

LA ASIMETRÍA DE INFORMACIÓN COMO FACTOR DE INEFICIENCIA EN EL ACCESO AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN LIMA METROPOLITANA

Anjhelly Lucero Gomez Farfan*

*Estudiante del 10mo ciclo de la Facultad de Derecho
Universidad de San Martín de Porres*

AUTORA

Anjhelly Lucero Gomez Farfan
Universidad de San Martín de Porres
anjhelly_gomez@usmp.pe
 ORCID: 0009-0004-4396-013X

Recibido: 31/08/2026

Aceptado: 10/09/2026

* Estudiante del décimo ciclo de la Facultad de Derecho de la Universidad de San Martín de Porres. Con especial interés en el Análisis Económico del Derecho y los derechos fundamentales. Cuenta con experiencia preprofesional en el Ministerio Público, el Poder Judicial y la Municipalidad Distrital de Chiara (Ayacucho), abogada al ámbito penal, civil y de protección a la niñez y adolescencia.

LICENCIA

Este trabajo se comparte bajo la licencia de Reconocimiento Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0):
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



RESUMEN

El presente artículo analiza la asimetría de información como principal barrera no económica para el acceso efectivo al Seguro Integral de Salud (SIS) en Lima Metropolitana. A partir de los fundamentos del Análisis Económico del Derecho y los modelos de Akerlof, Spence y Stiglitz, se examina cómo la desigualdad informativa entre el Estado y el ciudadano genera ineficiencia sistémica: personas elegibles que no se afilian, afiliados que no saben cómo usar su cobertura, y un sistema que crece en números, pero no necesariamente en acceso real. Mediante una metodología cualitativa de revisión crítica de literatura especializada, análisis de datos estadísticos oficiales y derecho comparado con Chile, Colombia, Uruguay y Brasil, se identifican las causas estructurales de esta falla, sus consecuencias económicas y sociales, y se proponen cinco medidas concretas para corregirla. La hipótesis central que guía el trabajo es que informar bien no es un complemento del sistema de salud: es parte esencial de él.

PALABRAS CLAVE

Asimetría de información, Seguro Integral de Salud, Análisis Económico del Derecho, Acceso a la salud.

INFORMATION ASYMETRY AS A FACTOR CONTRIBUTING TO INEFFICIENCY IN ACCESS TO COMPREHENSIVE HEALTH INSURANCE: AN ANALYSIS OF THE LIMA METROPOLITAN AREA

ABSTRACT

This article analyzes information asymmetry as the primary non-economic barrier to effective access to the Comprehensive Health Insurance (SIS) in Metropolitan Lima. Drawing on the foundations of Law and Economics and the models of Akerlof, Spence, and Stiglitz, it examines how informational inequality between the State and citizens generates systemic inefficiency: eligible individuals who never enroll, enrollees who do not know how to use their coverage, and a system that grows in numbers but not necessarily in real access. Through a qualitative methodology of critical literature review, official statistical data analysis, and comparative law with Chile, Colombia, Uruguay, and Brazil, the article identifies the structural causes of this failure, its economic and social consequences, and proposes five concrete measures to address it.

KEYWORDS:

Information asymmetry, Comprehensive Health Insurance, Law and Economics, Healthcare access,

SUMARIO

I. Introducción. — II. Análisis Económico del Derecho y el derecho a la salud: Fundamentos teóricos y asimetría de información. — III. El Seguro Integral de Salud (SIS) en Lima Metropolitana: Diseño institucional, cobertura y barreras de acceso. — IV. Derecho comparado: ¿Cómo resuelven otros países este problema? — V. Conclusiones. — VI. Bibliografía.

II. INTRODUCCIÓN

Cuando una persona necesita atención médica y no tiene dinero para pagar una clínica privada, el Estado le ofrece el Seguro Integral de Salud (en adelante, SIS). Creado hace más de veinte años, este servicio es gratuito en teoría, sin embargo, en la práctica, muchos ciudadanos no lo usan porque nadie les explica cómo funciona: no saben si califican, qué documentos presentar ni a qué centro de salud acudir. Esta brecha entre lo que el Estado promete y lo que el ciudadano realmente recibe no es un problema de falta de dinero, sino de falta de información clara.

El SIS nació en el 2002 para garantizar que las personas sin recursos reciban atención médica sin pagar. Hasta el 2023, el Ministerio de Salud (MINSa, 2023) registraba más de 17 millones de afiliados a nivel nacional, no obstante, tener un seguro no significa poder usarlo. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2023), cerca de 3.3 millones de peruanos seguían sin ningún tipo de cobertura, y entre los inscritos en el SIS, el uso real del servicio era muy bajo, sobre todo en zonas con poca información. El sistema crece en números de papel, pero falla en el acceso real y en economía, a este problema se le conoce como asimetría de información.

El concepto fue desarrollado por George Akerlof, Michael Spence y Joseph Stiglitz, quienes recibieron el Premio Nobel de Economía en 2001 por demostrar que cuando una de las partes de una relación sabe más que la otra, las decisiones se distorsionan y el sistema termina

funcionando muy por debajo de lo que podría, en otras palabras, si un ciudadano no sabe a qué tiene derecho, no lo va a pedir y si no lo pide, el sistema asume que no lo necesita. Eso es exactamente lo que ocurre con el SIS, el Estado maneja toda la información sobre los requisitos, los beneficios, los procedimientos y los establecimientos disponibles, mientras que el ciudadano —particularmente el más vulnerable— llega al sistema sin saber por dónde empezar.

Este trabajo se enfoca en Lima Metropolitana, donde la concentración de centros de salud y la presencia institucional del Estado son mayores que en cualquier otra región del país. Si la asimetría de información genera barreras de acceso incluso en la capital, es posible imaginar —aunque excede el alcance de este análisis— lo que ocurre en zonas rurales de Puno, Ayacucho o Loreto, donde el problema se multiplica por la distancia geográfica, las barreras idiomáticas y décadas de abandono institucional, mencionamos esto no para desviar el foco, sino para dimensionar la magnitud real del fenómeno que aquí se estudia en su versión más documentada.

Porque el problema no termina en no saber cómo afiliarse, hay personas que sí logran llegar al sistema y aun así enfrentan una segunda barrera igual de frustrante: la atención. Los trabajadores de salud no siempre explican los procedimientos, los trámites son confusos, y quien llega sin información previa muchas veces se va igual de desorientado que cuando entró o simplemente no regresa. La asimetría no solo opera en el momento de la afiliación, sino en cada punto de contacto entre el ciudadano y el sistema. Cuando esa experiencia es negativa, genera desconfianza, y la desconfianza genera abandono. El resultado es un círculo en el que las personas que más necesitan el servicio son las que menos logran aprovecharlo.

Todo esto tiene consecuencias que van más allá del individuo, cuando alguien no accede a tiempo a atención médica, su problema de salud se agrava, y tratarlo después cuesta mucho más, tanto para la persona como para el Estado. El Banco Mundial (2021) estima que por cada dólar invertido en atención primaria y preventiva se evitan entre cuatro y ocho dólares en gasto hospitalario de emergencia. La falta de información, entonces, no es solo una injusticia: es también un gasto innecesario que el sistema termina absorbiendo de la peor manera posible.

Frente a este escenario, el presente artículo tiene como objetivo analizar de qué manera la asimetría de información opera como un factor de ineficiencia en el acceso al SIS en el Perú, con énfasis en Lima Metropolitana. Se adopta una metodología cualitativa de revisión crítica de literatura especializada, complementada con el análisis de datos estadísticos oficiales y una mirada al derecho comparado. La hipótesis central es que la asimetría de información constituye la principal barrera no económica para el acceso efectivo al SIS, y que corregirla requiere tanto cambios normativos como un rediseño real de cómo el Estado se comunica con su ciudadano.

Para abordar esta problemática, se utilizó una metodología cualitativa basada en tres aspectos principales: la revisión de literatura sobre el Análisis Económico del Derecho y la asimetría de información, considerando los aportes de Akerlof, Spence y Stiglitz; la revisión de datos del MINSA, INEI y MIDIS relacionados con el SIS; y la comparación con los sistemas de salud de Chile, Colombia, Uruguay y Brasil, con el fin de identificar prácticas que permitan reducir los problemas de información.

III. FUNDAMENTOS DEL ANÁLISIS ECONÓMICO DEL DERECHO: EFICIENCIA, INCENTIVOS Y FALLAS DE MERCADO

Si se piensa por un momento en cualquier ley o norma, a simple vista puede sonar perfecta en el papel, pero ¿realmente funciona en la práctica? Esa interrogante, que parece obvia, es exactamente lo que el Análisis Económico del Derecho (en adelante, AED) se propone responder. El AED no es una rama más de las leyes, es una forma distinta de pensar las normas a partir de sus consecuencias reales, analizando si de verdad generan los estímulos correctos y si los recursos —que siempre son limitados— se están repartiendo de manera eficiente (Bullard, 2006). En términos económicos, un sistema es eficiente en la medida en que asigna correctamente los recursos limitados; cuando dicha asignación corresponde adecuadamente a cada individuo que debe detentarla, se alcanza la eficiencia, por el contrario, si la asignación no es la correcta, el sistema se vuelve ineficiente y es pasible de correcciones (Cooter & Ulen, 2016).

