

Costos de transacción y calidad de atención en el sistema de salud peruano

Jorge Arnaldo Palomino Castro¹

Resumen

El objetivo del estudio fue analizar cómo los costos de transacción –búsqueda, coordinación y verificación– derivados del diseño institucional del sistema de salud peruano inciden en la práctica clínica, la calidad de atención y la sostenibilidad institucional. Para ello, se realizó una revisión narrativa analítica con elementos sistematizados, mediante una búsqueda estructurada en SciELO, Redalyc, PubMed y Google Académico, complementada con literatura institucional de la Organización Mundial de la Salud, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el Seguro Integral de Salud y Superintendencia Nacional de Salud, correspondiente al periodo 2019-2026. Para los autores clásicos de economía institucional no se aplicó restricción temporal. Asimismo, se utilizaron criterios de inclusión y exclusión definidos a priori y se efectuó una síntesis temática en torno a tres categorías analíticas. Los resultados permitieron identificar tres dimensiones interrelacionadas de costos de transacción en el sistema peruano. En primer lugar, los costos de búsqueda se asociaron a la fragmentación informativa entre subsistemas y dentro de los establecimientos, con efectos sobre el acceso efectivo y la oportunidad diagnóstica. En segundo lugar, los costos de coordinación se manifestaron en deficiencias del sistema de referencia y contrarreferencia, duplicidad de exámenes y discontinuidad asistencial entre niveles de atención. Finalmente, los costos de verificación, vinculados al registro clínico y al Formato Único de Atención, condicionaron simultáneamente la calidad documental y el reconocimiento financiero de las prestaciones. Se concluye que la calidad de atención no depende únicamente de los recursos disponibles, sino también de los arreglos institucionales que reducen o multiplican las fricciones operativas. En consecuencia, la reforma sanitaria debe orientarse a disminuir los costos transaccionales, alinear incentivos y fortalecer la gobernanza, particularmente mediante la interoperabilidad de la información, la simplificación del registro y el rediseño de la auditoría con enfoque de aprendizaje institucional.

Cómo citar: Palomino, J. (2026). Costos de transacción y calidad de atención en el sistema de salud peruano. En Bolaños, N., Del Castillo, G. *Nexus: gestión, gobernanza y estudios globales*. High Rate Consulting/Universidad Andina del Cusco. <https://doi.org/10.38202/nexus7>

Transaction Costs and Quality of Care in the Peruvian Health System

Abstract

The objective of the study was to analyze how transaction costs—search, coordination, and verification—derived from the institutional design of the Peruvian health system affect clinical practice, quality of care, and institutional sustainability. To this end, an analytical narrative review with systematized elements was conducted through a structured search in SciELO, Redalyc, PubMed, and Google Scholar, complemented by institutional literature from the World Health Organization, the Organisation for Economic Co-operation and Development, the Instituto Nacional de Estadística e Informática, the Seguro Integral de Salud, and the Superintendencia Nacional de Salud, covering the period 2019–2026. No temporal restriction was applied to classical authors in institutional economics. In addition, predefined inclusion and exclusion criteria were used, and a thematic synthesis was carried out around three analytical categories. The results identified three interrelated dimensions of transaction costs within the Peruvian system. First, search costs were associated with informational fragmentation between subsystems and within healthcare facilities, affecting effective access and timely diagnosis. Second, coordination costs were reflected in deficiencies in the referral and counter-referral system, duplication of tests, and discontinuity of care across levels of healthcare provision. Finally, verification costs, linked to clinical records and the Unified Care Format, simultaneously influenced both the quality of documentation and the financial recognition of healthcare services. It is concluded that quality of care depends not only on the resources available, but also on the institutional arrangements that reduce or multiply operational frictions. Consequently, healthcare reform should aim to reduce transaction costs, align incentives, and strengthen governance, particularly through information interoperability, simplification of record-keeping, and the redesign of auditing processes with an institutional learning approach.

Keywords: transaction costs, institutional economics, health system, quality of health care, Peru.

Introducción

Los problemas del sistema de salud peruano suelen explicarse a partir de la escasez de recursos, la insuficiencia de infraestructura, la limitada disponibilidad de especialistas o las brechas presupuestales. Si bien estos factores son relevantes, no explican por completo la persistencia de dificultades en el acceso, la continuidad de la atención y la calidad asistencial (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2025). Una parte sustantiva del problema se encuentra en el diseño institucional que organiza el sistema, distribuye responsabilidades, define reglas de financiamiento y configura los incentivos bajo los cuales actúan el personal de salud, los equipos de gestión, los usuarios, los financiadores, los aseguradores y los demás actores del sistema sanitario (North, 1990).

El sistema de salud del Perú se caracteriza por una marcada fragmentación institucional. La coexistencia de subsistemas, como el Seguro Integral de Salud (SIS), EsSalud, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, y el sector privado, configura rutas de atención, mecanismos de financiamiento y criterios de gestión que no siempre se encuentran adecuadamente articulados (OCDE, 2025). Esta segmentación puede generar duplicidad de servicios en algunos territorios, ausencia de oferta en otros, dificultades de referencia y contrarreferencia, y barreras de información para los usuarios (Llanos Zavalaga *et al.*, 2021; Cosavalente-Vidarte *et al.*, 2019). La OCDE (2025) ha señalado que la fragmentación y segmentación persistentes del sistema peruano afectan el acceso, la eficiencia y la calidad de la atención, particularmente por la

coexistencia de subsistemas con reglas, financiamiento, redes prestacionales e infraestructura de información insuficientemente integrados.

La fragmentación, sin embargo, no debe entenderse únicamente como una característica organizacional. Sus efectos se expresan en la práctica cotidiana del sistema. Para el usuario, puede significar transitar por múltiples establecimientos sin una ruta clara de atención, buscar información sobre cobertura, esperar referencias, repetir exámenes o enfrentar demoras que deterioran la experiencia asistencial (Quispe-Condori *et al.*, 2025). Datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática muestran que, en el cuarto trimestre de 2022, el 20,5 % de la población con problemas de salud acudió a farmacia o botica como primer punto de consulta, frente al 12,9 % que acudió a establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) y el 3,8 % a EsSalud (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2023). Estos patrones, lejos de constituir simples preferencias individuales, expresan la magnitud de las fricciones operativas que enfrentan los usuarios al intentar acceder al sistema público.

Para el personal de salud, la fragmentación se traduce en sobrecarga administrativa, multiplicidad de formatos, presión por producción asistencial, registros exigidos por distintos programas y menor tiempo efectivo para la interacción clínica (Kyle *et al.*, 2025; Murad *et al.*, 2024; Sloss *et al.*, 2024; Storseth *et al.*, 2025). En escenarios de alta demanda, el profesional puede dedicar tiempo significativo a sostener trazabilidad administrativa, en competencia con el tiempo necesario para la anamnesis, el examen físico, la integración de información clínica, la decisión terapéutica y la comunicación con el paciente. Esta tensión afecta la calidad percibida, incrementa el desgaste profesional y debilita la relación clínica (Storseth *et al.*, 2025).

El presente artículo de revisión propone examinar estos problemas a partir de la noción de costos de transacción aplicada al sector salud. La premisa central es que las instituciones no solo asignan recursos, sino que estructuran incentivos (North, 1990). Cuando las reglas son fragmentadas, los procesos lentos, la información dispersa y los mecanismos de verificación débiles o excesivamente formales aumentan los costos de búsqueda, coordinación y verificación que enfrentan los actores del sistema (Coase, 1937; Williamson, 1985). Estos costos no permanecen en el plano administrativo: condicionan decisiones clínicas concretas, afectan la continuidad del cuidado, dificultan la gestión de información y pueden abrir espacios

para conductas adaptativas que deterioran la calidad asistencial (Goodman *et al.*, 2024; Debie *et al.*, 2022).

