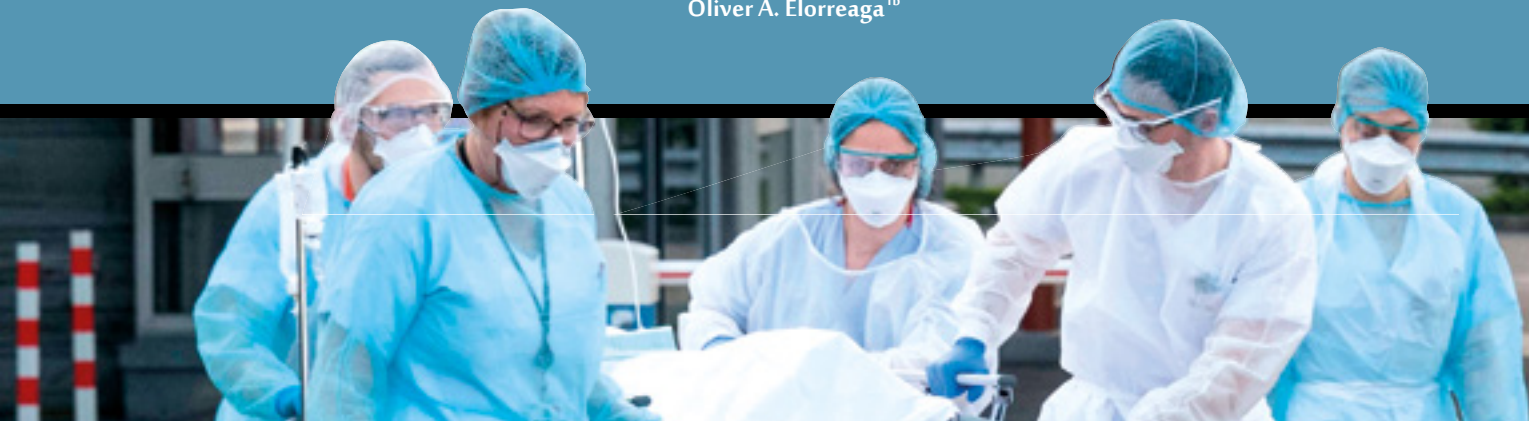


EN BUSCA DE UN SEGURO PÚBLICO DE SALUD COMPRADOR: EL CASO DEL SIS

Edmundo P. Beteta^{1a}
Oliver A. Elorreaga^{1b}



RESUMEN

El Seguro Integral de Salud (SIS), principal institución aseguradora del país, es responsable de proteger la salud de más de 20 millones de peruanos. El estudio analiza los fundamentos conceptuales de la función de compra del seguro público de salud, para contrastarlos con evidencia sobre la gestión del SIS. Características como una inadecuada rectoría del sistema, carencia de un conjunto de prioridades de salud orientadoras del financiamiento, insuficiente poder de la institución aseguradora, incipiente desarrollo del sistema de pago y sus mecanismos condicionan la consolidación de un seguro público de salud comprador.

Palabras clave: Seguro Integral de Salud, Cobertura Universal del Seguro de Salud, Reforma de la atención en Salud, Financiación de la Atención de la Salud, Perú. (DeCS BIREME).

ABSTRACT

The Seguro Integral de Salud (SIS), a major health insurance institution in Peru, is responsible for providing health coverage to more than 20 million people. This study analyzes strategic purchasing principles in health insurance to contrast them with evidence on SIS performance. Characteristics such as an incomplete stewardship function, the lack of well-defined health priorities, inadequate power of the insurer, and incipient development of payment mechanisms would be constraining the consolidation of a public health insurance purchaser.

Key words: Seguro Integral de Salud, Universal Health Insurance, Health Care Reform, Healthcare Financing. (MeSH NLM).

1. INTRODUCCIÓN.

La COVID-19 confirmó las limitaciones del sistema de salud público peruano, reseñadas en diversos diagnósticos sobre la baja inversión en salud, fragmentación del financiamiento, falencias en la gestión de recursos, débil rectoría en el sector, ineficiencia y corrupción (OECD, 2017; Comisión de Protección Social, 2017; Banco Mundial, 2016; Lazo-Gonzales et al., 2016; Beteta y Elorreaga, 2020). Estas características atentan contra el principio de equidad en el acceso a la salud, según el cual este debiera ser independiente del nivel socioeconómico.

Entre 2007-2017, el porcentaje de población asegurada en salud a nivel nacional aumentó de 42% a 75%. En el caso de los afiliados por el SIS, estos crecieron de 5 a 13 millones, representando 44% de la población en 2017 (INEI 2018)². El objetivo de ampliar el aseguramiento fue ratificado por el Jefe de Estado en su último mensaje a la nación, el 28 de julio de 2020: “el Seguro Integral de Salud (SIS) afiliará, independientemente de la condición socio económica, a toda persona que no cuente con seguro de salud con la finalidad de garantizar el derecho humano a la salud”. En julio de 2020, el SIS es la principal institución estatal a cargo de proteger financieramente a más de 20 millones de peruanos³.

En la última década, el presupuesto del SIS, que cubre costos variables, creció, alcanzando un tope de 1860 millones de soles en 2018, para luego reducirse a 1418 millones en 2019. Diversos estudios cuestionan que los recursos disponibles hayan logrado satisfacer la demanda de la población (IEP, 2017; Comisión de Protección Social, 2017; Banco Mundial, 2016).

1 Grupo para la Innovación de Políticas Sociales y de Salud, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima/PE.

a Mg. Profesor del Departamento de Economía PUCP. Correo: ebeteta@pucp.edu.pe

b MSc, Investigador PUCP. Correo: oliver.elorreaga@pucp.edu.pe

2 De acuerdo a la última memoria institucional 2018 del SIS, el número de afiliados en 2017 sería mayor, alrededor de los 17 millones de asegurados. Las diferencias se deben a que los datos del Censo se obtienen del autoreporte de las personas, mientras que el SIS utiliza sus propios registros.

