

Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna¹

Sandro Parodi - Grade



Foto: CIES

El presente estudio evalúa la efectividad del SIS para incrementar el acceso de las madres gestantes al parto institucional.

Existe una coincidencia en señalar que en la década pasada el sector salud peruano mostró avances significativos. Como resultado, indicadores clave de la salud como las tasas de mortalidad infantil, de desnutrición crónica y de mortalidad materna han comenzado a mostrar una clara tendencia decreciente. Sin embargo, el Perú todavía presenta indicadores de carencias en salud muy altos en comparación con otros países y cuando se analiza la distribución de los mismos al interior del país se encuentra severos problemas de desigualdad.

Tal como han documentado investigaciones recientes, los avances de la última década parecen no haberse concentrado en los más pobres y la desigualdad emerge como el principal problema a solucionar en el sector salud. Así, mientras que la población concentrada en los estratos más ricos o urbanos presenta indicadores similares a los de otros países, la situación para la población de los estratos pobres o rurales es desalentadora. Datos estimados de la encuesta ENDES 2004 muestran que en el área urbana cerca del 88% de las madres gestantes buscó atención profesional durante el parto, mientras que en el área rural solamente lo hizo el 44%.

El presente estudio evalúa la efectividad del Seguro Integral de Salud (SIS) para incrementar el acceso de las madres gestantes al parto institucional, particularmente de las más pobres (efecto en la equidad en el acceso), utilizando como base de datos la ENDES 2004. Al mismo tiempo, pretende identificar la importancia de posibles factores no económicos que pudieran jugar un rol limitante en el acceso a los servicios de salud, especialmente de los más pobres y excluidos. Los principales factores considerados en el estudio son la geografía, la etnicidad, las prácticas culturales y las relaciones de poder dentro del hogar.

La experiencia de los seguros públicos en el Perú

El Ministerio de Salud estableció entre 1997 y 1998 dos programas que representaron un importante cambio de política en el sector y que estaban orientados a eliminar la barrera económica en el acceso a servicios de salud.

Por un lado, el Seguro Escolar Gratuito (SEG) se implementó con el objetivo de brindar atención integral en los establecimientos de la red pública de salud a los niños con edades entre 3 y 17 años matriculados en escuelas públicas, con lo que se logró un aumento significativo en la atención de la morbilidad existente en la población objetivo y un incremento en la atención de emergencia. Sin embargo, el SEG no pasó por una preparación previa, lo que se reflejó en un período de desorden al inicio de su puesta en marcha y otro de dudas sobre su viabilidad financiera.

Por otro lado, el Seguro Materno Infantil (SMI) se implementó con el objetivo de cubrir las principales enfermedades y riesgos de salud del embarazo, lo

«...los avances de la última década parecen no haberse concentrado en los más pobres y la desigualdad emerge como el principal problema a solucionar en el sector salud»

1/ Este artículo es el resumen de la investigación "Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios", realizada en el marco del Concurso de Investigación CIES ACIDI-IDRC 2005.

«...el Seguro Materno Infantil (SMI) se implementó con el objetivo de cubrir las principales enfermedades y riesgos de salud del embarazo»

que implicaba el control periódico de la gestante, la atención del parto natural o la cesárea, el control del puerperio, las deficiencias nutricionales y la salud oral. Este programa, a diferencia del anterior, contó con una fase piloto en Tacna y en la provincia de Moyobamba antes de expandirse a otras jurisdicciones.

Los dos sistemas reemplazaron al sistema de exoneraciones como modalidad de financiamiento del Gobierno Central al sistema público de proveedores de salud por un sistema basado en el reembolso por las atenciones (aunque ello coexistió con la modalidad tradicional de asignación basada en el presupuesto histórico).

Por su parte, la forma de focalización en ambos programas estuvo basada en la identificación de grupos objetivo que se pudieran individualizar fácilmente para efectos de su atención en los establecimientos de salud. La idea subyacente era atender a la población más pobre, en atención de lo cual se diseñó los grupos objetivo respectivos. El SEG se dirigía únicamente a los alumnos pertenecientes a centros educativos públicos; empero, los niños de las familias pobres simplemente no asisten a la escuela. En el caso del SMI, el grupo objetivo eran madres gestantes y niños de los departamentos más pobres con los más altos índices de mortalidad materna e infantil.

