Cuentas Nacionales de Salud
Perú, 1995-2005

Marzo del 2008

Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995-2005 / Ministerio de Salud. Oficina General de Planeamiento y Presupuesto / Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio de la Salud. —Lima: Ministerio de Salud, 2008.
112 pp.

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD / GASTOS EN SALUD / ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD / PERÚ

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2008-00909
ISBN 978-9972-804-80-9

Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995-2005

Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA:
Econ. F. Rubén Alcalá, Director General; Econ. Elena Tanaka, Past Directora General; Dr. Edson Valdivia, Director de Planeamiento y Gestión Institucional; Dra. Nora Reyes, Past Directora; Ing. Econ. Eduardo del Solar, Consultor Ad Hoc; Contador Luis Morey y Econ. José Chauca.

Observatorio de la Salud-CIES:
Econ. Margarita Petrera, coordinadora técnica del estudio, Est. Carmen Reyes, Econ. Ana Vicente y Adm. Segundo Montenegro.

Revisión de texto: Luis Andrade

© **MINSA, 2008**
Ministerio de Salud
Av. Salaverry N.° 801, Lima 11-Perú
Teléfono: (51-1) 315-6600
http://www.minsa.gob.pe
webmaster@minsa.gob.pe

© **CIES, 2008**
Consorcio de Investigación Económica y Social
Observatorio de la Salud
Ántero Aspíllaga 584, El Olivar, Lima 27, Perú
Telefax: (51-1) 421-8082, 421-7968, 442-0463
http://observatoriodelasalud.cies.org.pe

Versión digital disponible: http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp

Primera edición, marzo del 2008
Tiraje: 250 ejemplares

Imprenta:
Ediciones Nova Print SAC
Ignacio Merino 1546, Lince

Esta publicación forma parte de las serie Documentos de Trabajo del CIES. El Observatorio del Derecho a la Salud, auspiciado por la Fundación Ford, es una iniciativa del CIES. Su propósito es impulsar una comunidad que articule los derechos humanos con la salud pública, promoviendo los vínculos entre ambos, así como el análisis independiente y la generación de conocimiento útil alrededor del derecho a la salud.

Este estudio es producto del Convenio 017-2007/MINSA, MINSA-CIES, cuyo objetivo es la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud correspondientes al período 2001-2005 y compatibles con la serie 1995-2000, de modo que sea posible presentar la serie 1995-2005.

El estudio ha sido efectuado con la participación del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) a través de la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales, instancia rectora de dichas cuentas.

Participaron, por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA, su anterior directora general, economista Elena Tanaka Torres; y su actual director general, economista F. Rubén Alcalá Martínez; la anterior directora y el actual director de la Oficina de Planeamiento y Gestión Institucional, doctora Nora Reyes Puma y doctor Edson Valdivia Vera, respectivamente; el ingeniero economista Eduardo del Solar Zanga, consultor ad hoc, el contador Luis Morey Jiménez y el economista José Chauca Delgado.

Participaron, por el CIES, la coordinadora del Observatorio de la Salud, economista Margarita Petrera Pavone, quien realizó la coordinación técnica y la redacción del estudio, con la asesoría especializada de la estadística Carmen Reyes Hiuguay, quien, además, efectuó el análisis de consistencia de información en compañía de la economista Ana Vicente Castro y el apoyo del administrador Segundo Montenegro Baños.

Para la elaboración del estudio, los recursos utilizados por el MINSA procedieron de su fuente Recursos Ordinarios, mientras que los del CIES, del convenio suscrito con la Fundación Ford en apoyo al proyecto Observatorio de la Salud-CIES.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), la Cooperación Técnica Belga y el Programa Derechos En Salud de CARE-Perú financiaron la edición y publicación del estudio.

Prefacio

Este estudio es resultado del trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud del Perú y el Observatorio de la Salud-Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), definido en el Convenio 017-2007/MINSA, cuyo objetivo es la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud correspondientes al período 2001-2005 y compatibles con la serie 1995-2000, elaborada y publicada por el MINSA-OPS/OMS, de modo que sea posible presentar el período 1995-2005.

Las Cuentas Nacionales de Salud constituyen tanto una fuente de información como un instrumento de comunicación, diálogo y concertación para una efectiva rectoría sanitaria y una gestión transparente del sector, exigencia que resulta mayor en esta etapa de descentralización de los servicios de salud, en la que se requiere ofrecer un marco general para los estudios de Cuentas Regionales en Salud.

Las preguntas esenciales que suelen enfrentar las Cuentas Nacionales de Salud tienen aquí respuesta: ¿Cómo ha evolucionado el gasto en el terreno de la salud? ¿Quiénes son los agentes que financian la atención de salud? ¿Cómo evoluciona su estructura y qué implicancia tiene esto? ¿Cuáles son los principales centros de gasto? ¿Cual es la estructura de gasto según los principales prestadores? ¿Cómo evoluciona el acceso a la atención de salud? ¿Cómo evoluciona el acceso al aseguramiento? ¿Cómo evoluciona el mercado farmacéutico?

Esperamos que la información provista por este estudio y la discusión que provoque incidan en diversas instancias organizacionales y políticas, a favor del desarrollo de la rectoría sanitaria, como marco de referencia para los estudios regionales que sobre el mismo tema se vienen efectuando en el proceso de descentralización sectorial y para las cuentas de las principales patologías financiadas con recursos públicos.

Javier Portocarrero Maisch
Director ejecutivo del CIES

Hernán Garrido-Lecca Montañez
Ministro de Salud
Gobierno Peruano

Margarita Petrera
Coordinadora del Observatorio de la Salud-CIES

Contenido

ABREVIATURAS FRECUENTES 13

1. INTRODUCCIÓN 14

1.1 Antecedentes 14

1.2 Objeto de estudio 15

1.3 Delimitación del objeto de estudio 15

2. DESCRIPCIÓN DEL SECTOR Y AGENTES 17

2.1 Contexto general 17

2.2 Clasificación de agentes, fuentes, fondos y prestadores 20
2.2.1 Agentes y fuentes 20
2.2.2 Fondos de aseguramiento 21
2.2.3 Prestadores 22

3. PRINCIPALES RESULTADOS 23

3.1 Flujos financieros 23
3.1.1 Gasto en servicios de salud 23
3.1.2 Precios en la atención de salud 26
3.1.3 Financiamiento de los servicios de salud 28
3.1.4 Fondos de financiamiento 31
3.1.5 Matriz de flujos financieros 35

3.2 Utilización y aseguramiento de servicios de salud, 2002-2005 36
3.2.1 Utilización de servicios de salud 36
3.2.2 Aseguramiento de servicios de salud 40

3.3 Estructura de gasto de prestadores de servicios de salud, 1995-2005 48

3.4 Financiamiento y descentralización pública, 2001-2005 51
3.4.1 Cambios en la estructura de financiamiento del MINSA 51
3.4.2 Estructura de financiamiento de EsSalud 54

3.5 Mercado de medicamentos e insumos médicos, 1995-2005 54

4. COMENTARIOS FINALES 60

BIBLIOGRAFÍA 64

ANEXO 1. Gasto presupuestal del MINSA Nacional versus gasto en Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 2001-2005 65
ANEXO 2. Estructura de gasto de prestadores de salud, 1995-2005 66

CUADROS

1. Principales indicadores del gasto en salud. Perú, 1995-2005 23
2. Componentes del Índice de Precios de Cuidado, Conservación de la Salud y Servicios Médicos. Perú, 1995-2005 26
3. Estructura de financiamiento de la atención de salud. Perú, 2002-2005 (porcentajes) 28
4. Gasto en salud según prestadores. Perú, 1995-2005 (porcentajes) 29
5. Destino de financiamiento de los hogares. Perú, 1995-2005 (porcentajes) 30
6. Tipos de fondos en servicios de salud. Perú, 1995-2005 (millones de nuevos soles) 31
7. Tendencias de utilización de los servicios de salud. Perú, 1995-2005 (porcentajes del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar) 36
8. Tendencias en la utilización de servicios según quintil de ingresos. Perú, 2002-2005 (porcentajes del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según quintil de ingresos) 38
9. Tendencias en la utilización de servicios según quintil de ingresos. Perú, 2002-2005 (porcentajes del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según tipo de atención) 39
10. Tendencias en la utilización de servicios según región geográfica. Perú, 2002-2005 (porcentajes del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según lugar de residencia) 41
11. Tendencias en la utilización de servicios según región geográfica. Perú, 2002-2005 (porcentajes del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según tipo de atención) 42
12. Tendencias de aseguramiento en salud. Perú, 1995-2005 (porcentajes de la población) 43
13. Afiliación al SIS según quintiles de gasto. Perú, 2000-2005 (porcentajes) 44
14. Tendencias en la utilización de servicios según condición de aseguramiento. Perú, 2002-2005 (porcentajes del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según condición de consulta) 47

15. Estructura de gasto del MINSA Nacional. Perú, 1995-2000-2005 (porcentajes) 48
16. Estructura de gasto de EsSalud. Perú, 1995-2000-2005 (porcentajes) 48
17. Estructura de gasto del prestador privado lucrativo. Perú, 1995-2000-2005 (porcentajes) 49
18. Estructura de financiamiento del MINSA Nacional para servicios de salud. Perú, 2001-2005 (porcentajes) 52
19. Estructura de financiamiento de MINSA pliego y MINSA regiones para servicios de salud. Perú, 2001-2005 (porcentajes) 53
20. Estructura de financiamiento de EsSalud para servicios de salud. Perú, 2001-2005 (porcentajes) 55
21. Demanda de prestadores y farmacias de insumos médicos y medicamentos. Perú, 2001-2005 (valores absolutos y porcentuales) 56
22. Importación de productos farmacéuticos de uso humano y sustancias químicas medicinales. Perú, 1995-2005 (millones de dólares americanos) 57
23. Matriz de demanda según consumo intermedio y final de insumos médicos y medicamentos. Perú, 2002-2005 (porcentajes) 58

GRÁFICOS

1. Agentes en la prestación de servicios de salud. Perú, 2005 18
2. Gasto total en servicios de salud. Perú, 1995-2005 24
3. Gasto en servicios de salud/PBI. Perú 1995-2005 24
4. Gasto real per cápita en servicios de salud. Perú, 1995-2005 25
5. Gasto en salud según prestadores. Perú, 1995-2005 26
6. Índice de precios de salud y del consumidor. Perú, 1995-2005 27
7. Componentes del Índice de Precios de Servicios de Salud. Perú, 1995-2005 27
8. Estructura de financiamiento en salud. Perú, 1995-2005 29
9. Destino de financiamiento de los hogares en servicios de salud. Perú, 1995-2005 30
10. Matriz de flujos: agentes financiadores, fondos y prestadores. Perú, 1995 32
11. Matriz de flujos: agentes financiadores, fondos y prestadores. Perú, 2000 33
12. Matriz de flujos: agentes financiadores, fondos y prestadores. Perú, 2005 34
13. Consulta institucional y no institucional de servicios de salud. Perú, 1994-2005 37
14. Consulta por tipo de prestador institucional. Perú, 1994-2005 37
15. Población asegurada por modalidad. Perú, 1985-2005 43
16 Composición del SIS por quintil de ingresos. Perú, 2002-2005 44

17. Afiliados al SIS por quintil de ingresos. Perú, 2002-2005 45

18. Consulta de afiliados a EsSalud. Perú, 2002-2005 46

19. Consulta de afiliados al SIS. Perú, 2002-2005 46

20. Participación de las remuneraciones en los prestadores de servicios de salud. Perú, 1995-2005 49

21. Participación de la formación bruta de capital de servicios de salud. Perú, 1995-2005 50

22. Participación del excedente de explotación de los prestadores con fines de lucro. Perú, 1995-2005 51

23. Estructura de financiamiento de los servicios de salud en las regiones. Perú, 2001-2005 54

24. Estructura de financiamiento de EsSalud. Perú, 2001-2005 55

25. Importación de medicamentos como porcentaje del total. Perú, 1995-2005 56

26. Demanda formal de medicamentos e insumos médicos. Perú, 1995-2005 57

27. Demanda formal de insumos médicos y medicamentos según agentes principales. Perú, 1995-2005 59

Abreviaturas frecuentes

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CIES	Consorcio de Investigación Económica y Social
DIRESA	Dirección Regional de Salud
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EPS	Entidad Prestadora de Salud
IMS	International Marketing Services
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPC	Índice de Precios al Consumidor
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
ONG	Organismo no gubernamental
OPD	Organismo público descentralizado
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PHRplus	Partners for Health Reformplus
PROMPEX	Comisión para la Promoción de Exportaciones (Hoy PROMPERÚ)
RDR	Recursos Directamente Recaudados
RO	Recursos Ordinarios
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SCTR	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
SD-PCM	Secretaría de Descentralización-Presidencia del Consejo de Ministros
SEPS	Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

1. Introducción

1.1 ANTECEDENTES

Si bien la aplicación y desarrollo de las Cuentas Nacionales en Salud se ha producido de manera episódica, antes que sistemática, su conocimiento ha tenido impacto y amplia utilización en los planes y políticas sectoriales e institucionales de salud.

A inicios del año 1994, las Cuentas Nacionales de Salud iniciaron su desarrollo por iniciativa del Proyecto «Programa Fortalecimiento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud» y permitieron elaborar el estudio *Análisis del financiamiento del sector Salud 1992-1995* (Ministerio de Salud-Banco Interamericano de Desarrollo 1996), además de estimular la discusión en diversos grupos técnicos interinstitucionales y la preparación de versiones revisadas (Ministerio de Salud-Overseas Development Administration 1998). Continuó una versión de estimación de las Cuentas Satélites de Salud 1995-1996, basadas en un sistema integrador como es el Sistema de Cuentas Nacionales (Sistema de Cuentas Nacionales 1993). Posteriormente, en el marco del Programa de Cooperación entre el Ministerio de Salud y la OPS/OMS, se procedió a ampliar los marcos muestrales, a compatibilizar criterios para construir series de mediano plazo y a enriquecer los criterios incorporando el manejo de los flujos financieros, el mercado de medicamentos y la asignación del gasto según funciones, y así se pudo consolidar el período 1995-2000 en una serie homogénea (Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 1994).

En el marco de los avances comentados y teniendo en cuenta el reciente desarrollo de las Cuentas Regionales de Salud en algunas regiones del país,[1] este estudio presenta la serie 1995-2005,[2] con la finalidad de poner un instrumento al servicio de la rectoría nacional y proponer un referente para las cuentas regionales.

1 Las Cuentas Regionales de Salud de La Libertad, Lambayeque, San Martín y Ucayali-Socios para la Reforma del Sector Salud (Partners for Health Reformplus o PHRplus).

2 Se toma como año base 1995, seleccionado por las Cuentas Satélites porque fue representativo de las condiciones «normales» de la economía del país, así como del sector Salud. Asimismo, dicho año contó con mayor cantidad y calidad de información, lo que permitió una estimación exhaustiva y bastante detallada.

1.2 OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio de las Cuentas Nacionales de Salud son los servicios de salud y las actividades vinculadas con ellos. Las «cuentas» se refieren a un conjunto de tablas interrelacionadas que describen fundamentalmente las estructuras de financiamiento y gasto del sector y de sus principales instituciones y agentes en cuanto a la producción y utilización de servicios de salud. Ello las convierte en un instrumento clave de información, comunicación y concertación en el financiamiento, metas de producción y resultados sanitarios para los diversos responsables de la toma de decisiones, fortaleciendo así la función rectora del Ministerio de Salud en lo que respecta a metas de equidad financiera, efectividad y eficiencia en los servicios de salud.

En la medida en que la información de la que dispone el sector permita interconectar las cuentas financieras con las estadísticas de producción y el grado de acceso, este resultado estará plenamente logrado.

Como el anterior estudio (Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 1994), este privilegia un enfoque de flujos financieros, aunque también presenta una estimación monetaria de la estructura productiva de los más importantes prestadores de servicios de salud de acuerdo con las recomendaciones de las cuentas satélites. Ello se debe a la dificultad que todavía presenta el país en cuanto a la consistencia y continuidad de las estadísticas de producción de servicios de salud. No obstante, aun con estas limitaciones, en lo que a producción se refiere, se ha incorporado la evolución del acceso a la atención sanitaria y al aseguramiento en salud, desde dos perspectivas complementarias: la de la pobreza, a través de los quintiles de ingreso, y la del acceso geográfico, mediante el lugar de residencia.

1.3 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Ampliando la definición anterior, el objeto de estudio de las cuentas nacionales son las actividades principalmente relacionadas con la prestación de servicios de salud humana, así como su regulación y normatividad, con el objetivo de preservar la salud y la vida de la población. Dado este objetivo, el ámbito incluye a todos los agentes involucrados, sean instituciones, empresas del sector público y privado formales e informales, así como a los hogares, no solo como destino final o lugar de consumo de los servicios de salud sino también como financiadores de estos servicios, con las implicancias que ello conlleva. Se incluyen, también, el consumo de medicamentos de uso humano y material médico, la inversión en infraestructura y equipamiento, y las actividades relacionadas con el entrenamiento de recursos humanos en salud.

El principal resultado en torno a los servicios de salud es el gasto en salud, definido como el resultado del consumo de los recursos económicos destinados a la promoción, prevención y prestación del servicio de salud; la administración; la capacitación y entrenamiento de los recursos humanos en salud; la investigación aplicada en salud y la formación bruta de capital

requerida para las actividades de salud.[3] Esta definición excluye el gasto en las actividades de educación, nutrición, saneamiento y medio ambiente que efectúan instituciones públicas de salud, y prescinde del gasto en pensiones, ya que este corresponde a retribuciones brindadas en el pasado.[4] De esta manera, el presupuesto ejecutado por el MINSA, por ejemplo, resulta siendo significativamente mayor que el considerado en las cuentas (Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud 1994). En el anexo 1 se compara el gasto presupuestal del MINSA con el gasto considerado en las Cuentas Nacionales de Salud. Como es posible deducir, en el año 2005, solo 88,3% del gasto se considera en las cuentas, ya que el resto son actividades de educación, nutrición, saneamiento y medio ambiente.

3 Algunos estudios definen el gasto total en salud como el uso final de las unidades residentes de bienes y servicios de atención de la salud, más la formación bruta de capital de las ramas de actividad proveedoras de atención de la salud excluyendo la formación del personal y las actividades de investigación. *Sistema de cuentas de salud.* Washington, D. C.: OCDE–BID, 2002.

4 Se clasificaron los gastos de acuerdo con un clasificador general, válido tanto para el sector público como para el sector privado En el caso del sector público se tomaron en cuenta: Servicios de Salud, Insumos Médicos y Medicamentos, Inversión, y Transferencias. Se excluyen los gastos en nutrición (raciones para grupos de riesgo), educación, medio ambiente, saneamiento y pensiones.

2. Descripción del sector y agentes

2.1 CONTEXTO GENERAL

El sector Salud es el espacio social de confluencia de personas, organizaciones y entidades que realizan actividades relacionadas directamente con la salud individual o colectiva en el país, o que repercuten en ella de manera indirecta. No establecen necesariamente entre ellas una relación de dependencia orgánica, funcional o jurídica, sino de coincidencia de acciones. Para ellas, el marco legal vigente define una instancia rectora: el Ministerio de Salud.[5]

En las Cuentas Nacionales de Salud, la anterior definición es acotada al ámbito de los servicios de salud y, por tanto, se esquematiza en el Perú en dos grandes subsectores: el público y el privado (gráfico 1). El primero de ellos está compuesto por el Ministerio de Salud (MINSA) y sus instancias descentralizadas, como son las Direcciones Regionales de Salud, el Seguro Social de Salud (EsSalud) y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. El segundo lo conforman las empresas privadas (prestadores y aseguradoras), las instituciones no lucrativas, los profesionales médicos y paramédicos que brindan servicios de salud, así como los proveedores de medicina tradicional o folclórica.

