



PERÚ

Ministerio
de Salud



CUENTAS NACIONALES DE SALUD

PERÚ 1995-2012



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



PERÚ Ministerio de Salud



CUENTAS NACIONALES DE SALUD

PERÚ 1995-2012



Organización Panamericana de la Salud



Organización Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995 - 2012 / Ministerio de Salud. Dirección General de Planeamiento y Presupuesto. Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2015.
156 p.; ilus., graf.

REFORMA DE LA ATENCIÓN DE SALUD / FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD / PLANIFICACIÓN EN SALUD / PRESUPUESTOS / CONTROL DE COSTOS / ACCESO UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD / GASTOS EN SALUD

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2015-07400

Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2012

Ministerio de Salud
Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud

Elaboración:

Dra. Margarita Petrerá Pavone, Coordinación y Dirección Técnica del Estudio

Ing. Nelly Milagros Palomino Nicho

Ing. Edna Roxana Ortiz Onofre

© **MINSA, 2015**

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Jesús María - Lima 11 - Perú

Telf.: (511) 315-6600

<http://www.minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

© **OPS/OMS, 2015**

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Representación OPS/OMS en Perú

Los Pinos 251 Urb. Camacho La Molina - Lima 12 - Perú

Telf: (511) 319-5700

<http://www.paho.org/per/>

per@paho.org

Primera edición, 2015

Tiraje: 500 ejemplares

Diseño e impresión: SINCO DISEÑO E.I.R.L.

Jr. Huaraz 449 - Breña

Telf.: 433-5974

sinco.design@yahoo.es

Versión digital disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3248.pdf>

Documento elaborado gracias a la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS /OMS).



Aníbal Velásquez Valdivia

MINISTRO DE SALUD

Percy Minaya León

VICEMINISTRO DE SALUD PÚBLICA

César Chaname Zapata

VICEMINISTRO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

Silvia Ruíz Zárate

SECRETARÍA GENERAL

OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

Ilich Ascarza López

Director General

Walter Ramírez Eslava

Director Adjunto

Contenido

ACRÓNIMOS Y SIGLAS	13
AGRADECIMIENTOS	17
PREFACIO	19
1. INTRODUCCIÓN	21
1.1. Antecedentes	21
1.2. ¿Qué son y para qué sirven las Cuentas Nacionales de Salud?	22
1.3. Objetivo de estudio	22
1.4. Delimitación del objeto de estudio	23
2. DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SALUD Y AGENTES	25
2.1. Contexto y proceso de reforma sanitaria	25
2.2. Clasificación de agentes, fuentes, fondos y prestadores	26
2.2.1. Agentes y fuentes en el financiamiento	27
2.2.2. Mancomunación o fondos de aseguramiento	28
2.2.3. Prestadores	29
2.3. Proceso de compatibilización de las series y fuentes de información	30
3. ESTIMACIÓN DE FLUJOS FINANCIEROS	37
3.1. Gasto en servicios de salud	37
3.2. Precios en servicios de salud	41
3.3. Financiamiento de los servicios de salud (1995-2012)	43
3.3.1. Financiamiento de los hogares (2004-2012)	45
3.3.2. El financiamiento del gobierno en salud (2002-2012)	47
3.3.3. El financiamiento de ESSALUD	49
3.4. Fondos de financiamiento en salud (1995-2012)	51
3.5. Estimación del gasto según prestadores de servicios de salud	54
3.5.1. Gasto del MINSA y Regiones (2005-2012)	57
3.5.2. Gasto de ESSALUD (2006-2012)	60
3.6. Matriz de flujos financieros 2012	62

4. GASTO DE LOS HOGARES EN SALUD	67
4.1. Definiciones básicas	67
4.2. Estimación del gasto de los hogares en salud	68
4.3. Destino del pago directo en salud según reporte de enfermedad	70
4.4. Destino del pago directo en salud según prestador y lugar de compra	72
4.5. Destino del pago directo en salud según tipo de gasto	77
4.6. Destino del gasto en salud de los hogares según quintil de gasto	78
4.7. Efecto protector del SIS en la población en pobreza relativa afiliada al SIS	79
5. ASEGURAMIENTO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	85
5.1. Aseguramiento	85
5.2. Focalización del Seguro Integral de Salud	87
5.3. Utilización y no utilización de servicios de salud	92
5.4. Aseguramiento y acceso	101
5.5. Motivos de no consulta institucional	105
6. MERCADO DE MEDICAMENTOS	111
6.1. Definición de producto farmacéutico	111
6.2. Valor monetario del mercado	112
6.2.1. Tamaño y componentes	112
6.2.2. Mercado externo	116
6.2.3. Estructura de compra de fármacos a nivel nacional o cadena de comercialización	117
6.2.4. Estimación del gasto en medicamentos del Sector Público (2007-2012)	120
6.2.5. Medicamentos genéricos y compras corporativas	121
6.2.6. Destino o consumo de medicamentos en el MINSA y Regiones	123
CONCLUSIONES	127
BIBLIOGRAFÍA	131
ANEXOS	133

LISTADO DE CUADROS

ESTIMACIÓN DE FLUJOS FINANCIEROS

- Cuadro 1. Principales Indicadores del Gasto en Salud. Perú 1995-2012
- Cuadro 2. Índice de Precios al Consumidor de Cuidados y Conservación de la Salud y de sus Grupos Componentes. Perú 1995-2012. (Base 2007=100.0)
- Cuadro 3. Financiamiento de la Atención de Salud según Agentes. Perú 1995-2012.
- Cuadro 4. Financiamiento Estimado de los Hogares en Salud según fuentes. Perú 2004-2012.
- Cuadro 5. Estructura del financiamiento de Recursos Públicos en la atención de salud. Perú 2002-2012.
- Cuadro 6. Financiamiento de ESSALUD para servicios de salud. Perú 2006-2012.
- Cuadro 7a. Tipos de Fondos o Seguros en Servicios de Salud. Perú 1995-2012
- Cuadro 7b. Gastos de Administración de Fondos. Perú 2006-2012
- Cuadro 8. Gasto en Salud según Prestadores. Perú 1995-2012.
- Cuadro 9. Gasto Ejecutado en Salud del MINSA y Regiones según Genéricas de Gasto. Perú 2005-2012.
- Cuadro 10. Ejecución de Gastos de ESSALUD. Perú 2006-2012.

GASTO DE LOS HOGARES EN SALUD

- Cuadro 1. Gasto Monetario Estimado del Hogar en Servicios de Salud. Perú 2004-2012.
- Cuadro 2. Gasto de Bolsillo Estimado de los Hogares en Salud según reporte de problemas en salud, cronicidad y consulta.
- Cuadro 3. Gasto Directo de los Hogares en Salud según Prestador. Perú 2004-2012.
- Cuadro 4. Estructura estimada del gasto Directo de Hogares en Servicios de Salud según lugar de gasto. Perú 2004-2012.
- Cuadro 5. Gasto de Bolsillo estimado de los Hogares en Servicios de Salud según tipo de gasto. Perú 2004-2012.
- Cuadro 6. Gasto Monetario Estimado de los Hogares en Salud como porcentaje del gasto familiar monetario. Perú 2004-2012.
- Cuadro 7a. Gasto Personal de Bolsillo en la Atención de Afiliados SIS y personas en Pobreza sin ningún Seguro en establecimientos del MINSA y Regiones. Perú 2004-2012.
- Cuadro 7b. Gasto Personal de Bolsillo en la Atención de Afiliados SIS y personas en Pobreza sin ningún Seguro en establecimientos del MINSA y Regiones según ámbito. Perú 2004-2012.

ASEGURAMIENTO Y UTILIZACIÓN

- Cuadro 1. Tendencias de Aseguramiento en Salud. Perú 1995-2012. (Porcentaje y millones de personas)
- Cuadro 2a. Composición de Afiliados al SIS según Quintil de Gasto. Perú 2004-2012. (Miles y Porcentajes)
- Cuadro 2b. Composición de Afiliados al SIS por área según Quintil de Gasto. Perú 2004-2012. (Miles y Porcentajes)
- Cuadro 3. Focalización: Afiliación al SIS según quintil de Gasto. Perú 2004-2012. (Porcentaje)
- Cuadro 4a. Utilización de los Servicios de Salud. Perú 2004-2012. (Del total de la población que autorreportó enfermedad o malestar en las últimas 4 semanas)
- Cuadro 4b. Utilización de los Servicios de Salud según principales Prestadores y Quintil de Gasto. Perú 2004-2012. (Del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar en las últimas 4 semanas).
- Cuadro 4c. Utilización de Servicios de Salud según Quintil de Gasto y Prestador. Perú 2004-2012. (Del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar en las últimas 4 semanas).
- Cuadro 4d. Utilización de Servicios de Salud según Ámbito. Perú 2004-2012. (Del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según lugar de atención).
- Cuadro 5. Utilización de Servicios de Salud según Tipo de Seguro. Perú 2004-2012. (Del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar).
- Cuadro 6a. Razones de No Consulta a un Establecimiento de Servicios de Salud. Perú 2004-2012. (Del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar).
- Cuadro 6b. Razones de No Consulta a un Establecimiento de Servicios de Salud según Ámbito. Perú 2004-2012. (Del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar y no consultó a un establecimiento de salud).
- Cuadro 7. Razones de No Consulta a un Establecimiento de Servicios de Salud de Población en Pobreza Relativa afiliada al SIS y sin algún Seguro. Perú 2004-2012. (Población que autorreportó enfermedad o malestar y no consultó a un establecimiento de salud).

MERCADO DE MEDICAMENTOS

- Cuadro 1. Valor de ventas del mercado de productos farmacéuticos por sectores. Perú 2007-2012.
- Cuadro 2. Importación y Exportación de Productos Farmacéuticos y Lácteos. Perú 2008-2012. (Millones US\$)
- Cuadro 3. Presupuesto público ejecutado en medicamentos según prestador. Perú 2007-2012. (Porcentaje, millones de Nuevos Soles y millones de US\$)
- Cuadro 4. Ahorro en Compras Corporativas Nacionales. Perú 2008-2012. (Millones de Nuevos Soles corrientes)
- Cuadro 5. Estructura del consumo de medicamentos por Tipo de Atención en MINSA y Regiones. Perú 2010-2012. (Porcentajes)

ESQUEMA

Esquema 1: Matriz Metodológica – Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2012

LISTADO DE GRÁFICOS

ESTIMACIÓN DE FLUJOS FINANCIEROS

- Gráfico 1. Gasto en Salud. Perú 1995-2012.
- Gráfico 2. Gasto Total en Salud como % del PBI. Perú 1995-2012.
- Gráfico 3. Estructura del Financiamiento de la Salud. Perú 1995-2012.
- Gráfico 4. Principales Agentes Financiadores de la Salud. Perú 1995-2012.
- Gráfico 5. Financiamiento Estimado de los Hogares en Salud según fuentes. Perú 2004-2012.
- Gráfico 6. Financiamiento Público en Salud. Perú 2002-2012.
- Gráfico 7. Financiamiento de ESSALUD. Perú 2006-2012.
- Gráfico 8. Fondos de Salud. Perú 1995-2012.
- Gráfico 9. Gasto Público en Salud según Prestadores. Perú 1995-2012.
- Gráfico 10a. Gasto ejecutado en Salud del MINSA según genéricas de gasto. Perú 2005-2012.
- Gráfico 10b. Gasto ejecutado en Salud de Regiones según genéricas de gasto. Perú 2005-2012.
- Gráfico 11. Matriz de Flujos: Agentes financiadores, fondos y prestadores. Perú 2012.

GASTO DE LOS HOGARES EN SALUD

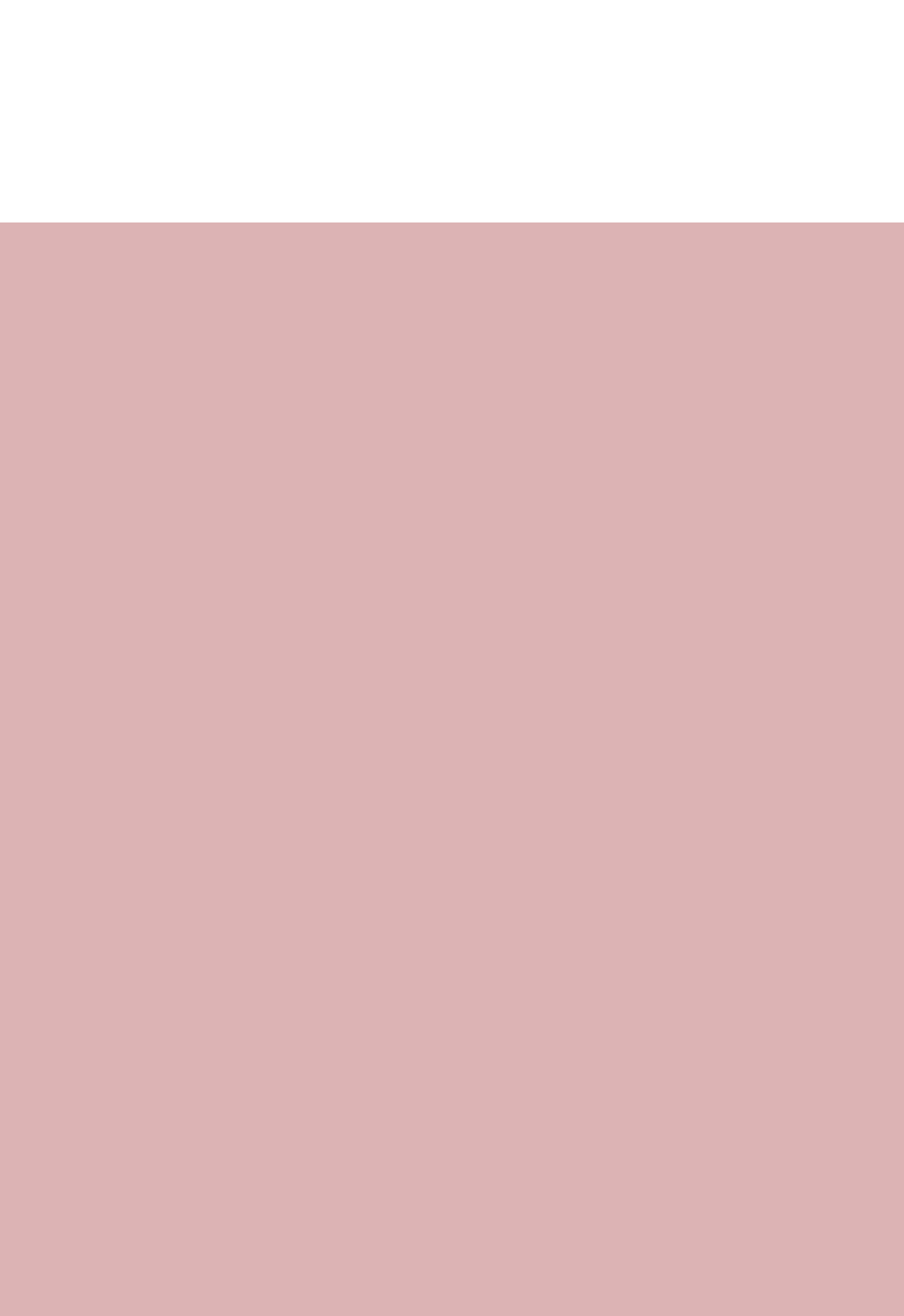
- Gráfico 1. Reporte de Enfermedades Crónicas. Perú 2004-2012.
- Gráfico 2. Gasto directo de Hogares en Salud según Prestador. Perú 2004-2012.
- Gráfico 3. Flujo del gasto Directo de Hogares en Salud. Perú 2012.
- Gráfico 4. Gasto de Bolsillo según Tipo de Gasto. Perú 2004-2012.
- Gráfico 5. Gasto de Bolsillo en Salud dentro del Gasto Familiar. Perú 2004-2012.
- Gráfico 6a. Gasto Personal de Bolsillo en la atención de Afiliados SIS y Personas en Pobreza sin ningún seguro en Establecimientos del MINSA y Regiones del ámbito Urbano (Quintiles 1 y 2 con SIS y sin Seguro).
- Gráfico 6b. Gasto Personal de Bolsillo en la atención de Afiliados SIS y Personas en Pobreza sin ningún seguro en Establecimientos del MINSA y Regiones del ámbito Rural (Quintiles 1 y 2 con SIS y sin Seguro).

ASEGURAMIENTO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- Gráfico 1. Aseguramiento en Salud. Perú 1995-2012.
- Gráfico 2a. Evolución de la Población Urbana afiliada al SIS según Quintil de Gasto. Perú 2004-2012.
- Gráfico 2b. Evolución de la Población Rural afiliada al SIS según Quintil de Gasto. Perú 2004-2012.
- Gráfico 3. Utilización de Servicios de Salud según Prestador. Perú 2004-2012.
- Gráfico 4. Utilización de Servicios de Salud según Prestador y Quintil. Perú 2004, 2012.
- Gráfico 5a. Utilización de Servicios de Salud del Quintil 1 según Prestador. Perú 2004-2012.
- Gráfico 5b. Utilización de Servicios de Salud del Quintil 2 según Prestador. Perú 2004-2012.
- Gráfico 6a. Utilización de Servicios de Salud en MINSA y Regiones según ámbito. Perú 2004-2012.
- Gráfico 6b. Utilización de Servicios de Salud en ESSALUD según ámbito. Perú 2004-2012.
- Gráfico 6c. Utilización de Servicios de Salud en Consultorio/Clinica según ámbito. Perú 2004-2012.
- Gráfico 7. Motivo de Falta de Dinero en Población en Pobreza. Perú 2004-2012.

MERCADO DE MEDICAMENTOS

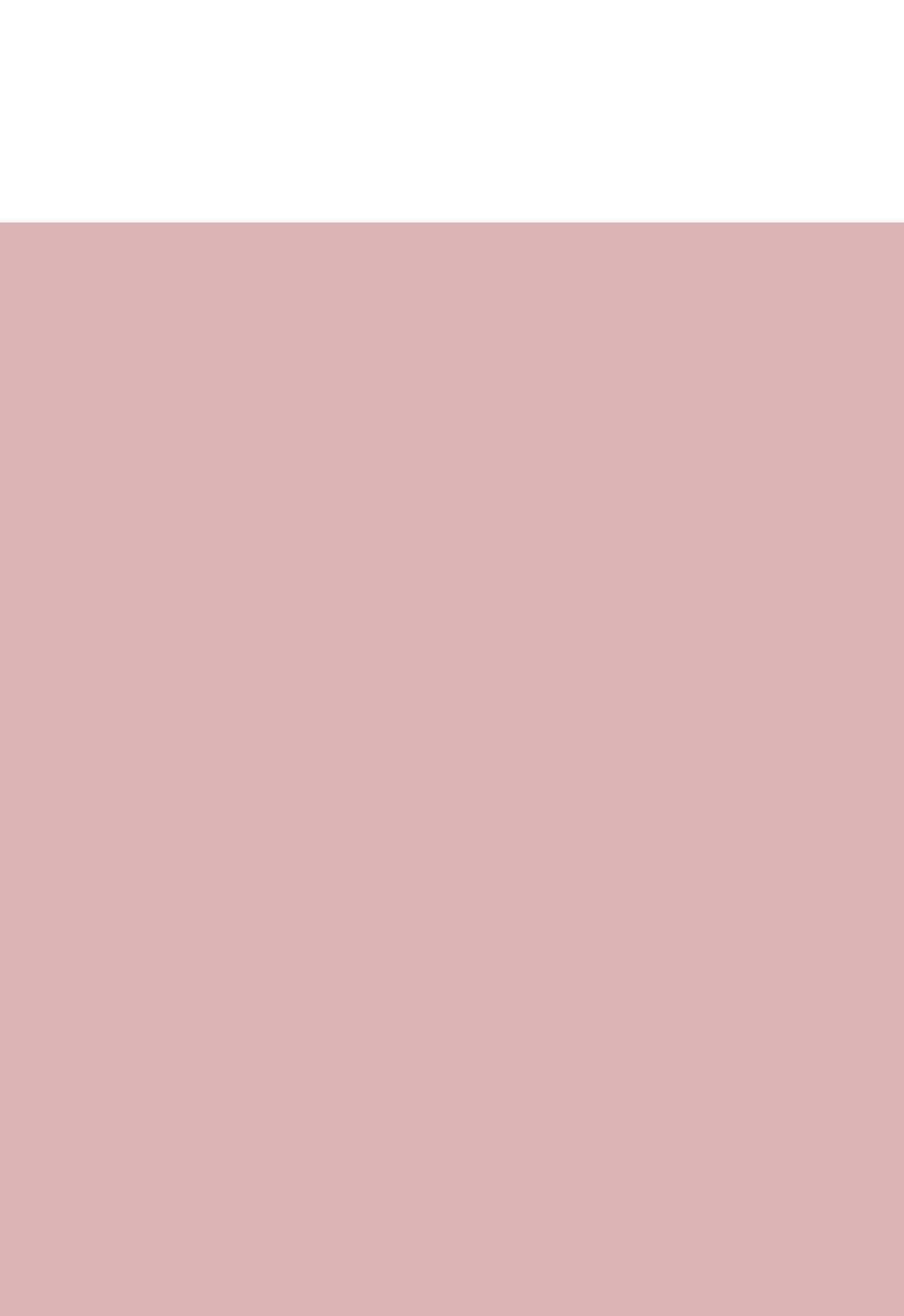
- Gráfico 1. Participación del Mercado Farmacéutico en América Latina, 2013.
- Gráfico 2. Ventas del Mercado Farmacéutico por Sectores. Perú 2012.
- Gráfico 3. Balanza Comercial de Productos Farmacéuticos y Lácteos. Perú 2008-2012.
- Gráfico 4. Cadena de Comercialización de Productos Farmacéuticos. Perú 2010.
- Gráfico 5. Participación de Cadenas y Farmacias/Boticas independientes en el Sector Retail. Perú 1998-2013.
- Gráfico 6. Comparativo de la Mediana de Precios de Medicamentos Esenciales de venta en el Sector Privado según su denominación comercial
- Gráfico 7. Destino o Consumo de Medicamentos por tipo de atención en MINSA y Regiones. Perú 2008-2012.



Acrónimos y siglas

AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CCNNS	Cuentas Nacionales de Salud
DARES	Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud - MINSa
DCI	Denominación Común Internacional
DEMI	Dirección de Estudios Económicos de MYPE e Industria - PRODUCE
DIGECOMTE	Dirección General de Estudios Económicos, Evaluación y Competitividad Territorial - PRODUCE
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares - INEI
EEA	Encuesta Económica Anual - INEI
EPS	Entidad Prestadora de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud del Perú
FSU-SISFOH	Ficha Socioeconómica Única del Sistema de Focalización de Hogares
IAFA	Instituto Administrador de Fondos de Aseguramiento en Salud
IMS	International Marketing Services
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPC	Índice de Precios al Consumidor
FFAA	Fuerzas Armadas
FONAFE	Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSa	Ministerio de Salud
OGPP	Oficina General de Planeamiento y Presupuesto - MINSa
ONG	Organización No Gubernamental
OPM	Observatorio de Precios de Medicamentos - DIGEMID
OPPF	Observatorio Peruano de Precios de Productos Farmacéuticos - DIGEMID

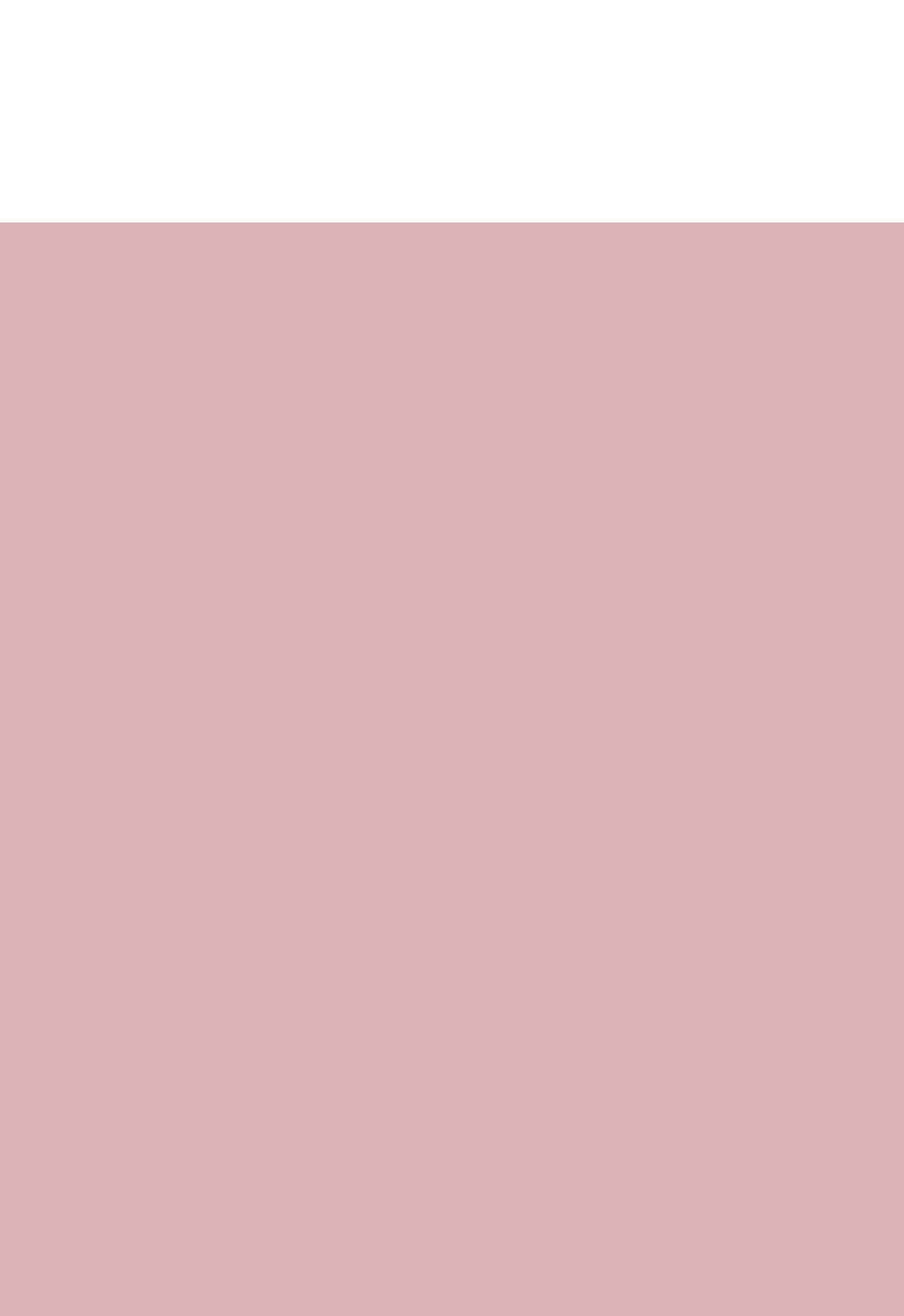
OSCE	Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado
OPD	Organismo Público Descentralizado
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PNP	Policía Nacional del Perú
PRODUCE	Ministerio de la Producción
RDR	Recursos Directamente Recaudados
RO	Recursos Ordinarios
SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SISMED	Sistema Integrado de Suministros de Medicamentos e Insumos Médicos-Quirúrgicos - MINSA
SE@CE	Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado
SIS	Seguro Integral de Salud
SCTR	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
SUNAT	Superintendencia Nacional de Administración Tributaria
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud (antes denominada SUNASA)
TR	Titulares de Registro
UFEEES	Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud-OGPP-MINSA



Agradecimientos

Este estudio ha sido elaborado por la Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud (UFEES-OGPP-MINSA) financiado por el MINSA, y con el apoyo técnico y financiero de OPS/OMS para su desarrollo y publicación a través de fondos tripartitos (Gobierno de Korea, OMS/OPS, Banco Mundial). Asimismo se agradece la participación de:

- La Economista Margarita Petrerá Pavone, por su asesoría permanente en la dirección técnica del estudio, verificando la consistencia, estructura y análisis de las cuentas financieras, aseguramiento y utilización de servicios de salud, gasto de hogares y mercado de medicamentos.
- El equipo técnico de la UFEES-OGPP-MINSA conformado por la Ingeniera Industrial Nelly Milagros Palomino Nicho y la Ingeniera Estadística e Informática Edna Roxana Ortiz Onofre por su activa participación en todas las etapas del proceso de actualización de las Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012.
- La consultora Carmen Reyes Hiuguay, por su asesoría en cuentas satélite durante la primera etapa del estudio. Su participación ha sido financiada por la Agencia de Cooperación Británica (DFID) a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- El Economista Augusto Portocarrero Grados, ex Director de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto en cuya gestión se impulsó la realización del presente estudio y por sus aportes al mismo.
- El Sr. Andrés Medina Ayala, Asesor del Despacho Ministerial y la Economista Betty Alvarado Pérez, Consultora del Despacho Ministerial, por sus importantes aportes al estudio.
- El Economista Walter Ramírez, Director Adjunto de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, por su colaboración en la revisión final del documento así como también por sus valiosas sugerencias.
- El área técnica de Sistemas y Servicios de Salud de OPS/OMS, tanto de la Sede en Washington D.C, como de la oficina de Perú, por las contribuciones técnicas y el apoyo al estudio y su publicación.



Prefacio

Las Cuentas Nacionales de Salud proveen información del mercado de servicios de salud público-privado y de sus interrelaciones con lo que constituyen tanto una fuente de información como un instrumento de seguimiento, comunicación, diálogo y concertación para una efectiva rectoría sanitaria y una gestión transparente del sector, exigencia que resulta mayor en el proceso de Reforma Sanitaria emprendido y que discurre en un contexto de crecimiento económico sostenido; y por ende, de mayores recursos públicos y del desarrollo del mercado privado de servicios de salud.

Las preguntas esenciales que suelen enfrentar las Cuentas Nacionales de Salud son: ¿Quiénes son los agentes que financian la atención de salud? ¿Cómo evoluciona su estructura y sus implicancias? ¿Cómo ha evolucionado el gasto en la atención de salud? ¿Cuáles son sus principales centros de gasto? ¿Cuál es la estructura de gasto según los principales prestadores? ¿Quiénes consumen los servicios de salud?

Estas preguntas tienen respuestas en este documento, incorporándose, además, temas de especial interés para el Estado peruano como el aseguramiento y el gasto de hogares, sobre todo de aquellos en condición de pobreza vinculándolos a los niveles de gasto y acceso.

El presente estudio abarca el periodo 1995-2012, con lo que comprende los estudios referidos a los periodos 1995-2000 y 1995-2005 revisando y actualizando sus fuentes de información y compatibilizando la información al año base 2007. Con 18 años de información continua, Perú es uno de los pocos países latinoamericanos en disponer de una serie larga. Si bien todavía persisten algunos retos, la finalidad es avanzar paulatinamente hacia el Sistema de Cuentas de Salud para la comparabilidad internacional con estándares a nivel mundial. Se espera que la información provista por este estudio y la discusión que provoque, incida a favor del desarrollo de la rectoría sanitaria, a través de la difusión de sus resultados, favoreciendo la concertación en el financiamiento, gasto y consumo de servicios de salud entre los diversos agentes, su contraste con los resultados sanitarios y las metas propuestas.

Anibal Velásquez Valdivia
Ministro de Salud
Gobierno Peruano

Iliich Ascarza López
Director General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
Ministerio de Salud

1. Introducción

1.1 Antecedentes

El Ministerio de Salud (MINSA), como ente rector del sector Salud, ha realizado diversos esfuerzos, para la estimación de estadísticas económicas y análisis sectorial. A inicios del año 1994, las Cuentas Nacionales de Salud (CCNNS) comenzaron su desarrollo desde el Proyecto «Programa Fortalecimiento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud» y permitieron elaborar el estudio denominado 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 (MINSA) y la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (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 - OPS/OMS 1994). Siguió a éste, el análisis del proceso 2001-2005 y su incorporación en el marco 1995-2006 a través del estudio elaborado mediante acuerdo entre el MINSA y el Observatorio de la Salud-Consortio de Investigación Económica y Social¹.

Aunque el conocimiento y difusión de las CCNNS en Perú ha tenido impacto y amplia utilización en los planes y políticas sectoriales e institucionales de salud, su desarrollo se ha producido de manera episódica, antes que sistemática. Con la creación de la Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud (UFEES-OGPP-MINSA), desde el año 2009 se busca institucionalizar y dar continuidad a la elaboración de las CCNNS.

¹ MINSA-Observatorio de la Salud-Consortio de Investigación Económica y Social. Lima, marzo 2008.

1.2 ¿Qué son y para qué sirven las Cuentas Nacionales de Salud?

Las CCNNS son un conjunto de tablas interrelacionadas que describen fundamentalmente el mercado de servicios de Salud en su conjunto. Detalla las estructuras de financiamiento y gasto del sector Salud en sus principales instituciones y agentes en cuanto al origen de los recursos, la producción y utilización de servicios de salud.

Ello las convierte en un instrumento clave de información, comunicación y concertación en el financiamiento, gasto y consumo de servicios de salud; permitiendo ser contrastado con los resultados sanitarios respectivos para los diversos responsables de la toma de decisiones, fortaleciendo así la función rectora del MINSA 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; por ahora, han sido vinculadas al aseguramiento y acceso a los servicios de salud de los diversos estratos poblacionales.

1.3 Objetivo de estudio

El objetivo del estudio es estimar las Cuentas Nacionales de Salud según flujos financieros y su compatibilización durante el periodo 1995-2012.

Son objetivos específicos:

- Estimar los flujos financieros del financiamiento, mancomunación o aseguramiento y gasto según agentes, fuentes de financiamiento e instituciones.
- Desagregar el gasto de los hogares en salud según prestadores y motivos de consulta.
- Desagregar el acceso a servicios de salud según condición de aseguramiento, quintiles de gasto per cápita y ámbito urbano-rural.
- Describir el mercado de medicamentos con énfasis en el desempeño del sector público.

Los tres últimos objetivos específicos abordan temas de especial importancia para la política sanitaria, que siendo parte de las CCNNS o estando vinculados a ellas, son tema de estudio específico para los fines de aseguramiento con cobertura universal, acceso efectivo a la atención e insumos estratégicos y protección financiera a los hogares.

1.4 Delimitación del objeto de estudio

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 objeto, el ámbito incluye a todos los agentes involucrados, sean instituciones, empresas de los sectores 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 la estimación del 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. 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. De esta manera, el presupuesto ejecutado por el MINSA² y Regiones, por ejemplo, resulta siendo mayor que el considerado en las cuentas.

Dado que las CCNNS se centran en la producción de servicios de salud, se han excluido gastos denominados “No Salud” en el MINSA, en Regiones y en ESSALUD, los cuales corresponden a actividades de Saneamiento, Nutrición (excepto alimentos para hospitalizados, personal y complementos al tratamiento de enfermedades), Educación³, Medio ambiente y Pensiones.

² Fuente: En la función salud, Ejecución presupuestal devengada del MINSA y Regiones. Base de datos del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF-MEF).

³ Se incluyen las actividades referidas al entrenamiento y capacitación de recursos humanos.

2. Descripción del sector Salud y agentes

2.1 Contexto y proceso de reforma sanitaria

La expansión del aseguramiento se ha convertido en el eje de desarrollo del sector con la Estrategia del Aseguramiento Universal en Salud (AUS)⁴, “con el objetivo de establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud”⁵. Desde mediados del 2013, el MINSA ha declarado en reforma al Sector Salud iniciando una agresiva política de afiliación en un contexto de reestructuración y de expansión de la oferta pública para garantizar la universalización del aseguramiento⁶. Desde esta perspectiva, el ente rector del sector requiere contar con información sobre los logros/retos de esta política a través de la evolución de resultados de los flujos de financiamiento según agente, de gasto según institución, de acceso efectivo a los servicios de salud y sus vínculos con el aseguramiento en salud. Las CCNNS constituyen el instrumento idóneo para tal fin, en tanto su construcción no sólo permite disponer de flujos de información para evaluar dichos resultados sino que, además, pueden ser utilizadas como 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 expansión de la oferta sanitaria pública y de Acuerdos Público-Privados que debe ser confirmada a través de resultados que apunten a la disminución del “gasto de bolsillo” de la población en pobreza, acompañada de un mayor aseguramiento asociado a un significativo incremento en el acceso y satisfacción a los servicios de salud.

⁴ Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Decreto Ley N°29344 del 30 de marzo de 2009) y su Reglamento (Decreto Supremo N°008-2010-SA del 02 Abril de 2010).

⁵ Artículo 1 del Reglamento.

⁶ Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Ministerio de Salud-Consejo Nacional de Salud. Julio 2013.

2.2 Clasificación de agentes, fuentes, fondos y prestadores

Usualmente los flujos financieros transcurren por tres fases principales: (a) la generación de recursos o financiamiento, (b) su mancomunación, también denominada agrupamiento en fondos o seguros y, (c) su asignación a diversos prestadores. Estas fases corresponden a lo que OMS ha denominado sub-funciones del financiamiento (2010, Cuadro 1.1). Para ejecutar estas fases existe un conjunto de agentes, instituciones, canales, instancias de agrupamiento de recursos o seguros y prestadores de servicios de salud que toman decisiones basadas en la normatividad existente y/o en sus decisiones individuales. Este acápite busca explicarlos.

En este contexto, los **agentes** son los sujetos que toman decisiones en las diversas fases de los flujos financieros según sus funciones y las decisiones se canalizan a través de fuentes o mecanismos mediante los cuales circulan los flujos. Los sujetos se encuentran, muchas veces en un entorno institucional.