Para entenderlo en la salud pública, debemos identificar con precisión a los actores: **el Estado** asume el rol de ente distribuidor de los recursos públicos (lo que incluye la infraestructura sanitaria, los servicios y de manera crucial, la información oficial), mientras que **el ciudadano** —especialmente el sector poblacional más vulnerable— es quien espera recibir el resultado esperado, mejorar el acceso a los servicios y optimizar las condiciones de salud. Si el Estado realiza una deficiente distribución de la información sobre cómo acceder al SIS, la asignación no llega a quienes les corresponde, volviendo al sistema ineficiente.

Para medir y corregir esta falla, la economía se vale de dos criterios fundamentales:

La primera es la eficiencia de Pareto, un sistema es eficiente cuando la asignación de recursos alcanza su óptimo, es decir, cuando no es posible una reasignación de un bien o servicio sin perjudicar a alguna de las partes que integran el sistema, dicho de manera sencilla, el sistema alcanza el límite de su eficiencia (Posner, 2007). Al aplicar este concepto al SIS, resulta evidente que el sistema actual no satisface plenamente este criterio, existe un número considerable de personas que, pese a cumplir con los requisitos de elegibilidad, no se encuentran afiliadas, debido principalmente a deficiencias en la difusión estatal de la información, por lo que, el sistema según Pareto no es eficiente, pues sería posible mejorar el bienestar de dicha población incorporándola a la cobertura médica.

La segunda herramienta es el criterio de Kaldor-Hicks, el cual se aplica cuando una medida genera un costo inicial, pero los beneficios que trae después son tan grandes que compensan por completo esa inversión (Posner, 2007). A modo de ejemplo, si el Estado decide destinar diez millones de soles a una campaña masiva orientada a explicar los procedimientos de afiliación al SIS, si bien este monto representa un gasto inicial para el Estado, esta inversión en mejorar los esquemas informativos ayuda a que los ciudadanos reciban atención a tiempo, evitando que en el mediano plazo el Estado deba asumir un gasto exponencialmente mayor en hospitalizaciones de emergencia para tratar enfermedades que se agravaron por la falta de información, por lo que, este criterio muestra que invertir en información pública es una buena decisión, ya que el ahorro para el Estado y el bienestar de la población son mayores que el gasto inicial.

El AED también estudia los incentivos, es decir, cómo las reglas y estructuras del sistema moldean el comportamiento de las personas. Si el proceso de afiliación al SIS es confuso, los formularios son difíciles de entender y la atención que recibe quien logra afiliarse

es deficiente, el ciudadano racional no tiene incentivos para persistir, no es que no le importe su salud: es que el costo de navegar el sistema supera, en su percepción, el beneficio que espera obtener. Ese es exactamente el tipo de falla que el AED permite identificar y, lo más importante, corregir mediante un mejor diseño normativo e institucional.

Tabla N.º 1

Herramientas del AED y su aplicación al sistema de salud pública

CONCEPTO	¿QUÉ MIDE?	APLICACIÓN EN SALUD PÚBLICA
Eficiencia de Pareto	Una situación es eficiente si no es posible mejorar la condición de alguien sin empeorar la de otro.	El SIS es ineficiente en sentido de Pareto si existen personas elegibles que no acceden a él: se podría mejorar su bienestar sin afectar a nadie más.
Eficiencia Kaldor-Hicks	Una medida es deseable si quienes ganan podrían compensar a quienes pierden y aún quedar mejor.	Invertir en información sobre el SIS genera ganancias sociales (más personas atendidas, menor gasto de emergencia) que superan ampliamente el costo de la inversión.
Análisis costo-beneficio	Compara los beneficios sociales de una política con sus costos de implementación.	Permite evaluar si una campaña masiva de información sobre el SIS es más rentable socialmente que atender emergencias evitables.
Incentivos	Estudia cómo las normas y estructuras moldean las decisiones de los agentes.	Si el proceso de afiliación es confuso y la atención deficiente, el ciudadano no tiene incentivos para persistir en el sistema.

Fuente: Elaboración propia basada en Bullard (2006), Posner (2007) y Cooter & Ulen (2016).

2.1. El concepto de asimetría de información: Akerlof, Spence y Stiglitz

En 1970, el economista George Akerlof ganó notoriedad al explicar por qué fallan algunos mercados utilizando el ejemplo de la compraventa de carros usados, su lógica era muy clara, cuando el vendedor conoce a la perfección si el vehículo está en buen estado o si es una chatarra a punto de colapsar, pero el comprador va a ciegas, el mercado entra en un problema grave y como el comprador tiene miedo de salir estafado, ofrece precios muy bajos para protegerse, ante esos precios bajos, los dueños de los carros buenos prefieren no vender porque saben que su vehículo vale más, y en el mercado solo terminan sobrando los autos defectuosos, conocidos popularmente como "limones". El mercado no fracasa por falta de dinero o de personas interesadas, sino por un desequilibrio simple, una parte tiene toda la información y la otra no sabe nada (Akerlof, 1970).

Lo mismo pasa con el SIS, el Estado sabe cómo funciona todo el seguro, quiénes califican, qué enfermedades cubre, qué papeles se solicitan y a qué centros de salud ir, pero el ciudadano llega a las oficinas o postas sin saber nada de esto, no sabe si califica, qué beneficios le tocan ni cómo pedirlos, por esta confusión y tanto trámite, muchos prefieren no afiliarse y los que sí se inscriben, después no saben cómo usar el servicio ni qué reclamar cuando los atienden mal. El resultado es el mismo que en el mercado de carros usados, el

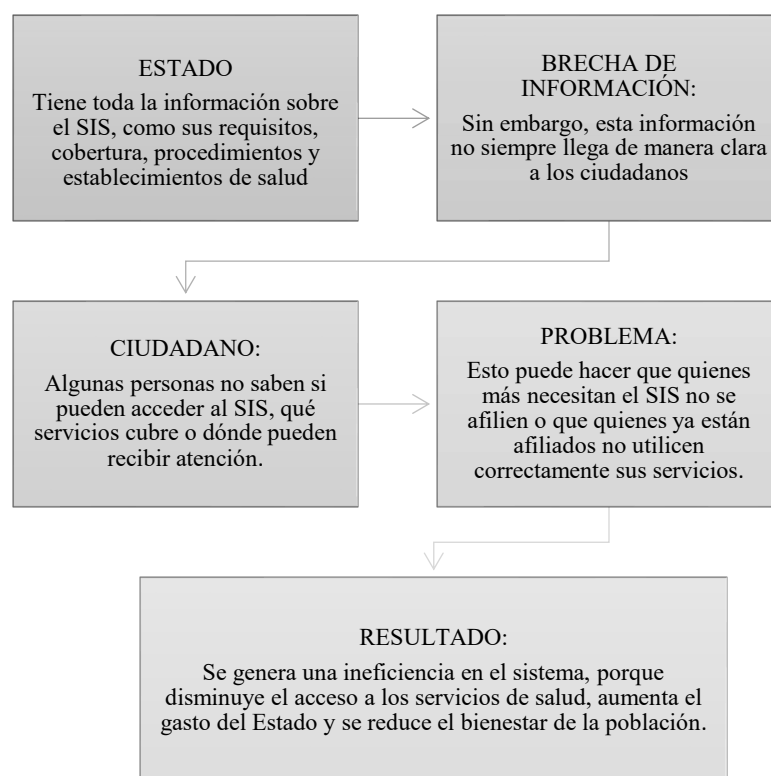
sistema funciona muy por debajo de lo que podría y las personas que más necesitan atención médica son justamente las que terminan quedando fuera.

Para entender cómo se puede arreglar este problema, vale la pena mirar lo que propusieron Michael Spence y Joseph Stiglitz, quienes ganaron el Premio Nobel de Economía junto con Akerlof en 2001, justamente por estudiar este tipo de fallas. Spence (1973) planteó que el lado que tiene más información puede usar señales claras para demostrarle al otro que es confiable, su ejemplo clásico es el de un profesional que estudia una carrera universitaria, no lo hace solo por aprender, sino porque ese título es una señal verificable de su capacidad, algo que un empleador jamás podría comprobar solo con verlo o hablar con él cinco minutos, el título "habla" por la persona. Si aplicamos esta misma idea al SIS, la conclusión es clara, si el Estado se tomara en serio la tarea de comunicar sus procesos de forma simple, directa y transparente, gran parte de la confusión que hoy sufre la gente simplemente desaparecería, no haría falta que el ciudadano adivine cómo funciona el sistema, porque el propio sistema le estaría dando las señales necesarias para entenderlo, por su lado, Stiglitz (1975) miró el problema desde el otro extremo, el lado que no tiene información busca sus propias formas de protegerse, cuando alguien no puede evaluar directamente la calidad de algo, empieza a buscar señales, comparar experiencias, exigir explicaciones, pedir pruebas, cualquier herramienta que le permita distinguir si lo que está recibiendo es realmente bueno o no.