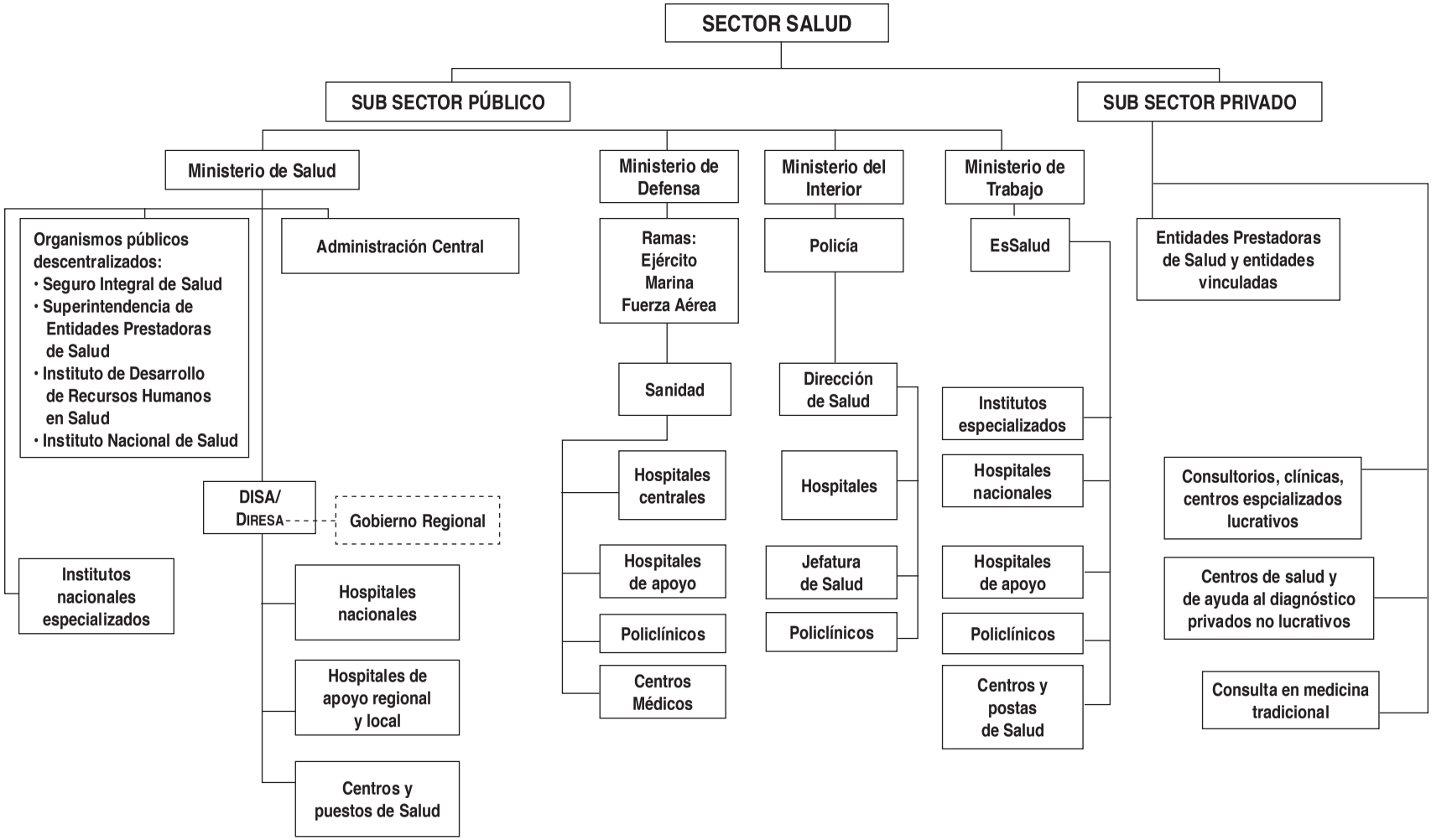
Subsector público

El subsector público está conformado por tres niveles: nacional, regional y local. El primero está encabezado por el MINSA,[6] que funcionalmente desempeña el papel rector dentro del sector y se encarga de emitir los lineamientos de política, así como las normas y procedimientos

5 Definición tomada de la Norma Técnica de Salud sobre Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en Escenarios con Presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente (NTS 059-MINSA/INS-CENSI-V.01, aprobada por Resolución Ministerial 799-2007/ MINSA, del 20/09/2007).

6 Pliego MINSA y sus organismos públicos descentralizados (OPD). En el período de estudio (1995-2005) se contaba con los siguientes: (a) Instituto Nacional de Salud, dedicado a la investigación científica y aplicada a la salud —incluida la medicina tradicional—, la dirección y gestión de programas de alimentación complementaria básica y el desarrollo de la elaboración de productos biológicos (como sueros y vacunas) (b) el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, abocado a la realización de estudios y formación de técnicos y profesionales de salud; (c) la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, con el objetivo de regular y supervisar el mercado de entidades prestadoras de salud; y (d) el Seguro Integral de Salud, que desde el año 2002 pasa a ser el seguro público, que administra los recursos para asegurar a la población que se encuentra en condición de pobreza, mayormente materno-infantil.

Gráfico 1
Agentes en la prestación de servicios de salud. Perú, 2005



técnicos para regular la actividad sectorial. Dispone, además, del más importante aparato prestador de servicios de salud, hoy en fase de transferencia a las regiones, como parte del mandato del proceso de descentralización.

El ámbito, competencia, finalidad y organización del Ministerio de Salud, de sus organismos públicos descentralizados y de sus órganos desconcentrados se definen en la Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento,[7] que asigna su rectoría sectorial al Sistema Nacional de Salud. Hitos importantes en el último quinquenio de estudio (2000-2005) han sido el proceso de descentralización y el desarrollo del Seguro Integral de Salud (SIS).

La descentralización en salud iniciada en el año 2003 se encuentra actualmente en la etapa denominada «efectivización de la transferencia de funciones y facultades a los gobiernos regionales»,[8] consistente en la formalización de la transferencia de la función salud a dichos gobiernos. Por otra parte, se ha iniciado la implementación de proyectos piloto para la transferencia de la función salud a 57 gobiernos locales.[9]

En cuanto al SIS, este ha significado la transición del seguro público desde el Seguro Escolar Gratuito y de aplicaciones parciales del Seguro Materno-Infantil hasta el SIS, como un seguro destinado a los pobres y focalizado mayormente en el binomio madre-niño y en la población escolar.[10]

Las DIRESA son los organismos sectoriales de salud en los gobiernos regionales. Estos últimos son política, económica y administrativamente autónomos, y otorgan servicios de salud a través de la red de establecimientos organizada en tres niveles de atención de acuerdo con su complejidad.[11]

En el ámbito local, las municipalidades y sociedades de beneficencia son las encargadas de la administración y del presupuesto de algunos establecimientos de servicios de salud.

Las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional brindan servicios de salud a sus miembros, familiares directos y trabajadores a través de sus propios establecimientos de salud. Se financian principalmente con fondos del tesoro público y, en menor medida, con copagos de los familiares de los titulares.

---

7 Ley 27657 del 29 enero del 2002.

8 Decreto Supremo 068-2006-PCM, del 13 de octubre del 2006 y directiva 006-2007/SD-PCM, que establecen para el 31 de diciembre del año 2007 la culminación de las transferencias programadas a los gobiernos regionales y locales.

9 Decreto Supremo 077-2006-PCM (31 de octubre del 2006), que establece las disposiciones relativas al proceso de transferencia de la gestión de la atención primaria de salud a las municipalidades provinciales y distritales.

10 En marzo del 2007 se emitió el Decreto Supremo 004-2007-SA, que define el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de Aplicación Obligatoria para Todos los Establecimientos que Reciban Financiamiento del SIS, cuya reglamentación se encuentra pendiente.

11 Norma Técnica 021, que establece los criterios de categorización de los establecimientos del sector Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial 769-2004/MINSA.

La seguridad social en salud tiene en EsSalud (hasta 1996 denominado Instituto Peruano de Seguridad Social-IPSS) su institución responsable. Conforme a su ley de creación, esta institución brinda prestaciones de salud, económicas y sociales, que complementan su rol asegurador. En EsSalud están afiliados principalmente los trabajadores del sector formal de la economía y sus familiares directos. Financiada principalmente con aportes sobre la planilla, brinda servicios de salud a través de sus institutos especializados, hospitales nacionales, y una red de hospitales, policlínicos, centros médicos y postas de salud. La seguridad social se complementa con las entidades prestadoras de salud (EPS), debidamente acreditadas en la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, que brindan prestaciones de menor complejidad en establecimientos privados.

Subsector privado

Los prestadores formales privados son las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras (llamadas autoproductoras de servicios de salud). También se efectúa la distinción entre prestadores con fines de lucro y sin fines de lucro, clásicamente representados por los organismos no gubernamentales (ONG), cuyos servicios están relacionados con el primer nivel de atención. Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional: curanderos, hueseros y parteras, entre otros.

2.2 CLASIFICACIÓN DE AGENTES, FUENTES, FONDOS Y PRESTADORES[12]

Los agentes que intervienen se organizan de acuerdo con sus funciones de financiadores (fuentes), intermediarios (fondos) y prestadores de servicios de salud.

2.2.1 Agentes y fuentes

Gobierno. Es el agente asignador del presupuesto fiscal. Sus fuentes son los recursos ordinarios (que provienen fundamentalmente de los ingresos tributarios) y el endeudamiento en salud.[13]

12 Este acápite reproduce la clasificación ya referida (MINSA-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 2004), en la cual se han incluido pequeños cambios, debido, principalmente, al proceso de descentralización del país.

13 Dado el proceso de descentralización, se distinguen los recursos asignados directamente por la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y los que son asignados a través del MINSA. Véase el acápite 3.4.

Empleadores en general (públicos y privados). Canalizan a la seguridad social en salud los aportes derivados de las remuneraciones registradas en planilla. En el Perú se cotiza el 9% de la remuneración. También canalizan voluntariamente cotizaciones a seguros privados de salud.

Hogares. Financian los servicios de salud a través del denominado «pago de bolsillo», comprando servicios de salud y medicinas y adquiriendo seguros de salud. También pueden participar con sus empleadores en el financiamiento de sus seguros (primas, copagos deducibles) y adquieren por su cuenta un seguro facultativo con la seguridad social.

Cooperantes externos. Canalizan recursos recibidos en calidad de donaciones de los distintos cooperantes internacionales.

Otros. Agentes que realizan donaciones internas; ingresos generados por la venta de equipos obsoletos y desechos de prestadores de servicios de salud; ingresos generados por rentas (depósitos financieros e inmuebles) de activos del seguro social.

2.2.2 Fondos de aseguramiento

Se refieren a aquella parte del financiamiento que discurre por un proceso de agrupación de los recursos financieros para prever y distribuir los riesgos. Los fondos de aseguramiento son propios de los regímenes de aseguramiento social y privado en salud y no siempre se presentan en los procesos de aseguramiento público.

En el Perú están vigentes diversos tipos de afiliación a seguros de salud: la seguridad social (EsSalud), los seguros privados, la Sanidad de la Policía Nacional, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y el SIS. No obstante, solo cuentan con fondos de salud, organizados como tales, la seguridad social en salud y los seguros privados. Los otros no están organizados como fondos, lo que conlleva dificultades para su viabilidad financiera.

Fondo de la seguridad social en salud. Se compone principalmente del fondo de EsSalud y, en menor medida, de los fondos de las entidades prestadoras de salud (EPS). El fondo de EsSalud se construye principalmente con los aportes de los empleadores y de las «no aportaciones» (ingresos financieros, ingresos diversos y recursos preexistentes). Los fondos de las EPS provienen del 25% del total del aporte a la seguridad social para los trabajadores de empresas que han decidido optar por ellas. Adicionalmente, las EPS agrupan recursos financieros provenientes de copagos y otros seguros de salud, además del seguro complementario de trabajo de riesgo para aquellos empleadores que opten por ellas.

Seguros y autoseguros privados. Están compuestos por las primas pagadas a compañías de seguros por hogares y empresas; por los fondos que ciertas empresas establecen para el autoaseguramiento de sus trabajadores y los fondos utilizados por algunas empresas en la provisión directa de servicios a sus trabajadores (autoproductoras).

2.2.3 Prestadores

Ministerio de Salud y Direcciones Regionales de Salud. Comprenden toda la red de establecimientos prestadores de servicios de salud. Reciben recursos financieros del Gobierno, de los hogares, de cooperantes externos y de donantes internos.

Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales. Abarcan toda la red de establecimientos prestadores de servicios de salud de las mencionadas instituciones. Reciben recursos financieros del Gobierno, de aportes de planilla y de los hogares.

Otros prestadores públicos. Esta categoría agrupa a los establecimientos prestadores de servicios de salud de las beneficencias y municipalidades. Reciben recursos financieros del gobierno, hogares y cooperantes externos.

EsSalud. Incluye toda su red de establecimientos prestadores de servicios de salud. Recibe recursos financieros de los empleadores y, en menor medida, de la compra de planes de aseguramiento independientes de parte de los hogares.

Privados lucrativos. Categoría conformada por las clínicas privadas especializadas y no especializadas, centros médicos y policlínicos, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios, servicios de diagnóstico por imágenes, así como los establecimientos de salud dentro de algunas empresas (empresas mineras, petroleras, azucareras). Incluye también a los prestadores de servicios de medicina tradicional y alternativa. Reciben recursos financieros de los hogares y de las aseguradoras privadas.

Privados no lucrativos. Se refiere a los centros y postas médicas de parroquias y asociaciones misioneras, Caritas, Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer, Instituto Peruano de Paternidad Responsable, PLANIFAM, comunidades terapéuticas, Cruz Roja Peruana, compañías de bomberos y otras organizaciones no gubernamentales que realizan gastos en salud. Reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares.

Farmacias. Son las farmacias, boticas y cadenas ubicadas fuera de un prestador institucional de servicios de salud. Se financian con las compras de los hogares.

3. Principales resultados

3.1 FLUJOS FINANCIEROS

3.1.1 Gasto en servicios de salud

a) En el período 1995-2005, el gasto nacional en servicios de salud a nuevos soles corrientes creció en 115,6%. Este incremento requiere ser analizado en términos del Producto Bruto Interno (PBI) y de la capacidad adquisitiva en servicios de salud per cápita (cuadro 1, gráfico 2).

Cuadro 1
Principales indicadores del gasto en salud
Perú, 1995-2005

Gasto en servicios de salud	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Total (millones de nuevos soles)	5.413	6.173	6.849	7.484	8.483	8.738	9.611	9.628	10.389	11.671
Total (millones de dólares)	2.404	2.521	2.575	2.558	2.509	2.510	2.739	2.774	3.050	3.548
PBI nuevos soles corrientes (millones S/.)	120.928	137.081	157.533	166.282	174.422	186.141	199.650	213.425	238.015	261.907
Como porcentaje del PBI corriente	4,48	4,50	4,35	4,50	4,86	4,69	4,81	4,51	4,36	4,46
Como porcentaje del PBI (S/ de 1995)	4,48	4,38	4,04	4,09	4,19	3,88	3,85	3,64	3,63	3,73
Población (millones S/.)	23,78	24,16	24,52	24,89	25,23	25,59	26,26	26,58	26,90	27,22
Gasto corriente per cápita (S/.)	228	256	279	301	336	342	366	362	386	429
Gasto real per cápita (S/. de 1995)	228	225	218	216	220	207	211	205	213	230
Gasto corriente per cápita (US$)	101	104	105	103	99	98	104	104	113	130
Ind Precios Cuid. Conserv. de Salud y Serv. Méd.(1995 = 100)	100,00	113,76	128,00	139,10	152,60	164,90	173,35	176,57	181,75	186,11
Índice Precios al Consumidor (IPC) (1995 = 100)	100,00	111,84	119,07	126,22	130,92	135,81	137,70	141,12	146,03	148,21

Elaboración propia. Datos sobre población, PBI e índice de precios tomados del Compendio Estadístico 2006 (INEI), Gasto en servicios de salud 1995-2000 (Ministerio de Salud-OPS/OMS 2004).
Nota: Se omite el año 2001 por dificultades en la comparabilidad debidas al diseño del cuestionario de la Enaho y la actualización del marco de viviendas.

Gráfico 2
Gasto total en servicios de salud
Perú, 1995-2004

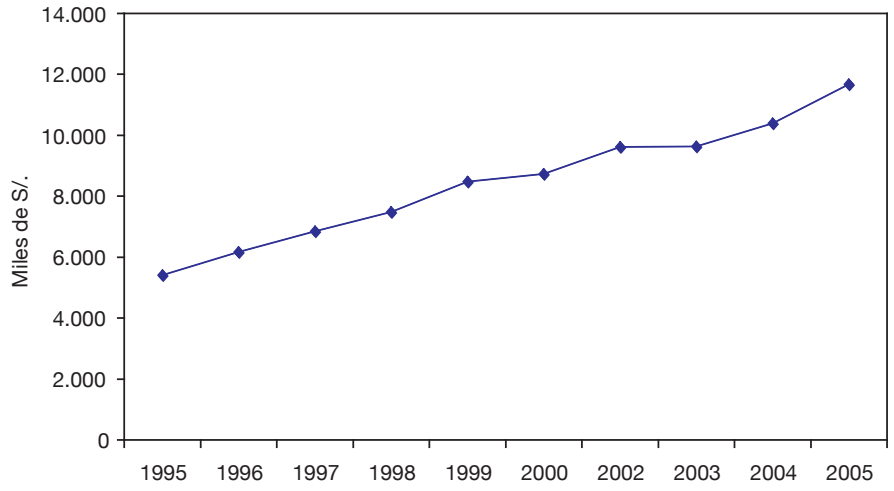
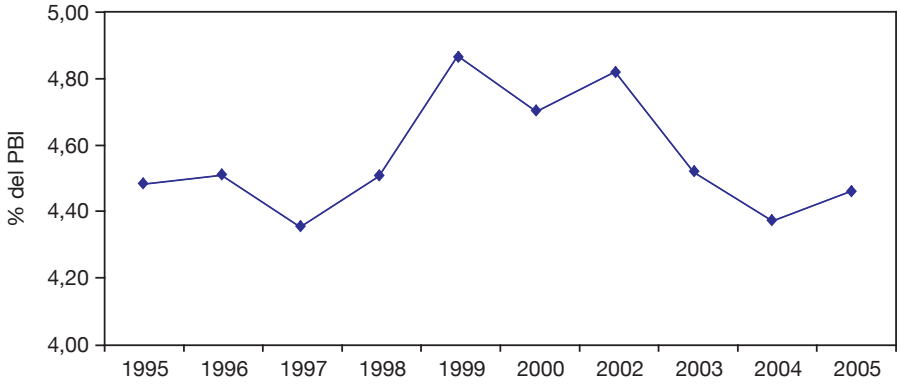


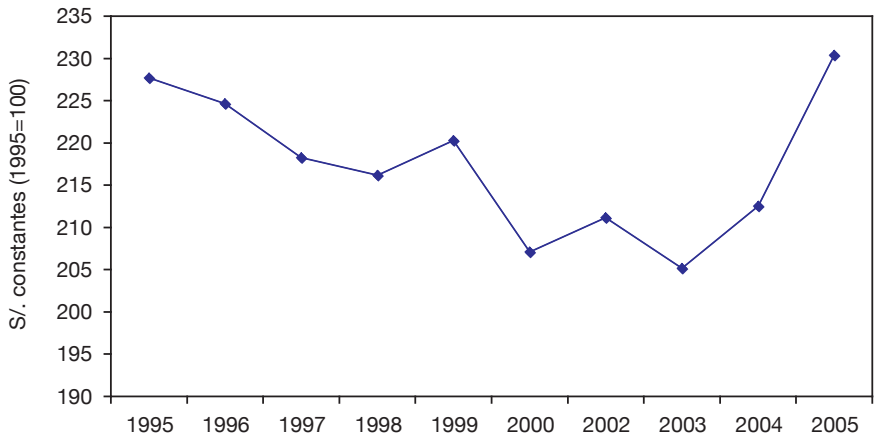
Gráfico 3
Gasto en servicios de salud/PBI
Perú, 1995-2005



- Como porcentaje del PBI se observa una tendencia creciente a mitad del periodo, explicable por el menor crecimiento del PBI real, la misma que luego decrece a medida el PBI real aumenta, con lo que se retorna a valores similares del inicio del periodo: de 4,48% en el año 1995 a 4,46% en el 2005. (gráfico 3).[14] No obstante, estos valores son insu-

14 Debe mencionarse que el período 1995-2005 fue un contexto de crecimiento económico nacional y de lenta expansión de capas medias urbanas, aunque con serias dificultades para impactar en la condición de pobreza, sobre todo

Gráfico 4
Gasto real per cápita en servicios de salud
Perú, 1995-2005



ficientes y están lejanos al promedio latinoamericano (Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 1994), aunque cabe señalar que no todos los países utilizan similar metodología de estimación.[15]

- No obstante, en términos reales, la capacidad de gasto per cápita en servicios de salud no aumentó en relación al inicio del período, logrando solo recuperarse (gráfico 4). Ello fue debido, principalmente, a dos factores: principalmente (a) el aumento en el Índice de Precios de Cuidado y Conservación de la Salud en 86,1% y, en menor medida, (b) el crecimiento poblacional (14,5%).

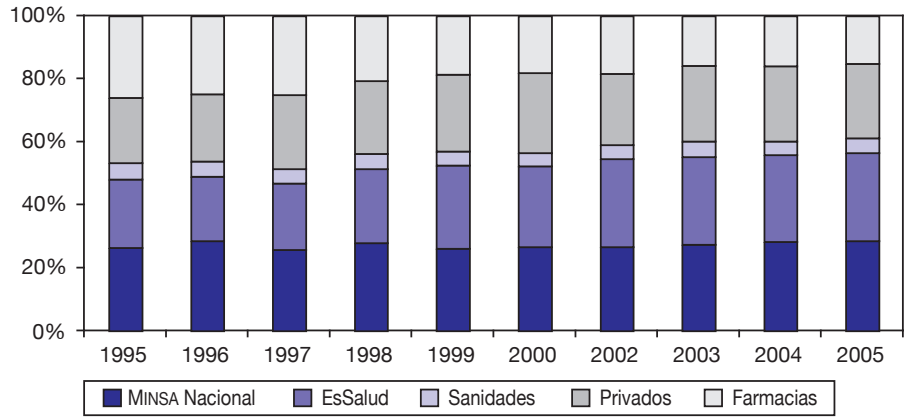
b) Según el gasto por prestadores,[16] a lo largo del período destaca la mayor participación de EsSalud y del crecimiento privado lucrativo. Dentro de este, se aprecia el gasto de las EPS. El cuadro 3 permite ver que al final del período existían tres grandes centros de gasto: el manejado por el MINSA a nivel nacional (27,2%), el de EsSalud (26,7%) y el privado lucrativo incluidas las EPS (23,8%) (gráfico 5 y cuadro 4). Un centro de gasto que parece rezagarse es el constituido por las farmacias ubicadas fuera del prestador. Ello se debe a que muchas de ellas, en la modalidad de «cadenas», han pasado a ser proveedores de medicamentos dentro de las clínicas privadas. Este hecho también podría explicar el aumento del gasto de la prestación privada lucrativa. Una segunda razón de la disminución del gasto en farmacias puede residir en el comercio informal de medicamentos, que no se registra formalmente y que, según expertos, va en aumento

rural.