Veamos ahora la evaluación del SEG y el SMI. El instituto APOYO (2002)² revela un balance positivo del desempeño de los seguros. El logro más importante

identificado es el avance en el acceso de la población a los servicios de salud, principalmente la mejora en el acceso de los más pobres, con un esfuerzo financiero modesto. Sin embargo, esta evaluación también encontró falencias importantes, ya que se generó una superposición con programas que ya venían operando en el Minsa, sumado a que se encontró evidencia de problemas para llegar a la población más pobre (filtración en el SEG y subcobertura en el SMI), además de problemas de sostenibilidad.

Por otra parte, Jaramillo y Parodi³ realizan otra evaluación de los resultados de ambos seguros con la información de la ENNIV y la ENDES. Dicho estudio muestra un impacto positivo de ambos seguros sobre la probabilidad promedio de acceso a servicios de salud, aunque acompañado de un efecto negativo sobre la equidad. De este modo, los autores encuentran que el SEG no ha tenido un impacto sobre el quintil más pobre, en tanto que sobre los quintiles 2 y 4 este es positivo y creciente. Además, la evidencia que recogen indicaría que el SMI solo tiene un efecto significativo en el quintil más rico.

En el año 2001 el gobierno decidió fusionar el SMI y el SEG para formar un único mecanismo, el Seguro Integral de Salud (SIS). La finalidad del programa es proteger a la población no asegurada en salud, con prioridad en los segmentos de pobreza y de extrema pobreza y con una orientación hacia la resolución de las restricciones al acceso a servicios de salud explicadas por la presencia de barreras económicas, culturales y geográficas. Con este nuevo seguro se amplió la cobertura del componente materno-infantil a nivel nacional, se dejó de lado el requisito de matrícula en las escuelas públicas para la atención de menores de 17 años, siendo solo necesario acreditar condiciones de pobreza para lograr la afiliación. En esta línea, se implementó una focalización que permitía la inscripción universal en los distritos más pobres (65% o más de familias en condición de pobreza) y un sistema de identificación en los demás distritos. También se sustituyó el mecanismo de adscripción vinculado a la escuela donde estudiaban los beneficiarios por uno basado en su domicilio. Finalmente, según la evaluación de Vera⁴, el SIS apunta a un

- 2/ Instituto Apoyo. "Informe final de evaluación del Seguro Escolar Gratuito", 2002.
- 3/ Jaramillo, Miguel y Sandro Parodi. *El Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil: análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso*. Lima: Grade. Working paper N° 46, 2004.
- 4/ Vera La Torre, José C. *Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú*. Lima: CIES/Observatorio del Derecho a la Salud, ForoSalud, 2003.

Foto: CIES



La finalidad del SIS es proteger a la población no asegurada en salud, con prioridad en los segmentos de pobreza y de extrema pobreza

«...el SIS apunta a un mayor acceso a servicios de salud para personas que antes no lo hacían por falta de ingresos, pasando de un subsidio a la oferta a un subsidio a la demanda»

mayor acceso a servicios de salud para personas que antes no lo hacían por falta de ingresos, pasando de un subsidio a la oferta a un subsidio a la demanda, subsidio que promueve una mejor gestión y calidad de los servicios en los establecimientos de salud del sector público al tiempo que logra una focalización más efectiva. No obstante, no se ha logrado en la zonas objetivo mayor número de afiliaciones y atenciones por habitante necesariamente. Por otra parte, el documento de Vera (2003) revela que, a pesar de que la asignación de los recursos del SIS en función del pago de las atenciones de los asegurados es la que se acerca en mayor medida a una distribución de pobreza en función de los niveles de pobreza regionales, esta forma de financiamiento no logra revertir la tendencia dominada por la distribución del MEF a las regiones, que sigue criterios históricos.