El análisis se apoya en herramientas de la economía institucional. A partir de los aportes de Coase (1937), Williamson (1985) y North (1990), se entiende que las reglas, los contratos, la información y los mecanismos de gobernanza influyen en la conducta de los actores. La noción de conocimiento disperso, desarrollada por Hayek (2024), permite profundizar el problema sin reducirlo a una discusión estrictamente económica: en sistemas complejos, la información relevante no está concentrada en una sola autoridad, sino distribuida entre múltiples actores que deben coordinarse en tiempo útil. La crítica de Leoni (2010) a la expansión normativa resulta útil como advertencia sobre los efectos de la inflación regulatoria cuando supera la capacidad del sistema para comprender, aplicar y coordinar sus propias reglas. Aplicado al campo sanitario, este enfoque permite observar cómo los costos de transacción afectan no solo la eficiencia agregada del sistema, sino también la oportunidad diagnóstica, la calidad del registro clínico, la coordinación entre niveles de atención, la auditoría de prestaciones y la sostenibilidad financiera de los establecimientos (Arrow, 1963).

El objetivo del presente artículo es analizar cómo los costos de transacción —búsqueda, coordinación y verificación— derivados del diseño institucional del sistema de salud peruano inciden sobre la práctica clínica, la calidad de atención y la sostenibilidad institucional. Para ello, se desarrolla una revisión narrativa analítica con elementos sistematizados, que integra literatura clásica de economía institucional, evidencia sanitaria contemporánea sobre el sistema peruano y literatura institucional internacional. El argumento se organiza en torno a tres categorías analíticas conectadas: costos de búsqueda, costos de coordinación y costos de verificación, examinando cómo cada una se manifiesta en el funcionamiento cotidiano del sistema y qué implicancias tiene para la calidad asistencial.

Metodología

Diseño

Se realizó una revisión narrativa analítica con elementos sistematizados, orientada a integrar literatura institucional clásica y evidencia sanitaria reciente sobre el sistema de salud peruano. El diseño se eligió porque el objetivo no consiste en estimar un efecto cuantitativo ni en mapear exhaustivamente

toda la producción disponible, sino en articular, interpretativamente, categorías analíticas de la economía institucional con evidencia sobre el desempeño de los sistemas de salud. La revisión narrativa permite este tipo de síntesis interpretativa, mientras que la incorporación de elementos sistematizados —pregunta orientadora explícita, criterios de inclusión y exclusión definidos a priori, búsqueda estructurada en bases académicas e institucionales y registro del proceso de selección— refuerza la transparencia del procedimiento.

Pregunta orientadora

La revisión se organizó en torno a la siguiente pregunta: ¿cómo opera el diseño institucional del sistema de salud peruano como fuente de costos de transacción —búsqueda, coordinación y verificación— y con qué efectos sobre la práctica clínica, la calidad de atención y la sostenibilidad institucional?

Estrategia de búsqueda

La búsqueda se ejecutó entre febrero y abril de 2026 en cuatro fuentes académicas de acceso científico: SciELO, Redalyc, PubMed y Google Académico. Se complementó con búsqueda dirigida en repositorios institucionales de la Organización Mundial de la Salud, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, el Seguro Integral de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Los descriptores se construyeron en español e inglés, combinando términos del campo institucional y del campo sanitario. Los términos del campo institucional incluyeron: costos de transacción / *transaction costs*, economía institucional / *institutional economics*, gobernanza sanitaria / *health governance*, asimetrías de información / *information asymmetry*. Los términos del campo sanitario incluyeron: sistema de salud / *health system*, calidad de atención / *quality of care*, fragmentación / *fragmentation*, carga administrativa / *administrative burden*, seguridad del paciente / *patient safety*, referencia y contrarreferencia / *referral system*, Perú / *Peru*. Las combinaciones se ejecutaron mediante operadores booleanos AND y OR, adaptando la sintaxis a las particularidades de cada base.

Para los autores clásicos de economía institucional (Arrow, Coase, Hayek, Leoni, North y Williamson) no se aplicó restricción temporal, dada su función conceptual estructural en la revisión. Para la literatura empírica e institucional contem-

poránea se aplicó un filtro temporal de 2019 a 2026.

Criterios de inclusión

Se incluyeron documentos que cumplieron al menos uno de los siguientes criterios: a) artículos académicos revisados por pares sobre economía institucional aplicada al sector salud; b) revisiones, estudios empíricos o ensayos teóricos sobre fragmentación de sistemas de salud, gobernanza sanitaria, asimetrías de información, carga administrativa, sistemas de referencia y contrarreferencia o calidad de atención; c) informes técnicos de organismos internacionales (OMS, OCDE) o nacionales (INEI, SIS, SUSALUD) con relevancia directa sobre el sistema de salud peruano, y d) literatura clásica de economía institucional cuando aportara categorías analíticas centrales del trabajo.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos los siguientes: a) textos de opinión sin sustento empírico ni teórico verificable, incluidas columnas de opinión periodística; b) documentos sin identificación institucional clara o sin trazabilidad bibliográfica; c) materiales que abordaran sistemas sanitarios con configuración institucional muy distinta de la peruana, sin valor comparativo aplicable; d) duplicados entre bases; e) tesis no publicadas no disponibles a texto completo, y f) literatura previa a 2019 que no tuviera carácter clásico ni función conceptual estructural en el trabajo.

Proceso de selección

La identificación inicial, mediante las combinaciones de descriptores, arrojó 62 registros distribuidos entre las cuatro bases académicas, complementados con 14 documentos institucionales identificados por búsqueda dirigida en repositorios oficiales. Tras la eliminación de 8 duplicados, quedaron 68 registros para tamizaje por título y resumen. La aplicación de los criterios de pertinencia temática durante el tamizaje redujo el conjunto a 34 documentos seleccionados para lectura a texto completo. La aplicación de los criterios de inclusión y exclusión durante esta fase derivó en un corpus final de 19 documentos contemporáneos. A este se sumaron 6 fuentes clásicas de economía institucional (Arrow, Coase, Hayek, Leoni, North y Williamson), incorporadas por su función conceptual estructural, lo que conformó un corpus total de 25 referencias. El proceso de selección se sintetiza en la Figura 1.

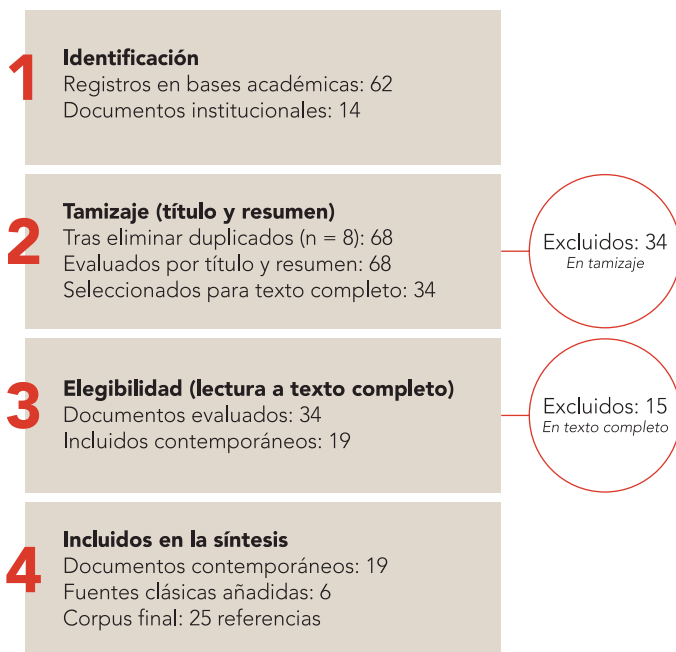


Figura 1.