A modo de ejemplo, el Gobierno Nacional (agente) toma decisiones de asignación de recursos financieros para la atención de la salud hacia un conjunto de instituciones públicas (prestadores) tales como el MINSA, Regiones y otros como las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, Gobiernos Locales y Beneficencia. Los hogares (agentes) tienen un triple rol como financiadores, como consumidores de servicios de salud y como asegurados a un servicio de salud. Los empleadores (agentes) toman decisiones respecto al aporte referido a los trabajadores declarados en planilla canalizando en su gran mayoría estos recursos a la seguridad social en Salud (EsSalud) (prestador). Las aseguradoras (agentes) a través de sus instituciones o prestadores, como EsSalud y seguros privados, intermedian el financiamiento y toman decisiones respecto de los asegurados, prestaciones ofrecidas, primas y reservas. El MINSA tiene diversos roles en los que sobresale la rectoría y la prestación de servicios de salud en Lima Metropolitana⁷. Igualmente los Gobiernos Regionales son responsables de la red de prestadores en su ámbito. EsSalud tiene su propio aparato prestador, lo mismo que las Sanidades, aunque existe de modo creciente la tendencia a comprar servicios de salud entre diversos prestadores.

⁷ Es importante precisar que el rol prestador de servicios de salud del MINSA era vigente en el periodo de estudio de esta publicación (hasta el año 2012). Desde el 1 de enero del 2015, la Ley N°30281 "Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2015", se constituye el pliego presupuestal Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) en el Gobierno Nacional (Sector Salud). Por ello, los establecimientos de salud de Lima Metropolitana (Institutos Especializados, Hospitales y Direcciones de Redes de Salud) que antes dependían del MINSA, desde el año 2015 pasan a formar parte del Pliego IGSS de acuerdo con D.L. N°1167 que crea dicha entidad.

2.2.1 Agentes y fuentes en el financiamiento

Usualmente la clasificación comprende a los agentes que toman decisiones tales como gobierno nacional, gobierno regional, empleadores, hogares y cooperantes.

Gobierno. Es el agente que asigna el presupuesto fiscal. Dado el proceso de descentralización en Perú, existen dos agentes decisores: el Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales. Sus fuentes son los recursos ordinarios (que provienen fundamentalmente de los ingresos tributarios), los recursos determinados para los Gobiernos Regionales (principalmente del canon) y el endeudamiento en salud. Se distinguen los recursos asignados directamente por la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) a las Regiones y los que son asignados a través del MINSA.

Empleadores en general (públicos y privados). Canalizan a la seguridad social en salud (ESSALUD) los aportes derivados de las remuneraciones registradas en planilla. En Perú se cotiza el 9% de la remuneración. De acuerdo a la Ley N°26790 de Modernización de la Seguridad Social en Salud, es posible que el 25% de dicho porcentaje sea canalizado hacia prestadores privados (Entidades Prestadoras de Salud) debidamente conformados. También canalizan voluntariamente y en menor medida cotizaciones a seguros privados de salud.

Hogares. Financian los servicios de salud a través del denominado «pago de bolsillo», comprando servicios de salud (consultas, cirugías, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas, terapias, medicinas, entre otros) y adquiriendo seguros de salud mediante el pago de primas. También pueden participar con sus empleadores en el financiamiento de sus seguros (copagos deducibles) y adquirir por su cuenta una modalidad de seguro privado o autoseguro, o uno facultativo con la seguridad social.

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

Donantes internos. Generalmente producto de colectas o de donación de particulares canalizan donaciones hacia prestadores privados no lucrativos y, en menor medida, hacia prestadores públicos.

Otros. Ingresos generados por rentas (depósitos financieros e inmuebles) de activos de ESSALUD.

Inversores privados. Asociado al crecimiento económico sostenido. En Perú viene ocurriendo un proceso de inversiones de parte de agentes nacionales

fuera del sector e incluso extranjeros. Dado que este proceso es relativamente reciente, iniciado alrededor de la última década, y la información no es obligatoria de registro, ha podido ser parcialmente estimada, siendo creciente su importancia.

2.2.2 Mancomunicación o fondos de aseguramiento

Se refiere a aquella parte del financiamiento que discurre por un proceso de agrupación de los recursos financieros (fondos) para prever y distribuir los riesgos. Ello implica la acumulación y gestión de dichos recursos para garantizar que el riesgo financiero sea soportado por todas las personas del fondo común y no sólo por las personas que enferman. El objetivo principal de la mancomunicación es la difusión de los riesgos financieros asociados a la necesidad de utilizar los servicios sanitarios.

Aunque la constitución de fondos de aseguramiento es propia de los regímenes de aseguramiento social y privado en salud, no siempre se presentan en los procesos de aseguramiento público. En Perú están vigentes diversos tipos de afiliación a seguros de salud: la seguridad social, los seguros privados, la Sanidad de la Policía Nacional, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y el seguro público denominado Seguro Integral de Salud (SIS) cuyos recursos han estado destinados a cubrir el gasto corriente que consumen sus afiliados. No obstante, solo cuentan con fondos de salud, organizados como tales, la seguridad social y los seguros privados. Los otros no están organizados como fondos, lo que puede conllevar dificultades para su viabilidad financiera.

Fondos de la seguridad social en salud. Compuesto principalmente por el Fondo de Salud de ESSALUD y el Fondo del Seguro Complementario del Trabajo de Riesgo (SCTR) y de los fondos de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). El Fondo de Salud en 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 que venden a sus afiliados, además del SCTR para aquellas empresas que opten por ellas.

Seguros, autoseguros y prepagos 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, por los fondos utilizados por algunas empresas en la provisión directa de servicios a sus trabajadores (autoproductoras) y de modo creciente por las clínicas que ofrecen seguros (prepagos) para sus usuarios.

2.2.3 Prestadores

Las instituciones prestadoras de servicios de salud en el país son las siguientes:

Establecimientos del Ministerio de Salud. Comprende a todas las redes de establecimientos prestadores de servicios de salud en sus diversos niveles de atención y Hospitales Nacionales que opera en Lima Metropolitana y dependen directamente del MINSA. Reciben recursos financieros del Gobierno Nacional, de los hogares, de cooperantes externos y de donantes internos.

Establecimientos en Regiones. Comprenden a todas las redes de establecimientos prestadores de servicios de salud en sus diversos niveles de atención que operan en las Regiones y dependen directamente de sus respectivas **Direcciones o Gerencias Regionales de Salud**. Reciben recursos financieros de su Gobierno Regional, de los hogares, de cooperantes externos y de donantes internos. La rectoría la ejerce el MINSA.

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 Nacional, de aportes de planilla y de los hogares.

Establecimientos de 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.

Establecimientos de 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 independiente de parte de los hogares.

Prestadores 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.

Prestadores privados no lucrativos. Se refiere a los centros y postas médicas de parroquias y asociaciones misioneras y Organizaciones No Gubernamentales

(ONG) que realizan gastos en salud. Reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos y hogares.

Cadenas, boticas y farmacias independientes. Se les incluye en la categoría de prestadores cuando están ubicadas fuera de un prestador institucional de servicios de salud y en la medida en que constituyan un centro de consulta directa y por ende de gasto, Se financian con las compras de los hogares.

2.3 Proceso de compatibilización de las series y fuentes de información

Se continuó con el enfoque de flujos financieros, no sólo con fines de compatibilización con los anteriores estudios referidos a los periodos 1995-2000 y 1995-2005 sino además, por la dificultad que todavía presenta el país en cuanto a la consistencia y continuidad de las estadísticas de producción de servicios de salud, sobre todo en un contexto descentralizado. No obstante, aún con estas limitaciones en lo que a producción se refiere, se ha incorporado el consumo de servicios de salud desde una óptica de acceso y su vinculación con la evolución del aseguramiento en salud, y el gasto de hogares en la atención sanitaria, desde dos perspectivas complementarias: la de la pobreza monetaria relativa, a través de los quintiles de gasto; y de ámbito urbano/rural de residencia.

En cuanto al proceso de compatibilización de las series, no fue necesario efectuar una extrapolación entre el periodo 1995-2005 con el 2006-2012, por cuanto:

- i. Se dispuso de una base de datos actualizada del Presupuesto Público del MEF, que permitió depurar conceptos, partidas y agentes de financiamiento, estimándose nuevos valores del gasto de gobierno para los años 2005-2006, así como mejorar la compatibilización de los clasificadores presupuestales del gasto, posibilitando la revisión de los resultados del gasto del MINSA y Gobiernos Regionales e ingresos aportados por los usuarios de los servicios de salud.
- ii. Se ajustó el gasto de los hogares manteniendo su definición en dos grandes rubros: el "gasto de bolsillo" y la compra de seguros en servicios de salud.
- iii. En tanto el deflactor del PBI tiene una fuerte influencia de los precios de minerales debido al elevado valor de la minería en el PBI, se le sustituyó por el índice de precios de cuidado, conservación de la salud y servicios médicos. De acuerdo al INEI, se tomó como año base al 2007.

Lo anterior permitió contar con una línea continua del gasto en salud. No obstante y debido a restricciones de diversa índole para ciertas variables⁸ solo fue posible contar con información desagregada correspondiente a periodos limitados. Las fuentes de información han sido diversas y cuentan con sus respectivos comentarios. (Esquema 1).

⁸ Detalle de ingresos y gastos de ESSALUD, MINSA, Regiones, el gasto de hogares, inversión privada y mercado de medicamentos.

Esquema 1
Matriz Metodológica - Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012

Financiamiento		
Agentes/fuentes	Fuente de información	Comentarios
Gobierno/ Recursos ordinarios Crédito externo, Recursos Determinados (Gov. Regionales)	Registros administrativos de las instituciones y provienen de la Dirección General de Presupuesto Público y Dirección General de Contabilidad Pública del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Nota: se depura el presupuesto ejecutado del MINSA y de las Regiones retirando las funciones "no salud", además se realizan depuraciones al interior de la función salud. Nota: En las Sanidades, Beneficencias y Municipios no se diferencia el ingreso por tarifas de los usuarios (recaudación) de los ingresos por recursos ordinarios por lo que se asume que todo su financiamiento proviene de recursos ordinarios.	En el caso de Sanidades, y posiblemente debido a su carácter reservado, se presentan registros dispersos no coincidentes entre Contabilidad pública-MEF y la información remitida directamente por las Sanidades. No obstante, ambas fuentes muestran severas oscilaciones de un año a otro. Se asumen las tendencias de los datos de la Dirección General de Contabilidad Pública del MEF.
Hogares/fuente directa (bolsillo), pago anticipado (primas de seguros)	Los valores son estimados a partir de la ENAHO-INEI. Esta encuesta recoge los datos desde el gasto de los hogares discriminando sus fuentes. Por ello se asume la identidad "gasto en salud de los hogares igual a financiamiento en salud de los hogares". Se corrigen con los registros administrativos de la fuente RDR MINSA y regiones; aseguramiento privado (SBS), aportes a seguros potestativos EsSalud y a EPS registradas en SUSALUD. La proyección de datos referidos a los Autoseguros son estimados a partir de datos históricos (1995-2000) y proyectados hasta el 2012 siguiendo la tendencia del crecimiento del PBI.	Se corrigen con los registros administrativos de la fuente RDR MINSA y regiones; aseguramiento privado (SBS), aportes a seguros potestativos EsSalud y a EPS registradas en SUSALUD. La proyección de datos referidos a los Autoseguros son estimados a partir de datos históricos (1995-2000) y proyectados hasta el 2012 siguiendo la tendencia del crecimiento del PBI.
Empleadores/ Aportes a EsSalud, a Seguros, Autoseguros y EPS	Registros administrativos de EsSalud. Memorias 1995-2005. La Información detallada 2006-2012 es proporcionada por la Gerencia de Presupuesto - Gerencia Central de Finanzas.	Se asume que hasta el año 2000 el autoseguro es pagado por los empleadores (generalmente establecimientos de salud de mineras, petroleras y algunas empresas agrícolas). Desde el año 2001, comienza el crecimiento paulatino de autoseguros en clínicas.
Cooperantes internacionales	Registros del rubro Donaciones y Transferencias (Donaciones) del MINSA y proyección en base a una proporción histórica referida a financiamiento del sector privado no lucrativo. Se asume que dos tercios va al prestador público MINSA y un tercio al prestador privado no lucrativo.	

Donaciones internas	Estimación realizada en base a proyecciones. Se asume que dos tercios va al prestador privado no lucrativo.	La proyección de datos referidos a las Donaciones Internas es estimada a partir de datos históricos (1995-2000) y proyectada hasta el 2012 siguiendo la tendencia del crecimiento del PBI.
Otros (EsSalud)	Comprende registros administrativos de ingresos por servicios a no asegurados, ingresos financieros, por participación en dividendos y otros.	
Inversores privados	Entrevistas cualitativas para validar información de prensa escrita y electrónica especializada.	No se dispone de información sistematizada
Fondos		
Seguros	Fuente de información	Comentarios
Seguro Integral de Salud (SIS)	Registros administrativos SIS.	
EsSalud	Registros administrativos de EsSalud. Memorias 1995-2005. La Información detallada 2006-2012 es proporcionada por la Gerencia de Presupuesto - Gerencia Central de Finanzas.	No se dispone de estimaciones respecto del gasto administrativo.
Autoseguros	No se dispone de registros administrativos. Estimación realizada en base a proyecciones.	Se asume que hasta el año 2000 el autoseguro es pagado por los empleadores (generalmente establecimientos de salud de mineras, petroleras y algunas empresas agrícolas). Desde el año 2001, en el que comienza el crecimiento paulatino de autoseguros en clínicas, se asume una proyección lineal pagada por los hogares que inicia con el 5% (2001) hasta el 2012 en el que se arriba al 50%. No se dispone de estimaciones del gasto administrativo.
Entidades Prestadoras de Salud (EPS)	Registros administrativos (Anuario) de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).	El 98,6% de las primas es pagado por el empleador y el 1,4% restante por hogares. Se retira el gasto administrativo.
Seguros privados	Registros administrativos de Superintendencia de Banca y Seguros (SBS) remitidos y Boletines anuales de la SBS publicados en su página web.	De acuerdo a entrevistas con aseguradoras privadas se asume que el 90% de primas del ramo de Enfermedad y Accidentes corresponde al pago de hogares. Se retira el gasto administrativo.

Prestadores o centros de gasto		
Prestadores	Fuente de información	Comentarios
Prestador Público	Registros administrativos de las instituciones y de la Dirección General de Presupuesto Público y Dirección General de Contabilidad Pública del Ministerio de Economía y Finanzas (Fuentes: Recursos ordinarios, Crédito externo, Recursos Determinados (Gob. Regionales), RDR y Donaciones).	
Prestador Privado Lucrativo	Encuesta Económica Anual (EEA-INEI) hasta el año 2003 ENAHO-INEI (fuente indirecta). Nota. No se dispone de fuente para estimar la inversión privada en servicios de salud con excepción de aquella proveniente de seguros en servicios de salud (integración vertical) y otros datos de grandes clínicas obtenidos por entrevistas cualitativas para validar información de prensa escrita y electrónica especializada.	Uso referencial. la EEA va perdiendo representatividad. En el sector privado, existe ausencia de información consolidada y baja receptividad para brindar información. El sector privado lucrativo recibe recursos del pago de bolsillo de los hogares, de los seguros privados, EPS y autoseguros. En menor medida recibe recursos de EsSalud (compra de servicios a clínicas privadas). En cuanto a las inversiones, existe un nivel de subestimación al no captarse el total de inversiones que se realizan en este sector.
Prestadores Sector Privado No Lucrativo	No se dispone de información sistematizada. Entrevistas cualitativas y cuantitativas a principales ONG.	A partir de la información histórica hasta el 2005 se asume que se mantiene en valores alrededor del 5% del prestador privado.
Prestador EsSalud	Registros administrativos. Memorias de EsSalud, Información detallada 2006-2012: Gerencia Central de Finanzas, Gerencia de Presupuesto. Nota. No se consideran los gastos denominados "No salud" que comprende Jubilaciones y pensiones (Ley 20530), comisión recaudación de SUNAT, prestaciones económicas y servicios bancarios. No ha sido posible aislar Prestaciones sociales.	
Farmacias y Boticas independientes	Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO-INEI). Si bien estos establecimientos no son formalmente prestadores de servicios de salud, son considerados explícitamente debido a la magnitud de recursos financieros que reciben de modo directo de los hogares. Nota. Incluye al gasto efectuado por aquellos que declarándose enfermos no efectúan consulta en un establecimiento de servicios de salud público o privado y consumen directamente en farmacias o boticas fuera del prestador, más aquellos que no declarando enfermedad compran medicamentos en farmacias y boticas fuera del prestador.	Los valores son estimados a partir de la ENAHO-INEI

Mercado farmacéutico	
Submercado farmacéutico Institucional Público	Registros administrativos del Sistema Integrado de Suministros de Medicamentos e Insumos Médicos-Quirúrgicos (SISIMED) de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) - MINSU. Registros administrativos de la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (DARES) - MINSU Registros administrativos de Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Registros administrativos. Memorias de EsSalud, Información detallada 2006-2012: Gerencia Central de Finanzas, Gerencia de Presupuesto.
Submercado farmacéutico Institucional Privado	El valor de este mercado es calculado a partir de la estimación del mercado farmacéutico transado por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) a precio mayorista; es decir sus valores incluyen la venta de laboratorios, los márgenes de comercialización al por mayor, las ganancias de distribuidores y los pagos al Impuesto General a las Ventas (IGV). No se incluyen los márgenes de ganancia del minorista.
Submercado farmacéutico Retail	El Sector Retail es estimado por el International Marketing Services - Health (IMS) sin incluir los márgenes de ganancia del minorista al igual que el sub mercado farmacéutico Institucional Privado sus valores incluyen la venta de laboratorios, los márgenes de comercialización al por mayor, las ganancias de distribuidores y los pagos al Impuesto General a las Ventas (IGV). No se incluyen los márgenes de ganancia del minorista.
Precios	
Año base	De acuerdo al INEI, se toma como año base el 2007.
Precios de la Canasta de Conservación y Cuidado de la Salud	INEI. Dirección Ejecutiva de Índice de Precios. Dirección Técnica de Indicadores Económicos. Canasta de precios con problemas de restricción y obsolescencia.

3. Estimación de flujos financieros

3.1 Gasto en servicios de salud

En el periodo 1995-2012 el gasto nacional en servicios de salud, denominado Gasto Nacional en Salud, creció en 126.8% en valores reales⁹, lo que expresado en términos per cápita pasó de S/.435.3 a S/.784.0 (Cuadro 1 y Gráficos 1 y 2), con las siguientes características:

- i. **Una asociación positiva entre el gasto en Salud y el PBI.** Esta se aprecia, incluso, a través de dos tendencias en sus tasas de crecimiento promedio anual real: 0.5% (1995-2004) y 10.3% (2005-2012). El contexto de crecimiento económico explica, en gran medida, el incremento del gasto en salud debido a la mayor recaudación y el aumento de la demanda privada.
- ii. **Una mayor propensión media al gasto en salud en relación al PBI.** El peso del gasto en salud en el PBI se incrementó durante el periodo 1995-2012 de 4.4% a 5.2%, siendo de mayor intensidad a partir del año 2009 estimulado por un mayor incremento del gasto público lo que sugiere una mayor prioridad al sector Salud además de un contexto de menor crecimiento del PBI.
- iii. **La composición del gasto público-privado respecto del PBI mostró un mayor crecimiento del gasto público del 2.3% al 2.8%.** El gasto que se efectúa en establecimientos privados se hizo en menor ritmo del 2.0% al 2.3% del PBI en el periodo 1995-2012.

No obstante, comparando con el promedio latinoamericano de 7.6% para el año 2012¹⁰, Perú tiene por delante un importante margen de crecimiento.

⁹ Se refiere a la actualización en Nuevos Soles de 2007.

¹⁰ World Development Indicators 2012, citado por Ministerio de Salud. Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud, p.14, julio 2013.

Cuadro 1
Principales indicadores del gasto en salud
Perú 1995 - 2012

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gasto en servicios de salud																	
Gasto Total en servicios de salud (millones de Nuevos Soles)	5,234.4	5,967.4	6,636.7	7,281.9	8,270.9	8,589.5	9,457.2	9,445.1	10,386.8	11,657.3	12,718.8	14,640.6	16,824.8	19,572.6	21,117.6	23,150.4	26,310.2
Gasto Total como % del PBI	4.4	4.4	4.3	4.5	4.9	4.8	4.9	4.6	4.6	4.6	4.4	4.6	4.8	5.4	5.1	4.9	5.2
Gasto Público en servicios de Salud (millones Nuevos Soles)	2,814.8	3,231.6	3,431.3	4,108.7	4,725.0	4,840.9	5,411.0	5,526.5	5,791.7	6,656.1	6,882.5	7,719.4	8,722.1	10,891.2	11,727.4	12,329.6	14,470.1
Gasto Público como % del PBI	2.3	2.4	2.2	2.5	2.8	2.7	2.8	2.7	2.5	2.7	2.4	2.4	2.5	3.0	2.8	2.6	2.8
Gasto Privado en servicios de Salud (millones Nuevos Soles)	2,419.6	2,735.9	3,205.3	3,173.2	3,545.9	3,748.6	4,046.2	3,918.6	4,595.0	5,001.2	5,836.3	6,921.2	8,102.7	8,681.4	9,390.2	10,820.8	11,840.1
Gasto Privado como % del PBI	2.0	2.0	2.1	2.0	2.1	2.1	2.1	1.9	2.0	2.0	2.0	2.2	2.3	2.4	2.3	2.3	2.3
Gasto Total corriente per cápita (Nuevos Soles)	218.8	245.1	268.0	289.2	323.2	330.6	353.7	348.5	378.2	419.2	451.8	514.0	584.1	671.9	716.8	776.9	873.1
Gasto Total en servicios de salud (millones de Nuevos Soles de 2007)	10,415.8	10,464.8	10,318.7	10,414.0	10,786.8	10,363.8	10,456.9	10,165.2	10,926.9	11,873.0	12,854.9	14,640.6	16,516.2	18,726.6	19,857.0	21,256.6	23,625.7
Gasto total real per cápita (Nuevos Soles de 2007)	435.3	429.8	416.6	413.5	421.5	398.9	390.3	375.1	397.9	426.9	456.6	514.0	573.3	642.8	674.0	713.4	784.0
Gasto total en servicios de salud (millones de dólares corrientes)	2,320.4	2,431.4	2,491.3	2,485.8	2,443.8	2,461.2	2,688.5	2,714.7	3,042.6	3,536.1	3,884.1	4,679.1	5,750.3	6,498.2	7,473.2	8,403.9	9,972.8
Gasto Total corriente per cápita (dólares corrientes)	97.0	99.9	100.6	98.7	95.5	94.7	100.5	100.2	110.8	127.1	138.0	164.3	199.6	223.1	253.7	282.0	330.9
PBI (millones Nuevos Soles)	120,263	135,606	154,905	162,586	169,859	180,584	192,691	204,337	227,935	250,749	290,271	319,693	352,719	362,847	415,491	471,658	508,542
PBI (millones de Nuevos Soles de 2007)	195,536	201,009	214,028	213,190	216,377	222,207	235,773	245,593	257,770	273,971	294,598	319,693	348,923	352,584	382,380	407,052	431,273
Tipo de cambio (Nuevos Soles)	2.3	2.5	2.7	2.9	3.4	3.5	3.5	3.4	3.3	3.3	3.3	3.1	2.9	3.0	2.8	2.8	2.6
Población (millones habitantes)	23.9	24.3	24.8	25.2	25.6	26.0	26.7	27.1	27.5	27.8	28.2	28.5	28.8	29.1	29.5	29.8	30.1

Elaboración propia. Datos sobre población, PBI e índice de precios proporcionados por el INEI.

Fuentes: Actualización de Años 1995-2000 Gasto en servicios de salud 1995-2000: Ministerio de Salud-OPS/OMS 2004.

Actualización de años 1995-2005 Revisión de Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2005. CIES-MINSA.

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.

Para la conversión de soles a dólares se ha considerado el tipo de cambio promedio anual, compra - venta y mercado oficial y paralelo del Banco Central de Reserva del Perú.

Gráfico 1
Gasto en salud, Perú 1995-2012
 (En millones de Nuevos Soles corrientes)

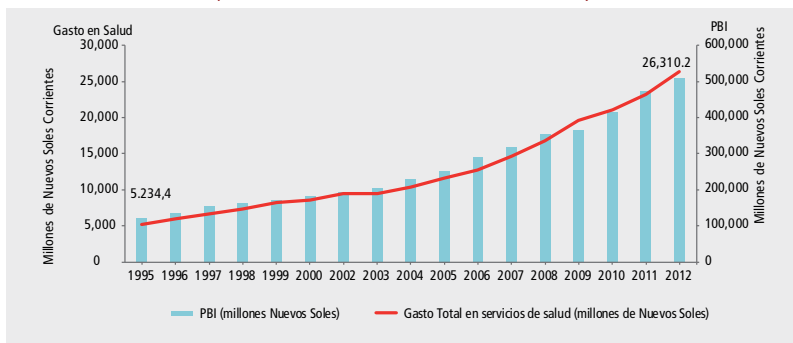
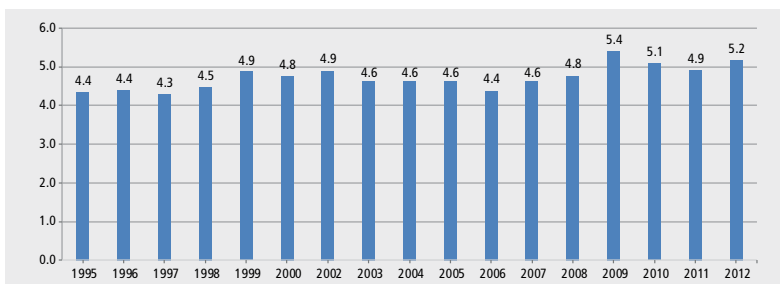


Gráfico 2
Gasto total en salud como % del PBI. Perú 1995-2012



Limitaciones en la estimación de las Cuentas Nacionales de Salud

- i. La serie está actualizada al año 2007, designado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) como año base. No obstante, debe tenerse en cuenta que la estructura de la economía ha pasado por algunos cambios a lo largo del periodo 1995-2012, lo que podría modificar marginalmente los resultados.*
- ii. Se ha utilizado como deflactor al Índice de Precios de Cuidado y Conservación de la Salud a precios de Lima Metropolitana. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) todavía no dispone de dicho indicador a nivel nacional.*
- iii. El Gasto Nacional en Salud se encuentra subestimado, sobre todo en lo que respecta a la participación de los privados (hogares, prestadores) así como al mercado de medicamentos:*
 - a. Se desconocen parcialmente los montos de inversión privada que no han sido fruto de la reinversión de utilidades del sector sino que provienen fuera del mismo o incluso del extranjero. Dado que estos montos han sido crecientes en los últimos años, su estimación, realizada a partir de notas de prensa especializada y entrevistas a grandes inversores, podría contener una subestimación creciente de la mediana y pequeña inversión.*
 - b. A fin de mantener coherencia con la serie 1995-2005, las estimaciones del gasto de los hogares han conservado la definición basada en dos grandes rubros: el “gasto de bolsillo” y la “compra de seguros en servicios de salud”, lo que ha ignorado el gasto de otro hogar en socorrer/ayudar al hogar afectado (Acápite 4.1).*
 - c. No se ha considerado el gasto en salud de algunas instituciones privadas como la Cruz Roja, debido a la falta de información específica en atención de salud. Incluso el consumo de “medicamentos” que solo tiene registro de alimentos, pero que es consumida como “medicamento”, está subestimada.*
 - d. Cuando la fuente es la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), usualmente se subestima el consumo privado, debido a que las familias de altos ingresos evitan responder el cuestionario de la encuesta.*
 - e. El gasto y estructura de los prestadores privados se estiman en base a la Encuesta Económica Anual (EEA). Ésta ha cambiado de metodología y reducido su tamaño lo que podrá ocasionar una subestimación en un contexto de crecimiento del sector privado.*
- iv. Mientras que las variables se encuentran a precios del consumidor, el gasto público está a precios de no mercado.*

3.2 Precios en servicios de salud

Se ha utilizado como deflactor al Índice de Precios de Cuidado y Conservación de la Salud¹¹. Durante el periodo 1995-2012, los componentes del Índice de Cuidado y Conservación de la Salud "Productos medicinales y farmacéuticos", y "Hospitalización y similares" lideraron el crecimiento de precios con 141.4% y 140.3%. No obstante, el crecimiento del primero no fue mayor, posiblemente debido al incremento en el uso de medicamentos genéricos. El componente "Seguro contra accidentes y enfermedades" tuvo el 116.6%, mientras que "Aparatos y equipos terapéuticos" el 102.1%. "Servicios médicos y similares" (tarifas, honorarios, remuneraciones) ocupó el último lugar con el 80.7. (Cuadro 2).

¹¹ Este Índice presenta algunas restricciones que pueden ser resumidas en la existencia de una canasta muy acotada, con un solo seguro de salud de carácter básico, la ausencia de servicios importantes de diagnóstico y problemas de captación de precios de nuevos productos, entre otros. El INEI se encuentra revisando el marco muestral de este Índice para su mejora.

Cuadro 2
Índice de precios al consumidor de cuidados y conservación de la salud y de sus grupos componentes. Perú 1995-2012
 (Base 2007 = 100.0)

Año	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Productos medicinales y farmacéuticos	44.6	52.0	59.4	65.8	73.8	81.1	85.7	89.4	91.5	94.6	98.5	99.0	100.0	100.8	101.4	102.8	105.0	107.7
Aparatos y equipos terapéuticos	58.5	65.3	70.5	75.0	84.6	86.1	89.9	93.3	93.8	93.8	97.4	98.5	100.0	101.9	106.8	109.9	111.4	118.2
Servicios Médicos y similares	63.3	68.5	73.8	78.2	83.7	88.7	92.8	94.9	96.9	97.5	99.5	99.9	100.0	101.6	106.2	108.5	111.7	114.4
Gastos por hospitalización y similares	50.5	57.3	70.8	74.9	77.4	80.9	84.2	85.7	90.6	94.3	95.6	97.4	100.0	106.4	113.2	116.3	120.2	121.2
Seguro contra accidentes y enfermedades	48.0	54.0	62.4	67.1	68.3	73.5	80.2	85.4	86.7	87.4	93.8	96.9	100.0	102.9	103.1	102.6	105.1	104.0
IPC Cuidado y Conservación de la Salud	50.3	57.0	64.3	69.9	76.7	82.9	87.4	90.6	92.9	95.1	98.2	98.9	100.0	101.9	104.5	106.3	108.9	111.4

Fuente: INEI, Dirección Técnica de Indicadores Económicos.

3.3 Financiamiento de los servicios de salud (1995-2012)

La estructura de financiamiento presenta las siguientes características. (Cuadro 3 y Gráficos 3 y 4, Anexo 1):

- i. **Los tres principales agentes en el financiamiento: hogares, gobierno y empleadores crecieron con énfasis en los últimos años aunque a un ritmo diverso**, lo que modifica su participación relativa hacia una menor participación de los hogares y mayor del Gobierno, aunque no en términos absolutos.
- ii. **Los hogares se mantuvieron como el principal agente de financiamiento, aunque su participación disminuyó de 45.8% al 37.0%¹² debido a la mayor participación del financiamiento del Gobierno de 25.2% al 29.0%, evidenciando la prioridad del sector Salud en las finanzas públicas sobre todo desde el año 2007.**
- iii. **La participación de los empleadores a través de ESSALUD y las EPS presentó una tendencia creciente de 25.6% al 30.1%**, debido al incremento del empleo formal asociado al crecimiento económico, aunque con fluctuaciones.

¹² Dadas las limitaciones en la estimación del financiamiento privado, sobre todo hogares, y en la aparición de un nuevo agente: el inversor nacional con origen fuera del sector y el inversor externo, las cifras deben apreciarse a la luz de dichas limitaciones.

Cuadro 3
Financiamiento de la atención de salud según agentes. Perú 1995 - 2012
 (Porcentajes, millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
GOBIERNO	25.2	25.1	22.3	23.5	23.5	23.6	26.8	27.1	28.4	26.5	23.5	23.3	22.4	27.6	28.2	27.1	29.0
COOPERANTES EXTERNOS	1.4	1.1	1.2	1.2	1.2	1.1	0.9	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.1	0.9	0.8	0.7	0.9
DONACIONES INTERNAS	0.7	0.7	0.6	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6
HOGARES	45.8	42.0	42.3	39.8	40.4	39.3	39.6	38.6	36.9	37.7	40.6	41.5	42.5	39.6	38.9	38.8	37.0
INVERSIONISTAS PRIVADOS	nd	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	2.3	1.9
EMPLEADORES	25.6	28.7	31.2	30.7	31.4	33.5	31.2	31.9	32.0	32.7	32.4	31.7	32.0	29.7	29.0	30.0	30.1
OTROS (esSalud) (*)	1.3	2.5	2.5	4.2	2.8	1.9	0.9	0.8	1.1	1.3	1.7	1.6	1.2	1.7	2.5	0.4	0.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	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)	5,916.5	7,047.4	8,094.1	8,742.1	9,144.8	9,399.3	10,617.2	10,923.2	11,460.4	11,460.4	14,093.7	16,099.5	18,099.0	20,695.6	22,619.3	24,928.5	28,620.8
TOTAL (millones de Nuevos Soles de 2007)	11,773.2	12,358.6	12,584.6	12,502.3	11,926.5	11,340.9	11,717.1	11,756.0	12,056.3	12,056.3	14,244.6	16,099.5	17,767.0	19,801.0	21,269.0	22,889.3	25,700.6

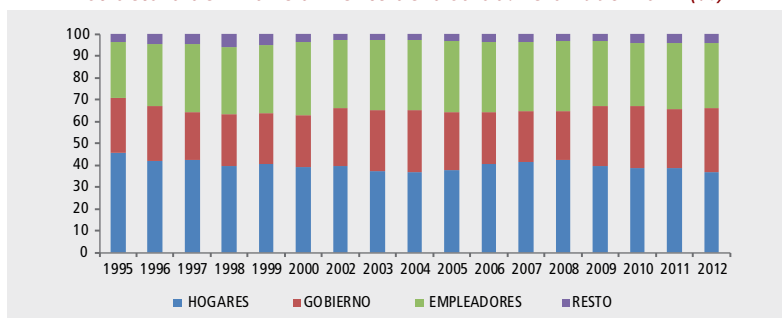
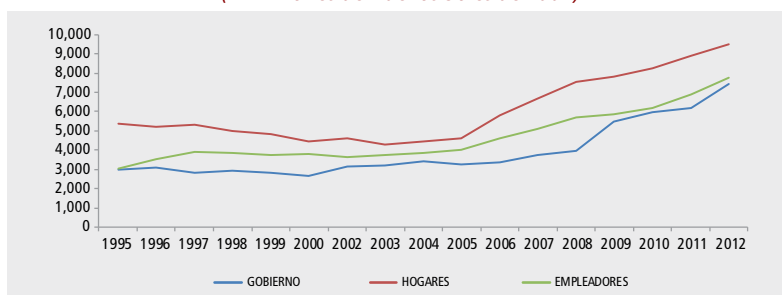
(*) Comprende registros administrativos de ingresos por servicios a no asegurados, ingresos financieros, por participación en dividendos y otros.

Nota: Se omite el año 2001 por dificultades en la comparabilidad debido al diseño del cuestionario ENAHO y la actualización del marco de viviendas.

Para la conversión de soles a dólares se ha considerado el tipo de cambio promedio anual, compra - venta y mercado oficial y paralelo del Banco Central de Reserva de Perú.

Fuentes: Actualización de Años 1995-2000 Gasto en servicios de salud 1995-2000; Ministerio de Salud-OPS/OMS 2004.

Actualización de años 1995-2005 Revisión de Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2005. CIES-MINSA.

Gráfico 3*Estructura del financiamiento de la salud. Perú 1995-2012 (%)***Gráfico 4***Principales agentes financiadores de la Salud. Perú 1995-2012 (En millones de Nuevos Soles de 2007)*

3.3.1 Financiamiento de los hogares (2004-2012)

Como ha sido indicado en la matriz metodológica (acápites 2.3) dado que la fuente de información proviene de la ENAHO, que es una encuesta referida al gasto de los hogares, se asume que el monto total de gasto en salud es igual a su financiamiento. A fin de conservar coherencia con la serie 1995-2005, las estimaciones del financiamiento de los hogares han mantenido la definición basada en dos grandes rubros o fuentes: el proveniente del denominado “bolsillo” también conocido como pago directo; y el pago de primas en la compra de seguros de salud. Se ha ignorado el gasto de otro hogar en socorrer/ayudar al hogar afectado¹³.

¹³ Ver acápite 4.2.

Debido a cambios metodológicos efectuados en la ENAHO desde el año 2004, se ha optado por mostrar únicamente el periodo 2004-2012. De acuerdo a lo expuesto en el Esquema 1, los datos de la ENAHO han sido corregidos con los datos disponibles de los registros del MINSA y Regiones (pagos por tarifas de sus usuarios), de ESSALUD (compra de seguros independiente o facultativo) y pago de primas en seguros de salud y accidentes (Cuadro 4, Gráfico 5 y Anexo 2).