3 Ver enlace: <http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/AseguradoMensual.html>

En países desarrollados, la función de financiamiento de la salud, a cargo principalmente del sector público (OECD, 2019), procura cubrir los riesgos de la población (mancomunación), y distribuir presupuesto hacia los prestadores o proveedores de servicios médicos (establecimientos de salud, en Perú, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPRESS). Este segundo aspecto, la asignación de recursos del asegurador hacia los prestadores de servicios de salud es la “función de compra”, tema de este artículo y factor clave para mejorar el desempeño del sistema de salud (Kutzin et al., 2017; Mathauer y Carrin, 2017; Langenbrunner et al., 2009) y la calidad del gasto público, en un contexto como el peruano, con crecientes necesidades y restricciones fiscales. El análisis del sector salud es desafiante por fallas de mercado – y del Estado – y la comprobada tendencia alcista en sus costos (Hsiao y Keller, 2007; Stiglitz y Rosengard, 2015; OECD, 2019; Giedion et al., 2014).

Cuando la compra es más activa, es decir, estratégica, el asegurador, en lugar de transferir presupuesto de manera inercial (pasiva), diseña incentivos, por ejemplo, mediante mecanismos de pago, para que los prestadores atiendan a la población con equidad, calidad y costo razonable (Kutzin et al., 2017). En este contexto, nuestra pregunta de investigación indaga si existen condiciones para que el SIS sea un comprador estratégico. La metodología de análisis consiste en desarrollar los fundamentos conceptuales de un seguro público comprador, para después contrastarlos con hechos estilizados – debidamente documentados – sobre la gestión del SIS, para identificar, cualitativamente hablando, las brechas respecto del referente teórico. Así, en la siguiente sección presentamos el marco conceptual; en la tercera parte, evidencia reciente sobre el desempeño del SIS como comprador; y finalmente, reflexiones finales para mejorar la política pública de aseguramiento.



2. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE UN SEGURO PÚBLICO COMPRADOR.

El financiamiento público puede provenir de impuestos generales o contribuciones específicas (obligatorias) para la seguridad social (Gottret y Schieber, 2007). Dependiendo del país, la función de asignar los fondos a los prestadores – la compra – la asume una unidad orgánica de un Ministerio, un seguro de salud único o varios aseguradores públicos y/o privados. La misión del asegurador es doble: gestionar el riesgo financiero de sus afiliados (mancomunación) y comprar, en nombre de ellos y para su bienestar, servicios médicos (preventivos, curativos) a establecimientos de salud públicos y/o privados.

No es una cuestión dicotómica calificar a la compra de un asegurador como “pasiva”, en un extremo, o “estratégica”, en el otro. Tiende a ser pasiva mientras menos condicione el rendimiento de los prestadores, como en el caso del presupuesto histórico (inercial) por partidas fijas, para costos operativos de hospitales o salarios; y, “activa” o “estratégica”, cuando asigna recursos usando explícitamente información sobre necesidades de la población (prioridades de salud) y el desempeño de las IPRESS, mediante arreglos contractuales que incentiven eficiencia en la gestión de

servicios, equidad y calidad de la atención (WHO, 2000; Kutzin et al., 2017; Preker y Langenbrunner, 2005; Langenbrunner et al., 2009).

A continuación, planteamos algunas condiciones conceptuales e institucionales para la viabilidad de la compra estratégica, siguiendo estudios como los de Busse et al. (2007), Mathauer et al. (2017) y Kutzin et al. (2017).

2.1 DESARROLLO DE LA FUNCIÓN RECTORA EN SALUD.

La función rectora, a cargo del Ministerio de Salud (MINS), define la función objetivo y racionalidad del sistema de salud. Estudios previos coinciden en que la rectoría requiere de tres aspectos fundamentales: primero, establecer, aplicar y supervisar las normas del sistema de salud; segundo, garantizar la igualdad de condiciones para todos los agentes del sistema (en particular los compradores, los proveedores y los pacientes); y tercero, definir las orientaciones estratégicas para el sistema de salud en su conjunto. Para esto, la rectoría comprende seis “subfunciones”: diseño general del sistema, evaluación del rendimiento, establecimiento de prioridades, promoción

intersectorial, reglamentación y protección del consumidor (Comisión de Protección Social, 2017; Murray & Frenk, 2000).

Diversas reglas de juego que decide el rector inciden en las condiciones del seguro público para ser un comprador estratégico, tales como: la definición de prioridades en salud; la cobertura de la población que cubrirá el subsidio público; la modalidad de recaudación y mancomunación de fondos; la regulación de la calidad de los establecimientos proveedores de atención y los grados de autonomía de gestión de los organismos de aseguramiento y prestadores. Esto último alude a los alcances y límites de la separación de funciones entre el organismo rector, el financiador y las IPRESS (Mathauer et al., 2017; Kutzin et al., 2017).

2.2 PRIORIDADES EXPLÍCITAS EN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD.

La eficiencia asignativa del gasto en salud implica identificar prioridades, es decir, un conjunto de intervenciones en promoción, prevención y cuidado de la salud que maximizan el bienestar de la población. En diversos países, el “plan de beneficios en salud” define un conjunto de diagnósticos, tratamientos o prestaciones que constituyen garantías explícitas en salud, financiadas con recursos públicos y que satisfacen las principales necesidades sociales (Giedion et al., 2014). En este conjunto de prioridades, “todo lo que se promete en el plan, debe ser entregado a los asegurados” (Mathauer et al., 2017; WHO, 2014). El plan se entiende más como una lista positiva de derechos (Giedion et al., 2014; Frenk, 2015). El plan de beneficios debería ser un referente independientemente de que las personas reciban atención en el sistema público o privado de salud y es un contrato social escalable en el tiempo, en función de la evolución de los problemas de salud y de la disponibilidad de presupuesto.

El racionamiento explícito de recursos escasos en salud invoca razones de eficiencia y equidad, como maximizar el impacto en la salud de la población, mayor transparencia ante la ciudadanía, la universalización del acceso a un conjunto de beneficios socialmente aceptable. Como señala WHO⁴, cuando no existe una sintonía entre lo prometido y lo ofrecido, esto lleva a un racionamiento de recursos implícito. Por ejemplo, mediante el aumento de los pagos extraoficiales, o la mala calidad de la atención debido a la falta de insumos, lo cual puede socavar la credibilidad de un gobierno en el sector de la salud y limitar el progreso hacia la cobertura universal. Un mejor alineamiento entre objetivos en atención de salud y la asignación de recursos orienta al asegurador para desarrollar una estrategia de compra de prestaciones en beneficio de la ciudadanía.