Flujograma de selección de documentos

Nota. Proceso de selección adaptado de PRISMA-ScR. Se identificaron 62 registros en bases académicas (SciELO, Redalyc, PubMed y Google Académico) y 14 documentos institucionales (OMS, OCDE, INEI, SIS, SUSALUD). Tras eliminar 8 duplicados, se tamizaron 68 registros por título y resumen. Se evaluaron 34 documentos a texto completo y se incluyeron 19 contemporáneos. A estos se sumaron 6 fuentes clásicas de economía institucional (Arrow, Coase, Hayek, Leoni, North y Williamson), incorporadas por su función conceptual estructural, conformando un corpus final de 25 referencias. Elaboración propia.

Procedimiento de síntesis

La síntesis se organizó en tres fases. En la primera, se caracterizó el corpus por tipo de documento (artículo empírico, revisión, ensayo teórico, informe institucional), origen geográfico (Perú, América Latina, internacional) y periodo de publicación. En la segunda, se realizó codificación temática deductiva en torno a las tres categorías analíticas derivadas de la economía institucional –costos de búsqueda, costos de coordinación, costos de verificación–, identificando, para cada una, hallazgos de evidencia directa e inferencias analíticas aplicadas al caso peruano. En la tercera, se integraron los hallazgos en una lectura interpretativa orientada a responder la pregunta de revisión.

Durante todo el proceso se mantuvo una distinción explícita entre evidencia directa –hallazgos reportados por estudios académicos, informes institucionales o documentos oficiales– e inferencias analíticas, formuladas a partir de la aplicación de categorías institucionales al caso peruano cuando no existían mediciones directas sobre costos de transacción en el sistema sanitario nacional. Esta distinción es metodológicamente relevante porque uno de los vacíos identificados en la revisión es la escasez de estudios que cuantifiquen específicamente costos de transacción en el sistema de salud peruano.

La caracterización del corpus revisado se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1.

Caracterización del corpus revisado (n = 25)

| Categoría temática | Tipo de documento | Origen | n | Periodo |
|---|--|-----------------------|----|-----------|
| Marco analítico clásico de economía institucional | Libro / artículo seminal | Internacional | 6 | 1937–2024 |
| Gobernanza y desempeño de sistemas de salud | Revisión narrativa / <i>scoping review</i> | Internacional | 2 | 2022–2024 |
| Sistema de salud peruano | Artículo empírico / revisión académica | Perú y América Latina | 6 | 2019–2025 |
| Carga administrativa y documental en salud | Revisión narrativa / <i>scoping review</i> | Internacional | 5 | 2024–2025 |
| Fuentes institucionales oficiales | Informe técnico / normativa | Perú e internacional | 6 | 2021–2025 |
| Total | | | 25 | |

Nota. Las seis fuentes clásicas de economía institucional (Arrow, Coase, Hayek, Leoni, North y Williamson) se incorporaron sin restricción temporal por su función conceptual estructural. La literatura empírica e institucional contemporánea se restringió al periodo 2019–2026.

Limitaciones del método

La revisión presenta tres limitaciones que conviene reconocer explícitamente. Primero, el cribado y la codificación fueron realizados por un único revisor, lo cual reduce el control de sesgo de selección frente a una revisión sistemática con doble cribado independiente. Segundo, la búsqueda no agota toda la literatura disponible, particularmente literatura gris peruana no indexada en las bases consultadas. Tercero, la aplicación de un marco analítico predefinido —los tres tipos de costo de transacción— orienta la lectura del corpus y puede dejar fuera dimensiones relevantes no capturadas por estas categorías. Estas limitaciones son consistentes con el alcance del diseño y se compensan parcialmente con la transparencia de los criterios y el procedimiento aplicados.

Resultados

Costos de búsqueda

Los mismos se producen cuando los usuarios, el personal de salud o las áreas de gestión deben invertir tiempo y esfuerzo para localizar información necesaria antes de que una prestación pueda realizarse adecuadamente. En el modelo de costos de transacción aplicado al sector sanitario, estos costos son particularmente relevantes porque la atención médica opera bajo condiciones estructurales de incertidumbre, información incompleta y especificidad técnica del conocimiento (Arrow, 1963; Williamson, 1985). En un sistema integrado, la información sobre cobertura, disponibilidad de servicios, antecedentes clínicos, cartera prestacional, resultados auxiliares y rutas de referencia debería encontrarse razonablemente accesible para orientar decisiones oportunas. En un sistema fragmentado, en cambio, esa información se dispersa entre establecimientos, aseguradores, programas, plataformas y niveles de gobierno, con escasa interoperabilidad (Debie *et al.*, 2022; Goodman *et al.*, 2024).

En el caso peruano, la coexistencia de subsistemas paralelos —Seguro Integral de Salud (SIS), EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales y sector privado— configura reglas de afiliación, mecanismos de financiamiento, redes prestacionales y sistemas de información que operan con limitada articulación entre sí (OCDE, 2025). Esta fragmentación estructural se expresa en barreras concretas de búsqueda para los tres tipos de actores del sistema. Para el usuario, implica dificultades para identificar dónde aten-

derse, qué cobertura efectiva tiene, qué servicios están disponibles y qué pasos administrativos debe seguir para acceder a atención especializada. Para el personal de salud, supone reconstruir información clínica o administrativa que debería estar disponible al inicio del proceso asistencial. Para los gestores institucionales, implica decidir con datos incompletos, tardíos o no interoperables entre plataformas (Huapaya-Huertas *et al.*, 2022).

La asimetría de información intensifica este problema, particularmente en la relación entre el usuario y el sistema. Arrow (1963) estableció que el sector salud constituye un caso particular de fallo de mercado porque la incertidumbre sobre la incidencia de enfermedad y la eficacia del tratamiento genera asimetrías estructurales entre el conocimiento técnico del proveedor y la información disponible para el paciente. En el contexto peruano, esta asimetría se manifiesta en que el usuario frecuentemente desconoce los criterios de cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), los mecanismos de referencia entre niveles, la disponibilidad real de especialistas y los tiempos efectivos de espera (Quispe-Condori *et al.*, 2025). Esta incertidumbre puede llevarlo a consultar múltiples establecimientos, repetir procedimientos o postergar la atención, incrementando tanto el tiempo de respuesta diagnóstica como el riesgo de complicaciones evitables.

Una expresión empírica relevante de los costos de búsqueda se encuentra en los patrones de utilización de servicios reportados por la Encuesta Nacional de Hogares. Según el Informe Técnico de Condiciones de Vida del cuarto trimestre de 2022, el 43,5 % de la población con algún problema de salud buscó atención en algún establecimiento; de este grupo, el 20,5 % acudió a farmacia o botica, mientras que solo el 12,9 % acudió a establecimientos del Ministerio de Salud y el 3,8 % a EsSalud (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2023). Estos datos no deben interpretarse simplemente como preferencia por el sector privado, sino como expresión institucional de un sistema en el que el acceso regular implica costos de búsqueda elevados: identificación de cobertura, programación de cita, espera, traslados y eventual derivación. Cuando estos costos superan un umbral práctico, el usuario opta por circuitos más rápidos, aunque impliquen mayor gasto de bolsillo. Zavala-Curzo (2023) documenta que, aun con la expansión de la cobertura del SIS entre 2010 y 2019, persisten barreras significativas para el acceso efectivo y un riesgo sostenido de gasto catastrófico vinculado a estos circuitos paralelos.