Cuadro 4

*Financiamiento estimado de los hogares en salud según fuentes. Perú 2004-2012
(Porcentajes, millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)*

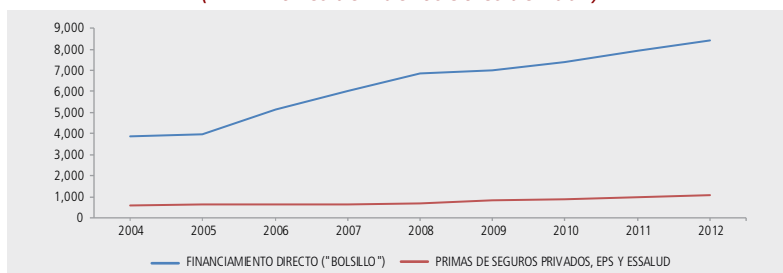
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
FINANCIAMIENTO DIRECTO ("BOLSILLO")	86.7	85.9	88.9	90.2	90.6	89.5	89.2	89.0	88.5
PRIMAS DE SEGUROS PRIVADOS, EPS Y ESSALUD	13.3	14.1	11.1	9.8	9.4	10.5	10.8	11.0	11.5
TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL ESTIMADO (millones de Nuevos Soles)	4,229.5	4,519.0	5,725.8	6,675.2	7,693.8	8,190.5	8,789.5	9,673.8	10,590.4
TOTAL ESTIMADO (millones de Nuevos Soles de 2007)	4,449.4	4,602.7	5,787.1	6,675.2	7,552.6	7,836.5	8,264.9	8,882.4	9,509.8

Fuente: Informe de Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO 2004-2012.

Consistencia de datos de ENAHO con el gasto de bolsillo en servicios de salud MINSA e información de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS), EsSalud y SUSALUD.

Gráfico 5

*Financiamiento estimado de los hogares en salud según fuentes. Perú 2004-2012
(En millones de Nuevos Soles de 2007)*



Durante el periodo 2004-2012 el financiamiento de los hogares en salud se incrementó en términos reales en 113.7% con un claro predominio del

financiamiento directo (“gasto de bolsillo”). Aunque con ligeras fluctuaciones, la composición entre el financiamiento de bolsillo y el pago de primas se situó entre el 85.9% y el 90.6% para el primero y entre el 9.4% y el 14.1% para el segundo.

3.3.2 El financiamiento del gobierno en salud (2002-2012)

En el periodo 2002-2012 el financiamiento del gobierno en salud se incrementó en términos reales en 137.7% con una tasa de crecimiento promedio anual de 1.6% (2002-2006) que aumentó al 14.8% en el periodo 2007-2012. (Cuadro 5, Gráfico 6). Se observa:

- i. **El aumento del financiamiento del MINSA y Regiones (2002-2012) en valores reales fue de 184.5%, el mayor incremento de todos los componentes del sector público, destacándose el crecimiento de las regiones producto de la descentralización.** Se incrementó en valores reales el financiamiento del MINSA en 104.8% y el de los Gobiernos Regionales en 361.6% evidenciando la transferencia de recursos del gobierno nacional al regional dentro del proceso de descentralización. En el MINSA el financiamiento descansó principalmente en los recursos ordinarios y muy poco en el endeudamiento. A nivel regional también predominaron los recursos ordinarios y en menor porcentaje, los recursos determinados. (Anexo 3).
- ii. Dada la importancia del SIS como asegurador público, el peso que éste tuvo en el total del financiamiento público del MINSA es relativamente bajo, aunque tendió al incremento: de 12.6% (2002) al 17.0% (2012)¹⁴.

¹⁴ En el año 2013 el financiamiento del SIS subió a 1,111.3 millones de soles.

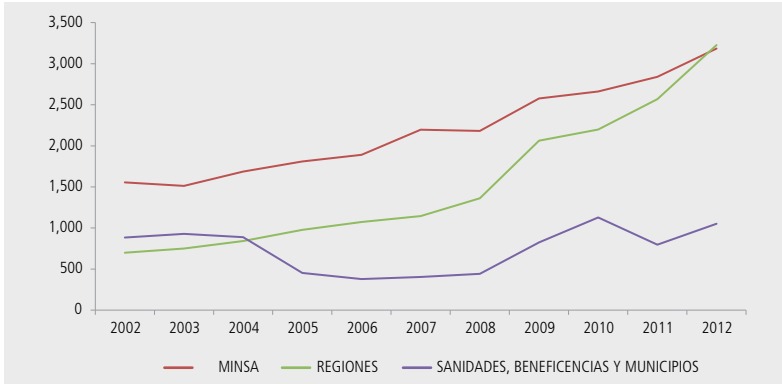
Cuadro 5
Estructura del financiamiento de recursos públicos en la atención de salud, Perú 2002-2012
(Porcentajes, millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)

INSTITUCIONES	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MINSA + REGIONES	71.8	70.9	74.0	86.0	88.6	89.2	88.9	84.9	81.2	87.1	85.9
MINSA	49.5	47.4	49.4	55.9	56.6	58.6	54.7	47.2	44.5	45.8	42.7
RECURSOS ORDINARIOS	42.7	39.6	38.5	45.5	47.1	50.0	43.9	39.1	36.5	37.3	35.3
RECURSOS POR CRÉDITO EXTERNO	0.5	1.1	1.7	1.9	0.7	0.1	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1
SIS- RECURSOS ORDINARIOS	6.3	6.6	9.1	8.5	8.8	8.6	10.8	8.0	7.9	8.3	7.3
REGIONES	22.3	23.5	24.7	30.2	32.1	30.6	34.2	37.8	36.7	41.4	43.2
RECURSOS ORDINARIOS	22.3	23.5	24.7	30.2	32.1	30.5	34.0	33.7	32.6	39.2	40.3
RECURSOS DETERMINADOS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	4.1	4.1	2.2	3.0
SANIDADES, BENEFICIARIAS Y MUNICIPIOS (*)	28.2	29.1	26.0	14.0	11.4	10.8	11.1	15.1	18.8	12.9	14.1
TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL ESTIMADO (millones de Nuevos Soles)	2,844.4	2,965.4	3,249.2	3,183.0	3,307.3	3,745.8	4,063.0	5,710.7	6,370.8	6,758.9	8,310.6
TOTAL ESTIMADO (millones de Nuevos Soles de 2007)	3,139.0	3,191.5	3,418.2	3,241.9	3,342.7	3,745.8	3,988.4	5,463.8	5,990.5	6,206.0	7,462.7

Registros administrativos de las instituciones. Dirección General de Presupuesto Público y Dirección General de Contabilidad Pública del Ministerio de Economía y Finanzas.
(*) Estimado a partir de la ejecución presupuestal a la que se sustrae la estimación de los Ingresos Directamente Recaudados. Los datos referidos a Sanidades muestran grandes oscilaciones en la contabilidad pública.

Nota. Se depura el presupuesto ejecutado del MINSA y de las Regiones restando las funciones "no salud". Además se realizan depuraciones al interior de la función salud.

Gráfico 6
Financiamiento público en salud. Perú 2002-2012
 (En millones de Nuevos Soles de 2007)



3.3.3 El financiamiento de ESSALUD

Durante el periodo (2006-2012) el financiamiento de ESSALUD creció 56.6% en valores reales con una tasa de crecimiento promedio anual de 6.7% (2006-2011) destacándose el incremento de 13.1% entre el 2011-2012.

La principal fuente de financiamiento de EsSalud son las aportaciones o contribuciones de los asegurados a la seguridad social en salud que han crecido de 93.9% al 98.0%. Dentro de ella, las aportaciones correspondientes al Fondo de Salud (Ley N°26790) que cotizan los empleadores a ESSALUD concentró casi la totalidad: de 87.2% al 94.9%. (Cuadro 6, Gráfico 7, Anexo 4).

La fuente Otros Ingresos disminuyó su participación en valores reales entre los años 2006 y 2012, de 6.1% al 2.0%. Esta fuente ha sido producto de la venta de servicios de salud a no asegurados, ingresos financieros, ingresos de capital y resultado de ejercicios anteriores autorizados. (Cuadro 6).

Cuadro 6
Financiamiento de ESSALUD para servicios de salud. Perú 2006-2012
 (Porcentajes, Millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)

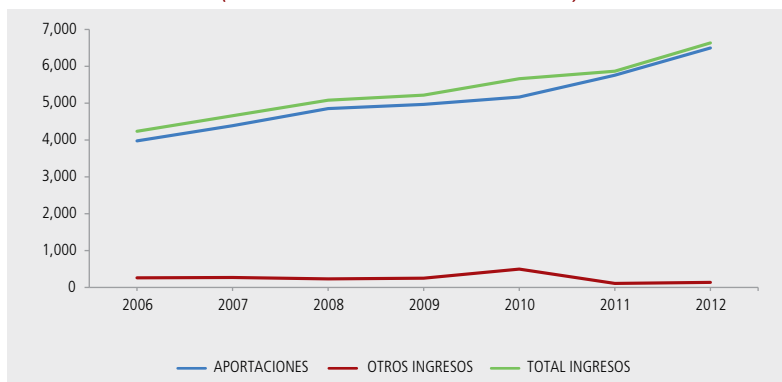
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
APORTACIONES	93,9	94,2	95,5	95,2	91,2	98,1	98,0
APORTACIONES LEY 26790 - SALUD	87,2	88,1	92,1	92,3	88,1	95,0	94,9
APORTACIONES SEGURO POTESATIVO	0,9	0,6	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
APORTACIONES SEGURO UNIVERSITARIO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
APORTACIONES SEGURO COMPLEMENTARIO TRABAJO DE RIESGO (SCTR)	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9
APORTACIONES SEGURO AGRARIO	1,0	1,0	1,2	1,1	1,2	1,4	1,4
OTROS (*)	3,8	3,5	0,8	0,6	0,7	0,6	0,6
OTROS INGRESOS	6,1	5,8	4,5	4,8	8,8	1,9	2,0
INGRESOS OPERATIVOS	6,1	5,8	3,2	2,4	2,1	1,9	2,0
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD A NO ASEGURADOS	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
INGRESOS FINANCIEROS	2,0	2,0	2,2	1,6	1,2	1,0	1,2
INGRESOS POR PARTICIPACIONES O DIVIDENDOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OTROS (**)	3,8	3,5	0,8	0,6	0,7	0,6	0,6
INGRESO DE CAPITAL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INGRESO POR TRANSFERENCIAS	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0
INGRESO POR PRÉSTAMO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0
RESULTADO EJERCICIOS ANTERIORES	0,0	0,0	1,3	2,4	6,7	0,0	0,0
TOTAL (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL (millones de Nuevos Soles)	4.191,9	4.660,9	5.177,6	5.550,1	6.073,2	6.390,3	7.387,5
TOTAL (millones de Nuevos Soles de 2007)	4.236,8	4.660,9	5.082,6	5.310,2	5.710,6	5.867,6	6.633,8

(*) Compuesto principalmente por cobro a empleadores morosos.

(**) Cobros por recuperación por siniestros, alquileres, venta de bases para concurso público, entre otros.

Fuente: EsSalud. Gerencia Central de Finanzas. Gerencia de Presupuesto.

Gráfico 7
Financiamiento de EsSalud. Perú 2006-2012
 (En millones de Nuevos Soles de 2007)



3.4 Fondos de financiamiento en salud (1995-2012)

El porcentaje del financiamiento que se encuentra intermediado por fondos o aseguradoras -SIS, ESSALUD, seguros privados, autoseguros privados y EPS- aumentó de 30.7% al 37.4% en el periodo 1995-2012 con la incorporación del SIS y del crecimiento de las EPS. Aunque ESSALUD siguió siendo el principal fondo de aseguramiento en salud, disminuyó su participación relativa de 85.7% al 69.0%, debido principalmente a la creación paulatina de las EPS desde el año 1999, así como a la creación del SIS. En el 2012, las EPS representaban el 11.1%, y el SIS el 5.6%. (Cuadro 7a, Gráfico 8 y Anexo 5).

La incorporación del SIS como fondo debe ser precisada. Si bien es un seguro en tanto tiene afiliados, planes de beneficios y está inscrito como Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFA), sus recursos no están agrupados como fondo en relación a sus afiliados y beneficiarios. Su financiamiento proviene de ampliaciones de gastos históricos asignados por la Dirección General de Presupuesto del MEF y que, aunque denotan un importante incremento en los últimos años¹⁵, ocupan una fracción limitada del total del financiamiento público del MINSA.

¹⁵ Acápites 3.3.2.

Cuadro 7a
Tipos de fondos o seguros en servicios de salud. Perú 1995-2012
 (Porcentajes, millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)

TIPOS DE FONDOS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SEGURO INTEGRAL DE SALUD	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	4.0	6.4	5.4	5.0	5.0	6.1	5.8	5.8	6.0	5.6
SEGUROS PRIVADOS (*)	6.9	7.2	6.9	7.1	10.7	8.5	10.2	11.5	10.9	11.4	9.9	9.3	9.0	9.9	9.7	9.9	9.7
AUTOSEGUROS PRIVADOS (**)	7.4	6.6	6.2	5.7	5.4	5.3	5.2	5.1	4.9	5.1	4.8	4.7	4.6	4.5	4.5	4.8	4.5
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	85.7	86.2	86.9	87.2	83.9	86.3	83.6	79.5	77.8	78.1	80.2	81.0	80.3	79.8	79.9	79.3	80.1
ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD (EPS)	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	8.0	10.0	9.5	9.1	9.4	8.0	8.3	9.0	9.5	10.0	10.8	11.1
ESSALUD	85.7	86.2	86.9	87.2	82.4	78.3	73.5	70.0	68.7	68.8	72.2	72.7	71.4	70.3	69.9	68.5	69.0
TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	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)	1,814.0	2,175.0	2,710.0	3,012.0	3,193.0	3,488.0	3,837.0	4,257.0	4,630.0	4,975.6	5,806.1	6,408.1	7,254.5	7,892.9	8,683.4	9,328.0	10,704.7
TOTAL (millones de Nuevos Soles de 2007)	3,609.7	3,814.2	4,213.5	4,307.5	4,164.2	4,208.5	4,234.5	4,581.6	4,870.8	5,067.7	5,868.3	6,408.1	7,121.4	7,551.7	8,165.0	8,564.9	9,612.5
COMO % DEL FINANCIAMIENTO	30.7	30.9	33.5	34.5	34.9	37.1	36.1	39.8	40.4	41.5	41.2	39.8	39.8	37.4	37.1	37.4	37.4

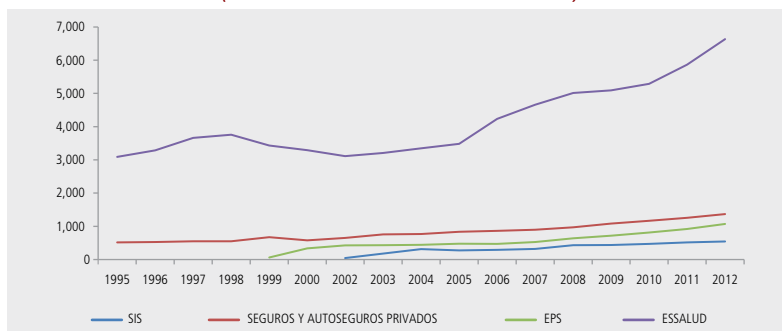
No se dispone de información del costo administrativo de Essalud ni de autoseguros privados

Fuentes: Seguro Integral de Salud (SIS), Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS), Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

(*) Primas Retenidas Anualizadas del Ramo de Accidentes y Enfermedades.

(**) Tendencia estimada en base al crecimiento del PBI.

Gráfico 8
Fondos de Salud. Perú 1995-2012
 (En millones de Nuevos Soles de 2007)



En cuanto a los gastos de administración¹⁶, solo se dispone de información para el SIS y EPS; el dato de Seguros Privados proviene de una muestra de seguros¹⁷. No se cuenta con información de ESSALUD ni de Autoseguros. En el periodo 2006-2012, la administración del SIS absorbió entre el 4.5% y el 11.6% de sus recursos debido al desarrollo de sus sistemas operativos; las EPS incrementaron dicho gasto entre el 15.8% al 20.7% y se estima que los seguros privados lo hicieron entre el 17.6% y 22.7% (Cuadro 7b).

¹⁶ Se define como "Gastos técnicos y administrativos" a los gastos de liquidación por prestaciones más los gastos de afiliación, más los gastos de Administración. Fuente: SUSALUD (antes denominada SUNASA).

¹⁷ Obtenido a partir de la revisión de la información proporcionada por las empresas de seguros del ramo de accidentes y enfermedades. (<http://www.sbs.gob.pe/app/stats/EstadisticaBoletinEstadistico.asp?p=25#>)

CUADRO 7b

*Gastos de administración de fondos. Perú 2006-2012
(Porcentajes, Millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)*

ADMINISTRACIÓN DE FONDOS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SEGURO INTEGRAL DE SALUD	24.0	37.1	19.6	20.6	24.1	27.2	33.6
Como porcentaje del Fondo SIS	8.2	11.6	4.5	4.5	4.8	4.8	5.6
SEGUROS PRIVADOS	123.4	105.0	115.0	130.8	169.8	208.4	220.6
Como porcentaje de Seguros Privados (*)	21.4	17.6	17.6	16.8	20.1	22.7	21.2
ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD (EPS)	73.8	83.7	110.8	125.8	156.7	197.5	246.0
Como porcentaje de EPSs	15.8	15.8	17.0	16.7	18.1	19.7	20.7
TOTAL (millones de Nuevos Soles)	221.1	225.8	245.5	277.1	350.6	433.1	500.2
TOTAL (millones de Nuevos soles de 2007)	223.5	225.8	241.0	265.2	329.7	397.7	449.2

No se dispone de información del costo administrativo de EsSalud ni de autoseguros privados.

Fuentes: Seguro Integral de Salud (SIS), Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS), Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

(*) Estimado a partir de la revisión de la información proporcionada por las empresas de seguros del ramo de accidentes y enfermedades.

3.5 Estimación del gasto según prestadores de servicios de salud

En el financiamiento se observó que los establecimientos del MINSA y Regiones obtuvieron recursos del gobierno (principalmente Recursos Ordinarios), de los hogares (tarifas por compra de servicios, pruebas y medicamentos, conocidos como Recursos Directamente Recaudados), la mayor parte de los recursos de cooperación -bastante limitados en el país- y donaciones internas. En los establecimientos de ESSALUD la gran mayoría de recursos provienen de los aportes en base al trabajo. Finalmente en el sector privado los prestadores se financian con recursos de los hogares directamente y/o a través de seguros privados pagados por ellos y en menor medida de empleadores que contratan seguros para sus trabajadores. Los prestadores privados no lucrativos reciben también recursos de cooperantes internacionales y donaciones. Hasta el año 2012 la modalidad de compra de servicios privados con financiamiento público era casi inexistente, limitándose a algunas compras de ESSALUD. La compra directa en farmacias /boticas la realizan los hogares con el "gasto de bolsillo".

En el periodo 1995-2012, el gasto en servicios de salud aumentó en valores reales en 126.8% en consonancia con el crecimiento económico (acápite 3.1.), siendo su mayor incremento a partir de los años 2003-2004 en todos los prestadores (o centros de gasto), incluyendo la compra directa en farmacias/boticas sin pasar por la consulta (Cuadro 8, Gráfico 9 y Anexo 6). Se observa:

- i. Los establecimientos que se encuentran en gestión pública como el MINSA, Regiones, Sanidades, Beneficencia y ESSALUD mantuvieron el primer lugar en términos relativos en torno al 54%-55% del gasto total. **Destacaron los establecimientos del MINSA y Regiones cuya participación en el gasto aumentó de 26.3% al 29.2%.**
 - a. En consecuencia, ESSALUD presentó una disminución en su participación relativa de 21.5% al 20.4%, pese a registrar un mayor porcentaje relativo entre los años 1998 y 2008.
 - b. El gasto en sanidades y otros públicos se mantuvo entre el 5%-6%, con un comportamiento errático entre los años 2000 y 2008.
- ii. En el sector privado, los prestadores lucrativos mantuvieron su participación alrededor del 33%¹⁸, con pequeñas variaciones entre los años 1998 y 2007; mientras que la venta directa en farmacia se ubicó entre el 11.1%-14.5% durante el periodo.

¹⁸ En la última década se ha desarrollado el Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) por iniciativa de la Municipalidad Metropolitana de Lima. Funciona con financiamiento de los hogares a través de tarifas que cubren el gasto operativo, mientras la Municipalidad dispone de la infraestructura. Al año 2012 el SISOL facturó por venta de bienes, servicios y derechos administrativos 174.51 millones de Nuevos Soles que constituye el 94.1% de su ingreso total.

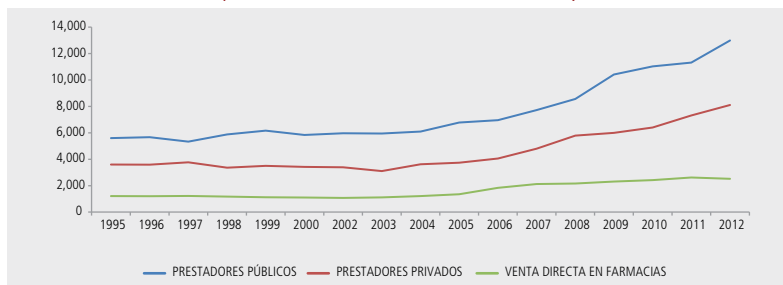
Cuadro 8
Gasto en salud según prestadores. Perú 1995-2012
 (Porcentajes, millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PRESTADORES PUBLICOS	53.8	54.2	51.7	56.4	57.1	56.4	57.2	58.5	55.8	57.1	54.1	52.7	51.8	55.6	55.5	53.3	55.0
MINSA + REGIONES	26.3	28.3	25.7	27.9	26.1	26.6	25.8	26.7	27.0	27.7	27.3	26.3	24.1	27.6	26.6	27.4	29.3
MINSA	26.3	28.3	25.7	27.9	26.1	26.6	16.7	16.8	16.5	16.6	16.1	16.0	13.3	13.7	13.2	13.0	13.3
REGIONES							9.2	9.9	10.5	11.1	11.1	10.2	10.8	13.9	13.4	14.4	16.0
ESSALUD	21.5	20.4	21.1	23.4	26.4	25.5	27.1	27.1	24.4	24.6	23.0	22.7	24.1	22.7	22.5	21.3	20.4
SANIDADES Y OTROS PUBLICOS	6.0	5.4	5.0	5.1	4.7	4.3	4.3	4.7	4.4	4.9	3.8	3.7	3.6	5.3	6.4	4.5	5.3
SECTOR PRIVADO	46.2	45.8	48.3	43.6	42.9	43.6	42.8	41.5	44.2	42.9	45.9	47.3	48.2	44.4	44.5	46.7	45.0
PRESTADOR PRIVADO LUCRATIVO *	33.1	33.0	34.9	30.5	30.6	31.4	31.0	28.9	31.3	29.8	29.6	30.6	32.9	30.2	30.4	32.6	32.5
PRESTADOR PRIVADO NO LUCRATIVO	1.6	1.4	1.5	1.7	1.8	1.6	1.5	1.6	1.8	1.7	1.9	2.1	2.1	1.8	1.8	1.8	1.8
VENTA DIRECTA EN FARMACIAS	11.6	11.5	11.8	11.3	10.4	10.6	10.3	10.9	11.1	11.4	14.3	14.5	13.1	12.3	12.2	12.3	10.7
TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	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)	5,234.4	5,967.4	6,636.7	7,281.9	8,270.9	8,589.5	9,457.2	9,445.1	10,386.8	11,657.3	12,718.8	14,640.6	16,824.8	19,572.6	21,117.6	23,150.4	26,310.2
TOTAL (millones de Nuevos Soles de 2007)	10,415.8	10,464.8	10,318.7	10,414.0	10,786.8	10,363.8	10,436.9	10,165.2	10,926.9	11,873.0	12,854.9	14,640.6	16,516.2	18,726.6	19,857.0	21,256.6	23,625.7

(*) Se ha incluido el estimado del monto de inversión privada dentro del prestador privado lucrativo para los años 2011 y 2012. Elaboración propia.

Fuente: Gasto en servicios de salud 1995-2000 (Ministerio de Salud-OPS/OMS 2004); Gasto en servicios de salud 2002-2005 (Ministerio de Salud-CIES 2008).

Gráfico 9
Gasto público en salud según prestadores. Perú 1995-2012
 (En millones de Nuevos Soles de 2007)



3.5.1 Gasto del MINSA y Regiones (2005-2012)¹⁹

Entre los años 2005 y 2012, el gasto del MINSA en salud²⁰ creció en 65.2% en valores reales, el mayor incremento registrado desde el año 1995, destacándose el aumento de las inversiones. (Cuadro 9, Gráficos 10a y 10b y Anexo 7).

¹⁹ Las restricciones en los periodos 2005-2012 en el detalle del gasto público y al 2006-2012 en el gasto de EsSalud responden a problemas en la disponibilidad de dicha información.

²⁰ Se sustrae en los denominados gastos “No Salud” (Cuadro 10).

Cuadro 9*Gasto ejecutado en salud del MINSA y Regiones según genéricas de gasto.**Perú 2005-2012**(Porcentajes, millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)*

MINSAs	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PERSONAL (*)	60.5	62.0	56.4	58.4	46.9	47.4	48.8	48.5
OTRAS PRESTACIONES SOCIALES (**)	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	1.0	0.2	0.3
BIENES Y SERVICIOS (***)	31.0	31.2	33.5	32.4	36.1	34.9	31.9	35.0
DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
OTROS GASTOS CORRIENTES	0.1	0.2	0.1	0.0	1.6	2.6	1.5	2.1
INVERSIÓN	8.4	6.6	10.1	9.1	13.6	14.1	17.5	14.0
TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL MINSAs (millones de Nuevos Soles)	1,935.6	2,050.4	2,349.8	2,243.1	2,687.7	2,790.4	3,003.9	3,492.2
TOTAL GASTOS "NO SALUD" MINSAs (millones de Nuevos Soles)(**)	528.7	545.2	513.3	666.8	792.9	668.9	940.0	856.3
TOTAL "SALUD" MINSAs (millones de Nuevos Soles)	1,407.0	1,505.1	1,836.5	1,576.3	1,894.8	2,121.5	2,063.9	2,635.9
TOTAL "SALUD" MINSAs (millones de Nuevos Soles de 2007)	1,433.0	1,521.2	1,836.5	1,547.4	1,812.9	1,994.9	1,895.1	2,367.0
REGIONES								
PERSONAL (*)	70.8	70.3	67.9	68.3	57.5	60.8	59.6	57.9
OTRAS PRESTACIONES SOCIALES (**)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2
BIENES Y SERVICIOS (***)	25.9	25.1	24.2	27.2	22.4	23.5	22.8	21.9
OTROS GASTOS CORRIENTES	0.9	0.9	0.8	0.6		1.4	3.5	1.0
INVERSIÓN	2.4	3.7	7.1	3.9	18.7	14.2	14.1	19.1
TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL REGIONES (millones de Nuevos Soles)	1,289.1	1,417.0	1,500.6	1,816.8	2,716.3	2,836.6	3,332.5	4,214.0
TOTAL GASTOS "NO SALUD" REGIONES millones de Nuevos Soles(**)	211.6	203.6	275.3	283.8	320.6	362.6	400.5	385.7
TOTAL "SALUD" REGIONES (millones de Nuevos Soles)	1,077.5	1,213.4	1,225.3	1,533.1	2,395.7	2,474.0	2,932.0	3,828.3
TOTAL "SALUD" REGIONES (millones de Nuevos Soles de 2007)	1,097.4	1,226.3	1,225.3	1,504.9	2,292.1	2,326.3	2,692.1	3,437.7

(*) Agrupa al gasto de Personal y obligaciones sociales con el gasto por contratos CAS y Servicios no Personales.

(**) Prestaciones vinculadas a la salud gratuitas que efectúan brigadas y actividades de capacitación y mantenimiento.

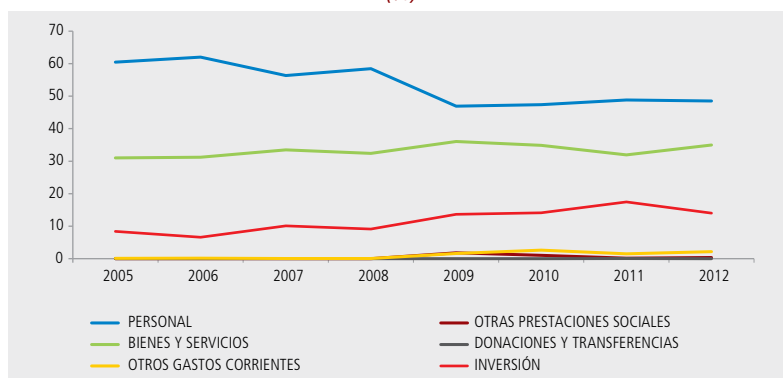
(***) A Bienes y Servicios se le sustrae el gasto por contratos CAS y Servicios no Personales.

Aunque el gasto en personal²¹ creció en términos reales de 986.7 a 1,188.7 millones de Nuevos Soles decreció en términos relativos 12.0% (de 60.5% al 48.5%). Debido al fuerte incremento en el gasto en inversiones, este fue el rubro de mayor crecimiento: de 165.2 a 439.8 millones de Nuevos soles, incrementándose en 166.2% en valores reales así como su peso porcentual de 8.4% a 14.0%.

El incremento real del gasto en salud de las Regiones²² (188.2%) casi triplicó al del MINSA debido al proceso de transferencia de recursos que conlleva la descentralización. Al igual que en el MINSA, la composición porcentual de este crecimiento registró importantes variaciones en la misma dirección. El gasto en personal creció en 86% en términos reales, aunque su participación descendió de 70.8% al 57.9% debido al fuerte incremento en el rubro de inversiones, este se incrementó tanto en valores reales, de 31.8 a 722.0 millones de Nuevos Soles, como relativos de 2.4% a 19.1%.

Gráfico 10a

Gasto ejecutado en salud del MINSA según genéricas de gasto. Perú 2005-2012 (%)

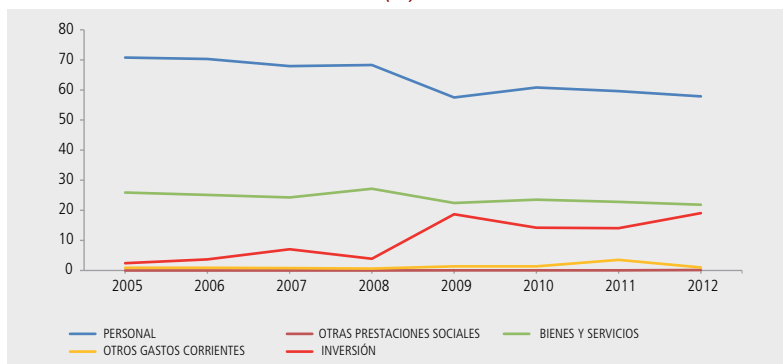


²¹ Comprende todo el ingreso del personal nombrado y contratado en los diversos regímenes.

²² Se sustraen los denominados gastos "No Salud". (Cuadro 10).

Gráfico 10b

Gasto ejecutado en salud de Regiones según genéricas de gasto. Perú 2005-2012 (%)



3.5.2 Gasto de ESSALUD (2006-2012)

En el periodo 2006-2012 el gasto en valores reales de ESSALUD creció en 63.2% pese a la disminución relativa dentro del gasto en salud de 23.0% al 20.4% (acápite 3.5.). (Cuadro 10 y Anexo 8).

- i. Los gastos referidos a personal denominados “Gastos Integrados de Personal”²³ disminuyeron de 58.7% al 54.1%.
- ii. Hubo un ligero incremento en Bienes de 16.1% al 17.5%, sobre todo en el consumo de otros insumos y suministros y en medicinas.
- iii. Los denominados Gastos “No salud” disminuyeron su participación de 24.9% al 17.4%. Este gasto está compuesto por Jubilaciones y Pensiones, Comisión de recaudación a SUNAT, Servicios Bancarios, Prestaciones económicas²⁴, Pagos por transferencias netas, Amortización e intereses del pago a deuda del Banco de la Nación y el saldo no ejecutado del ejercicio anual cuando corresponde.

²³ Ver categorías que lo componen en el cuadro 10.

²⁴ No se cuenta con información para estimar las Prestaciones Sociales.

Cuadro 10
Ejecución de gastos de ESSALUD. Perú 2006-2012
(Porcentajes, millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
GASTO OPERATIVO	95.8	90.3	86.0	90.5	90.0	90.7	90.0
Compra de bienes	16.1	16.2	16.3	17.8	18.0	17.3	17.5
Insumos y suministros	14.5	14.6	14.6	16.1	16.6	15.9	16.1
Medicinas	8.8	8.5	8.2	8.9	9.0	8.5	9.1
Otros insumos y suministros	5.7	6.1	6.3	7.1	7.6	7.3	7.0
Combustibles y lubricantes	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Otros	1.1	1.3	1.3	1.4	1.1	1.0	1.0
Gastos Integrados de Personal (*)	58.7	56.9	52.5	54.0	53.0	54.5	54.1
Remuneraciones por todo concepto	40.0	38.2	34.9	35.4	35.1	36.3	35.8
Gastos Adicionales de personal (**)	14.9	15.0	13.3	12.2	11.3	11.1	10.6
Otros gastos de personal	1.4	1.3	1.8	3.3	2.9	2.8	3.5
Honorarios profesionales	0.1	0.3	0.4	0.3	0.2	0.3	0.2
Serv.de vigilancia, guardiana y limpieza	2.3	2.1	2.1	2.5	2.8	3.2	3.4
Otros	0.0	0.0	0.0	0.5	0.7	0.8	0.6
Servicios prestados por terceros (***)	3.3	3.4	3.5	3.9	3.8	3.7	3.3
Tributos (****)	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
Gastos diversos de gestión	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2
Seguros	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2
Otros	7.6	6.7	7.6	7.8	8.4	8.3	7.9
Comisión de Recaudación SUNAT	2.0	1.9	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5
Servicios Bancarios	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Compra de servicios privados a terceros	2.6	3.0	3.4	4.1	4.7	4.2	3.9
Compra de servicios de salud en el exterior	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Resto de servicios	2.9	1.8	2.9	2.3	2.4	2.6	2.4
Prestaciones Económicas	9.8	7.1	5.9	6.7	6.6	6.7	7.0
GASTOS DE CAPITAL	1.0	6.8	11.4	9.5	8.0	6.5	7.9
PAGO POR TRANSFERENCIAS NETAS (*****)	3.2	2.9	2.6	0.0	2.0	2.0	2.1
AMORTIZACIÓN E INTERESES DEL PAGO A DEUDA (BN) (*****)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0
TOTAL DE GASTO (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL DE GASTO (millones de Nuevos Soles)	4,039.1	4,415.9	5,177.6	5,550.1	6,072.9	6,343.7	6,835.7
TOTAL DE GASTO (millones de Nuevos Soles de 2007)	4,082.3	4,415.9	5,082.6	5,310.2	5,710.4	5,824.8	6,138.3
TOTAL DE INGRESOS (millones de Nuevos Soles)	4,191.9	4,660.9	5,177.6	5,550.1	6,073.2	6,390.3	7,387.5
TOTAL DE INGRESOS (millones de Nuevos Soles de 2007)	4,236.8	4,660.9	5,082.6	5,310.2	5,710.6	5,867.6	6,633.8
SALDO NO EJECUTADO (millones de Nuevos Soles)	152.8	245.1	0.0	0.0	0.3	46.6	551.8

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SALDO NO EJECUTADO (millones de Nuevos Soles 2007)	154.5	245.1	0.0	0.0	0.2	42.8	495.5
TOTAL DE GASTO "NO SALUD" (millones de Nuevos Soles)	1,003.8	959.9	950.0	876.4	1,027.8	1,135.3	1,189.5
TOTAL DE GASTO "NO SALUD" (millones de Nuevos Soles de 2007)	1,014.6	959.9	932.6	838.5	966.5	1,042.5	1,068.2
TOTAL DE GASTO "NO SALUD" (%)	24.9	21.7	18.3	15.8	16.9	17.9	17.4
Jubilaciones y pensiones Ley 20530	9.8	9.8	8.4	7.7	7.0	7.0	6.7
Comisión de Recaudación SUNAT	2.0	1.9	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5
Servicios Bancarios	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Prestaciones económicas	9.8	7.1	5.9	6.7	6.6	6.7	7.0
Pago por transferencias Netas	3.2	2.9	2.6	0.0	2.0	2.0	2.1
Amortización e intereses del pago a deuda (BN)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0
TOTAL DE GASTO "SALUD" (millones de Nuevos Soles)	3,035.3	3,455.9	4,227.6	4,673.7	5,045.1	5,208.4	5,646.2
TOTAL DE GASTO "SALUD" (millones de Nuevos Soles de 2007)	3,067.7	3,455.9	4,150.0	4,471.7	4,743.9	4,782.3	5,070.1
TOTAL DE GASTO "SALUD" (%)	75.1	78.3	81.7	84.2	83.1	82.1	82.6
- Compra de servicios privados a terceros	2.6	3.0	3.4	4.1	4.7	4.2	3.9
TOTAL DE GASTO SALUD EN ESSALUD (%)	72.5	75.3	78.3	80.1	78.4	77.9	78.7
TOTAL DE GASTO SALUD EN ESSALUD (millones de Nuevos Soles)	2,929.4	3,325.4	4,053.2	4,444.9	4,758.6	4,940.2	5,380.4
TOTAL DE GASTO SALUD EN ESSALUD (millones de Nuevos Soles de 2007)	2,960.7	3,325.4	3,978.9	4,252.8	4,474.5	4,536.1	4,831.4

(*) Nomenclatura de FONAFE-MEF para denominar a todos los gastos vinculados al personal.

(**) Incluye a) Bonificación a trabajadores de EsSalud en función del cumplimiento de metas; b) aguinaldo navideño otorgado a los trabajadores; c) jubilaciones y pensiones.