Juntando las ideas de Akerlof, Spence y Stiglitz es posible colegir que la falta de información no es un detalle sin importancia ni un simple problema de trámites. Es una falla profunda y estructural que puede dañar cualquier sistema desde sus raíces si el Estado no toma un papel activo para solucionarla.

Figura N.º 1

Mecanismo de la asimetría de información y su impacto en el acceso al SIS



Fuente: Elaboración propia

Tabla N.º 2

El modelo del mercado de limones aplicado al SIS peruano

NIVEL DE EFICIENCIA	MERCADO DE AUTOS USADOS	MERCADO DE SALUD	SIS PERUANO
Mayor eficiencia	El vendedor conoce la calidad del auto.	El prestador conoce la calidad y cobertura del servicio.	El Estado conoce los beneficios, requisitos y procedimientos del SIS.
Brecha de información	El comprador no puede saber si el auto es bueno o defectuoso antes de comprarlo.	El paciente no conoce completamente la calidad, cobertura ni costo real del servicio.	El ciudadano no conoce bien si califica, qué cubre el SIS ni cómo utilizarlo.
Problema generado	Los compradores desconfían y los autos de buena calidad pueden salir del mercado.	Los pacientes pueden evitar la atención o utilizar los servicios de manera inadecuada.	Las personas que necesitan el SIS pueden no afiliarse o no utilizarlo correctamente.
Menor eficiencia	El mercado pierde eficiencia y disminuye el bienestar de compradores y vendedores.	Aumentan los problemas de atención y el gasto público.	Se genera ineficiencia en el sistema, mayor gasto estatal y menor bienestar social.

Fuente: Adaptación propia del modelo de Akerlof (1970) al contexto del Seguro Integral de Salud.

Lo que hace especialmente grave esta asimetría en el SIS es que no se trata de un mercado entre privados donde el peor resultado es perder dinero, sino de un mercado de salud. Cuando alguien no accede al sistema por falta de información, no pierde una oportunidad de negocio, pierde la posibilidad de atenderse a tiempo, de detectar una enfermedad antes de que avance, de recibir un medicamento que no puede pagar por su cuenta y eso, en muchos casos, tiene consecuencias irreversibles.

2.2. Bienes públicos, bienes meritorios y externalidades en salud

Siempre surge una pregunta cuando se habla de salud pública: si ya existen clínicas y hospitales privados, ¿por qué el Estado debe participar en el área de salud? ¿Por qué el mercado no lo resuelve? La respuesta es simple, la salud no es como comprar un televisor o un polo en una tienda y creer que se puede manejar con las mismas reglas del libre mercado es justamente lo que termina dejando a la gente sin atención.

Desde la economía pública y la economía de la salud se ha demostrado que el mercado privado por sí solo jamás va a proveer salud de forma suficiente ni justa para todos (Arrow, 1963; Musgrave, 1959), y esto pasa por cuatro razones muy claras. Primero, porque la salud es

un bien meritorio, algo que todos deberían tener por el simple hecho de ser personas, sin importar si tienen dinero o no, segundo, porque curar a alguien enfermo no solo beneficia a esa persona, sino que evita que contagie a los demás, generando un beneficio para toda la sociedad (externalidades positivas), tercero, porque el sistema está lleno de problemas de información: el paciente casi nunca sabe realmente qué le pasa ni cuánto debería costarle un tratamiento, mientras que el médico o la clínica sí lo sabe (Akerlof, 1970) y cuarto, porque las enfermedades llegan sin avisar, por pura incertidumbre y riesgo, algo que a las empresas privadas no les interesa cubrir cuando no les genera ganancia.

A todo esto, se suma una realidad muy concreta en el Perú, la gran mayoría de personas simplemente no puede pagar una clínica privada, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2026), la pobreza monetaria en el país llegó al 25,7%, lo que quiere decir que una parte enorme de la población no tiene los recursos para costear una atención médica privada si el Estado no la respalda.

Un bien meritorio, concepto desarrollado por Musgrave (1959), es aquel que la sociedad considera que debe ser accesible para todos independientemente de si pueden pagarlo, porque su consumo genera un beneficio colectivo que va más allá del individual. La vacuna que recibe su vecino también lo protege a usted. La tuberculosis que se trata a tiempo no solo salva a quien la padece: evita que contagie a su familia, a sus compañeros de trabajo, a las personas que toma el mismo bus. Ese beneficio colectivo que genera la salud individual es lo que los economistas llaman externalidad positiva, y el mercado privado no tiene cómo cobrárselo a nadie, así que lo ignora. El resultado es que el mercado provee menos salud de la que sería socialmente óptima, y esa diferencia es la que el Estado debe cubrir (Arrow, 1963).

El SIS existe precisamente para cubrir esa brecha que el mercado no puede ni quiere atender. Sin embargo, tiene una falla grave que le impide funcionar como debería: el Estado nunca resolvió el problema de la información. El mismo Estado que creó el sistema, definió las coberturas y habilitó los centros de salud, se olvidó de la parte más importante, explicarle a la gente cómo usarlo, se asumió, equivocadamente, que los ciudadanos entenderían solos cómo funciona todo el proceso y esa suposición, como se verá más adelante, es la raíz de todo el problema.

Tabla N.º 3

Causas por las cuales la salud no funciona como un mercado ordinario

CARACTERÍSTICAS	¿QUÉ SIGNIFICA?	¿POR QUÉ JUSTIFICA LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO?
Bien meritorio	Es un bien que la sociedad considera que debe consumirse independientemente de la capacidad de pago del individuo	El Estado debe garantizarlo, aunque el mercado no lo provea en cantidad suficiente o equitativa, como ocurre con la salud básica
Externalidades positivas	Cuando una persona se atiende, no solo mejora su salud: también reduce el contagio de enfermedades para quienes la rodean	El mercado subprovee bienes con externalidades positivas porque el individuo no internaliza el beneficio que genera en otros

Falla de información	El paciente no puede evaluar correctamente la calidad del servicio médico antes ni siempre después de recibirlo	Sin información suficiente, el mercado no puede funcionar eficientemente: el Estado debe intervenir para corregir esa falla
Incertidumbre y riesgo	Nadie sabe cuándo va a enfermarse ni cuánto va a costar atenderse	El seguro público como el SIS permite distribuir ese riesgo entre toda la población, algo que el mercado privado no puede hacer de manera universal

Fuente: Elaboración propia basada en Arrow (1963), Musgrave (1959), Barr (2004) y Stiglitz (2000).

Ningún país en el mundo ha logrado que la salud funcione bien dejándola completamente en manos del mercado, y no es casualidad, es la consecuencia lógica de todo lo anterior: cuando un bien es meritorio, genera beneficios para toda la sociedad y está rodeado de información que solo una de las partes maneja, el mercado privado simplemente no tiene los instrumentos para gestionarlo de manera justa ni eficiente, el Estado no interviene porque sea mejor administrador en abstracto, sino porque en este sector específico alguien tiene que hacerlo, y el mercado ha demostrado repetidamente que no puede. El SIS es esa intervención en el Perú, nació para corregir una falla de mercado y, en su diseño, lo intenta, el problema es que creó el sistema, habilitó los beneficios, abrió los establecimientos, y luego asumió que la gente sabría cómo llegar hasta ellos. Esa suposición, como veremos a continuación, es precisamente donde todo se rompe.

IV. EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD: DISEÑO INSTITUCIONAL Y COBERTURA

El 29 de enero de 2002, el Estado peruano juntó dos programas que ya existían —el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil— y con eso creó el SIS mediante la Ley N.º 27657. La idea era simple, darle salud gratis a la gente sin recursos y quitar el dinero como barrera. Esto sonaba perfecto en el papel, pero en la práctica el diseño nació con un problema, se construyó todo el sistema con las coberturas, requisitos, establecimientos, pero sin crear ninguna forma clara de explicarle a la población cómo funcionaba, desde el inicio se le dio más importancia a organizar la maquinaria del seguro que a comunicarle a la gente que existía, quién calificaba y cómo se usaba y esa falla de origen es la que ninguna reforma posterior logró resolver.

