



## INEFICIENCIA EN EL SECTOR SALUD

*“ Diagnostico del esquema de financiación y su relación con la calidad de la gestión administrativa y los servicios del sector sanitario peruano. ”*

# Diagnóstico de eficiencia en el sector salud en el Perú

## 1. Introducción

Alrededor del mundo, existe un creciente interés por evaluar el desempeño de los sistemas de salud, tanto de países desarrollados como de países en desarrollo. Sin embargo, persiste un debate continuo sobre cuáles los objetivos finales de todo sistema de salud y, además, no existe un consenso en la forma de evaluar de manera objetiva el desempeño de dichos sistemas.

Por ello, en esta investigación se seguirá lo indicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) asumiendo, como lo afirma la mayoría de literatura sobre el tema, que los objetivos de todo sistemas de salud debe ser la prestación de servicios de salud, tanto preventivos como curativos, destinados a la totalidad de la población de un país, de manera equitativa y eficiente, y que, a su vez, busque proteger a las personas de asumir los sustanciales costos de la atención médica<sup>1</sup>.

Asimismo, a pesar de la falta de un consenso para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, es necesario reconocer la importancia de contar con indicadores de desempeño bien definidos; que le permitan a los gobiernos monitorear y evaluar el funcionamiento de los sistemas de manera rutinaria, para que así se puedan tomar mejores decisiones en relación al financiamiento, la organización y las políticas públicas vinculadas al sector salud<sup>2</sup>.

Estos indicadores no solo son útiles a los gobiernos; sino también a los donantes -ya sean países u organizaciones multilaterales-, a los investigadores, a la sociedad civil y, en general, a todo aquel que esté interesado en informarse y conocer a profundidad las principales características de la seguridad social de un país. En consecuencia, la producción y constante actualización de indicadores incrementa la transparencia del sector y enriquece el debate, lo que se traduce automáticamente en un mejor diseño de políticas públicas.

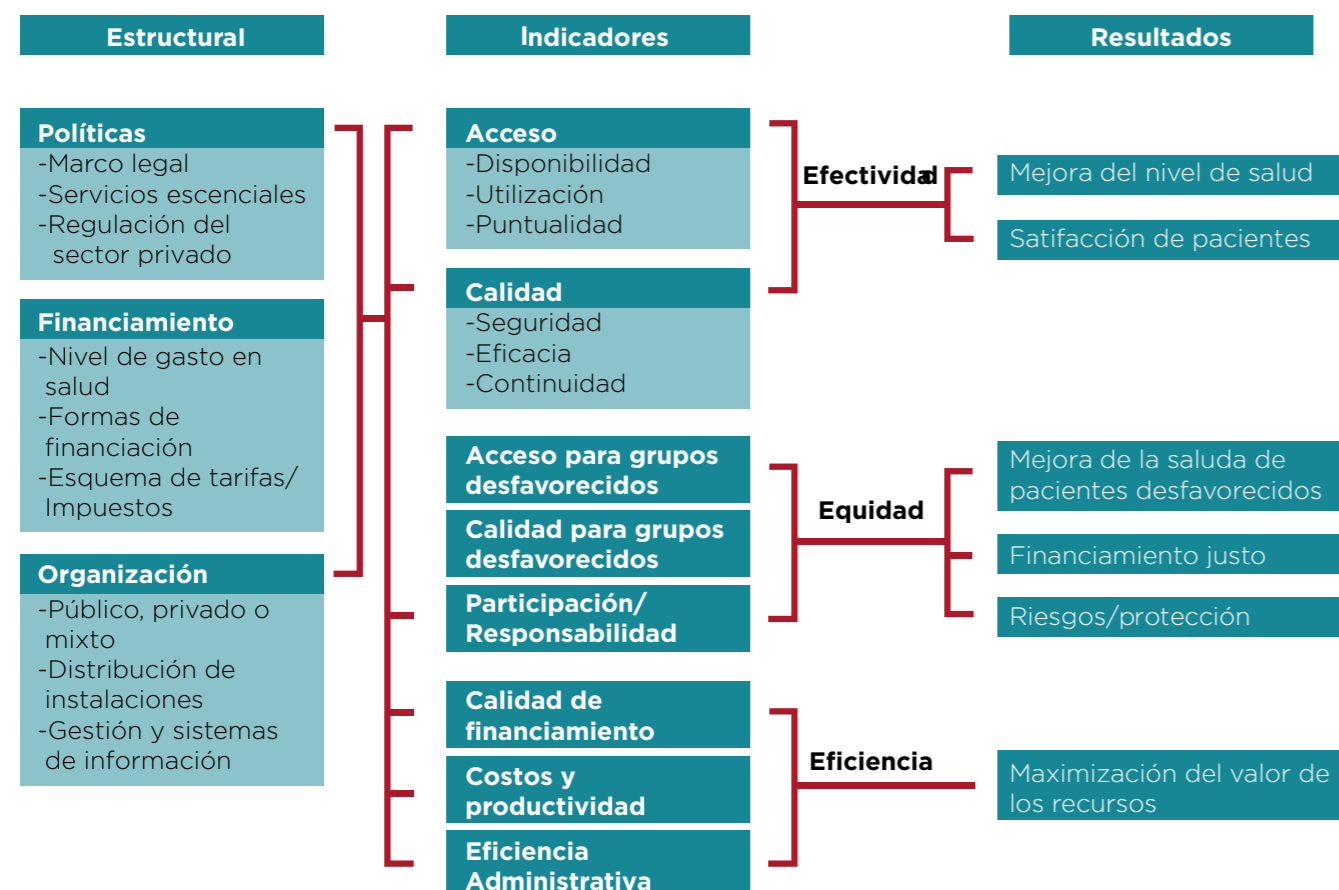
Ante ello, es posible identificar tres categorías que de indicadores de desempeño: (i) de efectividad, (ii) de equidad y (iii) de eficiencia. Por un lado, el primer grupo se centra en medir el nivel de salud de las personas, el acceso y calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los pacientes. Por otro lado, el segundo grupo se centra en medir el acceso y la calidad de servicios de salud para grupos desfavorecidos, así como el esquema de financiación, de protección de riesgos y responsabilidades. Finalmente, el tercer grupo busca evaluar qué tan adecuado es el esquema de financiación del sistema, la relación costo-efectividad de los servicios brindados y la calidad de la gestión administrativa<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>WHO. World health report: health systems improving performance Geneva, Switzerland; 2000.

<sup>2</sup>United Nations. Millennium Development Goal Indicators New York, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=IAEG.htm>

<sup>3</sup>Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature

**Diagrama N°1: Marco de trabajo para medición del desempeño de sistemas de salud**



Fuente: Elsevier Ireland Ltd

Dada la complejidad que implicaría realizar un análisis de desempeño completo, que incluya las tres categorías de indicadores, lo cual va más allá del alcance de esta investigación, es necesario comentar que el desarrollo de este documento se centrará en evaluar y comparar con otros países el nivel de eficiencia del sector salud peruano.

Para ello, en la segunda sección de este documento se describirán las características generales del sistema sanitario en Perú. Luego, en la tercera sección se analizarán indicadores de eficiencia, tanto para el gasto como para la calidad del servicio. Después, en la cuarta sección, se comentarán las principales características de los sistemas sanitarios de países de la OECD. Finalmente, se expondrán algunas conclusiones preliminares.

## 2. Descripción del sistema de salud peruano

### 2.1 Distribución de afiliados

El sistema de salud en el Perú es conformado por diferentes actores. Por un lado, está el Ministerio de Salud (MINSA), que se encarga de manejar el Seguro Integral de Salud (SIS), el cual conforma la red de salud más grande del país con 17.5 millones de afiliados, equivalente al 60% de la población asegurada.

Este seguro se encarga de ofrecer servicios de salud bajo esquemas principalmente no contributivos a la población de menores recursos del país, aunque últimamente está planteando productos semi-contributivos para ciudadanos que pueden costear sus gastos de salud.

Por otro lado, está el Seguro Social de Salud (EsSalud), organismo público descentralizado adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, el cual se encarga de proveer servicios de salud a la población asalariada y sus familiares, por medio de diversos esquemas contributivos. Actualmente, EsSalud es la segunda red de salud más grande del país, con 10.7 millones de afiliados, lo que equivale al 31% de la población asegurada.

Finalmente, están el resto de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud<sup>4</sup>, las cuales se encargan de captar y gestionar los fondos para el aseguramiento de prestaciones de salud y coberturas de riesgo de los asegurados de las Fuerzas Armadas y otras personas naturales; las cuales en conjunto equivalen al 9% de la población asegurada.

**Cuadro N°1 Cobertura según instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento (lafas)**

Tipo de lafas	lafas	Porcentaje poblacional
<b>lafas públicas</b>	Seguro Integral de Salud (SIS)	59.8%
<b>lafas Seguro Social</b>	Essalud	30.9%
	Entidades Prestadoras de Salud (EPS)	2.8%
	lafas del Ejército (Fospome)	0.1%
	lafas de la Fuerza Aérea (Fasfap)	0.1%
	lafas de la Marina (Fosmar)	0.1%
	lafas de la Policía Nacional (Saludpol)	1.3%
<b>lafas privadas</b>	Empresas de Seguros	2.4%
	Prepagas	2.1%
	Autoseguros	0.2%

Fuente: Registro de afiliados al AUS para todas las lafas / Elaboración: Colegio Médico del Perú

<sup>4</sup>Fospome, Fosfap, Fosmar, Saludpol, EPS, Prepagas, Autoseguros, Compañías de Seguros y Afocats.

Cabe resaltar que el nivel de cobertura de salud en el Perú se ha incrementado moderadamente durante los últimos años y, además, se puede notar que este incremento ha sido absorbido principalmente por el SIS y en segundo lugar por ESSALUD.

Como se puede apreciar en el Cuadro N° 2, del 2011 al 2015 la población afiliada a algún seguro pasó de 64.5% a 72.9%. Asimismo, se puede apreciar que en el mismo periodo de tiempo la cantidad de afiliados al SIS pasó de 36.1% a 43.4% y a ESSALUD pasó de 23% al 25%. De igual forma, se puede apreciar que la cantidad de afiliados a algún seguro privado se redujo del 2% al 1.5%. Finalmente, se puede apreciar que la cantidad de personas no afiliadas a ningún seguro se redujo del 36% al 27% de la población.