(***) Comprende servicios de transporte y almacenamiento y tarifas de servicios públicos.

(****) Comprende los gastos por otros impuestos y contribuciones, impuestos municipales. Hasta el año 2008 los tributos municipales formaban parte de los servicios públicos.

(*****) Transferencias a la ONP.

(******) Corresponde al pago final (cancelación) a la deuda con el Banco de la Nación.

Fuente: EsSalud. Gerencia Central de Finanzas. Gerencia de Presupuesto.

3.6 Matriz de flujos financieros 2012

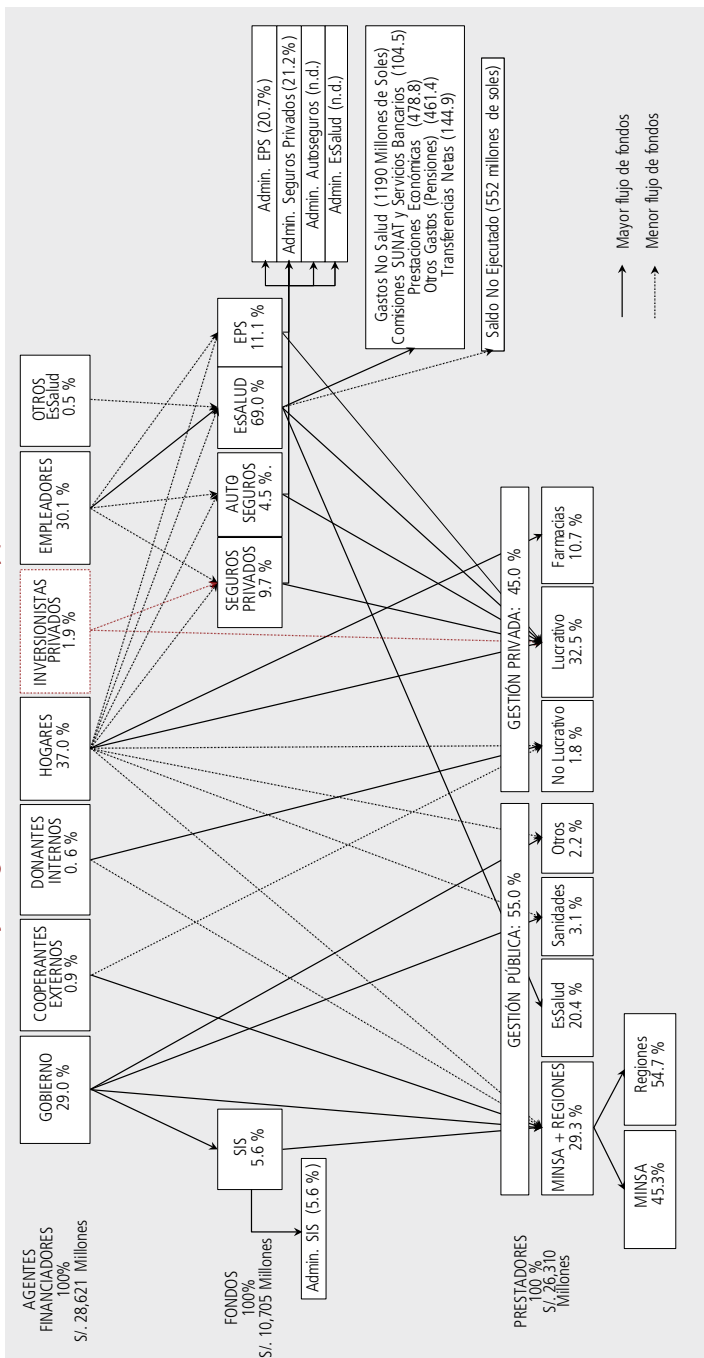
Se muestran los flujos financieros desde el financiamiento según agentes, hasta los centros de gasto en el año 2012.

- i. En el financiamiento destacan los hogares, empleadores y el Gobierno. Los hogares continúan siendo la primera fuente con el 37.0%. Las fuentes de Empleadores y Gobierno tienen un peso similar con el 30.1% y 29.0%. Se aprecia

la aparición de un agente enmarcado en líneas punteadas que corresponde al Inversor privado, cuya información es estimada y se refiere únicamente a la inversión estimada efectuada en grandes clínicas y seguros de salud, no siendo posible de captar la realizada en pequeñas clínicas.

- ii. En la intermediación de fondos, se han retirado los recursos destinados a la administración de los mismos en los casos del SIS y seguros privados y del sistema de EPS. No ha sido posible retirar los recursos destinados a la administración de ESSALUD y de los Autoseguros por carecer de información al respecto. Se observa que los gastos de administración de EPS y Seguros Privados ascienden al 20.7% y 21.2% respectivamente.
- iii. A nivel de los centros de gasto, destaca el mayor peso en el gasto de los establecimientos bajo gestión pública (55.0%) versus lo que se encuentran en administración privada (45.0%). Ello ocurre aun cuando se han retirado del presupuesto ejecutado del MINSA y Regiones los gastos que no corresponden directamente a la producción de servicios de salud, como se detalla en los acápite (3.5.1 y 3.5.2) correspondientes al MINSA, Regiones y ESSALUD. Debido al proceso de descentralización del conjunto MINSA-Regiones, el primero ejecuta el 45.3% y el segundo 54.7%.

Gráfico 11
Matriz de Flujos: Agentes financiadores, fondos y prestadores. Perú 2012



4. Gasto de los hogares en Salud

4.1 Definiciones básicas

Se define como gasto en salud de los hogares a los pagos efectuados por algún(os) miembro(s) del hogar para la atención de una necesidad en salud. Cuando este gasto proviene del denominado “bolsillo”, es decir es efectuado directamente, se le denomina “gasto de bolsillo”; cuando proviene de un pago previo previsional, es decir por la compra de primas, se le menciona “gasto en seguros de salud y accidentes” (OMS 2010, pp 7,14). El gasto directo o “de bolsillo” puede ser realizado sin intermediación de una consulta, e incluso sin un reporte de síntomas de enfermedad, tal como ha sido observado en las encuestas de hogares.

Por tanto, el concepto de gasto en salud de los hogares se extiende abarcando las siguientes categorías²⁵:

- Debido al autorreporte de enfermedad en últimas 4 semanas
 - Originado por consulta de servicios de salud
 - Gasto efectuado sin mediar servicios de salud
 - Gasto efectuado sin autorreporte de enfermedad en últimas 4 semanas
 - Gasto en la compra de primas de seguros de salud y accidentes
- } “Gasto de Bolsillo”
o gasto directo

A fin de guardar coherencia con las estimaciones del periodo anterior, 1995-2005, en el cálculo del financiamiento de los hogares en salud para las Cuentas Nacionales

²⁵ De acuerdo al Módulo Salud de la Encuesta Nacional de Hogares (Anexo 9), el gasto de bolsillo o gasto directo se identifica a partir de las respuestas a las preguntas 414 a la 417. En la 415 sólo se consideran las categorías “pagado por algún miembro del hogar” y “pagado por algún miembro de otro hogar”. La pregunta 416 ayuda a estimar el monto monetario y la 417, permite ubicar si la compra fue realizada dentro de un establecimiento prestado a consecuencia de una consulta o en otro establecimiento (farmacia-botica, ambulante, bodega). La pregunta 609, ítem 7 permite estimar el gasto en seguros de salud y compra del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

(acápite 3.3.1), no se ha incluido al gasto efectuado por algún miembro de otro hogar. No obstante en el siguiente acápite se presenta dicho cálculo²⁶.

4.2 Estimación del gasto de los hogares en Salud²⁷

Como ha sido indicado en la Matriz metodológica (acápite 2.3), dado que la fuente de información proveniente de la ENAHO es una encuesta sobre el gasto de hogares, se asume que el monto de gasto es igual a su financiamiento. Este informe utiliza como fuente de estimación a las bases de datos de la ENAHO durante el periodo 2004-2012; su información es compatibilizada con datos de registro del MINSa y Regiones (Recursos Directamente Recaudados), de ESSALUD (seguros potestativos o independientes y compra de servicios de parte de no asegurados), de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP y de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). No obstante, se sugiere prestar más atención a las tendencias que a la precisión numérica debido a los posibles sesgos de recordación de las personas en las últimas 4 semanas como a la subestimación del gasto.

De acuerdo a la ENAHO, el financiamiento o gasto de los hogares en salud creció en 113.7% en Nuevos Soles del 2007 en el periodo 2004-2012, compatible con el mayor crecimiento del PBI y la disminución de la pobreza. No obstante, este gasto estuvo conformado mayormente por el gasto de bolsillo entre un 91%- 86% aproximadamente²⁸. En cuanto al gasto efectuado a favor de algún miembro de otro hogar, éste representó entre un 15.7% - 18.7% del gasto de bolsillo del hogar donante. (Cuadro 1, Anexo 10).

²⁶ En cuanto al tipo de gasto, se discrimina según la pregunta 414: consultas, medicinas/insumos, análisis, rayos X, tomografía (imágenes), otros exámenes, servicio dental, servicio oftalmológico, compra de lentes, vacunas, control de niños, anticonceptivos, otros gastos, hospitalizaciones, intervención quirúrgica, control embarazo, atención de parto. De igual manera, se separa el gasto por consulta de servicios de salud en categorías según diversos prestadores (Pregunta 417).

²⁷ Se agradece la participación del Economista Eduardo Jiménez en el procesamiento de la ENAHO.

²⁸ Este porcentaje representa el Total del Gasto de Bolsillo del Hogar con respecto al Total del Gasto de Hogares en las CCNNS sin considerar la donación a otros hogares (Ver anexo 10).

Cuadro 1**Gasto monetario estimado del hogar en servicios de salud. Perú 2004-2012**
(Porcentaje y millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL GASTO DE BOLSILLO EN CCNNS	75.0	75.6	77.8	78.3	78.0	78.5	76.5	76.3	77.2
GASTO DE BOLSILLO DEBIDO A CONSULTA	52.7	51.6	51.5	52.0	54.3	53.9	52.9	52.5	55.1
GASTO DE BOLSILLO SIN CONSULTA	22.2	24.0	26.3	26.4	23.7	24.6	23.5	23.8	22.1
COMPRA DE SEGUROS (PRIMAS) (**)	11.5	12.4	9.7	8.5	8.1	9.2	9.3	9.4	10.0
TOTAL GASTO DE HOGARES EN CCNNS	86.4	88.0	87.4	86.9	86.1	87.7	85.7	85.7	87.3
DONACIÓN DE UN HOGAR A OTROS HOGARES	13.6	12.0	12.6	13.1	13.9	12.3	14.3	14.3	12.7
TOTAL GASTO DE HOGARES (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL GASTO DE HOGARES (millones de Nuevos Soles) (*)	4,893.5	5,136.8	6,547.7	7,683.7	8,936.5	9,344.3	10,253.4	11,287.5	12,134.2
TOTAL GASTO DE HOGARES (millones de Nuevos Soles de 2007) (*)	5,147.9	5,231.8	6,617.8	7,683.7	8,772.6	8,940.4	9,641.3	10,364.2	10,896.1
GASTO DEL HOGAR EN OTROS HOGARES (Como % del gasto de bolsillo del propio hogar)(%)	18.1	15.9	16.1	16.8	17.8	15.7	18.7	18.7	16.5

(*) Incluye la donación de otros hogares.

(**) Incluye Seguros Privados, Autoseguros, y seguros potestativos a EsSalud.

Fuente: Informe de Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría Contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO y compatibilizado con datos de registro del MINSA y Regiones (Ingresos Directamente Recaudados) de EsSalud (seguros potestativos o independientes) de la Superintendencia de Banca y Seguros y Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

La OMS (2010, X, XI) ha señalado los riesgos que implica la dependencia excesiva de los pagos directos en el momento en que la gente necesita asistencia, lo que constituye una barrera para la cobertura universal dado que: (a) se impide que millones de personas reciban asistencia médica cuando la necesitan, y (b) para aquellos que la obtienen, puede dar lugar a una situación económica grave, llegando incluso a

empobrecerse, esto es lo que se denomina "gasto catastrófico"²⁹. Por ello, uno de los objetivos de la actual Reforma de la Salud es lograr el aseguramiento universal con efectividad, de modo que la población sea atendida y el gasto de bolsillo disminuya (Ministerio de Salud-Consejo Nacional de Salud, p.22).

4.3 Destino del pago directo en salud según reporte de enfermedad

Durante el periodo 2004-2012, del 100% del gasto de bolsillo de los hogares en salud, entre el 67.0% y 70.9% fue realizado por quienes reportaron problemas de salud; en cambio, los hogares que declararon no haber tenido estos problemas disminuyeron su participación en el gasto del 17.7% al 14.9% alcanzando un valor máximo de 19.5% en el año 2007, aunque en términos absolutos se incrementó. Al observarse si dentro de este grupo hubo, por lo menos, un miembro con autorreporte de enfermedad crónica, se encuentra que el gasto efectuado por dichos hogares subió del 3.8% al 7.7%. Es posible, por tanto, plantear la hipótesis que a lo largo del tiempo la presencia de enfermedad crónica conocida ha inducido, aunque de manera estadísticamente no consistente, a un mayor gasto en salud. (Cuadro 2, Grafico 1).

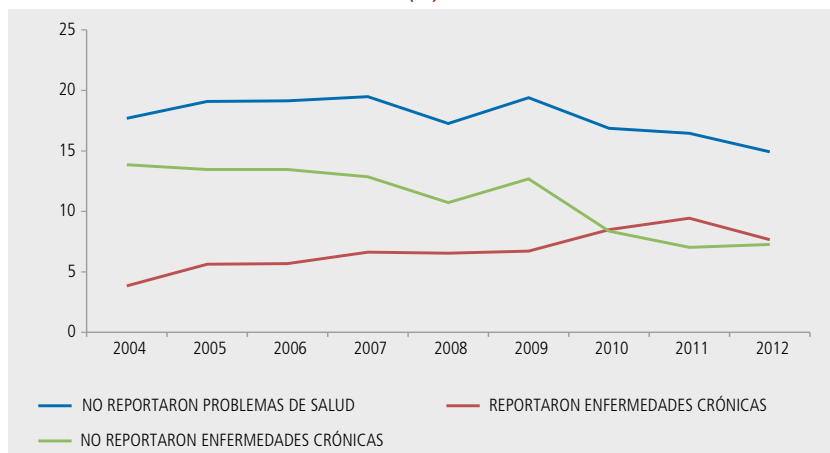
²⁹ Aun disponiendo de algún tipo de seguro médico, puede ser obligatorio contribuir en forma de copagos, coseguros o deducibles, lo que implica montos menores.

Cuadro 2**Gasto de bolsillo estimado de los hogares en salud según reporte de problemas en salud, cronicidad y consulta***(Porcentajes y millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)*

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
REPORTARON PROBLEMAS DE SALUD	67.0	67.2	67.0	66.2	67.6	67.0	67.4	67.8	70.9
CONSULTARON	59.6	58.8	57.0	56.8	59.1	59.4	58.3	58.0	61.3
NO CONSULTARON	7.4	8.3	10.0	9.3	8.5	7.6	9.0	9.8	9.7
NO REPORTARON PROBLEMAS DE SALUD	17.7	19.1	19.1	19.5	17.3	19.4	16.9	16.5	14.9
REPORTARON ENFERMEDADES CRÓNICAS	3.8	5.6	5.7	6.6	6.5	6.7	8.5	9.4	7.7
NO REPORTARON ENFERMEDADES CRÓNICAS	13.9	13.5	13.5	12.9	10.7	12.7	8.4	7.0	7.3
DONACIÓN DE UN HOGAR A OTROS HOGARES	15.3	13.7	13.9	14.3	15.1	13.6	15.7	15.8	14.1
TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL (millones de Nuevos Soles)	4,332.3	4,501.4	5,913.6	7,028.2	8,212.2	8,486.2	9,303.3	10,224.8	10,915.9
TOTAL (millones de Nuevos Soles de 2007)	4,557.6	4,584.7	5,976.9	7,028.2	8,061.6	8,119.4	8,747.9	9,388.4	9,802.2

Fuente: Informe de Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría Contratada por OGPP-MINSA.

Gráfico 1
Reporte de enfermedades crónicas. Perú 2004-2012
 (%)



4.4 Destino del pago directo en salud según prestador y lugar de compra

Durante el periodo 2004-2012, el pago directo que realizan los hogares muestra un incremento en el sector privado, sobretodo en prestadores privados, en detrimento del gasto en prestadores públicos. El gasto en clínicas/consultorios privados subió de 55.1% al 61.7%. La compra directa³⁰ en farmacias/boticas inicialmente tuvo una tendencia creciente entre 2004 y 2006-2007 pasando de 31.4% a 35.3% para luego descender en el 2012 al 29.9%. Asimismo, el gasto en prestadores públicos bajó de 13.5% al 8.3%. (Cuadro 3, Gráfico 2, Anexo 11).

³⁰ Sin mediar consulta institucional.

Cuadro 3

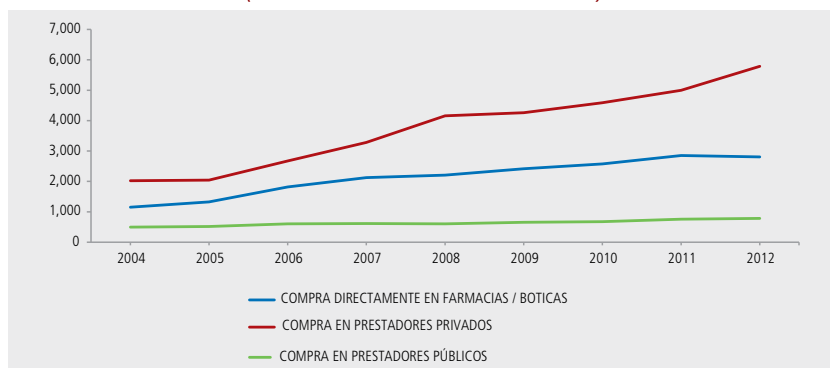
*Gasto directo de los hogares en salud según prestador. Perú 2004-2012
(Porcentajes, millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)*

PRESTADOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
COMPRA DIRECTAMENTE EN FARMACIAS / BOTICAS	31.4	34.2	35.7	35.3	31.7	32.9	32.9	33.1	29.9
COMPRA EN PRESTADORES PRIVADOS	55.1	52.5	52.5	54.5	59.7	58.1	58.5	58.1	61.7
COMPRA EN PRESTADORES PUBLICOS	13.5	13.3	11.8	10.2	8.7	8.9	8.6	8.8	8.3
TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL (millones de Nuevos Soles)	3,668.4	3,883.6	5,091.7	6,019.7	6,969.5	7,332.5	7,839.4	8,611.0	9,372.1
TOTAL (millones de Nuevos Soles constantes de 2007)	3,859.1	3,955.5	5,146.1	6,019.7	6,841.7	7,015.6	7,371.4	7,906.6	8,415.9

Fuente: Informe de Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO 2004-2012.

Gráfico 2

*Gasto directo de hogares en salud según prestador. Perú 2004-2012
(en Millones de Nuevos Soles de 2007)*



Una estimación detallada a través de la ruta que recorren los hogares en el gasto en salud muestra que **la consulta en establecimientos públicos eleva la demanda en el sector privado lo que sugiere que dentro del sector público no se completa el circuito de atención de parte de los pacientes.** (Cuadro 4):

- i. **El gasto en establecimientos del sector público disminuyó de 13.4% al 8.4%³¹. Además de disminuir el peso relativo de la consulta en prestadores MINSAs, una parte importante del gasto que ella implica (como medicamentos, otros insumos, pruebas) se realizó en el ámbito privado (farmacias/boticas y/o prestadores).** En el año 2012, del 15.3% del gasto generado por los hogares debido a consulta en prestadores del MINSAs y Regiones, solo poco más de un tercio se consumió dentro de ellos. El resto del gasto se efectuó en establecimientos privados.
- ii. **Parte de los asegurados a ESSALUD que efectuaron consulta en sus establecimientos, efectuaron gasto fuera de ellos.** Dichas compras ascendieron entre el 4.2% (2004) y el 4.8% (2012) del gasto de los hogares en salud.
- iii. La compra en prestadores privados³² se incrementó de 55.1% (2004) al 61.7% (2012). **Parte del incremento del gasto en prestadores privados fue debido a la compra en privados derivada de la consulta en establecimientos públicos.**

La composición de la compra dentro del MINSAs discriminando aquellos afiliados al SIS de los no afiliados muestra que los primeros participan de manera creciente en los pagos dentro del MINSAs. En el 2004 el pago de los afiliados al SIS representaba alrededor del 10% del total de compra de los hogares en establecimientos MINSAs y Regiones; en el 2012 subió al 34%. El Gráfico 3 detalla el flujo del gasto directo de los hogares en el año 2012.

³¹ Considera la suma de las compras dentro de establecimientos del MINSAs y Regiones; en ESSALUD de parte de no asegurados; consulta y compra dentro de sanidades; y consulta y compra dentro de otros públicos.

³² Considera la suma de las compras fuera del MINSAs y Regiones derivadas de las consultas en el MINSAs y Regiones; las efectuadas fuera de EsSalud de parte de asegurados que consultaron previamente a EsSalud; las compras derivadas de la consulta dentro de clínicas y consultorios privados y las realizadas en farmacias/boticas a partir de consultas dentro de las mismas.

Cuadro 4**Estructura estimada del gasto directo de hogares en servicios de salud según lugar de gasto. Perú 2004-2012***(En porcentajes, millones de Nuevos Soles y millones de Nuevos Soles de 2007)*

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
GASTO DIRECTO DEBIDO A CONSULTA	68.6	65.8	64.3	64.7	68.3	67.1	67.1	66.9	70.1
Compras inducidas desde el sector público	30.2	29.7	26.5	25.5	25.6	24.5	22.6	24.2	22.6
Por consulta en MINSA/Regiones	23.4	21.8	19.0	18.3	19.1	17.1	16.8	17.2	15.3
Compra dentro de establecimientos MINSA y Regiones (*)	10.8	9.8	9.1	7.7	6.2	6.3	6.6	6.5	5.9
Compra dentro del MINSA y Regiones de asegurados SIS	1.1	0.9	1.0	0.9	1.5	2.0	2.6	2.5	2.0
Compra dentro del MINSA y Regiones de no asegurados SIS	9.8	8.9	8.1	6.7	4.7	4.3	4.0	4.0	3.9
Compra fuera del MINSA/Regiones	12.5	12.0	9.9	10.7	12.9	10.9	10.2	10.7	9.4
Por consulta en EsSalud	4.5	4.7	5.1	4.8	4.3	4.9	4.0	4.9	5.0
Compra dentro de EsSalud de los no asegurados	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Compra fuera de EsSalud de parte de asegurados	4.2	4.4	4.8	4.7	4.1	4.7	3.8	4.7	4.8
Por consulta y compra dentro de Sanidades	0.9	0.9	0.8	0.7	0.8	1.0	0.5	0.4	0.9
Por consulta y compra en otros públicos (**)	1.4	2.2	1.7	1.6	1.5	1.5	1.3	1.7	1.4
Compras inducidas desde el sector privado	38.4	36.1	37.8	39.2	42.7	42.5	44.5	42.7	47.5
En consulta en consultorios y clínicas	21.2	19.9	22.7	23.0	25.0	26.0	27.2	24.6	29.2
En Farmacia/Boticas	17.2	16.2	15.1	16.2	17.7	16.5	17.4	18.1	18.3
COMPRAS DIRECTAS SIN CONSULTA	31.4	34.2	35.7	35.3	31.7	32.9	32.9	33.1	29.9
No consultaron (***)	29.7	31.8	33.8	33.7	30.3	31.3	30.8	31.2	28.6
No reportaron problemas de salud (****)	1.8	2.4	1.9	1.6	1.3	1.6	2.1	2.0	1.3
TOTAL ESTIMADO DEL GASTO DIRECTO DE HOGARES (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL ESTIMADO DEL GASTO DIRECTO DE HOGARES (millones de Nuevos Soles)	3,668.4	3,883.6	5,091.7	6,019.7	6,969.5	7,332.5	7,839.4	8,611.0	9,372.1
TOTAL ESTIMADO GASTO DIRECTO DE HOGARES (millones de Nuevos Soles de 2007)	3,859.1	3,955.5	5,146.1	6,019.7	6,841.7	7,015.6	7,371.4	7,906.6	8,415.9

(*) Depuración de Recursos Directamente Recaudados (UFEEES-MINSA).

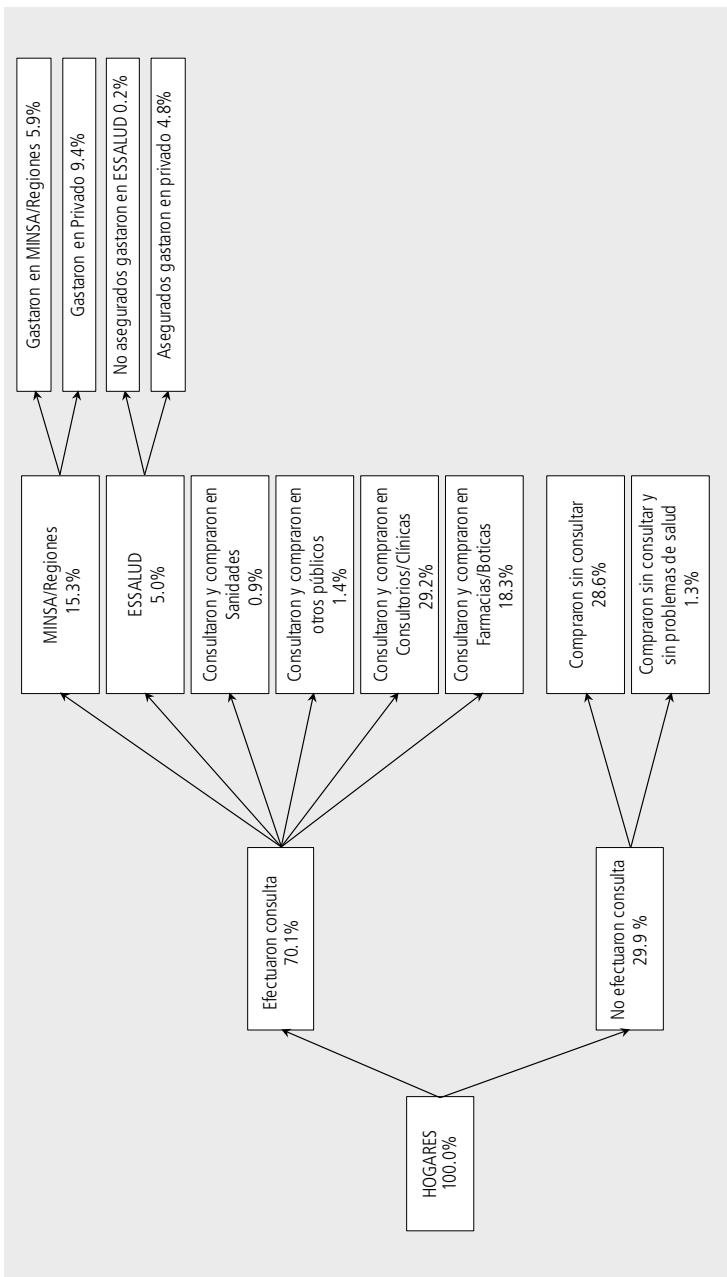
(**) Beneficencias y centros de salud de municipios.

(***) Reportaron problemas de salud, no efectuaron consulta institucional, pero efectuaron compras en servicios de salud. Puede incluir a quienes "consultaron a amigos, vecinos".

(****) No reportaron problemas de salud, pero si efectuaron compras en servicios de salud.

Fuente: Informe de Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría Contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO 2004-2012.

Gráfico 3
Flujo del gasto directo de hogares en salud. Perú 2012
 (respecto del 100% del gasto directo de los hogares)



4.5 Destino del pago directo en salud según tipo de gasto

Durante el periodo 2004-2012, el principal tipo de gasto en salud de los hogares fueron los medicamentos que absorbieron entre el 43% - 47%. Esta información ha sido consistente con el incremento registrado en el mercado farmacéutico peruano (acápite 6.2). El servicio dental ocupó el segundo puesto escalando de 14.3% al 15.8%; continuaron la consulta y hospitalización. (Cuadro 5, Gráfico 4).

Cuadro 5

Gasto de bolsillo estimado de los hogares en servicios de salud según tipo de gasto.

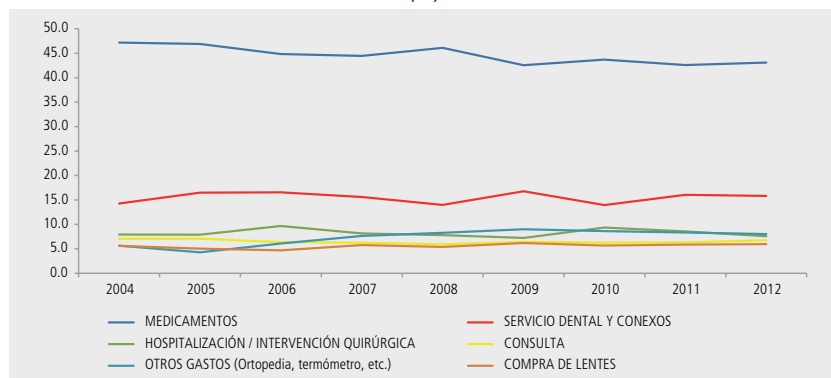
Perú 2004-2012

(Porcentajes y millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CONSULTA	7.1	7.1	6.4	6.2	5.9	6.4	6.3	6.3	6.8
MEDICAMENTOS	47.2	46.9	44.8	44.5	46.1	42.6	43.7	42.6	43.1
ANÁLISIS	4.4	4.6	4.4	4.5	4.3	4.3	4.5	4.0	4.1
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	1.8	3.1	3.1	3.3	3.8	3.2	3.7	3.8	3.8
OTROS EXÁMENES	1.9	0.4	0.7	0.6	0.6	0.6	0.9	1.2	1.5
SERVICIO DENTAL Y CONEXOS	14.3	16.5	16.5	15.6	14.0	16.8	14.0	16.0	15.8
SERVICIO OFTALMOLÓGICO	2.1	1.9	2.0	1.6	1.6	1.4	1.3	1.5	1.3
COMPRA DE LENTES	5.6	5.0	4.7	5.8	5.4	6.2	5.7	5.9	6.0
VACUNAS	1.0	1.1	0.7	0.6	0.7	0.7	0.3	0.3	0.3
CONTROL DE SALUD DE LOS NIÑOS	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.1
ANTICONCEPTIVOS	0.6	0.6	0.4	0.7	0.9	1.0	1.2	0.9	1.1
OTROS GASTOS (Ortopedia, termómetro, etc.)	5.6	4.3	6.1	7.6	8.3	9.0	8.6	8.3	8.0
HOSPITALIZACIÓN / INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	7.9	7.9	9.7	8.2	7.8	7.2	9.4	8.6	7.6
CONTROLES POR EMBARAZO	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
ATENCIÓNES DE PARTO	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3
TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL (millones de Nuevos Soles)	3,668.4	3,883.6	5,091.7	6,019.7	6,969.5	7,332.5	7,839.4	8,611.0	9,372.1
TOTAL (millones de Nuevos Soles de 2007)	3,859.1	3,955.5	5,146.1	6,019.7	6,841.7	7,015.6	7,371.4	7,906.6	8,415.9

Fuente: Informe de Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA.

Gráfico 4
Gasto de bolsillo según tipo de gasto. Perú 2004-2012
 (%)



4.6 Destino del gasto en salud de los hogares según quintil de gasto

En seguimiento al proceso de reforma/modernización sanitaria que implica la estrategia de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) se desagregó el gasto de los hogares según quintiles discriminando la evolución de su gasto en salud con énfasis en los hogares en pobreza relativa (quintiles 1 y 2). En ellos, también se indagó en qué medida la afiliación al SIS constituye un factor de protección financiera.

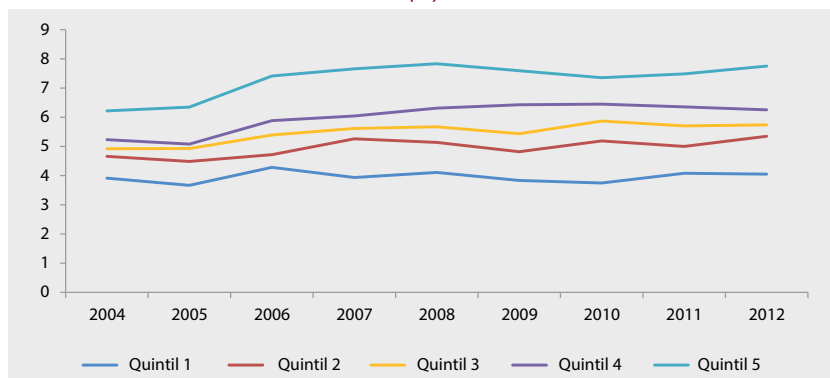
Cuadro 6
Gasto monetario estimado de los hogares en salud como porcentaje del gasto familiar monetario. Perú 2004-2012
 (En porcentajes)

QUINTIL DE GASTO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Quintil 1 (*)	3.9	3.7	4.3	3.9	4.1	3.8	3.7	4.1	4.1
Quintil 2	4.7	4.5	4.7	5.3	5.1	4.8	5.2	5.0	5.4
Quintil 3	4.9	4.9	5.4	5.6	5.7	5.4	5.9	5.7	5.7
Quintil 4	5.2	5.1	5.9	6.0	6.3	6.4	6.5	6.4	6.3
Quintil 5 (**)	6.2	6.3	7.4	7.7	7.8	7.6	7.4	7.5	7.8
Total	5.0	4.9	5.5	5.7	5.8	5.6	5.7	5.7	5.8

(*) Quintil más pobre; (**) quintil menos pobre.

Fuente: Informe de Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA.

Gráfico 5
Gasto de bolsillo en salud dentro del gasto familiar. Perú 2004-2012
 (%)



1. El porcentaje del gasto familiar en salud respecto del gasto total aumentó en promedio del 5.0% (2004) al 5.8% (2012) en un contexto de crecimiento económico. Este porcentaje se incrementó en todos los quintiles, sin embargo los que presentaron un menor aumento en gasto familiar fueron los quintiles 1 y 2 con 0.14 y 0.69 puntos porcentuales respectivamente. (Cuadro 6, Gráfico 5).

4.7 Efecto protector del SIS en la población en pobreza relativa afiliada al SIS

Comparando al interior de la población en pobreza relativa entre la afiliada al SIS y la que no cuenta con algún seguro de salud, se observa un efecto protector que se traduce en un **menor gasto realizado en establecimientos MINSA y Regiones de parte de los afiliados SIS versus los que no tienen ningún tipo de seguro. No obstante, este efecto protector se acorta a lo largo del periodo 2004-2012 para ambos quintiles**³³ sobre todo en el ámbito rural, afectándose más el quintil 1, el de mayor pobreza. A nivel nacional en el quintil 1 la probabilidad de gasto de un no asegurado versus el que cuenta con seguro SIS disminuye de 11.6 a 3.5 veces, mientras que en el segundo quintil desciende de 5.6 a 2.3 veces. En el ámbito urbano la relación disminuye de 8.1 a 3.9 (quintil 1) y de 5.4 a 2.1 veces (quintil 2). En el medio rural la disminución de la relación entre el gasto de un no asegurado versus quien tiene seguro SIS es la más grave para el quintil 1 del 13.2 a 2.7 veces (Cuadro 7a y 7b, Gráficos 6a y 6b).

³³ Referido por Petrera (2012, p. 55-57).

Cuadro 7a
Gasto personal de bolsillo en la atención de afiliados SIS y personas en pobreza sin ningún seguro en establecimientos del MINSA y Regiones. Perú 2004-2012
 (Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)

QUINTIL DE GASTO	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG
1	14.2	165.4	14.3	154.4	19.9	163.4	19.7	180.5	43.5	210.4	46.7	275.5	54.2	286.5	66.0	227.7	69.8	245.9
2	51.7	288.0	50.5	317.3	56.4	286.7	76.3	356.7	130.8	427.1	144.7	471.1	151.2	416.1	191.7	470.7	192.3	443.5
Quintil 1 (Nuevos Soles 2007)	15.0	174.1	14.5	157.2	20.1	165.1	19.7	180.5	42.7	206.5	44.7	263.6	50.9	269.4	60.6	209.1	62.6	220.8
Quintil 2 (Nuevos Soles 2007)	54.4	302.9	51.4	323.2	57.0	289.8	76.3	356.7	128.4	419.3	138.4	450.7	142.2	391.2	176.0	432.2	172.7	398.2
Quintil 1: NO SEG/SIS	11.6	10.8	10.8	8.2	8.2	9.2	9.2	4.8	4.8	5.9	5.9	5.3	5.3	3.4	3.4	3.5	3.5	3.5
Quintil 2: NO SEG/SIS	5.6	6.3	6.3	5.1	5.1	4.7	4.7	3.3	3.3	3.3	3.3	2.8	2.8	2.5	2.5	2.3	2.3	2.3

Fuente: Informe de gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA.