Los costos de búsqueda también operan dentro de los propios establecimientos. La información clínica

puede encontrarse incompleta, dispersa en distintos formatos físicos o registrada en sistemas no interoperables. Resultados de laboratorio, informes de imágenes, evoluciones, indicaciones, hojas operatorias o antecedentes relevantes pueden no estar disponibles en el momento en que el profesional debe decidir. Huapaya-Huertas *et al.* (2022) muestran, en un estudio sobre la implementación de historias clínicas electrónicas en un complejo hospitalario peruano, que la integración informativa requiere ajustes organizacionales sostenidos, gestión del cambio cultural y soporte técnico continuo; sin estos componentes, el registro electrónico no reduce necesariamente los costos de búsqueda, sino que añade una capa operativa adicional. La consecuencia clínica es directa: cuando la información no está disponible en el momento en que se necesita, la decisión médica se desarrolla con información parcial, lo que puede llevar a repetir exámenes, retrasar diagnósticos o actuar con mayor incertidumbre que la estrictamente necesaria.

La supervisión nacional del sistema documenta este problema en términos de reclamos y atención al usuario. El Anuario Estadístico de la Superintendencia Nacional de Salud reporta que, durante 2022, una proporción significativa de los reclamos presentados ante la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) se relacionó con dificultades de acceso, demoras en programación, problemas de cobertura y deficiencias en la información proporcionada al asegurado (SUSALUD, 2023). Estos reclamos constituyen, desde el enfoque institucional, una traducción operativa de costos de búsqueda no resueltos por el diseño del sistema, no fallas aisladas atribuibles a establecimientos individuales.

Desde esta perspectiva, los costos de búsqueda deterioran la calidad de atención porque reducen la accesibilidad efectiva. Un paciente puede estar formalmente asegurado y, sin embargo, enfrentar barreras reales para recibir atención oportuna. Puede existir una prestación reconocida normativamente, pero no una ruta clara para obtenerla. Pueden existir recursos disponibles en el sistema, pero no información suficiente para utilizarlos de manera eficaz en el momento necesario. La calidad de atención, bajo esta lectura, no depende únicamente de la existencia formal de servicios, sino de la capacidad institucional para hacerlos visibles, accesibles y clínicamente útiles cuando son requeridos (Debie *et al.*, 2022; OCDE, 2025).

Costos de coordinación

Dichos costos se producen cuando distintos actores deben alinear decisiones para que la atención de un mismo paciente ocurra de manera

continua y articulada. En salud, esta coordinación es estructuralmente indispensable porque ningún episodio asistencial complejo depende de un solo acto profesional: requiere admisión, evaluación clínica, apoyo diagnóstico, disponibilidad de medicamentos, referencia entre niveles, contrarreferencia, seguimiento longitudinal, registro y financiamiento (Williamson, 1985). Cada eslabón exige que diferentes áreas compartan información, definan responsabilidades y actúen en tiempos compatibles. Cuando este conjunto de tareas no opera bajo un diseño institucional coordinado, los actores deben sustituir manualmente lo que el sistema no resuelve por reglas (North, 1990).

En el sistema peruano, la fragmentación institucional eleva estos costos porque los subsistemas no siempre comparten protocolos, plataformas, incentivos ni mecanismos operativos de articulación (OCDE, 2025). La coexistencia de redes paralelas puede generar duplicidad de oferta en algunos territorios y carencias en otros. La separación entre niveles de atención dificulta la continuidad asistencial, en parte porque los sistemas de información no están interoperablemente integrados entre primer, segundo y tercer nivel (Cosalvente-Vidarte *et al.*, 2019). Un paciente puede ser atendido en el primer nivel, referido a un hospital, retornar sin una contrarreferencia formal y perder seguimiento por ausencia de un circuito integrado, lo que convierte la trayectoria asistencial en una secuencia discontinua aun cuando cada acto individual sea técnicamente correcto.

La evidencia empírica sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Perú documenta esta debilidad. Llanos Zavalaga *et al.* (2021), en su evaluación inicial del sistema en la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Norte, identificaron limitaciones operativas relacionadas con la falta de interoperabilidad entre los sistemas hospitalarios y los establecimientos del primer nivel, lo que restringe la capacidad de seguimiento individualizado y el cierre efectivo del ciclo de atención. Estas limitaciones no son técnicas en sentido estricto: expresan un problema de coordinación entre actores que operan bajo lógicas administrativas separadas. A nivel regional, Huauya-Canchari y Medina-Sotelo (2025) describen un patrón similar en América Latina, donde las deficiencias estructurales en los procesos de referencia y contrarreferencia afectan la calidad y oportunidad del servicio, con impactos económicos significativos para los sistemas fragmentados.

La coordinación también se debilita cuando cada unidad operativa actúa bajo metas propias

no integradas. Un establecimiento puede priorizar producción asistencial; otro, el cumplimiento programático; otro, el cierre de registros; otro, el control financiero; y otro, la auditoría documental. Todas estas funciones son necesarias, pero, si no están alineadas, pueden competir entre sí por tiempo, recursos y atención del personal. Desde la economía institucional, este es un problema clásico de gobernanza: los actores pueden cumplir individualmente sus tareas y, aun así, producir un resultado colectivo deficiente (North, 1990; Williamson, 1985). La revisión narrativa de Debie *et al.* (2022) sobre gobernanza de sistemas de salud confirma que la fragmentación funcional entre actores con metas no articuladas es uno de los obstáculos centrales para avanzar hacia la cobertura universal efectiva.

En la práctica clínica, los costos de coordinación se expresan en referencias tardías, duplicidad de exámenes, pérdida de seguimiento, interrupción terapéutica y dificultades para integrar información entre niveles de atención. Un paciente con enfermedad crónica, por ejemplo, puede recibir indicaciones en un establecimiento del primer nivel, controles especializados en otro, medicamentos en un tercero y seguimiento irregular por falta de comunicación efectiva entre servicios. La calidad técnica de cada acto puede ser aceptable, pero la calidad del proceso completo se deteriora si no existe continuidad. Cosavalente-Vidarte *et al.* (2019) plantean que esta discontinuidad es uno de los problemas estructurales que motivaron la propuesta de Redes Integradas de Salud, cuya implementación requiere ajustes simultáneos en financiamiento, aseguramiento y gestión del cambio cultural en los trabajadores del sistema.

Este problema adquiere especial relevancia en el primer nivel de atención. Allí confluyen estrategias preventivas, programas sanitarios, seguimiento de grupos poblacionales, atención de demanda espontánea y múltiples obligaciones de registro. Cuando cada estrategia tiene sus propios formatos, indicadores y exigencias, la coordinación interna se vuelve operativamente compleja (Storseth *et al.*, 2025). El personal debe atender, registrar, reportar, cumplir metas programáticas y sostener seguimiento longitudinal en condiciones de alta demanda asistencial. Si el diseño institucional no integra estas tareas, la consulta clínica se fragmenta y la experiencia del usuario se deteriora.

