

Equidad en la salud y la atención sanitaria en Perú: 2004–2008*

Margarita Petrera,¹ Martín Valdivia,² Eduardo Jimenez¹
y Gisele Almeida³

Forma de citar (artículo original)

Petrera M, Valdivia M, Jimenez E, Almeida G. Equity in health and health care in Peru, 2004–2008. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(2):131–6.

RESUMEN

Objetivo. Evaluar la evolución del nivel de equidad en la salud en Perú e identificar los factores clave que explican los cambios.

Métodos. Se evaluó la evolución del estado de salud (morbilidad autoinformada) y la utilización de los servicios de atención sanitaria según los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Hogares de 2004 y de 2008. Se analizaron las desigualdades en salud con respecto a la situación socioeconómica y se calcularon las diferencias entre los quintiles (gradientes) y los índices de concentración (con y sin ajustes) basados en las necesidades de servicios, y se aplicó el análisis de descomposición.

Resultados. Se observó un nivel bajo de desigualdad en el estado de salud, con una leve desigualdad a favor de las personas de menores ingresos en los problemas de salud y a favor de las personas de mayores ingresos en las enfermedades crónicas, según los autoinformes. La inequidad en la utilización de los servicios curativos descendió significativamente entre el 2004 y el 2008, mientras la inequidad en la utilización de los servicios preventivos aumentó ligeramente. No se observaron cambios en el uso de servicios hospitalarios y odontológicos durante el mismo período.

Conclusiones. Las limitaciones de las medidas de morbilidad autoinformadas probablemente ocasionan una subestimación de las desigualdades en salud en todos los grupos socioeconómicos. La mejor equidad en la utilización de los servicios de salud curativos puede deberse a varios factores positivos que tuvieron lugar en el período analizado, como el aumento del ingreso promedio por hogar, la menor desigualdad económica, el programa Juntos de transferencia de dinero condicionada a la asistencia escolar y la atención sanitaria materno-infantil, y la ampliación gradual del Seguro Integral de Salud (SIS). Puesto que la ampliación del SIS es la política pública dirigida a promover la equidad en la salud en Perú, es crucial que sus próximas etapas incluyan estrategias para aislar su contribución a las mejoras en la equidad sanitaria de las generadas por otras tendencias socioeconómicas positivas.

Palabras clave

Desigualdades en la salud; seguro de salud; Perú.

Según el último censo de población, en el año 2007 Perú tenía 28,2 millones de

habitantes, con una tasa de crecimiento que disminuyó de 2% entre 1981 y 1993 a 1,6% entre 1993 y 2007; de la población total, 76% vive en zonas urbanas. En 2004, al comienzo del período de este análisis, el producto interno bruto per cápita de Perú era de US\$ 2 559 y el Banco Mundial lo clasificó como un país

de ingresos medianos bajos (1). Pero a comienzos del siglo XXI, Perú tuvo uno de los períodos de mayor crecimiento económico de su historia, impulsado por las exportaciones y la demanda interna (principalmente debido al aumento de la inversión privada), que fortaleció sus fondos públicos y atrajo la inversión

¹ Consorcio de Investigación Económica y Social, Observatorio de la Salud, Lima, Perú.

² Grupo de Análisis para el Desarrollo, Lima, Perú.

³ Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. La correspondencia debe dirigirse a Gisele Almeida. Correo electrónico: almeidag@paho.org

*Traducción completa del artículo publicado en la sección especial sobre equidad en los sistemas de salud del número de febrero de 2013 de la Revista Panamericana de Salud Pública.

extranjera (2). La tasa promedio de crecimiento del producto interno bruto alcanzó 6,8% entre 2002 y 2008; si bien la tasa de crecimiento descendió a 0,9% en 2009 debido a la crisis económica mundial, se recuperó rápidamente y llegó a 8,8% en 2010, una de las tasas de crecimiento más altas de América Latina ese año.

Este crecimiento económico se asoció con un mayor nivel de empleo y menos pobreza. En 2004, 48,6% de la población vivía en condición de pobreza y 17,1% en pobreza extrema. Estas tasas disminuyeron a 36,2% y 12,6%, respectivamente, en 2008. A pesar de que en ese período también se redujo la desigualdad socioeconómica, medida por el coeficiente de Gini de gasto per cápita del hogar (3), las diferencias entre las zonas rurales y urbanas permanecen sorprendentemente altas, dado que más de 60% de la población rural sigue siendo pobre.

