerio de Salud y 0 para otros establecimientos.

b) Variables independientes:

Mujer: variable dummy que toma el valor de 1 si es mujer y 0 si es hombre. Bajo la lógica de los sistemas de seguros, el hecho de ser mujer hace que sean personas más riesgosas y necesiten una mayor protección. Se espera que el coeficiente de la dummy sea positivo para la afiliación al SIS.

Conviviente: dummy cuyo valor es 1 si la persona tiene el estado civil de conviviente y 0 para los otros casos. En base a lo revisado en la literatura, las personas en situación de pobreza tienen menos probabilidad de formalizar su estado civil, optando por la convivencia. Al igual que la variable anterior, se espera un coeficiente positivo.

Costa: región natural del Perú que se extiende a lo largo del litoral. Es la región que concentra las ciudades más importantes y desarrolladas del Perú, asimismo, alberga a la ciudad de Lima como ciudad capital del Perú. Para el propósito del estudio de caso se considera una variable dummy con el valor de 1 si la persona reside en la costa y 0 para los otros casos.

Sierra: variable dummy que toma el valor de 1 si la persona vive en la región natural de la sierra y 0 el resto. Las regiones naturales de la sierra y selva en el Perú se han caracterizado por albergar altos niveles de pobreza y poca accesibilidad a los servicios de salud por motivos geográficos y de baja oferta. En tal sentido, se puede esperar a priori que las personas que habitan en la región natural de la sierra tengan un coeficiente positivo para afiliarse al SIS, sin embargo, la poca oferta disponible de servicios de salud hace que en algunos casos el seguro no sea un elemento de acceso efectivo.

Selva: igual a la dummy anterior, pero considera a las personas que habitan en la región natural de la selva. Las características de esta región natural corresponden a una geografía amazónica con diversas carencias socioeconómicas, por tal motivo, se espera que el efecto de la afiliación al SIS sea positivo para esta población.

Localización rural: esta variable dummy es igual a 1 si la persona reside en una zona rural y 0 si reside en una zona urbana. Las zonas rurales en el Perú, como en otras partes del mundo, se caracterizan por ser zonas aisladas, con baja provisión de servicios y cifras elevadas de pobreza. Por esto, se espera un coeficiente positivo para esta dummy como determinante para la afiliación al SIS por ser el único seguro público que se oferta para las personas que habitan en zonas rurales y que por consiguiente debería tener un efecto positivo en el acceso a la atención

Localización Lima – Met: variable que toma el valor de 1 cuando la persona reside en la ciudad de Lima Metropolitana, que al ser capital del Perú, concentra servicios y las personas tienen un mayor nivel de ingresos. Se espera entonces un coeficiente negativo para la afiliación al SIS.

Lengua Quecha Aymara: es una dummy que representa la lengua materna de la persona encuestada. En el Perú la lengua oficial es el castellano y se reconocen otras lenguas a nivel de la zona andina como el Quechua y el Aymara. Toma un valor de 1 cuando la lengua hablada es el Quechua o el Aymara y 0 el resto. Al ser esas dos lenguas propias de la región natural de la sierra, como se ha visto líneas arriba, se espera que el coeficiente sea positivo.

Edad: variable que representa los años cumplidos de la persona. A medida que aumentan los años de edad, los individuos comienzan a necesitar más atenciones de salud. Por otro lado, la persona con los años puede generar ingresos o depender laboralmente con lo cual no estaría dentro de los objetivos de la afiliación al SIS. Siendo así se espera que el coeficiente sea negativo, sin embargo, es necesario establecer si algunos rangos de edad presentan mayor probabilidad de ser afiliados teniendo en consideración su vulnerabilidad.

Menor de edad: variable que incluye con el valor de 1 a toda persona menor de 18 años. Las personas en este rango de edad son generalmente dependientes de sus padres y necesitan un mayor número de atenciones de salud para evaluar su crecimiento y desarrollo o restablecer su estado de salud en caso de enfermedad. Por ello, se espera que el coeficiente sea positivo.

Adulto mayor: las edades extremas de la vida requieren de mayor cuidado y entre ellas, de atenciones de salud. En tal sentido, la protección social de salud que brinda el SIS ha incluido a los adultos mayores dentro de su cobertura, es decir, aquellas personas mayores de 60 años pueden ser afiliados. Esta dummy asigna el valor de 1 a los mayores de 60 años y 0 a los de menor edad. El coeficiente se espera que sea positivo.

Educación primaria: es un variable dummy cuyo valor es igual a 1 si la persona tiene hasta un nivel educativo de primaria completa y 0 cuando la persona tiene un nivel educativo de secundaria hasta el postgrado. Se espera que el coeficiente sea positivo para la afiliación al SIS teniendo en consideración que las personas menos educadas tienen mayores problemas de salud y sus ingresos esperados son menores.

Jefe de hogar: variable dummy que tiene relación directa con ejercer la jefatura del hogar, asumiendo un valor de 1 cuando la persona es jefe del hogar. Se espera un coeficiente positivo, por cuanto un jefe de hogar con un determinado número de dependientes busca el aseguramiento del núcleo familiar.

Pobre: dummy cuyo valor 1 corresponde a todas las personas que se encuentran por debajo de la línea de pobreza y cuyas acciones del SIS están orientadas a brindarles la protección financiera de salud y con ello incrementar el acceso a la atención en caso de padecer alguna enfermedad. Por consiguiente, se espera que el coeficiente sea positivo.

Documento de identidad: representa la obtención del documento nacional de identidad que identifica a cada persona y cuyo acceso todavía está limitado a personas que residen en zonas alejadas o de escasos recursos. Cabe precisar, que con el AUS, el documento nacional de identidad (DNI)

es requisito para ser afiliado al SIS. La variable toma el valor de 1 cuando la persona ha obtenido el documento nacional de identidad y 0 cuando no lo ha obtenido. Se espera que el coeficiente sea positivo.

Desocupado: variable dummy con valor de 1 cuando la persona se encuentra desocupada. La generación de ingresos tiene relación directa con las actividades económicas que realiza la persona. En el caso de esta variable se espera un valor positivo para la afiliación al SIS cuando la persona se encuentra desocupada.

Enfermo: las personas que padecen de enfermedad, sea aguda o crónica, tienen la necesidad de buscar la atención respectiva que le permita recuperar o mejorar su estado de salud. Esta variable asume un valor de 1 cuando la persona se encuentra enferma. En ese sentido, se espera que el coeficiente asuma un valor positivo para la afiliación al SIS. Es razonable creer que la afiliación al SIS tiene un efecto diferente en aquella persona con problemas de salud sobre el acceso a la atención. Por ejemplo, si la afiliación incrementó el acceso a los servicios de salud de las personas que padecen una enfermedad, sobre una oferta que se mantiene constante se puede encontrar que el acceso inicialmente puede aumentar y posteriormente, disminuir.

Gasto per cápita (Log): variable expresada en logaritmo que indica el gasto individual según hogar. En base a lo revisado en la literatura y la forma de funcionamiento del SIS, a medida que aumenta el gasto existe una menor probabilidad de ser afiliado. En consecuencia, se espera que el coeficiente sea negativo. Por el contrario, en aquellas personas que no tienen SIS se espera que el acceso a la atención en los servicios de salud dependa de la cantidad de recursos económicos que la persona disponga, en tal sentido, se añade como control en un intento de captar el efecto del gasto per cápita para acceder a la atención.

Miembros del hogar: número de personas que conforman el hogar. Un hogar con un alto número de miembros tendrá una menor disponibilidad de recursos para que sean distribuidos entre sus integrantes, por tal motivo, existirán mayores necesidades y valorará más la afiliación al SIS. Bajo esa consideración, se espera un coeficiente positivo.

Nº dormitorios: es una variable que indica el número de dormitorios que cuenta la vivienda. Las viviendas de los hogares pobres se caracterizan por el hacinamiento en que viven sus integrantes, en tal sentido, se espera un coeficiente negativo, es decir que a mayor número de dormitorios menor sea la posibilidad de contar con afiliación al SIS.

Ausencia de título propiedad: variable dummy que asigna un valor de 1 a la persona que habita una vivienda sin título de propiedad. Muchas de las

viviendas de bajo recursos se identifican por ser viviendas que han sido construidas en lugares alejados o en terrenos de propiedad de terceros, por cuanto, carecerán de título de propiedad y se espera que esta variable sea positiva.

Sin agua potable: es una variable dummy cuyo valor 1 corresponde a una persona que habita en una vivienda que carece de agua potable para el consumo de sus habitantes. Se espera un coeficiente positivo.

Cocina gas/eléctrica: variable dummy que toma el valor de 1 si la persona habita una vivienda donde se preparan los alimentos en una cocina a gas o eléctrica. Los costos del gas y la electricidad en el Perú, son uno de los más altos en la región, asimismo, la disponibilidad de dichos servicios tiene una distribución desigual con una mayor concentración en las zonas urbanas. En tal sentido, se espera que el coeficiente sea negativo.