Con los años se intentó arreglar el sistema varias veces, en 2009, la Ley N.º 29344 buscó ordenar el financiamiento con el Aseguramiento Universal, en 2013, los Decretos Legislativos N.º 1161 y N.º 1164 reorganizaron el Ministerio de Salud y su presupuesto. En 2017, el Decreto Legislativo N.º 1346 intentó mejorar los servicios. Cuatro reformas en quince años, y todas apuntaron a lo mismo, dinero, organización y papeleo interno. Ninguna tocó el problema real y más básico, que el ciudadano de a pie no sabe que el SIS existe, si le corresponde, ni cómo usarlo.

Esa omisión no es casual. La propia Ley N.º 27657 creó en su artículo 27 la Dirección

General de Promoción de la Salud, definiéndola como el órgano técnico encargado de promover la salud de la población, concertar la participación de actores sociales y conducir el proceso de promoción en el sector. Es decir, el Estado sabía que la promoción era necesaria y creó un órgano para hacerla. Lo que no hizo fue conectar ese órgano con el objetivo de informar a la ciudadanía sobre sus derechos como potenciales afiliados al SIS. El artículo 27 habla de promoción de la salud en términos clínicos y normativos, pero no establece ningún mecanismo concreto de difusión de información sobre afiliación, cobertura o procedimientos. Es una laguna legal que lleva más de veinte años sin cerrarse, y sus consecuencias son visibles en los datos.

Al 2023, el SIS registraba más de 17 millones de afiliados a nivel nacional, y en Lima Metropolitana aproximadamente el 40% de la población contaba con cobertura activa (MINSA, 2023). Sin embargo, según cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2023), en Lima cerca de 1 millón 724,000 personas se encuentran en situación de pobreza, mientras que apenas 634,466 están afiliadas al SIS dentro de ese segmento, más de la mitad de los limeños que deberían estar cubiertos por el sistema no lo están, esta brecha no ocurre porque la gente carezca del derecho ni porque no califique, sino por una barrera de información, algo que también respaldan diversos informes de supervisión estatal, al no existir campañas de difusión eficientes ni canales claros de acercamiento, las personas en situación de vulnerabilidad terminan desconociendo los requisitos y procedimientos de afiliación y por eso quedan fuera del sistema, como señalan varios estudios de políticas públicas sobre barreras de acceso a la salud, el problema de fondo está en la opacidad informativa del Estado. Veintidós años después de su creación, el SIS sigue siendo un derecho que existe en el papel, pero que en la práctica llega solo a quienes logran descifrar el trámite por sus propios medios.

Tabla N.º 4

Comparativo de cobertura de seguros de salud en Lima Metropolitana (2023)

TIPO DE SEGURO	POBLACIÓN	FINANCIAMIENTO	ACCESO CUBIERTO
SIS	40% de Lima	Estado (Tesoro Público)	Requiere afiliación activa y clasificación SISFOH vigente
EsSalud	35% de Lima	Aporte empleador-trabajador (9% del sueldo)	Automático para trabajadores en planilla formal
Seguro privado	1.2% de Lima	Prima mensual del asegurado	Contratación directa según capacidad de pago
Sin seguro	24% de Lima	Gasto de bolsillo directo	Sin cobertura; pago íntegro por cada atención

Fuente: Elaboración propia basada en INEI (2023), MINSA (2023) y Gana Más (2025).

3.1. Identificación de los puntos de asimetría en el proceso de afiliación

Afiliarse al SIS en Lima debería ser simple, en teoría, basta con acudir a un establecimiento de salud con el DNI y solicitar la inscripción, pero en la práctica, el proceso es otra cosa, el ciudadano que intenta afiliarse enfrenta, desde el primer paso, una cadena de dudas que el sistema no se ha ocupado de despejar, no sabe si califica, no sabe qué documentos llevar, no sabe si debe ir primero al centro de salud o al municipio, no sabe qué es el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) ni por qué tiene que pasar por ese filtro antes de recibir cobertura y si tiene la suerte de llegar al lugar correcto, muchas veces el personal tampoco le explica bien qué sigue. El resultado es que muchas personas se van sin haber completado el trámite, o peor, creyendo que ya están afiliadas cuando en realidad su solicitud quedó incompleta.

Uno de los puntos de mayor fricción es precisamente el SISFOH, el 40% de ciudadanos en Lima está afiliado al SIS, pero muchos desconocen que su permanencia en el sistema depende de mantener actualizada su clasificación socioeconómica en esa plataforma, un procedimiento que no es intuitivo, que puede tardar hasta 25 días hábiles y que nadie les recuerda hacer (MIDIS, 2024). Esto genera que personas que siguen siendo elegibles pierdan su seguro sin saberlo y solo lo descubran cuando van a atenderse y el sistema les dice que ya no están activos, en ese momento, ya es tarde. Desde el AED, esto significa que al ciudadano se le está poniendo una carga enorme encima, tiene que gastar mucho tiempo, esfuerzo y paciencia solo para entender cómo funciona el sistema y esto no pasa porque sea algo técnicamente complicado, sino porque el Estado nunca diseñó una forma sencilla de explicarle a la gente cómo usarlo.

A todo esto, se le suma la brecha digital, que empeora aún más el panorama, es cierto que casi todos los hogares limeños tienen celular, lo que no implica que los usuarios estén en condiciones de hacer trámites del SIS, sobre todo entre las personas con mayor edad y/o con menos estudios. El INEI (2024) muestra que casi todas las personas con educación superior navegan por internet sin problema, pero ese porcentaje baja bastante entre quienes solo llegaron a primaria, y baja todavía más cuando se trata específicamente de usar esa conexión para entrar a plataformas del Estado. Los portales del SIS existen, sí, pero para quienes más los necesitan terminan siendo, en la práctica, imposibles de usar y el resultado no sorprende a nadie, puesto que más de la mitad de los usuarios en Lima dice que sus problemas para acceder al sistema se deben a procesos confusos, mala orientación y una comunicación oficial que simplemente no se entiende (Baldeón, 2025).

3.2. Selección adversa y riesgo moral en el SIS

La falta de información no solo impide que la gente entre al SIS, sino que también cambia por completo quién termina afiliándose y cómo usa el servicio. En Lima esto se nota mucho en lo que se conoce como selección adversa: la gente se afilia recién cuando ya tiene una emergencia, una enfermedad grave o un tratamiento carísimo y casi nunca antes, por prevención. Esto no es que la gente actúe mal o sin pensar, es simplemente lo lógico cuando el Estado no da los incentivos ni la información para que las personas sanas se afilien con anticipación. ¿Qué pasa entonces? El seguro se llena de pacientes con casos médicos complicados, lo que dispara el gasto público y satura los hospitales (Escobar, 2024).

Por otro lado, está el riesgo moral, que aparece una vez que la persona ya está dentro del sistema, en teoría, como el paciente no paga directamente por la atención, podría terminar abusando del servicio, pidiendo citas o medicinas de más y afectando el presupuesto (Zuazo,

2015). Pero en el SIS pasa algo distinto, la falta de información hace que el problema vaya para el lado contrario, muchos afiliados no usan el servicio ni siquiera cuando lo necesitan de verdad, porque no saben que tienen cobertura para eso o no tienen idea de cómo reclamarla, al final, la desinformación genera dos problemas al mismo tiempo, por un lado, un uso deficiente muy fuerte de parte de quienes están perdidos con el trámite, y por otro, un sobreuso, aunque en menor medida, de quienes sí lograron entender cómo funciona el sistema. Los dos casos son ineficientes, y los dos nacen del mismo problema de fondo: la información está mal repartida.

3.3 La barrera informativa en la práctica: No saber qué llevar, dónde ir ni cuándo

Hay una escena que se repite con demasiada frecuencia en los centros de salud de Lima: una persona llega con su DNI porque alguien le dijo que eso bastaba, espera durante horas, y cuando finalmente es atendida le dicen que falta un documento que nadie le mencionó, que tiene que ir primero a otro lugar, o que su clasificación del SISFOH no está vigente. Regresa a casa sin haber resuelto nada, con la sensación de que el sistema no es para ella y tiene razón: en ese momento, el sistema efectivamente no funcionó para ella, no porque no existiera la cobertura, sino porque nadie se ocupó de informarle cómo acceder a ella.

Esta no es una anécdota aislada, es el patrón que describe la barrera informativa más concreta del SIS en Lima. El ciudadano que intenta afiliarse o atenderse enfrenta una secuencia de obstáculos que ningún portal web ni folleto institucional resuelve de manera efectiva: desconoce qué documentos son requeridos según su situación específica, no sabe en qué horario funciona el módulo de afiliaciones, ignora si el establecimiento más cercano a su domicilio está adscrito al SIS o si tiene que desplazarse a otro distrito y cuando finalmente llega, muchas veces se encuentra con que el sistema registra su atención como no cubierta porque su afiliación expiró sin que nadie le avisara. Según el INEI (s.f.), hasta el 55% de las barreras de acceso al sistema de salud en Lima se relacionan con confusiones institucionales, procesos poco claros y orientación deficiente, no con falta de establecimientos ni de cobertura formal.