En Perú, los servicios de salud se brindan a la población a través de una red de establecimientos tanto del sector público como del privado (4). Los servicios del sector público pertenecen al Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSALUD) y las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. Los servicios del sector privado son los brindados por las clínicas y los consultorios médicos privados y, en menor medida, por organizaciones no gubernamentales y proveedores de medicina tradicional y no convencional.

El gasto sanitario en Perú aumentó ligeramente entre 1995 y 2005, de 4,5% a 4,9% del producto interno bruto, respectivamente (5). Sin embargo, el poder adquisitivo per cápita en los servicios de salud no mejoró debido a un aumento similar del índice de los precios relacionados con el cuidado y la conservación de la salud. La proporción pública del gasto sanitario aumentó de 25,2% a 30,7%, a medida que se canalizó la contribución a través de EsSalud, compañías de seguro privadas y entidades prestadoras de salud (EPS) de 29,0% a 35,1%. A su vez, la contribución del gasto de bolsillo del hogar disminuyó de 45,8% a 34,2%.

Tres procesos importantes relacionados con la salud pública han tenido lugar en el país desde finales de la década de 1990: la descentralización de la prestación de los servicios públicos de salud mediante la regionalización, la creación y la ampliación del seguro público de

salud a través del Seguro Integral de Salud (SIS) y la reciente legislación que establece el seguro de salud universal.

El sistema público de salud, dirigido por el MINSA, opera en tres niveles: nacional, regional y local. La prestación de los servicios de atención sanitaria se ha trasladado en gran medida a las regiones como parte del proceso de descentralización iniciado en 2003. Las oficinas regionales de salud del gobierno (Dirección Regional de Salud, DIRESA) son política y administrativamente autónomas y tienen bajo su responsabilidad la prestación de los servicios primarios, secundarios y terciarios de atención sanitaria. La principal fuente de financiamiento sigue siendo la hacienda pública, si bien han aumentado las contribuciones de los presupuestos regionales. El MINSA mantiene una función reguladora clave.

Con el SIS, la afiliación al seguro de salud aumentó de 36,8% a 54,1% de la población entre 2004 y 2008. El SIS es un seguro público integral de salud administrado y financiado por el MINSA para ampliar los servicios de salud a las personas de escasos recursos económicos. En la práctica, presta servicios de salud principalmente a las mujeres y los niños (menores de 18 años de edad), aunque la intención es ampliar gradualmente estos servicios a toda la población adulta. Los empleados formales y sus familias tienen la cobertura de EsSalud, un seguro financiado por los aportes salariales, denominado hasta 1996 Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). EsSalud brinda la mayoría de sus servicios de salud a través de su propia red de establecimientos, que abarca los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Los empleados formales tienen el derecho a complementar los servicios de EsSalud mediante la asignación de una pequeña fracción de sus contribuciones a las EPS. En la práctica, los establecimientos de estas entidades se han centrado en la atención primaria, lo que ha contribuido a reducir las largas listas de espera de los trabajadores afiliados y sus familiares, mientras los establecimientos de EsSalud siguen siendo la principal fuente de atención secundaria y terciaria. El sistema peruano permite al sector público brindar arreglos especiales de seguros para algunos de sus empleados, como los maestros y las instituciones armadas. El más importante es el subsistema de salud denominado

Sanidades, que brinda atención sanitaria a los miembros de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, sus familiares directos y trabajadores en sus propios establecimientos de salud. Estos se financian principalmente con fondos de la hacienda pública y, en menor grado, con los copagos de los miembros.

La Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud (Ley No. 28588), de abril de 2009, tiene el objetivo de garantizar progresivamente la cobertura universal de seguro de salud a toda la población peruana mediante tres regímenes básicos: el seguro contributivo (mediante contribuciones de los salarios y pagos privados), el seguro subsidiado para las personas con menores ingresos (pagado con fondos públicos) y el seguro semicontributivo, que combina contribuciones privadas y públicas para cubrir a los trabajadores informales y de pequeñas empresas. Los últimos dos regímenes son administrados por el SIS.