Sin red pública de desagüe: variable dummy que asume el valor de 1 cuando la vivienda no posee conexión a la red de desagüe. Se espera que el coeficiente sea positivo.

Con niños sin asistir escuela: corresponde también a una variable que indica la necesidad básica insatisfecha de contar en el hogar con niños en edad escolar que no asisten a la escuela. Esta variable asume el valor de 1 cuando se tiene la presencia dentro del hogar de la condición descrita anteriormente. En tal sentido, se espera que el coeficiente sea positivo.

En la Tabla 3 se definen las variables y sus estadísticas descriptivas para el presente estudio. En ellas se puede observar la cantidad de personas que contiene la muestra, desglosada con respecto a diferentes características recabadas en la ENAHO 2013.

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

5.1 Aspectos generales

El presente estudio se ubica en un enfoque cuantitativo y es una investigación no experimental de diseño transversal en el que se examinaron los determinantes y efectos que la afiliación al SIS proporciona en la cobertura de la protección social y el acceso a servicios de salud en el Perú. Se estiman dos tipos de regresiones. Un set de regresiones donde la variable dependiente es la afiliación al SIS y otro donde es la atención en los servicios de salud.

Los datos usados en las regresiones provienen de la Encuesta Nacional de Hogares, conocida por sus siglas como Encuesta ENAHO del 2013. Este año se utiliza debido a tres consideraciones importantes: a) el último proceso importante de reforma de aseguramiento en salud se ha llevado a cabo en el año 2009, teniéndose un periodo de tiempo de cuatro años desde su implementación que permite evaluar cómo se viene desempeñando, b) la disponibilidad de la última encuesta ENAHO actualizada al año 2013, y c) publicación de estudios aplicados de los cuales se han obtenido resultados de gran utilidad; sin embargo, los análisis no son continuados generándose espacios que se quieren rescatar con el presente estudio.

En tal sentido, se realiza una revisión bibliográfica con el objeto de revisar el estado del arte en materia de evaluación de seguros públicos de salud y acceso a los servicios de salud, a modo de aproximar las variables que serán utilizadas en el estudio y a la vez, evaluar la disponibilidad de información. Seguidamente, se recopilarán de la página web del INEI, las bases de datos oficiales de la Encuesta ENAHO 2013 y la información necesaria acerca de la encuesta. Una vez recopilada la información cuantitativa se procederá a su organización y caracterización según las variables establecidas.

Finalmente, se comparará y analizará el resultado de las variables incluidas en las regresiones con el software de análisis estadístico Stata 11, a modo de realizar un análisis estadístico con la finalidad de cumplir con los objetivos propuestos para el presente estudio.

5.2 Análisis estadístico

Para estudiar los determinantes de la cobertura del SIS y el acceso a los servicios de salud en el Perú, se utilizará un análisis probabilístico mediante el modelo Probit. Tanto la cobertura del SIS como la atención en servicios de salud se han establecido como variables dicotómicas. En ese sentido, en un primer modelo Probit se consideran los determinantes de la afiliación al SIS, donde la variable dependiente toma el valor de 1 si la persona está afiliada al SIS y 0 en caso de no estarlo. En un segundo modelo se considerará si al

existir una necesidad de atención por enfermedad y estar afiliado al SIS pudo acceder a los servicios de salud, lo que determinaría el rol protector del SIS, donde la variable dependiente toma el valor de 1 si la persona accedió a los servicios de salud en caso de haber reportado enfermedad.

En el segundo modelo la variable dependiente es la probabilidad de acceso a la atención en los diferentes servicios de salud (Establecimientos del Ministerio de Salud, Establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud, Hospitales del Ministerio de Salud). Las variables explicativas del modelo se conforman por características individuales, socioeconómicas, educativas, laborales y del hogar. Las especificaciones generadas para este modelo han sido establecidas para estimar el efecto que la afiliación al SIS proporciona en diferentes grupos poblacionales. Finalmente, los modelos planteados para cumplir con los objetivos del estudio, se expresan de la siguiente forma:

a) Modelo para los determinantes de la afiliación al Seguro Integral de Salud:

La teoría y diversos trabajos empíricos sugieren que la probabilidad de que un individuo posea un seguro de salud está condicionada a diversas variables socioeconómicas como la edad, la educación, área de residencia, tamaño del hogar, ocupación, estado civil, estado civil, entre otros.

En este estudio, los determinantes tienen que ver con poseer o no la afiliación al SIS, es por ello, que la variable dependiente toma dos formas. Siendo así, para analizar la relación entre la afiliación al SIS y las variables dependientes, se estima el siguiente modelo Probit:

$$\begin{aligned} \text{Prob (SIS=1)} = & \alpha + \beta_1\text{MUJER} + \beta_2\text{CONVIVIENTE} + \beta_3\text{SIERRA} \\ & + \beta_4\text{SELVA} + \beta_5\text{LOCALIZACION_RURAL} \\ & + \beta_6\text{LIM_MET} + \beta_7\text{QUECHUA_AYMARA} + \beta_8\text{EDAD} \\ & + \beta_9\text{MENOR_EDAD} + \beta_{10}\text{ADULTO_MAYOR} \\ & + \beta_{11}\text{EDUCACION_PRIMARIA} + \beta_{12}\text{JEFE_HOGAR} \\ & + \beta_{13}\text{POBRE} + \beta_{14}\text{DOCUMENTO_IDENTIDAD} \\ & + \beta_{15}\text{DESOCUPADO} + \beta_{16}\text{ENFERMO} \\ & + \beta_{17}\text{LN_GASTOPERCAPITA} \\ & + \beta_{18}\text{MIEMBROS_HOGAR} \\ & + \beta_{19}\text{NUMERO_DORMITORIOS} \\ & + \beta_{20}\text{AUS_TITULO PROPIEDAD} \\ & + \beta_{21}\text{SINAGUAPOTABLE} + \beta_{22}\text{COCINA_GASELEC} \\ & + \beta_{23}\text{SINREDESAGUE} \\ & + \beta_{24}\text{NIÑOS_NOASISTEN_ESCUELA} + \varepsilon \end{aligned}$$

Este modelo evalúa la probabilidad de que las personas puedan acceder a la afiliación al Seguro Integral del SIS sobre la base de los determinantes de la demanda y tiene como base las contribuciones de los estudios sobre los efectos del SIS de Parodi (2005), Jaramillo & Parodi, (2004) y Longaray Chau, (2010), quienes proponen algunas de las variables utilizadas en este estudio.

- b) Modelo para estimar el efecto de la afiliación al SIS en el acceso a los servicios de salud:

Por último, con el fin de analizar el acceso a la atención en los servicios de salud para las personas que reportaron haber padecido una enfermedad y estimar la situación de los afiliados al SIS, se ha estimado el siguiente modelo para evaluar los efectos:

$$\begin{aligned} \text{Prob (ATENCIÓN=1)} = & \alpha + \beta_1\text{AFILIADO_SIS} \\ & + \beta_2\text{LN_GASTOPERCAPITA} \\ & + \beta_3\text{LOCALIZACION_RURAL} \\ & + \beta_4\text{MENOR_EDAD} + \beta_5\text{ADULTO_MAYOR} + \varepsilon \end{aligned}$$

En base al modelo presentado, se han desarrollado los siguientes sets de sub-muestras, cuyas precisiones se detallan a continuación:

- Sub-muestra 1: es una evaluación en el acceso a los servicios de salud para las personas que reportaron enfermedad y son afiliados al SIS según niveles de pobreza: pobre extremo, pobre y no pobre.
- Sub-muestra 2: incluye una evaluación de los efectos en el acceso a los servicios de salud para las personas que reportaron enfermedad y son afiliados al SIS entre las regiones naturales del Perú: costa, sierra y selva.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

En esta sección se exponen y analizan los principales resultados encontrados a partir de las estimaciones de los modelos Probit. En primer lugar, se presentan los resultados del rol de los determinantes del modelo para la afiliación al SIS y, en segundo lugar, se presentan los resultados con respecto al efecto de la afiliación al SIS como modulador del acceso a los servicios de salud.

Los resultados de todas las estimaciones realizadas con el método descrito anteriormente son presentados en las Tablas 4 - 8. Para cada caso se reportan los efectos marginales, así como también, los valores del Pseudo R2 como medida de la bondad de ajuste. A pesar que éste último puede ser de algún interés, nos dice poco acerca de la calidad de los resultados, siendo la significancia estadística de cada una de las variables, lo más interesante y relevante para dar respuesta a la pregunta que es objeto de estudio.

6.1 Determinantes de la afiliación al Seguro Integral de Salud

El modelo Probit de la Tabla 4 presenta la estructura principal de la estimación. Dicho modelo se empleó para analizar el efecto de las variables de interés sobre la probabilidad de Afiliarse al SIS.