Cuadro 7b
Gasto personal de bolsillo en la atención de afiliados SIS y personas en pobreza sin ningún seguro en establecimientos del MINSA y Regiones según ámbito. Perú 2004-2012
 (Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)

QUINTIL DE GASTO	URBANO																	
	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG
1	21.0	170.7	26.6	178.8	42.8	232.0	27.8	274.6	78.0	240.4	84.4	411.4	68.2	382.4	96.9	280.4	88.0	344.1
2	58.5	314.3	62.2	352.9	77.9	305.1	92.3	400.4	134.0	451.3	163.9	528.6	186.6	423.2	230.9	438.8	215.2	452.5
Quintil 1 (Nuevos Soles 2007)	22.1	179.6	27.1	182.2	43.3	234.5	27.8	274.6	76.5	236.0	80.7	393.7	64.1	359.6	89.0	257.5	79.0	309.0
Quintil 2 (Nuevos Soles 2007)	61.5	330.7	63.4	359.4	78.7	308.3	92.3	400.4	131.5	443.0	156.8	505.8	175.5	397.9	212.0	402.9	193.2	406.3
Quintil 1: NO SEG/SIS	8.1		6.7		5.4		9.9		3.1		4.9		5.6		2.9		3.9	
Quintil 2: NO SEG/SIS	5.4		5.7		3.9		4.3		3.4		3.2		2.3		1.9		2.1	
QUINTIL DE GASTO	RURAL																	
	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG	SIS	NO SEG
1	12.4	164.2	11.7	148.9	14.9	145.6	18.3	161.5	36.7	203.2	38.9	233.4	50.9	231.2	59.3	201.4	65.4	175.5
2	44.6	259.7	38.9	276.6	35.0	270.0	60.7	312.2	127.8	390.6	124.6	331.4	119.6	395.9	155.0	584.7	168.1	417.4
Quintil 1 (Nuevos Soles 2007)	13.1	172.8	12.0	151.7	15.0	147.2	18.3	161.5	36.0	199.5	37.2	223.3	47.9	217.4	54.4	184.9	58.8	157.6
Quintil 2 (Nuevos Soles 2007)	46.9	273.2	39.6	281.7	35.4	272.9	60.7	312.2	125.5	383.4	119.2	317.1	112.5	372.3	142.3	536.9	150.9	374.8
Quintil 1: NO SEG/SIS	13.2		12.7		9.8		8.8		5.5		6.0		4.5		3.4		2.7	
Quintil 2: NO SEG/SIS	5.8		7.1		7.7		5.1		3.1		2.7		3.3		3.8		2.5	

Fuente: Informe de Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA.

Gráfico 6a

Gasto personal de bolsillo en la atención de afiliados SIS y personas en pobreza sin ningún seguro en establecimientos del MINSA y Regiones del ámbito urbano (Quintiles 1 y 2 con SIS y sin Seguro)

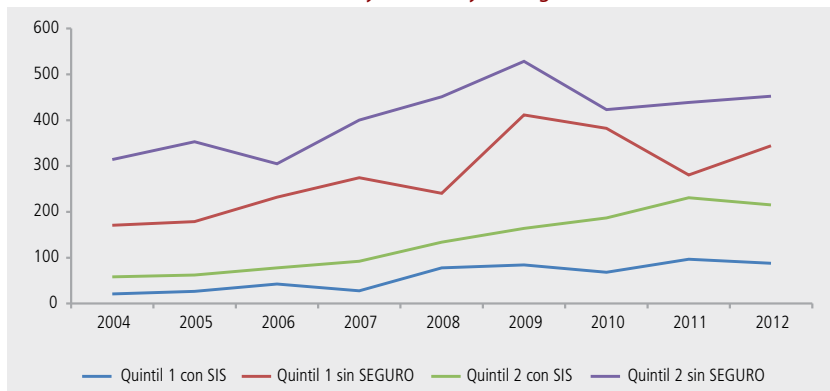
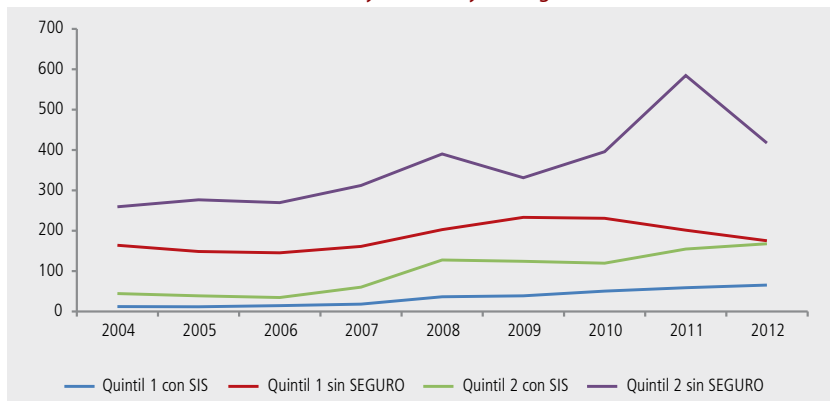


Gráfico 6b

Gasto personal de bolsillo en la atención de afiliados SIS y personas en pobreza sin ningún seguro en establecimientos del MINSA y Regiones del ámbito rural (Quintiles 1 y 2 con SIS y sin Seguro)



5. Aseguramiento y utilización de servicios de salud

5.1 Aseguramiento³⁴

La tendencia del aseguramiento en salud ha estado marcada por la evolución de la afiliación al SIS. Entre los años 1995-2012, la población con seguro de salud creció de 24.4% al 61.8%, es decir 5.7 a 19.0 millones de personas. El porcentaje de población nacional afiliada SIS ascendió de 14.9% al 36.3% entre 2004-2010, disminuyendo posteriormente hasta el 31.4% (2012). Pese a la tendencia creciente del aseguramiento por ESSALUD³⁵, este ascenso no pudo frenar la disminución de 64.3% al 61.8% de la población nacional que cuenta con un seguro de salud entre el 2011 y 2012. (Cuadro 1 y Gráfico 1).

³⁴ La información consignada se refiere solo al periodo 2004-2012 y proviene del procesamiento de la ENAHO. Teniendo en cuenta los cambios metodológicos producidos en la encuesta, no es posible presentar información con anterioridad al año 2004. Se agradece la participación del economista Eduardo Jiménez en el procesamiento de la ENAHO.

³⁵ En correspondencia con el mayor número de afiliados y un incremento en las remuneraciones, sin variación de la tasa de aporte, en el periodo 2004-2012 se incrementaron los ingresos por aportes a ESSALUD en 100.7% y sus gastos en salud en 81.2%, ambos en millones de nuevos soles de 2007. (Ver Cuadros 3 y 8 del Capítulo 3).

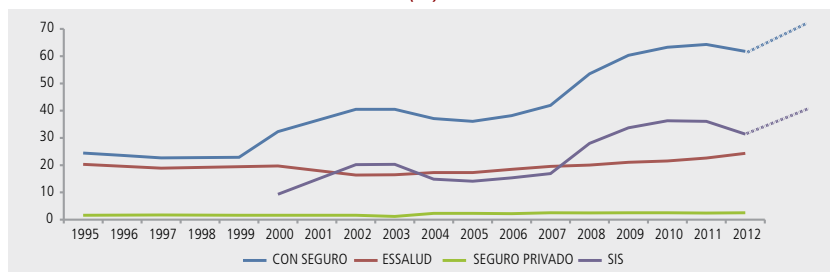
Cuadro 1
Tendencias de aseguramiento en salud. Perú 1995-2012
 (Porcentaje y millones de personas)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO																			
CON SEGURO	24.4	23.6	22.7	22.8	22.9	32.3	36.4	40.5	40.5	37.1	36.1	38.2	42.0	53.5	60.3	63.3	64.3	61.8	
ESSALUD	20.3	19.6	18.9	19.2	19.4	19.7	18.1	16.4	16.5	17.3	17.3	18.5	19.5	20.0	21.1	21.5	22.6	24.3	
ESSALUD Y SEGURO PRIVADO	0.8	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4	0.5	0.5	0.7	0.9	0.6	0.6	1.0	1.2	1.2	1.2	1.3	1.6	
SEGURO PRIVADO (*)	1.6	1.7	1.7	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.2	2.3	2.3	2.2	2.5	2.5	2.5	2.6	2.4	2.5	
FUERZAS ARMADAS Y POLICIALES	1.7	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.6	1.8	1.9	1.7	1.8	1.5	1.9	1.8	1.8	1.7	1.9	1.9	
SEGURO INTEGRAL DE SALUD (**)						9.3	14.8	20.2	20.3	14.9	14.1	15.3	16.9	28.0	33.7	36.3	36.1	31.4	
SIN SEGURO	75.6	76.4	77.3	77.2	77.1	67.7	63.6	59.5	59.5	62.9	63.9	61.8	58.0	46.5	39.7	36.7	35.7	38.2	
TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
POBLACIÓN NACIONAL (millones)	23.3	23.8	24.3	24.8	25.2	25.7	26.3	26.9	27.3	27.7	27.6	28.4	28.8	29.3	29.6	29.9	30.2	30.8	

(*) Seguro privado, EPS, seguro escolar privado, seguro universitario.

(**) 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.
 Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO 2004-2012.

Gráfico 1
Aseguramiento en salud. Perú 1995-2012
 (%)



5.2 Focalización del Seguro Integral de Salud

Siendo de particular interés la afiliación al SIS, se aprecia a nivel nacional (Cuadro 2a):

- i. **La estructura porcentual del total de afiliados al SIS según quintiles de gasto muestra una mayor participación de la población en pobreza relativa (quintiles 1 y 2) entre el periodo 2004-2008 para luego descender ligeramente hasta el 2011 y recuperarse en el 2012 con el 70.6%. Como contraparte, la participación de los quintiles 4 y 5 disminuyó al 13.0% (2012).**
- ii. **No obstante, se observa un descenso en el total de afiliados SIS, de 2011 al 2012, de 11.0 a 9.7 millones de personas, habiendo disminuido el número total de afiliados en pobreza relativa de 7.6 a 6.8 millones de personas entre dichos años.**
- iii. **La disminución en la afiliación al SIS en los años 2011 y 2012, está asociada a la aplicación de la Ficha Socioeconómica Única del Sistema de Focalización de Hogares (FSU-SISFOH) por lo que el MINSA planteó su revisión mediante la Propuesta de mandato de política 3.1 Redefinición de la población objetivo al régimen subsidiado sobre la base de criterios de vulnerabilidad y geográficos que trasciendan la dimensión de pobreza (Ministerio de Salud-Consejo Nacional de Salud 2013, p.79)³⁶.**

³⁶ En el año 2013, y a solicitud del SIS, aumentó la flexibilidad en la ficha FSU-SISFOH gracias a la introducción de mecanismos de recalificación de los hogares. Además el SIS retomó la focalización geográfica en zonas de pobreza extrema.

Cuadro 2a
Composición de afiliados al SIS según quintil de gasto. Perú 2004-2012
 (Miles y Porcentaje)

QUINTIL DE GASTO	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)
1*	1,538	36.7	1,534	39.0	1,861	42.3	2,251	45.8	3,551	43.0	4,217	42.2	4,501	41.3	4,552	41.4	4,178	43.1
2	1,186	28.3	1,197	30.5	1,316	29.9	1,405	28.6	2,410	29.2	2,912	29.1	3,085	28.3	3,074	27.9	2,669	27.5
3	784	18.7	686	17.5	746	16.9	794	16.2	1,367	16.5	1,709	17.1	1,858	17.0	1,883	17.1	1,600	16.5
4	506	12.1	381	9.7	382	8.7	356	7.2	712	8.6	888	8.9	1,098	10.1	1,013	9.2	893	9.2
5**	171	4.1	131	3.3	97	2.2	104	2.1	228	2.8	314	3.1	382	3.5	429	3.9	364	3.7
TOTAL SIS	4,186	100.0	3,929	100.0	4,402	100.0	4,910	100.0	8,269	100.0	10,000	100.0	10,900	100.0	11,000	100.0	9,703	100.0

*Quintil más pobre; **quintil menos pobre.

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGGP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO.

La descomposición por ámbitos urbano-rural presenta las siguientes características en el periodo 2004-2012 (Cuadro 2b):

- i. **La participación de la población en pobreza relativa (quintiles 1 y 2) fue mayor en el ámbito rural que en el urbano.** Mientras que en el primero se mantuvo en el 89% - 90% en el periodo 2004-2008, en el medio urbano su participación fue mucho menor, aunque con tendencia ascendente de 41.7% (2004) al 49.9% (2012). Como contraparte, la participación de los quintiles 4 y 5 se mantuvo alrededor del 3% en el ámbito rural y disminuyó en el urbano de 29.1% (2004) al 23.9% (2012).
- ii. Si bien se incrementó el total de afiliados SIS en pobreza relativa de 0.9 a 2.3 millones de personas en el medio urbano y de 1.8 a 4.6 en el rural, entre los años 2010 y 2012 ocurrió una disminución de 2.6 a 2.3 millones de personas en pobreza relativa en el medio urbano y de 5.0 a 4.6 millones en el rural, lo que es coherente con el resultado a nivel nacional anteriormente comentado.

Cuadro 2b
Composición de afiliados al SIS por área según quintil de gasto. Perú 2004-2012
 (Miles y Porcentaje)

QUINTIL DE GASTO		URBANO										RURAL									
		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012			
	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)			
1*	295	13.8	252	13.5	316	15.5	369	17.3	598	15.9	766	15.9	918	17.1	897	17.0	822	17.9			
2	597	27.9	603	32.4	688	33.7	717	33.7	1,274	33.8	1,602	33.3	1,685	31.4	1,674	31.7	1,462	31.9			
3	624	29.2	531	28.5	593	29.1	639	30.0	1,057	28.1	1,361	28.3	1,441	26.9	1,440	27.2	1,203	26.3			
4	464	21.7	352	18.9	353	17.3	309	14.5	627	16.6	792	16.4	969	18.1	883	16.7	766	16.7			
5**	158	7.4	125	6.7	91	4.4	95	4.5	210	5.6	294	6.1	353	6.6	391	7.4	326	7.1			
Total	2,138	100.0	1,863	100.0	2,041	100.0	2,129	100.0	3,765	100.0	4,815	100.0	5,367	100.0	5,285	100.0	4,579	100.0			
QUINTIL DE GASTO		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012			
		(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)		
1*	1,243	60.7	1,281	62.0	1,544	65.4	1,882	67.7	2,954	65.6	3,451	66.1	3,583	64.5	3,656	64.5	3,357	65.5			
2	590	28.8	594	28.8	628	26.6	688	24.7	1,137	25.2	1,310	25.1	1,400	25.2	1,399	24.7	1,207	23.5			
3	160	7.8	155	7.5	152	6.4	155	5.6	310	6.9	348	6.7	417	7.5	443	7.8	397	7.7			
4	42	2.0	29	1.4	29	1.2	47	1.7	85	1.9	96	1.8	128	2.3	129	2.3	127	2.5			
5**	13	0.6	6	0.3	7	0.3	9	0.3	18	0.4	20	0.4	29	0.5	38	0.7	37	0.7			
Total	2,048	100.0	2,065	100.0	2,361	100.0	2,781	100.0	4,504	100.0	5,224	100.0	5,556	100.0	5,665	100.0	5,124	100.0			

* Quintil más pobre ** Quintil menos pobre.

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO.

Gráfico 2a

Evolución de la población urbana afiliada al SIS según quintil de gasto. Perú 2004-2012 (en miles de personas)

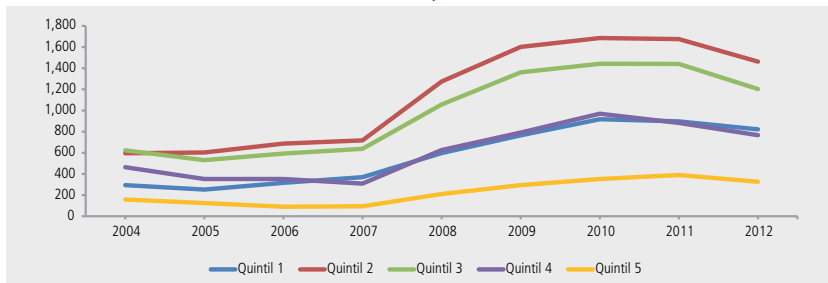
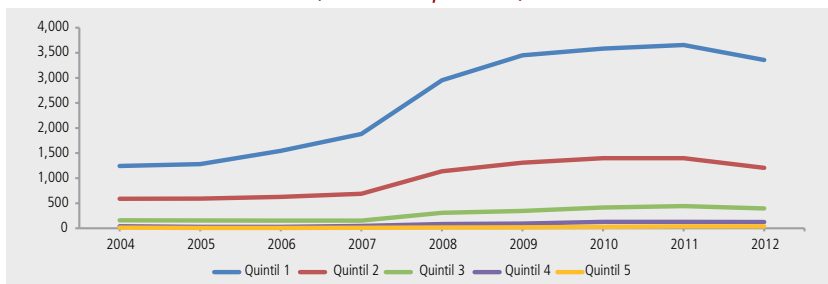


Gráfico 2b

Evolución de la población rural afiliada al SIS según quintil de gasto. Perú 2004-2012 (en miles de personas)



Dentro de la población en pobreza relativa aún existe subcobertura en la afiliación al SIS, lo que constituye un importante reto. Si bien entre los años 2004-2012 se incrementó el porcentaje de dicha población afiliada al SIS de 27.9% al 68.2% en el quintil 1 y de 21.6% al 43.5% en el quintil 2 existe todavía un importante margen de incorporación. (Cuadro 3 y Anexo 12).

Cuadro 3

*Focalización: afiliación al SIS según quintil de gasto. Perú, 2004-2012
(Porcentajes)*

	QUINTIL DE GASTO	SIS	NO SEGURO
2004	1	27.9	70.7
	2	21.6	71.7
	Total personas (miles)	4,186	17,426
2005	1	27.6	71.1
	2	21.7	71.4
	Total personas (miles)	3,929	17,645
2006	1	33.0	65.7
	2	23.3	69.2
	Total personas (miles)	4,402	17,576
2007	1	39.4	58.8
	2	24.5	67.3
	Total personas (miles)	4,910	16,731
2008	1	61.0	37.4
	2	41.4	49.3
	Total personas (miles)	8,269	13,624
2009	1	71.7	26.5
	2	49.4	40.3
	Total personas (miles)	10,039	11,752
2010	1	75.7	22.1
	2	51.7	36.6
	Total personas (miles)	10,923	10,982
2011	1	75.8	21.1
	2	51.0	36.8
	Total personas (miles)	10,950	10,780
2012	1	68.2	28.8
	2	43.5	42.0
	Total personas (miles)	9,703	11,764

SIS: Población afiliada al SIS del quintil correspondiente.

NO SEGURO: Población sin seguro de salud del quintil correspondiente.

Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO.

Fuente: Actualización de Petrerá (2012).

5.3 Utilización y no utilización de servicios de salud

El porcentaje de población nacional que autorreporta problemas de salud³⁷ muestra una tendencia ascendente de 51.3% (2004) a 61.5% (2012), la que podría estar asociada a mejoras en el nivel de percepción. Asimismo, **la utilización de servicios de salud de parte de dicha población mostró una tendencia creciente de 58.3% al 63.1%** durante el periodo 2004-2012 (Cuadro 4a y Gráfico 3). Esta ha estado liderada por el sector privado a través de consultorios/clínicas y la consulta directa efectuada en farmacias/boticas. Si bien la consulta a establecimientos del MINSA y Regiones (nivel nacional) ocupó el primer lugar a lo largo de todo el periodo y también mostró una tendencia creciente en números absolutos, su participación relativa presentó una ligera tendencia descendente (de 18.5% al 16.1%) lo que contrasta con el aumento progresivo observado en el gasto (acápite 3.5).

³⁷ Síntomas o malestar, enfermedad (tal como tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas), recaída de enfermedad crónica, o accidente en las últimas 4 semanas previas a la encuesta. (Pregunta 402, ENAHO).

Cuadro 4a**Utilización de los servicios de salud. Perú, 2004-2012***(Del total de la población que autorreportó enfermedad o malestar en las últimas 4 semanas)*

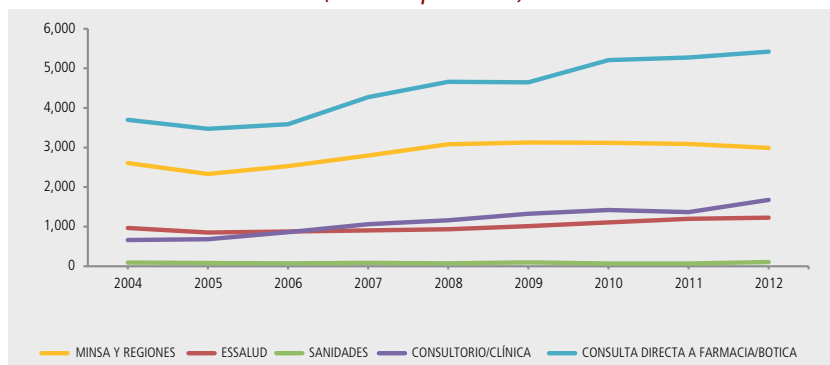
Lugar de Atención (en miles de personas)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Consultó	8,209.1	7,624.7	8,113.3	9,351.6	10,152.3	10,463.1	11,228.0	11,293.5	11,686.5
Sector Público	3,666.7	3,261.3	3,480.1	3,787.9	4,090.0	4,237.2	4,298.9	4,356.8	4,324.7
MINSA y Regiones	2,605.7	2,329.4	2,528.3	2,796.6	3,080.6	3,128.7	3,120.4	3,091.1	2,988.7
EsSalud	968.6	852.2	878.4	906.6	935.8	1,012.4	1,108.1	1,198.3	1,228.4
Sanidades	92.4	79.6	73.4	84.7	73.6	96.1	70.5	67.4	107.5
Sector Privado	4,512.9	4,325.6	4,591.9	5,516.1	6,018.0	6,175.2	6,875.9	6,878.7	7,299.0
Privado	662.0	681.9	861.0	1,063.4	1,161.3	1,324.6	1,422.2	1,368.5	1,677.3
Farmacias y Boticas (*)	3,700.0	3,471.0	3,588.5	4,271.6	4,658.0	4,645.6	5,206.5	5,274.1	5,423.0
No institucional (**)	150.8	172.7	142.4	181.1	198.6	205.1	247.3	236.1	198.7
Consultó a más de uno	29.6	37.8	41.4	47.6	44.3	50.7	53.2	58.1	62.8
No consultó	5,872.3	6,093.1	6,679.7	6,707.0	6,463.5	6,270.5	6,706.4	6,977.7	6,835.6
POBLACIÓN NACIONAL QUE AUTORREPORTA (miles)	14,081.4	13,717.8	14,793.0	16,058.6	16,615.8	16,733.6	17,934.4	18,271.2	18,522.1
Lugar de Atención (en porcentaje)									
Consultó	58.3	55.6	54.8	58.2	61.1	62.5	62.6	61.8	63.1
Sector Público	26.0	23.8	23.5	23.6	24.6	25.3	24.0	23.8	23.3
MINSA y Regiones	18.5	17.0	17.1	17.4	18.5	18.7	17.4	16.9	16.1
EsSalud	6.9	6.2	5.9	5.6	5.6	6.1	6.2	6.6	6.6
Sanidades	0.7	0.6	0.5	0.5	0.4	0.6	0.4	0.4	0.6
Sector Privado	32.0	31.5	31.0	34.4	36.2	36.9	38.3	37.6	39.4
Privado	4.7	5.0	5.8	6.6	7.0	7.9	7.9	7.5	9.1
Farmacias y Boticas (*)	26.3	25.3	24.3	26.6	28.0	27.8	29.0	28.9	29.3
No institucional (**)	1.1	1.3	1.0	1.1	1.2	1.2	1.4	1.3	1.1
Consultó a más de uno	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
No consultó	41.7	44.4	45.2	41.8	38.9	37.5	37.4	38.2	36.9
Total /Porcentaje)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
POBLACIÓN NACIONAL QUE AUTORREPORTA (miles)	14,081.4	13,717.8	14,793.0	16,058.6	16,615.8	16,733.6	17,934.4	18,271.2	18,522.1
POBLACIÓN QUE AUTORREPORTA (% de población nacional)	51.3	49.3	52.5	56.4	57.7	57.4	60.9	61.3	61.5

(*) Consulta directa en farmacia/botica.

(**) Consulta no institucional (curanderos, domicilio, hierberos).

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO.

Gráfico 3
Utilización de servicios de salud según prestador. Perú 2004-2012
 (Miles de personas)



Desagregando la utilización de servicios de salud según quintiles con énfasis en la población en pobreza relativa, surgen 3 preguntas para explorar el periodo 2004-2012:

i. ¿Hubo una recomposición de los atendidos por quintil en cada prestador?

Todos los prestadores presentaron una tendencia al incremento de la atención de la población en pobreza relativa, lo que ha estado asociado al contexto económico expansivo acompañado del incremento de ingresos y, específicamente, a la política del MINSA de mayor focalización en dicha población. En los establecimientos del MINSA y Regiones, la población atendida en pobreza relativa pasó del 45.0% al 54.2%, mientras que los quintiles 4 y 5 bajaron de 32.0% al 26.4%. Similar tendencia, aunque con menor intensidad, se dio en ESSALUD: la población en pobreza relativa subió de 6.7% al 11.3% sobre todo en el segundo quintil, mientras que en los quintiles 4 y 5 bajó de 75.5% al 69.1%. ESSALUD siguió concentrado en las personas con mayor nivel de ingreso, debido a su concepción basada en la PEA asalariada declarada en planilla. Incluso la atención privada en consultorios y clínicas incrementó la atención de la población en pobreza relativa de 9.9% al 15.1% principalmente en el segundo quintil, disminuyendo así la participación de los quintiles 4 y 5 de 72.4% al 67.2%³⁸. En cuanto a las farmacias y boticas, su estructura se mantuvo bastante estable: la población en pobreza relativa representó alrededor de un tercio, de 31.3% (2004) al 33.4% (2012), mientras que los quintiles 4 y 5 bajaron ligeramente de 46.5% (2004) al 43.5% (2012). (Cuadro 4b, Gráfico 4 y Anexo 13).

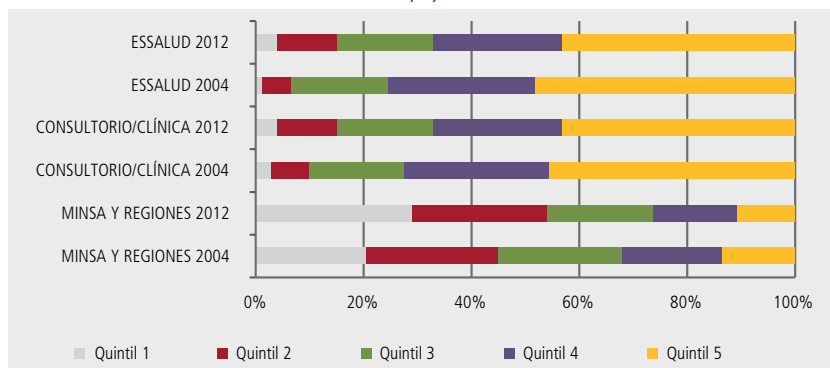
³⁸ Se debe precisar que el total de la población del Cuadro 4b, referido a la utilización de servicios de salud en principales prestadores (totaliza 100% para cada prestador), difiere del presentado en el Cuadro 4a que reporta la utilización de servicios respecto del 100% de la población que declara tener problemas en salud.

Cuadro 4b**Utilización de los servicios de salud según principales prestadores y quintil de gasto.
Perú, 2004-2012***(Del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar en las últimas 4 semanas)*

PRESTADOR	QUINTIL DE GASTO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MINSYA REGIONES	1	20.4	21.4	23.1	26.0	27.4	27.1	27.7	28.3	29.0
	2	24.6	24.8	25.1	25.1	25.8	25.7	25.4	24.6	25.2
	3	22.9	23.0	21.7	20.8	19.9	20.2	20.4	19.4	19.5
	4	18.6	18.8	18.1	17.6	16.5	16.8	16.3	16.6	15.8
	5	13.4	12.0	12.0	10.5	10.4	10.2	10.2	11.1	10.6
TOTAL (%)		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL PERSONAS (MILES)		2,605.7	2,329.4	2,528.3	2,796.6	3,080.6	3,128.7	3,120.4	3,091.1	2,988.7
ESSALUD	1	1.2	0.9	0.7	0.8	0.7	1.1	0.9	1.5	1.5
	2	5.5	5.0	5.8	7.7	6.5	6.5	8.9	8.8	9.8
	3	17.9	16.7	18.3	16.3	18.3	19.9	18.8	21.6	19.6
	4	27.3	30.0	30.1	31.2	32.4	32.0	30.5	29.0	31.1
	5	48.2	47.4	45.1	44.0	42.1	40.5	40.9	39.0	38.0
TOTAL (%)		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL PERSONAS (MILES)		968.6	852.2	878.4	906.6	935.8	1,012.4	1,108.1	1,198.3	1,228.4
CLÍNICA/ CONSULTO- RIO	1	2.8	2.7	3.3	2.7	2.9	3.3	2.8	3.4	3.9
	2	7.1	8.4	9.3	9.0	8.7	9.2	9.2	10.6	11.2
	3	17.6	15.6	14.5	17.4	16.5	16.3	18.1	15.4	17.7
	4	26.9	23.4	23.1	25.8	26.4	25.1	26.3	26.3	24.1
	5	45.5	50.0	49.8	45.2	45.4	46.1	43.6	44.2	43.1
TOTAL (%)		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL PERSONAS (MILES)		662.0	681.9	861.0	1,063.4	1,161.3	1,324.6	1,422.2	1,368.5	1,677.3
FARMACIA /BOTICA	1	11.5	11.6	12.2	11.0	11.5	11.0	11.4	12.1	12.6
	2	19.8	19.3	20.7	20.9	20.1	19.4	20.3	21.0	20.8
	3	22.2	22.8	24.8	23.7	23.8	24.3	23.5	22.6	22.9
	4	25.2	24.6	22.5	23.7	23.0	23.7	24.8	23.4	24.0
	5	21.3	21.8	19.9	20.7	21.6	21.5	20.0	20.8	19.7
TOTAL (%)		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL PERSONAS (MILES)		3,700.0	3,471.0	3,588.5	4,271.6	4,658.0	4,645.6	5,206.5	5,274.1	5,423.0

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO.

Gráfico 4
Utilización de servicios de salud según prestador. Perú 2004-2012
 (%)



ii. ¿Dónde acude la población que autorreporta problemas de salud según quintil de gasto?

En el periodo 2004-2012 y enfocándose en el 100% de la población que autorreporta problemas de salud, se observa que se mantiene la tendencia en el quintil 1: un tercio (33%-34%) acudió al MINSA y Regiones, seguido de alrededor de una cuarta parte que realizó consulta directa en farmacia/botica y un porcentaje de no consulta que se mantuvo entre el 35%-36%. En el quintil 2 la consulta al MINSA y Regiones disminuyó del 30.8% al 24.2%, incrementándose la consulta privada de 2.3% al 6.1%, mientras la no consulta se conservó alrededor del 28%. Los quintiles 4 y 5 disminuyeron su consulta al MINSA y Regiones de 19.4% y 13.6% (2004) al 13.6% y 8.9% (2012) respectivamente, y la incrementaron hacia el prestador privado de 7.1% y 11.7% (2004) al 11.6% y 20.4% (2012) respectivamente. (Cuadro 4c, Gráficos 5a, 5b, Anexo 14).

Cuadro 4c

*Utilización de servicios de salud según quintil de gasto y prestador. Perú, 2004-2012
(Del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según quintil)*

QUINTIL DE GASTO	PRESTADOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	MINSA Y REGIONES	33.9	31.9	35.2	39.2	37.4	36.0	35.9	35.0	33.0
	ESSALUD	0.7	0.5	0.4	0.4	0.3	0.5	0.4	0.7	0.7
	CONSULTORIO/CLÍNICA	1.2	1.2	1.7	1.5	1.5	1.9	1.7	1.9	2.5
	FARMACIA/BOTICA	27.1	25.8	26.3	25.2	23.8	21.7	24.7	25.4	26.0
	OTROS	2.5	1.8	1.8	1.9	2.1	1.8	1.9	1.4	1.4
	NO CONSULTÓ	34.6	38.8	34.6	31.8	34.9	38.1	35.5	35.5	36.4
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2	MINSA Y REGIONES	30.8	29.0	29.2	27.8	29.4	29.5	26.7	25.0	24.2
	ESSALUD	2.6	2.1	2.3	2.8	2.2	2.4	3.3	3.5	3.9
	CONSULTORIO/CLÍNICA	2.3	2.9	3.7	3.8	3.8	4.5	4.4	4.8	6.1
	FARMACIA/BOTICA	35.2	33.7	34.0	35.2	34.6	32.9	35.5	36.3	36.1
	OTROS	1.6	1.9	1.2	1.6	1.7	1.6	1.5	1.7	1.3
	NO CONSULTÓ	27.5	30.4	29.6	28.8	28.3	29.3	28.5	28.7	28.4
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
3	MINSA Y REGIONES	26.1	23.8	22.0	21.1	21.4	21.1	19.6	18.4	17.9
	ESSALUD	7.6	6.3	6.5	5.4	6.0	6.7	6.4	8.0	7.4
	CONSULTORIO/CLÍNICA	5.1	4.7	5.0	6.7	6.7	7.2	7.9	6.5	9.1
	FARMACIA/BOTICA	35.9	35.1	35.6	36.7	38.6	37.4	37.4	36.4	37.9
	OTROS	1.5	1.8	1.2	1.5	1.4	2.1	1.9	2.2	1.8
	NO CONSULTÓ	23.9	28.3	29.7	28.7	25.9	25.5	26.7	28.5	26.0
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
4	MINSA Y REGIONES	19.4	18.6	17.8	17.1	17.2	16.9	15.0	15.0	13.6
	ESSALUD	10.6	10.9	10.3	9.8	10.2	10.4	9.9	10.1	11.0
	CONSULTORIO/CLÍNICA	7.1	6.8	7.7	9.5	10.4	10.7	11.0	10.5	11.6
	FARMACIA/BOTICA	37.2	36.1	31.4	35.1	35.8	35.2	37.6	35.8	37.0
	OTROS	2.3	2.3	2.0	2.5	2.7	2.6	3.0	2.4	2.5
	NO CONSULTÓ	23.3	25.4	30.7	25.9	23.7	24.2	23.4	26.1	24.3
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
5	MINSA Y REGIONES	13.6	11.2	11.3	10.1	10.5	10.2	9.5	9.7	8.9
	ESSALUD	18.1	16.1	14.7	13.7	13.0	13.2	13.6	13.3	13.2
	CONSULTORIO/CLÍNICA	11.7	13.6	16.0	16.5	17.3	19.6	18.6	17.2	20.4
	FARMACIA/BOTICA	30.6	30.0	26.5	30.2	33.0	31.8	30.7	30.9	29.7
	OTROS	4.4	5.4	4.6	4.6	3.9	5.0	4.6	4.4	5.3
	NO CONSULTÓ	21.6	23.6	26.9	24.7	22.3	20.1	23.0	24.5	22.6
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO.

Gráfico 5a
Utilización de servicios de salud del quintil 1 según prestador. Perú 2004-2012
 (%)

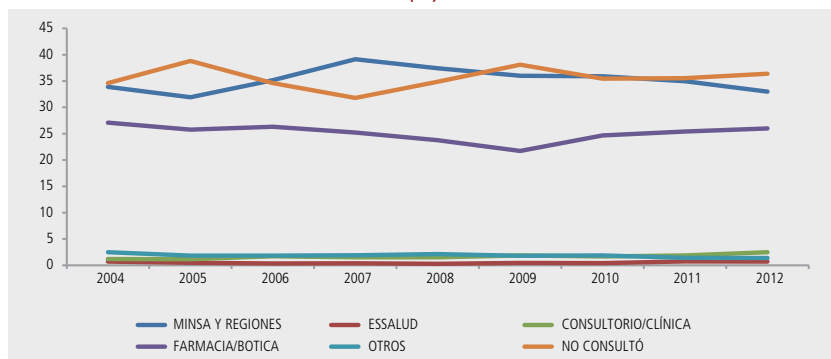
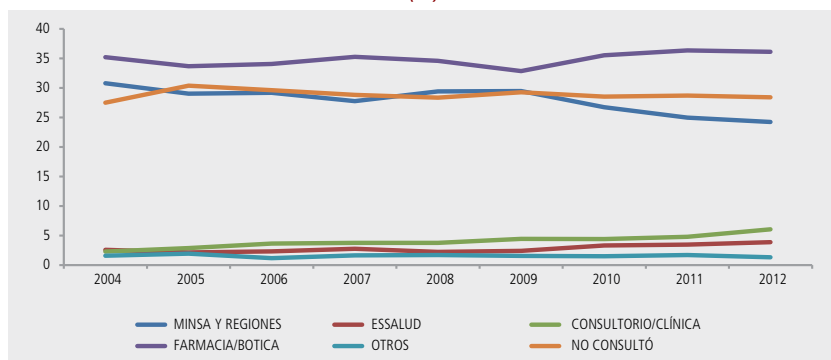


Gráfico 5b
Utilización de servicios de salud del quintil 2 según prestador. Perú 2004-2012
 (%)



iii. ¿Cuál es la composición por ámbitos según prestadores?

Entre los años 2004-2012, el MINSA y Regiones registraron una tendencia hacia una mayor presencia rural y del resto urbano, mientras que los prestadores privados (consultorios y clínicas) y ESSALUD incrementaron su presencia en Lima Metropolitana. Así, del 100% de atendidos en el MINSA y Regiones, el porcentaje en el ámbito urbano descendió de 63.9% al 59.9% en beneficio del rural que pasó de 36.0% al 40.1%. En ESSALUD la población atendida del medio urbano, sobre todo en Lima Metropolitana, creció de 93.5% al 96.2% a expensas del rural. En los prestadores privados la

participación en Lima Metropolitana subió de 43.4% al 46.7% observándose una tendencia poco estable en el resto urbano. Las farmacias/boticas tendieron a mantener una participación más urbana (Cuadro 4d, Gráficos 6a, 6b y 6c).