**Cuadro N°2: Cobertura de la atención a la salud, Perú 2011-2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
Población afiliada a algún seguro de salud	64.5%	61.9%	65.5%	69.0%	72.9%
Afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS)	36.1%	31.4%	35.3%	39.0%	43.4%
Afiliada al Seguro Social de Salud (Essalud)	22.7%	24.4%	24.4%	24.6%	24.5%
Afiliada a otros seguros	5.7%	6.1%	5.8%	5.4%	5.0%
Seguros privados	2.0%	1.9%	1.9%	1.8%	1.5%
Seguro de sanidades	1.9%	1.9%	1.6%	1.6%	1.5%
Dos o más seguros	1.8%	1.9%	1.6%	1.6%	1.5%
Población sin seguro de salud	35.6%	38.2%	34.6%	31.0%	27.2%

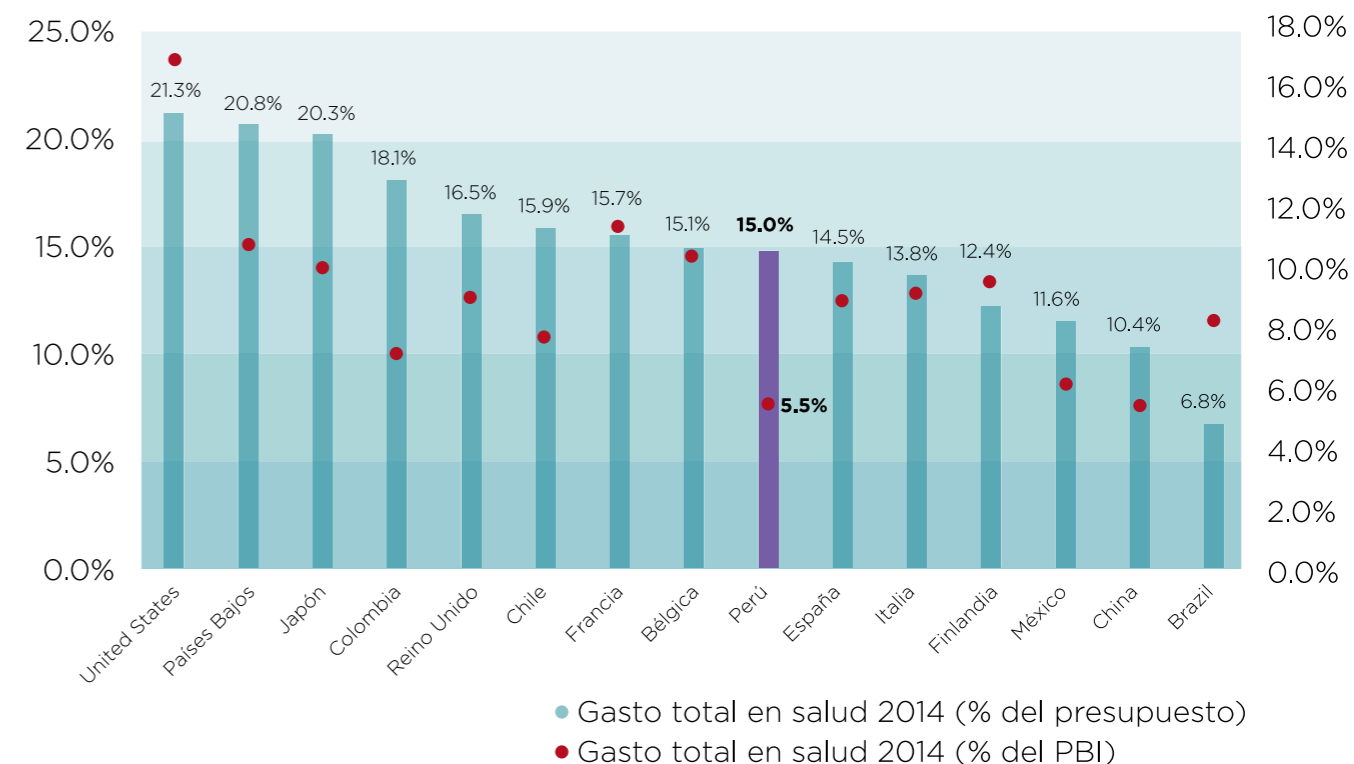
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud e Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, 2015  
Elaboración: Colegio Médico del Perú

## 2.2 Gasto agregado del sector salud

La forma de convencional de medir el gasto en el sector salud es mediante (i) el nivel de gasto respecto del PBI y (ii) el peso que éste tiene en el presupuesto público. En el Gráfico N° 1 se puede apreciar que el gasto en salud respecto del PBI de Perú es de 5.5%, ubicándose por debajo del de Chile (7.8%) y

Colombia (7.2%). Sin embargo, el peso dentro del presupuesto público es del 15.0%, lo cual es comparable con países desarrollados como Francia (15.7%), Bélgica (15.1%) y España (14.5%).

**Gráfico N°1: Gasto del sector salud según presupuesto público y PBI (2014)**

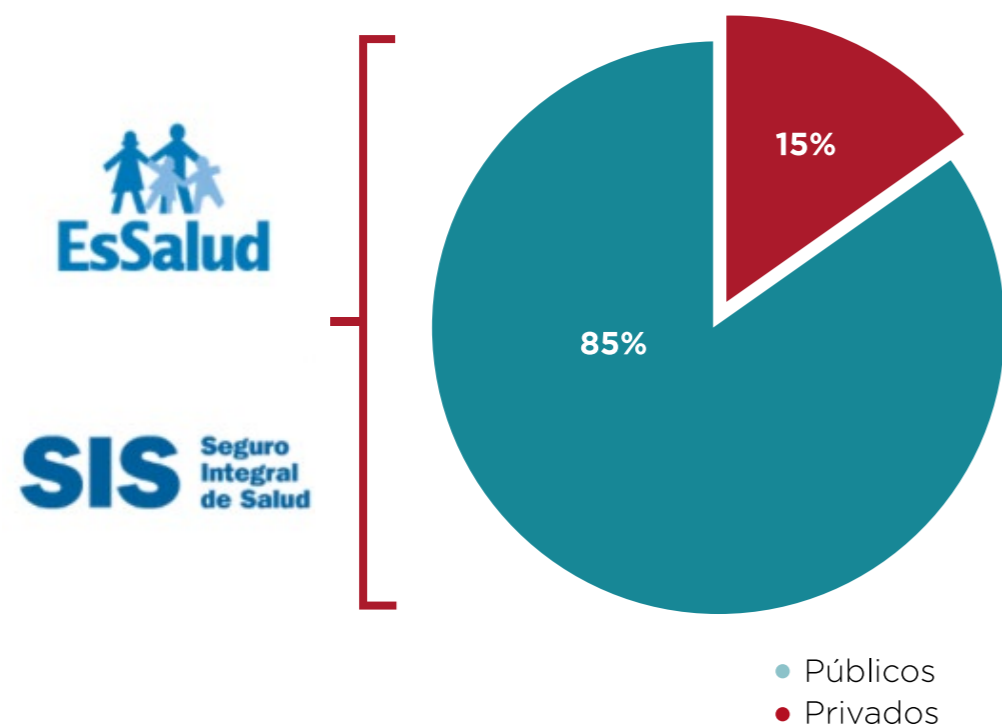


Fuente: Organización Mundial de la Salud // Elaboración: CpR

Esta característica -nivel de gasto bajo respecto del PBI, pero nivel aceptable del peso en el presupuesto público- se debe en buena medida al alto nivel de informalidad en la economía peruana. Ante ello, podemos esperar que conforme la informalidad se vaya reduciendo y la recaudación se incremente paulatinamente, presupuesto público anual y el gasto en salud en términos absolutos se incrementará.

Asimismo, como se puede apreciar en el Gráfico N°2, cabe resaltar que en el Perú de todo lo gastado en el sector salud, excluyendo la inversión y lo gastado por las IAFAS de las Fuerzas Armadas, el 85% le corresponde al Seguro Integral de Salud y al Seguro Social de Salud; y solo el 15% le corresponde al sector privado. Esto podría inducir a afirmar que el sistema de salud peruano es principalmente público. Sin embargo, como se verá más adelante, esta afirmación no es del todo correcta.

**Gráfico N° 2: Distribución del mercado de salud según gasto (2015)**



Fuente: OMS, MINSA, ESSALUD

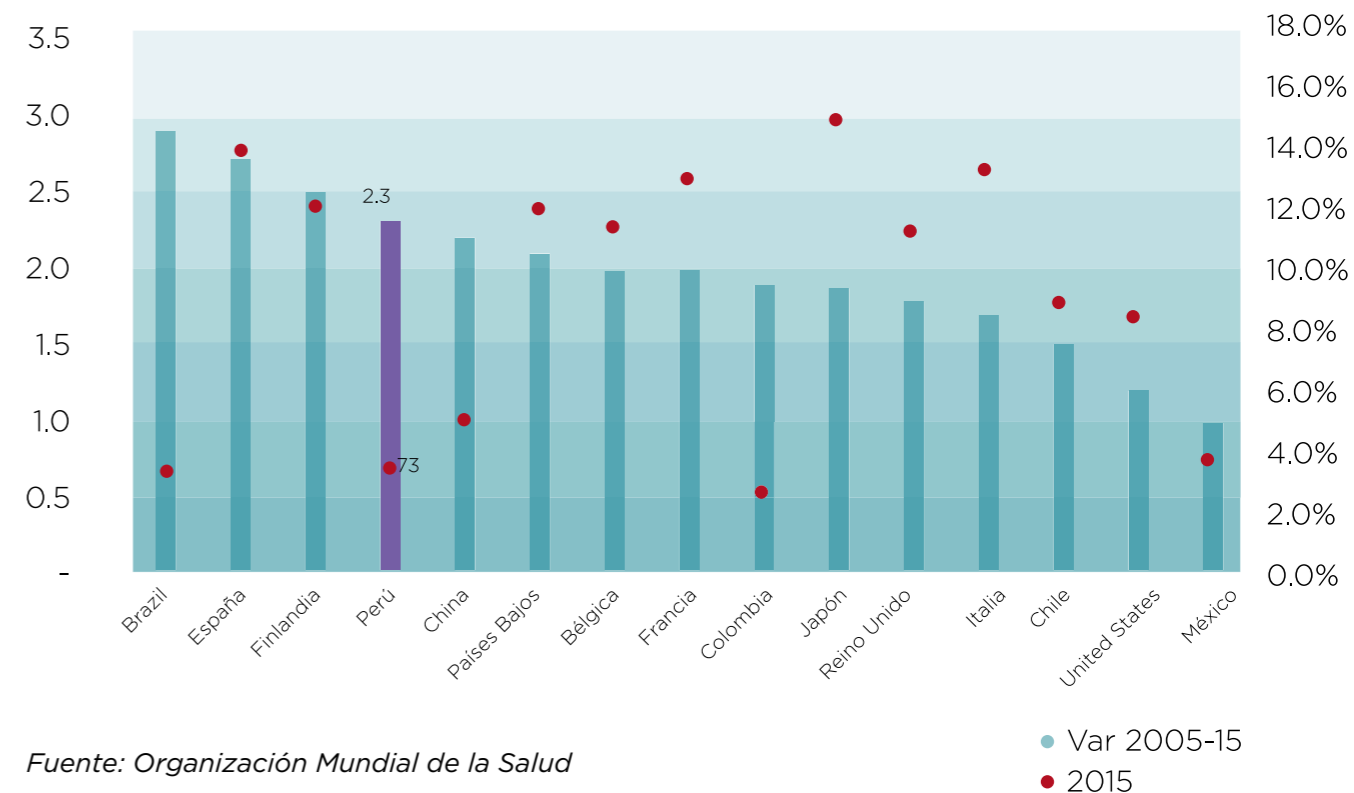
Elaboración: CpR

### 2.3 Salud de los afiliados

Como ya se mencionó anteriormente, parte de los objetivos de todo sistema sanitario es brindar tratamientos preventivos y curativos, con la finalidad de que las personas gocen de una mejor salud y, en consecuencia, de una vida más larga. Por ello, una forma de evaluar qué tan bien ha evolucionado el sector salud dentro de un país es mediante el cambio en (i) la esperanza de vida al nacer y (ii) la probabilidad de morir por todas las causas.