A partir de ello, se estimaron los efectos marginales de cada una de las variables que al igual que el modelo Probit se encuentran contenidos en la segunda columna de resultados de la Tabla 4.

Los signos de los coeficientes dejando todo lo demás constante, sugieren que el ser mujer presenta un efecto marginal positivo y estadísticamente significativo al 1% de ser afiliada al SIS con un valor de la probabilidad predicha de 0,0814. Seguidamente, la variable que indica pertenecer a un estado civil de conviviente presenta un efecto marginal positivo y estadísticamente significativo al 1% de ser afiliado con un valor de la probabilidad predicha de 0,0653.

La variable que representa residir en la región natural de la sierra muestra un efecto marginal positivo y estadísticamente significativo al 1% como determinante de ser afiliados al SIS con un valor de la probabilidad predicha de 0,0412. Mientras que, el ser residente de la selva presenta un efecto marginal positivo y estadísticamente significativo al 1% de afiliarse al SIS con un valor de la probabilidad predicha de 0,0951. Respecto a la residencia en zona rural, esta variable reporta un efecto marginal positivo y estadísticamente significativo al 1% estimando un valor de la probabilidad predicha de 0,0544. Por su parte, la residencia en Lima Metropolitana presenta un efecto marginal positivo y estadísticamente significativo al 1% con un valor de la probabilidad predicha de 0,0481.

La variable que incorpora a las personas cuya lengua es el Quechua o el Aymara muestra un efecto marginal positivo y estadísticamente significativo al 1% de ser afiliado al SIS con un valor de la probabilidad predicha de 0,0717.

En cuanto a la variable edad en años se reporta un efecto marginal negativo y estadísticamente significativo al 1% con una probabilidad predicha de -0,0028, es decir a medida que aumenta la edad la probabilidad de ser afiliado al SIS disminuye. En cuanto a los menores de edad se tiene un efecto marginal positivo y estadísticamente significativo al 1% de ser afiliado al SIS con una probabilidad predicha de 0,101. Por su parte, los mayores de edad, también presentan un efecto marginal positivo y estadísticamente significativo al 1% con una probabilidad de 0,0635, es decir, una menor probabilidad que en el grupo de los menores de edad.

Respecto a las características de los niveles educativos para la afiliación al SIS, se tiene que la variable que integra hasta el nivel educativo de primaria completa reporta un efecto marginal positivo y estadísticamente significativo al 1% de ser afiliado al SIS con un valor de la probabilidad predicha de 0,117.

Por su parte, se estimaron algunas variables que responden a las características de las personas. Una de ellas, corresponde a la variable jefe del hogar cuyo efecto marginal es positivo y estadísticamente significativo al 1% para la afiliación al SIS y un valor de la probabilidad predicha de 0,0274. La variable pobre que indica estar en una situación por debajo de la línea de pobreza, es decir en el segmento de pobres y pobres extremos, se tiene un efecto marginal negativo y estadísticamente significativo al 1% de ser afiliado al SIS con un valor de la probabilidad predicha de -0,0473. La situación anterior presenta un efecto que resulta ser contrario a lo esperado, es decir, que sean los pobres aquellos que tengan un efecto marginal positivo para la afiliación al SIS, ellos se podría explicar intuitivamente si se considera que el SIS ha incrementado en gran medida el número de afiliados, sin embargo, existen reportes que muestran todavía un alto número de personas de los niveles socioeconómicos más bajos que aún no son afiliados al SIS. Asimismo, se podría pensar que dicho efecto está siendo afectado por los nuevos planes de seguros contributivos que viene ofreciendo el SIS donde los afiliados pagan una prima mensual por el acceso al seguro de salud. Por otro lado, el encontrarse desocupado genera un efecto marginal estadísticamente significativo al 5% con un valor de la probabilidad predicha de 0,0253. Para la variable que representa el padecer o ser portador de una enfermedad tiene un efecto marginal positivo y estadísticamente significativo al 1% para la afiliación al SIS con un valor de la probabilidad predicha de 0,0568, ello podría reflejar que aquellas personas que están enfermas buscan con mayor esfuerzo la afiliación al SIS que le permita acceder a la atención de sus dolencias.

Respecto al gasto per cápita es aquel que reporta el mayor coeficiente de todas las variables incluidas en la estimación. Para evaluar esta variable se ha utilizado su expresión logarítmica, la cual muestra un efecto marginal negativo y estadísticamente significativo al 1%. Siendo así, el valor de la probabilidad predicha es de -0,260.

Cuando se evalúan algunas características propias del hogar, que han sido incluidas en la estimación, se tienen variables que reportan significancia estadística. Se considera dentro de esas características al número de miembros del hogar, el cual reporta el único efecto marginal que no es significativo. Por el contrario todos los demás efectos presentan una significancia estadística al 1%. Uno de ellos representa la variable número de dormitorios en la vivienda, cuyo efecto marginal es negativo con una probabilidad predicha de -0,0237. Por su parte, el habitar en una vivienda sin título de propiedad presenta un efecto marginal positivo que proporciona un probabilidad predicha de 0,0255. A su vez, el residir en una vivienda que carece de agua potable reporta un efecto marginal positivo para una probabilidad predicha de 0,0349. En cuanto a residir en una vivienda cuya energía para cocinar los alimentos es proporcionada por la electricidad o el gas, reporta un efecto marginal negativo cuya probabilidad predicha es de -0,126. Seguidamente, la residencia en una vivienda sin red de desagüe tiene un efecto marginal positivo de ser afiliado al SIS con una probabilidad predicha de 0,0354. Finalmente, cuando una persona reside en una vivienda con la necesidad básica insatisfecha de tener dentro de sus habitantes a un niño que no asiste a la escuela tiene un efecto marginal negativo de ser afiliado al SIS con una probabilidad predicha de -0,0924.

En síntesis, la importancia de caracterizar los determinantes de la afiliación al SIS se plasma en la oportunidad que brinda a los hacedores de política o implementadores de ellas, de establecer las principales limitantes de la afiliación y de esta manera se puedan establecer los medios correctivos necesarios para garantizar que aquellas personas que se encuentran por debajo de la línea de pobreza o presentan un problema de salud puedan ser respaldados financieramente por la pertenencia a un seguro público de salud. Ante ello, se pudo estimar que a medida que las características de vulnerabilidad de una persona se hacen presentes y crecientes, existe un incremento en la probabilidad de ser afiliado al SIS. El modelo estructurado para explicar los determinantes de la afiliación al SIS estima que las variables que se encuentran determinando con mayor peso la afiliación son: el poseer documento de identidad, el gasto per cápita, el residir en una vivienda cuya cocina use gas o energía eléctrica, tener un nivel educativo hasta educación primaria completa y finalmente, el ser menor de edad. El poseer documento de identidad tiene una relación directa con la afiliación en la medida que la normatividad estableció desde el año 2009 como un requisito indispensable su posesión. Dicha norma en cierta medida podría afectar a aquellas personas residentes en lugares alejados o dispersos donde

no existe una oferta institucional para tramitar el documento de identidad que le permita acceder a los beneficios sociales de un seguro de salud. El gasto per cápita es otro factor, siendo menor la propensión de ser afiliado a medida que se incrementa el gasto, es decir, conforme incrementa el gasto per cápita la probabilidad de ser afiliado al SIS disminuye. El hecho de que una persona resida en una vivienda donde se cocinan los alimentos en una cocina que use gas o energía eléctrica tiene una relación inversa con la probabilidad de ser afiliado; ello teniendo en consideración que en los hogares de menores recursos generalmente usan la leña como medio de combustión para la preparación de los alimentos. El ser menor de edad y tener educación primaria incrementan también la probabilidad de afiliarse al SIS.

6.2 Acceso a los servicios de salud

Tablas 5 y 7 reportan los resultados obtenidos de la estimación del Probit, usando como variable dependiente a la atención en los servicios de salud para aquellas personas que reportaron en la encuesta ENAHO haber padecido una enfermedad. Tablas 6 y 8 reportan los efectos marginales que se calcularon tras la estimación del Probit, que reflejan cuanto cambia la probabilidad de ser atendido en los establecimientos de salud ante un cambio en la variable independiente (Ver Tablas en Anexo). Se generaron cuatro especificaciones del modelo para las submuestras planteadas, donde lo que varía es la definición de la variable dependiente. En la especificación 1) la variable dependiente es la atención en cualquier tipo de establecimiento de salud; en la 2) es la atención en los establecimientos de salud del MINSA; en la 3) es la atención en los establecimientos de salud del primer nivel de atención del MINSA que incluye Puestos de Salud y Centros de Salud, y en la 4) es la atención que incluye únicamente a los Hospitales del MINSA. Dichas especificaciones y los resultados de las estimaciones muestran el rol de cada variable independiente como restricción de la atención según el tipo de establecimiento de atención.

