

**“Aseguramiento universal en salud en el Perú durante la pandemia”****"Universal health insurance in Peru during the pandemic"**

*Alvites- Cabrejos Jorge Luis¹
Gallardo-Mendoza Luis Alberto²
Rodríguez-Bernales Mariel Del Milagro³
Simbaña-Hernández Judith Amparo⁴
Tuñoque-Huidobro Richard Alexis⁵*

Resumen:

Aseguramiento universal en salud en el Perú durante la pandemia. Objetivo: Analizar el aseguramiento universal en salud en el Perú durante la pandemia Covid - 19. Metodología: Artículo científico descriptivo realizada a través de la base de datos de Scielo, Lilacs/ BVS, Scencedirect, Scopus, contando con siete referencias científicas que contrastan y coadyuvan para mejor discernimiento acerca del aseguramiento en salud durante la pandemia Resultados: El Perú definitivamente se deben establecer políticas de gobierno acorde a la realidad poblacional, con el mérito de unificar o estandarizar criterios para acceder a un aseguramiento universal de salud, el cual pueda satisfacer las necesidades y dar solución a los problemas sanitarios vistos tanto para Perú como para cualquier país alrededor del mundo hay un gran reto, que es el de alcanzar la Cobertura Universal en Salud. Es por ello que la OMS siempre enfatiza la necesidad de reducción de inequidad en salud. Conclusión: Se analiza el aseguramiento universal en salud en el Perú durante la pandemia Covid – 19, el cual acorde a la revisión de artículos ha evaluado la evolución de la CAS desde su creación hasta la actualidad y en el contexto que vivimos, contrastándolo también a nivel internacional. Se encuentra que dichos efectos expresan convicción de la calidad, el cual muestra elementos valiosos acerca de la protección en salud, sirviendo para decisiones futuras en el Perú especialmente en momentos de pandemia.

Palabras clave: Sistemas de salud; Acceso universal a servicios de salud; Seguro: Pandemia; Perú (fuente: Decs)

Abstract:

Universal health insurance in Peru during the pandemic. Objective: Analyze universal health insurance in Peru during the Covid-19 pandemic. Methodology: Descriptive scientific article made through the Scielo database, Lilacs / BVS, Scencedirect, Scopus, with seven scientific references that contrast and contribute to better discernment about health insurance during the pandemic Results: Peru should definitely establish government policies according to the population reality, with the merit of unifying or standardizing criteria to access universal health insurance, which can satisfy the needs and provide a solution to the health problems seen both for Peru and for any country around the world there is a great challenge, which is to achieve Universal Health Coverage. That is why the WHO always emphasizes the need to reduce health inequity. Conclusion: The universal health insurance in Peru during the Covid-19 pandemic is analyzed, which according to the review of articles has evaluated the evolution of the CAS from its creation to the present and in the context we live in, also contrasting it with international level. It is found that these effects express conviction of quality, which shows valuable elements about health protection, serving for future decisions in Peru, especially in times of pandemic.

Keywords: Health systems; Universal access to health services; Safe: Pandemic; Peru (source: Decs)

1. Introducción

¹Universidad Cesar Vallejo, Chiclayo – Perú; Hospital Regional Lambayeque Chiclayo – Perú. orcid : (0000-0003-3696-1711),email: jalvitesca@ucvvirtual.edu.pe

²Universidad Cesar Vallejo, Chiclayo – Perú; C.A.P. Manuel Manrique Nevado (EsSalud) Chiclayo – Perú. orcid: (0000-0002-3291-2042), email: lgallardome@ucvvirtual.edu.pe

³Universidad Cesar Vallejo, Chiclayo – Perú; Hospital General de Jaén Cajamarca- Perú; orcid: (0000-0003-2845-7670), email: drodriguezbe12@ucvvirtual.edu.pe

⁴Universidad Cesar Vallejo, Chiclayo – Perú; Hospital Regional Policial Chiclayo – Perú. orcid: (0000-0001-6443-8309), email: jsimbanah@ucvvirtual.edu.pe

⁵Universidad Cesar Vallejo, Chiclayo – Perú; Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo – Perú. orcid: (0000-0002-9021-6889), email: rtunoqueh@ucvvirtual.edu.pe