Por un lado, en el Gráfico N° 3 se puede apreciar que entre el 2005 y el 2015

**Gráfico N° 3: Esperanza de vida al nacer (2015)**

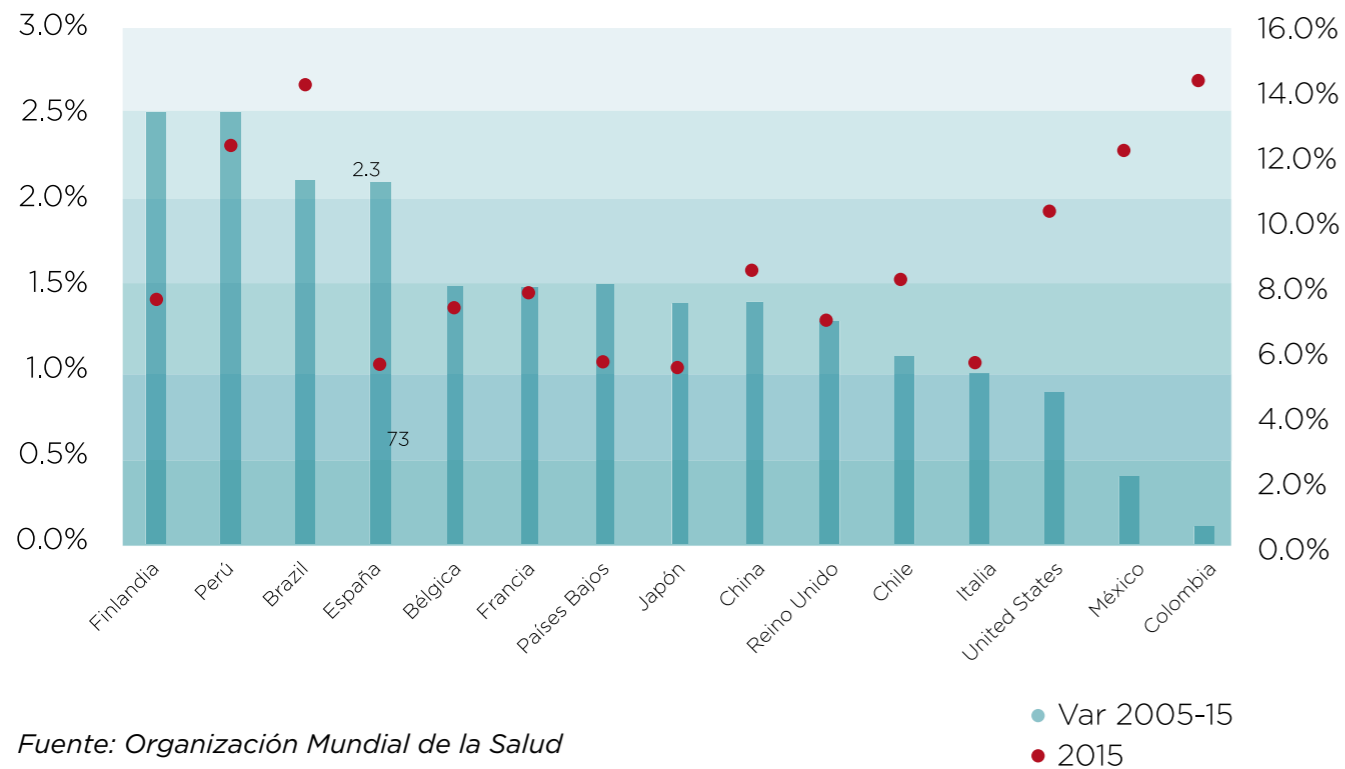


Fuente: Organización Mundial de la Salud

Elaboración: CpR

Por otro lado, en el Gráfico N° 4 se puede apreciar que entre el 2005 y el 2015 en el Perú la probabilidad de morir por todas las causas se redujo en 2.5%, siendo el país que más redujo dicha probabilidad entre los seleccionados; por encima de Chile (1.1%), México (0.4%) y Colombia (0.1%). Sin embargo, la probabilidad de morir del peruano promedio por todas las causas es la tercera más elevada entre los países seleccionados con 12.3%, por encima de Chile (8.2%) y de México (12.2%), pero por debajo de Colombia (14.3%). Cabe resaltar que, si bien dicha probabilidad se explica en parte por el desempeño del sector salud, también existen otros factores significativos como la “inseguridad ciudadana”.

**Gráfico N° 4: Probabilidad de morir por todas las causas (2015)**



Fuente: Organización Mundial de la Salud  
Elaboración: CpR

Este breve análisis permite afirmar que el sector salud en el Perú ha tenido un sólido impacto positivo en la vida de los ciudadanos, pero que aún falta mucho por mejorar.

### 3. Eficiencia

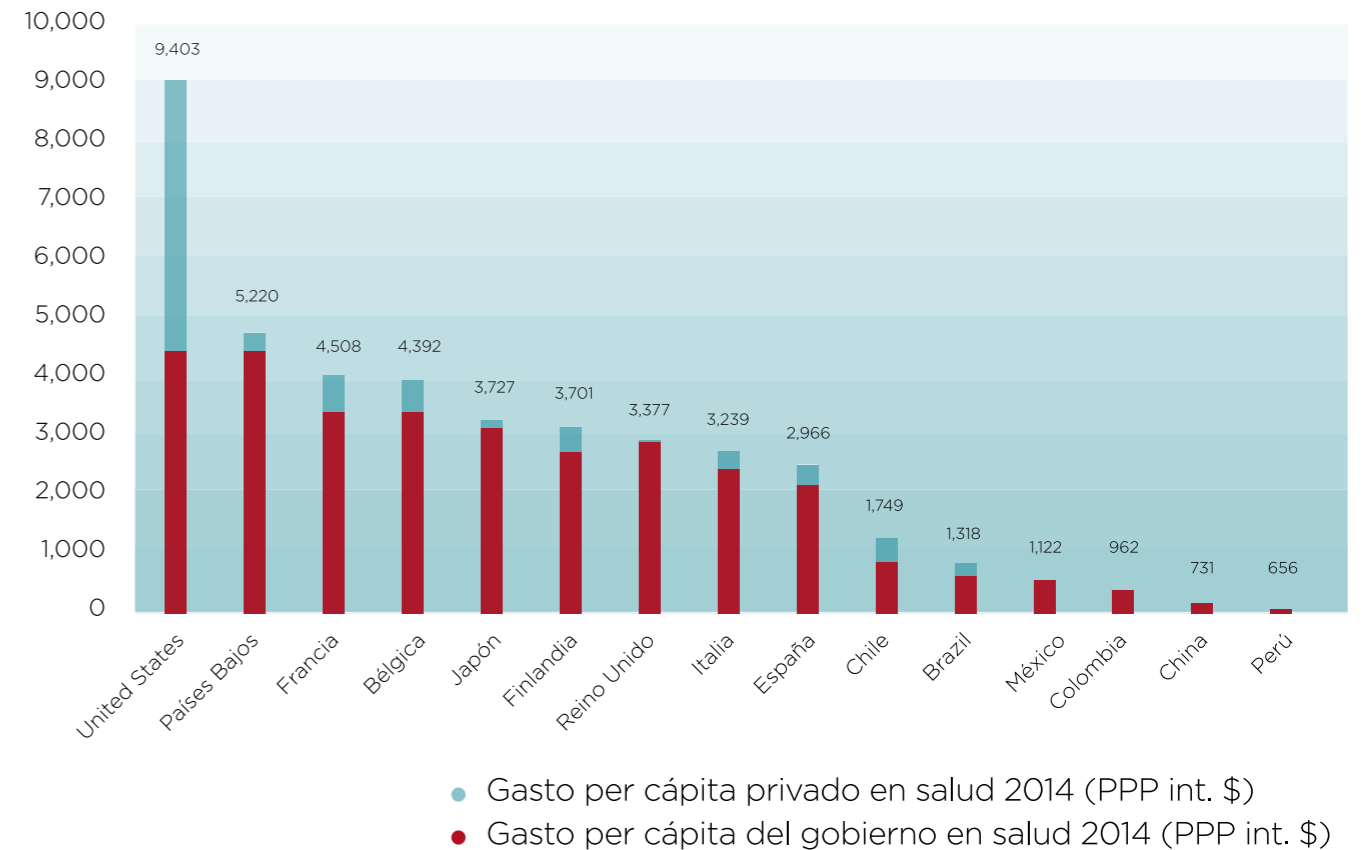
#### 3.1 Eficiencia del gasto

Analizar el nivel de gasto de manera agregada sirve poco para entender el desempeño del sistema de salud sobre el bienestar de los ciudadanos. Por ello, para poder entender cómo ha evolucionado la situación del peruano promedio, es necesario medir el nivel de gasto a nivel per cápita y compararlo con cifras de otros países.

Al observar el nivel de gasto per cápita en salud medido en dólares PPP<sup>5</sup>, se puede apreciar que el Perú es el país

que menos gasta por cada habitante entre los países seleccionados. Como se puede apreciar en el Gráfico N° 5, el gasto per cápita en salud peruano es de \$656; mientras que Colombia gasta 40% más que nosotros, Chile 70% más y Brasil el doble. Si bien mayor gasto por persona no significa necesariamente mejor servicio, ambos factores están estrechamente relacionados.