Tabla N.º 5

Principales barreras educativas y culturales en Lima Metropolitana (2025)

FACTOR	CONSECUENCIA EN EL ACCESO AL SIS
Desconocimiento de procedimientos	Dificultad para afiliarse correctamente
Bajo nivel de comprensión administrativa	Problemas para realizar trámites
Información institucional compleja	Confusión sobre cobertura y beneficios
Falta de orientación personalizada	Menor uso de servicios preventivos
Desconfianza hacia instituciones públicas	Reducción del uso efectivo del SIS

Fuente: Elaboración propia con base en INEI (2025) y MINSA (2025).

3.4. Cuando se llega al sistema y la atención falla

Superar la barrera de la afiliación no garantiza una experiencia digna, una parte significativa de quienes logran acceder al SIS en Lima enfrenta una segunda barrera igualmente frustrante: la calidad de la atención. Los establecimientos de salud pública de Lima reportan una razón de apenas 1.1 médicos por cada 1,000 habitantes, muy por debajo del estándar recomendado por la Organización Mundial de la Salud de 2.3 médicos por cada 1,000 personas (OPS, 2023). Esa escasez se traduce en citas con semanas de espera, emergencias saturadas y consultas de pocos minutos en las que el médico no tiene tiempo de explicar el diagnóstico ni orientar al paciente sobre sus derechos o los pasos siguientes.

Y el problema no es solo que falten médicos, sino lo que pasa cuando el paciente por fin logra entrar, el personal administrativo de los centros de salud no siempre sabe orientar bien al asegurado, los trámites de referencia y contrarreferencia son un enredo mal explicado, y casi nunca queda claro qué medicinas están cubiertas o dónde recogerlas. Al final, mucha gente sale del consultorio sin saber qué hacer, perdida, sin idea de los pasos a seguir ni de cómo hacer valer los derechos que se supone le da su seguro, esto es una segunda capa del mismo problema de información dentro del sistema: el ciudadano ya logró entrar, pero sigue completamente a ciegas para aprovechar de verdad lo que el SIS le ofrece.

3.5 Desconfianza: cuando el sistema ya perdió al ciudadano

Hay un punto en el que la barrera informativa se convierte en algo todavía más profundo: la desconfianza. Cuando una persona intentó afiliarse al SIS y le dijeron que faltaba un papel, cuando fue al centro de salud y esperó cuatro horas para una consulta de cinco minutos, cuando el médico no le explicó nada y el de la farmacia le dijo que la medicina recetada no había, esa persona simplemente no vuelve. No porque no esté enferma, sino porque aprendió, a base de malas experiencias, que el costo de intentarlo, en tiempo, esfuerzo y frustración, termina siendo mayor que el beneficio. Desde la economía del comportamiento, esto se conoce como un *nudge* negativo, una mala experiencia que, en lugar de incentivar el uso del sistema, empuja a la gente a abandonarlo por completo (Thaler & Sunstein, 2008).

En Lima, esta desconfianza no es irracional ni caprichosa, es la respuesta lógica de un Estado que le ha fallado una y otra vez a sus propios asegurados en cuanto a comunicación, el INEI reporta que casi el 30% de los limeños que no se atienden dice que no confía en las instituciones públicas de salud, ese número no es simple ignorancia: es memoria, es la gente recordando malas experiencias pasadas y para que un sistema recupere la confianza de quienes ya se rindieron, no basta con un par de afiches o comerciales en televisión, hace falta rediseñar por completo la experiencia del ciudadano, desde el momento en que busca informarse hasta el momento en que finalmente lo atienden en el consultorio.

Tabla N.º 6

Percepción ciudadana sobre los servicios públicos de salud en Lima Metropolitana (2025)

OPINIÓN CIUDADANA	PORCENTAJE APROXIMADO
Considera deficiente la atención pública	57%
Percibe excesiva burocracia	63%
Señala falta frecuente de medicamentos	49%
Considera insuficiente la información brindada	54%

Fuente: Defensoría del Pueblo (2025)

3.6 Consecuencias económicas de la ineficiencia informativa

3.6.1 El precio de la desinformación

Hay una lógica que el Estado pareciera no terminar de entender: ignorar la asimetría de información no la elimina, solo traslada su costo hacia adelante, y ese costo siempre es mayor. Cuando una persona no accede al SIS a tiempo, su problema de salud no desaparece, avanza, una infección que costaba cincuenta soles tratar en una consulta se convierte en una hospitalización de varios días, una diabetes no diagnosticada a tiempo termina en una amputación, un cáncer detectado tarde cuesta, en tratamiento oncológico de alta complejidad, cientos de veces más que una detección temprana y todo ese gasto, que pudo haberse evitado con información oportuna y acceso efectivo al sistema, termina cayendo sobre el mismo Estado que no se ocupó de informar.

En 2024, el SIS financió más de 90.9 millones de atenciones médicas en todo el país, de ese total, 18.2 millones correspondieron a Lima, incluyendo más de 3 millones en hospitales complejos y 1.8 millones en institutos especializados de oncología y salud infantil (MINSA, 2024). Que una tajada tan gigante de las atenciones en Lima sea para casos graves no demuestra que el sistema sea fuerte, al contrario, es la prueba de que la gente llega a los hospitales recién cuando la enfermedad ya empeoró y no a tiempo de manera preventiva. El Banco Mundial (2021) calcula que por cada dólar que se invierte en prevención y primer nivel de atención, se ahorran entre cuatro y ocho dólares en gastos de emergencia. Dicho en sencillo y aplicado al caso peruano: el Estado termina pagando hasta ocho veces más de lo que le costaría si simplemente se hubiera encargado de informar bien a los ciudadanos sobre cómo y cuándo usar el SIS.

3.6.2 La ineficiencia en la planificación

La falta de información no solo perjudica al ciudadano que no sabe usar el SIS, también al propio Estado, porque le impide planificar bien. Medir con precisión las necesidades de salud en una ciudad como Lima es complicadísimo, ya que aquí conviven realidades muy distintas: gente que trabaja de manera informal, ambulantes, personas que cambian de vivienda todo el tiempo y sectores con condiciones de vida totalmente diferentes entre sí. Si el gobierno no cuenta con herramientas confiables para saber quiénes faltan afiliarse ni por qué, es

prácticamente imposible que arme planes que funcionen de verdad, de ahí nacen errores graves: campañas que no llegan a los barrios que más las necesitan, presupuestos que no calzan con la realidad, y medicinas que sobran en algunas postas mientras faltan desesperadamente en otras.

Ahora bien, para entender por qué pasa esto no basta con decir que hay una falla general, hay que meterse a revisar los instrumentos de gestión institucional. Al mirar las normas de organización y los Planes Operativos Institucionales (POI), tanto del Ministerio de Salud (MINSA) como del SIS, uno se da cuenta de que toda la planificación estatal se ha concentrado casi exclusivamente en dos cosas: aumentar el número de afiliados registrados y ejecutar el presupuesto. El vacío está en que estas directivas nunca incluyeron indicadores ni presupuesto específico para medir y reducir lo que le cuesta al ciudadano entender el sistema, como la gestión de la asimetría informativa nunca fue considerada un objetivo que se pueda evaluar dentro de la planificación oficial, la consecuencia es inevitable: el Estado planifica a ciegas, reparte mal los recursos, genera coberturas que no funcionan y vuelve al sistema más caro y más lento, aquí no estamos ante un problema de falta de plata, sino ante una omisión en el diseño de sus propios instrumentos de planificación, que miden cuánta gente se registra, pero nunca cuánto entiende esa gente sobre el sistema que supuestamente la está cubriendo.

3.6.3 Prevenir cuesta menos que hospitalizar: el caso para invertir en información

No corresponde discutir si mejorar la difusión del SIS es buena idea o no, lo que hay que entender es por qué el Estado, sabiendo esto, sigue sin hacerlo. Para poner las cosas en perspectiva: en 2024 el Ministerio de Salud gastó cerca de medio millón de soles en campañas de prevención del dengue y casi dos millones en campañas nacionales de vacunación (MINSA, 2024). Estas cifras dejan algo bien claro, informar a la población sobre temas de salud no cuesta una fortuna, es un gasto perfectamente manejable y si se compara ese monto con lo que cuesta mantener a un solo paciente internado en un hospital de alta complejidad en Lima, la diferencia es enorme.