Aspectos conceptuales

El marco conceptual que guía el presente estudio es un modelo de producción del hogar. Desde el importante trabajo de Becker⁵, los modelos de producción del hogar han sido ampliamente aplicados en el análisis del proceso de decisión dentro del hogar, asumiendo una función de utilidad unitaria que puede implicar dos posibles situaciones: todos los miembros del hogar presentan el mismo set de preferencias o el proceso de decisión lo realiza el jefe del hogar a la manera de un dictador. Sin embargo, el esquema de



Foto CIES

El SIS apunta a un mayor acceso a servicios de salud para personas que antes no lo hacían por falta de ingresos.

un único agente ha estado sujeto a frecuentes críticas puesto que, en el caso particular de la salud, la madre y el padre tienen preferencias diferenciadas. Así, las decisiones finales dentro del hogar son tomadas mediante un proceso de negociación entre el esposo y la esposa⁶. Esta investigación seguirá este enfoque.

Este modelo de comportamiento del hogar, en primer lugar, asume que la pareja maximiza una función de bienestar del hogar. Tanto el padre como la madre cuentan con una función de utilidad que depende del consumo de bienes comprados en el mercado, el consumo de ocio, indicadores de bienestar de los miembros del hogar y características de los miembros del hogar, que afectan sus gustos y actitudes y, por lo tanto, sus niveles de utilidad. En particular, para este estudio se asumirá que la pareja valora de manera directa la salud de la gestante e indirectamente la salud del futuro bebe y que estas valoraciones guían las decisiones referentes a la adquisición de servicios de salud. En este marco teórico los padres pueden tener preferencias y valoraciones diferenciadas.

En cuanto a las restricciones, la primera viene a ser la función producción de salud del hogar. Esto porque es imposible comprar directamente en el mercado el bien salud. Así, los padres se ven en la obligación de producirla. La cantidad de salud que el hogar puede producir depende de una serie de insumos de la salud (por ejemplo, controles prenatales), de las características de los miembros del hogar y de las características de la comunidad que afectan los niveles de productividad con la que los insumos de salud pueden ser transformados en el bien salud.

5/ Becker, G. *A Treatise on the Family*. Cambridge: Harvard University Press. 1981.

6/ Manser, M. y M. Brown. "Marriage and Household Decision Making: A Bargaining Analysis" En: *International Economic Review* 21, 1981. McElroy, M. y M. Horney. "Nash Bargained Household Decisions". En: *International Economic Review* 22, 1981. Becker, S. "Couples and Reproductive Health: A Review of Couples Studies". En: *Studies in Family Planning* 27, 1996. Browning, M. y P.A Chiappori. "Efficient Intra Household Allocations: A General Characterization and Empirical Tests". En: *Econometrica* 66, 1998. Beegle K., E. Frankenberg y D. Thomas. "Bargaining Power Within Couples and Use of Prenatal and Delivery Care in Indonesia". En: *Studies in Family Planning* 32, 2001. Maitra, P. "Parental Bargaining, Health Inputs and Child Mortality in India". En: *Journal of Health Economics* 23, 2004.

La segunda restricción es la presupuestaria, que expresa la determinación simultánea del tiempo de los padres y de los ingresos del hogar. Lo que nos dice esta condición es que el gasto total del hogar no debe exceder el ingreso total. La demanda por insumos de salud depende de las características de la madre, sin considerar la raza ni su condición de aseguramiento, las características del padre, que son incorporadas a través de los variables resultados del proceso de negociación dentro del hogar, el idioma materno de la madre como proxy de raza, las características del hogar excluyendo la localización geográfica y la distribución del poder relativo dentro del hogar entre la pareja, un conjunto de variables que capturan la distribución de poder dentro del hogar, un set de características de localización geográfica del hogar, variables contextuales y, finalmente, un indicador de precios del acceso a la salud aproximado por la condición de aseguramiento de la gestante.

Las hipótesis a ser probadas son las siguientes: (i) las madres más educadas son más eficientes en la selección de insumos de salud, (ii) la riqueza del hogar incrementa la demanda de servicios de salud, (iii) una mayor presencia de recursos humanos y físicos de salud en una comunidad incrementa la demanda por servicios en este sector y, finalmente, (iv) las barreras no económicas, como las actitudes culturales, el poder relativo dentro del hogar y las barreras geográficas explicarían por qué los más pobres no han accedido a los servicios brindados por el SIS.