**Gráfico N° 5: Gasto per cápita en salud en \$ PPP (2014)**



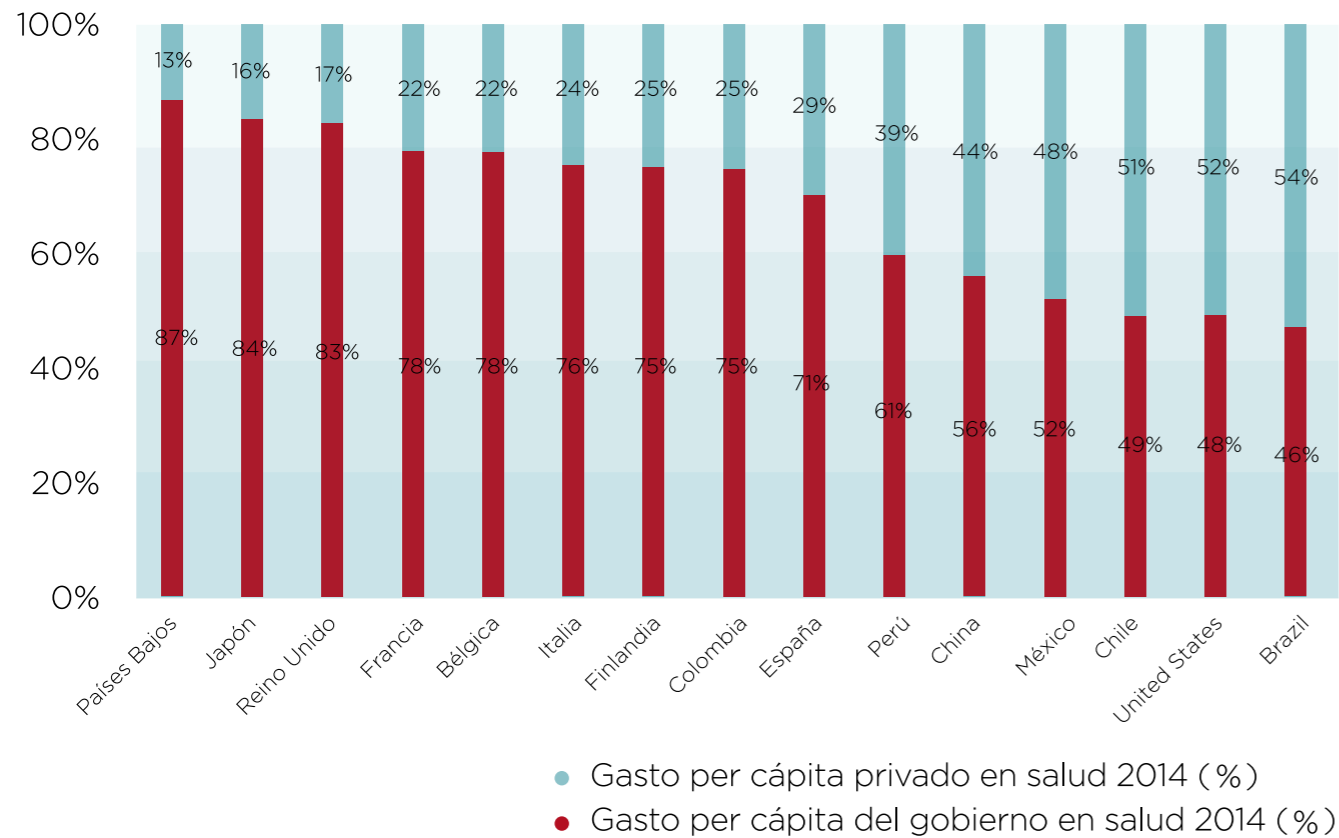
Fuente: Organización Mundial de la Salud  
Elaboración: CpR

Asimismo, al analizar la composición del gasto per cápita peruano, podemos apreciar que está lejos de calificar estrictamente como público, puesto que, como se puede apreciar en el Gráfico N° 6, el 39% de dicho gasto es de origen privado y 61% de origen público. De igual forma, algo que llama la atención es que en Colombia, a pesar que el 65% de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) son privadas<sup>6</sup>, el gasto per cápita en salud privado representa solo del 25% del total. Otro aspecto interesante es que la mayoría de países desarrollados de la muestra, a excepción de Estados Unidos, cuentan con un gasto en salud cuyo principal componente proviene del sector público.

<sup>5</sup> <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Relacion-de-IPS-publicas-y-privadas-seg-un-el-nivel/s2ru-bqt6/data>

<sup>5</sup>La métrica Purchasing power parity (PPP) -o Paridad de poder adquisitivo- permite realizar comparaciones entre países eliminando las distorsiones que generan los diferentes niveles de precios existentes entre ellos.

**Gráfico N° 6: Distribución del gasto per cápita en salud según sector (2014)**



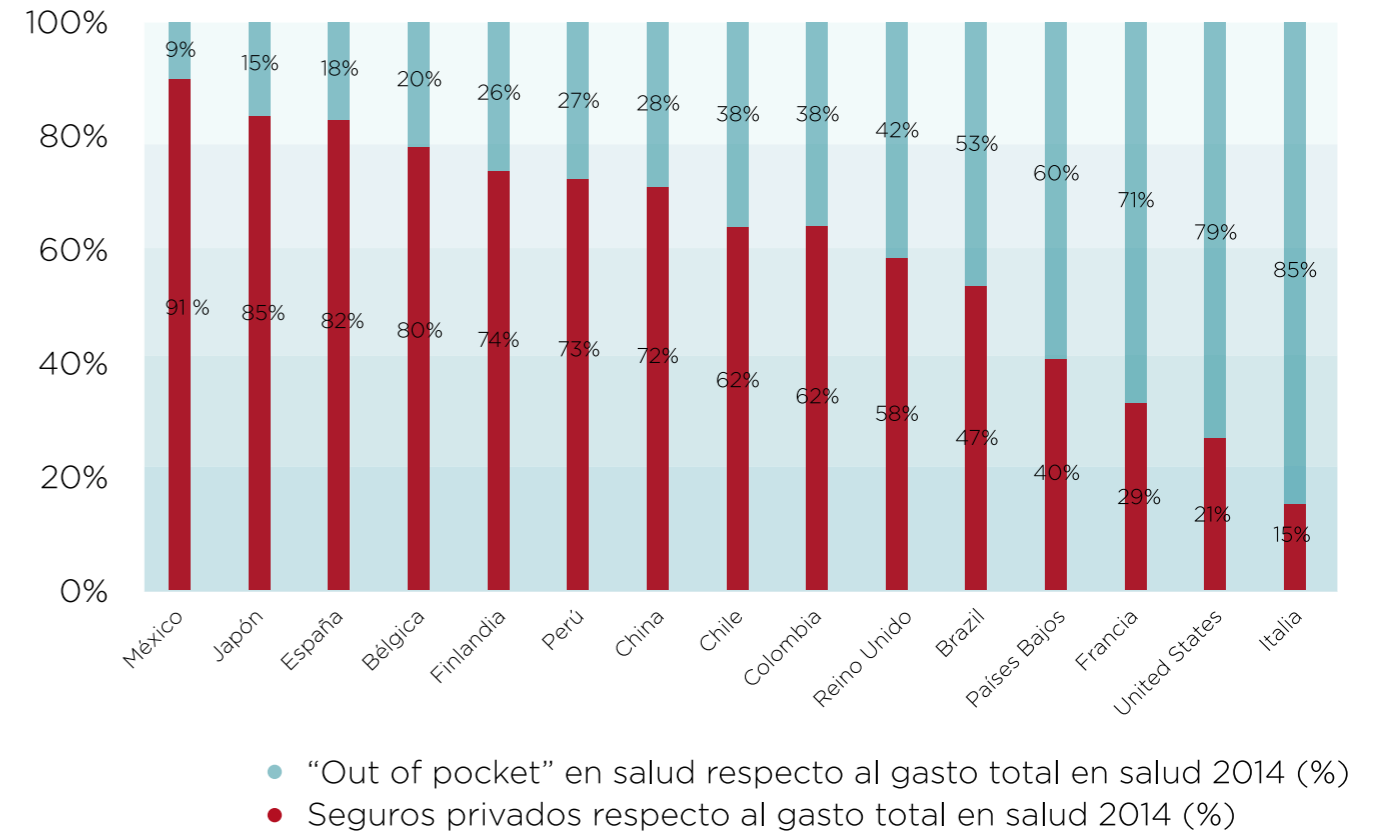
Fuente: Organización Mundial de la Salud  
Elaboración: CpR

Algo alarmante del sistema de salud peruano salta a la vista al analizar la composición del gasto per cápita privado en salud. Como se puede apreciar en el Gráfico N° 7, el gasto per cápita privado del Perú está explicado en 27% por lo desembolsado por los seguros y en 73% por el gasto “out of pocket”. Asimismo, se puede apreciar que el “out of pocket” peruano, en términos relativos, es más elevado que el de Chile, Colombia, Brasil y Estados Unidos.

Cabe resaltar que el gasto “out of pocket” o “gasto del bolsillo” corresponde a todo gasto directo proveniente de las familias destinado a los profesionales de la salud y proveedores de productos farmacéuticos, equipos terapéuticos y otros bienes; cuyo principal objetivo es contribuir a la mejora del estado de salud de los individuos<sup>7</sup>. Asimismo, es fundamental notar que es un importante indicador de ineficiencia. Es así que, mientras más alto sea este nivel de gasto, las implicancias de que el sistema de salud en conjunto (público y privado) falle en satisfacer todas las necesidades de la población son mayores.