2.3 PODER EFECTIVO DEL COMPRADOR.

El seguro público requiere un mínimo de poder y espacio de decisión para negociar con los prestadores (hospitales, centros de salud, establecimientos privados) la manera en que les asignará recursos para maximizar el bienestar de los afiliados. Esto implica que la entidad tenga un mandato claro y autonomía respecto de las IPRESS. Una forma de garantizar esta capacidad del comprador es la separación de funciones de financiamiento y provisión (Mathauer et al., 2017; Kutzin, 2017). Esta noción surgió el siglo pasado en el contexto de cuestionamientos sobre la eficiencia del estado de bienestar, cuando el sector público integraba en una sola organización, como un Ministerio, las tareas de regular, financiar y gestionar la provisión de servicios (Le Grand, 1991; Oyarzo y Galleguillos, 1995). Asimismo, hay una ganancia potencial de eficiencia si hay una menor dispersión de los pagadores o fuentes de financiamiento (Kutzin et al., 2017; McClellan, 2011; Comisión de Protección Social, 2017)⁵. Aun en casos de un asegurador cuyos pagos a prestadores representan una proporción menor del presupuesto, tendría mayor poder si realiza alguna actividad central (como la recopilación de información) para el sistema de salud en su conjunto (Kutzin et al., 2017).

La separación de funciones entre el financiador (seguro público) y prestadores (establecimientos de salud) permite que el primero se especialice en contestar las preguntas básicas del comprador: ¿qué comprar? (en función de las prioridades sanitarias); ¿cómo? (incentivando la mejor relación de precio y calidad); y a quiénes (Langenbrunner et al., 2005; Preker y Langenbrunner, 2005). Lo último abre la posibilidad de crear “mercados internos”, “cuasi-mercados” o “competencia por comparación”, donde el comprador puede elegir asignar recursos a prestadores públicos y/o privados de mejor desempeño (Le Grand, 1991; Shleifer, 1985; Oyarzo y Galleguillos, 1995). Este tipo de competencia también es factible en un sector público descentralizado en la provisión de servicios. Además de la ventaja potencial de la especialización de actividades complejas como el financiamiento (seguro) y provisión (gestión de establecimientos de salud), la contraposición de intereses entre seguro comprador y establecimientos de salud que atienden a los afiliados puede ser beneficiosa para el bienestar social (Oyarzo y Galleguillos, 1995). Asimismo, hay mayores posibilidades de rendición de cuentas y control social porque, en comparación con el ejercicio integrado de las funciones, limitar el alcance de la misión de las entidades públicas acota sus intereses⁶ (Tirole, 1994). La separación de funciones no está exenta de riesgos, como podría ocurrir si, en un contexto de asimetría de información, los prestadores pretenden cobrar por atenciones de baja costo efectividad o incluso con modalidades de fraude en el reporte de personas atendidas o servicios

4 Nota metodológica sin fecha. Ver enlace: http://158.232.12.119/health_financing/topics/benefit-package/benefits-and-rationing/en/

5 En este tema existen discrepancias. Por ejemplo, si bien un asegurador de más tamaño aprovecha economías de escala y poder monopólico en beneficio de los asegurados, puede, según algunos, excederse en limitaciones del gasto o ser menos sensible a las preferencias de los asegurados en comparación de un esquema con varios aseguradores (Zweifel, 2005).

6 Por el contrario, una entidad pública con diversos mandatos y objetivos es más difícil de fiscalizar en un contexto de asimetrías de información.

entregados (Savedoff, 2007; *Transparency International*, 2019; Vian, 2008). Una adecuada implementación de la compra estratégica reduce márgenes para ineficiencia o corrupción en la atención en hospitales (*Transparency International*, 2019; Savedoff, 2007; Savedoff y Hussmann, 2006).

2.4 MECANISMOS DE PAGO ADECUADOS.

Existe abundante literatura (Langenbrunner et al., 2005; Preker y Langenbrunner, 2005; Christianson y Conrad, 2004) sobre los incentivos que configuran mecanismos de pago específicos del comprador (presupuesto por partida o línea de gasto, salario para médicos, pago por servicio prestado, monto capitado por población en un territorio, pago por caso, etc.). Un asunto conceptual central es el *trade off* entre eficiencia y selección, es decir, que mientras mayor el incentivo a reducir costos (pagos capitados fijos, pagos por caso resuelto) puede haber inequidades en el trato porque el prestador podría discriminar en contra de pacientes con necesidad, excluyéndolos o dándoles un tratamiento subóptimo (Newhouse, 1986). Los incentivos de mecanismos específicos pueden apuntar preferentemente hacia la eficiencia o la selección dependiendo de temas como: i) si el pago es prospectivo (adelantado) o retrospectivo; ii) la transferencia de riesgo financiero, que promueve eficiencia en desmedro, pero con peligro de selección, cuando se transfiere mayor riesgo al prestador; iii) la agregación de la unidad, en el sentido de que un pago capitado de monto fijo o un pago por el valor promedio de un caso resuelto son más “empaquetados”⁷ y motivan el control de los costos (Langenbrunner et al., 2009; Álvarez et al., 2000; Beteta y Jaramillo, 2017).

Estudios recientes ponen énfasis en mejorar la efectividad del conjunto de mecanismos, es decir, evaluar la combinación de modalidades tradicionales (presupuestos por partida para hospitales, salarios) poco “estratégicas”, con otras que motiven mayor eficiencia, como las que agregan servicios (pago capitado, pago por caso o basado en diagnóstico resuelto); o las que premian directamente el mejor desempeño y calidad (McClellan, 2011, Kutzin et al., 2017; Mathauer et al., 2017; Christianson y Conrad, 2014; Ellis et al., 2015; Soucat et al., 2017; Álvarez et al., 2010; Cashin et al., 2014). Un adecuado balance de objetivos (equidad, eficiencia) requiere: i) contrarrestar incentivos perversos como la atención subóptima (en mecanismos prospectivos, pagos por caso o capitados que inducen a gastar menos) o la expansión injustificada de los costos (cuando el pago por servicio o acto médico realizado hace producir o facturar en exceso) y ii) monitorear que el control de costos no perjudique la calidad de la atención.