15 Un estudio referido a los criterios comparativos utilizados por las diversas agencias que diseminan sus respectivas metodologías de estimación de las Cuentas Nacionales en Salud puede verse en Magnoli y otros (2001).

16 Se refiere a gasto efectuado dentro del prestador. En el caso de los establecimientos del MINSA, compromete financiamiento proveniente de recursos públicos, pero también incluye recursos privados provenientes de los hogares que pagan tarifas por consultas, pruebas diagnósticas y otros.

Gráfico 5
Gasto en salud según prestadores. Perú, 1995-2005



(Flores 2006). Una estimación bastante conservadora efectuada por el Grupo Apoyo (Apoyo 2001) tasaba en 15% el porcentaje de medicamentos adulterados en el año 2001.

3.1.2 Precios en la atención de salud

a) Respecto al incremento de precios, se evidencian dos hechos importantes que sugieren la conveniencia de desarrollar políticas de compra y políticas regulatorias en general, referidas a la adopción y desarrollo tecnológico en salud (cuadro 2):

Cuadro 2
Componentes del Índice de Precios de Cuidado, Conservación de la Salud y Servicios Médicos. Perú, 1995-2005 (1995=100)

Años	Componentes					Índice total
	Productos medicinales y farmacéuticos	Aparatos y equipos terapéuticos	Servicios médicos y similares	Gastos por hospitalización	Seguro contra accidentes y enfermedades	
1995	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1996	117,10	108,49	108,06	118,87	108,67	113,76
1997	131,25	116,43	116,56	143,33	126,02	128,00
1998	143,78	126,36	123,40	145,30	128,56	139,10
1999	164,08	139,24	132,54	152,04	129,76	152,60
2000	174,72	141,19	138,73	159,19	148,84	164,90
2001	183,57	148,41	143,15	163,08	158,63	167,70
2002	190,12	153,01	147,53	169,57	162,52	173,35
2003	193,46	151,26	149,59	177,25	165,56	176,57
2004	203,52	150,16	150,29	183,27	164,40	181,75
2005	207,62	160,61	152,80	183,81	184,61	186,11

Fuente: Sistema de Índices de Precios. Información Económica. INEI.

- El contraste entre el incremento de precios en el período señala que el Índice de Precios de Cuidado y Conservación de la Salud casi se duplicó (86,1%) en relación al incremento general de precios (48,2%), expresado a través del Índice de Precios al Consumidor (IPC) (gráfico 6).

- El desagregado del Índice de Precios de Cuidado y Conservación de la Salud muestra que el índice de productos medicinales y farmacéuticos lidera el incremento (107,6%), mientras que el correspondiente a servicios médicos y similares, que comprende remuneraciones y honorarios profesionales, es el de menor aumento (52,8%), compensando el incremento en el Índice General de Precios (gráfico 7).

Gráfico 6
Índice de precios de salud y del consumidor
Perú, 1995-2005

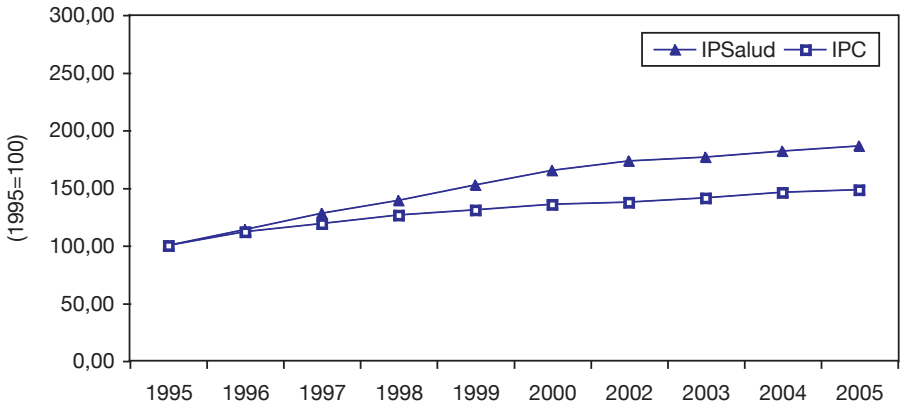
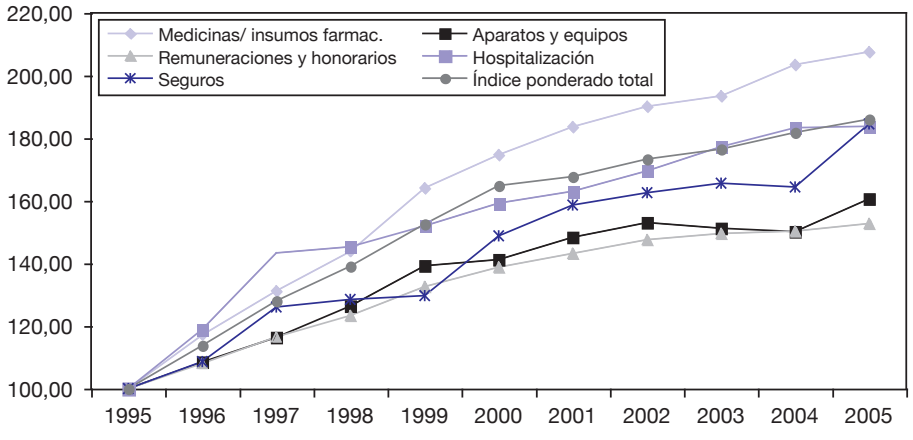


Gráfico 7
Componentes del Índice de Precios
de Servicios de Salud



3.1.3 Financiamiento de los servicios de salud

a) ¿Quiénes financian el gasto en los servicios de salud? Dos observaciones importantes se deducen del período 1995-2005 (cuadro 3):

- Los hogares continúan siendo la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud, con las consecuencias de inequidad e ineficacia que ello conlleva en un país donde cerca de 50% de la población se encuentra en condición de pobreza y se recurre al «gasto de bolsillo» para pagar el gasto en salud, con la precariedad que ello significa (gráfico 8).

Cuadro 3
Estructura de financiamiento de la atención de salud. Perú, 1995-2005
(porcentajes)

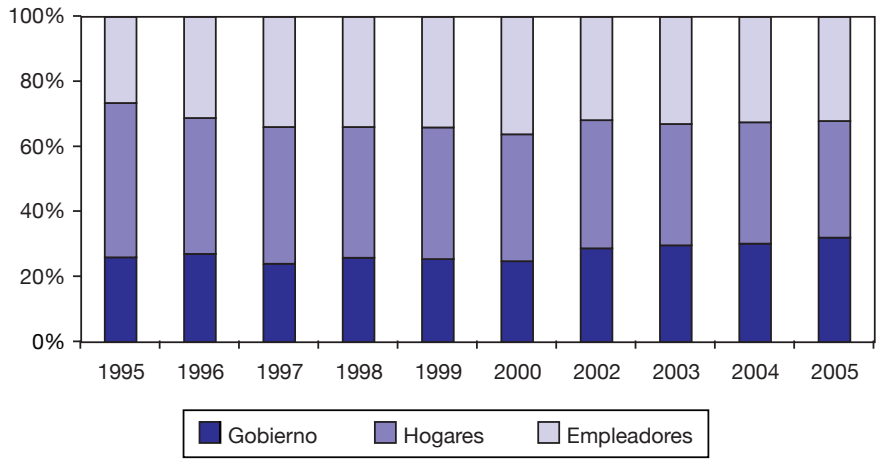
Agentes	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Gobierno	25,2	26,0	23,1	24,3	24,3	24,1	28,1	28,7	28,9	30,7
Cooperantes externos	1,4	1,1	1,2	1,2	1,3	1,1	0,9	2,1	2,8	2,6
Donaciones internas	0,7	0,7	0,6	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Hogares	45,8	39,9	40,1	37,7	38,5	37,9	38,4	35,9	35,5	34,2
Empleadores	25,6	29,7	32,4	31,8	32,4	35	30,9	31,8	30,9	30,5
Otros	1,3	2,6	2,6	4,3	2,9	1,9	0,9	0,8	1,1	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total millones de nuevos soles	5.917	6.799	7.803	8.444	8.851	10.122	10.332	11.243	12.195	12.195
Total millones de nuevos soles de 1995	5.917	5.992	6.096	6.070	5.800	5.720	5.619	5.973	6.371	6.371
Total millones de dólares americanos	2.627	2.776	2.933	2.886	2.618	2.885	2.977	3.301	3.708	3.708

Elaboración propia. *Gasto en servicios de salud 1995-2000 (*Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 2004). Información estadística de precios: *Compendio Estadístico 2006* (INEI).
Nota: Se omite el año 2001 por dificultades en la comparabilidad debidas al diseño del cuestionario de la ENAHO y la actualización del marco de viviendas.

- No obstante, a lo largo del período, se observa un importante efecto de incremento del financiamiento de parte del agente «gobierno» con recursos del tesoro público, de 25,2% a 30,7%, acompañado de una disminución del agente «hogares» de 45,8% a 34,2%.[17] En los últimos años existe la posibilidad de que este efecto esté asociado a la presencia del SIS (cuadro 3, gráfico 8).

17 El dato correspondiente al año 1995 incorpora el pago de los trabajadores afiliados a la seguridad social en salud. A partir del año siguiente (1996), la disminución brusca en el aporte de los hogares se debe a que dicho pago fue anulado, y los empleadores pasaron a pagar el 100% de la contribución sobre la remuneración.

Gráfico 8
Estructura de financiamiento en salud
Perú, 1995-2005



Cuadro 4
Gasto en salud según prestadores. Perú, 1995-2005
(porcentajes)

Prestadores	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
MINSA nacional	25,4	27,4	24,9	27,1	25,4	26,1	25,4	26,2	27,0	27,2
EsSalud	20,8	19,7	20,4	22,8	25,7	25,1	26,7	26,6	26,3	26,7
Sanidades	5,0	4,6	4,4	4,6	4,3	4,1	4,2	4,6	4,2	4,5
Otros públicos (municipios, beneficencias)	0,8	0,6	0,4	0,4	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,4
Privados no lucrativos	1,5	1,3	1,5	1,7	1,8	1,6	1,5	1,6	1,6	1,5
Privados lucrativos	18,3	19,2	21,1	20,8	22,0	23,2	20,0	21,3	21,2	21,0
Privados lucrativos-EPS						0,4	3,1	2,8	2,9	2,8
Farmacias	24,9	23,8	24,2	19,9	18,0	17,7	17,5	15,0	15,1	14,3
Administradoras de Fondos	3,3	3,4	3,1	2,7	2,5	1,7	1,6	1,9	1,5	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Elaboración propia. *Gasto en servicios de salud 1995-2000* (Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 2004).
Nota: Se omite el año 2001 por dificultades en la comparabilidad debidas al diseño del cuestionario de la ENAHO y la actualización del marco de viviendas.

b) ¿En qué gastan los hogares? (cuadro 5)

- Alrededor de 97% del gasto de los hogares en servicios de salud se efectúa con «gasto de bolsillo». El gasto en mecanismos de aseguramiento es bajo (gráfico 9).

- Durante el período, se aprecia el cambio dentro del gasto de los hogares entre el primer y el segundo lugar: la compra directa en farmacia pasa al segundo lugar, de 49,1% a

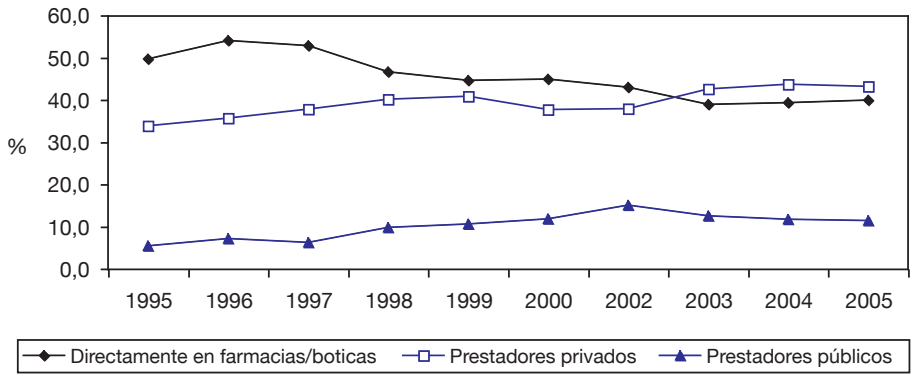
Cuadro 5
Destino del financiamiento de los hogares. Perú, 1995-2005
(porcentajes)

Destino	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Directamente en farmacias/ boticas	49,8	54,2	53,0	46,8	44,8	45,1	43,2	39,1	39,4	40,1
Prestadores privados	34,0	35,8	38,0	40,3	41,0	37,9	38,0	42,7	43,9	43,3
Prestadores públicos	5,6	7,3	6,4	10,0	10,8	12,0	15,2	12,7	11,9	11,6
Adquisición de seguros privados	1,5	1,9	1,9	2,2	2,4	2,1	1,1	2,8	2,3	2,4
Prestadores privados EPS					0,3	1,9	0,4	0,5	0,4	0,3
Aportes a EsSalud	9,1	0,8	0,7	0,7	0,7	1	2,0	2,2	2,2	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total estimado millones de soles	2.709,0	2.710,0	3.131,0	3.185,0	3.402,0	2.430,0	3.882,8	3.705,1	3.989,8	4.176,2
Total estimado millones de dólares	1.203,0	1.107,0	1.177,0	1.089,0	1.006,0	985,0	1.104,2	1.065,1	1.169,0	1.267,1

Elaboración propia. *Gasto en servicios de salud 1995-2000* (Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 2004). Consistencia de datos de la ENAHO con el gasto de bolsillo en servicios de salud e información de la Superintendencia de Banca y Seguros.

40,1%, y se eleva el gasto en prestadores privados al primer lugar, de 34,0% a 43,3% (gráfico 9), lo cual es compatible con la mayor presencia de las «cadenas de farmacias» dentro de las instalaciones de los prestadores privados lucrativos.

Gráfico 9
Destino del financiamiento de los hogares en servicios de salud. Perú, 1995-2005



- El gasto efectuado dentro de los prestadores públicos se eleva hasta duplicarse de 5,6% a 11,6% (gráfico 9). Este resultado debe ser analizado en el marco de su menor participación en la cobertura efectiva de servicios de salud, que se señala en el acápite 3.2.1.

3.1.4 Fondos de financiamiento

a) Entre los años 1995 y 2005, el porcentaje del financiamiento que se encuentra intermediado por fondos constituidos —es decir EsSalud, seguros privados y entidades prestadoras de salud (EPS)— ha aumentado de 31% a 41% (cuadro 6).[18] Ello se ha debido a la mejora en la recaudación de parte de EsSalud y al surgimiento y desarrollo de las EPS.[19] No obstante, como se apreciará en la comparación con el crecimiento de la población asegurada (cuadro 12), dicho aumento parece explicarse más por el mayor gasto de EsSalud y de las aseguradoras privadas que por el incremento de afiliados.

b) Llama la atención que el surgimiento del Seguro Integral de Salud (SIS) como seguro público explícito no haya podido generar un fondo ad hoc, sino que su financiamiento provenga

Cuadro 6
Tipos de fondos en servicios de salud. Perú, 1995-2005
(millones de nuevos soles)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Seguros privados	125	157	188	214	341	295	390	488	504	565
Autoseguros privados	135	154	186	199	242	245	199	215	227	254
Seguridad Social en Salud	1.554	1.874	2.355	2.626	2.678	3.009	3.206	3.385	3.603	3.888
EPS					47	279	384	403	420	466
EsSalud	1.554	1.874	2.355	2.626	2.631	2.730	2.822	2.983	3.183	3.421
Administración de fondos	179	211	214	200	209	151	256	273	253	298
Seguros privados	48	64	73	86	81	48	150	174	159	199
Administración de planes de SS	131	147	141	114	117	103	98	91	87	92
Administración de EPS					11	0	8	7	7	7
Total	1.814	2.186	2.729	3.039	3.262	3.548	4.050	4.361	4.588	5.005
Como porcentaje del financiamiento	30,7%	32,2%	35,0%	36,0%	36,9%	35,1%	39,2%	38,8%	37,6%	41,0%

Elaboración propia. *Gasto en servicios de salud 1995-2000* (Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 2004).

18 Este porcentaje no incluye los recursos que financian el SIS ni las sanidades, debido a que estos no se encuentran cabalmente constituidos como fondos.

19 Las EPS agrupan a cerca de 267.000 afiliados regulares cotizantes y a alrededor de 560.000 afiliaciones, incluido el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) (Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud 2007).

Gráfico 10
Matriz de flujos: Agentes financiadores, fondos y prestadores. Perú, 1995

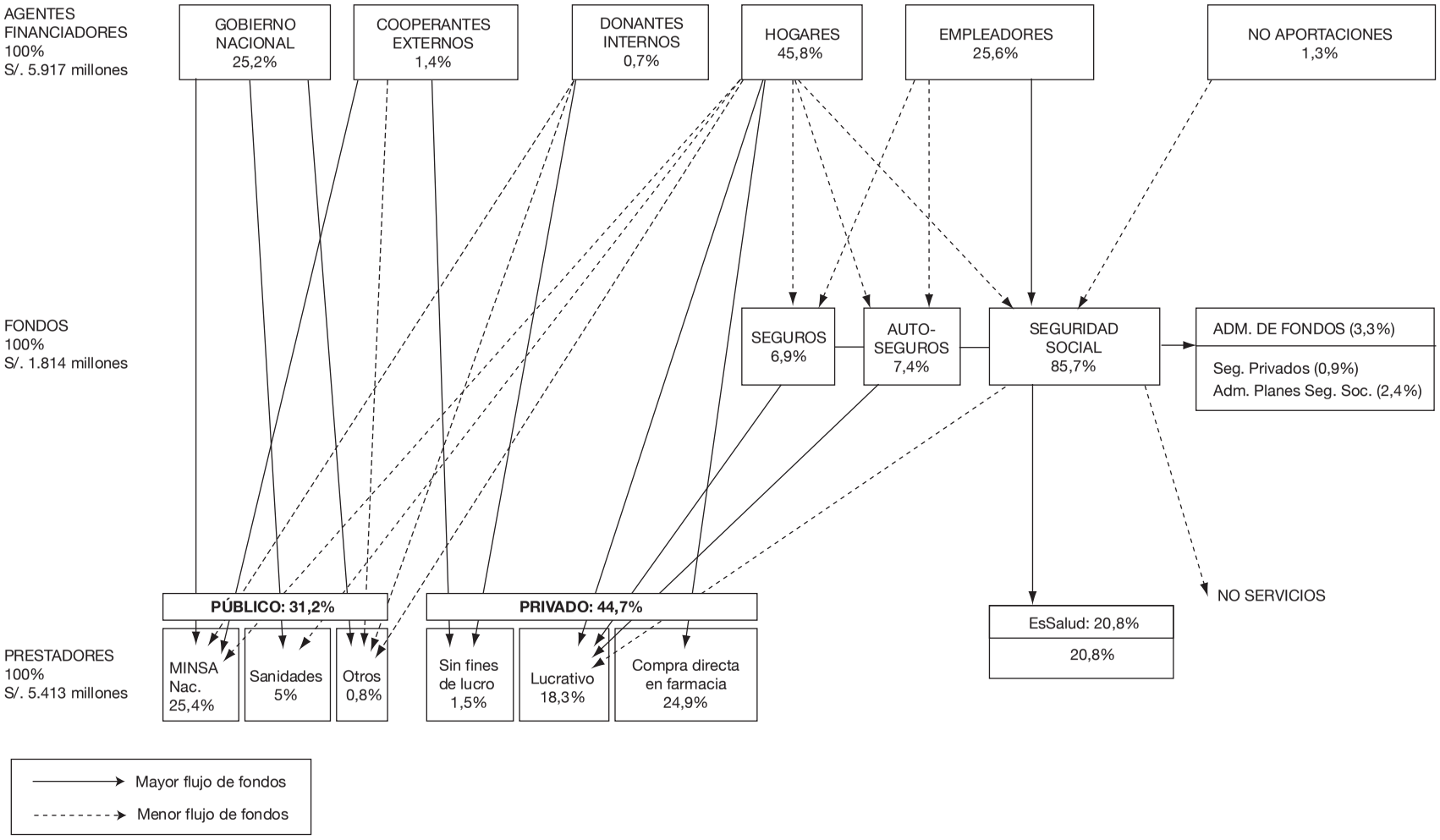


Gráfico 11
Matriz de flujos: Agentes financiadores, fondos y prestadores. Perú, 2000