Se encuentra que, por lo general, se cumplen las predicciones de la revisión del marco conceptual. No obstante, existen excepciones que se buscará comprender en base a un acercamiento de los hechos que se vienen dando en materia de aseguramiento en salud dentro del contexto peruano.

6.2.1 Sub muestra 1: Acceso a los servicios de salud para los afiliados al SIS según niveles de pobreza

En esta sección se estudian si los resultados son robustos a distintas submuestras.

Los efectos marginales descritos en la Tabla 6 se circunscriben para aquellas personas que reportaron haberse sentido enfermas y accedieron a un

servicio de salud. Siendo así, la variable afiliado al SIS en todos los segmentos según niveles de pobreza son positivos y significativos al 1% para la variable en todas las especificaciones del modelo con excepción en el acceso a los hospitales del MINSA para personas en situación de extrema pobreza. En general los efectos fueron mayores para las personas en situación de pobreza extrema seguidos por las personas en situación de pobreza, caso contrario se observa en el acceso a los hospitales MINSA en donde el efecto mayor se da en las personas afiliadas al SIS que no se encuentran en situación de pobreza. Como resultado de los coeficientes, se tiene que una persona enferma con afiliación al SIS y en situación de pobreza extrema, aumenta su probabilidad predicha de recibir atención en 0,164 manteniendo todo lo demás constante. Asimismo, una persona enferma con afiliación al SIS y no pobre, aumenta su probabilidad predicha de recibir atención en 0,0706. Esto implica que una menor situación económica afecta de manera importante el acceso a la atención de los enfermos con afiliación al SIS. La magnitud del efecto es mayor cuando se trata de individuos en situación de pobreza extrema y afecta en menor magnitud a los no pobres.

Sin embargo, en lo que respecta a la atención específica en los establecimientos de MINSA a los afiliados al SIS, se tiene un patrón repetitivo para las personas enfermas con afiliación al SIS con una mayor probabilidad predicha positiva y significativa al 1% de recibir atención en los establecimientos de salud en general del MINSA, así como también, en los del primer nivel de atención, para todos los niveles socioeconómicos en donde son los no pobres aquellos que presentan la menor probabilidad predicha de recibir atención. Esto implica que el efecto de la afiliación al SIS para las personas enfermas por debajo de la línea de pobreza es mayor, es decir, son ellos los que acceden más a los establecimientos de salud con las características señaladas anteriormente. En cuanto al acceso a los hospitales del MINSA se encuentra un efecto marginal positivo y estadísticamente significativo únicamente para los enfermos en situación de pobreza y los no pobres afiliados al SIS con un probabilidad predicha mayor en la persona no pobre (0,0390) en comparación con una persona en situación de pobreza (0,0179).

Con respecto a la segunda variable, se utiliza como proxy del acceso a la atención al logaritmo del gasto per cápita, que reporta efectos marginales tanto positivos como negativos sobre la atención en los diferentes tipos de atención y según niveles socioeconómicos. Cabe precisar, que el efecto encontrado en el acceso a los diferentes tipos de establecimientos de salud del MINSA presenta dos comportamientos distintos según el tipo de establecimiento al que acceden las personas no pobres, siendo negativo y significativo al 1% para el acceso a los establecimientos de salud del MINSA y del primer nivel de atención del MINSA, y positivo y significativo al 1% para el acceso a los hospitales del MINSA. Se encuentra, además que el

efecto en el acceso a la atención en general es positivo y significativo al 1% para la persona no pobre, por cuanto, una persona no pobre puede disponer de los recursos necesarios para buscar y pagar una atención médica en establecimientos de salud privados. Por tanto, es de esperarse que la mayor disponibilidad de gasto de una persona se correlacione positivamente con el acceso a servicios de salud de mayor calidad y especialmente aquellos servicios que sean de tipo privado o aquellos con un mayor nivel de atención como pueden ser los hospitales del MINSA. Siendo así, los coeficientes hallados para la persona no pobre podrían estar reflejando por un lado, el efecto de la disponibilidad de un mayor gasto per cápita sobre la compra de servicios de salud privados y por otro, la búsqueda de servicios de salud de un mayor nivel como pueden ser los hospitales.

Al analizar el acceso a la atención en los servicios de salud según niveles de pobreza mediante la variable ruralidad, muestra que el acceso a la atención en general presenta un efecto marginal negativo y significativo al 1% para el afiliado al SIS que vive en el área rural y para cualquier nivel socioeconómico, siendo mucho menor para una persona en situación de pobreza extrema que para los otros segmentos socioeconómicos. Esto implica que una persona en situación de pobreza extrema que reside en el área rural tiene una probabilidad de acceder a la atención en general de -0,105, manteniendo todo lo demás constante en comparación con el -0,0376 para una persona no pobre. Para el acceso a los servicios de salud del MINSA los efectos encontrados son positivos y significativos al 1% para el segmento socioeconómico en situación de pobreza y no pobres, con un valor de la probabilidad predicha de 0,0560 para los no pobres y de 0,0762 para los pobres. La descripción anterior, guarda similitud con el acceso a los establecimientos de salud del primer nivel de atención del MINSA, en donde existe una mayor probabilidad en el acceso a una persona en situación de pobreza (0,0947) cuando se compara con el acceso para una persona no pobre (0,0560). Lo más resaltante a nivel rural es el efecto en el acceso a los hospitales del MINSA que continuamente se ha determinado que tiene un coeficiente negativo y significativo en todos los niveles socioeconómicos. Todo lo anterior se podría explicar si se considera que los establecimientos de salud del primer nivel de atención se encuentran distribuidos en mayor número a lo largo del territorio nacional peruano y representan la única oferta de servicios públicos en el área rural a diferencia de los hospitales públicos adscritos al MINSA los cuales se localizan en capitales de provincia, de departamento o en las grandes ciudades y con ello se reduce la posibilidad del acceso a este tipo de establecimientos de salud para el poblador de áreas rurales. Es de esperar que de acuerdo a la organización de los servicios de salud del MINSA y de su cercanía, los afiliados al SIS puedan acceder a aquellos establecimientos que se encuentren más cercanos a sus hogares.

Cuando se analiza el acceso según grupos etarios, podemos ver que la variable que representa a los menores de edad, es decir aquellos menores de dieciocho años, tiene el efecto esperado en el acceso. Es decir, tiene efecto positivo y significativo al 1% para el acceso a los servicios de salud con excepción del acceso a los hospitales del MINSA donde los coeficientes negativos no fueron significativos. Cuando se mira cada tipo de acceso de forma independiente según el nivel socioeconómico, se encuentran comportamientos similares en donde el ser menor de edad en situación de pobreza aumenta la probabilidad de acceder a la atención en los establecimientos de salud del MINSA. Esto podría reflejar las acciones en salud orientadas a proteger la salud de los menores de edad, sin embargo, los resultados a nivel de hospitales pueden indicar que aun existe un problema de acceso para este grupo etario.

Respecto a los adultos mayores en situación de pobreza extrema, se reporta un efecto marginal negativo y significativo al 1% para el acceso a la atención en general cuando la persona manifestó haber padecido una enfermedad. Al evaluar la variable para el acceso a la atención en los establecimientos de salud del MINSA, el resultado muestra que un adulto mayor en situación de pobreza extrema tiene una probabilidad predicha negativa de recibir atención en $-0,0447$ y significativa al 5%. Situación similar, se reporta en el efecto marginal para el acceso de un adulto mayor en situación para la atención en el primer nivel de atención del MINSA con un probabilidad predicha de $-0,0465$ y una significancia estadística al 5%, manteniendo todo lo demás constante. Por el contrario, el efecto marginal para el acceso de un adulto mayor a la atención en general y hospitales del MINSA, reporta un efecto positivo y significativo al 1% en aquel individuo adulto mayor no pobre con una probabilidad de $0,0129$ para los hospitales.

6.2.2 Submuestra 2: Acceso a los servicios de salud para los afiliados al SIS según regiones naturales

En esta sección se analizan los resultados encontrados en lo que respecta al acceso a la atención para las personas que reportan enfermedad según las regiones naturales del Perú como son: costa sierra y selva. La intención de dicho análisis se sustenta en la diversidad geográfica que presenta el territorio peruano el cual genera una barrera de acceso natural a los servicios de salud. En tal sentido, se considera de utilidad analizar el efecto de la afiliación al SIS teniendo como escenario las características propias del territorio geográfico.

En la Tabla 7, se tienen los resultados de las estimaciones del Probit. En la Tabla 8 se encuentran los efectos marginales que se calcularon tras la estimación del Probit, que reflejan cuanto cambia la probabilidad de acceder a la atención ante un cambio en la variable independiente. Se cuentan con cuatro especificaciones del modelo. Una primera columna que agrupa tres

modelos la variable dependiente es el acceso a la atención en general según costa, sierra y selva; en la segunda es el acceso a la atención en la totalidad de los establecimientos de salud del MINSA; en la tercera es el acceso a la atención en los establecimientos de salud del primer nivel de atención del MINSA y en la cuarta es el acceso a los hospitales del MINSA.