Perú ha tenido históricamente altos niveles de pobreza y desigualdad socioeconómica, incluidas las desigualdades en salud. Sin embargo, recientes tendencias económicas positivas han comenzado a mostrar reducciones considerables de las tasas de pobreza y la desigualdad socioeconómica. Al mismo tiempo, se han puesto en marcha de manera gradual políticas sanitarias dirigidas a lograr la cobertura de salud universal. Este estudio busca caracterizar la evolución del nivel de equidad en salud en Perú e identificar los factores clave que explican los cambios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio descriptivo se basa en los indicadores de salud y del estado socioeconómico disponibles en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) de 2004 y de 2008. El último estudio que abordó las desigualdades en la utilización de los servicios de salud en Perú se remonta a 1998 (4, 6). Sin embargo, los cambios en el cuestionario —especialmente en el período de referencia— para recabar información sobre las enfermedades y la utilización de los servicios de salud entre ese año y 2003 no han permitido construir una serie comparable con los datos de los años siguientes. La ENAH es una encuesta representativa a nivel nacional que se aplica todos los años de manera continua (durante todo el año)

y mide un gran número de dimensiones del bienestar de las familias en Perú. Cada año se selecciona una muestra transversal de viviendas, que llegó a 20 866 en 2004 y a 22 640 en 2008. El cuestionario se presenta a cada miembro del hogar, excepto a los niños menores de 5 años y los que están ausentes durante las visitas de los encuestadores. En el cuadro 1 se presentan las características clave de la muestra de cada año, que no presentaron diferencias significativas entre ellas.

Este estudio se concentró en el autoinforme de enfermedades y de la utilización de los servicios de salud por adultos (18 años de edad o más). Los informes de los encuestados abarcaron enfermedades y accidentes por los que se utilizaron ser-

CUADRO 1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada, Perú, 2004 y 2008

Variable	Media (%)	
	2004	2008
Edad (años)		
18–34	43,4	43,4
35–44	19,6	19,6
45–64	25,8	25,8
65–74	7,2	7,2
≥ 75	4,0	4,0
Sexo (masculino)	49,0	48,3
Lengua aprendida en la infancia		
Quechua	18,8	18,3
Aymará	2,4	2,6
Otra lengua nativa	0,8	0,6
Español	76,8	78,2
Otra lengua	1,1	0,2
Educación		
Sin educación	8,7	7,7
Primaria	30,0	28,3
Secundaria	37,6	37,3
Educación superior o más	23,6	26,6
Actividad laboral		
Empleado	71,8	74,3
Desempleado	6,3	4,7
Otra	21,8	21,0
Con seguro de salud	25,6	43,7
Estado civil		
Casado	37,4	35,0
Soltero	28,7	27,3
Separado/divorciado	6,6	7,7
Viudo	6,0	5,9
Otro	21,3	24,1
Tamaño del hogar	438,7	411,2
Lugar de residencia		
Urbano	69,1	69,1
Rural	30,9	30,9
Región geográfica		
Lima metropolitana	32,2	32,0
Costa urbana	18,2	18,1
Costa rural	5,0	4,9
Sierra urbana	12,9	13,1
Sierra rural	20,1	20,1
Selva urbana	5,8	5,9
Selva rural	5,9	5,9

CUADRO 2. Descripción de las variables empleadas en el estudio

Variable	Descripción
Estado de salud	
Autoevaluación de cualquier enfermedad o accidente	Categorica: en las últimas 4 semanas, ¿presentó usted algún(a): síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas); enfermedad (por ej. resfrió, colitis); recaída de enfermedad crónica; accidente; ningún síntoma de enfermedad, recaída o accidente (aceptar una o más). 1 si responde sí a cualquiera de las opciones
Autoevaluación de cualquier enfermedad crónica	Categorica: ¿padece de alguna enfermedad o malestar crónico (por ej. artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, HIV, colesterol elevado)? 1 si contesta sí a cualquiera de las opciones
Utilización de la atención sanitaria	
Cualquier consulta curativa	Categorica: ¿a dónde acudió para consultarse por esta enfermedad, síntoma o malestar (descripción en estado de salud), o accidente (aceptar una o más)? 1 si se mencionaban: posta de salud del MINSa, centro de salud del MINSa, centro o puesto de salud del MINSa CLAS, posta de policlínica de EsSALUD, hospital del MINSa, hospital de EsSALUD, hospital de las Fuerzas Armadas o la Policía Nacional, consultorio privado de un médico, clínica privada, o consulta médica en el hogar. Opciones excluidas: farmacia o botica, casa de un huesero, otro, o no buscó atención
Cualquier hospitalización	En los últimos 12 meses, ¿ha sido hospitalizado/a? 1: sí
Cualquier consulta odontológica	Categorica: en las últimas 4 semanas, ¿recibió atención odontológica o algún servicio relacionado? 1: sí
Cualquier consulta médica preventiva	Categorica: en los últimos 3 meses, ¿ha consultado sobre cómo prevenir una enfermedad? 1: sí
Nivel de vida	
Ingresos	Continua: ingresos del hogar por adulto equivalente