El aseguramiento universal desde que se planteó ha sido un verdadero reto. Desde el 2009, en el Perú, hasta la actualidad se han pasado por diversas reformas para la ampliación de la cobertura en salud. A pesar de los esfuerzos de los gobiernos por acortar el número de personas no coberturadas, existirán brechas socio-demográficas que impiden el cumplimiento de ello, muestra de esto es que hay lugares de difícil acceso, y que por más asegurados que estén, en el sistema, no se cumple con la atención integral necesaria y verdadera. Las presentes revisiones de artículos detallan cuán difícil e importante es cumplir con eso y sobre todo ponerlo en contexto de pandemia, ya que desde el 2020 se vienen realizando atenciones en todos los hospitales a nivel nacional sin distinción del tipo de seguro que poseen, más aún en tiempos de pandemia Covid- 19. (10)

2. Objetivo

Analizar el aseguramiento universal en salud en el Perú durante la pandemia Covid - 19.

3. Desarrollo

Abeldaño & González (Argentina, 2016). “La cobertura de seguro sanitario entre los años 2001 y 2014 en Argentina - cuestiones y avanzas”. En este adeudo se analiza la entre los años 2001 y 2014 los alcances de protección en salud, a través del seguro. Los resultados muestran que, pese al aumento del aseguramiento en salud durante los años 2001- 2014, en el 2014 aún resistían sin cobertura el 30% de la zona urbana y el 50% del total poblacional a nivel nacional. Se concluye que existen factores sociodemográficos, los cuales influyen directamente para la cobertura en salud.(1)

Al respecto los investigadores consideran que, el estudio se basó en el aseguramiento que se aplicó en Argentina. Buenas cifras se muestran en el papel, llegando incluso en el 2014 al 40% de asegurados. Se resalta siempre que hay muchos tipos de barreras y al igual que Perú, la vía a los servicios sanitarios son poco difíciles sobre todo para personas de escasos recursos. Sin embargo, hay planes de atención que han favorecido a poblaciones vulnerables, tal es el caso de los programas del adulto mayor, gestantes y niños. Con el pasar del tiempo hasta la actualidad se tiene que han avanzado con diversas Obras Sociales en distintos niveles (municipales, provinciales y nacionales) y ha ayudado a tener más del 50% de coberturados. (2)

Silva et al. “La universalidad de la accesibilidad y acceso durante la atención del primer Nivel: experiencia de usuarios en el sistema único de salud”. Objetivo: Comprender la accesibilidad y el acceso sanitario desde la visión de los beneficiarios, en respuesta a la solicitud directa durante la atención del primer Nivel. Los resultados: Indican a la salud a modo de disputa en la vida diaria de la atención sanitaria, destacando las



dificultades que enfrentan los beneficiarios del Sistema de Salud único, en cuanto a las acciones, acceso a servicios, medicamentos y exámenes. Denotan desorganización administrativa y lentitud del Sistema, el tema político, judicialización. Se cuestionó la situación contemporánea del sistema único de salud. Así mismo, la indagación permite reflexionar de todos los agentes involucrados, para el adiestramiento de la intervención social en el SUS y la capacitación constante de los mismos para fortalecer las políticas para la vigencia y el cumplimiento de la legislación que implementa el SUS. (3)

Al respecto los investigadores consideran que, dicha accesibilidad a los servicios sanitarios en atención primaria en salud (APS) se considera uno de los principales problemas relacionados con el cuidado. Estas deficiencias están afines con la eficacia de la atención, la virtud de la gestión, la dificultad de acceso a consulta ante una demanda espontánea, que puede ser una urgencia, al largo tiempo de espera para servicio en la APS y para referencias a los servicios de referencia. (3)

Cabello et al. En su artículo “El análisis efectividad-costo de las mediaciones para alcanzar la protección universal sanitaria para esquizofrenia - México”, donde analiza las disyuntivas psicosocial y farmacológico para pacientes esquizofrénicos. Incluido también la Psicosis. Los resultados arrojan que el financiamiento se manifiesta en obviar 147 años de vida ajustados por la Discapacidad por cada 1, 000,000 de habitantes. Así mismo al aumentar el gasto expresa un impacto en los quintiles demasiado pobres como efecto proporcional del presupuesto. (4)