Los costos de coordinación también afectan la relación entre gestión clínica y gestión administrativa. Una decisión médica puede depender de la disponibilidad de insumos, la autorización prestacional, la codificación correcta, el registro

en formatos específicos o los criterios de financiamiento del asegurador (Quispe-Condori *et al.*, 2025). Si estas dimensiones no están alineadas, el acto clínico puede perder eficacia institucional. Una prestación efectivamente realizada, pero mal registrada, puede ser observada por auditoría. Un procedimiento indicado, pero no adecuadamente sustentado, puede no ser reconocido financieramente. Una atención clínicamente pertinente puede generar problemas posteriores si no se articula con auditoría, farmacia, estadística o gestión financiera.

En este punto, las redes integradas de salud adquieren relevancia como respuesta institucional posible. Su propósito no debería limitarse a una reorganización nominal de establecimientos, sino orientarse a reducir costos de coordinación mediante rutas claras de atención, intercambio efectivo de información, continuidad asistencial, responsabilidades definidas y mecanismos de seguimiento (Cosavalente-Vidarte *et al.*, 2019). Sin embargo, una red integrada no se produce únicamente por norma. Requiere incentivos alineados, datos interoperables, liderazgo operativo y capacidad real para coordinar actores que históricamente han funcionado bajo lógicas separadas. La evidencia internacional sobre gobernanza del sector privado en países de ingresos medios sugiere que estas transformaciones requieren mecanismos de rendición de cuentas, transparencia en los procesos y capacidades institucionales sostenidas en el tiempo (Goodman *et al.*, 2024).

Ahora bien, cuando la coordinación falla, la calidad de atención se vuelve dependiente de esfuerzos individuales. Un profesional diligente puede llamar, insistir, buscar información o resolver manualmente lo que el sistema no coordina. Esta solución, sin embargo, es frágil, desigual y no escalable. La calidad institucional no puede descansar en soluciones operativas ad hoc; debe sostenerse en procesos diseñados para que la atención fluya con menor fricción y mayor previsibilidad (Williamson, 1985; Debie *et al.*, 2022).

Costos de verificación

Estos costos corresponden al esfuerzo institucional necesario para comprobar que una prestación fue efectivamente realizada, que se ajustó a criterios clínicos y administrativos, que quedó adecuadamente registrada y que puede ser evaluada, auditada o reconocida financieramente. Desde el enfoque de costos de transacción, la verificación constituye una de las funciones más onerosas en cualquier sistema institucional, particularmente cuando existen contratos

incompletos, información asimétrica y riesgo de comportamiento oportunista (Williamson, 1985). En teoría, la verificación protege la calidad de atención, la transparencia y la sostenibilidad institucional. En la práctica, cuando está mal diseñada, puede convertirse en una carga documental que consume tiempo clínico sin garantizar aprendizaje organizacional ni mejora real (Murad *et al.*, 2024; Sloss *et al.*, 2024).

En el sector salud, verificar no es un acto accesorio. La atención debe dejar evidencia trazable. La historia clínica permite continuidad del cuidado, sustento médico-legal, evaluación de calidad y análisis institucional. Los registros prestacionales permiten reconocer, valorizar y financiar servicios. Los sistemas de auditoría permiten detectar errores, corregir desviaciones y proteger recursos públicos. El problema, por tanto, no está en verificar, sino en cómo se verifica, con qué oportunidad, bajo qué criterios y con qué nivel de integración con el acto clínico (Debie *et al.*, 2022).

En el caso peruano, los costos de verificación aumentan cuando la información clínica y administrativa no se encuentra integrada en sistemas interoperables. La supervisión puede depender de revisión manual de historias clínicas, consistencia entre formatos, registros físicos, plataformas paralelas o reconstrucción posterior de datos (Huapaya-Huertas *et al.*, 2022). En ese escenario, el control se vuelve tardío y costoso. La auditoría detecta problemas cuando ya ocurrieron, el registro se corrige después del hecho y la observación se procesa cuando la oportunidad de aprendizaje inmediato ya se ha perdido. Esto reduce la capacidad del sistema para mejorar en tiempo real y traslada al establecimiento la carga de subsanar deficiencias registrales que tienen origen en el diseño del sistema, no en omisiones individuales.

La verificación puede fallar por defecto o por exceso. Falla por defecto cuando no existe trazabilidad suficiente, los registros son incompletos, los procedimientos no están sustentados o las responsabilidades quedan diluidas entre múltiples actores. En este contexto, aumentan los márgenes para errores, discrecionalidad operativa, informalidad e incluso prácticas indebidas. La aparición de cobros irregulares, redireccionamiento informal de usuarios u otras conductas que afectan la equidad y la confianza institucional no debe entenderse exclusivamente como falla moral individual; también puede emerger cuando las instituciones formales son lentas, dispersas, poco trazables y generan incentivos mal alineados, particularmente en contextos donde existen información imperfecta, baja capacidad de monitoreo y oportunidades de comportamiento oportunista (Wi-

lliamson, 1985; Goodman *et al.*, 2024). Un sistema con baja transparencia, débil verificación y alto costo de acceso para el usuario crea condiciones más propicias para atajos y capturas del proceso asistencial.

La verificación también puede fallar por exceso cuando se concentra en el cumplimiento formal y no en el valor clínico. Si el personal de salud percibe que debe producir documentación principalmente para evitar observaciones administrativas, pero no recibe retroalimentación útil para mejorar la atención, el registro tiende a convertirse en una defensa documental antes que en una herramienta clínica. En ese caso, la trazabilidad deja de estar al servicio de la calidad y pasa a funcionar como mecanismo de protección frente a auditorías. La literatura reciente sobre carga documental en atención primaria documenta este patrón: cuando los requerimientos de cumplimiento superan la capacidad operativa del personal, se desarrollan estrategias adaptativas que pueden incluir registros tardíos, llenado posterior o delegación de la documentación a personal no involucrado directamente en el acto clínico (Ilea & Ilea, 2024; Murad *et al.*, 2024; Sloss *et al.*, 2024; Storseth *et al.*, 2025). El efecto colateral es un desgaste profesional documentado consistentemente en la literatura internacional.

La conexión entre registro clínico y financiamiento prestacional adquiere particular relevancia en el sistema peruano. En el caso de los Formatos Únicos de Atención (FUA), el documento tiene carácter de declaración jurada y constituye evidencia clínica, administrativa y financiera. La información consignada permite acreditar la prestación, validar su pertinencia clínica, valorizarla y sustentar su reconocimiento financiero por parte del Seguro Integral de Salud (SIS, 2025). La directiva vigente que regula la auditoría de seguros de las prestaciones establece criterios específicos para la validación del FUA y precisa que los registros que no sustenten su autenticidad pueden ser rechazados durante los procesos de supervisión, control y auditoría (SIS, 2025). En este marco, una atención efectivamente brindada puede no ser reconocida financieramente si el registro no cumple con los criterios establecidos, lo que genera un riesgo financiero directo para el establecimiento prestador.

Este vínculo entre calidad documental y sostenibilidad financiera del establecimiento permite conectar los costos de verificación con los incentivos institucionales. Si el sistema no simplifica la documentación, no retroalimenta oportunamente y solo observa de manera tardía, los actores pueden desarrollar conductas defensivas o adapta-

tivas que terminan deteriorando la calidad efectiva del registro. Algunos profesionales priorizarán la atención directa y dejarán el registro para después; otros llenarán los formatos de manera estrictamente formalista; otros podrán delegar el llenado a personal que no participó directamente en el acto clínico. En todos los casos, la información pierde calidad y el sistema pierde capacidad de aprendizaje institucional (Murad *et al.*, 2024). Quispe-Condori *et al.* (2025) muestran, en su análisis del financiamiento y cobertura prestacional del SIS entre 2007 y 2023, que la articulación entre cobertura formal, prestación efectiva y reconocimiento financiero sigue siendo un punto crítico del aseguramiento universal en el Perú.