<sup>7</sup><https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.ZS>

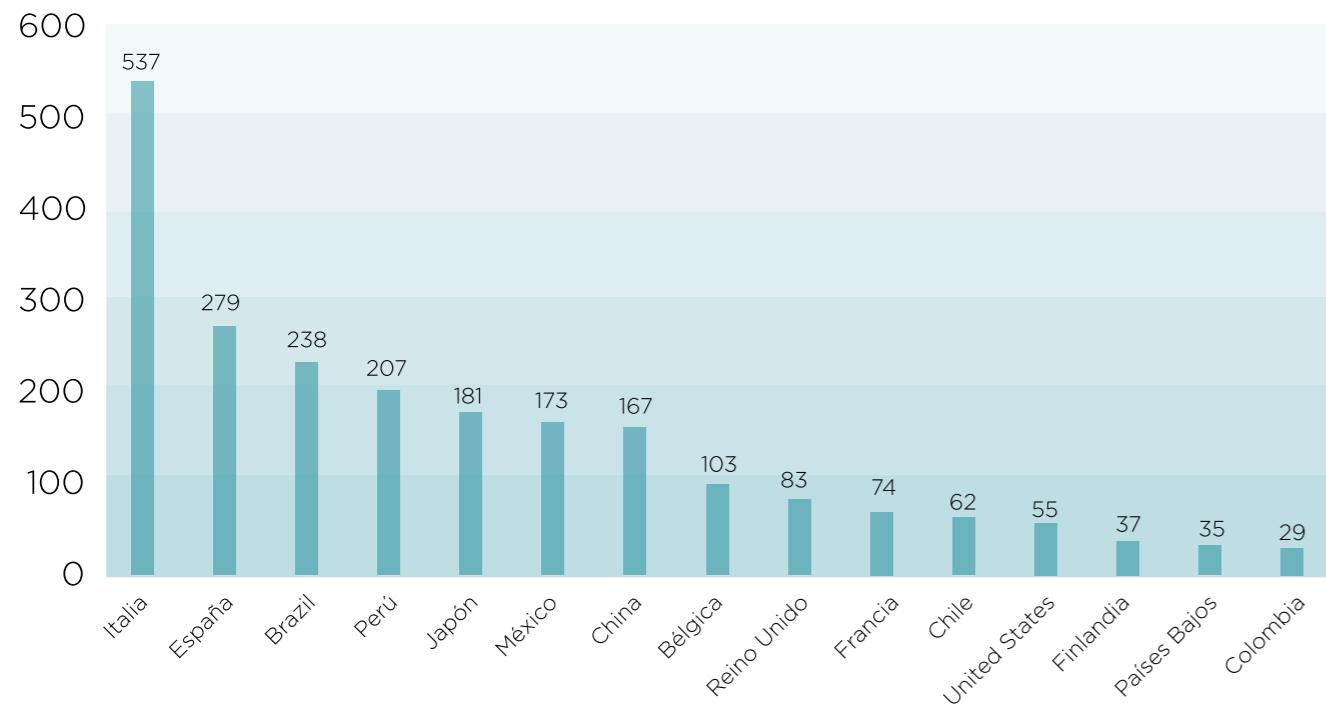
**Gráfico N° 7: Distribución del gasto per cápita privado en salud según (2014)**



Fuente: Organización Mundial de la Salud  
Elaboración: CpR

Sin embargo, al analizar el gasto “out of pocket” per cápita en dólares PPP se puede terminar de entender la gravedad de la situación peruana. Como se puede apreciar en el Gráfico N° 8, en términos absolutos, el gasto de las familias peruanas es de \$207; muy por encima del de Colombia (\$29), Chile (\$62) y México (\$173). Asimismo, se puede afirmar que el sistema peruano es el cuarto peor sistema entre los países de la muestra, superado solo por Italia, España y Brasil. Lo lamentable de esta situación es que las familias peruanas, a pesar de recibir ingresos sustancialmente menores que familias de países desarrollados, gastan en términos absolutos más en salud para poder satisfacer las necesidades que el sistema de salud peruano no cubre.

**Gráfico N° 8: Gasto de las familias en salud PPP int. \$ (2014)**



Fuente: Organización Mundial de la Salud  
Elaboración: CpR

### 3.2 Eficiencia del servicio

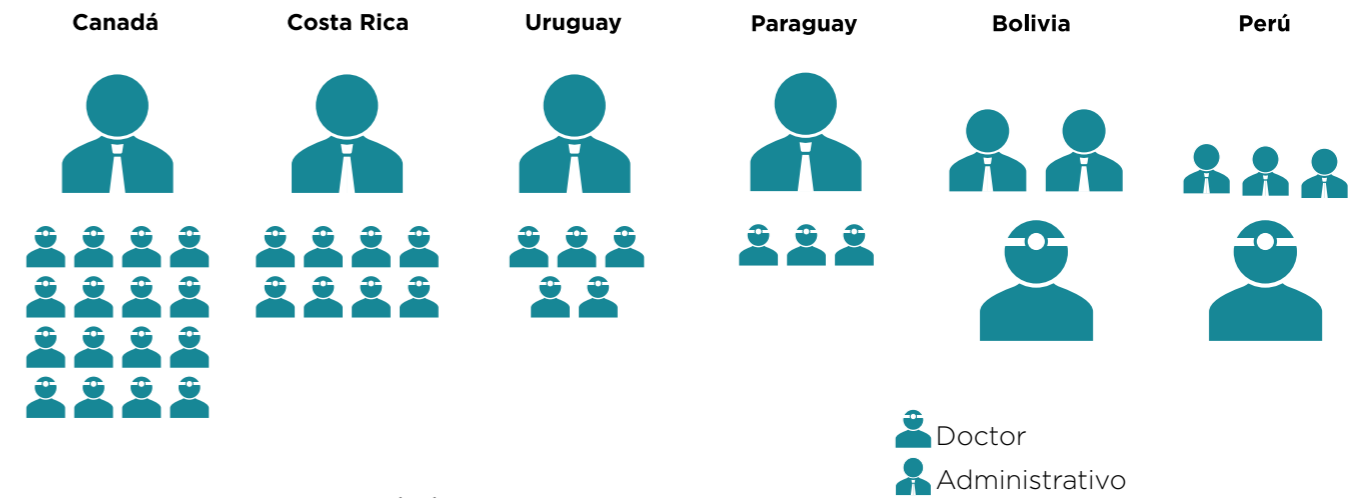
La ineficiencia del sistema de salud peruano no solo se refleja en el nivel de gasto que las familias deben asumir de su propio bolsillo para poder satisfacer las necesidades de salud que el propio sistema no cubre. También, existe un nivel de ineficiencia muy marcada en relación a la utilización de recursos y a la calidad de servicios logísticos que se ofrecen.

Por ejemplo, somos uno de los países con la mayor cantidad de trabajadores administrativos por médico tratante. En el Cuadro N°3 se puede apreciar que; mientras Canadá cuenta con 16 médicos por cada trabajador administrativo, Costa Rica con 8, Uruguay con 5 y Paraguay con 3; en el Perú la realidad se invierte absurdamente: tenemos tres administrativos por cada médico.

Esto se debe a dos puntos esenciales. Por un lado, existe un déficit de médicos en el país, debido a lo poco atractivo que es dicho mercado laboral para las nuevas generaciones. Por otro lado, al coexistir tres grandes sistemas de seguro social (SIS, ESSALUD y OTROS), si bien cada sistema cuenta con su propio personal administrativo, en la práctica la mayoría de médicos se ven obligados a trabajar en más de un sistema en simultáneo.

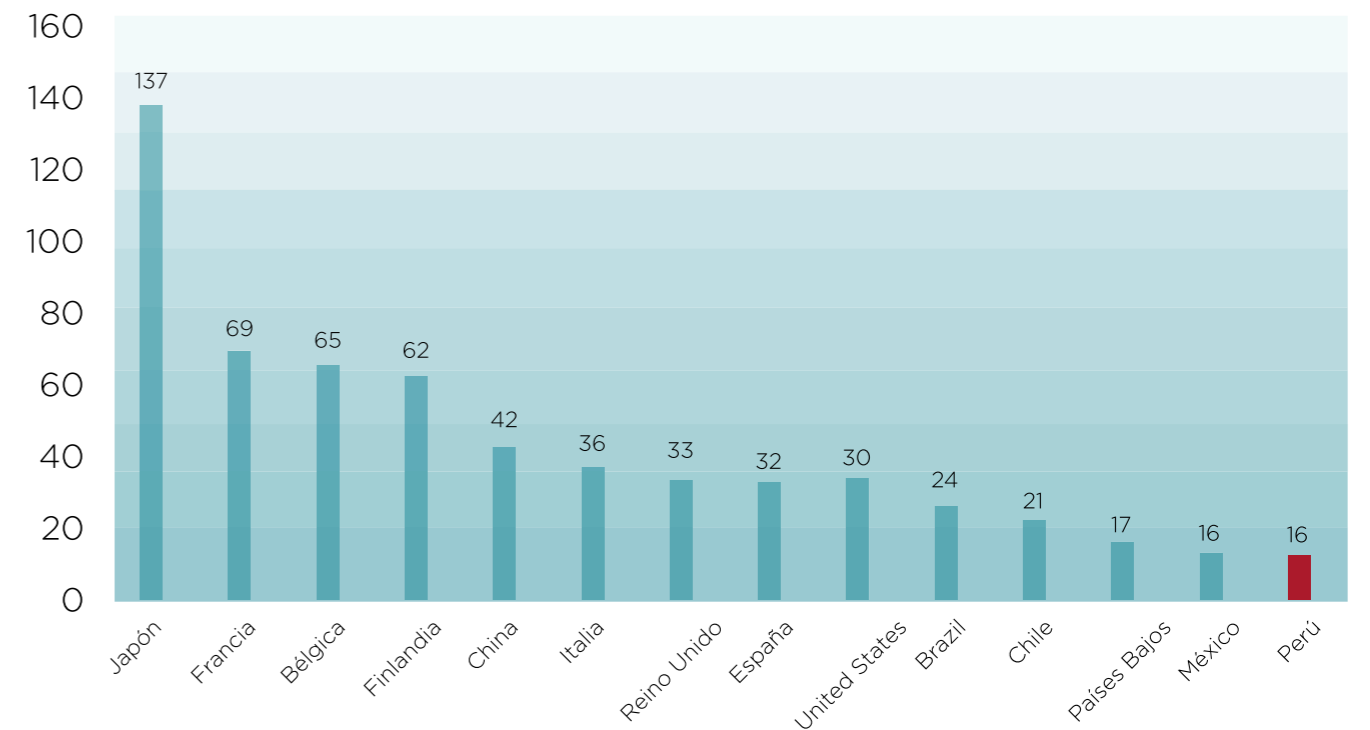
Otro aspecto relevante que explica parte del mal desempeño del sistema de salud en el Perú es la escasez de camas. En el Gráfico N° 9 se puede apreciar que el sistema de salud peruano (público y privado) es el que menos camas tiene, entre los países de la muestra. Mientras en el Perú, al igual que en México, solo existen 16 camas por cada 10,000 pacientes; en Chile existen 21 camas, en Brasil 24 y en España 32. Esto es un fuerte indicio que existe sobre la falta de capacidad de inversión del sistema.

