

Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro Integral de Salud

Akram Hernández

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Resumen

A través de un enfoque cuantitativo y no experimental de diseño transversal, 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. La evidencia empírica se obtuvo a partir de la estimación de un conjunto de especificaciones de un modelo Probit para los determinantes. 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 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 para 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.

Palabras clave: Cobertura universal en salud, Seguro Integral de Salud, modelo de regresión, análisis estadístico.

Determinants of affiliation and access to health services in Peru: the case of integral health insurance

Abstract

Using a quantitative and non-experimental approach with transversal design, this study examined the determinants and effects that membership of the SIS provides coverage of social protection and access to health services in Peru. A set of regressions for comparison groups were applied using statistical analysis software Stata 11. Empirical evidence was obtained from the estimation of a probit model's set specifications for the determinants. The marginal effects of each variable of being affiliated with the SIS and access to public health services were estimated. The results indicate that the characteristics of possessing identity card, per capita spending and being underage, was the most important to be affiliated to SIS. Concerning access, we estimated that membership in the SIS had a positive effect on access to health services, especially to people on poverty situations and residents on the coast. It was recommended to check the status of people without affiliation to SIS that were below the poverty line, the supply of health services in remote geographical areas and the current gaps in access to hospital services.

Keywords: Universal health coverage, Integral Health Insurance, regression model, statistical analysis.

Introducción

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; Mundial, 1993).

Así, la Cobertura Universal en Salud (CUS) y los medios para lograrla se han convertido en tema ampliamente debatido para la mayor parte de los países y la comunidad internacional (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.

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. Se determinó que la agenda de reformas de salud en los países de la región debe perseguir dos objetivos: el primero, 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 el segundo, procurar la contención de costos y mejorar la eficiencia en materia de asignación de los escasos recursos disponibles (CEPAL., 2006).

La discusión sobre los nuevos desafíos de los sistemas de salud, llevó al gobierno peruano a la búsqueda de alternativas para reducir los crecientes costos de atención y para proveer un mayor acceso a la protección social.

A principios de la década del 2000, 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. Así, se crearon instituciones de aseguramiento público y posteriormente se promulgó la Ley del Aseguramiento Universal en Salud (2009). 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. Sin embargo, a pesar que esta política fue creada para facilitar el acceso a los servicios de salud de la población vulnerable, este se concentró hacia los niveles socioeconómicos medios y las zonas urbanas del país.

Aun 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. Para ello, se debe prestar interés en explicar cómo ciertas variables específicas han influido en la afiliación al SIS e identificar las diferencias existentes en el acceso a los servicios de salud. Así, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿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?

De esta manera, el objetivo de esta investigación es 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.

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

Stuckler *et al.* (2010) plantean que la definición de CUS 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. 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 y 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.

La OMS. (2005) define la CUS como un sistema de salud que garantice 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. Esta definición integra dos componentes fundamentales como son: la provisión de servicios de salud a las personas que las necesi-

***Dirección de correspondencia [Correspondence address]:** Akram Hernández, Universidad Peruana Cayetano Heredia
E-mail: akram.hernandez.v@upch.pe

tan y las consecuencias económicas que se derivan (OMS., 2010).

La International Labour Organization (2007) destaca 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” (Unidas, 2012: 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 (SMI) 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, eliminando la barrera económica del acceso a los servicios de salud.

La Ley del Aseguramiento Universal en Salud en el año 2009, estableció que las instituciones finan-

cieras sean agrupadas bajo la denominación de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). Estas pueden ser públicas, privadas o mixtas, y sus 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. Las IAFAS, incluyen al SIS como único asegurador público que recibe una parte importante de ingresos provenientes de los recursos que recauda el Estado.

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; y 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.

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.

Evaluación de la Cobertura Universal en Salud

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 gas-

tos directos¹ que incluyen la proporción de gastos cubiertos.

La cobertura en salud es abordada por medio de la eliminación de las barreras financieras a la atención. El acceso, por otro lado, depende de varios determinantes sociales, que incluyen factores dependientes del sistema de salud, o factores económicos para cubrir la prestación de servicios y disponibilidad de servicios de atención (Fried *et al.*, 2013).

Un último aspecto es la equidad en el financiamiento de los servicios de salud, 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 salud. 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).

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.

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

Cada país avanza en el llenado de las diferentes dimensiones del cubo tridimensional de acuerdo con sus preferencias y restricciones. 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). 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 be-

¹La 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.

nefiar a toda la población objetivo sin distinción. 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 resultaría inasequible (Nyman, 1999).

En términos de aseguramiento público en salud 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.

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 en la planificación y uso de los recursos. La limitada disponibilidad de fondos públicos contrasta con la alta demanda de servicios. Los establecimientos de salud de mayor complejidad presentan saturación y baja calidad en los servicios que brindan.

En la práctica, 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 ese 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).

Parodi (2005) plantea como objetivo determinar la efectividad del SIS para incrementar el acceso de las madres gestantes al parto institucional e 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.

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 *et al.*, 2007: 28). Sin embargo, la pobreza es la principal y más importante barrera de acceso a los servicios de salud (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.

Las barreras socioeconómicas y geográficas suponen un obstáculo importante para el acceso a los servicios públicos de salud, de modo que hay personas que pese a poseer seguro de salud, no lo utilizan producto de la dificultad de llegar a la consulta (Valdivia, 2002). 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 *et al.*, 2009). Entre ellos tenemos a la carencia de recursos económicos, la inaccesibilidad geográfica y el trato inadecuado por parte del personal de salud (Hjortsberg, 2003). 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, ya que no elimina las barreras que son generadoras de desigualdad en el acceso a los servicios de salud (Cotlear *et al.*, 2014).