Si una campaña clara y masiva sobre el SIS, que explique cómo afiliarse, qué cubre y cómo usarlo sin tanto enredo, lograra reducir, aunque sea un 10% las atenciones graves que se pudieron haber evitado en Lima, el ahorro para el Estado sería mucho mayor que lo gastado en esa publicidad. Como señala el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2023), invertir en prevención e información reduce muchísimo las pérdidas económicas que generan las hospitalizaciones que se pudieron evitar, la lógica es sencilla: prevenir siempre sale más barato que hospitalizar, e informar a tiempo cuesta muchísimo menos que tratar enfermedades que se complicaron simplemente porque la gente no entendía cómo funcionaba el sistema. Mejorar la difusión del SIS no es solo un gesto de buena voluntad política, es una decisión de puro sentido común y de eficiencia económica que el Estado debió haber tomado hace mucho tiempo.

V. DERECHO COMPARADO: ¿CÓMO RESUELVEN OTROS PAÍSES ESTE PROBLEMA?

La falta de información en el sistema de salud no es algo que solo pase en el Perú, y ver cómo otros países han tratado de resolver este mismo problema nos ayuda a entender mejor qué le falla exactamente al SIS y qué cosas se podrían copiar. Los casos de Chile, Colombia, Uruguay y Brasil no se toman aquí como modelos perfectos, sino más bien como referencias para ver qué prácticas realmente funcionan a la hora de romper esa barrera de información.

4.1. Chile: FONASA y la información como obligación del Estado

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) cubre al 85% de la población chilena, más de 17 millones de personas, mediante un sistema de tramos que clasifica a los beneficiarios según sus ingresos y se actualiza automáticamente cada año, sin que el ciudadano deba realizar ningún trámite adicional (FONASA, 2026). Esta automatización elimina una de las principales fuentes de asimetría informacional: la incertidumbre sobre qué cobertura tiene derecho cada persona en cada momento. Desde 2022, todos los tramos tienen Copago Cero en la red pública, lo que elimina también la incertidumbre sobre el costo de la atención (Ley N.º 21.674).

Tabla N.º 7

Tramos de FONASA y beneficios asociados (2026)

TRAMO	BENEFICIARIO	COPAGO RED PÚBLICA	MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN (PRIVADA)
A	Sin ingresos; carentes de recursos; causantes de subsidio familiar	Copago Cero (100% gratuito)	No accede a bonos privados
B	Ingresos $\leq$ \$539.000 mensuales	Copago Cero (100% gratuito)	Sí puede comprar bonos en clínicas privadas en convenio
C	Ingresos entre \$539.001 y \$786.940 (con ≥ 3 cargas $\rightarrow$ pasa a Tramo B)	Copago Cero (100% gratuito)	Sí puede comprar bonos en clínicas privadas en convenio
D	Ingresos $>$ \$786.940 (con ≥ 3 cargas $\rightarrow$ pasa a Tramo C)	Copago Cero (100% gratuito)	Sí puede comprar bonos en clínicas privadas en convenio

Fuente: Elaboración propia en base a FONASA (2026) y Saludresponde MINSAL (2025)

En Chile, el instrumento clave es el portal «Mi FONASA». Esta plataforma le permite a cualquier asegurado revisar su tramo de salud al instante, usar un simulador para calcular cuánto va a pagar por una atención antes de recibirla, y verificar los precios y las medicinas disponibles en su comuna (FONASA, 2024). Es una herramienta directa para acabar con la incertidumbre: el ciudadano sabe a qué atenerse antes de pisar un hospital. En el Perú, esa herramienta sencillamente no existe en el SIS, y su ausencia es una de las fallas más grandes que evidenciamos aquí. Para asegurar que esto funcione, la Ley N.º 20.285 obliga por ley a todo el Estado chileno a publicar y actualizar cada mes la información sobre sus servicios y prestaciones, convirtiendo la transparencia en una obligación estricta y no en una simple buena intención (Superintendencia de Salud de Chile, 2023).

4.2. Colombia: afiliación automática cuando el ciudadano llega al sistema

En Colombia, el sistema de salud funciona con dos regímenes, el Contributivo, para trabajadores formales, y el Subsidiado, para la gente en situación vulnerable identificada a través del SISBÉN (MSPS, 2023). Pero lo más interesante es un mecanismo llamado afiliación de oficio, que está en el Decreto N.º 616 de 2022: cuando alguien que no está afiliado llega a pedir atención en un centro de salud, la entidad territorial lo registra ahí mismo en el sistema y lo mete al Régimen Subsidiado con una aseguradora. Si la persona no elige ninguna, el sistema le asigna una por su cuenta.

Este mecanismo resuelve el problema de que la gente no sepa cómo afiliarse, no importa si el ciudadano entendía o no el proceso, de todas formas, termina afiliado y funciona justo en el mejor momento posible, que es cuando la persona ya está en el centro de salud y más dispuesta a resolver el tema. El SIS peruano no tiene nada parecido: siempre depende de que el ciudadano dé el primer paso, y eso deja fuera justamente a quienes ni sabían que podían afiliarse.

Tabla N.º 8

Mecanismos para reducir la asimetría informacional: FONASA, SGSSS y SIS

MECANISMO	FONASA — CHILE	SGSSS — COLOMBIA	SIS — PERÚ
Portal digital personalizado	«Mi FONASA»: simulador de copagos, certificados y gestión con Clave Única	SAT: afiliación, traslado de aseguradora, inclusión/exclusión de beneficiarios	Portal SIS + App: consulta de estado y afiliación virtual por DNI
Simulador de beneficios	Simulador de copagos para más de 6,900 medicamentos con stock por comuna	Calculadora de aportes y consulta del Plan de Beneficios en Salud	No existe simulador de copagos ni de cobertura por prestación
Afiliación automática	Recién nacidos inscritos automáticamente; reclasificación anual de tramos	Afiliación de oficio al demandar atención (Decreto N.º 616/2022)	Sin afiliación automática; siempre requiere iniciativa del ciudadano
Transparencia activa	Obligación legal mensual (Ley N.º 20.285); portal de datos abiertos	SAT integrado con MSPS; consulta en tiempo real del estado de afiliación	Plataforma de datos abiertos; publicación del padrón de afiliados activos

Fuente: Elaboración propia basada en FONASA (2024, 2026), MSPS (2023), Decreto N.º 616 (2022) y SIS (2024).

4.3. Uruguay y Brasil: comunicar bien como política pública

Uruguay desarrolló desde 2012 el programa Salud.uy, consolidado como estrategia nacional de salud digital, que reconoce explícitamente que una de las principales barreras de acceso no es económica sino informativa (AGESIC, 2025). Su Historia Clínica Electrónica

Nacional permite que la información médica del paciente esté disponible en tiempo real para distintos prestadores, eliminando la necesidad de que el ciudadano gestione y transporte su propio historial clínico. Brasil, por su parte, desarrolló la plataforma Conecte SUS, que centraliza el historial clínico, certificados de vacunación, resultados de exámenes y localización de establecimientos de salud en una sola aplicación accesible para cualquier ciudadano (Ministerio da Saúde, 2026). Ambos casos demuestran que reducir la asimetría informativa no requiere grandes reformas constitucionales: requiere decisión institucional y diseño centrado en el ciudadano.

Figura N.º 2

Interfaz para programar citas en línea con un teléfono inteligente (assesalud)



Fuente: ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado (2019).

4.4. Evidencia empírica en Lima Metropolitana

Los datos disponibles sobre el acceso al SIS en Lima Metropolitana confirman, con cifras concretas, lo que este trabajo ha analizado en términos teóricos: la afiliación formal no garantiza acceso efectivo, y la brecha entre ambos tiene su origen principal en la asimetría de información.

Según el INEI, el acceso efectivo a servicios de salud en Lima Metropolitana llega solo al 58.6%, lo que quiere decir que el 41.4% de las personas que necesitan atención no logran conseguirla, las razones que da la propia gente son bastante claras: un 30.6% cree que no era necesario atenderse, un 29.2% desconfía de la medicina convencional o de los hospitales públicos, un 15.5% dice que no tenía dinero, y otro 15% prefiere usar remedios caseros. Fíjate que el tema del dinero, siendo directo, es minoritario; la mayor parte del problema se explica por falta de información, desconfianza y la sensación de que el sistema simplemente no funciona. Dicho de forma sencilla: la gente no se queda sin atenderse por falta de plata, sino por falta de información, por desconfianza, o porque el propio diseño del Estado los termina expulsando del sistema.

En distritos de Lima como Villa El Salvador, San Juan de Lurigancho o Ate, este problema pega todavía más fuerte, y no porque falten postas u hospitales, sino porque ahí llegan

mucho menos los canales de difusión del SIS. Como confirma el INEI (2024), el nivel socioeconómico y la educación son los que terminan determinando quién puede navegar por internet y usar las páginas del Estado. Esto golpea justo a las zonas con más gente vulnerable, que son las que más dependen del seguro. El portal web del SIS existe, sí, pero está hecho de espaldas a quienes más lo necesitan.