MINSa: Ministerio de Salud; CLAS: Comunidad Local de Administración de Salud; EsSALUD: Seguro Social de Salud.

vicios de salud en las últimas cuatro semanas y el diagnóstico de enfermedades crónicas. Para analizar la utilización de los servicios de salud se consideraron las consultas preventivas y curativas (estas últimas asociadas con una enfermedad o un accidente), las consultas odontológicas y las hospitalizaciones. En el cuadro 2 se brindan las definiciones específicas de las variables empleadas.

Con respecto a la utilización de los servicios curativos, a las personas que no informaron haber tendido una enfermedad o accidente en las cuatro semanas previas a la encuesta no se les preguntó sobre su utilización de los servicios de salud relacionados con esos tipos de eventos. Sí se les preguntó, no obstante, si utilizaron servicios de hospitalización durante el último año y servicios odontológicos y preventivos durante los tres meses previos a la encuesta. Todas estas variables se utilizaron como indicadores del acceso a los servicios de salud, ya que se espera que su utilización sea diferenciada según los riesgos para la salud asociados con ellos, al igual que sus costos.

La principal variable utilizada para identificar la situación socioeconómica fue el gasto per cápita del hogar, que

es el indicador más utilizado en economía para identificar esta variable (7). Las desigualdades en la salud según la situación socioeconómica se miden mediante el índice de concentración (IC) y el índice de inequidad horizontal (IH). El IC se basa en la distribución de la variable correspondiente de salud según la distribución de la situación socioeconómica. En el caso extremo de igualdad (IC = 0), el valor de la variable de salud es igual para todos los grupos con diferentes situaciones socioeconómicas; en el caso extremo de desigualdad (IC = 1 ó -1), se concentra en las personas con menores ingresos o con más ingresos. El IH se obtuvo mediante la estandarización de las variables de salud por las necesidades en los diversos grupos de situación socioeconómica. Para identificar los factores determinantes de las desigualdades en salud se realizó un análisis de regresión, según se describe en el artículo metodológico que forma parte de esta sección especial.⁴ La regresión permite descomponer el IC o el IH para

⁴ En el artículo metodológico de Almeida y Sarti que forma parte de esta sección especial se puede conocer en detalles la metodología utilizada en este trabajo.

cualquier variable de salud y calcular la contribución de cada variable predictiva incluida en el modelo de regresión. La contribución de cada variable predictiva es el producto del IC o el IH de esa variable y la elasticidad del IC o el IH de la variable de salud con respecto a la variable predictiva.⁵

RESULTADOS

Autoinforme de enfermedad o accidente

Más de la mitad de los adultos peruanos informaron haber tenido una enfermedad o un accidente en las cuatro semanas previas a las encuestas de ENAHO de 2004 y de 2008 (cuadro 3). El pequeño aumento en el autoinforme de enfermedad entre 2004 y 2008 se puede explicar por varios factores, como la mayor conciencia acerca de un acceso más fácil a la atención sanitaria, si bien una prueba empírica de tal hipótesis está más allá del alcance de esta investigación. El autoinforme de enfermedad o accidente muestra una distribución clásica en forma de U a lo largo de la vida, lo que refleja más enfermedades en los primeros años de vida, una disminución durante la juventud y un lento aumento en la adultez y la vejez. El autoinforme de enfermedad por región también mostró un aumento en todas las regiones, tanto en la zona metropolitana de Lima como en otras regiones urbanas y rurales.

El autoinforme del número de enfermedades o accidentes es mayor en el quintil de menores ingresos que en el de mayores ingresos en ambos años, si bien la diferencia es levemente menor en favor de los primeros en 2008; en este sentido, las personas ubicadas en el quintil de menores ingresos aumentaron sus informes de enfermedad o accidente más que las del quintil de mayores ingresos (cuadro 3). Este hecho se reflejó en el IC, que cambió significativamente de 0,034 a un valor negativo de -0,041 (cuadro 4). El autoinforme de enfermedad crónica tiene un patrón diferente en los distintos grupos de distribución de la situación socioeconómica, dado que es mayor para los quintiles con mayor gasto del hogar en 2004 y 2008; esto puede deberse a que

⁵ La elasticidad es el cambio proporcional en el IC de la variable de salud con respecto a un cambio de 1% en la variable explicativa.