2.5 CAPACIDADES ORGANIZACIONALES.

La compra estratégica es más que una combinación de maneras de pagar a los prestadores (ver 2.4), y requiere un *sistema de pago* (Langenbrunner et al., 2009; Mathauer et al., 2017) con elementos como herramientas operativas y administrativas

en el asegurador y los prestadores, sistemas de información, mecanismos para la rendición de cuentas, entre otros.

Las principales capacidades organizacionales de un sistema de pagos son: i) la construcción de información para la gestión: sobre costos del plan de salud y de las prestaciones prioritarias, sobre necesidades y características de la población afiliada, sobre indicadores de desempeño de los establecimientos de salud y del asegurador; y ii) el monitoreo, en sus variantes de control prestacional (verificación de las atenciones reportadas por el prestador y sus atributos) y financiero. Es decir, no basta con el diseño de incentivos en un contexto de asimetrías de información que pueden perjudicar el desempeño del sistema. La generación de información también mejora la transparencia del sector salud frente a la sociedad y previene el mal uso de recursos públicos (Shleifer y Vishny, 1993; OMS, 2010; *Transparency International*, 2019).

3. EL CASO DEL SIS

Esta sección realiza un breve recuento sobre el caso del SIS, para identificar, de manera cualitativa, brechas en el cumplimiento de las condiciones conceptuales para un adecuado ejercicio de la compra estratégica.

3.1 DEBILIDAD DE LA FUNCIÓN RECTORA

Estudios previos (Comisión de Protección Social, 2017) muestran que la rectoría del MINSa presenta insuficiente desarrollo. De hecho, comparte funciones con otras entidades del sector público a cargo de atender a segmentos particulares de la población, como el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) – responsable de los beneficiarios del régimen contributivo de seguridad social (ESSALUD) –, el Ministerio de Defensa (MINDEF) y el Ministerio del Interior (MININTER), que cuentan con un financiamiento propio y una red de prestación de salud separada del resto. Como señala WHO (2000), en presencia de una débil función de rectoría, la ponderación de los objetivos del sistema de salud es definida de facto por las fuerzas de mercados imperfectos⁸. Las reglas que MINSa define potencialmente influyen en el mayor subconjunto de establecimientos (aproximadamente 8 mil hospitales, centros de salud, postas), bajo administración de los gobiernos regionales (y del MINSa en Lima).

Diversos diagnósticos destacan algunas reglas de juego básicas que el MINSa requiere fortalecer o desarrollar para contribuir al desarrollo de la función de compra tales como: dar carácter vinculante y de referente a las prioridades de salud (ver 3.2), ceder mayor espacio de decisión al SIS y reducir la descoordinación de las distintas fuentes de financiamiento público (3.3); promover la difusión de protocolos y estándares de atención en guías clínicas, que son análogas a una función de producción o combinación de insumos para un tratamiento promedio⁹; y crear condiciones para una gestión más autónoma

7 Estos pagos se definen en función de un paquete o canasta de servicios.

8 Diversos autores coinciden en que el aseguramiento en salud presenta fallas (principalmente de información como incertidumbre, miopía en la demanda, selección adversa, riesgo moral) que justifican el financiamiento público (Stiglitz y Rosengard, 2015; Santerre y Neun, 2010).

9 Las guías clínicas son claves para que el seguro comprador pueda presupuestar las necesidades de salud, diseñar señales de precio para los prestadores e identificar la calidad y desempeño de las IPRESS.



y técnica de los establecimientos públicos y su personal, y para el desarrollo e interoperabilidad de sistemas de información para la gestión del sector (Comisión de Protección Social, 2017; IEP, 2017; Banco Mundial, 2016; Beteta y Elorreaga, 2020).

3.2 INDEFINICIÓN DE LAS PRIORIDADES DEL SISTEMA DE SALUD

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) existe desde la promulgación de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N 29344) de 2009, y establece la cobertura de salud mínima de servicios de salud que debe garantizarse a un ciudadano: 140 condiciones asegurables y 34 garantías explícitas de oportunidad y calidad¹⁰ (Arce, 2009; Comisión de Protección Social, 2017). Durante los últimos diez años, el PEAS tuvo escasa relevancia como referente para orientar los recursos del sistema, para conocer el presupuesto mínimo necesario para proteger financieramente a la población, y para que esta haga valer sus derechos.

Además, falta información pública sobre las evaluaciones bianuales programadas para analizar la formulación y ampliación del PEAS. El retraso en el uso, revisión y actualización del PEAS perjudica a los afiliados del SIS y a los de aseguradoras privadas (Jumpa, 2019). Así, aunque el SIS ofrece la cobertura del PEAS y Planes Complementarios (Comisión de Protección Social, 2017), brinda en la práctica lo que el presupuesto le permite, los beneficiarios desconocen su contrato claro y la brecha entre el PEAS y la cobertura efectiva. Asimismo, el SIS carece de un presupuesto calculado en base a un plan de salud (costo esperado o prima en el lenguaje de los seguros). Esto dificulta planificar la compra estratégica, dado que esta

requiere un conjunto de prestaciones prioritarias, así como la política de precios a negociar con los prestadores para obtener mejores condiciones de acceso para la población (Comisión de Protección Social, 2017; Kutzin et al., 2017).

3.3 INSUFICIENTE PODER PARA LA FUNCIÓN DE COMPRA

En cuanto al poder efectivo, el MINSa cumple varios roles: es rector, influye en la mayor parte del financiamiento público, en coordinación con el MEF, en modalidades de presupuesto histórico, para costos fijos como los de planilla, y programas presupuestales¹¹. También gestiona las IPRESS de Lima, que incluyen los hospitales de mayor complejidad e institutos nacionales especializados (del Niño, de Enfermedades Neoplásicas, de Neurología). Asimismo, al ser el SIS un Organismo Público Ejecutor del sector, designa y remueve discrecionalmente al jefe del seguro público. Diversos diagnósticos coinciden en que es un avance que el SIS sea un organismo distinto de los prestadores, pero plantean la necesidad de consolidar el proceso (IEP, 2017; Comisión de Protección Social, 2017).