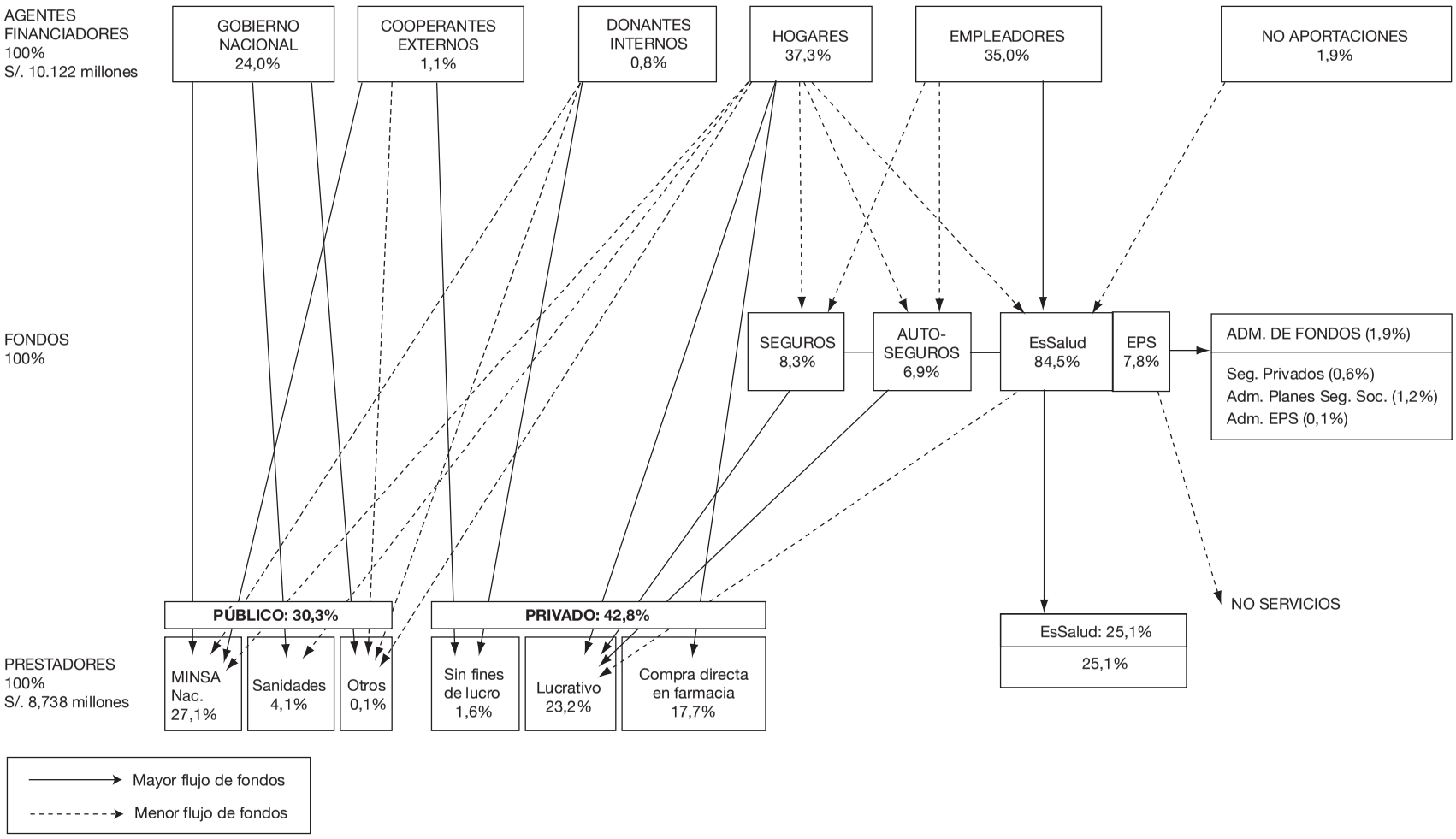
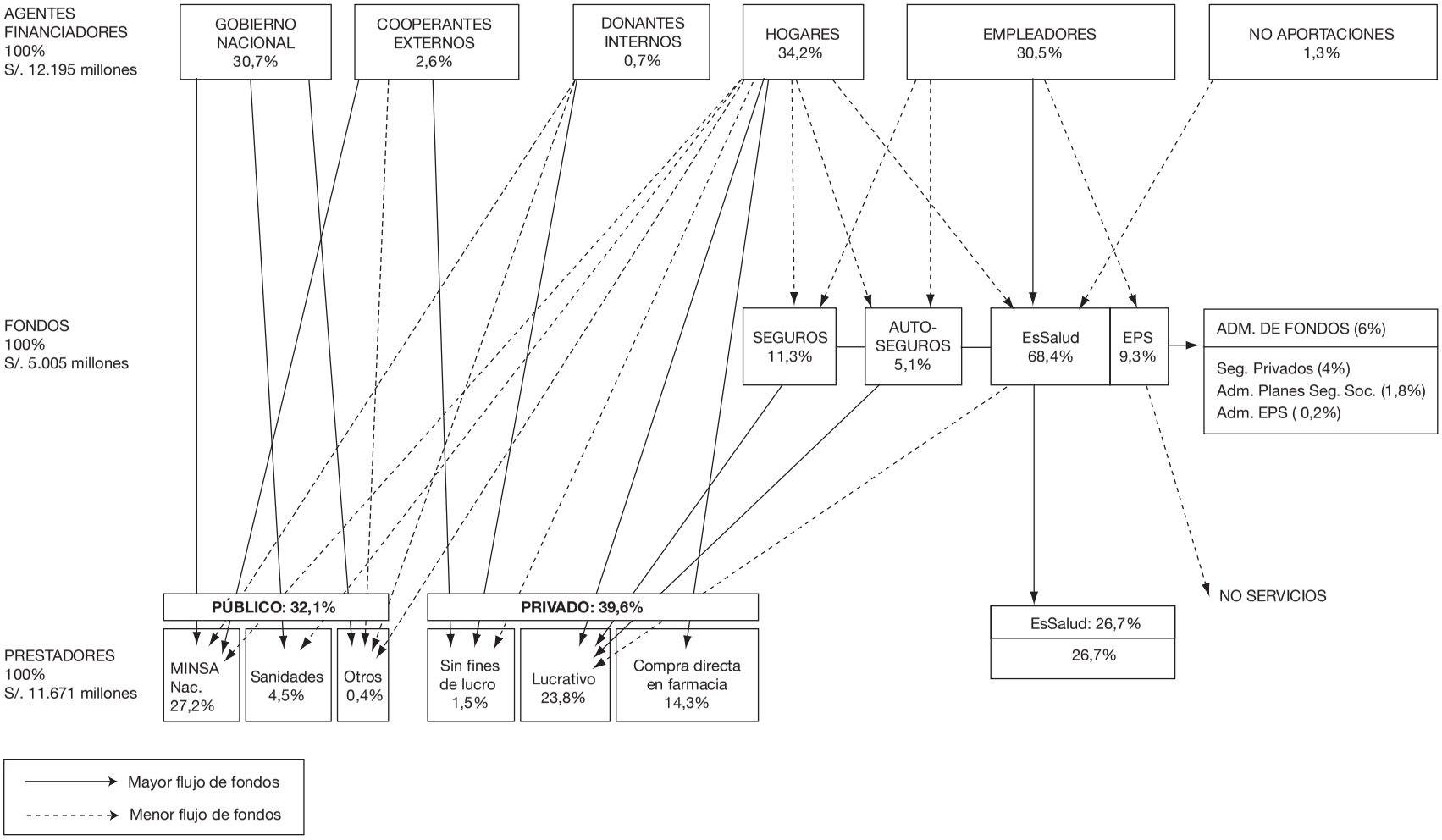


Gráfico 12
Matriz de flujos: Agentes financiadores, fondos y prestadores. Perú, 2005



de ampliaciones de gastos históricos asignados por la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas.

c) El gasto destinado a la administración de fondos ha subido a 6% del total de fondos, debido principalmente al incremento en la administración de seguros privados (cuadro 6).

3.1.5 Matriz de flujos financieros

Los gráficos 10, 11 y 12 resumen la matriz de flujos de financiamiento desde los agentes (hogares, gobierno nacional, empleadores, cooperantes externos y donantes internos),[20] los fondos de financiamiento y los prestadores de salud durante los años 1995, 2000 y 2005.

a) Se constata el mantenimiento relativo de la verticalidad en el financiamiento en los flujos de financiamiento de las dos principales fuentes institucionales: tesoro público y cotizaciones de empleadores, pese al proceso de reforma que transcurre. El tesoro público, aunque por vías más directas, sigue financiando al prestador MINSA, y la gran mayoría de aportes de los empleadores continúa transitando hacia los establecimientos de EsSalud.

b) No obstante lo anterior, el principal efecto, no apreciable en el gráfico, es fruto del proceso de descentralización, que es ampliamente comentado en el acápite 3.4.1 y que consiste en el tránsito directo de los recursos a las regiones, sin la intermediación administrativa del MINSA Nacional.

c) Un segundo efecto del denominado proceso de modernización de la seguridad social en salud ha consistido en la ruptura parcial del monopolio del aparato prestador de EsSalud, lo que se expresa en la formación de las EPS, las que en el año 2005 lograron captar 9,3% del total de recursos financieros agrupados en dos y luego tres fondos de financiamiento. Dicho porcentaje comienza a aproximarse al 11% que captan los seguros privados. Los beneficios del sistema de EPS son, básicamente, tres:

   - Conocimiento de los mecanismos de operación del sector privado prestador, de parte del Ministerio de Salud.
   - Rapidez en la adopción de métodos y mecanismos propuestos por el MINSA.
   - Transparencia y rendición de cuentas.

d) La estructura de gasto según prestadores a lo largo del período 1995-2005 muestra un decrecimiento de la compra en farmacia, la que puede estar parcialmente vinculada al mercado informal no declarado, así como al incremento del gasto en medicamentos de parte de EsSalud.

20 La fuente de «no aportaciones» se suele referir a diversos ingresos que generalmente provienen de EsSalud, procedentes de la venta de chatarra y de rentas e intereses por sus depósitos.

3.2 UTILIZACIÓN Y ASEGURAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD, 2002-2005[21]

3.2.1 Utilización de servicios de salud

a) A diferencia de los datos de gasto en salud, que tienden a incrementarse en el período de estudio, analizado en el acápite 3.1.1, la cobertura efectiva o utilización de servicios de salud decrece significativamente desde el año 2002 (cuadro 7 y gráficos 13 y 14). Ello ocurre tanto entre los prestadores institucionales de salud —es decir, los profesionales de servicios de salud— como entre los no institucionales —boticas o farmacias,[22] amigos, herbolarios y curanderos—. ¿Qué es lo que induce a dicha disminución? Este es un hecho por explicar.

Cuadro 7
Tendencias de utilización de los servicios de salud. Perú, 1995-2005
(porcentajes del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar)

Utilización	1985	1994	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Consultó	40,3	40,8	54,0	55,9	59,1	56,6	45,3	41,1	41,3
Institucional	30,7	31,5	43,5	47,5	50,0	40,6	35,4	31,1	28,9
MINSA	19,3	15,8	25,0	29,1	31,5	25,3	21,9	18,4	16,3
EsSalud		8,0	9,5	10,0	11,8	9,5	8,0	7,3	7,2
Privado	11,4	6,8	8,0	7,8	5,7	4,9	4,7	4,7	4,9
No institucional	9,6	9,3	10,5	8,4	9,1	16,0	10,0	10,0	12,4
No consultó	59,7	59,2	46,0	44,1	40,9	43,4	54,7	58,9	58,7
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Pob. nacional (millones)	16,8	22,8	24,3	25,7	26,5	26,9	27,3	27,6	28,0

Elaborado sobre la base de Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004), procesamiento de la ENAHO 2001-2005.
Nota: Se omite el año 2001 por dificultades en la comparabilidad debidas al diseño del cuestionario de la ENAHO y la actualización del marco de viviendas.

Esta disminución general en la utilización de servicios de salud se acompaña del uso intensivo de determinados servicios destinados al grupo materno-infantil (Encuesta ENDES Continua 2004-2005, Instituto Nacional de Estadística e Informática 2006), tales como la atención institucional del parto, controles pre- y postnatales y el tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia.

b) ¿Qué explica la conducta de las personas cuando declaran que consideraban importante concurrir a un servicio de salud al sentir síntomas de enfermedad y no lo pudieron hacer? De acuerdo con el procesamiento de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) para los años

21 La información utilizada en este acápite proviene exclusivamente de las encuestas poblacionales debido a problemas de consistencia y ausencias en los datos provenientes de la oferta.

22 Se ha clasificado como no institucional la consulta en farmacia o botica por cuanto en la mayoría de los casos quien atiende es el expendedor de medicamentos antes que el químico farmacéutico.

Gráfico 13
Consulta institucional y no institucional de servicios de salud. Perú, 1994-2005

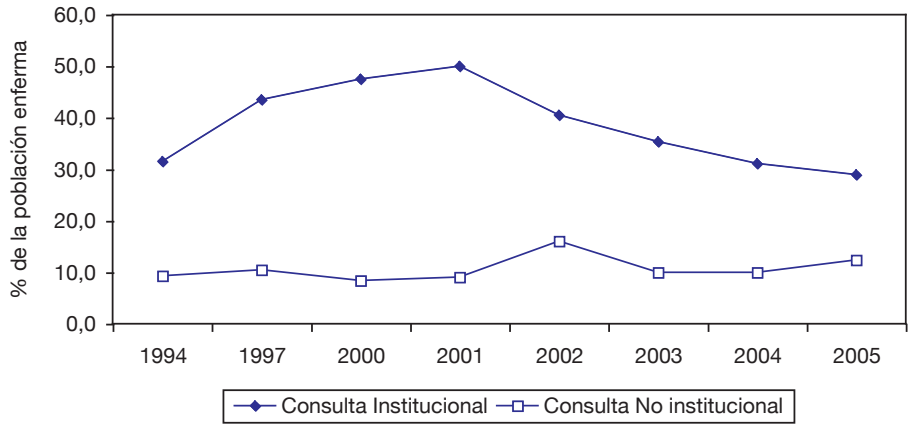
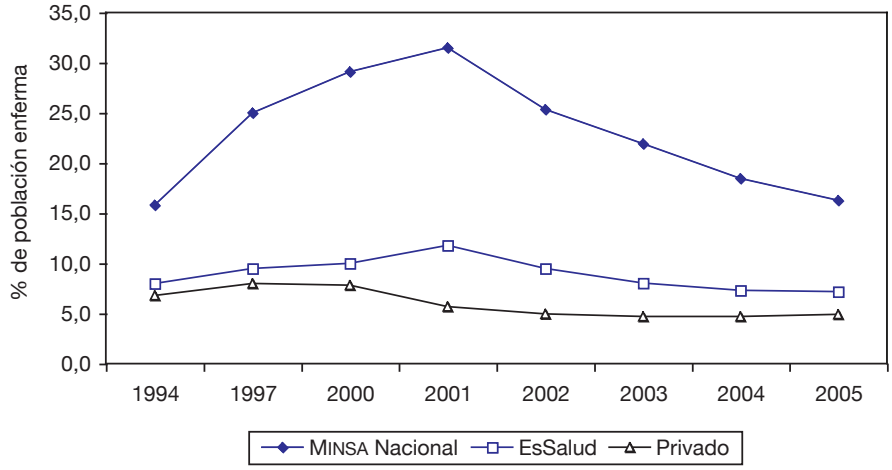


Gráfico 14
Consulta por tipo de prestador institucional Perú, 1994-2005



2002-2005, dos factores desempeñan un rol central: la capacidad adquisitiva del hogar y la distancia, tanto geográfica como cultural, al establecimiento de salud:

- Al estratificar por quintiles de ingreso familiar per cápita, se confirma que el nivel de ingreso es un factor importante para la no consulta, ya que el porcentaje de no consulta del quintil de menor ingreso es más del triple que el del quintil de mayor ingreso en el año 2002 y más del doble en el 2005 (cuadro 8).

Cuadro 8
Tendencias en la utilización de servicios según quintil de ingresos. Perú, 2002-2005
(porcentajes del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según quintil de ingresos)

Año/ Quintil de ingresos	¿Dónde consultó?						No consultó porque…		Total
	MINSA	EsSalud	FF. AA. y PP.	Privado	Farmacia	Tradicional	No pudo	No necesitó	
2002									
1*	27,5	1,0	0,0	0,7	4,0	4,5	49,7	12,6	100%
2	30,2	3,4	0,0	1,7	8,9	3,8	39,4	12,5	100%
3	29,5	8,1	0,3	3,5	13,9	3,4	28,9	12,3	100%
4	24,8	13,6	1,2	5,7	17,8	3,4	20,0	13,5	100%
5**	15,1	20,8	2,3	12,8	17,3	2,8	15,1	13,8	100%
2003									
1*	22,1	0,6	0,0	0,9	5,5	1,8	52,3	16,9	100%
2	26,8	2,1	0,0	1,4	7,9	1,2	45,4	15,2	100%
3	25,8	6,0	0,2	3,7	10,3	1,1	37,1	15,8	100%
4	21,2	11,2	1,0	5,4	11,0	1,0	31,0	18,2	100%
5**	13,8	19,9	2,4	12,0	8,8	1,1	25,4	16,6	100%
2004									
1*	18,6	0,3	0,0	0,6	4,6	1,4	57,6	16,8	100%
2	22,5	2,0	0,0	1,6	8,4	1,0	46,8	17,6	100%
3	22,6	5,6	0,2	4,0	9,8	1,0	38,8	18,0	100%
4	17,4	9,7	0,7	6,2	12,0	1,1	34,0	19,1	100%
5**	13,4	16,8	2,5	11,4	9,7	0,9	26,0	19,1	100%
2005									
1*	18,0	0,2	0,0	0,6	3,0	1,8	58,1	18,4	100%
2	20,7	1,5	0,0	2,0	9,0	1,5	46,7	18,7	100%
3	20,2	4,5	0,2	3,7	13,1	0,9	37,1	20,2	100%
4	16,7	9,2	0,7	5,7	16,3	1,1	29,4	20,8	100%
5**	10,7	15,7	2,0	13,1	14,2	1,0	22,9	20,1	100%

Elaborado sobre la base del procesamiento de la Enaho 2002 IV-Mayo, 2003-abril, 2004-Enaho 2004-Enaho 2005
*Quintil más pobre;**quintil menos pobre.
Nota: Se omite el año 2001 por dificultades en la comparabilidad debidas al diseño del cuestionario y la actualización del marco de viviendas.

- No obstante lo anterior, y a lo largo del período, todos los niveles de ingresos han ido incrementando su reporte de no consulta, tanto por no haber podido concurrir al servicio como por considerarlo innecesario (cuadro 8). Surgen aquí dos consideraciones no excluyentes que deben ser exploradas: (a) una saturación de la oferta institucional de servicios de salud y (b) una competencia entre los servicios de salud y otros quehaceres en la asignación del tiempo de los consultantes, lo que sugeriría, adicionalmente, pérdida de valoración de dichos servicios. Este hecho podría estar asociado con la menor participación del gasto de bolsillo en salud.

- La composición por quintiles de ingreso de 100% de atendidos en establecimientos del MINSA muestra que su estructura no ha variado significativamente. Comenzando desde el quintil más pobre hasta el de mayor ingreso, la composición ha sido 21%, 24%, 24%, 19% y 12%,

respectivamente, para cada quintil durante todo el período analizado. Ello implica que, a nivel nacional, no se percibe ningún impacto del Seguro Integral de Salud, posiblemente debido a su reducida capacidad de cobertura efectiva en términos nacionales (cuadro 9).

Cuadro 9
Tendencias en la utilización de servicios según quintil de ingresos. Perú, 2002-2005
(porcentajes del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según tipo de atención)

Año/Quintil de ingresos	¿Dónde consultó?						No consultó porque...	
	MINSA	EsSalud	FF. AA. y PP.	Privado	Farmacia	Tradicional	No pudo	No necesitó
2002								
1*	21,1	2,1	0,2	2,7	6,2	24,7	31,8	18,9
2	24,2	7,3	0,4	7,0	14,6	21,7	26,2	19,6
3	22,6	16,4	7,2	13,7	21,7	18,6	18,4	18,5
4	19,8	29,0	30,7	23,3	28,9	19,1	13,3	21,0
5**	12,3	45,1	61,5	53,3	28,6	15,9	10,3	22,0
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total miles personas	3.338,2	1.252,7	102,7	650,9	1.640,2	471,9	4.012,7	1.707,0
2003								
1*	19,7	1,5	0,3	3,8	12,3	27,8	26,9	20,0
2	24,4	5,2	0,6	6,0	18,0	19,9	23,7	18,4
3	23,6	15,1	6,0	15,7	23,7	18,2	19,6	19,2
4	19,6	28,4	28,3	23,2	25,7	16,0	16,5	22,3
5**	12,7	49,9	64,8	51,3	20,3	18,1	13,4	20,2
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total miles de personas	2.989,3	1.094,3	101,8	643,8	1.189,6	169,1	5.202,6	2.254,9
2004								
1*	19,8	1,0	0,0	2,6	10,3	25,7	28,5	18,7
2	24,0	5,9	0,6	7,1	19,2	19,4	23,2	19,6
3	23,7	16,2	6,2	16,6	21,8	17,9	18,9	19,6
4	18,7	29,0	20,6	26,7	27,4	20,5	17,0	21,6
5**	13,8	47,9	72,6	47,0	21,2	16,5	12,4	20,4
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total miles de personas	2.658,5	957,2	95,6	661,2	1.251,7	152,3	5.725,3	2.545,0
2005								
1*	21,1	0,9	0,1	2,4	6,6	16,4	30,3	19,1
2	24,2	4,8	0,5	8,4	16,2	23,7	24,1	19,2
3	23,7	14,9	7,8	15,4	23,8	14,4	19,2	20,8
4	19,1	29,8	25,4	23,3	28,9	17,4	14,9	21,0
5**	11,9	49,5	66,3	50,5	24,6	28,1	11,4	19,9
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total miles de personas	2.361,1	835,1	79,6	667,2	1.524,0	169,0	5.322,0	2.674,0

Elaborado sobre la base del procesamiento de la ENAHO 2002 IV-mayo, 2003-abril, 2004-ENAHO 2004-ENAHO 2005.
*Quintil más pobre; **quintil menos pobre.
Nota: Se omite el año 2001 por dificultades en la comparabilidad debidas al diseño del cuestionario y la actualización del marco de viviendas.