Resultados del SIS según la ENDES 2004

En cuanto a la afiliación de embarazadas al SIS al momento de la encuesta dos tercios del total de gestantes se encontraban afiliadas. Asimismo, cuando se distribuye la muestra de acuerdo a quintiles de Nivel Socioeconómico (NSE), se constata que la afiliación sigue una notoria tendencia progresiva. El SMI solo alcanzaba el 30% de mujeres embarazadas y no había diferencias entre NSE. En cuanto a la afiliación al SIS

«...es posible afirmar que el seguro ha privilegiado la ampliación de la cobertura en las zonas rurales, es decir, en las localidades más alejadas y con menor concentración de población, así como en las regiones de zonas de la sierra y de la selva»

Cuadro 1

Afiliación al SIS según diversas características de las madres

Características	Frec.	Total	%
Lengua Materna			
Castellano	475	779	61,0
Quechua	106	152	69,7
Aymara	9	14	64,3
Otra lengua aborígen	19	26	73,1
Total	609	971	62,7
Ámbito de residencia			
Urbano	376	945	39,8
Rural	570	878	64,9
Tipo de localidad			
Ciudad grande	45	93	48,4
Ciudad pequeña	143	275	52,0
Poblado	82	133	61,7
Campo	335	458	73,1
Región natural			
Lima Metropolitana	41	88	46,6
Resto Costa	141	219	64,4
Sierra	210	338	62,1
Selva alta	68	93	73,1
Selva baja	147	220	66,8

Elaboración propia.

de mujeres que dieron a luz a partir de 2002, la proporción es también de dos tercios pero con un nítido sesgo progresivo. También se ve que las madres que no tienen al castellano como lengua materna se afilian en mayor proporción al SIS. Según estratos geográficos es posible afirmar que el seguro ha privilegiado la ampliación de la cobertura en las zonas rurales, es decir, en las localidades más alejadas y con menor concentración de población, así como en las regiones de zonas de la sierra y de la selva.



En cuanto al lugar del parto de los nacidos a partir de 2002, se ve que las madres principalmente acuden a los locales del Minsa.

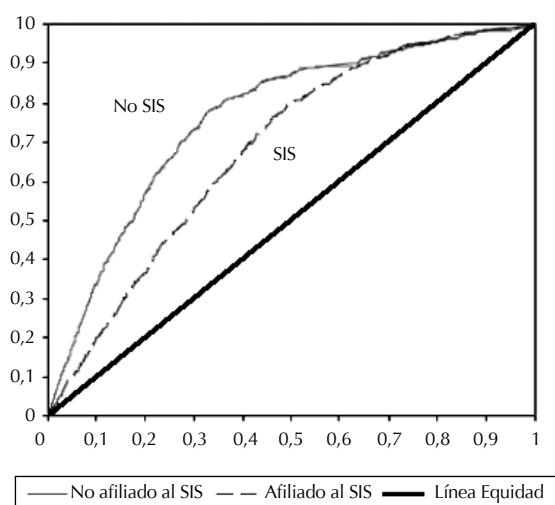
En cuanto al lugar del parto de los nacidos a partir de 2002, se ve que las madres principalmente acuden a los locales del Minsa. Si se suma las madres que tuvieron parto en los hospitales, en centros y en puestos de salud del Minsa, se tiene que la mitad de la población atiende la labor de parto a través de los servicios de esta institución. Sin embargo, un tercio de las mujeres elige dar a luz en su hogar sin asistencia médica profesional o con la ayuda de una partera. Las opciones menos frecuentes son EsSalud, las FF. AA. y la atención privada del parto, alcanzando todas el 14% de los alumbramientos desde 2002.

Por NSE, las madres pertenecientes al quintil 1, es decir, al más pobre, dan a luz mayoritariamente en su casa o con asistencia de una partera (71,5%, a pesar de que el SIS está en plena vigencia). Esta opción va decreciendo consistentemente a medida que pasamos a los quintiles más ricos.

Para ver cómo se distribuye la opción de dar a luz en casa o con la partera según el nivel socioeconómico y haciendo una diferenciación entre las afiliadas al SIS y la no afiliadas, se ha elaborado curvas de concentración. En el eje horizontal se encuentran las madres según su nivel socioeconómico y en el eje vertical se acumula la proporción de madres que han dado a luz en su casa o con la partera. Si la línea se sitúa por encima de la línea de equidad, esto indica que las madres de menores recursos optan en mayor proporción por esta opción. Los resultados se presentan en el gráfico 1.