CUADRO 3. Distribución media y por quintiles de las variables de salud y atención sanitaria, Perú, 2004 y 2008

Variable	Año	Porcentaje total	20% de menores ingresos	Segundo 20% de menores ingresos	Grupo intermedio	Segundo 20% de mayores ingresos	20% de mayores ingresos
Estado de salud							
Autoevaluación de cualquier enfermedad o accidente	2004	53,4	58,8	54,9	52,6	52,7	49,0
	2008	59,1	66,5	60,9	59,5	55,9	54,1
	Diferencia	5,8 ^a	7,8 ^a	5,9 ^a	6,9 ^a	3,2 ^a	5,1 ^a
Autoevaluación de cualquier enfermedad crónica	2004	23,6	20,9	20,7	21,9	24,7	28,9
	2008	30,9	27,2	27,6	30,1	32,1	36,6
	Diferencia	7,3 ^a	6,3 ^a	7,0 ^a	8,2 ^a	7,4 ^a	7,6 ^a
Utilización de la atención sanitaria							
Cualquier consulta curativa	2004	14,7	7,6	11,6	14,1	17,1	21,2
	2008	16,7	13,1	14,5	15,9	18,3	21,3
	Diferencia	2,1 ^a	5,4 ^a	2,9 ^a	1,8 ^a	1,2 ^a	0,0
Cualquier hospitalización	2004	5,3	2,5	5,0	5,2	6,5	6,5
	2008	5,7	3,0	4,8	6,2	6,5	7,6
	Diferencia	0,5 ^a	0,5 ^a	-0,1 ^a	1,0 ^a	-0,1 ^a	1,1 ^a
Cualquier consulta odontológica	2004	8,8	3,0	5,7	8,1	10,5	15,3
	2008	10,4	3,5	6,3	9,2	13,0	18,4
	Diferencia	1,6 ^a	0,5 ^a	0,6 ^a	1,2 ^a	2,5 ^a	3,1 ^a
Cualquier consulta médica preventiva	2004	10,4	8,4	10,6	12,2	10,8	9,6
	2008	16,2	13,4	16,3	16,3	16,6	18,2
	Diferencia	5,9 ^a	5,0 ^a	5,8 ^a	4,1 ^a	5,8 ^a	8,6 ^a

^a Diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,05$).

CUADRO 4. Índices de concentración e índice de inequidad horizontal para las variables de utilización de la atención sanitaria, Perú, 2004 y 2008

Variable	2004		2008		Diferencia 2008–2004	
	IC	IH	IC	IH	IC	IH
Autoevaluación de cualquier enfermedad o accidente	0,0341 ^a	-0,0348 ^a	-0,0415 ^a	-0,0414 ^a	-0,0756 ^a	-0,0066
Autoevaluación de cualquier enfermedad crónica	0,0709 ^a	0,0724 ^a	0,0629 ^a	0,0674 ^a	-0,0080	-0,0050
Cualquier consulta curativa	0,1830 ^a	0,2171 ^a	0,1000 ^a	0,1422 ^a	-0,0830 ^a	-0,0750 ^a
Cualquier hospitalización	0,1445 ^a	0,1443 ^a	0,1528 ^a	0,1515 ^a	0,0083	0,0073
Cualquier consulta odontológica	0,2793 ^a	0,2801 ^a	0,2927 ^a	0,2914 ^a	0,0134	0,0113
Cualquier consulta médica preventiva	0,0190 ^a	0,0118	0,0471 ^a	0,0411 ^a	0,0281	0,0293 ^a

IC: índice de concentración; IH: índice de inequidad horizontal.

^a Valores de IC e IH y diferencias significativos ($P < 0,05$).

las personas necesitan un mejor acceso a la atención sanitaria para tener un diagnóstico de esas enfermedades.

Utilización de la atención sanitaria

No es una novedad que la utilización de la atención sanitaria esté claramente a favor de las personas con mayores ingresos, pero es interesante ver que la utilización de consultas curativas reveló una tendencia descendente a favor de las personas con menores ingresos. En el cuadro 3 se muestra que la utilización de visitas curativas en el

quintil de menores ingresos aumentó 5,5 puntos porcentuales (de 7,6% en 2004 a 13,1% en 2008) durante ese período, mientras que el aumento para el quintil de mayores ingresos fue solo de 1,2 puntos porcentuales. A pesar de que las visitas curativas todavía estaban sesgadas hacia las personas con mayores ingresos, dado que el IC y el IH mostraron valores positivos, el IH para esta variable disminuyó durante el período, de 0,22 a 0,14, lo que indica una considerable pérdida en la inequidad horizontal (cuadro 4).⁶

⁶ En los materiales suplementarios se muestran las curvas de concentración correspondientes.