Los efectos marginales para la variable persona afiliada al SIS sobre el acceso a la atención en las diversas categorías de acuerdo a las regiones naturales son positivos y significativos, siendo mayor en algunas especificaciones para las personas que residen en la región natural de la selva. La significancia estadística es al 1% para todas las especificaciones del modelo. De los resultados tenemos que una persona enferma con afiliación al SIS en la costa, aumenta su probabilidad predicha de recibir atención en 0,0624 *ceteris paribus*; en la sierra de 0,0942 y de 0,104 en la selva, es decir, el efecto marginal es mayor en la selva seguida de la sierra, lo cual, está acorde con los objetivos del aseguramiento en salud de lograr un mayor acceso a la población de regiones naturales que presentan necesidades insatisfechas en salud debido a las barreras geográficas que se originan por las características territoriales donde residen. Cabe notar que el efecto positivo en el acceso decrece notoriamente cuando se trata de hospitales del MINSA y manifiesta una clara diferencia en el efecto marginal a favor de una mayor probabilidad predicha para el acceso a hospitales del MINSA en la región natural de la costa de 0,0544 en comparación la menor probabilidad en la selva de 0,0216. Esto es coherente con la baja oferta de hospitales que se disponen en las regiones naturales de sierra y selva, a diferencia, de la concentración de la mayor cantidad de ellos en la costa peruana, generando una mayor probabilidad de acceso para la persona residente en esta región natural.

Al igual que en el modelo anterior, la variable del logaritmo del gasto per cápita se utiliza como proxy y reporta efectos marginales tanto positivos como negativos para los diferentes tipos de atención y según regiones naturales que son estadísticamente significativos al 1%. Se debe señalar el efecto marginal positivo y significativo del logaritmo del gasto per cápita sobre la atención en los hospitales del MINSA, por tanto, una mayor disponibilidad de recursos de un individuo aumenta la probabilidad de acceso a los servicios hospitalarios del MINSA, sin embargo, cuando se compara con el efecto marginal de las afiliados al SIS se tiene que estos últimos tienen una mayor probabilidad predicha de acceso a los hospitales del MINSA.

Con respecto a la variable ruralidad para los afiliados al SIS, el acceso a los establecimientos del MINSA y los del primer nivel de atención, muestran un efecto marginal positivo y significativo con una significancia estadística de los coeficientes al 1%. Dicho efecto es mayor para la atención en los establecimientos de salud del MINSA en la región natural de la selva con un 0,0948, seguida por la sierra con un 0,0724, asimismo, para los

establecimientos de salud del primer nivel de atención del MINSA se tiene una probabilidad predicha de 0,117 para la selva, de 0,0890 para la sierra y de 0,0277 para la costa. Lo anterior evidencia que la ruralidad tiene una mayor probabilidad predicha en el acceso a establecimientos de salud en la región natural de la selva. Escenario contrario muestra el efecto de la ruralidad en el acceso a los hospitales del MINSA según región natural, donde se muestra un efecto marginal negativo y significativo al 1% para el acceso a hospitales del MINSA en costa, sierra y selva. Dicho efecto se manifiesta en una probabilidad predicha para una persona que reporta sentirse enferma y que reside en el ámbito de la costa rural de -0,0139 para los hospitales del MINSA, de -0,0154 para una persona que reside en la sierra rural y de un -0,0240 para una persona que reside en la selva rural. Los resultados guardan concordancia con estudios que indican que el efecto del SIS en el acceso a los Hospitales disminuye en la población que reside en el área rural, así como también, la poca oferta de hospitales en este tipo de áreas genera en la población ciertas dificultades de acceso para este tipo de servicios de salud.

Cuando se analizan las variables que guardan relación con el acceso según grupos etarios, se aprecia que la variable que incluye a los menores de edad tiene el efecto esperado de favorecer el acceso a los servicios de salud a los menores de edad por su condición de vulnerabilidad. Ello es apoyado por el efecto positivo y significativo al 1% para el acceso de los menores de edad a los servicios de salud con excepción del acceso a los hospitales del MINSA. Al examinar cada tipo de acceso de forma independiente según las regiones naturales, los efectos marginales se comportan de manera similar, en donde el ser menor de edad y residir en la sierra aumenta la probabilidad de acceder a la atención en los establecimientos de salud del MINSA, seguido por los de la selva y finalmente tiene la probabilidad más baja de acceso aquellos que habitan en la región natural de la selva. En general los menores de edad que residen en la sierra y selva tienen mayor acceso a los servicios de salud básicos del MINSA. Respecto al efecto de la variable menor de edad sobre el acceso a la atención en los hospitales del MINSA se obtuvieron coeficientes negativos pero no significativos.

En cuanto a los adultos mayores afiliados al SIS, se reportan efectos marginales significativos al 1% y al 5%, así como también, efectos marginales no significativos. Dichos efectos resultan ser en su mayoría positivos para el acceso a la atención cuando la persona manifestó padecer una enfermedad. El análisis muestra que el ser adulto mayor y residir en la costa aumenta la probabilidad de acceder a los establecimientos de salud del MINSA en 0,0147, manteniendo todo lo demás constante, y en la sierra se obtiene una mayor probabilidad con un coeficiente de 0,0178, todo ello con una significancia estadística del 5%. Situación contraria, se reporta en los efectos marginales para el acceso de un adulto mayor a los hospitales del MINSA, en donde dicho efecto es positivo y significativo al 1% en aquel

individuo que reside en la costa con una probabilidad predicha de 0,0145 y de 0,00968 para un individuo que reside en la región natural de la sierra. Esto implica que el efecto esperado de residir en la costa sobre el acceso sea mayor que en las otras regiones naturales, tal como se esperaba.

Finalmente, y siguiendo los resultados obtenidos para el acceso a los servicios de salud en las dos submuestras estimadas (niveles de pobreza y regiones naturales) es posible destacar que aun cuando la implementación del SIS se muestra en teoría, como un importante medio para promover y en cierta medida garantizar la atención en los servicios públicos de salud que se muestra con los resultados obtenidos, en la práctica aún persisten dificultades en el acceso para los afiliados al SIS. Por ello, la implementación de políticas públicas en salud debe esforzarse por incrementar el porcentaje de la población afiliada que ante un problema de salud hace un uso efectivo de los servicios públicos de salud para recuperar su bienestar. Siendo así, es necesario estudiar aquellas barreras y dificultades que vienen limitando el acceso a los afiliados al SIS para incorporar dentro de sus objetivos la superación de los mismos y con ello garantizar el acceso a los servicios públicos de salud cuando sean necesarios. Las estimaciones evidencian que la afiliación al SIS tiene un mayor impacto para el acceso a los servicios públicos de salud en las personas que se encuentran por debajo de la línea de pobreza, sin embargo, dicho efecto se disipa cuando se trata del acceso a los hospitales del MINSA son las personas no pobres la que tienen la mayor probabilidad de acceder. Asimismo, el acceso a la atención en hospitales del MINSA para los afiliados que residen en áreas rurales tiene una menor propensión para el acceso, sumando mayor dificultad en caso de padecer enfermedad para los afiliados y no siendo la afiliación un elemento facilitador a este tipo de servicios de salud. Por su parte, los adultos mayores afiliados al SIS y que no se encuentran en situación de pobreza son los que tienen un efecto positivo en el acceso a los hospitales de MINSA, y por tanto, incrementando aún más las diferencias entre los afiliados de distintos segmentos socioeconómicos. Similar situación se evidencia en las distintas regiones naturales, donde los afiliados que residen en la costa son los más favorecidos con la afiliación al SIS como medio que facilita el acceso a los servicios de salud.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio tiene por objetivo identificar las características individuales de los afiliados al SIS y en qué medida la afiliación sería un factor de influencia relevante para el acceso a los servicios de salud. Los resultados obtenidos parecen destacar la importancia de la cobertura del SIS en todos los niveles socioeconómicos, particularmente entre los pobres y pobres extremos, como factor facilitador de la atención ante un problema de salud y como determinante del aumento en la probabilidad de acceder a los establecimientos de salud pertenecientes al Ministerio de Salud.

Los resultados en el análisis de los determinantes de la afiliación al SIS sugieren cambios favorables en la persona de sexo femenino, los menores de edad, los adultos mayores, personas de lengua Quechua - Aymara, residentes de la región natural de la selva. Sin embargo, al profundizar el análisis con el acceso a los servicios de salud se obtienen resultados que indican que afiliarse a una persona a un seguro de salud no es del todo suficiente para garantizar el acceso a los servicios de salud. El hecho que las personas pobres afiliadas al SIS no estén accediendo a los servicios de salud, podría apuntar entre otros, a problemas de atención en los establecimientos de salud públicos que merecen ser estudiados a partir de encuestas, registros y estudios cualitativos que permitan un monitoreo y evaluación en el tiempo.