La implementación de historias clínicas electrónicas se ha planteado como una vía para reducir simultáneamente costos de búsqueda, coordinación y verificación. Huapaya-Huertas *et al.* (2022) documentan, en su análisis de la experiencia del Complejo Hospitalario San Pablo, que la transición hacia el registro electrónico requiere ajustes organizacionales sostenidos, gestión del cambio cultural en los trabajadores, soporte técnico continuo y alineación entre los sistemas clínicos y los sistemas administrativos. Sin estos componentes, la digitalización puede no reducir los costos de verificación, sino añadir una capa operativa adicional al personal asistencial. La supervisión nacional, a través del Anuario Estadístico de SUSALUD, documenta que los procesos de protección de derechos del usuario y atención de reclamos también dependen de la trazabilidad documental efectiva (SUSALUD, 2023), lo que vincula la calidad del registro no solo con el reconocimiento financiero, sino con la protección de derechos en salud.

La verificación bien diseñada debería reducir incertidumbre, mejorar trazabilidad y fortalecer la calidad. Para ello, necesita integrarse al flujo real de atención y no operar como una capa administrativa posterior. Requiere registros simples, interoperables, oportunos y clínicamente pertinentes (Debie *et al.*, 2022). También requiere que la auditoría no se conciba únicamente como mecanismo de observación, sino como fuente de aprendizaje institucional. Cuando la verificación se limita a sancionar o descontar, genera temor y formalismo. Cuando retroalimenta procesos, mejora capacidades (Sloss *et al.*, 2024).

Los costos de verificación muestran con particular claridad cómo una falla en el diseño institucional puede afectar simultáneamente la práctica clínica, la experiencia del usuario y la sostenibilidad financiera del establecimiento prestador. Un sistema que no verifica adecuadamente puede per-

mitir errores, informalidad o pérdida de recursos. Un sistema que verifica de manera excesivamente burocrática puede desgastar al personal, reducir el tiempo clínico efectivo y producir cumplimiento formal sin mejora real de la atención. El desafío institucional, por tanto, no es eliminar la verificación, sino diseñarla de modo que agregue valor clínico, reduzca discrecionalidad operativa y sostenga financieramente la atención (Williamson, 1985; Debie *et al.*, 2022).

Discusión

La revisión desarrollada permite sostener que una parte sustantiva de los problemas de calidad y práctica clínica en el sistema de salud peruano no puede explicarse únicamente por insuficiencia presupuestal, brechas de infraestructura o escasez de personal. Estos factores son relevantes, pero operan dentro de un diseño institucional que distribuye información, responsabilidades e incentivos de manera fragmentada (OCDE, 2025). La segmentación entre subsistemas, la débil interoperabilidad, la acumulación normativa, la carga documental y los mecanismos de verificación tardíos generan costos de transacción que se expresan en la operación cotidiana del sistema: usuarios que no encuentran rutas claras de atención, personal que reconstruye información, establecimientos que coordinan manualmente procesos complejos y prestaciones que pueden perder reconocimiento financiero por fallas de registro o sustento documental (Huapaya-Huertas *et al.*, 2022; SIS, 2025).

Esta lectura permite precisar el aporte de la economía institucional al análisis sanitario. Las reglas del sistema no solo organizan formalmente la atención; estructuran incentivos que orientan el comportamiento de los actores. Desde la perspectiva de North (1990), las instituciones constituyen las reglas de juego que estructuran los incentivos de la interacción humana. Desde Coase (1937) y Williamson (1985), toda interacción institucional implica costos de búsqueda, coordinación y verificación que consumen tiempo y recursos organizacionales. Desde Hayek (2024), la información relevante en sistemas complejos se encuentra dispersa entre múltiples actores y requiere mecanismos efectivos de coordinación. Desde Leoni (2010), la expansión normativa puede reducir la previsibilidad práctica cuando supera la capacidad real de comprensión e implementación. Aplicadas al sistema de salud, estas ideas permiten observar que la calidad no depende únicamente de la competencia individual del profesional ni de la exis-

tencia de normas técnicas, sino de la forma en que el sistema reduce o multiplica fricciones entre el acto clínico, la gestión administrativa y el financiamiento (Arrow, 1963; Debie *et al.*, 2022).

Uno de los hallazgos centrales de esta revisión es que los costos de búsqueda, coordinación y verificación no actúan de manera aislada. Cuando el usuario no encuentra información clara sobre cobertura, disponibilidad o ruta de atención, aumenta el riesgo de demora, gasto de bolsillo o búsqueda de circuitos alternativos. Los datos del INEI (2023) muestran que una proporción significativa de la población con problemas de salud acude directamente a farmacias o boticas como primer punto de consulta, patrón que Zavala-Curzo (2023) vincula con el riesgo persistente de gasto catastrófico entre los hogares peruanos, aun en presencia de cobertura formal del SIS. Cuando el personal de salud no accede oportunamente a antecedentes, resultados auxiliares o registros previos, la decisión clínica se apoya en información incompleta. Cuando los establecimientos no coordinan adecuadamente referencias, contrarreferencias, farmacia, laboratorio, auditoría y financiamiento, la continuidad asistencial se debilita, según lo documentado por Llanos Zavala *et al.* (2021) en su evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la DIRIS Lima Norte. Cuando la verificación se concentra en revisar tardíamente documentos mal integrados, el sistema pierde capacidad de corrección temprana y aprendizaje institucional (Murad *et al.*, 2024; Sloss *et al.*, 2024).

La práctica clínica aparece, en este marco, condicionada por una tensión permanente. Por un lado, el personal de salud puede dedicar tiempo excesivo a llenar formatos, sostener trazabilidad documental, responder exigencias administrativas o resolver fallas de coordinación (Storseth *et al.*, 2025; Ilea & Ilea, 2024). Por otro lado, ante presión asistencial elevada, puede priorizar la atención directa y dejar el registro rezagado, incompleto o técnicamente deficiente. Ambos caminos producen deterioro institucional. En el primer caso, se reduce el tiempo clínico efectivo disponible para el paciente. En el segundo, se afecta la continuidad del cuidado, la capacidad de auditoría y el reconocimiento prestacional. La historia clínica ilegible, la evolución tardía, el informe operatorio incompleto o el Formato Único de Atención mal llenado no constituyen detalles administrativos menores. Son puntos donde se cruzan calidad clínica, seguridad del paciente, sostenibilidad financiera y gobernanza institucional (Huapaya-Huertas *et al.*, 2022; SIS, 2025).

Este enfoque también permite tratar con mayor precisión fenómenos sensibles, como el desplazamiento de la demanda hacia circuitos privados, los cobros irregulares o la discrecionalidad operativa. No corresponde explicarlos únicamente como fallas morales individuales ni como defectos aislados de determinados profesionales. En contextos donde el acceso público es lento, la información es confusa, la trazabilidad es débil y los incentivos están mal alineados, pueden aparecer márgenes para atajos, intermediaciones informales o redireccionamientos que deterioran la equidad y la confianza institucional (Williamson, 1985; Goodman *et al.*, 2024). La literatura internacional sobre gobernanza del sector privado en países de ingresos medios sugiere que estos fenómenos están sistemáticamente asociados con debilidades en la rendición de cuentas, la transparencia y la capacidad regulatoria del Estado (Goodman *et al.*, 2024; Debie *et al.*, 2022). La crítica analítica, por tanto, debe dirigirse al diseño institucional que crea estas condiciones, no a una simplificación moralizante del comportamiento individual.