- En cuanto a los atendidos por EsSalud, se evidencia una disminución de los dos primeros quintiles de ingreso (más pobres) y un incremento significativo del quintil menos pobre (cuadro 9).

- Un cambio similar, aunque menos significativo, ocurre en la composición de los atendidos por las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales (cuadro 9).

- No hay cambios significativos en la composición de los que acuden a establecimientos privados (cuadro 9).

c) La composición según regiones de residencia del usuario muestra un incremento en la no utilización de servicios de salud similar al descrito en el punto anterior de este acápite, referido a los niveles de ingreso, y que se repite para todas las regiones naturales: Lima metropolitana, resto de la costa urbana, costa rural, sierra urbana, sierra rural, selva urbana y selva rural.

- En el año 2005, la no consulta, cuando la persona consideraba importante concurrir, llegó a 56% en la sierra rural y a 45% en la selva rural (cuadro 10).

- La composición de atendidos por regiones naturales según prestador a lo largo del período 2002-2005 no muestra variaciones significativas.

- En los establecimientos del MINSA a nivel nacional, la composición no ha variado significativamente: Lima metropolitana: 23%-25%, costa urbana: 14%-15%, costa rural: 6%-7%, sierra urbana: 11%-12%, sierra rural: 29%-30%, selva urbana: 5%-6% y selva rural: 9-10% (cuadro 11).

- EsSalud, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales y los establecimientos privados muestran únicamente una disminución de los atendidos en Lima Metropolitana versus un incremento en el resto de la costa urbana (cuadro 11).

3.2.2 Aseguramiento de servicios de salud

a) La tenencia de un seguro de salud ha evidenciado fuertes cambios en el período 1995-2005. El movimiento que se observa muestra un incremento en el total de asegurados de 18% (1995) a 41% (2002), para luego disminuir a 36% (2005) (cuadro 12 y gráfico 15).

- Estos cambios se han debido exclusivamente a la creación y desarrollo del seguro público en salud, primero restringido a los escolares de escuelas públicas (Seguro Escolar Gratuito) y a aplicaciones parciales del Seguro Materno-Infantil (9% del total de la población), luego ampliado a otros grupos bajo la denominación de Seguro Integral de Salud (SIS), con 20% del total de la población en los años 2002 y 2003 y finalmente reducido con argumentos de «focalización» a 15% de la población (2005).

Cuadro 10
Tendencias en la utilización de servicios según región geográfica. Perú, 2002-2005
(porcentajes del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según lugar de residencia)

Año/lugar	¿Dónde consultó?						No consultó porque…		Total
	MINSA	EsSalud	FF. AA. y PP.	Privado	Farmacia	Tradicional	No pudo	No necesitó	
2002									
Costa urbana	20,5	15,5	0,8	6,7	14,2	2,9	25,6	13,9	100%
Costa rural	32,7	6,9	0,3	4,8	7,6	4,5	30,4	12,9	100%
Sierra urbana	20,1	11,8	0,9	5,1	11,2	3,8	33,5	13,5	100%
Sierra rural	30,2	1,8	0,0	1,1	4,3	4,3	46,0	12,3	100%
Selva urbana	23,2	9,7	0,4	3,6	9,2	5,3	36,5	12,2	100%
Selva rural	35,4	2,6	0,1	2,2	4,2	5,3	40,3	9,8	100%
Lima metropolitana	23,5	13,7	1,7	8,2	23,0	2,3	14,0	13,6	100%
2003									
Costa urbana	19,0	12,4	1,3	7,4	9,2	0,9	31,6	18,2	100%
Costa rural	28,5	4,7	0,6	3,8	6,3	1,0	36,6	18,5	100%
Sierra urbana	16,3	10,7	0,8	4,5	14,4	1,3	35,1	17,0	100%
Sierra rural	25,8	1,2	0,0	1,3	5,6	1,7	49,6	14,7	100%
Selva urbana	23,3	8,7	0,4	4,1	10,4	1,0	41,8	10,3	100%
Selva rural	32,1	1,2	0,0	1,5	5,8	2,1	42,5	14,7	100%
Lima metropolitana	21,9	8,0	0,7	4,7	8,7	1,2	38,1	16,5	100%
2004									
Costa urbana	15,7	10,3	0,7	6,3	12,2	0,8	34,1	20,0	100%
Costa rural	22,4	4,5	0,4	4,1	6,6	1,5	40,5	20,1	100%
Sierra urbana	14,5	9,1	0,8	4,8	14,0	1,1	36,6	19,1	100%
Sierra rural	20,8	1,0	0,0	1,2	5,0	1,5	54,7	15,9	100%
Selva urbana	22,1	8,1	0,2	3,6	9,5	0,7	40,9	14,7	100%
Selva rural	25,7	2,0	0,0	1,8	6,8	1,9	46,1	15,6	100%
Lima metropolitana	18,9	10,1	1,6	8,1	8,3	0,7	32,9	19,4	100%
2005									
Costa urbana	13,6	9,6	0,6	7,0	11,3	0,9	35,3	21,5	100%
Costa rural	21,2	3,9	0,3	4,1	7,3	1,4	42,4	19,3	100%
Sierra urbana	13,4	7,5	0,6	4,2	14,7	0,8	37,3	21,7	100%
Sierra rural	19,4	0,9	0,0	1,2	4,4	1,3	55,6	17,3	100%
Selva urbana	17,8	7,2	0,3	4,3	10,6	1,0	39,5	19,3	100%
Selva rural	25,7	1,0	0,0	1,6	5,2	2,0	45,3	19,2	100%
Lima metropolitana	17,5	9,7	1,5	8,9	18,9	1,5	22,5	19,5	100%

Elaborado sobre la base del procesamiento de la ENAHO 2002 IV-Mayo, 2003-abril, 2004-ENAHO 2004-ENAHO 2005.
*Quintil más pobre;**quintil menos pobre.
Nota: Se omite el año 2001 por dificultades en la comparabilidad debidas al diseño del cuestionario y la actualización del marco de viviendas.

Cuadro 11
Tendencias en la utilización de servicios según región geográfica. Perú, 2002-2005
(porcentajes del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según tipo de atención)

Año/lugar	¿Dónde consultó?						No consultó porque...	
	MINSA	EsSalud	FF. AA. y PP.	Privado	Farmacia	Tradicional	No pudo	No necesitó
2002								
Costa urbana	14,2	28,5	17,5	23,8	20,1	14,0	14,7	18,8
Costa rural	6,0	3,3	1,6	4,5	2,8	5,8	4,6	4,6
Sierra urbana	10,9	17,1	16,3	14,4	12,5	14,6	15,2	14,4
Sierra rural	29,6	4,7	1,4	5,7	8,5	29,9	37,5	23,6
Selva urbana	5,3	5,9	2,6	4,2	4,3	8,6	6,9	5,5
Selva rural	9,1	1,8	0,9	2,9	2,2	9,7	8,6	4,9
Lima metropolitana	24,9	38,6	59,6	44,4	49,7	17,5	12,4	28,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2003								
Costa urbana	15,3	28,5	18,6	25,1	28,1	10,2	16,3	20,9
Costa rural	6,7	3,0	3,9	4,1	3,7	3,9	4,9	5,7
Sierra urbana	10,5	18,8	15,0	13,4	23,4	15,2	13,0	14,6
Sierra rural	29,4	3,6	0,0	7,1	16,0	33,9	32,4	22,2
Selva urbana	5,9	6,0	3,2	4,7	6,5	4,5	6,0	3,4
Selva rural	9,8	1,0	0,3	2,1	4,4	11,1	7,4	5,9
Lima metropolitana	22,5	39,1	59,0	43,4	17,9	21,2	19,9	27,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2004								
Costa urbana	15,2	27,7	19,1	24,5	25,2	13,2	15,4	20,2
Costa rural	5,9	3,3	2,6	4,3	3,7	6,8	4,9	5,5
Sierra urbana	11,2	19,5	17,0	15,0	23,0	14,4	13,1	15,4
Sierra rural	27,0	3,6	0,5	6,1	13,7	34,2	33,1	21,6
Selva urbana	6,9	7,0	1,9	4,5	6,3	4,1	5,9	4,8
Selva rural	8,8	1,9	0,3	2,4	5,0	11,6	7,4	5,6
Lima metropolitana	25,0	37,0	58,5	43,2	23,2	15,7	20,2	26,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2005								
Costa urbana	15,4	30,9	21,5	28,2	19,9	15,0	17,7	21,6
Costa rural	5,9	3,1	2,5	4,0	3,1	5,6	5,2	4,7
Sierra urbana	11,8	18,6	15,4	13,2	20,1	9,5	14,6	16,9
Sierra rural	28,2	3,6	0,3	6,0	9,9	26,6	35,9	22,2
Selva urbana	5,9	6,8	2,6	5,0	5,5	4,6	5,8	5,7
Selva rural	9,9	1,1	0,0	2,2	3,1	10,8	7,7	6,5
Lima metropolitana	22,9	35,9	57,8	41,4	38,4	28,0	13,1	22,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

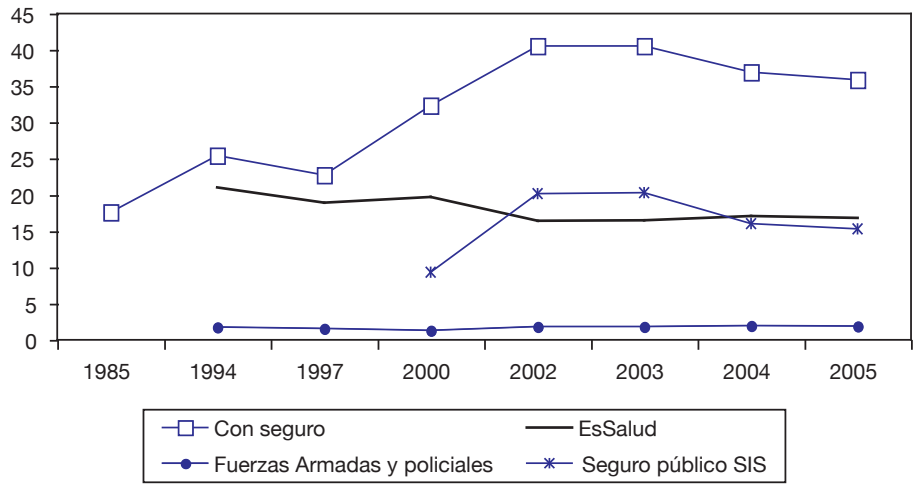
Elaborado sobre la base del procesamiento de la ENAHO 2002 IV-mayo, 2003-abril, 2004-ENAHO 2004-ENAHO 2005.
Nota: Se omite el año 2001 por dificultades en la comparabilidad debidas al diseño del cuestionario y la actualización del marco de viviendas.

Cuadro 12
Tendencias de aseguramiento en salud. Perú, 1995-2005
(porcentajes de población)

Condición de aseguramiento	1985	1994	1997	2000	2002	2003	2004	2005
Con seguro	17,6	25,4	22,7	32,3	40,5	40,5	36,9	35,9
EsSalud		21,0	18,9	19,7	16,4	16,5	17,1	16,8
EsSalud y seguro privado		0,9	0,5	0,4	0,5	0,7	0,7	0,5
Seguro privado		1,6	1,7	1,6	1,6	1,2	1,2	1,4
Fuerzas Armadas y policiales		1,8	1,6	1,3	1,8	1,9	1,9	1,9
Seguro público[a]				9,3	20,2	20,3	16,0	15,3
Sin seguro	82,4	74,6	77,3	67,7	59,5	59,5	63,1	64,1
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total de población (millones)	16,8	22,8	24,3	25,7	26,9	27,3	27,6	28,0

[a] Hasta el año 2000, se refiere al Seguro Escolar Obligatorio y a proyectos piloto del Seguro Materno-Infantil. A partir del 2001, se refiere al SIS.
Elaborado sobre la base de Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004), procesamiento de la ENAHO 2001-2005.
Nota: Se omite el año 2001 por dificultades en la comparabilidad debidas al diseño del cuestionario de la ENAHO y la actualización del marco de viviendas.

Gráfico 15
Población asegurada por modalidad
Perú, 1985-2005



- La cobertura de EsSalud ha pasado de 21% (1994) a 17% (2005) de la población. Tratándose de una cobertura dependiente de la mano de obra declarada en planilla, la informalización del mercado laboral está en la base de este descenso. Si bien EsSalud ha hecho esfuerzos significativos a lo largo del período para fomentar la afiliación independiente, estos han resultado bastante infructuosos.[23]

23 Como se aprecia más adelante (acápite 3.4.2), el financiamiento de EsSalud depende mayoritariamente de las aportaciones de los empleadores.

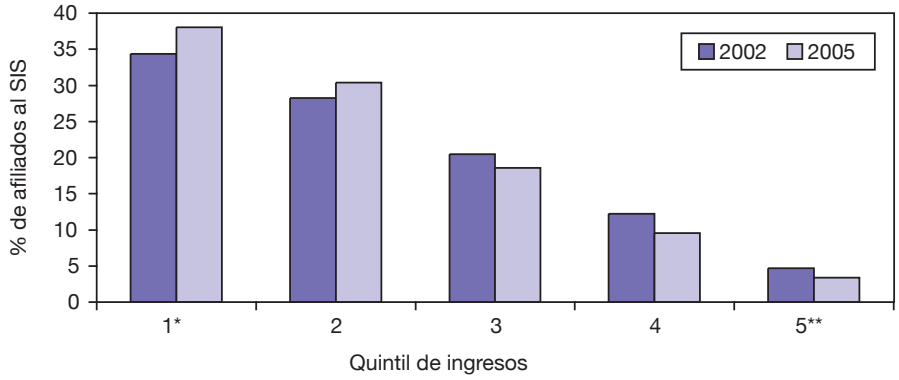
b) La afiliación al SIS[24] muestra dos perspectivas importantes por explorar: (a) desde la población nacional y (b) desde la estructura de afiliados a este seguro (cuadro 13):

Cuadro 13
Afiliación al SIS según quintiles de gasto. Perú, 2000-2005
(porcentajes)

Quintil de ingresos	Desde los quintiles de ingresos						Desde la afiliación al SIS		
	2002			2005			Quintil	2002	2005
	SIS	No SIS	Total	SIS	No SIS	Total			
1*	34,4	65,6	100%	28,2	71,8	100%	1*	34,3	38,1
2	28,3	71,7	100%	22,8	77,2	100%	2	28,2	30,4
3	20,6	79,4	100%	14,0	86,0	100%	3	20,5	18,6
4	12,4	87,6	100%	7,3	92,7	100%	4	12,3	9,6
5**	4,7	95,3	100%	2,6	97,4	100%	5**	4,7	3,4
							Total SIS	100,0	100,0

Elaboración propia sobre la base del procesamiento de la ENAHO 2002 IV-ENAHO 2005.
*Quintil más pobre; **quintil menos pobre.

Gráfico 16
Composición del SIS por quintil de ingresos. Perú, 2002-2005



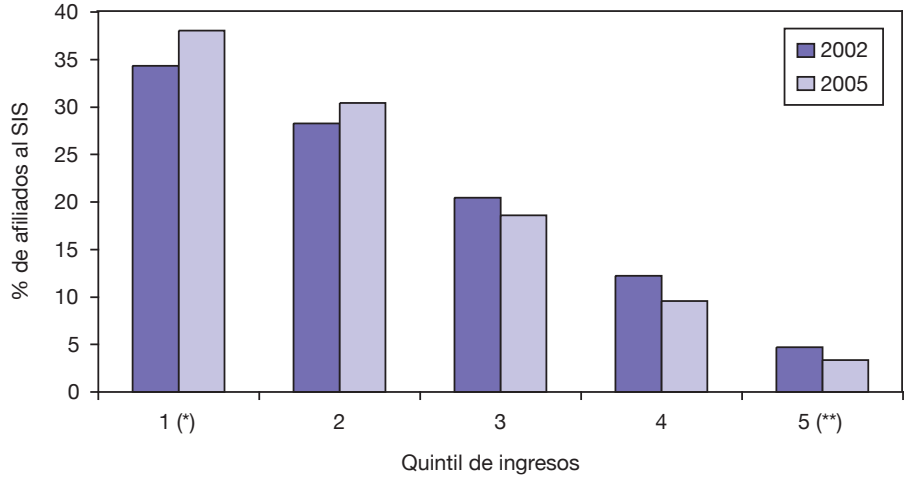
*Quintil más pobre; **quintil menos pobre.

- Debido a que la focalización se dio en un contexto de restricción presupuestaria, el porcentaje de afiliados del total de los dos primeros quintiles en dicho período cayó, en promedio, de 32% (2002) a 27% (gráfico 16).

- No obstante, entre los años 2002 y 2005 la estructura de afiliados mejoró por los efectos de la focalización: los más pobres —primer y segundo quintil— pasaron de 63% a 69% del total de afiliados al SIS (gráfico 17).

24 No se han utilizado datos de la institución aseguradora (SIS) por cuanto la información no resulta confiable debido a sobreestimaciones de diversa índole.

Gráfico 17
Afiliados al SIS por quintil de ingresos
Perú, 2002-2005



c) ¿Cuán efectivos son los seguros? Una respuesta parcial a esta pregunta se obtiene del examen del porcentaje de población que estando afiliada a un seguro, hace uso de él. En el cuadro 14 se examina el período 2002-2005:

- En EsSalud, en el año 2005, solo 32% del 100% de los afiliados consultaban a sus establecimientos, mientras que 24% señalaban que no habían podido realizar la consulta aun necesitándola. En el año 2002, 46% de los afiliados consultaban en establecimientos de EsSalud y el porcentaje que no había podido realizar una consulta aun necesitándola era de 15% (gráfico 18).[25]

- En las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales dicho porcentaje pasó de 47% a 35%.

- En los seguros privados no se aprecian cambios significativos: el total de consultas que efectúan los afiliados está entre 35% y 36%.

- En contraste con los seguros anteriores, mucho más formales y estructurados, el porcentaje de afiliados al SIS que consulta a los establecimientos del MINSA con la membresía de afiliado es mayor, al haber pasado de 54% a 45%. Esta disminución amerita ser estudiada, ya que sugiere restricciones de oferta. De esta manera, 29% de afiliados al SIS no efectuaron consulta, considerándola necesaria, porque no pudieron (gráfico 19).

25 Algo distinto ocurre en el caso de la hospitalización: aproximadamente 80% de los afiliados utilizan los establecimientos.

Gráfico 18
Consulta de afiliados a EsSalud. Perú, 2002-2005

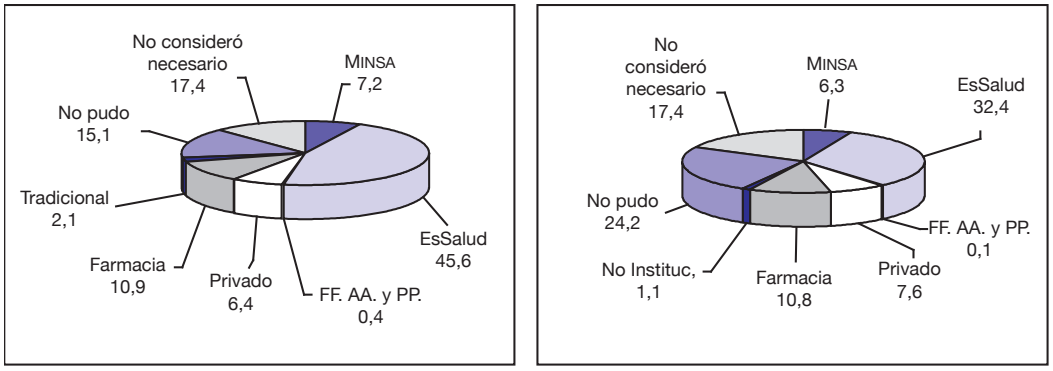
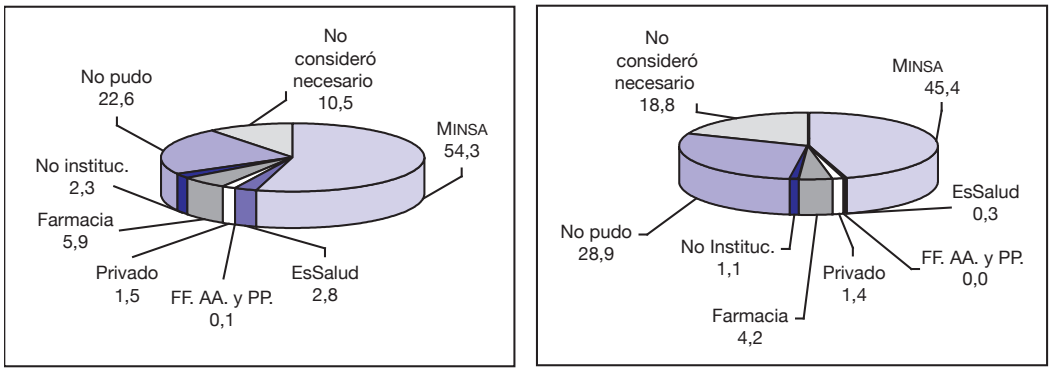


Gráfico 19
Consulta de afiliados al SIS. Perú, 2002-2005



d) Finalmente, una observación pertinente: en el Perú no basta estar afiliado a un seguro para tener garantizado el acceso. La información presentada en el cuadro 14 muestra que ninguno de los seguros brinda atención a por lo menos la mitad de sus afiliados, lo que implica que, según el tipo de seguro, más de dos tercios de de la población con seguro de salud acaba pagando la consulta y los medicamentos con «gasto de bolsillo».