Una particularidad que develó el estudio de los determinantes de la afiliación al SIS, fue la identificación para el año 2013 de la reducción en la probabilidad de afiliarse a personas en situación de pobreza. Este resultado es importante porque la reducción en el acceso al SIS de los segmentos de población pobre es contraria a la política de aseguramiento universal establecida en el Perú en donde el foco del aseguramiento es la población menos favorecida. Por lo tanto, podría ser visto como un efecto negativo en la efectividad del aseguramiento público y debería conducir a un mayor fortalecimiento de las acciones del SIS y de otras instituciones que favorecen el Aseguramiento Universal en Salud, así como también, evaluar si la ampliación del acceso a otros segmentos socioeconómicos afecta de manera negativa el acceso al seguro público de salud para las personas en situación de pobreza.

Por otra parte, el estudio al analizar el efecto en el acceso a la atención en salud de los afiliados al SIS por niveles de socioeconómicos, permitió identificar diferencias importantes en el acceso a los Hospitales del Ministerio de Salud, siendo significativos para facilitar el acceso para personas no pobres. Estas diferencias pueden generar riesgos para aquellos que teniendo una enfermedad y necesitan atención, independientemente de su situación socioeconómica, no puedan ser atendidos en aquellos establecimientos que reúnen las condiciones necesarias tanto en equipamiento como personal para

brindar la atención y cuidados necesarios a pacientes que por su estado de salud lo ameritan.

Al estudiar el papel del SIS como elemento de acceso a los servicios de salud en las tres regiones naturales que conforman el Perú, mostró el hecho que residir en la sierra y selva tiene un efecto positivo en el acceso a los establecimientos de salud del MINSA con excepción para la atención en los hospitales del MINSA. A manera de ejemplificar, se encontró que para acceder a un Hospital MINSA, la probabilidad en el acceso se relaciona positivamente y con una mayor magnitud en la costa cuando se compara con otras regiones naturales. Dicho resultado es necesario tenerlo en consideración para la focalización de intervenciones y arreglo de las políticas públicas en el sector salud para con ello garantizar un uso más eficiente y efectivo de los recursos disponibles.

Aun cuando se han logrado avances significativos en materia de cobertura de la afiliación al SIS, los resultados obtenidos hacen evidente que los enfoques orientados a promover el acceso a los servicios de salud enfrentan problemas de deficiencias en el acceso. Es por ello, que el gobierno debe enfocar sus esfuerzos, de manera especial, en aquellas zonas geográficas que por sus características propias han sido excluidas y de esa forma equilibrar la oferta ante las necesidades de salud de sus habitantes que posiblemente reciben muy poca atención de salud o en caso de recibirla, sería tardíamente.

Finalmente, es importante tener en cuenta que no solo se trata de ampliar el número de asegurados, ya que ello podría acarrear no solamente un aumento en la carga financiera de las Instituciones Administradoras de Fondos en Salud, sino una disminución de la calidad de los servicios. Además, 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.

GLOSARIO

APS	Atención Primaria de la Salud
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CUS	Cobertura Universal en Salud
DNI	Documento Nacional de Identidad
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
IAFAS	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	Ministerio de Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
SEG	Seguro Escolar Gratuito
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SMI	Seguro Materno Infantil

BIBLIOGRAFÍA

- Alcalde-Rabanal, J. E., Lazo-González, O., & Nigenda, G. (2011). The health system of Peru. *Salud Publica de Mexico*, 53(Supl. 2), S243–S254.
- Ali, E. E. (2014). Health Care Financing in Ethiopia: Implications on Access to Essential Medicines. *Value in Health Regional Issues*, 4(0), 37–40.
- Anaya, R., Artaza, O., González, E., Manuell, G., & Sagastuy, B. (2013). *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*. Cd. de México, México: OPS/OMS.
- Backman, G., Hunt, P., Khosla, R., Jaramillo-Strouss, C., Fikre, B. M., Rumble, C., Vladescu, C. (2013). Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *The Lancet*, 372(9655), 2047–2085.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2014a). *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional* (Ursula Giedion, Ricardo Bitrán, Iñez Tristao). BID.
- Banco Mundial. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press.
- Banco Mundial. (2014b). Datos de libre acceso del Banco Mundial: acceso abierto y gratuito a datos sobre desarrollo de los países en todo el mundo. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/>

- Barboza-Tello, M. (2009). El aseguramiento universal en el Perú: la reforma del financiamiento de la salud en perspectiva de derechos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 26(2), 243–247.
- Brownson, R. C., Fielding, J. E., & Maylahn, C. M. (2009). Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annual Review of Public Health*, 30(1), 175–201.
- Comisión Económica para América Latina. (2006). La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad.
- Congreso de la República. (2009). Ley 29344. *Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud*.
- Cotlear, D., Gómez-Dantés, O., Knaul, F., Atun, R., Barreto, I. C. H. C., Cetrángolo, O., Sáenz, R. (2014). Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*. Recuperado de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614616470>
- Davies, J. K., & Sherriff, N. S. (2014). Assessing public health policy approaches to level-up the gradient in health inequalities: the Gradient Evaluation Framework. *Public Health*, 128(3), 246–253.
- De Andrade, L. O. M., Filho, A. P., Solar, O., Rígoli, F., de Salazar, L. M., Serrate, P. C.-F., Atun, R. (2014). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet*. Recuperado de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361461494X>

- De Savigny, D., & Adam, T. (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. World Health Organization.
- Francke, P. (2013). *Peru's Comprehensive Health Insurance and New Challenges for Universal Coverage*. Washington DC: The World Bank.
- Frenk, J. (2010). The Global Health System: Strengthening National Health Systems as the Next Step for Global Progress. *PLoS Med*, 7(1), e1000089.
- Fried, S. T., Khurshid, A., Tarlton, D., Webb, D., Gloss, S., Paz, C., & Stanley, T. (2013). Universal health coverage: necessary but not sufficient. *Reproductive Health Matters*, 21(42), 50–60.
- Gruskin, S., Mills, E. J., & Tarantola, D. (2007). History, principles, and practice of health and human rights. *The Lancet*, 370(9585), 449–455.
- Hjortsberg, C. (2003). Why do the sick not utilise health care? The case of Zambia. *Health Economics*, 12(9), 755–770.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2008). Perfil Sociodemográfico del Perú: Censos Nacionales 2007.
- International Labour Organization. (2007). Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care. Disponible en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---secsoc/documents/publication/wcms_secsoc_14083.pdf
- Jaramillo, M., & Parodi, S. (2004). *El Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil: Análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso*. GRADE.

- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., Frenk, J. (2006). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 380(9849), 1259–1279.
- Kondo, A., & Shigeoka, H. (2013). Effects of universal health insurance on health care utilization, and supply-side responses: Evidence from Japan. *Journal of Public Economics*, 99(0), 1–23.
- Longaray Chau, C. F. E. (2010). *Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Lu, J. R., Leung, G. M., Kwon, S., Tin, K. Y., Van Doorslaer, E., & O'Donnell, O. (2007). Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies. *Social Science & Medicine*, 64(1), 199–212.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104.
- McDonnell, A. W., Richard Goodacre, Steve. (2006). Evaluating and implementing new services. *British Medical Journal*, 332(7533), 109–112.
- Mejía-Mejía, A., Sánchez-Gandur, A. F., & Tamayo-Ramírez, J. C. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 9(1), 26–38.

Naciones Unidas. (2012). Resolución de la Asamblea General 66/288. El futuro que queremos.

Nutbeam, D., & Boxall, A-M. (2008). What influences the transfer of research into health policy and practice? Observations from England and Australia. *Public Health*, 122(8), 747–753.

Nyman, J. A. (1999). The value of health insurance: the access motive. *Journal of Health Economics*, 18(2), 141–152.

Ooms, G., Sridhar, D., & Jahn, A. (2013). Global health governance after 2015. *The Lancet*, 382(9897), 1017.

Organización Mundial de la Salud. (1981). *Global strategy for health for all by the year 2000*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2005). Resolución 58.33 de la Asamblea Mundial de Salud. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/22683/1/A58_20-sp.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS. Disponible en <http://www.who.int/whr/2010/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2012). What is universal health coverage? Disponible en http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/
- 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. *Lima: Grupo de Análisis Para El Desarrollo*.
- Rychetnik, L., Bauman, A., Laws, R., King, L., Rissel, C., Nutbeam, D., Caterson, I. (2012). Translating research for evidence-based public health: key concepts and future directions. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*(12), 1187–1192.
- Savedoff, W. D., de Ferranti, D., Smith, A. L., & Fan, V. (2012). Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet, 380*(9845), 924–932.
- Sepehri, A., Sarma, S., & Serieux, J. (2009). Who is giving up the free lunch? The insured patients' decision to access health insurance benefits and its determinants: Evidence from a low-income country. *Health Policy, 92*(2–3), 250–258.
- Stuckler, D., Feigl, A. B., Basu, S., & McKee, M. (2010). The Political Economy of Universal Health Coverage. Presented at the Background paper for the global symposium on health systems research. Geneva: World Health Organization.