El vínculo entre calidad del registro clínico y sostenibilidad financiera del establecimiento es particularmente revelador en el caso peruano. La directiva vigente que regula la auditoría del SIS establece que los registros que no sustenten su autenticidad pueden ser rechazados durante los procesos de supervisión y control prestacional (SIS, 2025). Esto convierte al FUA en un nudo institucional donde se intersectan la práctica clínica, la documentación, la auditoría y el financiamiento. A su vez, Quispe-Condori *et al.* (2025) muestran, en su análisis del financiamiento y cobertura prestacional del SIS entre 2007 y 2023, que la articulación entre cobertura formal, prestación efectiva y reconocimiento financiero sigue siendo un punto crítico del aseguramiento universal en el Perú. Una prestación clínicamente pertinente puede no ser reconocida si el registro no cumple los criterios establecidos por el asegurador, lo que traslada al establecimiento prestador un riesgo financiero que tiene origen, en parte, en el diseño del propio sistema de verificación.

La calidad de atención, bajo esta mirada, debe entenderse como resultado institucional, no únicamente como producto de la competencia individual del profesional. Una atención puede fracasar aun cuando exista personal capacitado, si el sistema no le permite trabajar con información suficiente, tiempo razonable, procesos coordinados, registros útiles y mecanismos de verificación orientados al aprendizaje (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025). La OMS vincula la ca-

lidad con servicios seguros, efectivos, oportunos, eficientes, equitativos y centrados en las personas; la seguridad del paciente, en esa línea, constituye una dimensión central de la calidad que requiere sistemas capaces de reducir daños evitables en la atención (OMS, 2025). En el caso peruano, la OCDE (2025) ha advertido que la fragmentación y segmentación del sistema afectan el acceso, la eficiencia y la calidad, lo que refuerza la necesidad de pensar la reforma sanitaria no solo desde el aumento de recursos, sino desde la reducción sistemática de fricciones institucionales.

Las propuestas de reforma sectorial, particularmente las Redes Integradas de Salud, adquieren relevancia desde esta perspectiva. Cosvalente-Vidarte *et al.* (2019) plantean que la transformación hacia redes integradas no se reduce a una reorganización nominal de establecimientos: requiere ajustes simultáneos en financiamiento, aseguramiento y gestión del cambio cultural de los trabajadores del sistema. Huauya-Canchari y Medina-Sotelo (2025) confirman, desde la comparación regional latinoamericana, que los países con sistemas más coordinados logran reducciones significativas en costos operativos y mejoras sostenidas en la satisfacción de los usuarios. La evidencia internacional sobre gobernanza sanitaria sugiere, además, que estas transformaciones requieren mecanismos efectivos de rendición de cuentas, transparencia y capacidades institucionales sostenidas en el tiempo (Debie *et al.*, 2022; Goodman *et al.*, 2024). La supervisión nacional a través de SUSALUD constituye, en este marco, una pieza institucional clave para articular prestación, regulación y protección de derechos en salud (SUSALUD, 2023).

La presente revisión tiene tres limitaciones que es necesario reconocer explícitamente. Primero, la escasez de estudios que cuantifiquen directamente los costos de transacción en el sistema de salud peruano obliga a apoyar una parte del análisis en inferencias institucionales construidas a partir de la aplicación de categorías de la economía institucional al caso peruano. Esta limitación no invalida el argumento, pero exige plantearlo con prudencia analítica. Segundo, el cribado y la codificación de la revisión fueron realizados por un único revisor, lo que reduce el control de sesgo de selección frente a una revisión sistemática con doble cribado independiente. Tercero, la aplicación de un marco analítico predefinido –los tres tipos de costo de transacción– orienta la lectura del corpus y puede dejar fuera dimensiones relevantes no capturadas por estas categorías. Estas limitaciones son consistentes con el alcance del diseño y se compensan

parcialmente con la transparencia de los criterios y el procedimiento aplicados.

Se requiere investigación empírica futura que mida directamente tiempos de búsqueda de atención, costos administrativos para usuarios, carga documental del personal de salud, frecuencia de registros incompletos, pérdidas por observaciones prestacionales, duplicidad de exámenes, demoras en referencia y contrarreferencia, y efectos financieros de la mala calidad documental sobre la sostenibilidad de los establecimientos. Estos datos permitirían pasar de una explicación conceptual a una agenda de medición y mejora institucional capaz de orientar reformas basadas en evidencia empírica peruana específica.

Conclusiones

El sistema de salud peruano enfrenta problemas de calidad asistencial que no pueden atribuirse únicamente a la falta de recursos. El diseño institucional fragmentado, la dispersión normativa, la debilidad de los sistemas de información y la insuficiente articulación entre prestación, registro, auditoría y financiamiento generan costos de transacción que afectan el funcionamiento cotidiano de los servicios (OCDE, 2025; Debie *et al.*, 2022). Estos costos no son externos a la práctica clínica: forman parte de las condiciones bajo las cuales el personal de salud decide, registra, coordina, deriva, comunica y sostiene la continuidad del cuidado.

La separación entre subsistemas, particularmente entre SIS, EsSalud, sanidades y sector privado, incrementa los costos de búsqueda y coordinación para usuarios, personal de salud y gestores institucionales (OCDE, 2025; Quispe-Condori *et al.*, 2025). La cobertura formal no garantiza, por sí sola, acceso efectivo si el usuario no encuentra una ruta clara de atención, si los establecimientos no comparten información o si la referencia entre niveles opera con demoras y vacíos de responsabilidad (Llanos Zavalaga *et al.*, 2021; Huauya-Canchari & Medina-Sotelo, 2025). De igual manera, la existencia formal de normas y formatos no asegura calidad si el registro se vuelve redundante, tardío o desconectado del flujo real de atención (Murad *et al.*, 2024; Sloss *et al.*, 2024).

Los costos de verificación expresan una tensión institucional particularmente relevante. La trazabilidad clínica y prestacional resulta indispensable para garantizar continuidad asistencial, auditoría, financiamiento y sostenibilidad institucional (SIS, 2025; SUSALUD, 2023). Sin embargo, cuando la verificación se diseña como control tardío y predominantemente documental, puede generar

formalismo, desgaste profesional y pérdida de tiempo clínico efectivo. Cuando, por el contrario, el registro queda incompleto, ilegible o delegado sin suficiente integración con el acto asistencial, se deteriora la calidad clínica y se compromete el reconocimiento financiero de las prestaciones (Huapaya-Huertas *et al.*, 2022). En ambos casos, el problema no es solo documental: es institucional.

La presente revisión sostiene que mejorar la calidad de atención exige reducir fricciones institucionales. Esto implica fortalecer sistemas de información interoperables, simplificar registros, articular historia clínica y financiamiento, mejorar rutas de referencia y contrarreferencia, rediseñar auditorías con enfoque de aprendizaje y alinear incentivos hacia resultados sanitarios verificables (Cosavalente-Vidarte *et al.*, 2019; Debie *et al.*, 2022). Las Redes Integradas de Salud pueden ser una vía relevante, siempre que no se limiten a una reorganización formal de establecimientos, sino que reduzcan efectivamente los costos de búsqueda, coordinación y verificación que enfrentan los ac-

tores del sistema (Cosavalente-Vidarte *et al.*, 2019; Goodman *et al.*, 2024).