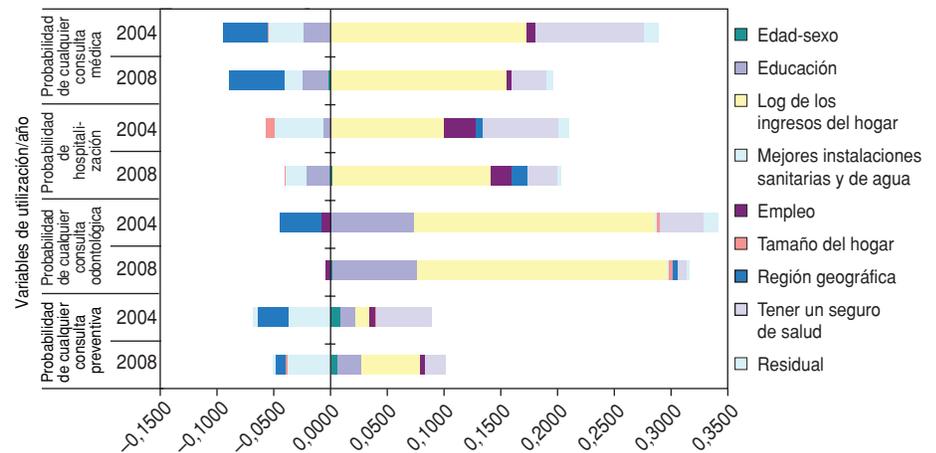
Las consultas preventivas también mostraron una mayor desigualdad a favor de las personas con mayores ingresos en 2008, a pesar de que los niveles iniciales del IC y el IH no mostraban casi ningún sesgo en 2004. Por otro lado, las medidas de desigualdad para las hospitalizaciones y la atención odontológica se mantuvieron prácticamente constantes durante el período analizado, ya que las diferencias no fueron estadísticamente distintas de cero.

Se utilizó el análisis de descomposición para explicar las inequidades encontradas en la utilización de la atención sanitaria y se calculó la contribución de cada determinante a la variable dependiente estandarizada. Una limitación de este enfoque es que los coeficientes correspondientes no pueden calcularse con exactitud, a menos que se controle por un posible sesgo de endogeneidad. De todos modos, estos resultados brindan una hipótesis de trabajo para poder hacer un análisis más riguroso que, no obstante, queda fuera del alcance de este estudio.

Esta investigación se enfocó primero en el análisis de las consultas curativas, dado que es la única variable para la cual se observó una reducción estadísticamente significativa de la desigualdad y la inequidad entre 2004 y 2008. El análisis de descomposición del IH de la atención sanitaria de consultas curativas en 2004 mostró dos factores principales que contribuían a la inequidad: el gasto del hogar y el seguro de salud (figura 1). En 2008, ambas variables siguieron siendo los principales factores que contribuyeron, pero con una contribución relativa mucho menor que el seguro de salud. En este estudio se investigó más a fondo la contribución de cada variable a la desigualdad en relación con las consultas de atención curativas.⁷ Se encontró que ni el IC ni la elasticidad del gasto del hogar cambiaron sustancialmente en el período analizado. Con respecto al seguro de salud, la contribución de esta variable a la inequidad en las consultas curativas descendió considerablemente en 2008. Este cambio positivo puede explicarse por la reducción de la desigualdad en el seguro de salud, reflejado también en la considerable disminución del IC para el seguro de salud de 0,41 en 2004 a 0,09 en

⁷ Esos resultados no se muestran aquí por limitación de espacio, pero están disponibles si se solicitan a los autores.

FIGURA 1. Descomposición del índice de inequidad horizontal para la variable de utilización de la atención sanitaria, Perú, 2004 y 2008



2008, que concuerda con el sesgo generado por la ampliación del SIS a favor de las personas con menores ingresos.