**Cuadro N°3: Relación entre personal médico respecto al personal administrativo**



Fuente: OMS, MINSA y EsSalud  
Elaboración: CpR

**Gráfico N° 9: Camas por 10,000 habitantes (2014)**

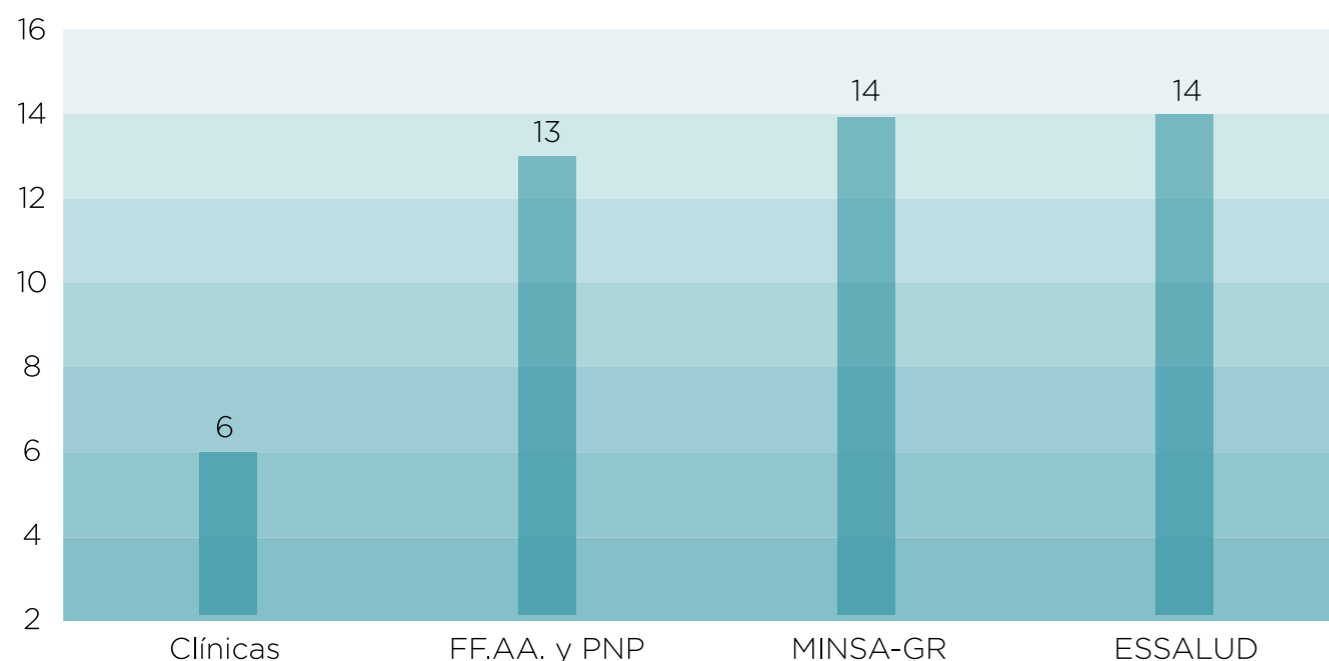


Fuente: OMS, MINSA y EsSalud  
Elaboración: CpR



En relación a la calidad de los servicios vinculados a la gestión administrativa hay evidencia que sugiere un alto nivel de ineficiencia. Por ejemplo, según la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud (INEI), el tiempo promedio de programación de citas varía ampliamente según el establecimiento de salud. Como se puede apreciar en el Gráfico N° 10, las clínicas privadas demoran seis días desde la llamada del paciente para programar una cita, mientras que en los establecimientos públicos -SIS y Essalud- el tiempo es de dos semanas.

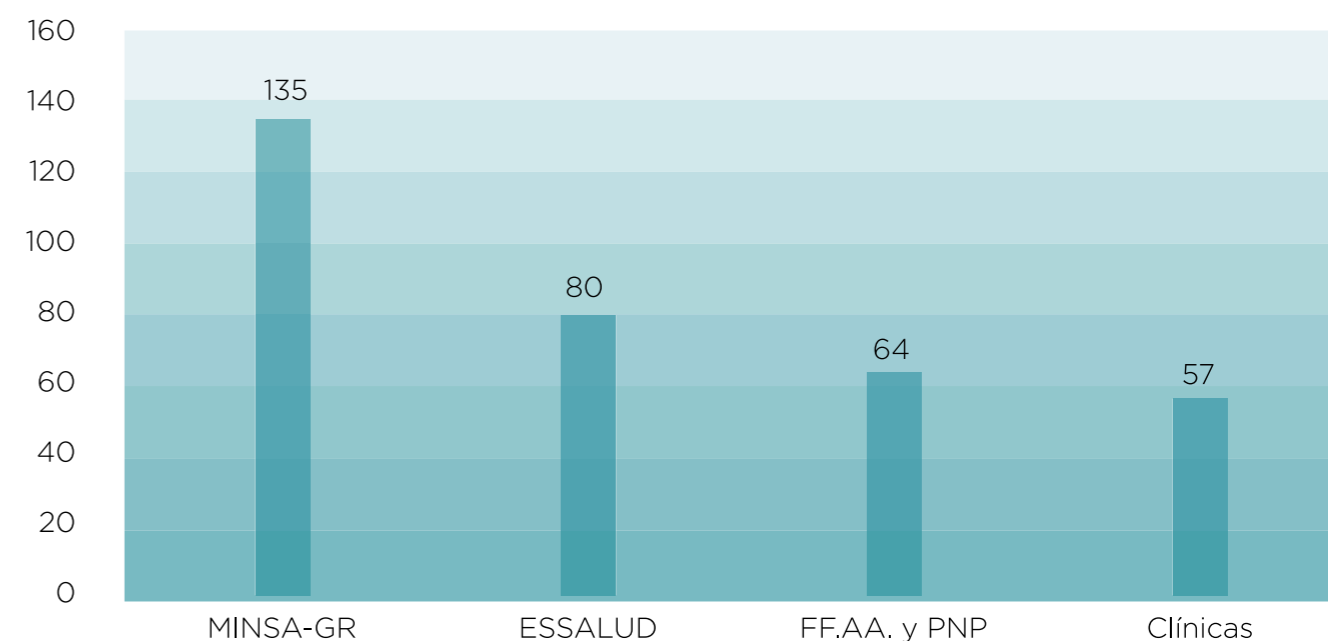
**Gráfico N° 10: Días promedio para programar una cita (2015)**



Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción del Usuario en Salud - SUSALUD  
Elaboración: CpR

De igual manera, el tiempo promedio de espera para la atención desde que el paciente llega al centro de salud varía dependiendo del sistema. Como se puede apreciar en el Gráfico N° 11, mientras que en los centros del SIS uno espera 2 horas y 15 minutos y en ESSALUD 1 hora y 20 minutos, en las clínicas privadas espera 57 minutos.

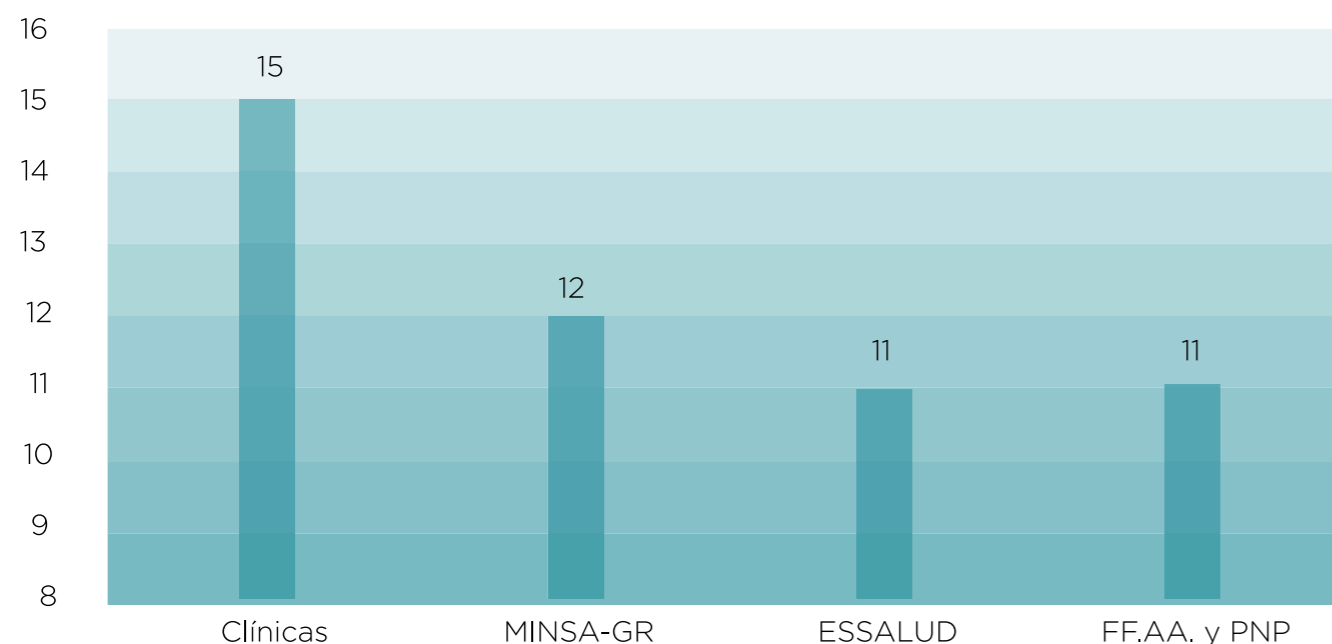
**Gráfico N° 11: Tiempo promedio en minutos de espera para la atención (2015)**



Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción del Usuario en Salud - SUSALUD  
Elaboración: CpR

Finalmente, el tiempo promedio de duración de la consulta también varía de la misma forma. Como se puede apreciar en el Gráfico N° 12, mientras que en los centros privados las consultas duran 15 minutos, en los públicos duran solo 11 minutos, lo que permite afirmar que los médicos del sector privado pueden destinarles 36% más de tiempo a sus pacientes para absolver dudas y consultas (probablemente porque no pierden tiempo en tareas administrativas).