- Tarricone, R. (2013). Setting the Scene: The Challenges of Universal Health Coverage and the Contribution of Management Education. *Value in Health, 16*(1, Supplement), S4–S6.
- Valdivia, M. (2002). Public health infrastructure and equity in the utilization of outpatient health care services in Peru. *Health Policy and Planning, 17*(suppl 1), 12–19.
- Vega, J. (2013). Universal health coverage: the post-2015 development agenda. *The Lancet, 381*(9862), 179–180.
- Wilson, L., Velásquez, A., & Ponce, C. (2009). La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 26*(2), 207–217.

ANEXO

Tabla 1
Indicadores socioeconómicos y de salud en países de América Latina para el año 2011.

País	Población (millones)	Ingreso per cápita US\$ PPA	Gasto en salud per cápita US\$ PPA	Gasto en salud público per cápita US\$ PPA	Gasto en Salud (% del PIB)	Gasto de bolsillo (% Gasto en Salud total)	Tasa de Mortalidad Infantil
Argentina	40	17130	1434	408	8,2	25	14
Chile	17,1	16330	1292	455	7,5	37	9
Colombia	46,3	9560	618	345	6,1	17	18
Perú	29,1	9440	496	145	4,8	38	18
Uruguay	3,4	14.640	1210	669	8	13	10

Fuente: Adaptado de Banco Interamericano de Desarrollo (2014).

Tabla 2

Uso de servicios de salud según quintiles de gasto (% de la población).

	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V
Perú	25.1	35.2	40.0	45.3	48.0
Urbana	29.5	39.8	43.9	46.3	49.6
Rural	19.9	27.8	27.6	37.4	38.8
Lima Metropolitana	35.9	40.7	43.1	44.4	48.1

Fuente: Adaptado de Valdivia (2002).

Tabla 3
Estadísticas descriptivas.

Variable	Obs.	Mean	Std. Dev.	Min.	Max.
Afiliación SIS	117671	0,42	0,49	0	1
Atención	126954	0,28	0,45	0	1
Atención MINSA	126954	0,11	0,32	0	1
Atención 1° nivel MINSA	126954	0,10	0,29	0	1
Atención Hospitales MINSA	126954	0,02	0,13	0	1
Mujer	117731	0,51	0,50	0	1
Conviviente	92828	0,21	0,41	0	1
Costa	117731	0,40	0,49	0	1
Sierra	117731	0,38	0,49	0	1
Selva	117731	0,22	0,41	0	1
Localización rural	117731	0,39	0,49	0	1
Localización Lima - Met	117731	0,13	0,34	0	1
Lengua Quechua Aymara	112233	0,20	0,40	0	1
Edad	117731	31,95	22,09	0	98
Menor de edad	117731	0,34	0,47	0	1
Adulto mayor	117731	0,14	0,34	0	1
Educación primaria	112254	0,47	0,50	0	1
Jefe de hogar	117731	0,26	0,44	0	1
Pobre	117731	0,27	0,44	0	1
Documento de Identidad	117655	0,97	0,16	0	1
Desocupado	87982	0,03	0,18	0	1
Enfermo	117671	0,58	0,49	0	1
Gasto per cápita (Log)	117731	8,43	0,69	5,19	12,01
Miembros del hogar	117731	4,89	2,16	1	21
N° dormitorios	115943	2,09	1,37	0	13
Ausencia de título propiedad	94861	0,52	0,50	0	1
Sin agua potable	91623	0,29	0,45	0	1
Cocina gas/eléctrica	116413	0,57	0,50	0	1
Sin red pública de desague	117731	0,44	0,50	0	1
Con niños sin asistir escuela	117731	0,01	0,12	0	1

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENAHO 2013.

Tabla 4**Probit y efectos marginales para los determinantes de la afiliación al Seguro Integral de Salud.**

Variables	Probit	Efectos marginales
Mujer	0.236*** (0.0143)	0.0814*** (0.00490)
Conviviente	0.184*** (0.0163)	0.0653*** (0.00592)
Sierra	0.114*** (0.0181)	0.0395*** (0.00634)
Selva	0.264*** (0.0196)	0.0951*** (0.00728)
Localización rural	0.155*** (0.0203)	0.0544*** (0.00724)
Localización Lima - Met	0.136*** (0.0224)	0.0481*** (0.00810)
Lengua Quechua Aymara	0.202*** (0.0171)	0.0717*** (0.00620)
Edad	-0.00809*** (0.000686)	-0.00280*** (0.000237)
Menor de edad	0.279*** (0.0235)	0.101*** (0.00889)
Adulto mayor	0.179*** (0.0260)	0.0635*** (0.00942)
Educación primaria	0.329*** (0.0171)	0.117*** (0.00616)
Jefe de hogar	0.0787*** (0.0178)	0.0274*** (0.00623)
Pobre	-0.140*** (0.0215)	-0.0473*** (0.00705)
Documento Nacional de Identidad	1.430*** (0.0677)	0.276*** (0.00457)
Desocupado	0.0720** (0.0340)	0.0253** (0.0122)
Enfermo	0.166*** (0.0134)	0.0568*** (0.00452)
Gasto per cápita (Log)	-0.751*** (0.0193)	-0.260*** (0.00653)
Total de miembros del hogar	0.00681* (0.00366)	0.00235* (0.00127)
Nº dormitorios	-0.0686*** (0.00578)	-0.0237*** (0.00200)
Ausencia de título propiedad	0.0736*** (0.0147)	0.0255*** (0.00511)
Sin agua potable	0.0999*** (0.0182)	0.0349*** (0.00644)
Cocina gas/eléctrica	-0.356*** (0.0178)	-0.126*** (0.00641)
Sin red pública de desague	0.102*** (0.0171)	0.0354*** (0.00602)
Con niños sin asistir escuela	-0.292*** (0.0735)	-0.0924*** (0.0209)
Constante	4.485*** (0.183)	
N	55431	55431
Pseudo R2	0.274	0.274

Nota: Errores estándar en paréntesis.

* Nivel de significancia al 10%, ** Nivel de significancia al 5%, *** Nivel de significancia al 1%.

Tabla 5

Probit para el acceso a la atención según niveles de pobreza.

Variables	Atención			Atención Minsa			Atención 1° nivel Minsa			Atención Hospitales Minsa		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
	Pobre ext	Pobre	No pobre	Pobre ext	Pobre	No pobre	Pobre ext	Pobre	No pobre	Pobre ext	Pobre	No pobre
Afiliado SIS	0.463*** (0.0552)	0.302*** (0.0247)	0.179*** (0.0132)	0.828*** (0.0650)	0.820*** (0.0296)	0.817*** (0.0152)	0.836*** (0.0661)	0.798*** (0.0306)	0.796*** (0.0161)	0.221 (0.171)	0.447*** (0.0603)	0.471*** (0.0244)
Gasto per cápita (Ln)	0.163* (0.0832)	0.381*** (0.0632)	0.254*** (0.0131)	0.0481 (0.0862)	0.160** (0.0702)	-0.0941*** (0.0171)	0.0249 (0.0865)	0.0579 (0.0719)	-0.192*** (0.0190)	0.491 (0.315)	0.582*** (0.136)	0.167*** (0.0245)
Localización rural	-0.271*** (0.0671)	-0.0854*** (0.0290)	-0.0948*** (0.0140)	-0.0275 (0.0725)	0.234*** (0.0318)	0.224*** (0.0162)	0.0487 (0.0739)	0.308*** (0.0325)	0.329*** (0.0170)	-0.542*** (0.153)	-0.369*** (0.0638)	-0.300*** (0.0281)
Menor de edad	0.226*** (0.0466)	0.157*** (0.0239)	0.179*** (0.0133)	0.334*** (0.0485)	0.288*** (0.0259)	0.229*** (0.0157)	0.347*** (0.0488)	0.313*** (0.0263)	0.266*** (0.0166)	-0.144 (0.149)	-0.0949* (0.0549)	-0.0285 (0.0261)
Adulto mayor	-0.210*** (0.0592)	-0.0849*** (0.0312)	0.0426*** (0.0156)	-0.135** (0.0631)	0.0736** (0.0342)	0.0747*** (0.0192)	-0.143** (0.0638)	0.0508 (0.0350)	0.0252 (0.0209)	0.0851 (0.163)	0.165** (0.0653)	0.164*** (0.0280)
Constante	-1.668*** (0.610)	-3.264*** (0.505)	-2.177*** (0.118)	-1.645*** (0.633)	-2.682*** (0.560)	-0.614*** (0.153)	-1.586** (0.635)	-1.999*** (0.573)	0.0298 (0.170)	-5.576** (2.313)	-6.686*** (1.092)	-3.403*** (0.222)
N	3801	13602	50557	3801	13602	50557	3801	13602	50557	3801	13602	50557
Pseudo R2	0.0322	0.0160	0.0111	0.0609	0.0752	0.113	0.0634	0.0812	0.138	0.0516	0.0535	0.0324

Nota: Errores estándar en paréntesis

* Nivel de significancia al 10%.