La afiliación al SIS se estableció inicialmente para mejorar la protección financiera a la salud y mejorar el acceso a la atención sanitaria, en particular la atención primaria, para las personas con los menores ingresos y la mayoría de los grupos vulnerables en el país, a saber, las madres y los niños menores de 5 años de edad. A medida que avanzó el decenio, se incorporaron otros grupos vulnerables de adultos como beneficiarios, pero no está claro que se hayan hecho los ajustes adecuados del presupuesto. Hay informes cada vez más frecuentes de mecanismos establecidos para limitar el acceso de esos adultos a los servicios curativos y preventivos. No obstante, aunque las limitaciones metodológicas no permiten determinar si existe una relación causal, esta sigue siendo una hipótesis verosímil que merece la mayor atención.

El análisis de los servicios de atención preventiva —que tienen una distribución a favor de las personas con mayores ingresos, aunque en menor grado que los servicios odontológicos y de hospitalización— muestra que en 2004 los principales factores que contribuían a la inequidad fueron, en orden de magnitud: el seguro de salud, el gasto del hogar y la educación. En 2008, estas variables seguían siendo los principales factores que contribuyeron, pero el orden de magnitud de su contribución cambió hacia el gasto del hogar, la educación y el seguro de salud. La descomposición de las hospitalizaciones, a pesar de la

gran contribución residual, muestra un patrón interesante entre 2004 y 2008: en 2004, si se ignora la contribución residual, el seguro de salud fue el factor que más contribuyó a la inequidad, mientras que en 2008, el principal factor contribuyente fue el gasto del hogar. Con respecto a la atención odontológica, en 2004, las variables principales que explicaron la inequidad fueron, en orden decreciente de magnitud, el gasto del hogar, el nivel de educación y el seguro de salud; sin embargo, en 2008, la inequidad se explicó principalmente por el gasto del hogar y la educación y no por el seguro de salud. Este resultado es desconcertante, dado que el SIS no cubre la atención odontológica.

DISCUSIÓN

La información científica empírica examinada en este estudio muestra una reducción importante de la inequidad horizontal para las consultas curativas en Perú entre 2004 y 2008. La mayoría de las consultas curativas no fueron con médicos especialistas y se concentraron en el nivel de atención primaria. La utilización de estos servicios aumentó significativamente en el quintil de menores ingresos y la tasa de atención curativa para personas de 18 años o más en ese quintil se incrementó de 8% en 2004 a 13% en 2008. No se observaron cambios en el quintil de mayores ingresos en ese período (21,2% en 2004 y 21,3% en 2008).

Esta disminución en la desigualdad de los servicios curativos en Perú no se observó con respecto a la utilización de otros servicios de salud analizados

aquí. La persistencia de patrones marcadamente a favor de las personas con mayores ingresos en el uso de otros servicios de salud, como la atención odontológica y las hospitalizaciones y, en menor grado, los servicios preventivos, resulta preocupante. Si bien el análisis de descomposición realizado en este estudio no reveló causalidad entre la ampliación de la afiliación al SIS y una menor inequidad en las visitas curativas, la discusión se centra en las implicaciones de esa política. En particular, y según se mencionó anteriormente, la ampliación del SIS se ha centrado en la atención curativa para los adultos con menores ingresos en el nivel de atención primaria, pero hay restricciones al acceso a los servicios de atención especializada (odontológicos y de hospitalización) y preventivos para estos adultos. Estas restricciones concuerdan con los patrones de uso encontrados para la atención más especializada, dado que la inequidad para este tipo de atención en los adultos no cambió significativamente durante el período analizado, mientras que la inequidad en las visitas curativas disminuyó considerablemente. Es importante recordar las limitaciones del análisis de descomposición para establecer relaciones causales, por lo que no se puede desechar la posibilidad de que la disminución observada en la inequidad se relacione con reducciones de la pobreza

y la desigualdad económica observadas durante este período, o a la ampliación de otras iniciativas públicas como Juntos, un programa de transferencia de dinero en efectivo condicionado a la asistencia a la escuela y la atención sanitaria de la madre y el niño. De todos modos, puede alegarse que los ajustes de las políticas de equidad en favor de la salud deberían tener en cuenta esta asociación. En particular, la aplicación gradual de la ley sobre el seguro de atención sanitaria universal en las regiones más pobres del país brinda una oportunidad para validar los resultados obtenidos en este estudio mediante el uso de enfoques rigurosos de evaluación de resultados. Esta estrategia permitiría conocer qué funciona mejor y en qué entornos.