**Gráfico N° 12: Tiempo promedio en minutos de la consulta (2015)**



Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción del Usuario en Salud - SUSALUD

Elaboración: CpR

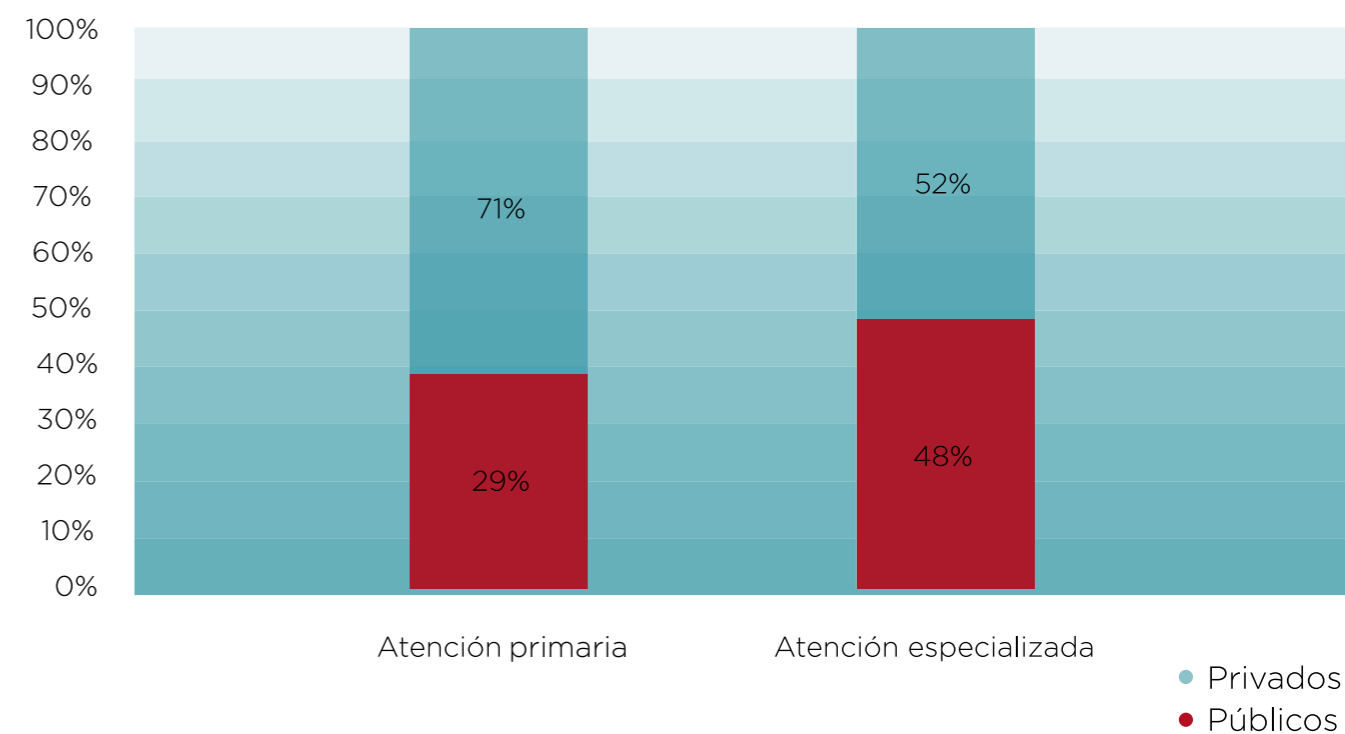
#### 4. Experiencia de los países desarrollados

Para mejorar el sistema peruano, no solo hace falta detectar ciertas falencias internas, sino también es necesario entender cómo funciona la seguridad social en otros países, en especial en los desarrollados.

Un primer aspecto importante es el tipo de provisión de los servicios de salud en los países de la OECD. Como se puede advertir en el Gráfico N° 13, la provisión -ya sea pública o privada- varía según el tipo de atención. Por un lado, podemos ver que en el 71% de los países la “Atención primaria” es llevada a cabo por entidades privadas y solo el 29% por entidades

públicas. Por otro lado, la distribución de “Atención especializada” es más uniforme, puesto que en el 52% de los países es provisto por entidades privadas y en el 48% por entidades públicas. Ante ello, podemos afirmar que el sector privado juega un papel muy activo en relación a la provisión de servicios de salud en los países de la OECD.

**Gráfico N° 13: Provisión de servicios de salud**

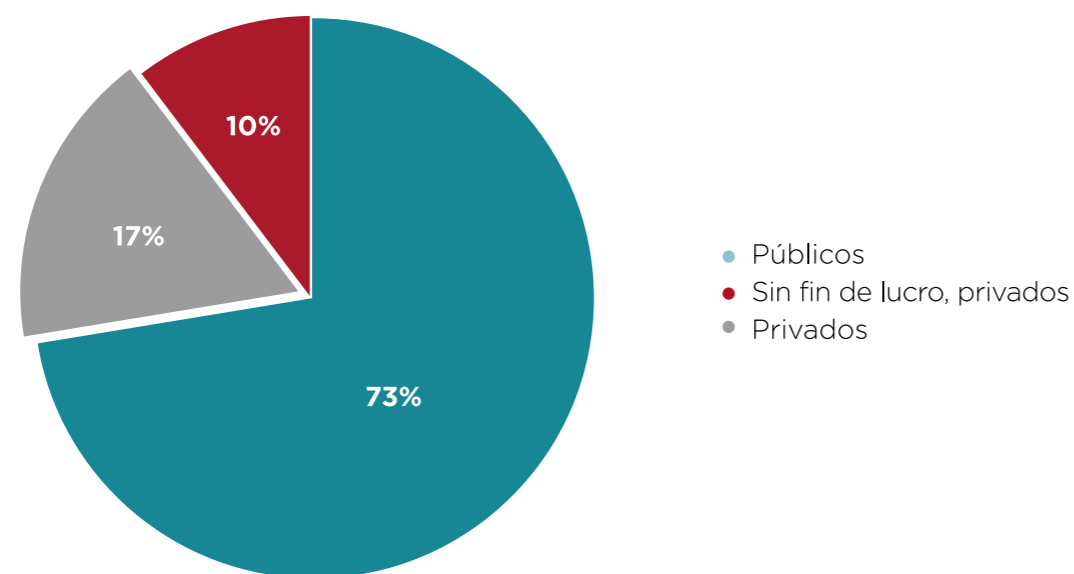


Fuente: OECD Health Data 2009

Elaboración: CpR

Sin embargo, al analizar la propiedad de los hospitales y los centros de atención, como se ilustra en el Gráfico N° 14, en el 73% de los países la propiedad de los establecimientos se mantiene en manos de los Estados, en el 17% de países la propiedad corresponde organizaciones sin fines de lucro y en solo el 10% de países pertenece al sector privado. Esto, junto con la información anterior, evidencia que los países de la OECD han optado por delegar la provisión de los servicios al sector privado sin perder la propiedad de los hospitales y centros de atención. Es decir, apostaron por Asociaciones Público-Privadas.

**Gráfico N° 14: Propiedad de los hospitales y centros de atención**



Fuente: OECD Health Data 2009

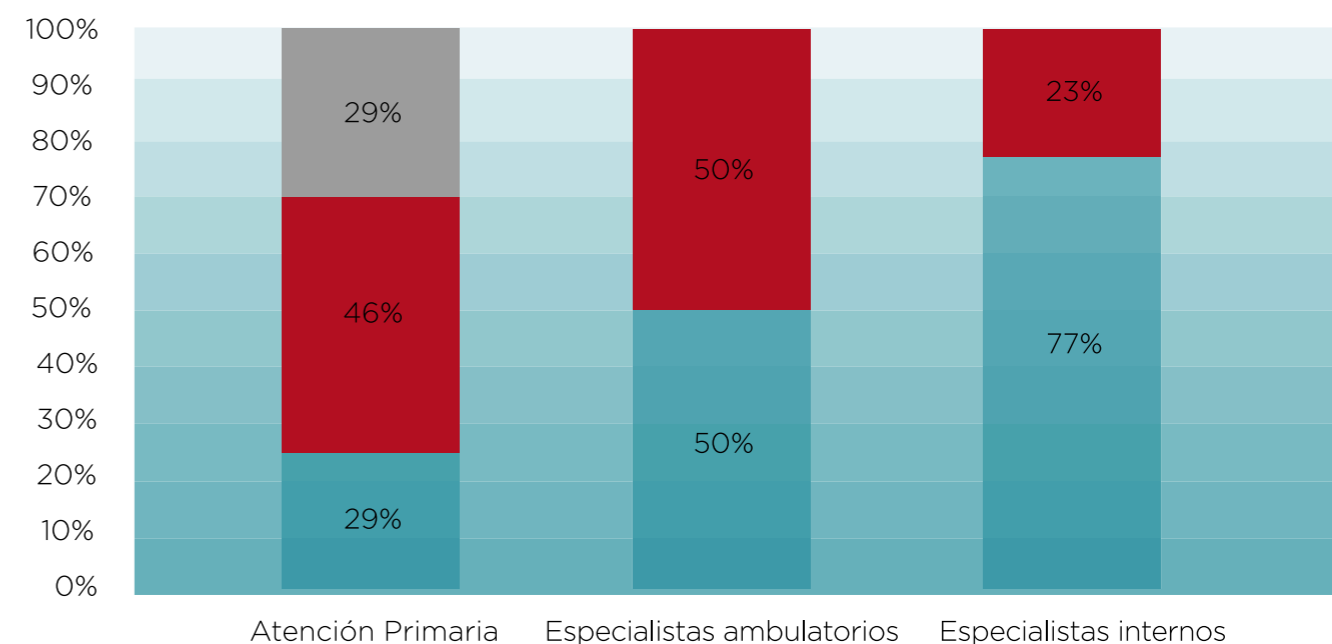
Elaboración: CpR

En relación a la contribución a los médicos se observa que esta varía según el tipo de atención. En el Gráfico N° 15, podemos comprobar que en el 29% de los países de la OECD se retribuye a los médicos que se dedican a la “Atención Primaria” con la “experiencia” que estos ganan en dicha labor, puesto que suele ser parte de la formación profesional de los médicos. Asimismo, en el 46% de los países se retribuye a los médicos mediante un pago por cada servicio brindado y en el 24% se les paga un salario fijo. Cabe resaltar que en algunos casos los esquemas de pagos coexisten en simultáneo.

De igual forma, en relación a los “Especialistas Ambulatorios”, en el 50% de los países de la OECD la retribución a los médicos se da mediante un pago por cada servicio brindado y en el otro 50% se retribuye con un salario fijo.

Finalmente, en relación a los “Especialistas Internos”, solo en el 23% de los países de la OECD la retribución a los médicos se da mediante un pago por cada servicio brindado, mientras que en el 77% se retribuye con un salario fijo.