Cuadro 4d

Utilización de servicios de salud según ámbito. Perú, 2004-2012

(Del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar según lugar de atención)

AÑO	ÁMBITO	¿ DONDE CONSULTÓ ?				
		MINSA Y REGIONES	ESSALUD	SANIDADES (*)	CONSULTORIO /CLINICA	FARMACIA / BOTICA
2004	LIMA METROPOLITANA	26.4	36.5	59.6	43.4	31.7
	RESTO URBANO	37.5	57.0	38.1	46.3	49.1
	RURAL	36.0	6.5	2.3	10.3	19.2
	TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2005	LIMA METROPOLITANA	24.4	35.3	56.4	41.1	26.3
	RESTO URBANO	38.4	59.1	41.7	49.8	53.9
	RURAL	37.2	5.6	2.0	9.1	19.7
	TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2006	LIMA METROPOLITANA	24.7	35.5	52.2	46.2	24.9
	RESTO URBANO	37.2	59.4	45.8	44.3	54.7
	RURAL	38.0	5.1	1.9	9.5	20.4
	TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2007	LIMA METROPOLITANA	23.4	39.0	67.8	47.6	29.2
	RESTO URBANO	35.9	56.6	30.1	42.8	52.1
	RURAL	40.7	4.4	2.1	9.6	18.7
	TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2008	LIMA METROPOLITANA	21.5	37.3	62.1	46.3	29.8
	RESTO URBANO	36.3	58.1	34.6	43.7	52.2
	RURAL	42.2	4.6	3.2	10.0	18.0
	TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2009	LIMA METROPOLITANA	23.6	39.0	65.4	50.1	34.1
	RESTO URBANO	36.6	56.8	34.3	40.4	49.3
	RURAL	39.8	4.2	0.4	9.4	16.6
	TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2010	LIMA METROPOLITANA	23.4	38.8	64.7	53.2	33.4
	RESTO URBANO	36.5	56.7	33.2	38.5	49.7
	RURAL	40.1	4.5	2.2	8.3	16.9
	TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

AÑO	ÁMBITO	¿ DONDE CONSULTÓ ?				
		MINSA Y REGIONES	ESSALUD	SANIDADES (*)	CONSULTORIO /CLINICA	FARMACIA / BOTICA
2011	LIMA METROPOLITANA	23.3	40.5	66.6	49.6	31.4
	RESTO URBANO	35.8	55.1	32.2	40.2	51.5
	RURAL	40.9	4.4	1.2	10.2	17.1
	TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2012	LIMA METROPOLITANA	23.3	38.8	68.6	46.7	30.1
	RESTO URBANO	36.6	57.4	30.0	43.5	52.5
	RURAL	40.1	3.9	1.3	9.9	17.4
	TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* Referencial.

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO.

Gráfico 6a

Utilización de servicios de salud en MINSA y Regiones según ámbito. Perú 2004-2012 (%)

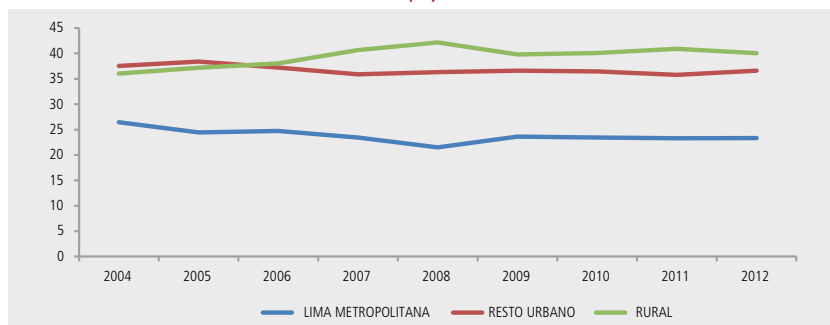


Gráfico 6b

Utilización de servicios de salud en ESSALUD según ámbito. Perú 2004-2012 (%)

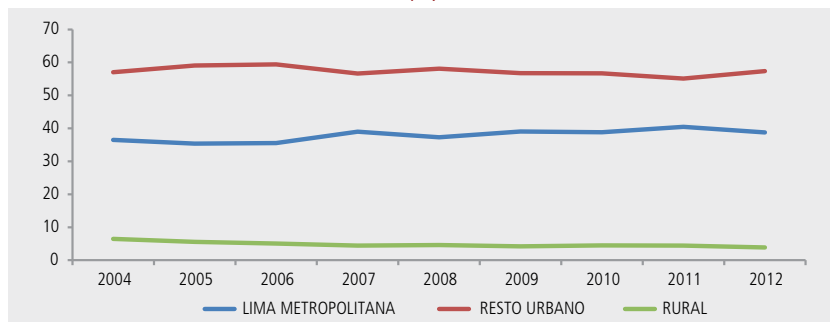
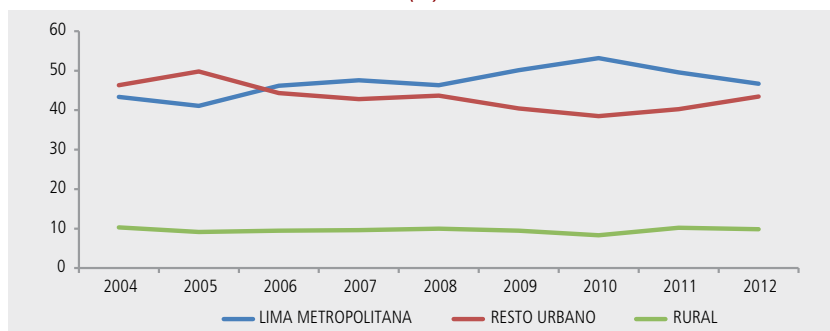


Gráfico 6c

Utilización de servicios de salud en en consultorio/clínica según ámbito. Perú 2004-2012 (%)



5.4 Aseguramiento y acceso

La población que cuenta con un seguro de salud ha hecho un uso limitado de sus prestadores. La consecuencia de recurrir a otros prestadores no considerados dentro del seguro respectivo implica un gasto adicional en salud de parte del hogar³⁹. Los

³⁹ Hasta el año 2012 el mecanismo del intercambio prestacional entre servicios de salud del MINSA hacia asegurados a ESSALUD y viceversa, y de ellos hacia prestadores privados ha estado escasamente implementado. El número de personas atendidas no tienen significancia estadística.

resultados presentados deben tener en cuenta el contexto de crecimiento económico y de disminución de la pobreza monetaria, el mismo que ha contribuido al mayor uso del sector privado.

Se aprecia una limitada correspondencia entre contar con un seguro y poder usufructuar sus beneficios cuando la persona reporta problemas de salud. Esta afirmación ya sustentada con anterioridad (Petrera 2012, p.40-47, 72) vuelve a ser confirmada. En el 2004 el 56.0% de los asegurados al SIS con autorreporte de problemas en salud obtuvieron atención en los establecimientos MINSA y Regiones; en el 2012, aunque aumentó en números absolutos, este porcentaje disminuyó al 37.4% y creció la consulta directa en botica/farmacia de 20.2% al 28.2% con los riesgos inherentes de pago de bolsillo y exclusión de uso del derecho (Cuadro 5 y Anexo 15).

Del 100% de asegurados a ESSALUD⁴⁰ solo acudió a sus establecimientos un porcentaje decreciente de 38.7% (2004) al 28.0% (2012); en cambio quienes fueron a farmacias/boticas como instancia de consulta se incrementaron de 25.6% al 29.2%. Se mantuvo el porcentaje que no pudo asistir (5%) y aumentó de 15.2% a 18.2% quienes no consultaron⁴¹ porque consideraron que “no era necesario⁴²”. Respecto del 100% de aquellos que estuvieron afiliados a ESSALUD y, además, a un seguro privado la preferencia por la utilización de este último fue predominante: 40.9% versus 8.1% (2004) y 42.7% versus 8.1% (2012) y consistente. La consulta en farmacia ocupó el segundo lugar: 17.1% en 2004 y 20.0% en 2012.

Entre los asegurados a las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Policía Nacional (PNP) la consulta en sus propios establecimientos registró una tendencia decreciente de 41.7% (2004) al 27.8% (2012) y, por tanto, aumentó la consulta directa en farmacia/botica. Quienes además del seguro con ESSALUD contaron con un seguro privado presentaron una clara preferencia por acudir a la consulta privada. Lo mismo sucedió con quienes tuvieron solo seguro privado cuya consulta a prestadores privados subió de 36.9% al 44.2%⁴³.

⁴⁰ ESSALUD es muchas veces utilizado por sus afiliados como un seguro de segundo piso (atención de enfermedades de mayor complejidad, y por tanto más onerosas), lo que podría explicar parcialmente, la limitada utilización de sus servicios. No obstante, ello no puede explicar la disminución que presenta la tendencia, sugiriendo problemas de acceso.

⁴¹ El término “no consulta” se refiere a no haber efectuado consulta institucional, ni haber consultado en farmacia/botica. Por tanto incluye a quienes realizaron “consulta” al pariente, amigo e incluso curandero o yerbero.

⁴² La categoría “no era necesario” es difícil de interpretar. Implica un criterio subjetivo de la persona que pese a autorreportar un problema de salud, considera que no es necesario la atención de un tercero.

⁴³ El tamaño de muestra es muy limitado para quienes tiene seguro privado y con las sanidades.

Quienes no contaron con algún seguro de salud disminuyeron su participación en el MINSA y Regiones del 21.5% al 13.7%, lo que puede ser explicado por su desplazamiento fuera de dichos establecimientos de salud a favor de quienes están afiliados al SIS, teniendo en cuenta que hubo un aumento en números absolutos en la atención a dicha población. Es posible que restricciones en la capacidad instalada en los establecimientos de salud del MINSA y Regiones hayan influido en la exclusión de parte de aquellos que no contaban con algún seguro, aun mermando la liquidez que otorgan estos pacientes debido al pago inmediato de la consulta y otros servicios de salud. Estos incrementaron la consulta privada en consultorios y clínicas del 6.1% al 12.5% y del 41.1% al 43.0% en farmacias/boticas.

Cuadro 5

*Utilización de servicios de salud según tipo de seguro. Perú 2004-2012
(Del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar)*

AÑO	TIPO DE SEGURO	¿ DONDE CONSULTÓ ?					NO CONSULTÓ PORQUE...		TOTAL (*)
		MINSA Y REGIONES	ESSALUD	SANIDADES	CONSULTORIO/CLINICA	FARMACIA	NO NECESITÓ	NO PUDO	
2004	ESSALUD	8.0	38.7	0.0	5.7	25.6	15.2	4.5	97.9
	ESSALUD Y PRIVADO	7.7	8.1	0.1	40.9	17.1	18.5	1.8	94.2
	PRIVADO	6.3	1.9	0.1	36.9	25.6	27.4	1.4	99.5
	SANIDADES (FFAA y PNP)	4.6	0.1	41.7	7.0	23.9	17.6	3.2	98.3
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	56.0	0.4	0.0	1.9	20.2	17.7	2.9	99.1
	NO ASEGURADO	21.5	0.4	0.0	6.1	41.1	24.0	5.1	98.2
2005	ESSALUD	6.6	35.4	0.0	7.0	26.9	16.7	4.7	97.4
	ESSALUD Y PRIVADO	0.6	8.6	0.0	36.9	20.1	19.6	2.2	88.0
	PRIVADO	5.4	0.2	0.0	39.0	27.2	23.4	1.1	96.3
	SANIDADES (FFAA y PNP)	9.5	0.2	37.0	3.7	26.7	17.2	2.6	97.0
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	54.3	0.2	0.0	1.6	17.5	21.2	3.9	98.7
	NO ASEGURADO	20.4	0.2	0.0	6.1	39.0	26.5	6.0	98.2
2006	ESSALUD	6.7	33.3	0.0	7.5	24.8	19.3	5.8	97.5
	ESSALUD Y PRIVADO	3.3	4.2	0.0	48.3	12.3	26.5	2.5	97.1
	PRIVADO	2.6	2.6	0.0	36.0	20.9	29.2	3.1	94.5
	SANIDADES (FFAA y PNP)	7.5	0.7	35.3	7.3	20.4	23.7	2.6	97.5
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	54.1	0.2	0.0	2.4	18.6	19.3	4.6	99.1
	NO ASEGURADO	19.7	0.1	0.0	7.6	37.6	27.1	6.6	98.7

AÑO	TIPO DE SEGURO	¿ DONDE CONSULTÓ ?					NO CONSULTÓ PORQUE...		TOTAL (*)
		MINSA Y REGIONES	ESSALUD	SANIDADES	CONSULTORIO/ CLINICA	FARMACIA	NO NECESITÓ	NO PUDO	
2007	ESSALUD	7.1	29.9	0.0	9.5	27.0	17.5	6.1	97.1
	ESSALUD Y PRIVADO	1.8	10.4	0.0	37.8	16.3	27.6	2.5	96.3
	PRIVADO	3.7	1.4	0.0	41.8	23.2	23.4	3.0	96.5
	SANIDADES (FFAA y PNP)	6.3	0.2	34.6	10.4	23.0	22.1	2.4	99.0
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	53.9	0.1	0.0	2.6	19.1	18.6	4.8	99.1
	NO ASEGURADO	18.8	0.1	0.0	7.9	40.9	23.7	7.0	98.3
2008	ESSALUD	7.4	29.3	0.0	9.7	29.5	15.9	5.6	97.4
	ESSALUD Y PRIVADO	3.5	6.8	0.0	38.7	20.2	19.5	5.3	93.9
	PRIVADO	4.5	0.6	0.0	36.9	26.2	26.3	3.7	98.3
	SANIDADES (FFAA y PNP)	6.6	0.8	31.1	11.4	27.4	17.7	3.6	98.7
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	46.0	0.2	0.0	3.1	23.0	19.6	6.7	98.7
	NO ASEGURADO	15.6	0.1	0.0	9.6	43.4	22.9	6.6	98.2
2009	ESSALUD	6.5	29.3	0.0	10.0	29.1	16.1	5.8	96.9
	ESSALUD Y PRIVADO	2.3	9.3	0.0	50.5	18.3	14.9	1.5	96.9
	PRIVADO	5.0	1.2	0.0	40.7	26.9	21.2	2.4	97.4
	SANIDADES (FFAA y PNP)	8.0	0.2	34.6	11.5	23.1	15.1	4.1	96.6
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	41.9	0.2	0.0	3.9	24.1	21.2	7.5	98.7
	NO ASEGURADO	15.4	0.3	0.0	11.0	42.4	21.9	7.2	98.2
2010	ESSALUD	5.6	29.7	0.0	9.9	28.0	16.5	6.8	96.5
	ESSALUD Y PRIVADO	1.2	9.8	0.0	34.9	23.8	22.3	3.2	95.3
	PRIVADO	5.5	2.1	0.0	43.0	23.3	18.9	2.7	95.6
	SANIDADES (FFAA y PNP)	6.3	1.2	24.2	13.6	27.9	16.8	5.0	95.0
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	38.7	0.1	0.0	4.0	28.5	19.6	7.7	98.6
	NO ASEGURADO	13.5	0.2	0.0	11.8	43.4	21.6	7.7	98.2
2011	ESSALUD	6.3	29.5	0.0	9.1	27.7	18.9	5.5	97.1
	ESSALUD Y PRIVADO	3.7	9.4	0.0	39.9	20.3	17.9	4.7	95.9
	PRIVADO	1.8	0.1	0.0	37.2	27.9	21.3	4.8	93.1
	SANIDADES (FFAA y PNP)	9.2	0.5	19.8	8.4	34.0	21.9	2.6	96.5
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	37.4	0.1	0.0	4.2	28.6	20.3	8.0	98.5
	NO ASEGURADO	13.0	0.2	0.0	10.8	42.9	24.3	7.1	98.2
2012	ESSALUD	6.0	28.0	0.1	10.6	29.2	18.2	4.8	96.9
	ESSALUD Y PRIVADO	2.4	8.1	0.0	42.7	20.0	20.1	3.7	96.9
	PRIVADO	3.0	0.4	0.5	44.2	19.9	24.2	4.2	96.5
	SANIDADES (FFAA y PNP)	8.4	1.1	27.8	11.0	27.9	19.8	2.8	98.8
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	37.4	0.2	0.0	4.7	28.2	21.0	7.2	98.8
	NO ASEGURADO	13.7	0.1	0.1	12.5	43.0	22.4	6.7	98.5

(*) Los totales son menores al 100% por cuanto se omiten las columnas "más de una vez" y "consulta tradicional" debido a su limitado tamaño.

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base a procesamiento de ENAHO.

5.5 Motivos de no consulta institucional

A nivel nacional, entre los años 2004 y 2012, la principal razón de no consulta institucional fue el “uso de remedios caseros o autorecetados” aunque disminuyó del 44.6% al 31.6%. El siguiente motivo fue “la falta de dinero” el que, decreció del 24.6% al 11.4% pasando de ser el segundo al cuarto motivo. Se agruparon las causas de “maltrato del personal”, “falta confianza” y “demoran en atender” por cuanto pueden ser atribuidas a fallas de calidad en la oferta. Este conjunto de causas incrementó su peso de 8.4% (2004), al 14.4% (2012). La “falta de tiempo” mostró también una tendencia creciente de 8.4% al 18.1% colocándose en el segundo lugar. (Cuadro 6a). Ver el cuadro en números absolutos en el Anexo 16.

Cuadro 6a

*Razones de no consulta a un establecimiento de servicios de salud. Perú, 2004-2012
(En porcentajes del 100% de la población nacional que autorreportó enfermedad o malestar)*

AÑOS	RAZONES DE NO CONSULTA A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD (%)						
	NO PUDO ASISTIR						NO FUE NECESARIO
	FALTA DE DINERO	MALTRATO DEL PERSONAL/FALTA DE CONFIANZA /DEMORAN EN ATENDER	REMEDIOS CASEROS O AUTORRECETA	FALTA DE TIEMPO	DISTANCIA	TOTAL (*)	
2004	24.6	8.4	44.6	8.4	4.9	90.8	32.4
2005	24.3	7.8	38.7	9.7	4.3	84.9	35.1
2006	21.6	7.9	37.4	10.1	3.8	80.7	35.1
2007	22.0	8.6	34.3	12.1	3.2	80.1	35.2
2008	18.5	10.2	33.4	14.1	3.1	79.3	36.3
2009	15.1	11.9	29.9	17.5	3.6	78.1	39.2
2010	13.6	13.1	29.7	19.2	3.8	79.4	38.6
2011	12.9	13.6	28.7	18.0	3.9	77.1	40.6
2012	11.4	14.4	31.6	18.1	3.8	79.3	41.2

(*) La suma de motivos que componen la respuesta a la categoría de “no pudo asistir” se sobreponen entre sí en algunos casos; es decir, la misma persona declara varios motivos. Por ello la suma de “no pudo asistir” + “no fue necesario” es algo mayor al 100%.

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO.

Entre los años 2004 y 2012, desagregando por ámbitos y según motivo de no consulta se observa, como era de esperar, que la “falta de dinero” fue una razón más rural y del resto urbano que en Lima Metropolitana, aunque cabe destacar que ha disminuido en el medio rural. La “falta de tiempo” tuvo más peso en el medio urbano pasando

de 72.8% al 75.9%. La “distancia” ha sido un motivo predominantemente rural, sin embargo ha disminuido, pasando de 92.8% (2004) al 75.4% (2012). Cabe destacar que las causas de “maltrato del personal/falta confianza/demoran en atender” se convierte en el principal motivo en el resto urbano a lo largo del periodo (Cuadro 6b).

Cuadro 6b

Razones de no consulta a un establecimiento de servicios de salud según ámbito.

Perú, 2004-2012

(Del 100% de la población que autorreportó enfermedad o malestar y no consultó a un establecimiento de salud)

AÑO	RAZONES DE NO CONSULTA A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD (%)						
	ÁMBITO	NO PUDO ASISTIR					NO FUE NECESARIO
		FALTA DE DINERO	MALTRATO DEL PERSONAL/FALTA DE CONFIANZA /DEMORAN EN ATENDER	REMEDIOS CASEROS O AUTORRECETA	FALTA DE TIEMPO	DISTANCIA	
2004	LIMA METROPOLITANA	13.7	11.0	25.0	20.0	1.3	28.0
	RESTO URBANO	40.8	49.4	39.8	52.8	6.0	46.2
	RURAL	45.5	39.6	35.2	27.2	92.8	25.7
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2005	LIMA METROPOLITANA	16.3	15.3	13.0	18.8	1.9	27.0
	RESTO URBANO	40.2	52.6	46.7	54.3	9.0	48.5
	RURAL	43.4	32.1	40.3	26.9	89.1	24.5
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2006	LIMA METROPOLITANA	18.2	19.9	14.6	23.8	1.7	29.8
	RESTO URBANO	39.7	48.9	46.4	53.3	7.5	47.8
	RURAL	42.1	31.3	39.0	22.9	90.8	22.4
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2007	LIMA METROPOLITANA	17.0	18.4	17.5	27.3	3.3	32.3
	RESTO URBANO	41.6	51.5	46.5	50.5	13.3	46.0
	RURAL	41.4	30.1	36.0	22.2	83.5	21.6
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2008	LIMA METROPOLITANA	16.3	16.0	22.7	22.3	3.8	29.1
	RESTO URBANO	46.8	52.7	44.7	52.8	15.7	46.5
	RURAL	37.0	31.4	32.6	24.9	80.4	24.5
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0



AÑO	RAZONES DE NO CONSULTA A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD (%)						
	NO PUDO ASISTIR						NO FUE NECESARIO
	ÁMBITO	FALTA DE DINERO	MALTRATO DEL PERSONAL/FALTA DE CONFIANZA /DEMORAN EN ATENDER	REMEDIOS CASEROS O AUTORRECETA	FALTA DE TIEMPO	DISTANCIA	
2009	LIMA METROPOLITANA	24.5	18.1	20.1	28.9	8.1	30.3
	RESTO URBANO	40.4	51.1	46.1	46.8	14.3	45.6
	RURAL	35.1	30.8	33.9	24.3	77.6	24.1
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2010	LIMA METROPOLITANA	28.5	19.6	18.7	33.2	7.0	31.9
	RESTO URBANO	40.9	50.0	48.5	46.0	17.3	46.4
	RURAL	30.6	30.3	32.7	20.8	75.7	21.7
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2011	LIMA METROPOLITANA	23.0	20.3	21.2	29.4	6.3	32.1
	RESTO URBANO	48.1	52.6	46.6	48.2	21.4	46.9
	RURAL	28.9	27.1	32.3	22.4	72.2	21.0
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2012	LIMA METROPOLITANA	21.6	16.4	25.0	25.8	2.9	30.5
	RESTO URBANO	46.1	53.9	42.8	50.1	21.8	47.7
	RURAL	32.3	29.7	32.2	24.1	75.4	21.8
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO.

A nivel de la población en pobreza relativa que autorreporta problemas de salud, comparando aquella afiliada al SIS de la que no cuenta con algún seguro de salud, se observó que la importancia de los motivos de no consulta, sobre todo en la "falta de dinero", son distintos siendo siempre de menor peso en la población afiliada al SIS. No obstante, la diferencia entre los afiliados al SIS y los que no cuentan con un seguro de salud disminuyeron en el tiempo. Mientras que en el 2004 la "falta de dinero" explicó solo al 8.4% de la no consulta entre los afiliados y el 16.6% en los que no tienen seguro, en el 2012 este motivo disminuyó al 5.7% en afiliados y al 7.4% en el grupo de quienes no cuentan con un seguro. (Cuadro 7, Gráfico 7, Anexo 17).

Cuadro 7
Razones de no consulta a un establecimiento de servicios de salud de población en pobreza relativa afiliada al SIS y sin algún seguro. Perú 2004-2012
(Población que autorreportó enfermedad y no consultó a un establecimiento de salud)

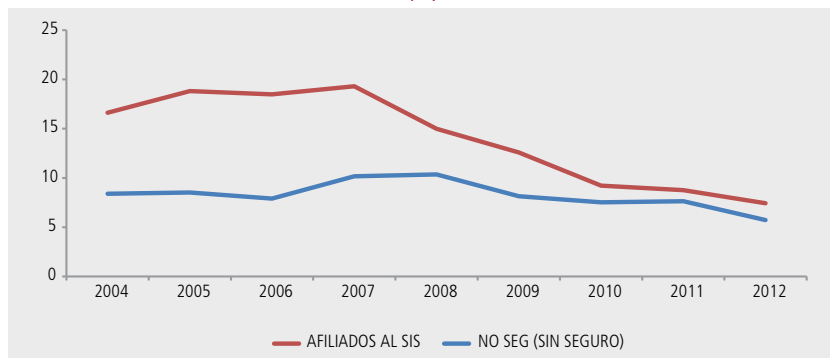
AÑO	AFILIACIÓN	FALTA DE DINERO	MALTRATO DEL PERSONAL/FALTA DE CONFIANZA/ DEMORAN EN ATENDER	REMEDIOS CASEROS / AUTORRECEITA	FALTA DE TIEMPO	DISTANCIA	NO TIENE SEGURO	OTRO	COMBINACIONES	NO ERA GRAVE / NO FUE NECESARIO	TOTAL
2004	SIS	8.4	3.1	27.6	3.8	3.4	0.0	1.2	26.6	25.8	100.0
	NO SEG	16.6	2.8	27.5	3.3	1.8	0.5	0.5	25.9	21.1	100.0
2005	SIS	8.5	2.5	25.6	4.4	3.6	0.0	1.4	23.7	30.3	100.0
	NO SEG	18.8	2.8	22.5	3.9	1.4	0.8	0.6	24.8	24.4	100.0
2006	SIS	7.9	2.6	29.3	5.1	3.3	0.0	1.6	21.6	28.6	100.0
	NO SEG	18.5	3.1	24.8	5.2	1.3	0.7	0.7	19.3	26.3	100.0
2007	SIS	10.2	3.5	25.2	6.3	3.2	0.0	2.3	22.0	27.3	100.0
	NO SEG	19.3	2.8	22.8	5.8	1.4	0.9	1.1	20.8	25.0	100.0
2008	SIS	10.4	4.7	21.6	7.8	2.5	0.0	2.6	23.0	27.4	100.0
	NO SEG	15.0	3.0	23.7	6.2	1.0	0.8	1.8	21.1	27.4	100.0
2009	SIS	8.1	5.0	20.9	8.0	2.7	0.0	3.0	24.4	27.9	100.0
	NO SEG	12.6	3.9	19.9	7.6	1.0	1.0	1.8	22.5	29.7	100.0
2010	SIS	7.5	4.8	19.4	8.4	3.0	0.0	3.9	27.9	25.1	100.0
	NO SEG	9.2	3.9	18.4	8.3	1.0	1.5	2.8	25.3	29.4	100.0
2011	SIS	7.6	4.4	19.0	7.8	2.4	0.0	3.8	29.0	26.0	100.0
	NO SEG	8.8	3.5	19.0	7.4	0.9	2.2	1.9	23.6	32.6	100.0
2012	SIS	5.7	4.6	20.0	7.4	2.5	0.0	3.7	31.1	25.0	100.0
	NO SEG	7.4	3.6	21.9	6.5	0.9	1.8	2.1	27.0	28.7	100.0

SIS: Incluye a los afiliados exclusivamente al SIS.

NO SEG: Incluye a todos los que no están afiliados a algún seguro.

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud. Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborado en base al procesamiento de la ENAHO.

Gráfico 7
Motivo de falta de dinero en población en pobreza. Perú 2004-2012
(%)



6. Mercado de medicamentos⁴⁴

El medicamento es un recurso estratégico para la eficacia de la atención de salud, así como es, también, el principal tipo de gasto de bolsillo en salud de los hogares en el país (acápite 4.5).

6.1 Definición de producto farmacéutico

De acuerdo a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), entidad reguladora del MINSA en medicamentos y drogas, según a lo establecido en el Capítulo III “De la definición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios” de la Ley N° 29459 se clasifican a los productos farmacéuticos en los siguientes ítems:

- **Medicamento.** Es un producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien le fue administrado. Incluye: a) especialidades farmacéuticas, b) agentes de diagnóstico, c) radiofármacos y d) gases medicinales.
- **Medicamento herbario.** Producto medicinal elaborado con preparaciones herbarias, presentado en forma farmacéutica, la cual posee actividad terapéutica y cuya eficacia, seguridad y calidad han sido demostradas científicamente ante la autoridad competente.
- **Producto dietético.** Aquel producto cuyo propósito es complementar la dieta normal que consiste en fuentes concentradas de nutrientes o de otras sustancias que tengan un efecto nutricional o fisiológico, en forma simple o combinada y dosificada.

⁴⁴ Algunos ítems de este capítulo cuentan con información actualizada al año 2013.

- **Productos edulcorantes.** Productos con forma farmacéutica específicamente formulado para conferir sabor dulce a los alimentos y bebidas, que sustituye al azúcar sin proporcionar calorías.
- **Productos biológicos.** Están definidos como productos farmacéuticos que contienen una sustancia biológica, obtenidos a partir de microorganismos, sangre, u otros tejidos.
- **Producto galénico.** Fórmula prescrita por un médico.

6.2 Valor monetario del mercado

6.2.1 Tamaño y componentes

Latinoamérica ha sido la región con mayor crecimiento del mercado farmacéutico en el mundo entre los años 2010-2013⁴⁵; no obstante el mercado peruano es uno de los más pequeños de la región con alrededor del 1.9% (Gráfico 1). Tres (3) submercados o sectores forman el mercado farmacéutico: el Sector Institucional Público compuesto por prestadores públicos; el Sector Institucional Privado conformado por las clínicas privadas y el Sector *Retail* (farmacias/boticas y cadenas independientes).

⁴⁵ Según International Marketing Services (IMS-Health) en el año 2013.

Gráfico 1

Participación del mercado farmacéutico en América Latina, 2013
(Del 100% del valor en US\$ constantes)



El nivel en que se encuentra la información en cada uno de estos sectores es diverso. Los valores del Sector Institucional Público son tomados de la ejecución presupuestal pública de medicamentos (Precios no mercado). Los valores del Sector Institucional Privado⁴⁶, se encuentran a precios de mayorista; es decir, incluyen los valores de venta de laboratorios, los márgenes de comercialización al por mayor, las ganancias de distribuidores y los pagos al Impuesto General a las Ventas (IGV); no incluyen los márgenes de ganancia del minorista. El Sector *Retail* es estimado por el International Marketing Services (IMS)-Health al mismo nivel del sector institucional privado. Es importante destacar la dificultad que existe para estimar los márgenes de ganancia en la venta del minorista a la población de los sectores Institucional Privado y *Retail*, porque estos difieren entre productos e incluso, para un mismo producto farmacéutico, se presentan diversos márgenes entre establecimientos.

Dificultades en la estimación del mercado de productos farmacéuticos en Perú:

- i. Existen ciertas diferencias en la inclusión de ítems que componen el universo de productos farmacéuticos, lo que dificulta la comparación entre diversas fuentes. Tanto DIGEMID como IMS-Health, aunque considerándolos como una categoría aparte, incluyen a las sucedáneos de productor lácteos, PRODUCE no los considera. IMS-Health incluye repelentes y algunos cosméticos que DIGEMID no considera. PRODUCE incluye medicamentos de uso veterinario que IMS-Health y DIGEMID no consideran.*
- ii. El sector público no cuenta con fuentes propias de estimación del mercado privado.*
- iii. La existencia del mercado informal está altamente asociada a la ilegalidad.*
- iv. El conocimiento del mercado privado arriba solo hasta los volúmenes comercializados a precios mayorista con lo que:*
 - a. Se ignoran los márgenes de almacenamiento y ganancia en las cadenas, farmacias/boticas independientes y prestadores privados.*
 - b. No se cuenta con un Índice de Precios de Productos Farmacéuticos al Mayorista lo que impide su comparación con el Índice General de Precios al Mayorista.*

En los últimos años DIGEMID ha desarrollado el Observatorio Peruano de Precios de Productos Farmacéuticos (OPPF), así como SUSALUD ha liderado en IAFAS privadas un análisis de las cifras que expresan los costos y estructura de producción de servicios de salud, esperándose como producto de su sinceramiento, la eliminación de subsidios cruzados entre sus componentes y por ende una disminución en los márgenes de ganancia del precio de los medicamentos, lo que se expresará en un menor valor de venta de los mismos.

⁴⁶ El Sector Institucional privado ha sido calculado a partir de la estimación preliminar del peso de las EPS en dicho sector es del 70% (Ver Esquema 1).

El mercado farmacéutico peruano creció en 49.7% en dólares americanos entre los años 2009 y 2012. El sub mercado o sector *Retail* mantuvo el primer lugar pasando de 55.2% al 61.8% lo que puede estar asociado a la mayor capacidad adquisitiva de los hogares debido al crecimiento económico sostenido. Aunque disminuyó la participación del Sector Público Institucional del 26.0% al 22.8%, su valor en dólares americanos aumentó en 31.7%. (Cuadro 1 y Gráfico 2).

Cuadro 1

*Valor de ventas del mercado farmacéutico por sectores. Perú, 2007-2012
(a precios de mayorista Institucional privado y retail, precios no mercado institucional público, en millones US\$ y %)*

Sectores	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	millones US\$	%	millones US\$	%	millones US\$	%	millones US\$	%	millones US\$	%	millones US\$	%
Institucional Público (*)	225.6	27.9	243.9	25.1	328.1	26.0	385.4	27.1	361.6	21.7	432.1	22.8
Institucional Privado (**)	n.d.		n.d.		237.5	18.8	222.7	15.7	278.7	16.7	272.0	14.4
Institucional Privado-Otros (***)	-		-		-		-		19.0	1.1	19.0	1.0
Mercado Retail (sin IGV) (****)	583.2	72.1	726.3	74.9	697.5	55.2	813.3	57.2	1,010.0	60.5	1,168.0	61.8
Total del valor de ventas (millones US\$)	808.8	100.0	970.2	100.0	1,263.1	100.0	1,421.4	100.0	1,669.2	100.0	1,891.1	100.0

Fuente: Informe de Mercado de Medicamentos 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA.

n.d. : No determinado.

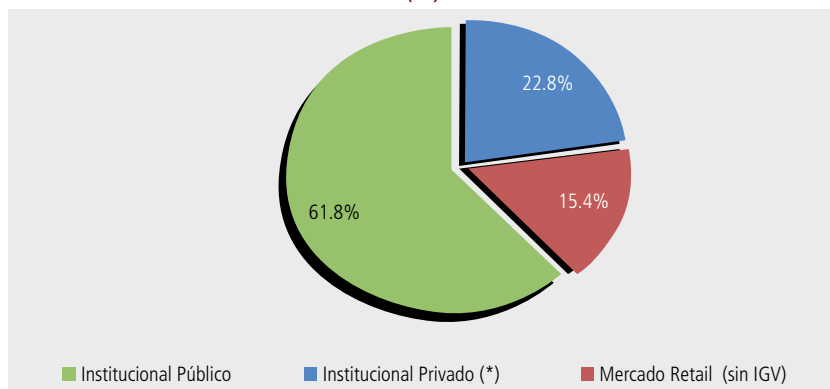
(*) Presupuesto público ejecutado en medicamentos. Procesado por DIGEMID. Fuente: Transparencia Económica del MEF.

(**) Institucional privado: Datos calculados a partir de la facturación de EPS en clínicas que asciende al 70% del total. Dato base de SUSALUD.

(***) Institucional privado-otros: Datos IMS.

(****) IMS referido por DIGEMID (2007-2010). Según consulta la IMS. El sector retail incluye la categoría de "marcas propias" en los años 2011 y 2012.

Gráfico 2
Ventas del mercado farmacéutico por sectores. Perú 2012
(%)



6.2.2 Mercado externo

La información de productos finales farmacéuticos es reportada por DIGEMID citando a la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT – Aduanas)⁴⁷. Se observa que entre los años 2008 y 2012, las importaciones crecieron en 51.0% y las exportaciones en 91.5% en millones de dólares americanos; no obstante, se amplió la brecha del déficit comercial de 351.8 a 527.2 millones en dicha moneda. Destaca también la importancia creciente de productos sucedáneos de la leche materna⁴⁸ del 5.3% al 8.7% del total de importaciones. (Cuadro 2 y Gráfico 3).

⁴⁷ Arancel de Aduanas. Capítulo 30 "Productos farmacéuticos". Se han excluido los ítems correspondientes a productos farmacéuticos de uso veterinario. Dado que se indica que se trata de productos finales, se omite la información referida a la importación de insumos farmacéuticos (Capítulo 29). Debido a la dificultad en diferenciar aquellos insumos destinados a productos de uso veterinario de aquellos para uso humano.

⁴⁸ Aunque no es propiamente un medicamento, por la importancia adquirida en el mercado, se incluyen a los productos sucedáneos de la leche.