Al respecto los investigadores consideran que, en el Perú el Seguro de salud integral en el cuadro del Aseguramiento en salud universal, es favorable la oportunidad de alcance a los peruanos debido a que subsidia el tratamiento, diagnóstico y seguimiento de las enfermedades de salud mental como ansiedad, alcoholismo esquizofrenia y depresión. Más aun a pacientes con algún tipo de alteración mental, si esto lo trasladamos en tiempos de covid19, podemos apreciar que es muy impactante la cifra de inversión que se le ha asignado a esta estrategia sanitaria de salud mental, debido a la priorización en la rehabilitación y curación de pacientes con covid19, los cuales tienen costos más elevados, dejando de lado a varias estrategias sanitarias. (5)

Gutiérrez et al. En su artículo “Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud”, en donde estimó la desigualdad del acceso a servicios sanitarios en comunidades mexicanas menores de 100 000 habitantes. Cuyos resultados indican que la afiliación en salud fue de 82.42%, así como el acceso de la atención en 60.03%. Además, se identificaron diferencias en ambos indicadores, en donde la zona marginal se encuentra con la concentración aumentada de menor ingreso; evidenciándose la



desigualdad dirigida la mayor cobertura hacia la población de mayor ingreso económico. (6)

Al respecto los investigadores consideran que, tanto para Perú como para cualquier país alrededor del mundo hay un gran reto, que es el de alcanzar la mayor cobertura en salud. Es por ello que la OMS siempre enfatiza la necesidad de reducción de inequidad en salud. Investigadores mexicanos llegaron a la conclusión en este artículo lo que diversos países tienen, básicamente en vías de desarrollo, que es la gran brecha en el acceso a la salud sobre todo de los que tienen un nivel socioeconómico bajo. Se confirma que no se garantiza la atención necesariamente por la condición de aseguramiento, debido a que existe diversas razones desde la saturación del servicio, desconfianza, falta de información durante la atención, como país en vías de desarrollo. Esto se llega a observar más en la población rural. Por lo que se están replanteando el enfoque ahora ya desde acciones de política pública. (2)

Viáfara et al. En su artículo “Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia”, en el cual caracterizó la relación entre la desigualdad por la situación étnica y el modo de aseguramiento en salud de Colombia. Los resultados señalan concordancia estadísticamente significativa entre el modo de aseguramiento en salud y la situación racial, así mismo con el contributivo régimen, la probabilidad de afiliación fue entre 1,8 y 1,4 veces mayor en los indígenas.(7)

Al respecto los investigadores consideran que, la población de los países de Latinoamericanos cuenta con grandes variedades de grupos étnicos, lo cual no es ajeno a la realidad nacional, cabe resaltar que estos grupos étnicos a lo largo de la historia han vivido marginados u olvidados por el estado, limitados en sus derechos entre los cuales el acceso a la salud, mostrando un mayor atraso en sus determinantes sociales de salud, Se observa con optimismo que dicha realidad está viéndose modificada gracias a las estrategias de aseguramiento universal que han implementado los diferentes gobiernos tanto de nuestro país y de los países vecinos en donde las comunidades indígenas y grupos raciales marginados tienen mucha importancia para la afiliación en el aseguramiento universal siendo estos los más beneficiados con el seguro subsidiado en el Perú, para lo cual se han puesto en marcha diferentes estrategias como las IAFAS SIS que actualmente en el marco de la pandemia causada por el SARS-COV2 se encuentran coordinadas con la RENIEC para la elaboración del convenio específico determinado por la reciente norma Decreto de Urgencia N° 046-2021, el cual determinará un sistema de acceso a la identidad y afiliación al SIS a todos los integrantes de las comunidades nativas amazónicas y alto andinas que se encuentren sin identificación (Oficina General de Imagen Institucional y Transparencia SIS 2021). (7)



De Habich. “Políticas de liderazgo y evolución de la reforma del seguro universal de salud en Perú”. El Perú se actualmente en vías de alcanzar la mayor cobertura salud, representado por el 87% del total de la población protegida por un seguro médico. Este artículo describe la política que rodea al proceso de formulación de estrategias y establecimiento de la agenda que condujo a acoger la Ley 29344, favoreciendo el incremento de las afiliaciones al seguro de salud, estableciendo obligatoriedad para acceder al mismo, el cual incluye el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) subvencionado por tres tipos de seguro de salud (contributivo, subsidiado y semi contributivo). (8)