**Gráfico N° 15: Esquema de pago a médicos según tipo de atención**



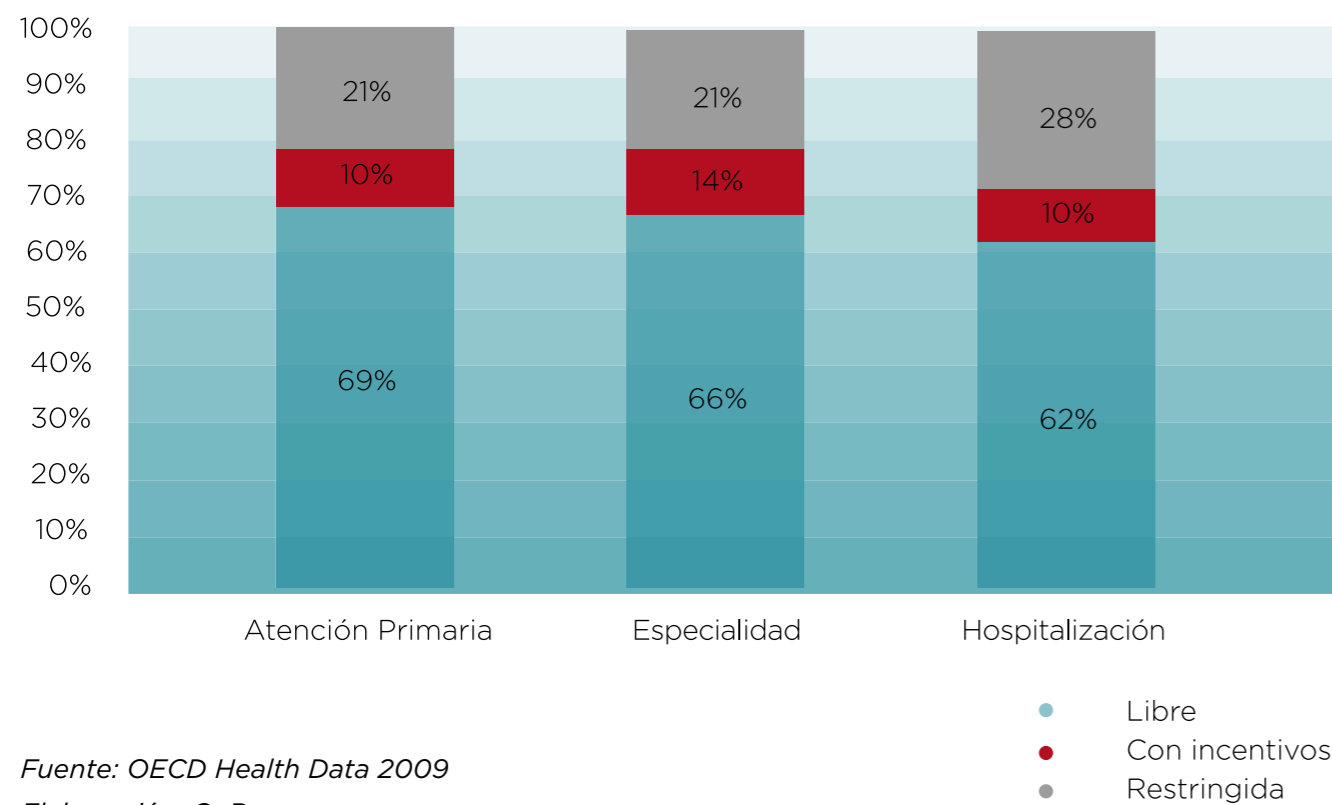
Fuente: OECD Health Data 2009

Elaboración: CpR

- Salario
- Fee for service
- Capacitación

Por otro lado, en el Gráfico N° 16 podemos apreciar el grado de libertad de elección de atención de los asegurados. Así, se puede observar que el 65% de los países no utiliza ningún tipo de restricción para la atención en sus establecimientos de salud, el 24% utiliza restricciones (Ej. Zonas geográficas) y el 12% utiliza esquemas de incentivos para que los propios usuarios opten por atenderse en determinados establecimientos.

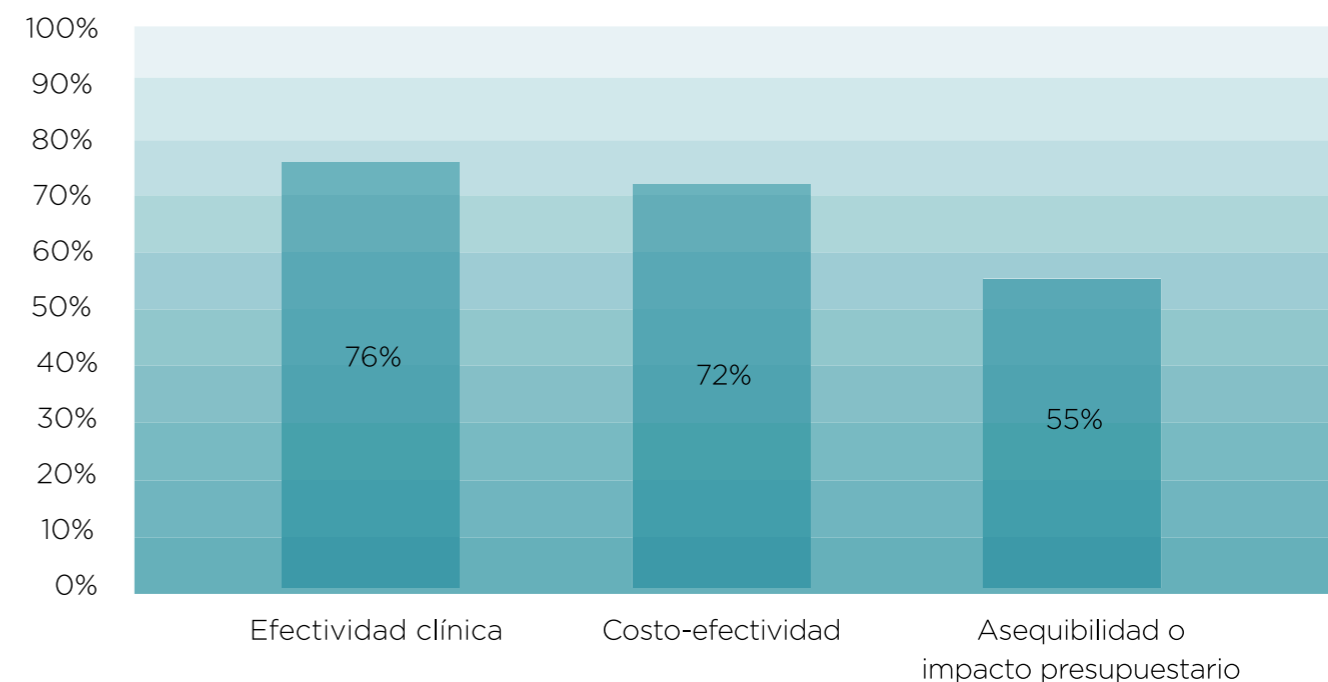
**Gráfico N° 16: Libertad de elección de atención de los asegurados según tipo de atención**



Fuente: OECD Health Data 2009  
 Elaboración: CpR

Por último, en relación a los criterios utilizados para comprar los medicamentos, en el Gráfico N° 17 se puede apreciar que el 76% de los países de la OECD considera la “efectividad clínica”, el 72% considera la “costo-efectividad” y el 55% considera la “asequibilidad o impacto presupuestario” como criterios principales criterios de compras. Cabe resaltar que dichos países tienden a utilizar en simultáneo más de un criterio.

**Gráfico N° 17: Criterios de selección para la compra de medicamentos**



Fuente: OECD Health Data 2009  
 Elaboración: CpR

## 5. Conclusiones

- La cobertura de aseguramiento en el país ha mejorado moderadamente, y el crecimiento de la masa de asegurados ha sido absorbido principalmente por el SIS y ESSALUD.
- A su vez, las aseguradoras privadas han visto reducida su cuota de asegurados en un 25%.
- Si bien nuestro gasto en salud respecto al PBI está muy rezagado en comparación con algunos países de la región, el peso en el presupuesto estatal de dicho gasto es comparable con el de países desarrollados. Esta divergencia se explica principalmente por el alto nivel de informalidad en la economía.
- Dentro de todo, el desempeño de nuestro sistema de salud explica en términos relativos (i) un gran incremento en la esperanza de vida al nacer de los peruanos y (ii) una gran reducción en la probabilidad de morir por todas las causas.

- El sistema de salud peruano, considerando tanto al sector público como privado, no cubre con todas las necesidades de salud de las familias peruanas. Por ello, según datos de la Organización Mundial de la Salud, el Perú tiene ampliamente uno de los gastos out of pocket más altos de la región.

- Asimismo, el sistema peruano cuenta con varios síntomas de ineficiencia. Por ejemplo, tiene tres veces más personal administrativo que médico, tiene un gran déficit de camas por cada diez mil personas y la logística de programación de citas y atención obliga a los pacientes a esperar largas horas antes de ser atendidos.

- Ante ello, una de las características con las que no contamos, pero sí cuentan los países pertenecientes a la OECD, es una alta participación de asociaciones público-privadas en relación a la provisión de servicios médicos.

- De igual forma, otra característica resaltante de aquellos países es el alto nivel de elección que goza la población para decidir en donde atenderse, situación que está muy limitada en nuestro país.

- Llama la atención la desintegración del sistema: el financiamiento tiene varios actores que manejan presupuestos desarticulados. La prestación también está dividida y compartimentada.

- Finalmente, la libertad de elección del ciudadano en el Perú es precaria. El paciente peruano no tiene la capacidad, como sí ocurre en la mayoría de países de

la OCDE, de elegir en qué lugar atenderse bajo un sistema en el que la prestación está separada del financiamiento y existe la posibilidad de intercambiar la atención debido a que las historias clínicas son “portátiles”.

Este documento busca mostrar evidencia empírica para poder enriquecer el debate vinculado a la seguridad social y que, de esta manera, se diseñen mejores políticas de implementación. Asimismo, busca ser un punto de partida para futuras investigaciones, más profundas y robustas en términos estadísticos.

Este documento refleja la posición de Contribuyentes por Respeto respecto al tema investigado. Para su elaboración se utilizaron fuentes públicas y privadas, considerando para el caso de las fuentes privadas que éstas son veraces, completas y nos fueron alcanzadas en el marco del principio de buena fe. Este documento contiene un conjunto de opiniones técnicas independientes, no condicionadas ni por los sponsors de CpR ni por algún otro actor público o privado interesado en la materia.

**Investigador Principal:**

Juan José García C.

**Director de Investigaciones:**

Jose Ignacio Beteta B.

**6. Bibliografía**

*Jafarov, E., & Gunarsson, V., (2008), Government Spending on Health Care and Education in Croatia: Efficiency and Reform Options.*

*Kruk, M., & Freedman, L., (2008), Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature.*

*Lazo, O., Rabanal, J., & Espinosa, O., El sistema de salud en el Perú - Situación y desafíos.*

*OECD (2016), Health Care Systems - Efficiency and Institutions.*

*OECD (2010), Health Systems Institutional Characteristics.*