La contribución central del trabajo consiste en proponer una lectura institucional de la práctica clínica y la calidad de atención. La pregunta relevante no es solo cuántos recursos tiene el sistema, sino qué reglas, incentivos y mecanismos de coordinación permiten convertir esos recursos en atención oportuna, segura, continua y financieramente sostenible (Arrow, 1963; Williamson, 1985; North, 1990). Desde esta perspectiva, la reforma sanitaria no debería limitarse a aumentar normas, presupuesto o supervisión, sino a rediseñar los arreglos institucionales que hoy hacen que atender, registrar, coordinar y verificar sea más difícil de lo estrictamente necesario.

Conflicto de intereses y financiamiento

El autor declara no tener conflictos de intereses. La presente revisión no recibió financiamiento externo.

Referencias

- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973. <https://www.jstor.org/stable/1812044>
- Coase, R. H. (1937). The nature of the firm. *Economica*, 4(16), 386–405. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0335.1937.tb00002.x>
- Cosavalente-Vidarte, O., Zevallos, L., Fasanando, J., & Cuba-Fuentes, S. (2019). Proceso de transformación hacia las redes integradas de salud en el Perú (Transformation process toward integrated health networks in Peru). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 319–325. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4623>
- Debie, A., Khatri, R. B., & Assefa, Y. (2022). Successes and challenges of health systems governance towards universal health coverage and global health security: A narrative review and synthesis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00858-7>
- Goodman, C., Witter, S., Hellowell, M., Allen, L., Srinivasan, S., Nixon, S., Burney, A., Bhattacharjee, D., Coccozza, A., Appleford, G., Thabet, A., & Clarke, D. (2024). Approaches, enablers and barriers to govern the private sector in health in low- and middle-income countries: A scoping review. *BMJ Global Health*, 9(11), e015771. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015771>
- Hayek, F. A. von. (2024). El uso del conocimiento en la sociedad (The Use of Knowledge in Society). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (80), 215–226. <https://reis.cis.es/index.php/reis/article/view/1325> (Obra original publicada en 1945).
- Huapaya-Huertas, O., Palomino-Rojas, J., Calle-Teixeira, C., Alvarez-Huiman, G., Montesinos-Segura, R., & Taype-Rondan, A. (2022). Experiencia del Complejo Hospitalario San Pablo (Perú) en la implementación de un sistema de historias clínicas electrónicas (Experience of the San Pablo Hospital Complex (Peru) in the Implementation of an Electronic Health Records System). *Anales de la Facultad de Medicina*, 82(4), 349–354. <https://doi.org/10.15381/anales.v82i4.22211>
- Huayua-Canchari, L., & Medina-Sotelo, C. G. (2025). Políticas de referencia y contrarreferencia en salud pública: Comparación entre niveles de atención en América Latina (Referral and Counter-Referral Policies in Public Health: Comparison Across Levels of Care in Latin America). *Prohominum. Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 7(4), 307–319. <https://doi.org/10.47606/acven/ph0399>
- Ilea, P., & Ilea, I. (2024). Administrative burden for patients in U.S. health care settings post-Affordable Care Act: A scoping review. *Social Science & Medicine*, 345, 116686. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116686>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023). *Condiciones de vida en el Perú: Trimestre Octubre-noviembre-diciembre 2022* (Living Conditions in Peru: October–November–December 2022 Quarter) [Informe técnico, N° 1]. <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-condiciones-de-vida-oct-nov-dic-2022.pdf>
- Kyle, M. A., Feng, K. Y., Wade, C. G., & Yaver, M. (2025). Patient administrative burden: A scoping

- review. *Health Affairs Scholar*, 3(11), qxaf216. <https://doi.org/10.1093/haschl/qxaf216>
- Leoni, B. (2010). *La libertad y la ley* (Freedom and the Law) (3.^a ed.). Unión Editorial. (Obra original publicada en 1961)
- Llanos Zavalaga, L. F., Orellana Vásquez, A. T., & Aguado Taquire, H. F. (2021). Evaluación inicial del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros materno infantiles (Initial Evaluation of the Ambulatory Referral and Counter-Referral System in DIRIS Lima Norte from Maternal and Child Health Centers). *Revista Médica Herediana*, 32(2), 91–102. <https://doi.org/10.20453/rmh.v32i2.3982>
- Murad, M. H., Vaa Stelling, B. E., West, C. P., Hasan, B., Simha, S., Saadi, S., Firwana, M., Viola, K. E., Prokop, L. J., Nayfeh, T., & Wang, Z. (2024). Measuring documentation burden in healthcare. *Journal of General Internal Medicine*, 39, 2837–2848. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08956-8>
- North, D.C. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511808678>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021–2030: Hacia la eliminación de daños evitables en la atención de salud* (Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care). <https://iris.who.int/handle/10665/343477>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, mayo 19). *Servicios de salud de calidad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2025). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: Perú 2025 (OECD Reviews of Health Systems: Peru 2025)*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/262a739e-es>
- Quispe-Condori, C. A., Tapia-Pinto, L. M., Godoy-Segundo, R. A., Solis-Sánchez, G., & Del Carmen Sara, J. C. (2025). Financiamiento y cobertura prestacional del Seguro Integral de Salud en Perú, 2007–2023 [Financing and Benefit Coverage of the Comprehensive Health Insurance (SIS) in Peru, 2007–2023]. *Anales de la Facultad de Medicina*, 86(4), 436–444. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/31609>
- Seguro Integral de Salud. (2025, octubre 1). Resolución Gerencial N.º 001-2025-SIS/GREP-V.01 que regula la auditoría de seguros de las prestaciones de salud brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuentan con convenio o contrato con el Seguro Integral de Salud [Resolución Jefatural N.º 000115-2025-SIS/J]. <https://www.gob.pe/institucion/sis/normas-legales/7248773-000001-2025-sis-grep>
- Sloss, E. A., Abdul, S., Aboagyewah, M. A., Beebe, A., Kendle, K., Marshall, K., Rosenbloom, S.T., Rossetti, S., Grigg, A., Smith, K. D., & Mishuris, R. G. (2024). Toward alleviating clinician documentation burden: A scoping review of burden reduction efforts. *Applied Clinical Informatics*, 15(3), 446–455. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1787007>
- Storseth, O., McNeil, K., Grudniewicz, A., Correia, R. H., Gallant, F., Thelen, R., & Lavergne, M. R. (2025). Administrative burden in primary care: Critical review. *Canadian Family Physician*, 71(6), 417–423. <https://doi.org/10.46747/cfp.7106417>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2023). *Anuario estadístico SUSALUD 2022*. (Statistical Yearbook SUSALUD 2022). <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4873728/ANUARIO%20ESTADISTICO%20SUSALUD%202022.pdf>
- Williamson, O. E. (1985). *The economic institutions of capitalism*. Free Press.
- Zavala-Curzo, D. F. (2023). Impacto del aseguramiento en salud en la economía de los hogares peruanos, 2010–2019 (Impact of Health Insurance Coverage on the Economics of Peruvian Households, 2010–2019). *Acta Médica Peruana*, 40(2), 91–103. https://www.researchgate.net/publication/372790414_Impacto_del_Aseguramiento_en_Salud_en_la_Economia_de_los_Hogares_Peruanos_2010-2019