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 im-

plementación del aseguramiento en salud condujo a cambios en las barreras de acceso no financieros. 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.

Metodología

El presente estudio tiene 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.

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:

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:

$$\begin{aligned} pr(SIS = 1) = & \alpha + \beta_1_{mujer} + \beta_2_{conviviente} + \\ & \beta_3_{sierra} + \beta_4_{selva} + \beta_5_{rural} + \beta_6_{limmet} + \\ & \beta_7_{queaym} + \beta_8_{edad} + \beta_9_{menoredad} + \beta_{10}_{adulto_mayor} + \\ & \beta_{11}_{educacion_primaria} + \beta_{12}_{jefe_hogar} + \beta_{13}_{pobre} + \\ & \beta_{14}_{docuident} + \beta_{15}_{desocupado} + \beta_{16}_{enfermo} + \\ & \beta_{17}_{gastopercapita} + \beta_{18}_{miembhogar} + \beta_{19}_{dormitorios} + \\ & \beta_{20}_{titulopropiedad} + \beta_{21}_{sinaguapotable} + \beta_{22}_{cocina} + \\ & \beta_{23}_{sinreddesague} + \beta_{24}_{ninosesc} + \epsilon \end{aligned}$$

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 y Parodi (2004) y Longaray Chau (2010), quienes proponen algunas de las variables utilizadas en este estudio.

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:

$$\begin{aligned} Pr(atencion = 1) = & \alpha + \beta_1_{afiliadosis} + \\ & \beta_2_{gastopercapita} + \beta_3_{rural} + \beta_4_{menoredad} + \\ & \beta_5_{adultomayor} + \epsilon \end{aligned}$$

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.

En la Tabla 1 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.

Tabla 1: 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

Resultados

Determinantes de la afiliación al Seguro Integral de Salud

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. Esta variable 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.

Acceso a los servicios de salud

Submuestra 1: Acceso a los servicios de salud para los afiliados al SIS según niveles de pobreza

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 aún 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 una 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.

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

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 mar-

ginales 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.

Conclusiones y recomendaciones

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 afiliar 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 afiliar 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 necesitando 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.

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. Es necesario tener dicho resultado en consideración para focalización de intervenciones y arreglo de las políticas públicas en el sector salud, garantizando 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 han sido excluidas y de esa forma equilibrar la oferta ante las necesidades de salud de sus habitantes.

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 Institucio-

nes 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.

Referencias

- Andrade, D., M., L. O., Filho, A. P., Solar, O., Rígoli, F., de Salazar, L. M., Serrate, P. C. F., y Atun, R. (2014). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet*.
- CEPAL. (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*.
- Cotlear, D., Gómez-Dantés, O., Knaul, F., Atun, R., Barreto, I. C. H. C., Cetrángolo, O., y Sáenz, R. (2014). Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*.
- de la República, C. (2009). *Ley 29344*. Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- De Savigny, D. y Adam, T. (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. World Health Organization.
- Frenk, J. (2010). The global health system: Strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Med*, 7(1).
- Fried, S. T., Khurshid, A., Tarlton, D., Webb, D., Gloss, S., Paz, C., y Stanley, T. (2013). Universal health coverage: necessary but not sufficient. *Reproductive Health Matters*, 21(42):50–60.
- Hjortsberg, C. (2003). Why do the sick not utilise health care? The case of Zambia. *Health Economics*, 12(9):755–770.
- International Labour Organization (2007). *Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care*. Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care.
- Jaramillo, M. y 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.
- Longaray Chau, C. F. E. (2010). Impacto del seguro integral de salud en el acceso a los servicios de salud.
- Lu, J. R., Leung, G. M., Kwon, S., Tin, K. Y., Van Doorslaer, E., y O'Donnell, O. (2007). Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income asian economies. *Social Science y Medicine*, 64(1):199–212.
- Mejía-Mejía, A., Sánchez-Gandur, A. F., y Tamayo-Ramírez, J. C. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en antioquia. *Rev. Salud Pública*, 9(1):26–38.
- Mundial, B. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press.
- Nyman, J. A. (1999). The value of health insurance: the access motive. *Journal of Health Economics*, 18(2):141–152.
- OMS. (1981). *Global strategy for health for all by the year 2000*. OMS, Ginebra.
- OMS. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. OMS, Ginebra.
- OMS. (2005). *Resolución 58.33 de la Asamblea Mundial de Salud*.
- OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. OMS, Ginebra.
- Parodi, S. (2005). *Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios*. Grupo de Análisis Para El Desarrollo, Lima.
- Sepethri, A., Sarma, S., y Serieux, J. (2009). Who is giving up the free lunch? the insured patient's 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., y McKee, M. (2010). *The Political Economy of Universal Health Coverage. Presented at the Background paper for the global symposium on health systems research*. World Health Organization, Geneva.
- Tarricone, R. (2013). Setting the scene: The challenges of universal health coverage and the contribution of management education. *Value in Health*, 16(1):54–56.
- Unidas, N. (2012). *Resolución de la Asamblea General 66/288*. El futuro que queremos.
- Valdivia, M. (2002). Public health infrastructure and equity in the utilization of outpatient health care services in Peru. *Health Policy and Planning*, 17(1):12–19.