Gráfico 1

Curvas de concentración de parto en casa o con partera



Como se puede observar, dentro de las madres que no están aseguradas al SIS, las más pobres son las que en mayor proporción eligen atender el parto



¿Por qué a pesar de que las madres están afiliadas al SIS, el cual les cubre todos los gastos del parto, cerca de un tercio del total de mujeres aseguradas dio a luz en su casa o con la partera?

en su propio hogar o con la partera. Por su lado, las madres afiliadas al SIS están más cerca de la línea de equidad, lo que permite tener un primer indicio de que el seguro ha tenido un efecto en reducir la opción más riesgosa para dar a luz.

La pregunta inmediata es: ¿por qué a pesar de que las madres están afiliadas al SIS, el cual les cubre todos los gastos del parto y les asegura atención especializada, cerca de un tercio del total de mujeres aseguradas dio a luz en su casa o con la partera? En este estudio se argumenta que la distancia entre la curva del SIS y la línea de equidad se explica en gran parte por barreras no económicas como la geografía, la lengua y las relaciones de poder dentro del hogar que están presentes en las madres más pobres y no han sido tomadas en cuenta dentro de la estrategia del seguro de incrementar el acceso a los servicios de salud.

Un primer indicio en esta dirección se encuentra al examinar las razones que dieron las aseguradas al SIS por no haber dado a luz en un local del Minsa. Las dos principales tienen que ver con barreras no económicas y representan cerca del 60% de respuestas. La razón mencionada con mayor frecuencia es que “quedaba muy lejos” y la siguiente razón en importancia es la cuestión cultural: cerca de la cuarta parte

«¿Por qué a pesar de que las madres están afiliadas al SIS, el cual les cubre todos los gastos del parto y les asegura atención especializada, cerca de un tercio del total de mujeres aseguradas dio a luz en su casa o con la partera?»

de las mujeres aseguradas al SIS no dieron a luz en un local del Minsa porque es parte de su tradición darlo en su casa.

Aspectos metodológicos del modelo multinomial de parto institucional y resultados empíricos

El estudio pondrá a prueba las hipótesis planteadas utilizando como variable dependiente el acceso de la gestante a los servicios de parto. En consideración a cómo está organizado el sistema nacional de salud en el Perú, se ha establecido tres posibilidades de atención del parto para la gestante: 1) Minsa, 2) EsSalud, las FF.AA y las clínicas privadas y 3) su domicilio o con una partera. Las dos primeras opciones califican como parto institucional, mientras que la tercera opción se considera la opción más riesgosa y la que el SIS debería disminuir. Adicionalmente, se ha impuesto una restricción a las opciones consideradas como parto institucional, las que han debido ser atendidas por un profesional de la salud. Los casos que no alcanzaron este requisito se consideraron dentro de la opción casa/partera.

Empíricamente se implementará un modelo multinomial de elección discreta. Siguiendo a Train⁷, este

«...el nivel educativo es un factor activador del acceso a servicios modernos de atención de la salud, tanto para la atención en el Minsa como en la segunda opción que agrupa a EsSalud, las FF.AA y al sector privado»

modelo asume un determinado individuo, en nuestro caso la gestante, quien tiene que elegir entre varias alternativas para llevar adelante el parto. La utilidad que le reporta cada alternativa puede ser descompuesta en dos partes: 1) la utilidad representativa, que es conocida por el investigador a través de un set de variables más sus respectivos parámetros y 2) una parte desconocida que es tratada como aleatoria y se asume que sigue una distribución de valor extremo.

Pasemos ahora a examinar los resultados empíricos. En primer lugar, se verifica la hipótesis de que el nivel educativo es un factor activador del acceso a servicios modernos de atención de la salud, tanto para la atención en el Minsa como en la segunda opción que agrupa a EsSalud, las FF.AA y al sector privado. Por otro lado, para el caso del Minsa se verifica una relación no lineal en forma de "U" de la edad respecto al parto institucional, hallazgo consistente con otros estudios empíricos.