Al respecto los investigadores consideran el valor de un proceso de creación de anuencia entre varios agentes políticos, con la finalidad de colocar la transformación de salud en la agenda política y así resolver de premonitoriamente las discordancias que puedan nacer en la fase legislativa. (8)

Mezones-Holguin et al. En su Artículo “Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la ley de aseguramiento universal”. Los resultados inciden en la aprobación de normas que envuelvan la afiliación directa al régimen subsidiado especialmente para los grupos desprotegidos, así como la adhesión al régimen semi-contributivo para las personas con trabajos independientes. Remarcar que, el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) del MIDIS desempeña un rol importante al determinar una tipificación socioeconómica. (9)

Al respecto los investigadores consideran que, en el Perú definitivamente se deben establecer políticas de gobierno acorde a la realidad poblacional, con el mérito de unificar o estandarizar criterios para acceder a un aseguramiento universal de salud, el cual pueda satisfacer las necesidades y dar solución a los problemas sanitarios vistos. Es un hecho que debería realizarse un mayor control en las instituciones públicas y privadas, para ello el Ministerio de salud, como ente rector y el Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables de forma articulada con otros Ministerios, deben plantear estrategias que conlleven a realizar contralorías oportunas y la intervención del estado para asegurar a ciudadanos que realmente se encuentran en zonas desprovistas de todo tipo de ayuda social. (10)

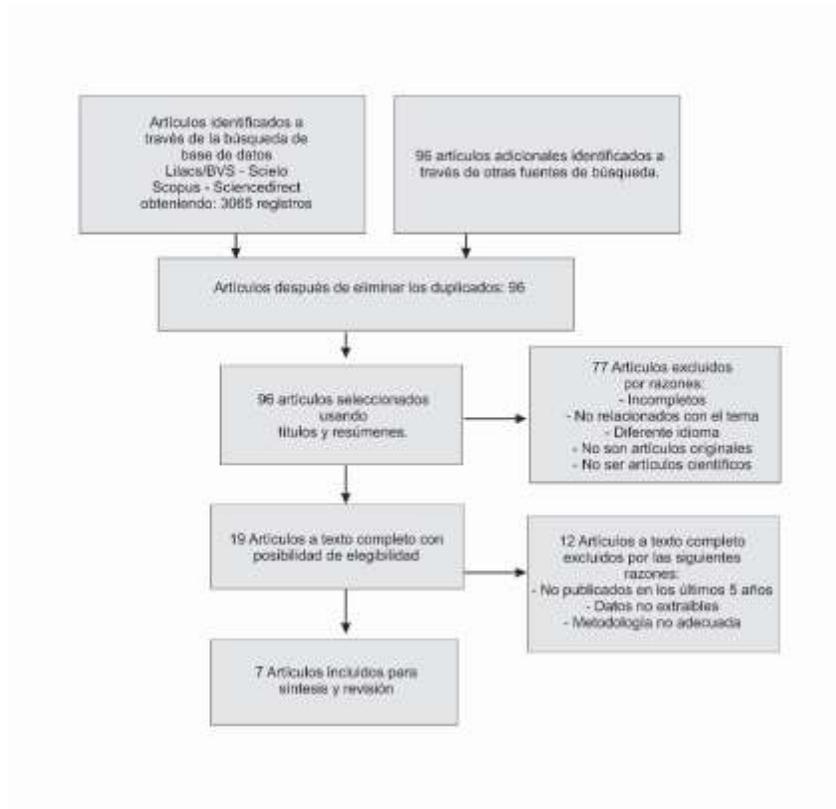


Figura 1. Diagrama de flujo de la información a través de las diferente fases de una revisión sistemática.