Cuadro 14
Tendencias en la utilización de servicios según condición de aseguramiento. Perú, 2002-2005
(porcentajes del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según condición de consulta)

Condición de aseguramiento	¿Dónde consultó?					No consultó porque...			Total
	MINSA	EsSalud	FF. AA. y PP.	Privado	Farmacia	Tradicional	No pudo	No necesitó	
2002									
EsSalud	7,2	45,6	0,4	6,4	10,9	2,1	15,1	12,3	100%
EsSalud y privado	1,4	12,4	0,3	34,0	7,2	1,3	9,3	34,2	100%
Privado	6,5	5,7	0,6	35,9	14,9	2,7	11,2	22,5	100%
FF. AA. y PP.	6,2	5,4	46,7	4,7	11,1	1,9	11,8	12,2	100%
SIS	54,3	2,8	0,1	1,5	5,9	2,3	22,6	10,5	100%
Otros	12,1	13,4	0,0	6,9	17,4	11,5	10,9	27,9	100%
No asegurado	21,7	1,2	0,1	4,8	15,1	4,5	38,9	13,8	100%
2003									
EsSalud	6,4	42,2	0,2	6,8	6,3	0,8	23,1	14,2	100%
EsSalud y privado	3,2	9,6	0,1	46,0	3,6	0,3	18,4	18,8	100%
Privado	5,0	4,2	0,8	40,3	4,7	0,7	28,5	15,8	100%
FF. AA. y PP.	8,2	7,3	40,6	4,0	3,0	0,1	20,8	15,9	100%
SIS	49,9	0,8	0,0	1,4	4,9	0,9	27,1	15,0	100%
Otros	12,5	1,1	0,0	7,3	6,1	0,0	46,6	26,4	100%
No asegurado	17,7	0,4	0,1	4,5	11,0	1,5	46,9	17,8	100%
2004									
EsSalud	7,8	35,4	0,3	6,9	7,1	0,9	25,5	16,1	100%
EsSalud y privado	6,4	10,4	0,1	42,8	4,2	2,0	13,9	20,2	100%
Privado	5,6	5,4	0,1	37,0	3,8	1,0	22,4	24,8	100%
FF. AA. y PP.	2,7	4,5	38,8	7,3	5,6	0,1	24,3	16,8	100%
SIS	47,5	0,6	0,0	1,6	5,0	0,8	28,7	15,8	100%
Otros	10,3	0,5	0,0	10,0	7,3	0,0	30,7	41,2	100%
No asegurado	15,5	0,3	0,0	4,3	10,6	1,3	49,0	19,0	100%
2005									
EsSalud	6,3	32,4	0,1	7,6	10,8	1,1	24,2	17,4	100%
EsSalud y privado	0,5	8,4	0,0	35,3	10,3	5,2	24,0	16,3	100%
Privado	3,7	2,8	0,9	34,2	13,6	3,8	18,7	22,3	100%
FF. AA. y PP.	7,1	2,6	34,8	4,2	11,8	1,8	20,1	17,7	100%
SIS	45,4	0,3	0,0	1,4	4,2	1,1	28,9	18,8	100%
Otros	9,8	1,2	0,0	2,1	17,3	0,0	30,4	39,2	100%
No asegurado	14,5	0,1	0,0	4,2	12,8	1,3	46,7	20,3	100%

Fuente: ENAHO 2002 IV-mayo, 2003-abril, 2004-ENAHO 2004-ENAHO 2005.
Nota: El año 2001 no ha sido considerado en la serie por dificultades en la comparabilidad debido al diseño del cuestionario y la actualización del marco de viviendas.

3.3 ESTRUCTURA DEL GASTO DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, 1995-2005

a) La estructura del gasto de los principales prestadores de servicios de salud, MINSA, EsSalud y prestadores privados muestra importantes diferencias durante el período de estudio (1995-2005) (cuadros 15, 16 y 17 y gráfico 20).[26]

Cuadro 15
Estructura de gasto del MINSA Nacional. Perú, 1995-2000-2005
(porcentajes)

Estructura	1995	2000	2005
Consumo intermedio	33,4	41,6	30,2
Insumos médicos y medicamentos	10,0	11,5	10,8
Bienes no médicos y servicios	23,4	30,1	19,4
Valor agregado	53,6	49,8	65,0
Remuneraciones	51,1	46,2	63,5
Impuestos a la producción y venta	1,2	1,1	0,0
Depreciación de equipos e infraestructura	1,3	2,5	1,6
Formación bruta de capital	13,0	8,7	4,8
Total	100,0	100,0	100,0
Total (miles de S/.)	1.376.626	2.220.385	3.220.163

Fuentes: 1995-2000 sobre la base de Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 2004.
2001-2005: Convenio MINSA-CIES.
Compatibilización de serie: Elaboración propia.

Cuadro 16
Estructura de gasto de EsSalud. Perú, 1995-2000-2005
(porcentajes)

Estructura	1995	2000	2005
Consumo intermedio	41,0	41,5	40,9
Insumos médicos y medicamentos	15,4	21,1	16,7
Bienes no médicos y servicios	25,6	20,3	24,3
Valor agregado	44,1	50,4	57,5
Remuneraciones	38,6	45,3	55,2
Impuestos a la producción y venta	2,6	1,6	0,0
Depreciación de equipos e infraestructura	2,9	3,4	2,3
Formación bruta de capital	14,9	8,2	1,6
Total	100,0	100,0	100,0
Total (miles de S/.)	1.255.575	2.299.021	3.186.954

Fuentes: 1995-2000 sobre la base de Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 2004.
2001-2005: Convenio MINSA-CIES.
Compatibilización de serie: Elaboración propia.

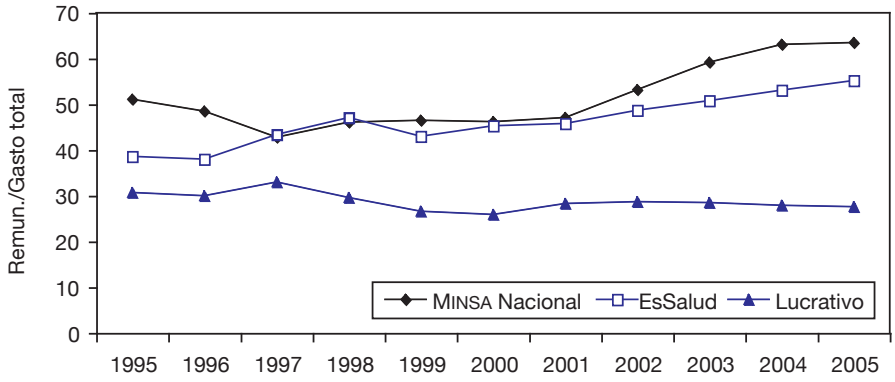
26 En el anexo 2 se detalla la información para cada año durante el período 1995-2005.

Cuadro 17
Estructura de gasto del prestador privado lucrativo. Perú, 1995-2000-2005
(porcentajes)

Estructura	1995	2000	2005
Consumo intermedio	28,1	30,3	28,8
Insumos médicos y medicamentos	4,7	5,6	5,8
Bienes no médicos y servicios	23,4	24,7	23,0
Valor agregado	65,0	61,9	64,0
Remuneraciones	16,7	12,3	13,7
Honorarios profesionales-sector privado	14,0	13,7	14,0
Impuestos a la producción y venta	9,2	9,3	3,4
Depreciación de equipos e infraestructura	4,0	3,3	1,8
Excedente de explotación	8,3	9,1	16,2
Ingreso mixto	12,8	14,2	14,9
Formación bruta de capital	4,9	5,5	4,9
Medicamentos	2,0	2,4	2,4
Total	100,0	100,0	100,0
Total (miles de S/.)	1.032.021	2.202.120	2.895.593

Fuentes: 1995-2000 Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 2004. 2005: Elaboración propia.
Compatibilización de serie: Elaboración propia.

Gráfico 20
Participación de las remuneraciones en los prestadores de servicios de salud. Perú, 1995-2005



- Los prestadores públicos MINSA y EsSalud han ido incrementando su gasto en remuneraciones[27] y honorarios, hasta arribar a niveles de 64% y 55% del gasto total, mientras que los prestadores privados lo han controlado alrededor del 31%.

27 Dada la multiplicidad de contratos, se considera como remuneración cualquier modalidad de pago al trabajador.

- El comportamiento de la inversión entre los prestadores públicos ha sido errático y ha ido en descenso, mientras que los privados han mantenido sus niveles de inversión.

b) A lo largo del período se observa en cada institución lo siguiente:

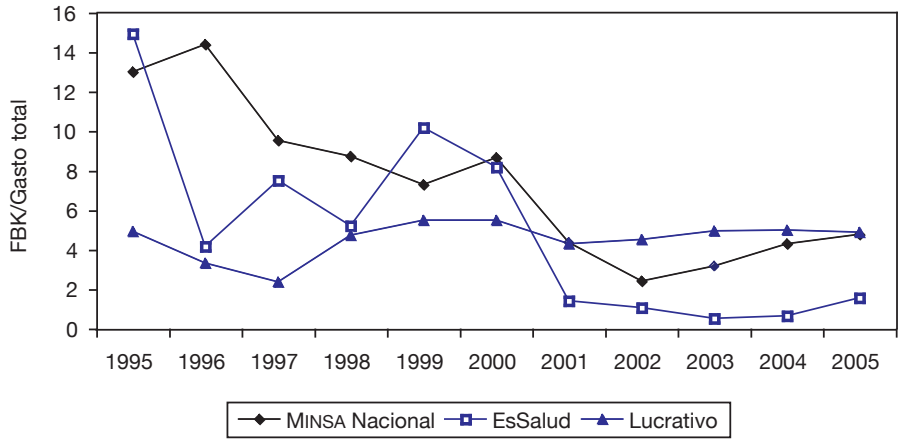
- En el MINSA Nacional el año 1995 se partió de un nivel alto de la masa de remuneraciones (51%) y de la inversión (13%), debido a la existencia de grandes proyectos que tuvieron un importante caudal de consultores y que significaron una importante inversión. En el año 2000, algunos de los grandes proyectos estaban terminando, por lo que las masas de remuneraciones e inversiones disminuyeron porcentualmente. En el año 2005, sin la presencia de grandes proyectos de inversión, esta cae al 5% del total del gasto, mientras que el proceso de nombramientos y aumentos salariales recientemente iniciado incide en el aumento de la masa total de remuneraciones hasta significar 64% del gasto total (cuadro 15 y gráfico 21).

- Debe, además, considerarse, que al tratarse de un gasto creciente, la compra de medicamentos e insumos médicos si bien ha mantenido el 10%-11% del total, en términos absolutos ha tenido un aumento importante (cuadro 15).

- En EsSalud, el nivel de inversiones fue cayendo de modo llamativo: de 15% en el año 1995 a 8% en el 2000 y a 2% en el 2005, mientras que el incremento en la masa salarial ha sido constante. La compra de medicamentos e insumos médicos ha sido irregular (cuadro 16 y gráficos 20 y 21).

- Al describir la estructura de los prestadores privados, deben efectuarse cuatro precisiones. Primero, son altamente heterogéneos. Segundo, la Encuesta Económica Anual, principal insumo en la estructura de los prestadores privados, muestra fuerte presencia de las

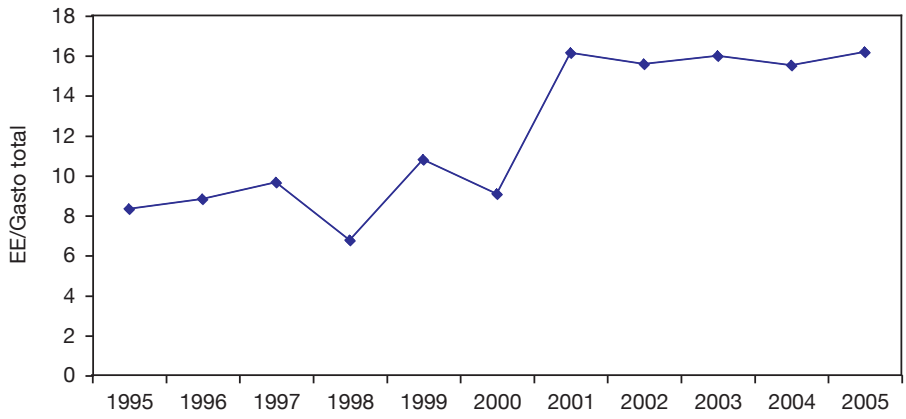
Gráfico 21
Participación de la formación bruta de capital de servicios de salud. Perú, 1995-2005



clínicas, lo que sugiere explorar la subestimación del «consultorio privado». Tercero, existe subestimación de la prestación privada no lucrativa, porque no se dispone de información referida a la atención de salud de parte de los bomberos y de la Cruz Roja, entre otras. Cuarto, parte creciente del mercado de atención privada de la salud está siendo tomada por centros de corte naturista y de medicina alternativa, y otros cuyas licencias de productos son de orden nutricional y no terapéutico.

Precisado lo anterior, se señala que durante el período de estudio, la estructura del prestador privado mostró un apreciable incremento en el excedente de explotación (ganancia de clínicas), que ha pasado de 8% a 16% entre los años 1995 y 2005. A diferencia de lo anterior, el ingreso de los consultorios particulares aumentó mínimamente su participación de 13% a 15% (cuadro 17 y gráfico 22). Ello señala que la expansión bajo modalidades integradas (tipo policlínico, clínica) resulta mucho más rentable para el sector privado.

Gráfico 22
Participación del excedente de explotación de los prestadores con fines de lucro. Perú, 1995-2005



3.4 FINANCIAMIENTO Y DESCENTRALIZACIÓN PÚBLICA, 2001-2005

3.4.1 Cambios en la estructura de financiamiento del MINSA

a) La estructura de financiamiento del MINSA se ha modificado sustantivamente con el proceso de descentralización (2001-2005). En los cuadros 18 y 19 se deduce lo siguiente:

- El financiamiento de las regiones ha presentado el mayor crecimiento en el período, con 78%, mientras que el financiamiento del MINSA Nacional aumentó en 53% y, consecuentemente, el pliego MINSA lo hizo solo en 36%.[28]

28 No se comenta sobre el crecimiento del financiamiento de los organismos públicos descentralizados porque en el período de estudio se incorporaron nuevos organismos.

Cuadro 18
Estructura de financiamiento del MINSA Nacional para servicios de salud. Perú, 2001-2005
(porcentajes)

PLIEGO MINSA					
Fuente de financiamiento	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Recursos Ordinarios	73,7%	76,4%	73,2%	71,3%	73,2%
Recursos Directamente Recaudados	21,7%	21,7%	21,2%	18,9%	18,9%
Donaciones y Transferencias	3,1%	0,9%	3,4%	6,1%	4,4%
Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito Externo	1,5%	1,0%	2,2%	3,6%	3,5%
Recursos Ordinarios para Gobiernos Regionales	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total de gasto en salud (miles de S/.)	1.324.965	1.459.220	1.500.905	1.578.777	1.782.171
REGIONES					
Fuente de financiamiento	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Recursos Ordinarios[a]	74,7%	73,2%	74,5%	0,3%	0,6%
Recursos Directamente Recaudados	25,2%	26,8%	16,9%	13,8%	13,5%
Donaciones y Transferencias	0,0%	0,0%	8,6%	12,7%	11,8%
Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito Externo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Recursos Ordinarios para Gobiernos Regionales	0,0%	0,0%	0,0%	73,2%	74,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total de gasto en salud (S/.)	703.740	865.227	935.979	1.089.837	1.252.394
OPD					
Fuente de financiamiento	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Recursos Ordinarios	70,0%	89,4%	91,5%	92,5%	94,2%
Recursos Directamente Recaudados	12,8%	4,4%	2,5%	4,0%	2,5%
Donaciones y Transferencias	17,2%	6,2%	6,0%	3,5%	3,3%
Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito Externo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Recursos Ordinarios para Gobiernos Regionales	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total de gasto en salud (S/.)	42.661	113.067	83.649	135.482	135.619
Total MINSA Nacional					
Fuente de financiamiento	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Recursos Ordinarios[a]	74,0%	75,9%	74,3%	44,7%	45,4%
Recursos Directamente Recaudados	22,7%	22,7%	19,0%	16,2%	16,1%
Donaciones y Transferencias	2,3%	0,8%	5,4%	8,6%	7,3%
Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito Externo	1,0%	0,6%	1,3%	2,1%	2,0%
Recursos Ordinarios para Gobiernos Regionales	0,0%	0,0%	0,0%	28,5%	29,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total de gasto en salud (S/)	2.071.367	2.437.514	2.520.533	2.804.096	3.170.184

[a] Se refiere a Recursos Ordinarios que en su gran mayoría eran asignados a las regiones a través del MINSA.
Fuente: Cuentas Nacionales de Salud 2001-2005, Sector Público. Consultoría efectuada por Eduardo del Solar. Setiembre del 2007. Oficina General de Planificación. MINSA.

Cuadro 19
Estructura de financiamiento de MINSA pliego y MINSA regiones para servicios de salud. Perú, 2001-2005 (porcentajes)

	2001	2002	2003	2004	2005
MINSA REGIONES					
Recursos Ordinarios para Gobiernos Regionales	0,0%	0,0%	0,0%	73,2%	74,0%
Recursos Ordinarios[a]	74,7%	73,2%	74,5%	0,3%	0,6%
Transferencias SIS	0,0%	0,0%	8,6%	12,7%	11,8%
Recursos Directamente Recaudados	25,2%	26,8%	16,9%	13,8%	13,5%
Total de Gasto en Salud	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
PLIEGO MINSA					
Recursos Ordinarios	73,7%	76,4%	73,2%	71,3%	73,2%
Recursos Directamente Recaudados	21,7%	21,7%	21,2%	18,9%	18,9%
Donaciones y Transferencias	3,1%	0,9%	3,4%	6,1%	4,4%
Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito Externo	1,5%	1,0%	2,2%	3,6%	3,5%
Total de Gasto en Salud	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

[a] Se refiere a Recursos Ordinarios que, en su gran mayoría, eran asignados a las regiones a través del MINSA.
Fuente: Cuentas Nacionales de Salud 2001-2005. Sector Público. Consultoría efectuada por Eduardo del Solar. Setiembre del 2007. Oficina General de Planificación. MINSA.

- Además del mayor crecimiento, el financiamiento de las regiones ha transformado su composición. De estar financiada, en el año 2001, en 75% por Recursos Ordinarios (RO) mayormente transferidos por el MINSA y en 25% por Recursos Directamente Recaudados (RDR), mediante el cobro de tarifas a los usuarios, pasó en el año 2005 a tener 75% financiado por RO transferidos directamente por el Ministerio de Economía y Finanzas, 1% de RO transferidos por el MINSA[29] vía 14% de RDR y 12% de transferencias del SIS (gráfico 23). Es posible que la aparición del SIS haya influido en la disminución de los RDR, lo cual implicaría un logro del SIS,[30] lo que amerita mayor investigación.

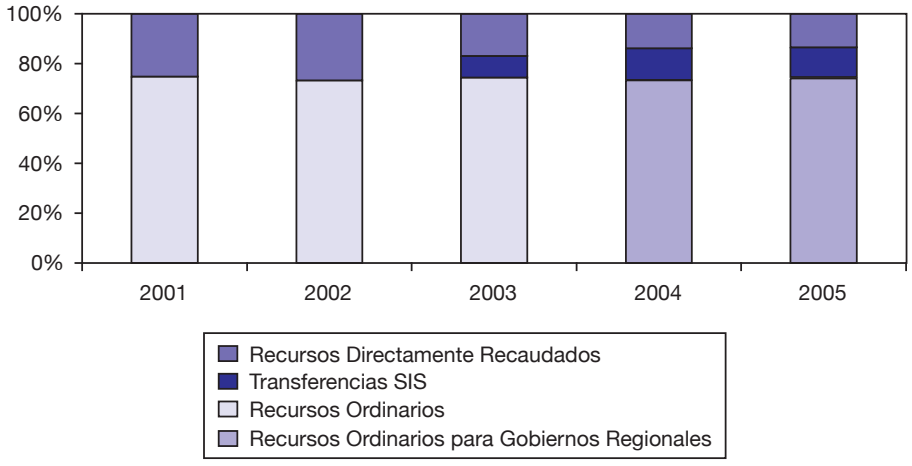
- En consecuencia, las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) han pasado a depender, en términos financieros, principalmente de sus regiones, ya que el monto remesado por las estrategias sanitarias nacionales representa solo 1%. Por otra parte, debe considerarse que las transferencias del SIS pueden convertirse en un importante instrumento de rectoría financiera del MINSA Nacional.

b) En los organismos públicos descentralizados (OPD), la estructura de financiamiento se ha concentrado en los RO, que han pasado de 70% (año 2001) a 94%, resultado coherente

29 Dado que los cuadros 18 y 19 consignan solo las cifras presupuestales, no incluyen los envíos que por «encargo» realizaba el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) en dinero y en medicamentos e insumos a las regiones.