Sobre este punto, el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) advierte que los recursos públicos se terminan gastando mal porque el sistema no logra medir la demanda real (CIES, s.f.). Tener un papel con más afiliados registrados no sirve de nada si la gente no sabe cómo usar el seguro. En Lima, donde en 2024 el SIS pagó más de 3 millones de atenciones en hospitales complejos, la conclusión es una sola: los pacientes llegan tarde a atenderse, y llegan tarde simplemente porque nadie les enseñó que podían llegar a tiempo.

Tabla N.º 9

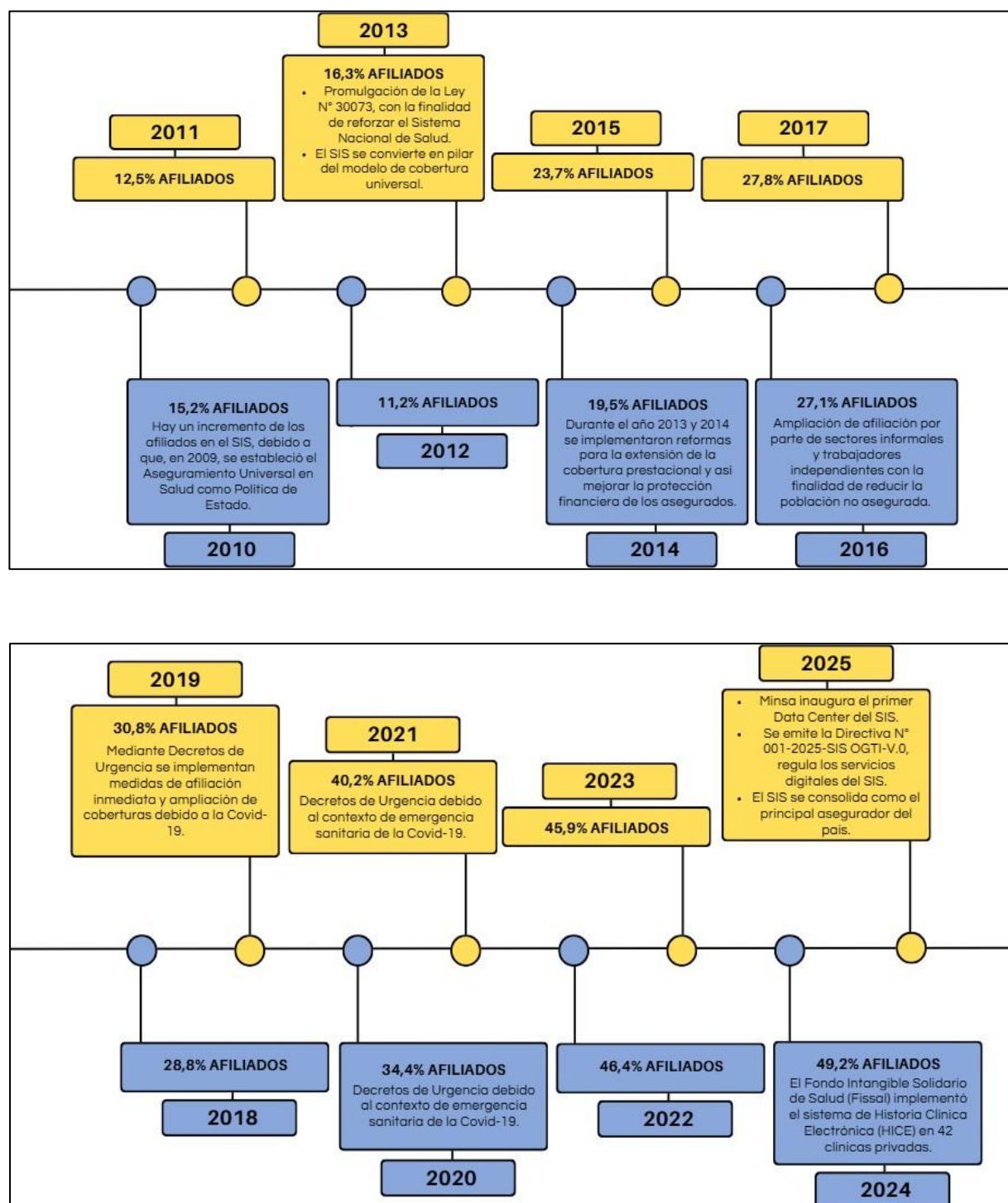
Razones declaradas de no acceso a servicios de salud en Lima Metropolitana

RAZON DECLARADA	PORCENTAJE	TIPO DE BARRERA
No consideró necesario atenderse	30.6%	Informativa / conductual
No confía en la medicina convencional o en las instituciones	29.2%	Conductual / desconfianza institucional
Falta de dinero	15.5%	Económica
Prefiere métodos caseros o alternativos	15.0%	Cultural / informativa

Fuente: Elaboración propia basada en INEI (s.f.). Las categorías de tipo de barrera son de elaboración propia.

Gráfico N.º 1

Línea del tiempo sobre los hitos de política pública y variaciones en la afiliación limeña



Fuente: Elaboración propia basada en la normativa del Ministerio de Salud (MINSA), los decretos legislativos de reorganización del SIS (2002-2017) y los reportes estadísticos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2023-2024).

4.5. Propuestas de solución desde el Análisis Económico del Derecho

Diagnosticar el problema sin proponer soluciones es exactamente lo que este trabajo intenta evitar. Desde el AED, corregir la asimetría de información en el SIS no requiere una reforma constitucional ni un presupuesto extraordinario: requiere decisión institucional, diseño centrado en el ciudadano y voluntad política para implementarlo, las siguientes propuestas son concretas, comparadas internacionalmente y económicamente justificadas.

La primera propuesta es implementar un mecanismo de afiliación de oficio, siguiendo el modelo colombiano del Decreto N.º 616 de 2022. Cuando una persona no afiliada llegue a un establecimiento de salud de la red pública en Lima, el sistema debería registrarla automáticamente y activar su afiliación al SIS si cumple los criterios de elegibilidad, sin necesidad de que inicie un trámite por separado, esta medida elimina la principal barrera de entrada al sistema: la ignorancia sobre cómo iniciar el proceso, su costo de implementación es marginal porque utiliza la infraestructura ya existente; su beneficio es inmediato y directo.

La segunda propuesta es que el SIS esté obligado por ley a mostrar sus datos de forma abierta y periódica, tal como lo hace Chile con su Ley N.º 20.285. Esto quiere decir que el SIS tendría que publicar cada mes, de forma fácil de entender, información sobre sus prestaciones, qué centros de salud están afiliados, cuánto tiempo toma en promedio conseguir una cita, y cómo está la cobertura en cada distrito de Lima. Y esto no debería quedar como una buena intención o una práctica opcional, sino como una obligación legal, con sanciones si no se cumple. Mostrar información clara y actualizada es, según el Análisis Económico del Derecho, la forma más eficiente de cerrar la brecha de información a gran escala.

La tercera propuesta es cambiar cómo se atiende en los centros de salud, para que orientar al paciente sea parte obligatoria de cada consulta. Esto significa capacitar al personal, tanto administrativo como médico, a efectos que en cada contacto con el ciudadano le explique sus derechos, qué cubre su seguro, qué trámites le faltan y cuáles son sus próximos pasos. Esto no debería verse como una carga extra para el trabajador, sino como parte normal de su trabajo. Esta idea se basa en lo que plantearon Thaler y Sunstein (2008) con la teoría del "empujón" (*nudge*): la idea de que pequeños cambios en cómo se presentan las cosas pueden influir en el comportamiento de las personas, sin prohibirles nada ni cambiarles los incentivos económicos. Aplicar esto en el momento del contacto directo tiene mucho sentido, porque ataca justo el problema real: en lugar de esperar que el ciudadano, ya desinformado de por sí, intente entender solo una página web complicada, se aprovecha ese momento en que ya está frente al personal de salud para orientarlo de forma simple y directa. Esto termina siendo mucho más efectivo que cualquier campaña masiva e impersonal.

La cuarta y última propuesta es automatizar la actualización de la elegibilidad en el SISFOH mediante cruces periódicos de datos con RENIEC y la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT), eliminando la obligación del ciudadano de iniciar por su cuenta el proceso de renovación de su clasificación socioeconómica. Actualmente, miles de afiliados pierden su cobertura en silencio porque no saben que deben actualizar su situación. Un sistema que cruza datos automáticamente y notifica proactivamente a los ciudadanos cuando su clasificación está próxima a vencer no solo es más justo: es más eficiente, porque evita las atenciones no cubiertas y los conflictos administrativos que genera la pérdida silenciosa de afiliación.