Los estudios sobre el SIS identifican como un obstáculo la multiplicidad de fuentes de financiamiento. El presupuesto del SIS representa alrededor del 10% del presupuesto público y aproximadamente 15% del gasto en salud individual (IEP, 2017), para cubrir costos variables en medicamentos e insumos. Las modalidades predominantes (presupuesto histórico y programas presupuestales), basadas principalmente en el financiamiento de insumos, son insuficientes para incentivar eficiencia, equidad y calidad (IEP, 2017; Comisión de Protección

¹⁰ Las garantías explícitas establecen los atributos de las prestaciones incluidas en el PEAS, de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). La garantía de oportunidad se refiere a los tiempos máximos para que el usuario reciba las prestaciones establecidas en el PEAS. La garantía de calidad se refiere al manejo clínico, uso de infraestructura, equipamiento y recursos humanos requeridos (MINSa, 2010. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud PEAS. Enlace: <http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/AUS/PEAS.PDF>)

¹¹ Estos programas organizan el presupuesto en función de problemas de la población como la salud nutricional del niño, la TBC, VIH, y de los insumos y productos necesarios. Diversos estudios coinciden en que es una modalidad de asignación centrada en el control de insumos más que en el desempeño y resultados (Comisión de Protección Social, 2017; Comisión Interventora, 2017; Banco Mundial, 2016; OCDE, 2017).

Social, 2017; OECD, 2017; Banco Mundial, 2016). El desafío es avanzar en coordinar estas modalidades de financiamiento con mirada de sistema, para conocer la función de producción de prestaciones y sus costos, y así mejorar los incentivos en las señales de precios en la asignación de presupuesto a establecimientos. El SIS podría en el futuro asumir, como mínimo, mayor protagonismo en la generación de información, hoy desarticulada, para la organización del financiamiento público (Kutzin et al., 2017; Mathauer et al., 2017).

3.4 FALLAS EN IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS DE PAGO

El SIS, en los últimos años, implementó dos mecanismos principales que presentan sustanciales oportunidades de mejora: el pago capitado, que consiste en un monto fijo por asegurado en un territorio, para atención primaria de salud (centros y postas de salud), y el “preliquidado” para hospitales, que consiste en pagar los servicios auto reportados por las IPRESS. El primero de ellos buscaba promover eficiencia y el cuidado integral, prospectivamente (ver 2.4), pero en la práctica: i) careció de un plan de salud de referencia; ii) calculó los montos por persona usando la cantidad pasada (reportada) de prestaciones (dividiendo el valor monetario entre el número de afiliados), lo que desvirtúa el concepto de que las necesidades de la persona son la unidad relevante, con incentivos a sesgar la información sobre atenciones; iii) los intentos de premiar las “prestaciones preventivas” informadas incentivó a aumentar la producción reportada y no un mejor desempeño, incluso en regiones y rubros (nutrición) donde las estadísticas oficiales no mostraban mejoras en la salud de la población; iv) agregó pagos discrecionales a regiones, que excedían el monto de los contratos, para financiar aspectos que no estaban a cargo del SIS, distorsionando los estímulos a la eficiencia; v) el sistema de reporte de prestaciones en Formularios Únicos de Atención (FUA) indujo a errores de registro o manipulación (Comisión Interventora 2017; Beteta, 2014, SIS, 2017).

En el caso de hospitales, la Comisión Interventora (2017) identificó incentivos perversos de los “pagos por servicio”, es decir, la tendencia a incrementar el reporte de atenciones sin probar su impacto en el bienestar del afiliado, situación

exacerbada por: i) errores de medición en la valorización de la producción; ii) indicios de discrecionalidad en la diferenciación de precios y pagos a hospitales; iii) incremento de tercerizaciones sin sustento, es decir, compras directas del hospital a privados (equipos, insumos) para que las pague el SIS; iv) falencias en gestión de información en FUA¹². En el pago a establecimientos privados por la atención de emergencia, la carencia de tarifas y débiles controles contribuyeron a un aumento explosivo en la facturación, de 1.7 a 114 millones entre 2014 y 2016 (Comisión Interventora, 2017; Beteta y Elorreaga, 2020). Todo lo anterior evidencia insuficientes capacidades institucionales para desarrollar los elementos del sistema de pago expuestos en 2.5¹³ y plantea la necesidad de continuar los esfuerzos de reorganización del SIS en los próximos años¹⁴.

3.5 DESEMPEÑO DE LA FUNCIÓN DE FINANCIAMIENTO EN PERÚ

¿Las insuficientes condiciones para la compra estratégica del SIS tienen consecuencias en el desempeño de la función de financiamiento? Sin pretender un análisis de causalidad, revisaremos algunos datos sobre “resultados finales” del financiamiento de la salud. En este sentido, estudios como los de Mathauer y Carrin (2010) plantean indicadores claves en aspectos de eficiencia y equidad (gasto en salud, cobertura efectiva de la población, protección financiera, etc.). Por ejemplo, en cuanto al nivel de recursos que moviliza el sistema, estadísticas internacionales (WHO, 2018) muestran en Perú un bajo porcentaje de gasto público como porcentaje del PBI (3.1%) en comparación con estándares de la OMS (6%) o con el promedio europeo (5.5%) o de países de ingresos altos (9.1%). Asimismo, el nivel de cobertura de aseguramiento en la población era insuficiente (75.4%) en 2017 (INEI, 2018b); mientras que, para el mismo año, en países como Colombia dicho porcentaje alcanzaba 94.9%; en Chile, 94.0% y en los países desarrollados, 98.3% (OECD, 2019). El Decreto de Urgencia N° 017-2019 del año pasado promovió la extensión del aseguramiento a través del SIS, que según sus estadísticas tiene más de 20 millones de beneficiarios en 2020. El desafío de política inmediato será brindar protección financiera efectiva a cada vez más afiliados.