30 Si bien este hallazgo parece compatible con la disminución del financiamiento del agente «hogares» (acápite 3.1.3), no lo es con el incremento relativo, mas no absoluto, del porcentaje del financiamiento de los hogares que va a los establecimientos públicos.

Gráfico 23
Estructura de financiamiento de los servicios de salud en las regiones. Perú, 2001-2005



con la incorporación del SIS como una OPD a partir del año 2002. La disminución en las transferencias recibidas en 40% en valores absolutos, como se deduce del cuadro 18, lleva a inferir lo anterior. Además, ello permite suponer una menor venta de servicios de parte de alguna OPD.

c) El pliego del MINSA va camino a reducirse en sus funciones para convertirse en la instancia rectora, con lo que se explica su menor crecimiento y futura disminución financiera, salvo que se opte por un modelo de desarrollo del SIS con su respectivo fondo financiero.

3.4.2 Estructura de financiamiento de EsSalud

a) La estructura de financiamiento de EsSalud ha permanecido invariable en el período 2001-2005, dependiendo entre 91% y 93% del Seguro Regular y entre 1% y 2% del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. Los ingresos provenientes de seguros independientes (potestativo) solo han significado 3% del total de los ingresos de EsSalud (cuadro 20 y gráfico 24).

3.5 MERCADO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS, 1995-2005

a) El consumo de medicamentos e insumos médicos no tiene en el Perú una estimación plenamente confiable debido al mercado informal de medicamentos, producto del contrabando y de la falsificación; procesos que al ser crecientes, distorsionan la información.

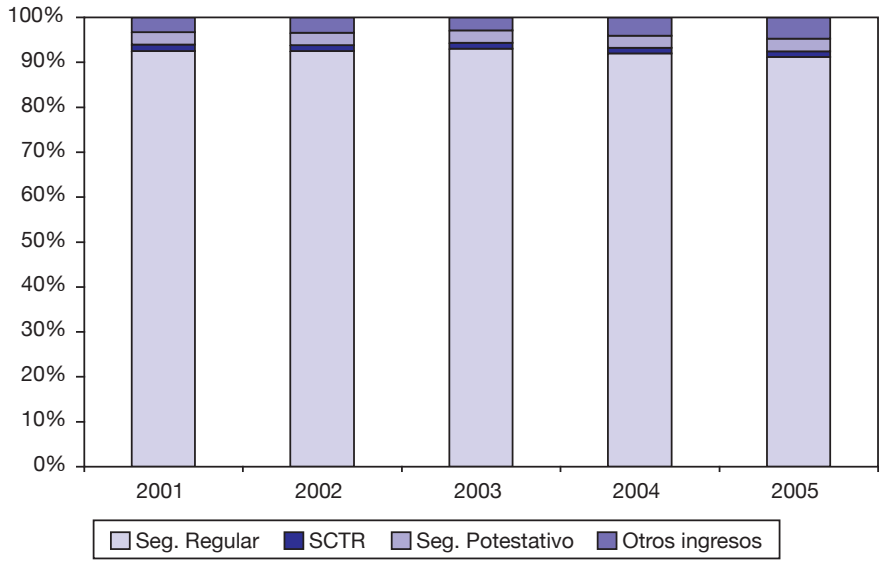
b) Efectuada la precisión anterior y con la advertencia de la subestimación creciente del mercado de medicamentos, formalmente el consumo en el país en el año 2005 fue de 889 millones

Cuadro 20
Estructura de financiamiento de EsSalud para servicios de salud. Perú, 2001-2005
(porcentajes)

	2001	2002	2003	2004	2005
Seguro Regular	92,5%	92,5%	93,1%	92,0%	91,2%
Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo	1,5%	1,4%	1,3%	1,2%	1,3%
Seguro Potestativo	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%
Otros Ingresos	3,3%	3,4%	2,9%	4,0%	4,7%
Total de Gasto en Salud	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud 2001-2005. Sector Público. Consultoría efectuada por Eduardo del Solar. Setiembre del 2007. Oficina General de Planificación. MINSA.

Gráfico 24
Estructura de financiamiento de EsSalud
Perú, 2001-2005



de dólares, de los cuales 5,4% correspondió a insumos médicos y el 94,6% restante (731 millones de dólares) a los medicamentos (cuadro 21, gráfico 25), monto bastante compatible con el registrado por International Marketing Services (IMS) para medicamentos.[31]

- El componente importado del total consumido de medicamentos es creciente, al haber pasado de 20% en el año 1995 a 37,3% en el 2005 (cuadro 22).

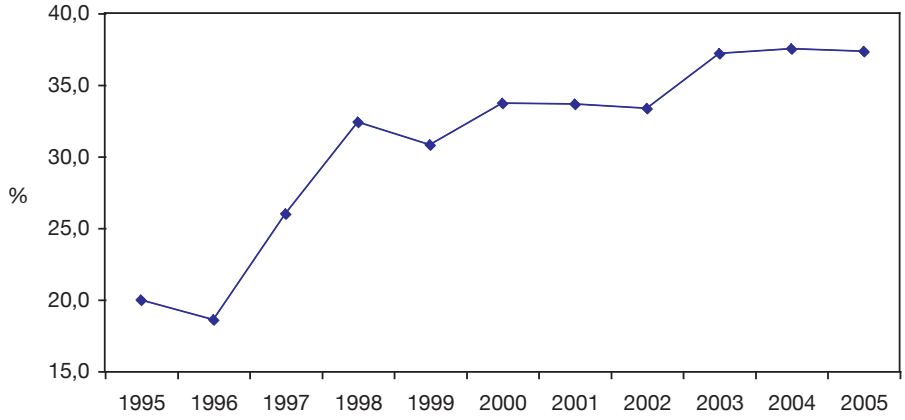
31 De acuerdo con IMS, el valor de ventas del mercado farmacéutico privado peruano en el año 2005 fue de 683 millones de dólares.

Cuadro 21
Demanda de prestadores y farmacias de insumos médicos y medicamentos. Perú, 1995-2005
(valores absolutos y porcentuales)

Prestadores/farmacias	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Insumos médicos (US$ millones)	83,8	90,1	86,6	99,2	106,9	115,3	142,4	141,4	151,1	157,9
Medicamentos (US$ millones)	710,6	722,1	742,7	639,6	663,0	606,7	673,9	614,0	666,6	731,2
Total (US$ millones)[a]	794,4	812,2	829,3	738,8	713,2	722,0	816,3	755,4	817,7	889,1
Total (millones S/.)[a]	1.787,0	1.990,0	2.206,0	2.165,0	2.411,0	2.512,0	2.863	2.621	2.784	2.923
Estructura										
MINSA nacional	5,5	6,4	5,6	7,1	7,4	7,9	8,7	10,0	10,1	9,5
EsSalud	7,4	7,8	7,8	10,2	14,1	14,7	14,9	15,6	14,6	13,6
Otros públicos	1,1	1,0	0,8	1,0	1,0	0,9	2,3	2,9	2,5	3,0
Establecimientos privados lucrativos[b]	1,3	1,3	1,3	1,4	2,3	2,5	1,0	1,2	1,1	2,0
Establecimientos privados no lucrativos	0,4	0,4	0,4	0,8	0,8	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6
Autoseguros	1,1	1,2	1,3	1,5	1,7	1,6	1,5	1,8	1,7	1,7
En farmacias y boticas fuera del prestador	83,2	81,9	82,8	78,0	72,7	71,7	71,0	68,0	69,3	69,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

[a] No incluye los *stocks* de medicamentos/insumos.
[b] El bajo valor de medicamentos registrado en prestadores privados lucrativos se debe a la venta por concesionarios de boticas y farmacias que se realiza en su interior.
Fuentes: 1995-2000: Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004). Elaboración propia en los años 2001-2005 sobre la base de equilibrios. Índice de volúmenes físicos de productos de Mincetur. Registros de la Superintendencia Nacional de Aduanas (exportaciones, importaciones) EEA y ENAHO (INEI).

Gráfico 25
Importación de medicamentos como porcentaje del total. Perú, 1995-2005



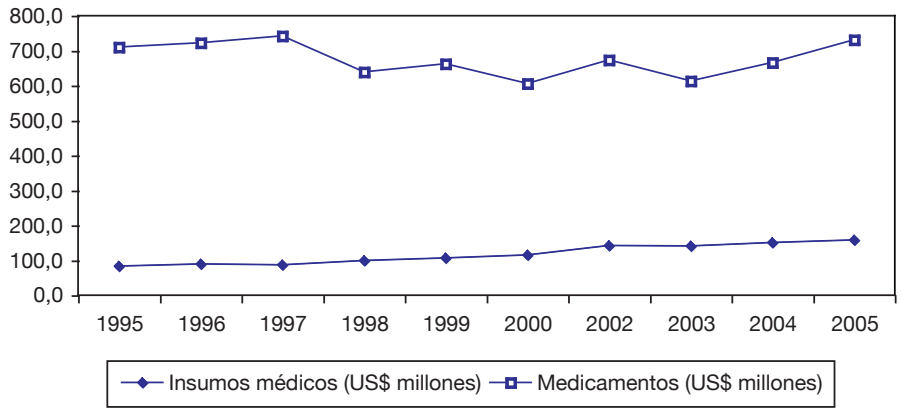
- Si bien la estructura de demanda de los medicamentos continúa ubicando a las farmacias y boticas fuera del prestador en el primer lugar, muestra una disminución en la participación de estas de 83% a 70% durante el período 1995-2005, debido a la mayor participación de EsSalud y del MINSA, que han duplicado el valor en dólares americanos de sus adquisiciones de medicamentos e insumos médicos (cuadro 22 y gráfico 26). Aunque ello no se aprecia en el cuadro y el gráfico mencionados, se ha incrementado la demanda de medicamentos de parte de las clínicas, demanda que no se registra como tal debido a

Cuadro 22
Importación de productos farmacéuticos de uso humano y sustancias químicas medicinales. Perú, 2001-2005 (millones de US$)

Año	Valor CIF[a]	% del total medicamentos
1995	142,0	20,0
1996	134,2	18,6
1997	193,0	26,0
1998	207,2	32,4
1999	204,3	30,8
2000	204,5	33,7
2001	218,8	33,7
2002	224,8	33,4
2003	228,4	37,2
2004	250,0	37,5
2005	273,0	37,3

[a] Valor CIF: Valor de importación que incluye el costo del flete y seguro.
Fuentes: 1995-2000: Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004). Elaboración propia en los años 2001-2005 sobre la base de INEI.

Gráfico 26
Demanda formal de medicamentos e insumos médicos. Perú, 1995-2005 (millones de US$)



que en su mayoría se trata de cadenas de boticas ubicadas como concesionarios dentro de los locales de los prestadores privados.[32]

c) La matriz de demanda formal muestra en porcentajes el consumo intermedio y el consumo final.

- El consumo intermedio es el realizado dentro de los prestadores públicos (MINSA, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, locales municipales) y privados, sobre todo durante las cirugías y hospitalizaciones. El consumo final está referido al consumo de medicamentos de las personas en sus hogares (cuadro 23).

Cuadro 23
Matriz de demanda según consumo intermedio y final de insumos médicos y medicamentos. Perú, 2002-2005
(porcentajes)

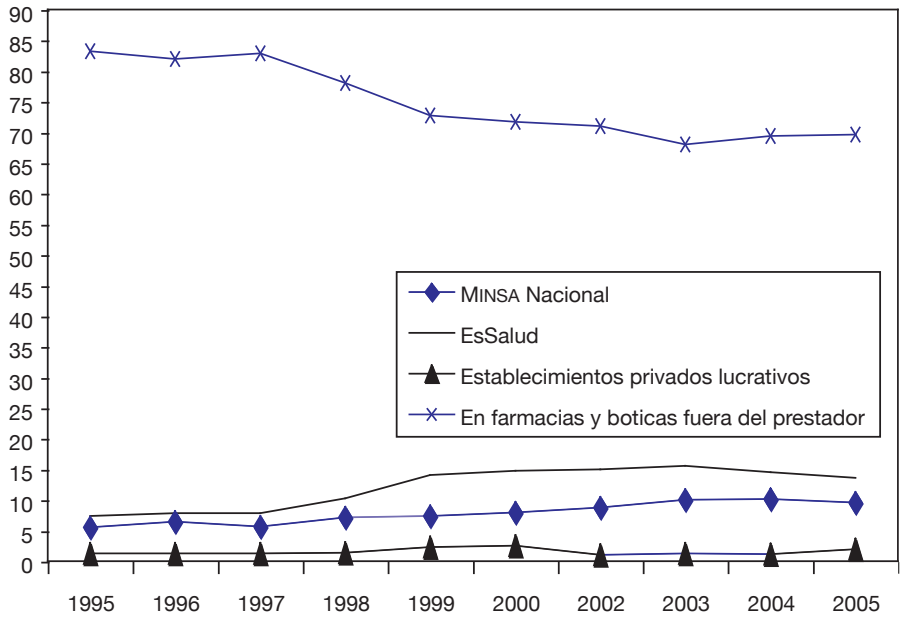
Demanda[a]	2002	2003	2004	2005
Consumo intermedio	**16,0**	**17,0**	**16,8**	**16,2**
Público	11,5	11,9	11,5	10,9
Privado	4,4	5,1	5,3	5,3
Consumo final	**84,0**	**83,0**	**83,2**	**83,8**
Público no cobrado a hogares	1,0	1,9	1,8	1,9
Privado sin fines de lucro	0,4	0,4	0,4	0,4
Hogares	82,7	80,6	81,0	81,5
Demanda[a]	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

[a] No incluye *stocks*.
Fuentes: 1995-2000: Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004). Elaboración propia en los años 2001-2005 sobre la base de equilibrios. Índice de volúmenes físicos de productos de Mincetur, Registros de la Superintendencia Nacional de Aduanas (exportaciones, importaciones) EEA y ENAHO (INEI).
Nota: El año 2001 no ha sido considerado en la serie por dificultades en la comparabilidad debido al diseño del cuestionario y la actualización del marco de viviendas.

Entre los años 2002 y 2005, el consumo intermedio se ha mantenido en 16%, aunque su composición ha variado ligeramente a favor de la prestación privada, la que pasó de 4,4% del total del valor del consumo intermedio a 5,3% (cuadro 23).

32 Téngase presente, no obstante, que si se consideraran el monto de medicamentos que ingresa por contrabando y los medicamentos adulterados vendidos, es posible que el grupo «farmacias y boticas» pase al primer lugar.

Gráfico 27
Demanda formal de insumos médicos y medicamentos según agentes principales. Perú, 1995-2005 (millones de US$)



- Consecuentemente, el consumo final ha mantenido una participación de 84% del consumo o demanda. Destacan dos observaciones durante el período 2002-2005. Primero, el valor de los medicamentos donados por entidades públicas a los hogares se duplica, pasando de 1,0 a 1,9%, información que podría estar asociada tanto al desarrollo del SIS como a las estrategias sanitarias nacionales del MINSA (cuadro 23). Segundo, el valor del consumo de medicamentos efectuado por los hogares se mantiene en 81-83% (cuadro 23 y gráfico 27).

4. Comentarios finales

Se indicaba en la presentación de este estudio que las Cuentas Nacionales en Salud son una fuente de información sectorial muy potente, cuya principal virtud es la de constituir un instrumento de comunicación, diálogo y concertación para una efectiva rectoría sanitaria y una gestión transparente del sector, pretensión mayor en dos dimensiones: (a) para una reforma sanitaria efectiva en cuanto a eficiencia, efectividad y equidad; y (b) como marco general para el proceso de descentralización de los servicios de salud.

Este ha sido el propósito de la alianza entre el Ministerio de Salud del Perú y el Observatorio de la Salud, integrante del CIES, definido en el Convenio 017-2007/MINSA y desarrollado con la rectoría de la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del INEI. Las principales conclusiones y reflexiones que surgen para el período 1995-2005 son las siguientes:

a) Pese a que el gasto en servicios de salud aumentó en 116% en soles corrientes, su capacidad adquisitiva per cápita no experimentó mejora debido fundamentalmente al aumento en el índice de Precios de Cuidado y Conservación de la Salud[33]. En efecto, el crecimiento del componente «productos medicinales y farmacéuticos» fue más del doble del Índice de Precios al Consumidor.

   - La principal reflexión al respecto está vinculada a la política de compra y de uso tecnológico en salud, esta última estrechamente vinculada al control de calidad de medicamentos y al fomento y regulación de su prescripción adecuada. Una mejora radical en dicha política tecnológica tendrá una alta capacidad de beneficiar a la población; contrariamente, la ausencia de esta tenderá a diluir el mayor gasto efectuado, así como a propiciar su inefectividad.

   - Una observación, posiblemente asociada a la anterior, es la que señala la existencia de un creciente mercado ilegal de medicamentos, por contrabando y adulteración, cuyo monto no es posible estimar con exactitud, y que en el año 2001 se calculaba conservadoramente en 15%. Este hecho distorsiona la información, pero sobre todo origina perversiones en el mercado y pone en riesgo la salud de la población.

b) ¿Quiénes financian el gasto en los servicios de salud? Los hogares son, en todo el período de estudio 1995-2006, la principal fuente de financiamiento, con las graves implicancias de inequidad e ineficacia que ello tiene en un país donde alrededor de la mitad de la población

33 El aumento de precios en primas y copagos del aseguramiento privado ocurrido en el año 2005 amerita ser un tema de investigación en el marco de la evolución de dicho aseguramiento.

se encontraba en la pobreza en dicho lapso. Este razonamiento es válido hoy en día, cuando la pobreza continúa por encima de 40% y presenta marcadas resistencias a la disminución. Dado que se encuentra que los hogares gastan principalmente en medicamentos, este hecho refuerza la necesidad de una política tecnológica y, además, sugiere la existencia de una baja accesibilidad a los servicios de salud, ya que la mayor compra es efectuada directamente en farmacias o boticas.

- No obstante lo anterior, debe reconocerse que se aprecia un importante incremento del financiamiento del gobierno con recursos del tesoro público. Entre los años 2000 y 2005, este financiamiento pasó de 22% a 31% del total, mientras que el de los hogares disminuyó de 38% a 34%. Posiblemente, este efecto se encuentre asociado a la aparición de seguros públicos: el inicialmente denominado Seguro Escolar Gratuito y seguros piloto materno-infantiles, luego fusionados y desarrollados en el SIS. No obstante, como se explica más adelante, este efecto requiere mayor estudio.

c) Las características esenciales que se han identificado sobre la prestación privada son: (i) alta y creciente heterogeneidad con diferenciación del grupo de «clínicas», cuya rentabilidad subió de 8% a 16% (años 1995-2005), lo que indica que la expansión en modalidades integradas (tipo policlínico, clínica) resulta mucho más rentable; (ii) no se dispone de información sobre centros naturistas y de medicina alternativa, cuyo crecimiento va en aumento y cuyas licencias de producción/venta son de orden nutricional y no terapéutico; y (iii) existe significativa subestimación de la prestación privada no lucrativa, porque no se dispone de información referida a la atención de salud de parte de los bomberos y de la Cruz Roja, entre otras entidades de este tipo.

- Es importante mejorar el conocimiento, la capacidad regulatoria y la coordinación con diversos decisores privados.

d) La cobertura efectiva o utilización de servicios de salud viene decreciendo significativamente desde el año 2002, mientras que aumenta el gasto por persona atendida. Los resultados deducibles de la ENAHO muestran que no se ha modificado la estructura de atención de la población que acude al MINSA, sea según el criterio de quintiles de ingreso o según la distancia.

- Desde el quintil más pobre hasta el de mayores ingresos, la composición ha sido 21%, 24%, 24%, 19% y 12%, respectivamente, para cada quintil. Ello implica que, a nivel nacional, no se percibe ningún impacto del SIS, posiblemente debido a su reducida capacidad de cobertura efectiva en términos nacionales.

- La composición de atendidos por regiones naturales tampoco muestra variaciones significativas: Lima metropolitana: 23%-25%, costa urbana: 14%-15%, costa rural: 6%-7%, sierra urbana: 11%-12%, sierra rural: 29%-30%, selva urbana: 5%-6% y selva rural: 9%-10%.

- No obstante, la baja de la consulta aun cuando la persona la considere necesaria, detectada por las ENAHO, coexiste con un mayor uso de determinados servicios destinados al grupo materno-infantil captable a través de la encuesta ENDES Continua.

e) Surgen tres consideraciones no excluyentes por explorar: (a) si el gasto per cápita no disminuye, pero sí la utilización de servicios, se podría estar frente a un mayor uso intensivo de tecnología; (b) se podría tratar de una saturación de la oferta institucional de servicios de salud; y (c), en menor medida, podría ser que la atención en salud esté compitiendo con otros quehaceres en la asignación del tiempo de los consultantes, lo que sugeriría, adicionalmente, baja valoración de estos servicios.

f) Como grandes efectos del denominado proceso de reforma que se inició a mediados del año 1995, se tiene: (i) el surgimiento del SIS como seguro público explícito, que no ha podido generar un fondo ad hoc y cuyo financiamiento proviene de ampliaciones de gastos históricos asignados por la Dirección General de Presupuesto del MEF; (ii) las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), que en el año 2005 lograron captar 9% del total de recursos financieros, porcentaje cercano al 11% que atraen los seguros privados, aunque con una baja cobertura poblacional.