Diseñar un sistema universal de seguro de salud es un proceso complicado y el éxito depende, entre otras cosas, de los arreglos organizativos y financieros en los que la autoridad sanitaria puede llevar a cabo eficazmente su función de liderazgo. También depende del establecimiento de una estructura práctica de incentivos para los agentes involucrados, incluidos los médicos y otros profesionales de la salud, las instituciones de atención pública y privada y las dependencias de salud de los gobiernos regionales. La experiencia de otros países de la Región —en especial los países cuyos esfuerzos para democratizar el

acceso a los servicios de salud preceden a la experiencia peruana— debe proporcionar una valiosa lección. Es especialmente importante que el acceso a los servicios de salud continúe ampliándose para eliminar, o al menos reducir al mínimo, el gasto en efectivo por parte de los ciudadanos con los menores ingresos, en particular, en los casos de tratamientos prolongados y costosos. Es importante recordar que la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud señala la adopción de derechos explícitos mediante “condiciones mínimas garantizadas para los residentes de todo el país” con respecto al acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera, lo que constituye un reto importante que no se debe pasar por alto. La ampliación del acceso se debe acompañar de mejoras en la calidad de los servicios de salud, por ejemplo, la reducción de los períodos de espera para las consultas o la adopción de un método culturalmente sensible y más inclusivo para proporcionar servicios de atención sanitaria a grupos específicos de la población.

Financiamiento. Este estudio fue financiado por el Proyecto de Equidad en los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe (EquiLAC) de la Organización Panamericana de la Salud.

Conflictos de interés. Ninguno.

REFERENCIAS

1. World Bank. World development indicators. Washington, D.C.: World Bank; 1961. Disponible en: <http://data.worldbank.org/country/peru> Acceso el 10 diciembre de 2012.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2009: balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2009. Disponible en: http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/38062/P38062.xml&xsl=/publicaciones/ficha.xsl&base=/publicaciones/top_publicaciones.xsl Acceso el 14 diciembre de 2010.
3. Gasparini L, Cruces G, Tornarolli L, Marchionni M. A turning point? Recent developments on inequality in Latin America and the Caribbean. La Plata, Argentina: Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales; 2009. (Documento de trabajo 81).
4. Perú, Ministerio de Salud, Consorcio de Investigación Económica y Social. Cuentas nacionales en salud. Perú 1995–2005. Lima: Ministerio de Salud, Consorcio de Investigación Económica y Social; 2008.
5. Petretera M, Cordero L. Health sector inequalities and poverty in Peru. En: Pan American Health Organization, ed. Investment in health: social and economic returns. Washington, D.C.: PAHO; 2001. Pp. 218–32.
6. Suárez-Berenguela R. Health system inequalities and inequities in Latin America and the Caribbean: findings and policy implications. En: Pan American Health Organization, ed. Investment in health: social and economic returns. Washington, D.C.: PAHO; 2001. Pp. 119–42.
7. Deaton A. The analysis of household surveys: a microeconomic approach to development policy. Baltimore: John Hopkins University Press; 1997.

Manuscrito recibido el 5 de marzo de 2012. Versión revisada aceptada para publicación el 20 de diciembre de 2012.

Equity in health and health care in Peru, 2004–2008**ABSTRACT**

Objective. This study evaluates whether recent positive economic trends and pro-poor health policies have resulted in more health equity and explores key factors that explain such change.

Methods. This study focuses on the evolution of measures of health status (self-reported morbidity) and use of health care services obtained from the 2004 and 2008 rounds of the Peruvian National Household Survey (Encuesta Nacional de Hogares). It concentrates on health inequalities associated with socioeconomic status and uses interquintile differences (gradient), concentration indices with and without needs-based adjustments, and decomposition analysis.

Results. Findings show a low level of inequality in measures of health status, with a slightly pro-poor inequality in self-reported health problems and a slightly pro-rich inequality in self-reported chronic illness. Inequity in the use of curative services declined significantly between 2004 and 2008, while inequity in the use of preventive services increased slightly. Use of hospital and dental services remained unchanged during the same period.

Conclusions. Limitations of self-reported morbidity measures probably underestimate the results of health inequalities across socioeconomic groups. Improved equity in the use of curative health services can be explained by a number of positive factors that occurred concurrently during the analysis—namely, increased mean household income, reduced economic inequality, the Juntos conditional cash transfer program, and gradual expansion of public health insurance, Seguro Integral de Salud (SIS). Given that SIS expansion is the main public policy for promoting health equity in Peru, it is crucial that future steps in expansion come with a strategy to isolate its contribution to health equity improvements from that of other positive socioeconomic trends.

Key words Health inequalities; health insurance; Peru.