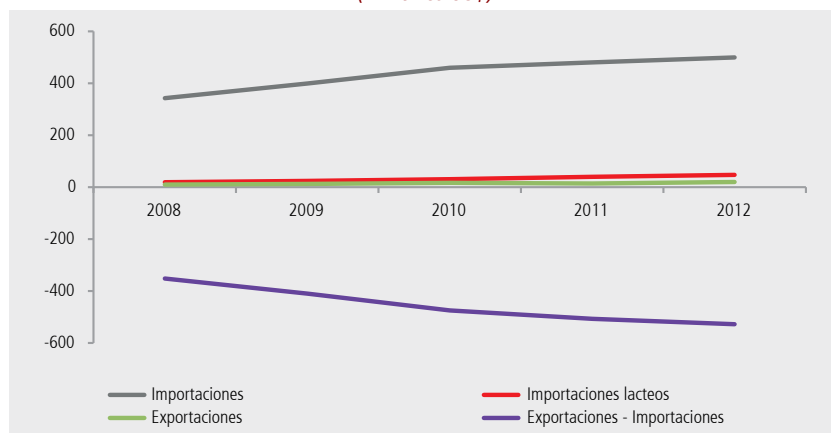
Cuadro 2**Importación y exportación de productos farmacéuticos y lácteos. Perú 2008-2012
(millones US\$)**

	2008	2009	2010	2011	2012
IMPORTACIONES	343.1	399	460.3	480.6	499.4
IMPORTACIONES SUCEDÁNEOS DE LECHE	19.1	24	30.9	39.9	47.7
TOTAL IMPORTACIONES	362.2	423	491.2	520.5	547.1
TOTAL EXPORTACIONES	10.4	13.1	16.6	14.1	19.9
EXPORTACIONES - IMPORTACIONES (millones US\$)	-351.8	-409.9	-474.6	-506.4	-527.2

Nota: Todas las importaciones son a precios CIF: Productos puestos en el puerto de destino con Seguro y Flete.

Elaboración: DIGEMID.

Fuente: SUNAT referido por DIGEMID.

Gráfico 3**Balanza comercial de productos farmacéuticos y lácteos. Perú 2008-2012
(millones US\$)****6.2.3 Estructura de compra de fármacos a nivel nacional o cadena de comercialización**

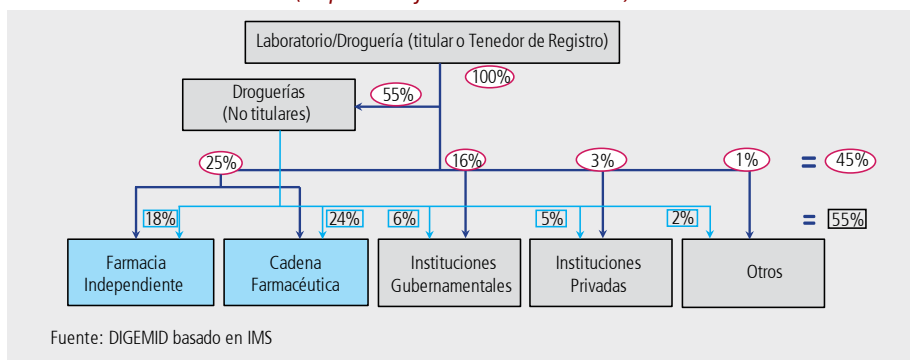
Para explicar la cadena de comercialización de fármacos se toma como referencia los datos al año 2010 indicados en el Gráfico 4. Estos datos no incluyen los márgenes de comercialización y ganancias. Los laboratorios y droguerías que tienen categoría de

Titulares de Registros (TR)⁴⁹ están facultados para realizar importaciones, mientras que no lo están las droguerías que no son TR.

Del 100% del valor monetario de la producción nacional de productos farmacéuticos y de las importaciones, deducidas las exportaciones, los laboratorios y droguerías que son TR intermediaban la venta del 55% a través de distribuidoras (laboratorios y droguerías que no son TR) de la siguiente manera: vendían a farmacias/boticas independientes (18%), a cadenas de farmacias (24%), a instituciones gubernamentales (6%), a instituciones privadas (5%) y el 2% restante destinado a “otros”. Del 45% restante, se vendía directamente en farmacias/boticas independientes y cadenas de farmacias (25%), instituciones gubernamentales (MINSA y Regiones, ESSALUD, entre otros) (16%), instituciones privadas (clínicas, ONG) (3%) y se destinaba a otros (como autoseguros) el 1% restante.

La tendencia entre los años 2004, 2010 y 2012 fue hacia el aumento de las ventas directas de laboratorios y droguerías TR. Según datos de 2003, su venta directa era de solo el 25.5% e intermediaban como distribuidores el 74.5% restante⁵⁰ mientras que en el 2010 la venta directa subió al 55%.

Gráfico 4
Cadena de comercialización de productos farmacéuticos. Perú 2010
(en porcentaje del valor monetario)



⁴⁹ De acuerdo con la Ley N°29459, el registro sanitario de un producto farmacéutico faculta a su titular para la fabricación, la importación, el almacenamiento, la distribución, la comercialización, la promoción, la dispensación, el expendio o el uso de dichos productos.

⁵⁰ Oficina Económica y Comercial de la Embajada de España en Lima. 2005 p.19. Se cita como fuente al IMS-Health.

El mercado farmacéutico se encuentra atomizado. A inicios del 2013 se identificaban alrededor de 199 laboratorios nacionales y 106 laboratorios extranjeros. La industria nacional se dedica principalmente a la producción de medicamentos genéricos y a la elaboración de algunos productos encargados por laboratorios extranjeros, compitiendo solo por el 55% de los medicamentos ofertados, debido a que el 45% estaba protegido por patentes⁵¹. Cabe notar que se han producido dos procesos a ser destacados: (a) el incremento en el número de cadenas de boticas y farmacias mayor al de boticas y farmacias independientes y (b) un proceso de integración vertical entre laboratorios, distribuidoras y cadenas. Según PRODUCE, a octubre del 2013 el número de tiendas de las cadenas de boticas y farmacias alcanzó 1,756 locales en todo el país; mientras que por la ausencia de un registro oficial, se desconoce el número de farmacias y boticas independientes⁵². No obstante, de acuerdo a un cálculo del IMS-Health (2014), es posible estimar que en el Sector *Retail* las cadenas pasaron de captar el 13.7% del valor del mercado en 1998 al 59.1% en 2013 (Gráfico 5).

La tendencia de los últimos años ha sido la integración vertical hacia adelante, es decir orientada a la distribución y/o comercialización directa al público; ya sea de manera directa o con empresas vinculadas. Así, Inkafarma está vinculada con Laboratorios Farminustria, Boticas Arcángel pertenece al Grupo Albis/Cipa, Boticas BTL está vinculada empresarialmente al Laboratorio Medco y la cadena Boticas & Salud se relaciona con Laboratorios Sherfarma. Finalmente, la cadena Mifarma es propiedad de Química Suiza⁵³.

⁵¹ Maximixe 2013, p.6.

⁵² PRODUCE. Elaborado por DIGECOMTE/DEMI el 06 de diciembre 2013 con información a octubre 2013.

⁵³ Calderón, Umberto. Año 2010. p.24.

Gráfico 5
Participación de cadenas y farmacias/boticas independientes en el sector retail. Perú
1998-2013
 (%)



6.2.4 Estimación del gasto en medicamentos del Sector Público (2007-2012)

Durante el periodo 2007-2012, el gasto de medicamentos en el sector público aumentó en 91.5% en dólares americanos. No obstante la estructura del 2007 fue similar a la del 2012, con excepción de una mayor participación del MINSa y menor en las regiones; posiblemente debido a una menor capacidad de ejecución presupuestal de estas últimas. (Cuadro 3).

Cuadro 3
Presupuesto público ejecutado en medicamentos según prestador. Perú 2007-2012
 (Porcentaje, millones de Nuevos Soles y millones de US\$)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MINSa	29.5	23.5	36.2	36.9	31.1	32.7
REGIONES	14.1	14.0	11.2	10.2	12.2	10.3
MINSa + REGIONES	43.5	37.5	47.4	47.1	43.4	43.0
SANIDADES	2.2	1.6	1.1	1.7	1.1	1.5
OTROS PÚBLICOS	0.8	0.8	0.9	0.6	0.7	0.6
GOBIERNO LOCAL	0.3	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5
EsSALUD	53.2	59.6	50.2	50.2	54.3	54.4
TOTAL PÚBLICO (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL PÚBLICO (millones de Nuevos Soles)	706.0	713.7	988.3	1,089.1	996.1	1.139.9
TOTAL PÚBLICO (millones de US\$)	225.6	243.9	328.1	385.4	361.6	432.1

Elaboración DIGEMID. Fuente: Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas.

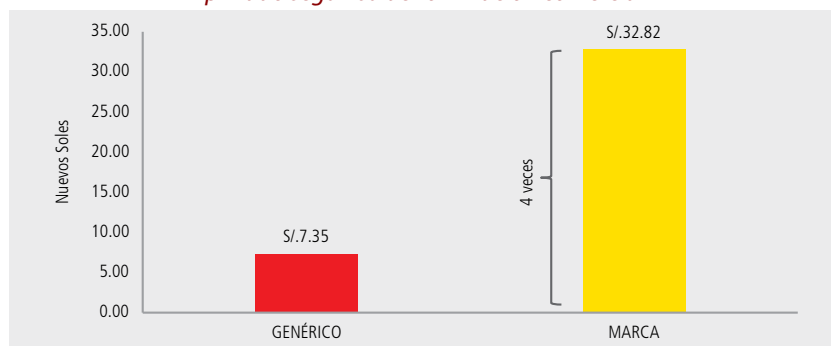
Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - Transparencia Económica; EsSalud - Gerencia Central de Finanzas. Gerencia de Presupuesto.

6.2.5 Medicamentos genéricos y compras corporativas

La política de consumo de medicamentos genéricos⁵⁴ y la política de compras corporativas dirigidas por el MINSa han contribuido a incrementar en unidades físicas el consumo de medicamentos del sector público. El equipo del Observatorio de Precios de Medicamentos (OPM) estimó para el año 2013, comparando la mediana de precios de Medicamentos Esenciales⁵⁵ de venta en el Sector Privado según su Denominación Comercial, una diferencia en el precio al público de cuatro veces entre un medicamento genérico y otro de marca. (Gráfico 6).

Gráfico 6

Comparativo de la mediana de precios de medicamentos esenciales de venta en el sector privado según su denominación comercial



Fuente: Mercado Farmacéutico y Acceso a Medicamentos en el Perú (PPT). DIGEMID - MINSa. Diapositiva 30. Año 2013.

⁵⁴ Los medicamentos genéricos son aquellos que están definidos por la Autoridad Sanitaria, con las normas técnicas que el producto debe satisfacer para asegurar calidad, seguridad y eficacia. Generalmente contienen un solo principio activo o una asociación considerada universalmente como ventajosa y se los reconoce por la Denominación Común Internacional (DCI) o por el nombre genérico "oficial" aceptado. Suelen tener un precio sustancialmente inferior que el del medicamento innovador que le sirve de referencia. OPS/OMS. Guía para la implementación de estrategias de medicamentos genéricos en los países de América Latina y el Caribe como mecanismo para mejorar el acceso a medicamentos. Washington DC, Junio 2011.

⁵⁵ La comparación se ha hecho con medicamentos esenciales que son un grupo de prioridad sanitaria al interior de los medicamentos genéricos. Los medicamentos esenciales se constituyen en un subgrupo de alrededor de 700 dentro de un universo de aproximadamente 10,000 de orden genérico.

Asimismo, las Compras Corporativas⁵⁶, dirigidas por el MINSA desde el año 2003 con la modalidad de Subasta Inversa⁵⁷, han permitido considerables ahorros por una lógica de economía de escala que agrega controles de calidad antes de las entregas. Entre los años 2008 y 2013 se han ahorrado 283.7 millones de Nuevos Soles. (Cuadro 4). A este proceso se han incorporado ESSALUD, los ministerios de Defensa y del Interior, así como el Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú y algunas municipalidades.

Cuadro 4
Ahorro en compras corporativas nacionales. Perú 2008-2012
(Millones de Nuevos Soles corrientes)

Año	ENTIDADES PARTICIPANTES	Nº ÍTEMS ADJUDICADOS	VALOR REFERENCIAL (Millones S./.)	MONTOS ADJUDICADOS EN COMPRA CORPORATIVA (Millones S./.)	AHORRO (Millones S./.)	% AHORRO
2008	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER	168.0	88.0	50.0	38.0	43.0%
2008	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER/ INPE	286.0	191.0	175.0	16.0	8.0%
2009 - 2010	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER/ INPE/ HOSP. MUNIC. LOS OLIVOS (1º y 2º Conv.)	307.0	227.0	179.0	47.0	21.0%
2010 - 2011	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER/ INPE/ Hosp. Munic. Los Olivos, PARSALUD (1º y 2º Conv.)	249.0	328.5	236.0	92.5	28.0%
2011 - 2012	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER RM 324-2011/MINSA (LP 10-2011, AMC 30-2011, LP SIE 16-2011 y LP 17-2011)	62.0	81.0	72.8	8.2	10.0%

⁵⁶ Las Compras Corporativas son aquellas que se realizan por mandato normativo o mediante convenios interinstitucionales. Las entidades pueden adquirir bienes y contratar servicios en forma conjunta, a través de un proceso de selección único (mediante una Unidad de Compras) teniendo en cuenta los beneficios de la economía de escala, en las mejores y más ventajosas condiciones para el Estado. Bajo esta modalidad las entidades participantes encargan a una entidad la ejecución del proceso de selección, en atención de sus requerimientos de bienes y servicios. Hasta el 2009 la Oficina de Logística - Oficina de Programación y Adquisiciones de la Oficina General de Administración, con el apoyo técnico de DIGEMID, se encargaba de llevar a cabo dichas compras, bajo la modalidad de Subasta Inversa. Desde el año 2011 (Decreto Supremo N°003-2010-SA del 23 enero 2010) la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (DARES) del MINSA sustituye a la Oficina General de Administración con la responsabilidad de llevar a cabo e informar de los procesos de Compras Corporativas del sector salud utilizando el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médicos-Quirúrgicos (SISMED – DIGEMID).

⁵⁷ MINSA-OSCE-SE@CE. 2010 Subasta inversa es una modalidad incluida en la Ley de Contrataciones del Estado mediante la cual éste adquiere bienes a través de un procedimiento rápido en el que los participantes tratan de ofrecer su producto a un menor precio, lo que permite un mayor ahorro de recursos públicos.

Año	ENTIDADES PARTICIPANTES	Nº ÍTEMS ADJUDICADOS	VALOR REFERENCIAL (Millones S/.)	MONTOS ADJUDICADOS EN COMPRA CORPORATIVA (Millones S/.)	AHORRO (Millones S/.)	% AHORRO
2011 - 2012	MINSAs/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER/ INPE/ Hosp. Munic. Los Olivos, Munic. San Miguel y Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú (LP SIP N° 018-2011-DARES/MINSA)	201.0	224.3	184.9	39.4	18.0%
2012 - 2013	MINSAs/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER/ INPE/ Hosp. Munic. Los Olivos (LP SIP N° 012-2012-DARES/MINSA)	360.0	361.8	326.3	35.5	10.0%
2012 - 2013	MINSAs/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER/ INPE/ Hosp. Munic. Los Olivos (LP N° 010-2012-DARES/MINSA)	49.0	52.8	45.7	7.1	13.0%
2008-2013					283.7	

Elaboración: Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (DARES) - MINSAs.

Fuente: <http://www2.seace.gob.pe/>

Nota: Los ahorros indicados, se obtienen de la diferencia de los valores referenciales y los valores adjudicados de los procesos efectuados.

6.2.6 Destino o consumo de medicamentos en el MINSAs y Regiones

En el periodo 2010-2013, el destino o consumo estimado de medicamentos modificó su composición. De acuerdo al SISMED-DIGEMID⁵⁸ se incrementaron las ventas al SIS de 44.4% al 61.8% del total del consumo, lo que disminuyó a la mitad las ventas al público (19.2%). En términos relativos los medicamentos para intervenciones sanitarias disminuyeron, así como las destinadas a la Defensa Nacional. (Cuadro 5 y Gráfico 7).

⁵⁸ DIGEMID es la responsable de regular, conducir, articular, monitorear, supervisar, brindar asistencia técnica y evaluar el proceso de implementación y funcionamiento del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos – SISMED (Resolución Ministerial 1753-2002). No obstante, se considera que la información consignada es estimada por cuanto la calidad de la información depende de los prestadores DISA/DIRESA/GERESA/Hospital e Instituto especializado, la que se encuentra en proceso de revisión y evaluación de parte de DIGEMID.

Cuadro 5

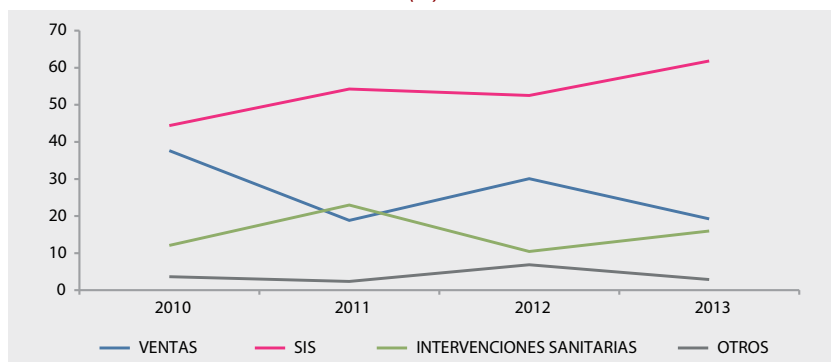
*Estructura del consumo de medicamentos por tipo de atención en MINSA y Regiones.
Perú 2010-2013
(Porcentajes)*

AÑO	VENTAS	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	INTERVENCIONES SANITARIAS	DEFENSA NACIONAL	OTROS	TOTAL
2010	37.7	44.4	12.1	2.2	3.6	100.0
2011	18.8	54.3	23.0	1.6	2.4	100.0
2012	30.1	52.5	10.5	0.1	6.9	100.0
2013	19.2	61.8	16.0	0.1	2.9	100.0

Elaborado por DIGEMID.

Gráfico 7

*Destino o consumo de medicamentos por tipo de atención en MINSA y Regiones.
Perú 2010-2013
(%)*



7. Conclusiones

1. En el periodo 1995-2012 el **gasto nacional en servicios de salud** creció en términos reales en 126.8%, porcentaje ligeramente mayor al crecimiento registrado en el PBI. Se evidencia una asociación positiva entre el gasto en Salud y el PBI, así como una mayor participación del gasto en salud respecto al PBI, que aumentó de 4.4% a 5.2%. No obstante, el Perú se encuentra todavía por debajo del promedio latinoamericano de 7.6% (2012).
2. En el **financiamiento de la salud** destacaron tres agentes: hogares, gobierno y empleadores. Si bien los tres crecieron en términos reales, lo hicieron a ritmos diferenciados, lo cual determinó una variación en su participación.
 - 2.1 La contribución del gobierno en el financiamiento pasó de 25.2% a 29.0%, acentuándose principalmente a partir del 2005;
 - 2.2 Aunque el gasto de los hogares, si bien aumentó en términos reales (113.7%), su participación porcentual disminuyó de 45.8% a 37.0% manteniéndose aún como el principal agente de financiamiento.
 - 2.3 La participación de los empleadores a través de ESSALUD y de las EPS presentó un aumento de 25.6% a 30.1% debido al incremento del empleo declarado en planilla asociado al crecimiento económico pero también a la formalización.
3. En el periodo 1995-2012 el porcentaje del **financiamiento agrupado como fondo de aseguramiento** creció de 30.7% a 37.4%, sobre todo debido a la incorporación del SIS y por el crecimiento de las EPS. Aunque ESSALUD siguió siendo el principal fondo de aseguramiento en salud, su participación relativa disminuyó de 85.7% a 69.0% para el 2012, mientras que las EPS representaron el 11.1%, y el SIS el 5.6%.
4. En el periodo 1995-2012, **el gasto público en salud** creció de 2.3% a 2.8% del PBI, mientras que **el gasto privado en salud** pasó de 2.0% a 2.3%.
 - 4.1 El gasto en los **establecimientos de gestión pública** estuvo en torno al 54%-55% del total del gasto en salud. El gasto en los establecimientos del MINSA y Regiones aumentó de 26.3% a 29.2%, mientras que en los establecimientos de ESSALUD disminuyó en su participación relativa de 21.5% a 20.4% y, el gasto en sanidades y otros públicos se mantuvo entre el 5%-6%.

- 4.2 En el **sector privado**, los prestadores lucrativos tuvieron una participación alrededor del 33% y la venta directa en farmacia estuvo en torno al 11%-12%. No obstante existe dificultad en la estimación del gasto del sector privado debido a que en la última década se presentó un proceso creciente de inversión con fondos provenientes de aseguradoras, fondos mutuos y grandes grupos empresariales el que no se encuentra plenamente contabilizado.
5. Entre los años 2005 y 2012, el **gasto del MINSA en salud** creció en 65.2% en valores reales. Este crecimiento registra importantes variaciones en su composición debido al aumento de las inversiones. En el MINSA estas pasaron de 8.4% a 14.0% del total de su gasto y en los Gobiernos Regionales de 2.4% a 19.1%. El incremento real del **gasto en salud de las Regiones** (188.2%) casi triplicó al del MINSA debido al proceso de transferencia de recursos que conlleva la descentralización.
6. Con el crecimiento económico **la utilización de servicios de salud** modificó su composición aumentando el uso de prestadores privados. Entre los años 2004-2012 **la consulta a los prestadores públicos** pasó de 26.0% a 23.3%, mientras que **la consulta al sector privado** subió de 32.0% a 39.4%.
7. El **porcentaje de la población asegurada** subió de 24% a 62%, principalmente por el crecimiento en la afiliación al SIS (31.4% de la población nacional, lo que equivale a 9.7 millones de personas para el año 2012), destinado mayoritariamente a la población en condición de pobreza. A pesar que el SIS tiene un peso relativamente bajo en el total del financiamiento público del MINSA y Regiones, se incrementó de 12.6% (2002) a 17.0% (2012).
8. El **aseguramiento en salud** no garantizó el acceso de los afiliados a los prestadores adscritos a su respectivo seguro. El incremento notable de la población asegurada, sobretodo de la afiliada al SIS, sin bien conllevó al aumento en números absolutos de la población que accedió a los servicios de salud, ante la posible restricción de la oferta, propició su disminución porcentual en establecimientos de salud bajo gestión pública. Es así que en el periodo 2004-2012 y tomando como 100% a la población que autorreportó problemas de salud:
- 8.1 El porcentaje de los afiliados al SIS que fue atendido en establecimientos del MINSA y Regiones disminuyó de 56.0% a 37.4%.
- 8.2 Los afiliados a ESSALUD que acudieron a sus establecimientos disminuyeron de 38.7% a 28.0%.
- 8.3 En los asegurados a las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional se registró una tendencia similar, pues bajó de 41.7% a 27.8%.

- 8.4 En todos los casos anteriores la consulta en farmacias aumentó considerablemente. Solo en quienes contaron con seguro privado, se registró una tendencia al aumento en la consulta a sus prestadores.
9. Pese al importante aumento en el financiamiento público, es posible que la principal restricción que enfrenta la oferta pública MINSA-Regiones y ESSALUD haya sido la limitada concordancia entre el gasto operativo y la disponibilidad de recursos humanos especializados y el de inversiones, por lo que parte de este no se encontraría en funcionamiento, esterilizándose parcialmente los esfuerzos en la inversión.
10. El **porcentaje del gasto familiar en salud** respecto al gasto total familiar aumentó en promedio de 5.0% (2004) a 5.8% (2012) en un contexto de crecimiento económico. Los quintiles 1 y 2, en condición de pobreza, subieron de 3.9% a 4.1% y de 4.7% a 5.4% respectivamente.
11. En cuanto al **tema de los medicamentos**, debe destacarse la política de consumo de medicamentos genéricos y las compras corporativas dirigidas por el MINSA.
- 11.1 A través de estos mecanismos se ha promovido el aumento del consumo de unidades físicas de medicamentos en el sector público y una diferencia de precios hasta cuatro veces menor de los medicamentos genéricos en relación a los de marca.
- 11.2 Las Compras Corporativas de medicamentos convocadas por el MINSA en alianza con otros prestadores públicos en el periodo 2008-2013 han logrado un ahorro de 283.7 millones de Nuevos Soles corrientes.
12. Teniendo en cuenta las restricciones del sector público y el mayor dinamismo privado, **la rectoría del MINSA se orienta a reforzar la coordinación público-privada:**
- 12.1 Ha iniciado una política de Acuerdos Público Privados, canje de deuda tributaria por inversión en salud y contratación de prestadores privados.
- 12.2 Ha empezado una intensa política de afiliación incluyendo a los escolares de escuelas públicas y madres gestantes, en un contexto de reestructuración y de expansión de la oferta pública para buscar garantizar la universalización.
- 12.3 El SIS ha elevado su ejecución de 563.3 (2011) a 603.4 (2012), así como también ha introducido mecanismos de pago anticipados destinados a estimular una mayor atención a los afiliados al SIS.
13. Se espera que la realización de las Cuentas Nacionales en Salud en los años siguientes muestre el efecto de las nuevas medidas.

Bibliografía

CONSULTORÍAS DE LA OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO- MINISTERIO DE SALUD

- 2013 *Informe de Gasto de Hogares en Salud 2004-2012.*
- 2013 *Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud.
Gasto de Hogares en Salud 2004-2012.*
- 2014 *Informe de Mercado de Medicamentos 2004-2012.*

DIGEMID – MINSA

- 2013 *Mercado Farmacéutico y Acceso a Medicamentos en el Perú (PPT).*

INTERNATIONAL MARKETING SERVICES (IMS-Health)-MINISTERIO DE SALUD-DIGEMID

- 2014 *IMS Health World Review. Proporcionado por DIGEMID.*

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

- Encuesta Nacional de Hogares ENAHO. 2004-2012*
- Encuesta Económica Anual EEA. 2006-2011*

LEYES

- 1997 *Ley 26790. Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. 15 mayo 1997.*
- 2009 *Ley 29459. Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y
Productos Sanitarios. 29 octubre 2009*
- 2010 *Decreto Supremo N°003-2010-SA. Modificación del Reglamento de Organización
y Funciones del Ministerio de Salud. 23 enero 2010*

MAXIMIXE

- 2013 *Estructura y Tendencias del Mercado de Farmacéuticos. Julio 2013. Lima.*

MINISTERIO DE SALUD

- Informe de consumo integrado de DISA/DIRESA/GERESA (2008-2012) SISMED*

MINISTERIO DE SALUD

- 2011 *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento.
Decreto Ley 29344. D.S. 008-2010-SA. Lima: MINSA*

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 del Ministerio de Salud.

MINISTERIO DE SALUD-CONSEJO NACIONAL DE SALUD.

2013 *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud.*

Lima: MINSA-Consejo Nacional de Salud.

MINISTERIO DE SALUD-CONSORCIO DE INVESTIGACION ECONÓMICA Y SOCIAL (CIES)

2008 *Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995-2005.* Lima: MINSA-CIES.

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-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.

OFICINA ECONÓMICA Y COMERCIAL DE LA EMBAJADA DE ESPAÑA EN LIMA

2005 *El Mercado de los productos farmacéuticos en Perú.* Notas sectoriales. Lima.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2010 *La Financiación de los Sistemas de Salud.*

El camino hacia la cobertura universal 2010. Ginebra: OMS.

PETRERA, Margarita

2012 *Aseguramiento en salud en Perú. ¿Existe un efecto inclusivo del*

Seguro Público en Salud? Editorial Académica Española.

(Tesis doctoral de Salud Pública. Universidad Peruana Cayetano Heredia 2012)

SEGURO SOCIAL DE SALUD DEL PERÚ (ESSALUD)

Memorias (1995-2005). Lima: EsSalud.

SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES

1993 *Sistema de Cuentas Nacionales 1993 de las Naciones Unidas.*

Washington D.C.: ONU.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SUSALUD)

Anuarios Estadísticos. 2004-2012. SUNASA. Lima: SUSALUD.

Anexos

Anexo 1
Financiamiento de la atención de salud según agentes. Perú 1995-2012
(Millones de Nuevos Soles)

AGENTES	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
GOBIERNO	1,491.1	1,767.7	1,802.5	2,051.9	2,150.8	2,215.5	2,844.4	2,965.4	3,249.2	3,183.0	3,307.3	3,745.8	4,063.0	5,710.7	6,370.8	6,758.9	8,310.6
COOPERANTES EXTERNOS	82.8	74.8	93.6	101.3	106.2	101.1	91.1	105.9	109.1	125.4	159.1	198.7	207.0	176.1	184.5	178.8	248.5
DONACIONES INTERNAS	41.4	47.6	46.8	59.1	70.8	64.4	70.9	72.3	79.5	85.4	91.1	118.8	121.8	134.0	144.3	154.4	164.0
HOGARES	2,709.5	2,961.2	3,420.1	3,481.5	3,692.6	3,690.4	4,203.9	4,216.7	4,229.5	4,519.0	5,725.8	6,675.2	7,693.8	8,190.5	8,789.5	9,673.8	10,590.4
INVERSIONISTAS PRIVADOS	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	568.2	544.7
EMPLEADORES	1,514.8	2,019.3	2,528.2	2,685.2	2,867.7	3,153.2	3,315.9	3,480.2	3,669.3	3,926.6	4,566.2	5,102.6	5,791.7	6,139.6	6,565.3	7,489.7	8,628.6
OTROS (EsSalud)	76.9	176.8	202.9	363.1	256.7	174.7	91.1	82.7	123.7	152.5	244.4	258.5	221.8	344.7	564.8	104.8	134.0
TOTAL (millones de Nuevos Soles)	5,916.5	7,047.4	8,094.1	8,742.1	9,144.8	9,399.3	10,617.2	10,923.2	11,460.4	11,992.1	14,093.7	16,099.5	18,099.0	20,695.6	22,619.3	24,928.5	28,620.8
TOTAL (millones de Nuevos Soles de 2007)	11,773.2	12,358.6	12,584.6	12,502.3	11,926.5	11,340.9	11,717.1	11,756.0	12,056.3	12,214.0	14,244.6	16,099.5	17,767.0	19,801.0	21,269.0	22,889.3	25,700.6

(*) Comprende registros administrativos de ingresos por servicios a no asegurados, ingresos financieros, por participación en dividendos y otros.

Nota: Se omite el año 2001 por dificultades en la comparabilidad debidas al diseño del cuestionario ENAHO y la actualización del marco de viviendas.

Se utilizó el IPC de Cuidado y conservación de la salud para la conversión a valores constantes a precios de 2007.

Para la conversión de soles a dólares se ha considerado el tipo de cambio promedio anual, compra - venta y mercado oficial y paralelo del Banco Central de Reserva del Perú.

Fuentes: Actualización de Años 1995-2000 Gasto en servicios de salud 1995-2000; Ministerio de Salud-OPS/OMS 2004.

Actualización de años 1995-2005 Revisión de Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2005. CIES-MINSA.

Anexo 2
Financiamiento estimado de los hogares en salud según fuentes. Perú 2004-2012
(Millones de Nuevos Soles de 2007)

DESTINO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
FINANCIAMIENTO DIRECTO ("BOLSILLO")	3,859.1	3,955.5	5,146.1	6,019.7	6,841.7	7,015.6	7,371.4	7,906.6	8,415.9
PRIMAS DE SEGUROS PRIVADOS, EPS Y ESSALUD	590.3	647.2	640.9	655.5	711.0	821.0	893.4	975.8	1,093.9
TOTAL ESTIMADO (millones de Nuevos Soles de 2007)	4,449.4	4,602.7	5,787.1	6,675.2	7,552.6	7,836.5	8,264.9	8,882.4	9,509.8

Fuente: Informe de Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO 2004-2012. Consistencia de datos de ENAHO con el gasto de bolsillo en servicios de salud MINSA e información de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS), ESSalud y SUSALUD.

Anexo 3
Financiamiento de recursos públicos en la atención de salud. Perú 2002-2012
(Millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)

INSTITUCIONES	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MINSA + REGIONES	2,042.3	2,102.4	2,405.0	2,738.4	2,931.7	3,340.9	3,611.4	4,849.7	5,170.9	5,890.1	7,139.5
MINSA	1,408.9	1,405.1	1,603.9	1,778.3	1,870.4	2,196.5	2,223.7	2,692.9	2,831.9	3,092.7	3,546.3
RECURSOS ORDINARIOS	1,215.9	1,175.2	1,251.0	1,447.3	1,556.4	1,872.1	1,784.4	2,234.4	2,322.2	2,517.9	2,931.6
RECURSOS POR CRÉDITO EXTERNO	14.6	33.0	56.8	62.0	24.0	3.8	0.0	0.0	6.4	11.5	11.2
SIS-RECURSOS ORDINARIOS	178.4	196.9	296.1	269.0	290.0	320.5	439.3	458.5	503.2	563.3	603.4
REGIONES	633.3	697.3	801.0	960.1	1,061.2	1,144.4	1,387.7	2,156.8	2,339.0	2,797.4	3,593.3
RECURSOS ORDINARIOS	633.3	697.3	801.0	960.1	1,061.2	1,142.0	1,382.9	1,921.6	2,078.2	2,648.6	3,345.7
RECURSOS DETERMINADOS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	2.4	4.7	235.1	260.8	148.8	247.6
SANIDADES, BENEFICIENCIAS Y MUNICIPIOS (*)	802.1	863.0	844.3	444.6	375.6	404.9	451.6	861.0	1,200.0	868.9	1,171.1
TOTAL (millones de nuevos soles)	2,844.4	2,965.4	3,249.2	3,183.0	3,307.3	3,745.8	4,063.0	5,710.7	6,370.8	6,758.9	8,310.6
TOTAL (millones de nuevos soles de 2007)	3,139.0	3,191.5	3,418.2	3,241.9	3,342.7	3,745.8	3,988.4	5,463.8	5,990.5	6,206.0	7,462.7

Registros administrativos de las instituciones. Dirección General de Presupuesto Público y Dirección General de Contabilidad Pública del Ministerio de Economía y Finanzas. (*) Estimado a partir de la ejecución presupuestal a la que se sustrae la estimación de los Ingresos Directamente Recaudados. Los datos referidos a Sanidades muestran grandes oscilaciones en la contabilidad pública.

Nota. Se depura el presupuesto ejecutado del MINSA y de las Regiones restando las funciones "no salud". Además se realizan depuraciones al interior de la función salud.

Anexo 4
Financiamiento de ESSALUD, Perú 2006-2012
 (Millones de Nuevos Soles corrientes y constantes 2007)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
APORTACIONES	3,934.4	4,390.5	4,943.2	5,190.3	5,493.1	6,269.7	7,236.8
APORTACIONES LEY 26790 - SALUD	3,655.7	4,105.5	4,768.5	5,034.8	5,306.6	6,073.3	7,007.9
APORTACIONES SEGURO POTESATIVO	37.2	26.3	21.3	17.4	16.6	16.4	24.1
APORTACIONES SEGURO UNIVERSITARIO	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
APORTACIONES SEGURO COMPLEMENTARIO TRABAJO DE RIESGO (SCTR)	41.0	44.6	52.2	46.5	54.9	56.2	63.2
APORTACIONES SEGURO AGRARIO	41.6	48.8	60.7	61.0	71.1	86.3	100.1
OTROS (*)	158.9	165.4	40.5	30.6	44.0	37.5	41.6
OTROS INGRESOS	257.6	270.4	234.3	262.7	530.8	120.6	150.7
INGRESOS OPERATIVOS	257.6	270.4	167.1	133.2	129.2	120.6	149.7
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD A NO ASEGURADOS	13.2	11.9	12.6	15.1	15.2	15.8	16.7
INGRESOS FINANCIEROS	85.5	93.1	114.0	87.5	70.0	65.5	89.5
INGRESOS POR PARTICIPACIONES O DIVIDENDOS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	1.9
OTROS (**)	158.9	165.4	40.5	30.6	44.0	37.5	41.6
INGRESO DE CAPITAL	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
INGRESO POR TRANSFERENCIAS	0.0	0.0	0.0	97.1	0.0	0.0	0.0
INGRESO POR PRÉSTAMO	0.0	0.0	0.0	0.0	49.2	0.0	0.0
RESULTADO EJERCICIOS ANTERIORES	0.0	0.0	67.2	129.5	401.6	0.0	0.0
TOTAL INGRESOS (millones de nuevos soles)	4,191.9	4,660.9	5,177.6	5,453.0	6,023.9	6,390.3	7,387.5
TOTAL INGRESOS (millones de nuevos soles de 2007)	4,236.8	4,660.9	5,082.6	5,217.3	5,664.4	5,867.6	6,633.8

(*) Compuesto principalmente por cobro a empleadores morosos.

(**) Cobros por recuperación por siniestros, alquileres, venta de bases para concurso público, entre otros.

Fuente: Essalud. Gerencia Central de Finanzas. Gerencia de Presupuesto.

Anexo 5
Tipos de fondos o seguros en servicios de salud. Perú 1995-2012
 (Porcentajes, millones de Nuevos Soles constantes de 2007)

TIPO DE FONDOS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SEGURO INTEGRAL DE SALUD	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	47.5	181.9	311.4	274.6	294.0	320.5	431.3	438.7	473.2	517.2	541.9
SEGUROS PRIVADOS (*)	248.7	275.3	292.3	306.0	444.7	355.9	430.4	525.2	530.2	575.5	583.4	595.7	640.6	745.5	796.0	844.6	934.2
AUTOSEGUROS PRIVADOS (**)	268.6	252.5	259.7	246.0	226.9	222.0	218.5	231.4	238.8	258.7	282.0	301.0	328.9	338.7	370.4	414.1	433.0
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	3,092.3	3,286.3	3,661.5	3,755.5	3,492.6	3,630.6	3,538.1	3,643.1	3,790.4	3,958.9	4,708.9	5,190.9	5,720.7	6,028.9	6,525.5	6,789.0	7,703.4
ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD (EPS)	0.0	0.0	0.0	0.0	61.3	336.6	423.8	433.7	441.8	474.6	472.1	530.0	638.1	718.7	814.8	921.4	1,069.7
ESSALUD	3,092.3	3,286.3	3,661.5	3,755.5	3,431.3	3,294.0	3,114.3	3,209.4	3,348.5	3,484.3	4,236.8	4,660.9	5,082.6	5,310.2	5,710.6	5,867.6	6,633.8
TOTAL (millones de Nuevos Soles de 2007)	3,609.7	3,814.2	4,213.5	4,307.5	4,164.2	4,208.5	4,234.5	4,581.6	4,870.8	5,067.7	5,868.3	6,408.1	7,121.4	7,551.7	8,165.0	8,564.9	9,612.5
COMO % DEL FINANCIAMIENTO	30.7	30.9	33.5	34.5	34.9	37.1	36.1	39.8	40.4	41.5	41.2	39.8	39.8	37.4	37.1	37.4	37.4

No se dispone de información del costo administrativo de Essalud ni de autoseguros privados.