**4. Resultados****Tabla 1: Resultado de los artículos científicos respecto al “Aseguramiento universal en salud en el Perú durante la pandemia”**

N°	NOMBRE DE REVISTA CIENTÍFICA	BASE DE DATOS	TÍTULO	RESULTADOS
1	Revista Latinoamericana de Desarrollo Económico	Scielo	Cobertura de seguro de salud en Argentina entre los años 2001 y 2014.	Los resultados muestran que, pese al aumento del aseguramiento en salud durante los años 2001- 2014, en el 2014 aún resistían sin cobertura el 30% de la zona urbana y el 50% del total poblacional a nivel nacional. Se concluye que existen factores sociodemográficos, los cuales influyen directamente para la cobertura en salud.
2	Revista de enfermagem do centro- oeste mineiro	Lilacs/ BVS	Universalidad del acceso y accesibilidad en el cotidiano de la atención primaria: vivencias de usuarios del SUS	Indican a la salud como un punto de disputa en la vida diaria de la APS, destacando las dificultades que enfrentan los beneficiarios del Sistema Único de Salud (SUS), en cuanto a las acciones, acceso a servicios, medicamentos y exámenes. Denotan desorganización administrativa y lentitud del Sistema, el tema político, judicialización. Se cuestionó la situación contemporánea del sistema único de salud. Así mismo , la indagación permite reflexionar de todos los agentes involucrados, para el adiestramiento de la intervención social en el SUS y la capacitación constante de os mismos para fortalecer las políticas para la vigencia y el cumplimiento de la legislación que implementa el SUS.
3	Revista Taylor y Francis On line	Sciencedirect	Políticas de liderazgo y evolución de la reforma del seguro universal de salud en Perú.	Este artículo describe la política que rodea al proceso de formulación de estrategias y establecimiento de la agenda que condujo a acoger la Ley de Cobertura Universal de Salud de Perú, favoreciendo el incremento de la afiliaciones al seguro de salud, estableciendo obligatoriedad para acceder al mismo, el cual incluye el Paquete Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) subvencionado por tres tipos de seguro de salud (contributivo, subsidiado y semi contributivo).
4	Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública	Scielo / Scopus	Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la ley de aseguramiento universal	Los resultados inciden en la aprobación de normas que envuelvan la afiliación directa al régimen subsidiado especialmente para los grupos desprotegidos, así como la adhesión al régimen semi-contributivo para las personas con trabajos independientes. Remarcar que, el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) del



				<p>MIDIS desempeña un rol importante al determinar una tipificación socioeconómica. En el caso de EsSalud se advierte un patrón diferente al del Seguro Integral de Salud, donde existe un aumento de las afiliaciones en la etapa primera (2009-2013) a la cual le sigue una etapa que no presenta variaciones (2013-2017). Esto se corrobora con la expansión del empleo formal durante la última década, principalmente en áreas urbanas, así como con la reforma laboral que incentivó la creación de micro y pequeñas empresas.</p>
5	Revista Salud Mental	Scielo	Análisis costo-efectividad de las intervenciones para alcanzar la cobertura universal en salud para esquizofrenia en México	Los resultados arrojan que el financiamiento se refleja en evitar 147 DALYs por cada 1, 000,000 de habitantes. Así mismo al aumentar el gasto expresa un impacto en los quintiles demasiado pobres como efecto proporcional del presupuesto.
6	Revista de salud pública de México	Scielo/ Scopus	Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud	Los resultados indican que la afiliación a algún plan de seguro médico fue del 82,42% y el acceso al tratamiento o atención fue del 60,03%. Además, se identificaron desigualdades en ambos indicadores, marginales para el acceso potencial y con una mayor concentración entre la población de bajos ingresos; para el acceso a la atención, se encontró desigualdad con mayor concentración entre la población de mayores ingresos.
7	Revista Panamericana de Salud Pública.	Sciencedirect / Scopus	Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal	Los resultados indican que se encontró asociación estadísticamente significativa entre la etnia y el tipo de seguro de salud, así como 1.8 y 1.4 veces la probabilidad de pertenecer al sistema subsidiado, respectivamente, en comparación con el sistema contributivo mayor en los indígenas que en el grupo poblacional. que no se reconocieron a sí mismos como pertenecientes a uno de estos grupos étnico-raciales.