** Nivel de significancia al 5%.

*** Nivel de significancia al 1%.

Tabla 6

Efectos marginales para el acceso a la atención según niveles pobreza.

Variables	Atención			Atención Minsa			Atención 1° nivel MINSA			Atención Hospitales MINSA		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
	Pobre ext	Pobre	No pobre	Pobre ext	Pobre	No pobre	Pobre ext	Pobre	No pobre	Pobre ext	Pobre	No pobre
Afiliado SIS	0.164*** (0.0180)	0.118*** (0.00953)	0.0706*** (0.00515)	0.235*** (0.0144)	0.240*** (0.00733)	0.219*** (0.00437)	0.232*** (0.0142)	0.221*** (0.00711)	0.180*** (0.00403)	0.00397 (0.00263)	0.0179*** (0.00207)	0.0390*** (0.00227)
Gasto per cápita (Ln)	0.0613* (0.0313)	0.151*** (0.0251)	0.101*** (0.00518)	0.0163 (0.0292)	0.0528** (0.0231)	-0.0225*** (0.00409)	0.00829 (0.0288)	0.0181 (0.0225)	-0.0376*** (0.00371)	0.0102 (0.00635)	0.0270*** (0.00626)	0.0118*** (0.00173)
Localización rural	-0.105*** (0.0264)	-0.0339*** (0.0115)	-0.0376*** (0.00554)	-0.00937 (0.0249)	0.0762*** (0.0102)	0.0560*** (0.00422)	0.0160 (0.0241)	0.0947*** (0.00976)	0.0696*** (0.00387)	-0.0192** (0.00815)	-0.0185*** (0.00343)	-0.0192*** (0.00161)
Menor de edad	0.0857*** (0.0177)	0.0625*** (0.00950)	0.0705*** (0.00517)	0.115*** (0.0169)	0.0968*** (0.00884)	0.0576*** (0.00415)	0.118*** (0.0168)	0.100*** (0.00862)	0.0560*** (0.00374)	-0.00289 (0.00288)	-0.00430* (0.00242)	-0.00199 (0.00180)
Adulto mayor	-0.0770*** (0.0211)	-0.0336*** (0.0123)	0.0168*** (0.00615)	-0.0447** (0.0203)	0.0246** (0.0116)	0.0183*** (0.00483)	-0.0465** (0.0201)	0.0161 (0.0112)	0.00499 (0.00418)	0.00189 (0.00383)	0.00862** (0.00379)	0.0129*** (0.00241)
N	3801	13602	50557	3801	13602	50557	3801	13602	50557	3801	13602	50557
Pseudo R2	0.0322	0.0160	0.0111	0.0609	0.0752	0.113	0.0634	0.0812	0.138	0.0516	0.0535	0.0324

Nota: Errores estándar en paréntesis

* Nivel de significancia al 10%.

** Nivel de significancia al 5%.

*** Nivel de significancia al 1%.

Tabla 7

Probit según regiones naturales.

Variables	Atención			Atención Minsa			Atención 1° nivel Minsa			Atención Hospitales Minsa		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
	Costa	Sierra	Selva	Costa	Sierra	Selva	Costa	Sierra	Selva	Costa	Sierra	Selva
Afiliado SIS	0.158*** (0.0192)	0.237*** (0.0184)	0.263*** (0.0225)	0.899*** (0.0220)	0.789*** (0.0215)	0.803*** (0.0262)	0.857*** (0.0235)	0.776*** (0.0224)	0.819*** (0.0275)	0.561*** (0.0328)	0.434*** (0.0406)	0.374*** (0.0472)
Gasto per cápita (Ln)	0.253*** (0.0154)	0.343*** (0.0148)	0.308*** (0.0191)	-0.0721*** (0.0204)	0.0291* (0.0168)	-0.0394* (0.0219)	-0.156*** (0.0227)	-0.0349** (0.0175)	-0.104*** (0.0229)	0.141*** (0.0291)	0.287*** (0.0313)	0.243*** (0.0399)
Localización rural	-0.0849*** (0.0242)	-0.127*** (0.0190)	-0.126*** (0.0235)	0.0816*** (0.0288)	0.247*** (0.0217)	0.323*** (0.0263)	0.157*** (0.0302)	0.334*** (0.0226)	0.443*** (0.0273)	-0.216*** (0.0492)	-0.268*** (0.0388)	-0.430*** (0.0516)
Menor de edad	0.197*** (0.0185)	0.163*** (0.0181)	0.181*** (0.0231)	0.218*** (0.0228)	0.273*** (0.0198)	0.262*** (0.0258)	0.270*** (0.0244)	0.291*** (0.0203)	0.296*** (0.0268)	-0.0404 (0.0356)	-0.0388 (0.0398)	-0.0590 (0.0485)
Adulto mayor	0.0833*** (0.0218)	-0.0413** (0.0205)	-0.0439 (0.0328)	0.0680** (0.0286)	0.0586** (0.0231)	0.0637* (0.0378)	-0.00568 (0.0323)	0.0278 (0.0240)	0.0421 (0.0398)	0.175*** (0.0383)	0.163*** (0.0409)	0.129** (0.0621)
Constante	-2.220*** (0.137)	-2.903*** (0.131)	-2.604*** (0.170)	-0.814*** (0.182)	-1.686*** (0.149)	-1.118*** (0.194)	-0.283 (0.202)	-1.313*** (0.154)	-0.783*** (0.203)	-3.196*** (0.262)	-4.458*** (0.281)	-3.999*** (0.359)
N	25782	27236	14942	25782	27236	14942	25782	27236	14942	25782	27236	14942
Pseudo R2	0.0119	0.0250	0.0245	0.106	0.0918	0.108	0.120	0.107	0.134	0.0393	0.0376	0.0496

Nota: Errores estándar en paréntesis.

* Nivel de significancia al 10%.

** Nivel de significancia al 5%.

*** Nivel de significancia al 1%.

Tabla 8

Efectos marginales según regiones naturales.

Variables	Atención			Atención Minsa			Atención 1° nivel Minsa			Atención Hospitales Minsa		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
	Costa	Sierra	Selva	Costa	Sierra	Selva	Costa	Sierra	Selva	Costa	Sierra	Selva
Afiliado SIS	0.0624***	0.0942***	0.104***	0.235***	0.224***	0.230***	0.183***	0.202***	0.210***	0.0544***	0.0225***	0.0216***
	(0.00752)	(0.00729)	(0.00886)	(0.00657)	(0.00563)	(0.00715)	(0.00596)	(0.00536)	(0.00673)	(0.00386)	(0.00201)	(0.00273)
Gasto per cápita (Ln)	0.100***	0.137***	0.122***	-0.0152***	0.00872*	-0.0114*	-0.0256***	-0.00958**	-0.0268***	0.0105***	0.0154***	0.0139***
	(0.00610)	(0.00590)	(0.00758)	(0.00430)	(0.00504)	(0.00635)	(0.00370)	(0.00480)	(0.00590)	(0.00216)	(0.00164)	(0.00223)
Localización rural	-0.0338***	-0.0505***	-0.0499***	0.0178***	0.0724***	0.0948***	0.0277***	0.0890***	0.117***	-0.0139***	-0.0154***	-0.0240***
	(0.00965)	(0.00756)	(0.00930)	(0.00649)	(0.00622)	(0.00777)	(0.00574)	(0.00580)	(0.00727)	(0.00272)	(0.00236)	(0.00276)
Menor de edad	0.0777***	0.0650***	0.0714***	0.0484***	0.0852***	0.0783***	0.0478***	0.0841***	0.0796***	-0.00296	-0.00205	-0.00331
	(0.00725)	(0.00717)	(0.00905)	(0.00533)	(0.00641)	(0.00791)	(0.00465)	(0.00614)	(0.00746)	(0.00257)	(0.00207)	(0.00267)
Adulto mayor	0.0330***	-0.0165**	-0.0174	0.0147**	0.0178**	0.0188*	-0.000927	0.00770	0.0110	0.0145***	0.00968***	0.00812*
	(0.00861)	(0.00818)	(0.0130)	(0.00633)	(0.00712)	(0.0114)	(0.00526)	(0.00669)	(0.0106)	(0.00351)	(0.00267)	(0.00428)
N	25782	27236	14942	25782	27236	14942	25782	27236	14942	25782	27236	14942
Pseudo R2	0.0119	0.0250	0.0245	0.106	0.0918	0.108	0.120	0.107	0.134	0.0393	0.0376	0.0496

Nota: Errores estándar en paréntesis.

* Nivel de significancia al 10%.

** Nivel de significancia al 5%.

*** Nivel de significancia al 1%.