VI. CONCLUSIONES

Este trabajo comenzó con una imagen simple: una persona que necesita atención médica, tiene derecho a un seguro gratuito, y aun así no llega, no porque no quiera, no porque el sistema no exista, sino porque nadie le explicó cómo funciona y cuando finalmente intenta averiguarlo, se encuentra con trámites confusos, personal que no orienta, y una experiencia tan frustrante que decide no volver, esa imagen no es un caso aislado, es el patrón que define la relación entre el SIS y millones de limeños que deberían ser sus beneficiarios.

Lo que este artículo demostró es que esa exclusión no es accidental: es el resultado predecible de una falla estructural. Cuando el Estado maneja toda la información sobre cómo funciona el sistema y el ciudadano no tiene acceso real a ella, las decisiones se distorsionan, los recursos se desperdician y el sistema termina sirviendo menos a quienes más lo necesitan, eso tiene un nombre en la economía: asimetría de información. Y sus consecuencias en el SIS son concretas, medibles y evitables.

Dichas consecuencias son evitables porque el problema no es de presupuesto. En efecto, el Estado gasta más en atender emergencias que podrían haberse prevenido con una consulta a tiempo que lo que costaría informar bien a su ciudadano desde el principio, por cada sol invertido en atención primaria oportuna, el sistema ahorra entre cuatro y ocho en hospitalización de alta complejidad y aun así, el 41.4% de los limeños que necesitan atención médica no logran obtenerla, no principalmente por falta de dinero, sino por falta de información, desconfianza acumulada y un sistema que no fue diseñado pensando en quien llega sin saber nada.

Chile, Colombia, Uruguay y Brasil demostraron que esto se puede cambiar sin reformas extraordinarias. Un simulador que le dice al ciudadano qué le cubre el seguro antes de ir, una afiliación automática cuando alguien llega a un establecimiento sin cobertura, una obligación legal de publicar información actualizada y comprensible. Intervenciones simples, probadas, económicamente justificadas. Lo que tienen en común no es tecnología sofisticada ni presupuestos millonarios: es la decisión de tratar la información como parte del servicio, no como un accesorio opcional.

Esa es exactamente la decisión que el Perú no ha tomado, el SIS existe, tiene cobertura, tiene establecimientos, tiene catálogo de prestaciones, lo que no tiene es un diseño que garantice que el ciudadano sepa todo eso antes de necesitarlo con urgencia y un sistema que solo funciona para quien ya sabe cómo usarlo no es un sistema universal: es un sistema para los que tuvieron suerte de enterarse.

Se considera que las propuestas de este trabajo son concretas y no requieren inventar nada nuevo: afiliación de oficio en cada establecimiento de salud, simulador de beneficios accesible desde el celular, transparencia activa del SIS como mandato legal, orientación proactiva como parte del protocolo de cada consulta, y actualización automática de la elegibilidad sin que el ciudadano tenga que recordar hacerlo, ninguna es revolucionaria, todas son urgentes.

Porque el fondo del problema no es técnico ni económico, es de justicia, en un Estado de derecho, el acceso a la salud no puede depender de cuánto sabe una persona sobre cómo funciona la burocracia, no puede depender de si tiene internet, de si leyó el portal correcto, de si alguien en su familia ya pasó por el proceso antes, la información sobre cómo acceder a un

derecho es parte de ese derecho y mientras el Estado no lo entienda así, seguirá construyendo un sistema que promete incluir a todos y en la práctica excluye a los que más necesita proteger.

El SIS puede ser lo que prometió ser, pero para eso necesita dejar de asumir que el ciudadano ya sabe, necesita empezar a garantizar que lo sepa, porque esa diferencia, entre asumir e informar, entre cubrir en papel y proteger en la práctica, es exactamente la diferencia entre un sistema de salud que funciona y uno que solo existe.

VII. BIBLIOGRAFIA

- Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC). (2025). Salud digital. Gobierno de Uruguay. <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento>
- Akerlof, G. A. (1970). The market for 'lemons': Quality uncertainty and the market mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488–500. <https://doi.org/10.2307/1879431>
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973.
- Baldeon Tarazona, K. B. (2025). Barreras de acceso sanitario asociado al gasto de bolsillo en usuarios del centro de salud de Madre de Dios, 2025. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/171995>
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2023). Fortalecimiento de los sistemas de salud en América Latina. BID. <https://www.iadb.org/es/sectores/salud/inicio>
- Banco Mundial. (2021). Investing in health systems: The economic case for primary and preventive care. World Bank Group.
- Bullard González, A. (2006). Derecho y economía: El análisis económico de las instituciones legales. Palestra Editores.
- Consortio de Investigación Económica y Social (CIES). (s.f.). Evaluando los efectos del SIS(SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios. <https://cies.org.pe/investigacion/evaluando-los-efectos-del-seguro-integral-de-salud-sis-sobre-la-equidad-en-la-salud-materna-en-el-contexto-de-barreras-no-economicas-al-acceso-a-los-servicios/>
- Cooter, R., & Ulen, T. (2016). Law and economics (6th ed.). Addison-Wesley.
- Decreto N° 616 de 2022 [Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia]. Por el cual se modifican y adicionan disposiciones al Decreto 780 de 2016 en relación con la afiliación al SGSSS. 20 de abril de 2022.
- Escobar, D. A. (2024, 30 de marzo). Selección adversa y seguros privados de salud en el Perú. *Revista Aypate*. <https://revistas.unf.edu.pe/index.php/aypate/article/view/80/330>
- Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2024). Trámites de afiliación.

<https://nuevo.fonasa.gob.cl/tramites/afiliacion/>

Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2026, 10 de marzo). Fonasa publica nuevo Boletín Estadístico y retoma serie clave sobre el sistema de salud. <https://datosabiertos.fonasa.cl/2026/03/10/fonasa-publica-nuevo-boletin-estadistico-y-retoma-serie-clave-sobre-el-sistema-de-salud/>

GanaMás. (2025, 17 de marzo). Solo el 1,2% de trabajadores de Lima cuenta con seguro privado de salud. <https://revistaganamas.com.pe/solo-el-12-de-trabajadores-de-lima-cuenta-con-seguro-privado-de-salud/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (s.f.). Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0387/cap-043.htm

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2023). Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG): Condiciones de vida y pobreza. Gobierno del Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2024). Estadísticas de las tecnologías de información y comunicación en los hogares. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_tic.pdf

Ley N.º 20.285 [Chile]. Sobre Acceso a la Información Pública. 20 de agosto de 2008.

Ley N.º 21.674 [Chile]. Sobre actualización automática de tramos FONASA. Diario Oficial de Chile.

Ley N.º 27657. Ley del Ministerio de Salud. Congreso de la República del Perú (2002). Ministerio da Saúde de Brasil. (2026). Conecte SUS. <https://datasus.saude.gov.br/saude-digital/>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). (2024). Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH): solicitar la clasificación socioeconómica. <https://www.gob.pe/445-sistema-de-focalizacion-de-hogares-sisfoh-solicitar-la-clasificacion-socioeconomica-de-mi-hogar>

Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2023). Estadísticas de afiliación al Seguro Integral de Salud. <https://www.minsa.gob.pe>

Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2024). Minsa cubrió más de 90.9 millones de atenciones de asegurados SIS en 2024. <https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/1098474>

Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2024). Resolución Ministerial N.º 266-2024-MINSA: Plan de Estrategia Publicitaria del Ministerio de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5462105-266-2024-minsa>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS). (2023). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubsidado/Paginas/aseguraen-to-al-sistema-general-salud.aspx>

- Musgrave, R. A. (1959). *The theory of public finance*. McGraw-Hill.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Cobertura universal de salud y acceso equitativo en el Perú. <https://www.paho.org/es/peru>
- Posner, R. A. (2007). *Economic analysis of law* (7th ed.). Wolters Kluwer.
- SIS(SIS). (2024). Datos de afiliados al SIS en estado activo. Plataforma Nacional de Datos Abiertos. <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/datos-de-afiliados-al-seguro-integral-de-salud-en-estado-activo-sis>
- Spence, M. (1973). Job market signaling. *The Quarterly Journal of Economics*, 87(3), 355–374. <https://doi.org/10.2307/1882010>
- Stiglitz, J. E. (1975). The theory of 'screening', education, and the distribution of income. *The American Economic Review*, 65(3), 283–300.
- Stiglitz, J. E. (2000). The contributions of the economics of information to twentieth century economics. *The Quarterly Journal of Economics*, 115(4), 1441–1478.
- Superintendencia de Salud de Chile. (2023). Transparencia activa. <https://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyvalue-6143.html>
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press.
- Zuazo, A. A. (2015, 20 de septiembre). El riesgo moral y la regulación de la calidad de los servicios públicos. *Derecho y Sociedad*, (45). <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/15223/15691>