El adecuado financiamiento de la salud se relaciona con un fenómeno más complejo como el acceso a servicios. Enfocándonos en la población adscrita al SIS, en los últimos 15 años, aumentó la afiliación, disminuyó la proporción de personas enfermas que obtuvo atención en IPRESS, y en 2019

12 Por ejemplo, se detectaron casos inverosímiles como pacientes con 200 operaciones de catarata o mujeres que dieron a luz múltiples veces en un solo mes (Comisión Interventora del SIS, 2017; PPEC-MINJUS, 2018).

13 Las capacidades en gestión de información requieren mejorar para el desarrollo de la compra estratégica, en varios aspectos: i) en la validación en tiempo real de la condición de aseguramiento de una persona, lo que induce a errores en el cálculo de los pagos; ii) en los datos sobre los asegurados, sus necesidades y utilización de servicios; iii) en el registro de prestaciones; iv) en el monitoreo y revisión de consistencia de la información; v) en la obtención de indicadores sobre las prestaciones: costo, calidad, etc. Otra área de oportunidad alude al control prestacional y financiero. El SIS requiere de una mejor dotación de personal y estrategias para validar la pertinencia de la cuenta que le quieren cobrar, y así mitigar el efecto de la asimetría de información con los prestadores (Beteta y Elorreaga, 2020).

14 Uno de los autores de este artículo ocupó la jefatura del SIS e impulsó medidas de reorganización entre octubre de 2016 y mayo de 2017, para abordar la precaria situación financiera; corregir distorsiones y mejorar incentivos en mecanismos de pago; y fortalecer capacidades de control prestacional y financiero para potenciar la función de compra. Para mayor información, véase Beteta y Elorreaga (2020), Beteta (2017) y Beteta (2019).

fue apenas un poco más de 30%; y creció la que acudió a farmacias (Gráfico 1), lugar donde compraron medicamentos mayoritariamente (80%) los asegurados que no recibieron la cobertura gratuita que establece el régimen subsidiado (Gráfico 3). Esto es consistente con otros estudios que evidencian que, paradójicamente, la expansión de cobertura del SIS reduce su efecto protector en sus beneficiarios (Petrera, 2018). Las razones de “no atención” en IPRESS son diversas y tienen que ver tanto con factores de la demanda y oferta de servicios –como limitaciones de distancia o calidad, como vemos en el Gráfico 2–, y muestran que la respuesta del financiamiento público fue insuficiente frente a las necesidades ciudadanas, sea por carencias en los recursos movilizados o en la gestión. Lo último tiene que ver con el incipiente desarrollo de la compra estratégica.

Finalmente, la inadecuación en la protección financiera del sistema, medida como “gasto de bolsillo”, o porcentaje del gasto en que incurren las personas en salud, presenta valores altos en Perú (28.3%) en comparación con los niveles de Colombia, Argentina y Uruguay, menores al 20% (WHO, 2018). Los datos de la ENAHO 2004–2019 revelan que el porcentaje

de afiliados SIS que tuvo que pagar por algún concepto de consulta, medicamentos y/o exámenes médicos fue superior al 35% desde 2008 (Gráfico 4).

4. REFLEXIONES FINALES

En el contexto de las políticas públicas de los próximos años, conviene priorizar aquellas que pueden generar mayor impacto en el bienestar de la población con un uso eficiente y equitativo de los recursos. Esta investigación mostró una de ellas: la compra estratégica, clave para fortalecer el aseguramiento público en salud. Este tipo de mejoras presentan desafíos que requieren mayor investigación, tales como los determinantes de las capacidades en la burocracia, las oportunidades y limitaciones para el desarrollo de las funciones de rectoría y la gestión hospitalaria en un contexto de descentralización; y los requisitos de viabilidad política, para contrarrestar intereses contrarios a la reforma de la institucionalidad de la asignación de recursos en el sector. No basta incrementar el presupuesto público de salud; habrá que profundizar en innovaciones como la reseñada en este artículo para propiciar la calidad del gasto, más aún en el desafiante escenario fiscal que espera al país.

BIBLIOGRAFÍA

- Arce, M. (2009). Implementación del aseguramiento universal en salud en regiones piloto del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 218–221.
- Álvarez, B., Pellis, L., & Lobo, F. (2000). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2): 55-70.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 941-973.
- Banco Mundial. (2016). *Financiamiento de la salud en el Perú: Alcanzando el aseguramiento universal. Nota de política pública*. Lima: WB
- Beteta, E. (2014). “Evaluación de los Convenios de Gestión para la Transferencia Capitada del Seguro Integral de Salud a las Regiones”. Documento de Trabajo, Banco Mundial, Lima.
- Beteta, E. & Jaramillo, S. (2017). “Documento de revisión del marco conceptual y la experiencia internacional sobre mecanismos de pago relevantes para el caso peruano”. Documento de Trabajo. Organización Panamericana de la Salud, Lima.
- Beteta, E. (2017). “Resumen Ejecutivo de la Gestión del Seguro Integral de Salud: octubre 2016- mayo 2017”. Documento parte del expediente de traspaso de cargo de la Jefatura del Seguro Integral de Salud.
- Beteta, E. (2019). Corrupción e ineficiencia en servicios sociales: El caso de la salud pública. Aula Magna XXIII. Conferencia llevada a cabo el 20 de noviembre de 2019 en la Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Beteta, E. & Elorreaga, O. (2020, en prensa). Un breve diagnóstico institucional del SIS. En E. Beteta, O. Elorreaga, F. Durand, E. Salcedo & C. Gianella, *Las patologías del sistema de salud peruano*. Lima: PUCP.
- Busse, R., Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2007). Strategic purchasing to improve health system performance: Key issues and international trends. *HealthCare papers*, 8, 62–76.
- Cashin, C., Chi, Y.-L., Smith, P., Borowitz, M., & Thomson, S. (2014). *Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability*. New York: Open University Press.
- Christianson, J., & Conrad, D. (2014). Provider Payment and Incentives. En *The Oxford Handbook of Health Economics*. The Oxford University Press.
- Comisión de Protección Social. (2017). Propuestas de reformas en el sistema de pensiones, financiamiento en la salud y seguro de desempleo. Resolución Ministerial N° 017-2017-EF/10.
- Giedion, U., Tristao, I. & Bitrán, R. (2014). Planes de Beneficios en Salud de América Latina. Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Gottret, P y G. Schieber (2007). *Estudio del Financiamiento de la Salud. Una guía para especialistas*. Banco Mundial.
- Hsiao, W. & Heller, P. (2007). *What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy*. IMF Working Paper, January
- IEP. (2017). *Nota de Política Pública de Financiamiento de Salud. Transformando al SIS en una aseguradora de derechos en la atención de salud*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- INEI. (2018a). Población afiliada a algún seguro de salud. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1587/libro01.pdf
- INEI. (2018b). Población sin Seguro de Salud (Colección Poblaciones Vulnerables). https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1587/libro02.pdf
- Jack, W. & M. Lewis. (2009). Health Investments and Economic Growth: Macroeconomic Evidence and Microeconomic Foundations. En Spence, M. & Lewis, M. (eds). *Health and Growth*. Commission on Growth and Development.
- Jumpa-Armas, D. (2019). Aseguramiento universal en salud en el Perú: Una aproximación a 10 años de su implementación. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(3), 75-80. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2158>
- Kutzin, J, Witter, S, Jowett, M & D. Bayarsaikhan. (2017). Developing a national health financing strategy: a reference study. *Health Financing Guidance N° 3*. World Health Organization.