En cuanto al efecto del aseguramiento, se encuentra que el aseguramiento incrementa las probabilidades de que la madre acceda al parto institucional. En el caso del SIS, el efecto marginal encuentra que las gestantes afiliadas tienen 26,9% más probabilidades de atenderse en el Minsa. Al mismo tiempo, las madres afiliadas a otro tipo de seguro como EsSalud y las FF.AA. tienen 22,5% más probabilidad de tener una asistencia profesional. En cuanto al efecto del nivel socioeconómico, las madres con mayor NSE tienen más probabilidades de atenderse, ya sea en el Minsa, en EsSalud, en las FF.AA o en el sector privado.

Por su parte, los resultados del modelo permiten comprobar que las barreras no económicas juegan un rol limitante para el acceso al parto institucional, incluso después de controlar una serie de características observables de la madre y su entorno. Así, las madres que tienen como lengua materna el quechua, el aymara u otra lengua nativa tienen menores probabilidades de

Foto CIES



Las madres afiliadas a otro tipo de seguro como EsSalud y las FF.AA. tienen 22,5% más probabilidad de tener una asistencia profesional.

7/ Train, Kenneth. *Discrete Choice Methods with Simulation*. Cambridge, University Press, 2003.



El sistema de salud adecuado debe ser adaptación a distintos entornos, con la finalidad de mejorar la salud de su población.

dar a luz en una institución de salud bajo el cuidado de un profesional de la salud.

En términos marginales, el modelo arroja que las gestantes que tienen como lengua materna al castellano tienen 9% más probabilidades de tener un parto institucional en el Minsa cuando se comparan con el grupo de gestantes que habla algún idioma nativo. La geografía también es un factor que tiene un efecto sobre el acceso al parto institucional. Se ha incluido dos variables para estimar dicho efecto: (i) si la madre vive en una zona rural y (ii) la altura a la que se ubica la vivienda de la madre. Los resultados muestran que vivir en una zona rural tiende a desalentar a las madres para el parto institucional en cerca de 20 puntos porcentuales cuando se les compara con las mujeres que viven en zonas urbanas. También se ha encontrado que los hogares donde la pareja o esposo tiene la última palabra en las decisiones sobre el cuidado de la salud, las gestantes tienen menos probabilidad de demandar un parto institucional. Este grupo de mujeres tienen 9,4% menos probabilidad de demandar asistencia profesional en el parto.

Finalmente, se analiza el efecto del SIS sobre la equidad. Para realizar esta estimación se le hizo una pequeña variación al modelo inicialmente usado. Aunque los resultados del modelo confirman que el SIS tiene un efecto positivo y significativo para todos los quintiles con excepción del grupo de nivel

«...el SIS ha sido más efectivo para promover la demanda de parto institucional en los quintiles de mayor NSE»

socioeconómico intermedio (quintil 3), se encuentra que el seguro tiene un mayor efecto para los dos quintiles más ricos. Mientras que el SIS incrementó en 26 puntos porcentuales la probabilidad promedio de las gestantes de los quintiles más pobres de atenderse en el Minsa, el incremento para las afiliadas de los quintiles más ricos fue de 34% y 55,8% del quintil. Claramente, el SIS ha sido más efectivo para promover la demanda de parto institucional en los quintiles de mayor NSE.

Las conclusiones son directas. A pesar de que es claro que el SIS ha incrementado el acceso promedio de las gestantes, sus efectos más fuertes se han concentrado en los segmentos de población con un mayor nivel socioeconómico. Así, el seguro no habría alcanzado a mejorar la equidad en el acceso.

Como recomendaciones a las autoridades de salud, se debe reconocer la complejidad de la realidad peruana, tanto geográfica como cultural. En ese contexto, el sistema de salud adecuado debe ser uno caracterizado por su flexibilidad y capacidad de adaptación a distintos entornos, con la finalidad de mejorar la salud de su población. En esa línea, es posible implementar algunas medidas complementarias a las ya puestas en marcha, como los seguros públicos a fin de ampliar su efectividad para incorporarlos al sistema. Estas son: la implementación de un sistema descentralizado de monitoreo que tenga la capacidad de detectar a los grupos más vulnerables, un sistema de salud que se adecue a la demanda (cultura, idioma), un sistema de salud que enfoque sus políticas de salud materna hacia la pareja, involucrando también al esposo, y, finalmente, que los costos de transporte y de alojamiento que tienen que realizar las gestantes que viven en zonas alejadas del establecimiento de salud para acercar los servicios a las madres sea asumido por el seguro.