   - Por tanto, se ha mantenido la verticalidad en el financiamiento en los flujos provenientes de las dos principales fuentes institucionales: tesoro público y cotizaciones de empleadores.

g) Como consecuencia del denominado proceso de descentralización de la salud iniciado hace unos pocos años, se ha producido el tránsito directo de los recursos a las regiones, sin la intermediación administrativa del MINSA Nacional. Ello ha permitido: (i) un mayor crecimiento del financiamiento de las regiones (78%) en relación con el del MINSA Nacional (53%) y (ii) la dependencia de las Direcciones Regionales de Salud de sus regiones, más que del MINSA.

   - En este contexto, la existencia de SIS debería ser, también, enfocada como un instrumento de potencial rectoría financiera del MINSA Nacional, sobre todo ahora que el pliego MINSA ve reducir sus funciones para convertirse en la instancia rectora.

h) El SIS llegó a contar con 20% del total de la población afiliada en los años 2002 y 2003, porcentaje reducido, por argumentos de «focalización», a 15% de la población en el 2005. Como consecuencia, disminuyó el porcentaje de afiliados pobres del total nacional, que cayó de 32% (2002) a 27% (2005). También descendió el porcentaje de afiliados al SIS que consulta los establecimientos del MINSA, de 54% a 45%.

   - Esta disminución amerita ser estudiada, ya que sugiere restricciones de oferta. En el año 2005, 29% de afiliados al SIS no efectuaron consulta aun considerándola necesaria, porque no pudieron.

i) El crecimiento del aseguramiento en salud ha evidenciado fuertes cambios en el período 1995-2005. Estos cambios se deben exclusivamente a la creación, desarrollo y fluctuaciones de los seguros públicos en salud. La cobertura de EsSalud ha bajado de 21% (1994) a 17% de la población, principalmente por la informalización del mercado laboral. Los esfuerzos de EsSalud a lo largo del período para fomentar la afiliación independiente han resultado bastante infructuosos.

j) No basta la afiliación a un seguro para garantizar su uso. En el año 2005, solo 45% de los afiliados al SIS lograban efectuar consulta cuando la requerían; el porcentaje bajaba a 32% de los afiliados a EsSalud[34] y era menor aún en las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales (35%) y en los seguros privados (36%). Se concluye que, según el tipo de seguro, casi dos tercios de la población afiliada a un seguro de salud acaban pagando la consulta y los medicamentos con «gasto de bolsillo».

- Esta información muestra que el proyecto de universalización del aseguramiento en salud deberá, para ser efectivo, transformar la estructura de la oferta tanto pública como privada. Si bien en el país existe reticencia a la previsión y solo 3% del gasto en salud de los hogares está intermediado por un seguro voluntario, es indudable también la necesidad de dar efectividad y credibilidad a los seguros, en el marco de lo que significa un «contrato social».

Esperamos que las conclusiones y reflexiones presentadas contribuyan al desarrollo de la gestión sanitaria en función de los grandes objetivos de equidad, efectividad y descentralización que el país demanda.

33 Ocurre distinto en el caso de la hospitalización, donde aproximadamente 80% de los afiliados han utilizado los establecimientos.

Bibliografía

Apoyo

2001 «La industria farmacéutica». *Semana Económica*, año 17, n.º 793.

Flores, Diana

2006 «Actualización del estudio de mercado del sector farmacéutico y de productos naturales». Lima: Prompex Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática

2006 *Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Endes Continua 2004-2005. Informe Principal.* Lima: INEI.

2007 *Encuesta Nacional de Hogares.* Lima: INEI.

Magnoli, Alessandro y otros

2001 *Cuentas Nacionales en Salud en América Latina y el Caribe. Conceptos, resultados y políticas de empleo.* Washington, D. C.: Universidad de Harvard-BID-INDES.

Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

1994 *Cuentas Nacionales de Salud. Perú: 1995-2000*. Lima: Ministerio de Salud-OPS/OMS.

Ministerio de Salud-Banco Interamericano de Desarrollo

1996 *Análisis del financiamiento del sector Salud, 1992-1995.* Lima: ESAN-AUPHA-Servers-Funsalud, Proyecto Programa Fortalecimiento de Servicios de Salud.

Ministerio de Salud-Overseas Development Administration

1998 *Revisión y actualización del financiamiento del sector Salud 1995-1996.* Grupo Técnico Interinstitucional. Proyecto «Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud-Perú»-Overseas Development Administration.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos-Banco Interamericano de Desarrollo

2002 *Sistema de Cuentas de Salud.* Washington, D. C.: OCDE-BID.

Sistema de Cuentas Nacionales

1993 *Sistema de Cuentas Nacionales 1993 de las Naciones Unidas.* Washington D. C.: ONU.

Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud

2007 *Boletín Estadístico al Segundo Trimestre del 2007*. Lima: SEPS.

Anexo 1

Gasto presupuestal del MINSA Nacional versus gasto en Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 2001-2005 (nuevos soles)

Tipo de gasto	2001	2002	2003	2004	2005
Servicios de salud	1.700.512.294	2.053.556.329	2.106.282.923	2.322.853.210	2.661.298.968
Insumos médicos y medicamentos	269.649.280	316.350.655	326.059.145	351.384.384	347.648.476
Inversión	90.555.374	59.880.852	81.126.497	122.677.324	153.390.925
Adm. de planes de seguro social	0	0	0	0	0
Administración de seguros privados	0	0	0	0	0
Supervisión de EPS	10.649.448	7.726.196	7.064.479	7.180.833	7.845.253
Gasto en Cuentas Nacionales	**2.060.716.948**	**2.429.787.836**	**2.513.468.565**	**2.796.914.918**	**3.162.338.369**
Nutrición	282.543.713	243.906.257	13.863.595	11.996.198	16.093.778
Educación	76.680.876	87.965.884	92.203.133	45.832.208	49.187.916
Medio ambiente	12.180.189	13.091.861	14.776.891	15.522.574	14.497.636
Saneamiento	2.095.374	10.959.625	811.571	81.596	844.856
Pensiones	290.328.173	298.920.492	298.806.722	302.780.249	341.736.885
Transferencias*	7.659.417	7.576.330	7.612.827	7.622.802	7.936.471
Total	**2.742.854.138**	**3.099.934.481**	**2.948.607.783**	**3.187.931.378**	**3.600.481.164**

* Limpio de transferencias internas.
** Incluye pliego MINSA, sus OPD y las regiones.

Anexo 2

Estructura de gasto de prestadores de salud. Perú, 1995
(porcentajes)

Estructura	Público				Privado	
	MINSA Nacional	FF. AA. y PP.	Otros-públicos	EsSalud	Lucrativo	No lucrativo
Consumo intermedio	**33,4**	**42,7**	**27,7**	**41,0**	**28,1**	**56,3**
Insumos médicos y medicamentos	10,0	9,6	7,4	15,4	4,7	4,1
Bienes no médicos y servicios	23,4	33,0	20,2	25,6	23,4	52,1
Valor agregado	**53,6**	**57,3**	**72,2**	**44,1**	**65,0**	**33,9**
Remuneraciones	51,1	51,6	67,4	38,6	16,7	29,5
Honorarios profesionales-sector privado					14,0	
Impuestos a la producción y venta	1,2	2,6	3,3	2,6	9,2	2,2
Depreciación de equipos e infraestructura	1,3	3,2	1,5	2,9	4,0	2,2
Excedente de explotación					8,3	
Ingreso mixto					12,8	
Formación bruta de capital	**13,0**	**0,0**	**0,1**	**14,9**	**4,9**	**1,8**
Medicamentos					**2,0**	**8,1**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Total (miles de S/.)	**1.376.626**	**270.352**	**42.089**	**1.255.575**	**1.032.021**	**1.348.320**

Fuente: Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004).

Estructura de gasto de prestadores de salud. Perú, 1996
(porcentajes)

Estructura	Público				Privado	
	MINSA Nacional	FF. AA. y PP.	Otros-públicos	EsSalud	Lucrativo	No lucrativo
Consumo intermedio	**34,3**	**42,7**	**28,7**	**50,5**	**29,1**	**33,2**
Insumos médicos y medicamentos	10,4	9,6	8,1	16,7	4,1	4,9
Bienes no médicos y servicios	23,9	33,0	20,6	33,8	25,0	28,3
Valor agregado	**51,3**	**57,3**	**71,3**	**45,3**	**65,7**	**54,6**
Remuneraciones	48,5	52,0	66,6	38,0	14,7	47,6
Honorarios profesionales-sector privado					15,2	
Impuestos a la producción y venta	1,1	2,5	3,3	2,3	9,5	3,4
Depreciación de equipos e infraestructura	1,7	2,9	1,4	4,9	4,2	3,6
Excedente de explotación					8,8	
Ingreso mixto					13,2	
Formación bruta de capital	**14,4**	**0,0**	**0,0**	**4,2**	**3,3**	**2,5**
Medicamentos					**1,9**	**9,7**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Total (miles de S/.)	**1.695.935**	**283.869**	**34.539**	**1.363.001**	**1.238.741**	**78.085**

Fuente: Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004).

Estructura de gasto de prestadores de salud. Perú, 1997
(porcentajes)

Estructura	Público				Privado	
	MINSA Nacional	FF. AA. y PP.	Otros-públicos	EsSalud	Lucrativo	No lucrativo
Consumo intermedio	**45,5**	**42,6**	**13,5**	**42,1**	**41,3**	**48,4**
Insumos médicos y medicamentos	10,6	8,9	3,2	16,6	3,2	2,6
Bienes no médicos y servicios	34,9	33,7	10,3	25,6	21,3	45,8
Valor agregado	**44,9**	**57,1**	**39,2**	**50,4**	**54,6**	**41,6**
Remuneraciones	42,8	52,6	36,6	43,4	16,1	36,2
Honorarios profesionales-sector privado					16,9	
Impuestos a la producción y venta	1,1	2,0	1,8	2,3	11,3	2,5
Depreciación de equipos e infraestructura	1,1	2,5	0,8	4,7	3,7	2,8
Excedente de explotación					9,7	
Ingreso mixto					13,7	
Formación bruta de capital	**9,5**	**0,3**	**47,3**	**7,5**	**2,4**	**2,9**
Medicamentos					**1,7**	**7,2**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Total (miles de S/.)	**1.700.930**	**300.692**	**28.142**	**1.535.271**	**1.494.787**	**106.825**

Fuente: Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004).

Estructura de gasto de prestadores de salud. Perú, 1998
(porcentajes)

Estructura	Público				Privado	
	MINSA Nacional	FF. AA. y PP.	Otros-públicos	EsSalud	Lucrativo	No lucrativo
Consumo intermedio	**41,7**	**40,5**	**19,0**	**41,6**	**32,4**	**46,2**
Insumos médicos y medicamentos	10,8	8,4	3,7	17,5	4,0	2,4
Bienes no médicos y servicios	30,8	32,0	15,4	24,1	28,4	43,8
Valor agregado	**49,6**	**58,4**	**47,7**	**53,2**	**61,4**	**40,3**
Remuneraciones	46,1	53,7	44,5	47,1	16,1	35,1
Honorarios profesionales-sector privado					13,5	
Impuestos a la producción y venta	1,1	2,0	2,1	1,8	9,7	2,5
Depreciación de equipos e infraestructura	2,3	2,6	1,0	4,2	4,2	2,7
Excedente de explotación					6,8	
Ingreso mixto					11,1	
Formación bruta de capital	**8,7**	**1,1**	**33,3**	**5,2**	**4,7**	**1,6**
Medicamentos					**1,5**	**11,9**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Total (miles de S/.)	**1.992.061**	**347.343**	**30.573**	**1.822.366**	**1.659.403**	**123.861**

Fuente: Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004).

Estructura de gasto de prestadores de salud. Perú, 1999
(porcentajes)

Estructura	Público				Privado	
	MINSA Nacional	FF. AA. y PP.	Otros-públicos	EsSalud	Lucrativo	No lucrativo
Consumo intermedio	**42,7**	**39,2**	**16,1**	**42,0**	**27,7**	**44,9**
Insumos médicos y medicamentos	11,4	8,2	2,8	19,9	4,3	3,2
Bienes no médicos y servicios	31,3	31,1	13,3	22,1	23,4	41,6
Valor agregado	**50,0**	**59,7**	**36,1**	**47,8**	**64,4**	**42,2**
Remuneraciones	46,5	54,9	33,7	43,0	13,3	36,8
Honorarios profesionales-sector privado					13,3	
Impuestos a la producción y venta	1,2	2,1	1,6	1,6	9,6	2,6
Depreciación de equipos e infraestructura	2,3	2,7	0,8	3,3	4,4	2,9
Excedente de explotación					10,8	
Ingreso mixto					13,0	
Formación bruta de capital	**7,3**	**1,1**	**47,8**	**10,2**	**5,5**	**1,5**
Medicamentos					**2,4**	**11,4**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Total (miles de S/.)	**2.110.542**	**366.960**	**21.281**	**2.299.249**	**1.988.022**	**149.011**

Fuente: Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004).

Estructura de gasto de prestadores de salud. Perú, 2000
(porcentajes)

Estructura	Público				Privado	
	MINSA Nacional	FF. AA. y PP.	Otros-públicos	EsSalud	Lucrativo	No lucrativo
Consumo intermedio	**41,6**	**38,6**	**19,6**	**41,5**	**30,3**	**43,8**
Insumos médicos y medicamentos	11,5	8,5	1,7	21,1	5,6	2,6
Bienes no médicos y servicios	30,1	30,1	17,9	20,3	24,7	41,2
Valor agregado	**49,8**	**60,4**	**8,6**	**50,4**	**61,9**	**43,6**
Remuneraciones	46,2	55,5	8,1	45,3	12,3	38,0
Honorarios profesionales-sector privado					13,7	
Impuestos a la producción y venta	1,1	2,1	0,4	1,6	9,3	2,7
Depreciación de equipos e infraestructura	2,5	2,8	0,2	3,4	3,3	2,9
Excedente de explotación					9,1	
Ingreso mixto					14,2	
Formación bruta de capital	**8,7**	**1,0**	**71,8**	**8,2**	**5,5**	**1,4**
Medicamentos					**2,4**	**11,2**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Total (miles de S/.)	**2.220.385**	**361.829**	**6.293**	**2.299.021**	**2.202.120**	**135.454**

Fuente: Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004).

Estructura de gasto de prestadores de salud. Perú, 2001
(porcentajes)

Estructura	Público				Privado	
	MINSA Nacional	FF. AA. y PP.	Otros-públicos	EsSalud	Lucrativo	No lucrativo
Consumo intermedio	**44,6**	**38,4**	**11,1**	**47,9**	**28,5**	**44,5**
Insumos médicos y medicamentos	12,7	20,2	3,0	21,2	5,8	1,8
Bienes no médicos y servicios	31,9	18,2	8,1	26,7	22,7	42,7
Valor agregado	**51,0**	**59,1**	**31,6**	**50,7**	**64,8**	**45,7**
Remuneraciones	47,1	57,2	27,1	45,8	13,9	39,9
Honorarios profesionales-sector privado					14,3	
Impuestos a la producción y venta	1,4	1,8	1,1	1,5	3,0	2,8
Depreciación de equipos e infraestructura	2,5	0,1	3,4	3,4	2,3	3,1
Excedente de explotación					16,1	
Ingreso mixto					15,0	
Formación bruta de capital	**4,4**	**2,4**	**57,3**	**1,4**	**4,3**	**1,8**
Medicamentos					**2,4**	**7,9**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Total (miles de S/.)	**2.124.712**	**448**	**1.031**	**2.438.651**	**2.230.356**	**139.051**

Elaboración propia basada en el procesamiento de información presupuestal del sector público. En cuanto al sector privado, se han utilizado la ENAHO y la Encuesta Económica Anual (EEA), ambas del INEI del año correspondiente.

Estructura de gasto de prestadores de salud. Perú, 2002
(porcentajes)

Estructura	Público				Privado	
	MINSA Nacional	FF. AA. y PP.	Otros-públicos	EsSalud	Lucrativo	No lucrativo
Consumo intermedio	**41,6**	**34,0**	**7,5**	**46,6**	**28,5**	**46,7**
Insumos médicos y medicamentos	12,7	20,4	2,0	21,8	5,8	1,8
Bienes no médicos y servicios	28,9	13,6	5,5	24,8	22,7	44,9
Valor agregado	**56,0**	**63,5**	**22,4**	**52,3**	**64,5**	**43,7**
Remuneraciones	53,2	62,4	18,3	48,7	14,3	38,1
Honorarios profesionales-sector privado					14,4	
Impuestos a la producción y venta	0,7	0,9	0,4	0,6	3,1	2,7
Depreciación de equipos e infraestructura	2,0	0,1	3,8	3,0	2,2	2,9
Excedente de explotación					15,6	
Ingreso mixto					15,0	
Formación bruta de capital	**2,4**	**2,6**	**70,1**	**1,1**	**4,5**	**1,7**
Medicamentos					**2,4**	**7,9**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Total (miles de S/.)	**2.488.099**	**407**	**1.547**	**2.641.726**	**2.339.112**	**146.072**

Elaboración propia basada en el procesamiento de información presupuestal del sector público. En cuanto al sector privado, se han utilizado la ENAHO y la Encuesta Económica Anual (EEA), ambas del INEI del año correspondiente.

Estructura de gasto de prestadores de salud. Perú, 2003
(porcentajes)

Estructura	Público				Privado	
	MINSA Nacional	FF. AA. y PP.	Otros-públicos	EsSalud	Lucrativo	No lucrativo
Consumo intermedio	**35,0**	**33,4**	**6,5**	**45,1**	**28,5**	**46,4**
Insumos médicos y medicamentos	12,7	18,2	1,8	20,5	5,8	1,8
Bienes no médicos y servicios	22,3	15,2	4,8	24,6	22,7	44,6
Valor agregado	**61,8**	**66,4**	**20,2**	**54,4**	**64,2**	**44,2**
Remuneraciones	59,2	65,4	16,0	50,8	14,2	38,6
Honorarios profesionales-sector privado					14,2	
Impuestos a la producción y venta	0,7	1,0	0,3	0,7	3,3	2,7
Depreciación de equipos e infraestructura	1,9	0,0	3,9	2,9	2,1	3,0
Excedente de explotación					16,0	
Ingreso mixto					14,4	
Formación bruta de capital	**3,2**	**0,1**	**73,3**	**0,5**	**4,9**	**1,5**
Medicamentos					**2,4**	**7,9**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Total (miles de S/.)	**2.568.532**	**447**	**2.275**	**2.633.373**	**2.507.315**	**1.388.426**

Elaboración propia basada en el procesamiento de información presupuestal del sector público. En cuanto al sector privado, se han utilizado la ENAHO y la Encuesta Económica Anual (EEA), ambas del INEI del año correspondiente.

Estructura de gasto de prestadores de salud. Perú, 2004
(porcentajes)

Estructura	Público				Privado	
	MINSA Nacional	FF. AA. y PP.	Otros-públicos	EsSalud	Lucrativo	No lucrativo
Consumo intermedio	**30,4**	**41,1**	**27,9**	**43,2**	**29,2**	**46,0**
Insumos médicos y medicamentos	12,3	18,0	3,1	19,2	5,8	1,8
Bienes no médicos y servicios	18,1	23,1	24,7	24,1	23,4	44,2
Valor agregado	**65,3**	**57,2**	**64,7**	**56,1**	**63,4**	**44,6**
Remuneraciones	63,1	56,7	62,4	53,1	14,0	38,9
Honorarios profesionales-sector privado					13,9	
Impuestos a la producción y venta	0,5	0,4	1,0	0,4	3,4	2,7
Depreciación de equipos e infraestructura	1,7	0,1	1,4	2,6	1,9	3,0
Excedente de explotación					15,5	
Ingreso mixto					14,8	
Formación bruta de capital	**4,3**	**1,7**	**7,4**	**0,7**	**5,0**	**1,4**
Medicamentos					**2,4**	**7,9**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Total (miles de S/.)	**2.853.047**	**438**	**9.553**	**2.808.967**	**2.721.518**	**159.094**

Elaboración propia basada en el procesamiento de información presupuestal del sector público. En cuanto al sector privado, se han utilizado la ENAHO y la Encuesta Económica Anual (EEA), ambas del INEI del año correspondiente.

Estructura de gasto de prestadores de salud. Perú, 2005
(porcentajes)

Estructura	Público				Privado	
	MINSA Nacional	FF. AA. y PP.	Otros-públicos	EsSalud	Lucrativo	No lucrativo
Consumo intermedio	**30,2**	**45,8**	**29,9**	**40,9**	**28,8**	**45,9**
Insumos médicos y medicamentos	10,8	17,4	3,0	16,7	5,8	1,8
Bienes no médicos y servicios	19,4	28,3	26,9	24,3	23,0	44,0
Valor agregado	**65,0**	**53,1**	**60,1**	**57,5**	**64,0**	**44,8**
Remuneraciones	63,5	53,0	59,4	55,2	13,7	39,0
Honorarios profesionales-sector privado					14,0	
Impuestos a la producción y venta	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	2,7
Depreciación de equipos e infraestructura	1,6	0,1	0,7	2,3	1,8	3,0
Excedente de explotación					16,2	
Ingreso mixto					14,9	
Formación bruta de capital	**4,8**	**1,2**	**10,0**	**1,6**	**4,9**	**1,5**
Medicamentos					**2,4**	**7,9**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Total (miles de S/.)	**3.220.163**	**523**	**44.720**	**3.186.954**	**2.895.593**	**1.584.122**

Elaboración propia basada en el procesamiento de información presupuestal del sector público. En cuanto al sector privado, se han utilizado la ENAHO y la Encuesta Económica Anual (EEA), ambas del INEI del año correspondiente.