5. Conclusión

Se analiza el aseguramiento universal en salud en el Perú durante la pandemia Covid – 19, el cual acorde a la revisión de artículos ha evaluado la evolución de la CAS desde su creación hasta la actualidad y en el contexto que vivimos, contrastándolo también a nivel internacional. Se encuentra que dichos resultados componen sin duda alguna evidencia primaria importante y de calidad que aporta componentes substanciales sobre el aseguramiento en ámbito de la salud para la toma de decisiones en nuestro país especialmente frente a una lucha frontal como es la pandemia Covid-19. Así mismo se sugieren análisis exhaustivos posteriores que ayuden a crear una reforma en salud bajo una política pública evaluando relaciones con otros factores cardinales, como accesibilidad, equidad, entre otros, teniendo en cuenta el PEAS actualizado, incluyendo el contexto de pandemia y los complementarios.

Por otro lado durante el año 2020 hasta la actualidad, la IAFAS SIS realizó todo el esfuerzo necesario para lograr alcanzar la mayor cantidad de afiliaciones en relación a las personas que no contaban con seguro de salud y cuyo resultado ha sido auspicioso y optimista ya que la cifra aumentó a más 9 millones de asegurados, con lo cual se ha logrado cerrar la brecha de aseguramiento en salud en nuestro país, quedando aún pendiente solo algunas comunidades como lo son las comunidades nativas amazónicas y alto andinas. Durante el año 2020 fueron inscritos un aproximado de 6.3 millones de afiliados y en lo que va del año más de 2.7 millones. En el presente año se logró lanzar el aplicativo “SIS: Asegúrate e infórmate”, por medio del cual se han afiliado a la fecha más de 65 mil residentes en el Perú, llegando a aumentar la cobertura.

Sin duda alguna esto aún sigue invitándonos a superar las diferentes brechas e ir planificando mejores estrategias y con ella la multiplicación de los esfuerzos para lograr el fortalecimiento y el desarrollo de la cobertura del aseguramiento universal especialmente en tiempos de pandemia, tiempos en el que quedó demostrado la fuerte brecha de acceso libre a los sistemas de salud.

6. Referencias:

1. Abeldaño RA, González LM. Cobertura de seguro de salud en Argentina entre los años 2001 y 2014: lectura de los avances y cuestiones pendientes. *Revista Latinoamericana de Desarrollo Económico*. noviembre de 2016;(26):99-114. Disponible en: www.scielo.org/bo/pdf/rlde/n26/n26_a05.pdf



2. Minchán, A. et al. Fundamentos de Salud Pública. Instituto nacional de salud. Mayo de 2018
Disponible en : <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4514.pdf>.
3. Silva LS, Viegas SM da F, Nascimento LC do, Menezes C, Martins JRT, Potrich T. Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do SUS. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro [Internet]. 23 de octubre de 2020 [citado 11 de octubre de 2021];10(0). Disponible en: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3575>
4. Cabello et al. Análisis costo-efectividad de las intervenciones para alcanzar la cobertura universal en salud para esquizofrenia en México. Revista de salud mental. México, 2020 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252020000200065&lang=es
5. Castillo, H. Instituto nacional de salud mental. Nota de Prensa. Marzo, 2018, p.14 Disponible en: <https://www.inism.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/009.html>
6. Gutiérrez JP, Heredia-Pi I, Hernández-Serrato MI, Pelcastre-Villafuerte BE, Torres-Pereda P, Reyes-Morales H, et al. Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. Salud Pública de México. diciembre de 2019;61(6):726-33. Disponible en: 0036-3634-spm-61-06-726.pdf
7. Viáfara-López CA, Palacios-Quejada G, Banguera-Obregón A. Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal. Rev Panam Salud Publica. 30 de abril de 2021;45:e18. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2021.v45/e18/>
8. De Habich M. Leadership Politics and the Evolution of the Universal Health Insurance Reform in Peru. Health Systems & Reform. 3 de julio de 2019;5(3):244-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1635415>
9. Mezones-Holguín E, Amaya E, Bellido-Boza L, Mougnot B, Murillo JP, Villegas-Ortega J, et al. Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. junio de 2019;36(2):196-206. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-



46342019000200005

10. Jumba-Armas D. Aseguramiento universal en salud en el Perú: una aproximación a 10 años de su implementación. Revista de la Facultad de Medicina Humana. julio de 2019;19(3):75-80. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000300012