Langenbrunner, J., Cashin, C., & O'Dougherty, S. (2009). *How-To Manuals. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington, DC: The World Bank.

Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., & Espinosa-Henao, O. (2016). *El sistema de salud en el Perú: situación y desafíos* (1st ed.). Disponible en: <http://web2016.cmp.org.pe/lup-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru-.pdf>

Le Grand, J. (1991). Quasi-markets and social policy. *The Economic Journal*, Vol 101, 408, pp 1256-1267.

Mathauer, I., & Carrin, G. (2010). *The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage*. The World Bank.

Mathauer, I., Dale, E., & Meessen, B. (2017). Strategic purchasing for universal health coverage: Key policy issues and questions: a summary from expert and practitioners' discussions.

McClellan, M. (2011). Reforming payments to healthcare provider: The key to slowing healthcare costs growth while improving quality? *The Journal of Economic Perspectives* Vol 25 No 2, 69-92

Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization*, 78, 717-731.

OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo 2010. Capítulo 4: Más salud por el dinero. <https://doi.org/10.1186/14752875201000004>

OECD. (2017). *OECD Reviews of Health Systems: Peru 2017*. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9789264282735-en>

OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, París, OECD Publishing.

OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, París, OECD Publishing.

OECD (2019), "Social protection", *OECD Health Statistics* (database), <https://doi.org/10.1787/data-00544-en> (accedido el 05 diciembre 2019).

Oyarzo, C., Beteta, E., Cabezas, M, y R. Sanhueza (1999). "Evaluación del Proceso de Reforma del Sector Público de Salud Chileno: Una Experiencia de 20 Años". En Martinic, S.; Aedo, C. y Corvalán, J. (editores): *Reformas en Educación y Salud en América Latina y el Caribe*. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE), Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales (ILADES). Santiago, Chile.

Oyarzo, C. y S. Galleguillos (1995). "Reforma del sistema de salud chileno: marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud". *Cuadernos de Economía*, Año 32, No. 95.

Petrera, M. (2018). *El complejo proceso de la inclusión. Reforma y Seguro Integral de Salud*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Preker, A., & Langenbrunner, J. (2005). *Spending Wisely. Buying Health Services for the Poor*. Washington, DC: The World Bank.

PPEDC-MINJUS. (2018). *La corrupción en el sector salud: Casos en el Seguro Integral de Salud (SIS). Informe especial N°01*. Procuraduría Pública Especializada en Delitos de Corrupción.

Santerre, R. & Neun, S. (2010). *Health Economics. Theory, Insights and Industry Studies*. South-Western, Cengage Learning. 5th Edition.

Savedoff, W. D., & Hussmann, K. (2006). *Why are health systems prone to corruption. Transparency International; Global Corruption Report 2006*. Pluto Press, London and Ann Arbor.

Savedoff, W. (2007). *Transparency and Corruption in the Health Sector: A Conceptual Framework and Ideas for Action in Latin American and the Caribbean*. Health Technical Note 03. Sustainable Development Department, Inter-American Development Bank. Washington, D.C.

Shleifer, A. (1985). "A Theory of Yardstick Competition." *Rand Journal of Economics* 16 (3): 319-327.

Shleifer, A. & Vishny, R. (1993). Corruption. *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 108, pp. 599-617.

SIS. (2017). *Diagnóstico respecto de obligaciones por prestaciones de salud pendientes de financiar. Informe Final del Grupo de Trabajo conformado por Resolución Jefatural N° 007-2017/SIS*.

Stiglitz, J. y J. Rosengard (2015). *La economía del sector público*, Cuarta Edición, Antoni Bosch Editor.

Transparency International (2019). *The ignored pandemic: How corruption in healthcare service delivery threatens Universal Health Coverage*. Transparency International.

Vian, T. (2008). Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health policy and planning*, 23(2), 83-94.

WHO. (2014). Benefit design. Enlace: <https://www.who.int/teams/health-financing/benefit-design>

WHO (2000). *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*. World Health Organization. <https://www.who.int/whr/2000/en/>

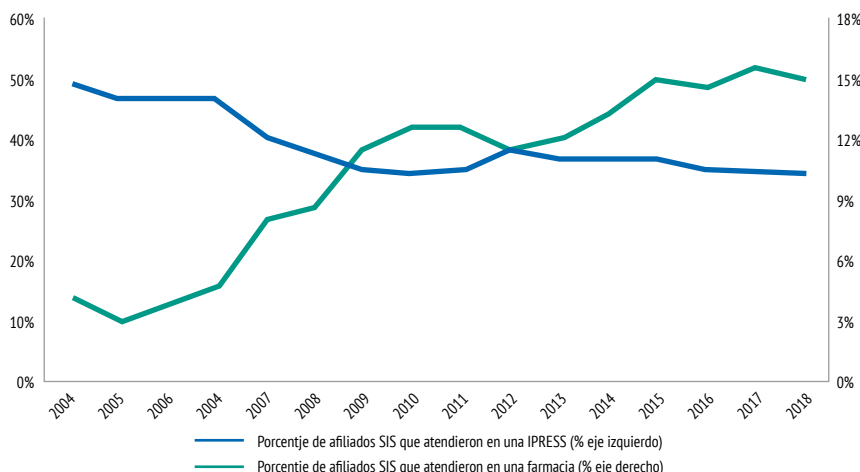
Zweifel, P. (2005). Multiple Payers in Health Care: a Framework for Assessment. En Preker, A., & Langenbrunner, J. (eds). *Spending Wisely. Buying Health Services for the Poor*. Washington, DC: The World Bank.



ANEXOS

GRÁFICO 1

AFILIADOS SIS: LUGAR ADONDE ACUDIERON PARA CONSULTAR POR ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE. ENAHO 2004-2019



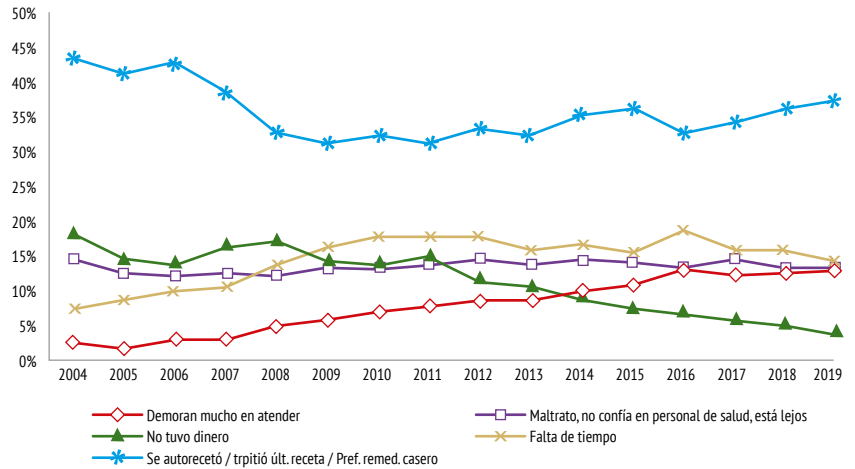
Elaboración propia.
 Datos: ENAHO 2004-2019.
 Nota: Incluimos a todos los que reportaron presentar algún síntoma/malestar, enfermedad, recaída o accidente en las últimas 4 semanas de la aplicación de la encuesta, pero excluimos aquellos que declararon que su malestar no fue grave/ no era necesario acudir a una IPRESS. La afiliación al SIS es autoreportada y proviene de la misma encuesta.

Elaboración propia.

Datos: ENAHO 2004-2019.

Nota: Incluimos a todos los que reportaron presentar algún síntoma/malestar, enfermedad, recaída o accidente en las últimas 4 semanas de la aplicación de la encuesta, pero excluimos aquellos que declararon que su malestar no fue grave/ no era necesario acudir a una IPRESS. La afiliación al SIS es autoreportada y proviene de la misma encuesta.

GRÁFICO 2
AFILIADOS SIS: RAZONES POR LAS QUE NO SE ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD. ENAHO 2004-2019

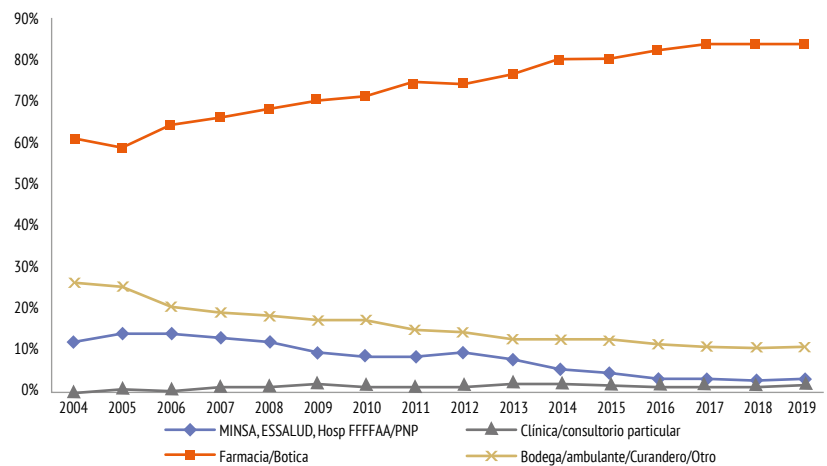


Elaboración propia.

Datos: ENAHO 2004-2019.

Nota: Incluimos a todos los que reportaron presentar algún síntoma/malestar, enfermedad, recaída o accidente en las últimas 4 semanas de la aplicación de la encuesta, pero excluimos aquellos que declararon que su malestar no fue grave/ no era necesario acudir a una IPRESS. La afiliación al SIS es autoreportada. El pago incluye únicamente gastos por concepto de consulta/medicamentos/rayos X y otros análisis de la persona entrevistada. Sin embargo, dicho pago pudo ser realizado por la misma persona, algún miembro del hogar o por algún miembro de otro hogar.

GRÁFICO 3
AFILIADOS SIS: LUGAR DONDE SE COMPRÓ MEDICAMENTOS/INSUMOS. ENAHO 2004-2019



Elaboración propia.

Datos: ENAHO 2004-2019.

Nota: Incluimos a todos los que reportaron presentar algún síntoma/malestar, enfermedad, recaída o accidente en las últimas 4 semanas de la aplicación de la encuesta, pero excluimos aquellos que declararon que su malestar no fue grave/ no era necesario acudir a una IPRESS. La afiliación al SIS es autoreportada. El pago incluye únicamente gastos por concepto de consulta/medicamentos/rayos X y otros análisis de la persona entrevistada. Sin embargo, dicho pago pudo ser realizado por la misma persona, algún miembro del hogar o por algún miembro de otro hogar.

GRÁFICO 4 AFILIADOS SIS: ATENCIÓN/NO ATENCIÓN Y PAGO/NO PAGO DE LA FAMILIA POR CONCEPTO DE CONSULTA, MEDICAMENTOS Y EXÁMENES MÉDICOS. ENAHO 2004-2019