Fuentes: Seguro Integral de Salud (SIS), Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS), Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

(*) Primas Retenidas Actualizadas del Ramo de Accidentes y Enfermedades.

(**) Tendencia estimada en base al crecimiento del PBI.

Anexo 6
Gasto en salud según prestadores. Perú 1995-2012
 (Millones de Nuevos Soles constantes de 2007)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PRESTADORES PÚBLICOS	5,601.1	5,667.0	5,335.0	5,876.0	6,162.3	5,840.9	5,971.5	5,947.8	6,092.9	6,779.3	6,956.2	7,719.4	8,562.1	10,420.5	11,027.4	11,321.1	12,993.7
MINSAs + REGIONES	2,735.9	2,966.1	2,651.6	2,900.5	2,810.1	2,751.7	2,694.1	2,714.9	2,950.9	3,284.4	3,504.4	3,850.4	3,985.5	5,170.4	5,291.1	5,818.1	6,920.0
MINSAs	2,735.9	2,966.1	2,651.6	2,900.5	2,810.1	2,751.7	1,737.8	1,706.7	1,804.0	1,971.4	2,072.3	2,349.8	2,202.0	2,571.6	2,623.9	2,758.2	3,135.9
REGIONES	2,240.4	2,132.6	2,172.4	2,440.3	2,843.3	2,646.3	956.3	1,008.1	1,146.9	1,312.9	1,432.1	1,500.6	1,783.5	2,598.9	2,667.2	3,059.9	3,784.1
ESSALUD	2,240.4	2,132.6	2,172.4	2,440.3	2,843.3	2,646.3	2,832.0	2,756.3	2,666.6	2,916.0	2,960.7	3,325.4	3,978.9	4,252.8	4,474.5	4,536.1	4,831.4
SANIDADES Y OTROS PÚBLICOS	624.7	568.3	511.1	535.2	508.9	442.8	445.5	476.7	475.4	578.9	491.0	543.6	597.7	997.3	1,261.7	966.9	1,242.3
PRESTADORES PRIVADOS	4,814.8	4,797.8	4,983.6	4,538.1	4,624.5	4,523.0	4,465.4	4,217.4	4,834.0	5,093.7	5,898.7	6,921.2	7,954.1	8,306.2	8,829.7	9,935.6	10,632.1
PRIVADO LUCRATIVO *	3,442.8	3,452.1	3,605.8	3,180.1	3,304.9	3,252.3	3,230.7	2,959.3	3,421.9	3,536.4	3,810.1	4,487.2	5,436.1	5,649.4	6,043.3	6,936.9	7,681.5
PRIVADO NO LUCRATIVO	161.6	142.9	159.7	182.0	199.1	168.7	159.1	165.8	199.3	204.7	249.9	309.6	351.6	345.5	364.1	378.8	432.3
VENTA DIRECTA EN FARMACIAS	1,210.4	1,202.8	1,218.1	1,176.0	1,120.4	1,102.0	1,075.5	1,112.3	1,212.8	1,352.6	1,838.7	2,124.5	2,166.4	2,311.2	2,422.3	2,619.9	2,518.3
TOTAL (millones de Nuevos Soles de 2007)	10,415.8	10,464.8	10,318.7	10,414.0	10,786.8	10,363.8	10,436.9	10,165.2	10,926.9	11,873.0	12,854.9	14,640.6	16,516.2	18,726.6	19,857.0	21,256.6	23,625.7

(*) Se ha incluido el estimado del monto de inversión privada dentro del prestador privado lucrativo para los años 2011 y 2012.

Elaboración propia.

Fuente: Gasto en servicios de salud 1995-2000 (Ministerio de Salud-OPS/OMS 2004); Gasto en servicios de salud 2002-2005 (Ministerio de Salud-CIES 2008).

Anexo 7**Gasto ejecutado en salud del MINSA y Regiones según genéricas de gasto.****Perú 2005-2012****(Millones de Nuevos Soles constantes de 2007)**

MINSA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	986.7	1,062.7	1,076.0	1,079.7	997.5	984.4	1,062.7	1,188.7
OTRAS PRESTACIONES SOCIALES (*)	0.0	0.0	0.0	0.0	45.8	26.7	4.8	10.9
BIENES Y SERVICIOS	817.4	869.5	1,035.1	920.7	1,136.7	1,173.8	1,165.1	1,429.2
CONTRATO DE ACUERDO DE SERVICIOS (CAS) Y SERVICIOS NO PERSONALES	205.7	222.3	248.5	207.0	209.0	259.1	284.2	332.8
RESTO	611.8	647.2	786.6	713.7	927.7	914.7	880.9	1,096.4
DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0
OTROS GASTOS CORRIENTES	2.1	3.2	1.8	0.8	41.1	69.0	41.6	67.3
INVERSIÓN	165.2	136.9	236.9	200.8	350.5	370.0	482.2	439.8
INVERSIONES	128.8	65.4	95.1	69.3	235.8	292.5	295.5	223.8
OTROS GASTOS DE CAPITAL	36.4	71.5	141.8	131.5	114.8	77.4	186.7	216.0
TOTAL MINSA	1,971.4	2,072.3	2,349.8	2,202.0	2,571.6	2,623.9	2,758.2	3,135.9
TOTAL GASTOS "NO SALUD" MINSA (**)	538.4	551.1	513.3	654.6	758.6	629.0	863.1	768.9
TOTAL "SALUD" MINSA	1,433.0	1,521.2	1,836.5	1,547.4	1,812.9	1,994.9	1,895.1	2,367.0
REGIONES								
PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	884.0	952.2	961.5	1,065.6	1,280.4	1,325.2	1,427.3	1,644.6
OTRAS PRESTACIONES SOCIALES (*)	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	1.6	1.8	6.1
BIENES Y SERVICIOS	385.6	414.5	421.7	637.6	796.6	925.0	1,092.8	1,373.6
CAS Y SERVICIOS NO PERSONALES	45.4	54.6	57.9	153.1	214.3	297.6	396.0	546.0
RESTO	340.3	359.8	363.8	484.6	582.2	627.4	696.8	827.6
OTROS GASTOS CORRIENTES	11.6	12.5	11.4	11.3	34.6	36.9	107.8	37.8
INVERSIÓN	31.8	52.9	106.0	69.0	486.2	378.5	430.1	722.0
INVERSIONES	0.5	20.9	80.4	19.8	379.9	317.1	285.1	449.5
OTROS GASTOS DE CAPITAL	31.3	32.0	25.6	49.2	106.4	61.4	145.1	272.4
TOTAL REGIONES (millones de Nuevos Soles de 2007)	1,312.9	1,432.1	1,500.6	1,783.5	2,598.9	2,667.2	3,059.9	3,784.1
TOTAL GASTOS "NO SALUD" REGIONES (millones de Nuevos Soles de 2007) (**)	215.6	205.8	275.3	278.6	306.8	340.9	367.8	346.3
TOTAL "SALUD" REGIONES (millones de Nuevos Soles de 2007)	1,097.4	1,226.3	1,225.3	1,504.9	2,292.1	2,326.3	2,692.1	3,437.7

(*) Se refiere a prestaciones vinculadas a la salud gratuitas que efectúan brigadas, así como a actividades de capacitación y mantenimiento.

(**) Se refiere a gastos en Programas nutricionales a no pacientes, Educación (formación y capacitación de practicantes y secgristas), Medio Ambiente y Saneamiento y Pensiones.

Fuente: Registros administrativos de las bases de datos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Se ha realizado una depuración de la Base de datos del MEF (MINSA y Regiones) retirando las funciones "no salud".

Anexo 8
Ejecución de gastos de ESSALUD. Perú 2006-2012
(Millones de Nuevos Soles constantes de 2007)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
GASTO OPERATIVO	3,909.7	3,989.2	4,370.2	4,806.6	5,140.1	5,283.7	5,524.9
Compra de bienes	657.0	717.5	827.0	947.4	1,030.6	1,007.5	1,073.4
Insumos y suministros	593.0	645.1	740.6	854.5	949.0	924.1	988.7
Medicinas	359.2	375.7	417.9	474.8	514.2	496.5	557.0
Otros insumos y suministros	233.8	269.4	322.7	379.7	434.8	427.6	431.7
Combustibles y lubricantes	17.7	17.0	19.3	18.7	21.0	24.5	26.1
Otros	46.2	55.4	67.1	74.2	60.5	58.9	58.7
Gastos Integrados de Personal (*)	2,397.7	2,511.9	2,668.6	2,868.6	3,027.3	3,174.7	3,323.6
Remuneraciones por todo concepto	1,631.3	1,686.9	1,775.6	1,877.5	2,001.9	2,117.2	2,199.6
Gastos Adicionales de personal (**)	609.7	660.7	674.0	646.7	643.2	643.7	650.0
Otros gastos de personal	55.8	56.7	91.0	172.9	167.9	163.9	216.5
Honorarios profesionales	5.5	12.2	18.3	14.5	14.2	17.5	13.8
Serv.de vigilancia, guardiania y limpieza	94.7	94.7	108.9	132.2	162.6	186.0	207.4
Otros	0.8	0.8	0.9	24.7	37.4	46.4	36.3
Servicios prestados por terceros (***)	134.8	149.5	179.5	205.8	215.4	215.8	199.9
Tributos (****)	0.0	0.0	0.0	2.9	2.0	2.2	2.3
Gastos diversos de gestión	9.7	3.2	9.5	11.0	8.5	12.9	13.4
Seguros	9.7	3.2	9.5	11.0	8.5	12.9	13.4
Otros	309.2	293.9	385.1	412.9	481.9	481.1	482.4
Comisión de Recaudación SUNAT	81.9	84.8	67.9	69.6	72.4	80.9	91.3
Servicios Bancarios	0.6	0.7	1.0	1.0	1.1	1.5	2.5
Compra de servicios privados a terceros	107.0	130.5	171.1	218.9	269.4	246.2	238.7
Compra de servicios de salud en el exterior	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.2
Resto de servicios	119.7	77.9	145.1	123.4	139.0	152.5	144.6
Prestaciones Económicas	401.2	313.2	300.6	358.0	374.4	389.5	429.9
GASTOS DE CAPITAL	41.5	298.3	577.7	503.5	454.1	376.5	483.3
PAGO POR TRANSFERENCIAS NETAS (*****)	131.2	128.4	134.7	0.0	116.2	116.0	130.1
AMORTIZACIÓN E INTERESES DEL PAGO A DEUDA (BN) (*****)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	48.6	0.0

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL DE GASTO (millones de Nuevos Soles de 2007)	4,082.3	4,415.9	5,082.6	5,310.2	5,710.4	5,824.8	6,138.3
TOTAL DE INGRESOS (millones de Nuevos Soles de 2007)	4,236.8	4,660.9	5,082.6	5,310.2	5,710.6	5,867.6	6,633.8
SALDO NO EJECUTADO (millones de Nuevos Soles de 2007)	154.5	245.1	0.0	0.0	0.2	42.8	495.5
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL DE GASTO (millones de Nuevos Soles de 2007)	4,082.3	4,415.9	5,082.6	5,310.2	5,710.4	5,824.8	6,138.3
TOTAL DE GASTO "NO SALUD" (millones de Nuevos Soles de 2007)	1,014.6	959.9	932.6	838.5	966.5	1,042.5	1,068.2
Jubilaciones y pensiones Ley 20530	399.6	432.9	428.5	409.8	402.3	406.0	414.3
Comisión de Recaudación SUNAT	81.9	84.8	67.9	69.6	72.4	80.9	91.3
Servicios Bancarios	0.6	0.7	1.0	1.0	1.1	1.5	2.5
Prestaciones económicas	401.2	313.2	300.6	358.0	374.4	389.5	429.9
Pago por transferencias Netas	131.2	128.4	134.7	0.0	116.2	116.0	130.1
Amortización e intereses del pago a deuda (BN)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	48.6	0.0
TOTAL DE GASTO " SALUD" (millones de Nuevos Soles de 2007)	3,067.7	3,455.9	4,150.0	4,471.7	4,743.9	4,782.3	5,070.1
- Compra de servicios privados a terceros	107.0	131.0	171.1	219.0	269.4	246.2	238.7
TOTAL DE GASTO SALUD EN ESSALUD (millones de Nuevos Soles de 2007)	2,960.7	3,325.4	3,978.9	4,252.8	4,474.5	4,536.1	4,831.4

(*) Nomenclatura de FONAFE-MEF para denominar a todos los gastos vinculados al personal.

(**) Incluye a) Bonificación a trabajadores de EsSalud en función del cumplimiento de metas; b) aguinaldo navideño otorgado a los trabajadores; c) jubilaciones y pensiones.

(***) Comprende servicios de transporte y almacenamiento y tarifas de servicios públicos.

(****) Comprende los gastos por otros impuestos y contribuciones, impuestos municipales. Hasta el año 2008 los tributos municipales formaban parte de los servicios públicos.

(*****) Transferencias a la ONP.

(*****) Corresponde al pago final (cancelación) a la deuda con el Banco de la Nación.

Fuente: EsSalud. Gerencia Central de Finanzas. Gerencia de Presupuesto.

Anexo 9

Módulo Salud de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH-INEI)

400. SALUD (Para todas las personas)									
Persona N°	Nombre:	Informante N°							
400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ? <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; width: 80%;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%; padding: 5px;">DÍA</th> <th style="width: 30%; padding: 5px;">MES</th> <th style="width: 30%; padding: 5px;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO				402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL AL ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A): (Acepte una o más alternativas) Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)? 1 Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? 2 Recaída de enfermedad crónica? 3 Accidente? 4 No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente 5 → PASE A 413B	
DÍA	MES	AÑO							
400C. ¿TIENE DNI? Sí 1 → PASE A 401 No 2 NO SABE 3 → PASE A 401		403. ¿A DONDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? (Acepte una o más alternativas) Puesto de salud MINSA 1 Centro de salud MINSA 2 Centro o puesto de salud CLAS 3 Posta, policlínico ESSALUD 4 Hospital MINSA 5 Hospital del Seguro (ESSALUD) 6 Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional 7 Consultorio médico particular 8 Clínica particular 9 Farmacia o botica 10 En su domicilio (del paciente) 11 Otro 13 } PASE A 409 (Especifique) NO BUSCÓ ATENCIÓN 14							
401D. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE DNI: (Acepte una o más alternativas) No tiene partida de nacimiento? 1 No lo considera importante? 2 No conoce los requisitos? 3 No sabe dónde acudir para tramitar su DNI? 4 No existen oficinas del RENIEC cerca de su domicilio? 5 No cuenta con los recursos económicos para tramitarlo? 6 Otro 7 } PASE A 401 (Especifique)		404. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA? (Acepte una o más alternativas) Médico 1 Dentista/odontólogo 2 Obstetrix 3 Enfermera(o) 4 Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud) . 5 Promotor (a) 6 Otro 7 (Especifique)							
401E. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE PARTIDA DE NACIMIENTO: (Acepte una o más alternativas) No tiene dinero para trámite? 1 Las oficinas de trámite se ubican lejos de su domicilio? 2 No conoce los requisitos? 3 No sabe donde acudir para tramitarla? 4 La persona no nació en un Establecimiento de Salud? 5 Otro 6 (Especifique)		401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO? (Artritis, hipertención, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.) Sí 1 No 2							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%; padding: 5px;">OBSERVACIONES</th> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>				OBSERVACIONES					
OBSERVACIONES									

(414) ¿UD. RECIBIÓ?

Revise la respuesta de la pgta. 402 y aplique sondeo.

PASE AL SIGUIENTE PRODUCTO O SERVICIO

(414) ¿EL GASTO REALIZADO FUE: (Acepte una o más alternativas)

Pagado por algún miembro de este hogar? 1
 Autoconsumo? 2
 Autosuministro? 3
 Regalado o pagado por algún miembro de otro hogar? 4
 Donado por alguna institución del estado o programa social (SIS)? 5
 Donado por alguna institución privada? 6
 Fue cubierto por el seguro? 7
 Otro? 8
 NO SABE/NO RESPONDE 9

PASE A 418

PASE AL SIGTE. PRODUCTO O SERV.

(416) ¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?

MONTO S/ Ent. Dec.

(417) ¿DÓNDE COMPRÓ ?

Establecimientos MINSA 1
 Establecimientos ESSALUD 2
 Hospital de las FF.AA. y Policía Nacional 3
 Botiquin Comunal 4
 Farmacia o botica 5
 Clínica particular 7
 CLAS 8
 ONG 9
 Óptica 10
 Bodega 11
 Casa de huesero, Curandero 12
 Ambulante 13
 Otro (Especifique) 14

PASE AL SIGTE. PRODUCTO O SERV.

CÓDIGO

(418) ¿CUÁNTO CREE QUE LE TUVIERA QUE PAGAR POR ESTE SERVICIO O PRODUCTO?

MONTO S/ Ent. Dec.

	Sí		No											MONTO S/ Ent. Dec.		CÓDIGO		MONTO S/ Ent. Dec.	
EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS																			
1. CONSULTA?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
2. MEDICINAS/INSUMOS?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
3. ANÁLISIS?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
4. RAYOS "X", TOMOGRAFÍA, ETC?... <small>(Especifique)</small>	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
5. OTROS EXÁMENES (HEMODIÁLISIS, ETC)? <small>(Especifique)</small>	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES																			
6. SERVICIO DENTAL Y CONEXOS? ...	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
7. SERVICIO OFTALMOLÓGICO?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
8. COMPRA DE LENTES?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
9. VACUNAS?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
10. CONTROL DE SALUD DE LOS NIÑOS?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
11. ANTICONCEPTIVOS?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
12. OTROS GASTOS (ORTOPEDIA, TERMÓMETRO, ETC)? <small>(Especifique)</small>	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES																			
13A. HOSPITALIZACIÓN?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
13B. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?..	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
14. CONTROLES POR EMBARAZO? ..	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
15. ATENCIONES DE PARTO?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								

SEGURO DE SALUD

419. EL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SEGURO DE SALUD AL CUAL UD. ESTÁ AFILIADO ACTUALMENTE ES: (Acepte una o más alternativas)

	419B. ¿QUIÉN APORTA LAS CUOTAS POR ESTAR AFILIADO:						
	Sí	No	Su centro de Trabajo?	Ud. mismo?	Es jubilado?	Un familiar?	No paga?
1. ¿ESSALUD (antes IPSS)?	1	2	1	2	3	4	
2. ¿Seguro privado de salud?	1	2	1	2	3	4	
3. ¿Entidad prestadora de salud?	1	2	1	2	3	4	
4. ¿Seguro de FF.AA./ Policiales?.....	1	2	1	2	3	4	
5. ¿Seguro Integral de Salud (SIS)?	1	2	1	2		4	5
6. ¿Seguro universitario?	1	2	1	2		4	
7. ¿Seguro escolar privado?	1	2	1	2		4	
8. ¿Otro?	1	2	1	2	3	4	5

(Especifique)

OBSERVACIONES

144

Anexo 10
Gasto monetario estimado del hogar en servicios de salud. Perú 2004-2012*
 (Millones de Nuevos Soles corrientes y constantes de 2007)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL GASTO DE BOLSILLO EN CCNNS	3,668.4	3,883.6	5,091.7	6,019.7	6,969.5	7,332.5	7,839.4	8,611.0	9,372.1
GASTO DE BOLSILLO DEBIDO A CONSULTA	2,580.3	2,648.9	3,370.6	3,993.7	4,854.8	5,037.5	5,428.4	5,928.2	6,688.3
GASTO DE BOLSILLO SIN CONSULTA	1,088.1	1,234.7	1,721.1	2,026.0	2,114.7	2,295.0	2,411.0	2,682.9	2,683.8
COMPRA DE SEGUROS (PRIMAS) (**)	561.1	635.4	634.1	655.5	724.2	858.1	950.2	1,062.7	1,218.2
TOTAL GASTO DE HOGARES EN CCNNS (millones de Nuevos Soles)	4,229.5	4,519.0	5,725.8	6,675.2	7,693.8	8,190.5	8,789.5	9,673.8	10,590.4
TOTAL GASTO DE HOGARES EN CCNNS (millones de Nuevos Soles de 2007)	4,449.4	4,602.7	5,787.1	6,675.2	7,552.6	7,836.5	8,264.9	8,882.4	9,509.8
DONACIÓN DE UN HOGAR A OTROS HOGARES (millones de Nuevos Soles)	663.9	617.7	821.9	1,008.5	1,242.7	1,153.7	1,463.9	1,613.7	1,543.8
DONACIÓN DE UN HOGAR A OTROS HOGARES (millones de Nuevos Soles de 2007)	698.5	629.2	830.7	1,008.5	1,219.9	1,103.9	1,376.5	1,481.7	1,386.3
TOTAL GASTO DE HOGARES (millones de Nuevos Soles) (*)	4,893.5	5,136.8	6,547.7	7,683.7	8,936.5	9,344.3	10,253.4	11,287.5	12,134.2
TOTAL GASTO DE HOGARES (millones de Nuevos Soles de 2007) (*)	5,147.9	5,231.8	6,617.8	7,683.7	8,772.6	8,940.4	9,641.3	10,364.2	10,896.1
GASTO DEL HOGAR EN OTROS HOGARES (Como % del gasto de bolsillo del propio hogar (%))	18.1	15.9	16.1	16.8	17.8	15.7	18.7	18.7	16.5

(*) Incluye la donación de otros hogares.

(**) Incluye Seguros Privados, Aroseguros, y seguros potestativos a EsSalud

Fuente: Informe de Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría Contratada por OGGP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO y compatibilizado con datos de registro del MINSA y Regiones (Ingresos Directamente Recaudados) de EsSalud (seguros potestativos o independientes) de la Superintendencia de Banca y Seguros y Superintendencia de Salud (SUSALUD).

Anexo 11
Gasto directo de los hogares en salud según prestador. Perú 2004-2012
 (Millones de Nuevos Soles constantes de 2007)

PRESTADOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
COMPRA DIRECTAMENTE EN FARMACIAS / BOTICAS	1,212.8	1,352.6	1,838.7	2,124.5	2,166.4	2,311.2	2,422.3	2,619.9	2,518.3
COMPRA EN PRESTADORES PRIVADOS	2,127.2	2,078.5	2,699.9	3,282.8	4,083.3	4,077.0	4,315.6	4,591.1	5,195.5
COMPRA EN PRESTADORES PÚBLICOS	519.2	524.3	607.6	612.3	592.0	627.3	633.6	695.6	702.1
TOTAL	3,859.1	3,955.5	5,146.1	6,019.7	6,841.7	7,015.6	7,371.4	7,906.6	8,415.9

Fuente: Informe de Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO 2004-2012.

Anexo 12
Poblacion afiliada y no afiliada al SIS
(En miles de personas y en porcentaje)

	QUINTIL DE GASTO	En miles de personas				En porcentaje			
		SIS	NO SIS		TOTAL	SIS	NO SIS		TOTAL
			NO SEGURO	OTROS SEGUROS DE SALUD			NO SEGURO	OTROS SEGUROS DE SALUD	
2004	1	1,538.3	3,892.4	73.7	5,504.3	27.9	70.7	1.3	100.0
	2	1,186.4	3,945.4	372.5	5,504.3	21.6	71.7	6.8	100.0
	3	783.7	3,740.3	978.0	5,502.1	14.2	68.0	17.8	100.0
	4	506.2	3,385.4	1,641.9	5,533.6	9.1	61.2	29.7	100.0
	5	171.5	2,462.7	3,027.1	5,661.3	3.0	43.5	53.5	100.0
	TOTAL	4,186.1	17,426.2	6,093.3	27,705.5				
2005	1	1,533.6	3,958.9	72.5	5,565.1	27.6	71.1	1.3	100.0
	2	1,197.2	3,950.4	381.6	5,529.1	21.7	71.4	6.9	100.0
	3	685.9	3,829.0	957.2	5,472.1	12.5	70.0	17.5	100.0
	4	381.0	3,451.0	1,634.8	5,466.8	7.0	63.1	29.9	100.0
	5	130.8	2,456.1	2,989.7	5,576.5	2.3	44.0	53.6	100.0
	TOTAL	3,928.5	17,645.4	6,035.7	27,609.6				
2006	1	1,860.6	3,703.0	72.4	5,636.0	33.0	65.7	1.3	100.0
	2	1,316.2	3,905.0	422.0	5,643.2	23.3	69.2	7.5	100.0
	3	745.7	3,855.2	1,050.8	5,651.6	13.2	68.2	18.6	100.0
	4	381.8	3,504.6	1,775.9	5,662.4	6.7	61.9	31.4	100.0
	5	97.4	2,608.1	3,131.8	5,837.3	1.7	44.7	53.7	100.0
	TOTAL	4,401.7	17,575.9	6,453.0	28,430.5				

	QUINTIL DE GASTO	En miles de personas				En porcentaje			
		SIS	NO SIS		TOTAL	SIS	NO SIS		TOTAL
			NO SEGURO	OTROS SEGUROS DE SALUD			NO SEGURO	OTROS SEGUROS DE SALUD	
2007	1	2,250.9	3,357.0	99.7	5,707.6	39.4	58.8	1.7	100.0
	2	1,405.4	3,859.3	471.8	5,736.4	24.5	67.3	8.2	100.0
	3	793.5	3,810.8	1,120.4	5,724.7	13.9	66.6	19.6	100.0
	4	355.9	3,396.5	1,988.1	5,740.4	6.2	59.2	34.6	100.0
	5	104.4	2,307.9	3,502.1	5,914.5	1.8	39.0	59.2	100.0
	TOTAL	4,910.1	16,731.4	7,182.0	28,823.5				
2008	1	3,551.4	2,180.7	91.5	5,823.7	61.0	37.4	1.6	100.0
	2	2,410.4	2,869.2	541.9	5,821.5	41.4	49.3	9.3	100.0
	3	1,366.7	3,203.3	1,265.7	5,835.6	23.4	54.9	21.7	100.0
	4	711.9	3,018.1	2,118.6	5,848.7	12.2	51.6	36.2	100.0
	5	228.1	2,352.9	3,398.6	5,979.6	3.8	39.3	56.8	100.0
	TOTAL	8,268.6	13,624.2	7,416.3	29,309.0				
2009	1	4,216.8	1,558.0	102.4	5,877.2	71.7	26.5	1.7	100.0
	2	2,911.6	2,375.0	611.0	5,897.5	49.4	40.3	10.4	100.0
	3	1,708.6	2,804.8	1,374.8	5,888.1	29.0	47.6	23.3	100.0
	4	887.9	2,859.3	2,154.0	5,901.1	15.0	48.5	36.5	100.0
	5	313.7	2,155.2	3,580.8	6,049.8	5.2	35.6	59.2	100.0
	TOTAL	10,038.6	11,752.3	7,823.0	29,613.8				

2010	QUINTIL DE GASTO	En miles de personas				En porcentaje			
		SIS	NO SIS		TOTAL	SIS	NO SIS		TOTAL
			NO SEGURO	OTROS SEGUROS DE SALUD			NO SEGURO	OTROS SEGUROS DE SALUD	
1	4,500.8	1,316.5	127.2	5,944.5	75.7	22.1	2.1	100.0	
2	3,085.0	2,188.0	698.7	5,971.6	51.7	36.6	11.7	100.0	
3	1,858.0	2,686.5	1,422.1	5,966.6	31.1	45.0	23.8	100.0	
4	1,097.8	2,659.4	2,210.4	5,967.5	18.4	44.6	37.0	100.0	
5	381.7	2,132.0	3,559.5	6,073.2	6.3	35.1	58.6	100.0	
TOTAL	10,923.3	10,982.3	8,017.9	29,923.5					
2011	QUINTIL DE GASTO	En miles de personas				En porcentaje			
		SIS	NO SIS		TOTAL	SIS	NO SIS		TOTAL
			NO SEGURO	OTROS SEGUROS DE SALUD			NO SEGURO	OTROS SEGUROS DE SALUD	
1	4,552.4	1,266.5	186.1	6,005.1	75.8	21.1	3.1	100.0	
2	3,073.5	2,215.3	737.1	6,025.9	51.0	36.8	12.2	100.0	
3	1,882.9	2,491.1	1,652.8	6,026.7	31.2	41.3	27.4	100.0	
4	1,012.7	2,707.2	2,312.7	6,032.6	16.8	44.9	38.3	100.0	
5	428.9	2,099.7	3,599.7	6,128.3	7.0	34.3	58.7	100.0	
TOTAL	10,950.5	10,779.7	8,488.4	30,218.6					
2012	QUINTIL DE GASTO	En miles de personas				En porcentaje			
		SIS	NO SIS		TOTAL	SIS	NO SIS		TOTAL
			NO SEGURO	OTROS SEGUROS DE SALUD			NO SEGURO	OTROS SEGUROS DE SALUD	
1	4,178.0	1,765.1	186.4	6,129.4	68.2	28.8	3.0	100.0	
2	2,669.0	2,580.8	890.1	6,139.9	43.5	42.0	14.5	100.0	
3	1,599.5	2,837.6	1,697.4	6,134.6	26.1	46.3	27.7	100.0	
4	893.1	2,605.7	2,649.0	6,147.8	14.5	42.4	43.1	100.0	
5	363.8	1,974.4	3,904.4	6,242.6	5.8	31.6	62.5	100.0	
TOTAL	9,703.5	11,763.5	9,327.3	30,794.3					

SIS: Población afiliada al SIS del quintil correspondiente.

NO SEGURO: Población sin seguro de salud del quintil correspondiente.

Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO.

Fuente: Actualización de Petrerá (2012).

Anexo 13**Utilización de los servicios de salud según principales prestadores y quintiles de gasto.
Perú 2004-2012***Población que autorreportó enfermedad o malestar en las últimas 4 semanas (en miles)*


PRESTADOR	QUINTIL DE GASTO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MINSA Y REGIONES	1	532.7	499.7	583.2	727.7	842.9	848.3	863.0	875.1	865.4
	2	640.3	576.6	635.2	702.5	795.1	804.9	792.4	759.4	751.7
	3	596.7	536.2	548.9	580.4	613.7	632.6	637.5	599.5	583.4
	4	485.9	437.8	456.8	491.4	509.5	524.3	510.1	514.0	471.5
	5	350.1	279.2	304.2	294.7	319.3	318.6	317.4	343.2	316.7
TOTAL PERSONAS (MILES)		2,605.7	2,329.4	2,528.3	2,796.6	3,080.6	3,128.7	3,120.4	3,091.1	2,988.7
ESSALUD	1	11.2	7.6	5.9	7.1	6.6	10.7	10.2	18.5	18.7
	2	53.1	42.6	50.8	70.3	60.6	66.0	98.5	106.0	120.2
	3	173.1	142.3	161.2	147.5	171.3	201.6	207.9	259.1	240.2
	4	264.6	256.1	264.7	282.8	303.5	323.6	338.1	347.0	381.9
	5	466.5	403.7	395.9	399.1	393.8	410.5	453.5	467.8	467.4
TOTAL PERSONAS (MILES)		968.6	852.2	878.4	906.6	935.8	1,012.4	1,108.1	1,198.3	1,228.4
CLÍNICA / CONSULTORIO	1	18.8	18.3	28.5	28.3	33.9	44.3	40.2	47.1	65.5
	2	47.3	57.4	79.8	95.5	101.6	121.6	130.7	145.5	188.4
	3	116.3	106.0	125.1	184.5	191.6	216.1	256.9	211.2	297.2
	4	178.3	159.4	198.6	274.2	306.9	331.8	374.3	360.2	403.4
	5	301.4	340.8	428.9	480.9	527.2	610.8	620.0	604.4	722.8
TOTAL PERSONAS (MILES)		662.0	681.9	861.0	1,063.4	1,161.3	1,324.6	1,422.2	1,368.5	1,677.3
FARMACIAS / BOTICAS	1	425.8	403.5	436.3	469.0	537.0	512.0	592.7	637.5	681.6
	2	732.8	668.9	741.3	893.3	936.3	902.4	1,054.6	1,106.9	1,126.0
	3	820.9	790.9	890.3	1,012.4	1,107.2	1,128.4	1,224.4	1,194.5	1,244.2
	4	933.7	852.4	806.4	1,013.3	1,069.1	1,103.0	1,292.5	1,236.6	1,300.4
	5	786.8	755.3	714.2	883.7	1,008.4	999.9	1,042.2	1,098.6	1,070.7
TOTAL PERSONAS (MILES)		3,700.0	3,471.0	3,588.5	4,271.6	4,658.0	4,645.6	5,206.5	5,274.1	5,423.0

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO.

Anexo 14

Utilización de servicios de salud según quintil de gasto y prestador. Perú, 2004-2012
Población que autorreportó enfermedad o malestar según quintil (en miles de personas)

QUINTIL DE GASTO	PRESTADOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	MINSA	532.7	499.7	583.2	727.7	842.9	848.3	863.0	875.1	865.4
	ESSALUD	11.2	7.6	5.9	7.1	6.6	10.7	10.2	18.5	18.7
	CONSULTORIO/ CLÍNICA	18.8	18.3	28.5	28.3	33.9	44.3	40.2	47.1	65.5
	FARMACIA	425.8	403.5	436.2	468.7	535.6	511.7	592.7	636.2	680.4
	OTROS	39.0	28.7	27.8	35.6	48.2	42.7	44.7	35.9	37.9
	NO CONSULTÓ	545.6	607.9	576.3	591.1	785.3	897.2	851.9	889.2	952.8
	TOTAL	1,573.1	1,565.7	1,657.9	1,858.5	2,252.6	2,354.8	2,402.7	2,502.0	2,620.7
2	MINSA	640.3	576.6	635.2	702.5	795.1	804.9	792.4	759.4	751.7
	ESSALUD	53.1	42.6	50.8	70.3	60.6	66.0	98.5	106.0	120.2
	CONSULTORIO/ CLÍNICA	47.3	57.4	79.8	95.5	101.6	121.6	130.7	145.5	188.4
	FARMACIA	731.3	668.9	741.3	891.8	935.2	897.6	1,052.3	1,104.9	1,120.8
	OTROS	34.0	38.4	25.5	41.5	46.0	42.4	44.7	51.9	41.0
	NO CONSULTÓ	571.2	603.7	645.0	729.2	766.6	799.5	845.1	872.4	881.0
	TOTAL	2,077.3	1,987.6	2,177.5	2,530.8	2,705.1	2,732.0	2,963.7	3,040.1	3,103.2
3	MINSA	596.7	536.2	548.9	580.4	613.7	632.6	637.5	599.5	583.4
	ESSALUD	173.1	142.3	161.2	147.5	171.3	201.6	207.9	259.1	240.2
	CONSULTORIO/ CLÍNICA	116.3	106.0	125.1	184.5	191.6	216.1	256.9	211.2	297.2
	FARMACIA	819.6	790.1	890.1	1,011.1	1,104.6	1,121.4	1,216.8	1,184.7	1,236.7
	OTROS	34.5	41.4	31.2	40.8	40.8	61.7	62.7	70.9	58.3
	NO CONSULTÓ	545.2	637.0	740.4	789.5	743.0	764.8	869.4	926.0	850.6
	TOTAL	2,285.5	2,253.0	2,496.9	2,753.7	2,864.9	2,998.2	3,251.2	3,251.3	3,266.5
4	MINSA	485.9	437.8	456.8	491.4	509.5	524.3	510.1	514.0	471.5
	ESSALUD	264.6	256.1	264.7	282.8	303.5	323.6	338.1	347.0	381.9
	CONSULTORIO/ CLÍNICA	178.3	159.4	198.6	274.2	306.9	331.8	374.3	360.2	403.4
	FARMACIA	931.3	850.2	806.2	1,008.9	1,062.5	1,093.3	1,279.9	1,224.7	1,287.8
	OTROS	58.6	54.3	51.3	72.3	79.8	80.3	101.6	83.5	88.4
	NO CONSULTÓ	582.9	599.5	786.2	744.6	702.5	750.5	797.6	893.9	843.6
	TOTAL	2,501.6	2,357.3	2,563.9	2,874.2	2,964.8	3,103.9	3,401.6	3,423.3	3,476.6



QUINTIL DE GASTO	PRESTADOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
5	MINSA	350.1	279.2	304.2	294.7	319.3	318.6	317.4	343.2	316.7
	ESSALUD	466.5	403.7	395.9	399.1	393.8	410.5	453.5	467.8	467.4
	CONSULTORIO/ CLÍNICA	301.4	340.8	428.9	480.9	527.2	610.8	620.0	604.4	722.8
	FARMACIA	785.6	750.8	712.7	879.1	1,002.4	990.8	1,027.5	1,086.4	1,054.1
	OTROS	112.9	134.7	123.3	135.1	119.6	155.4	154.5	156.6	186.7
	NO CONSULTÓ	554.3	591.1	722.6	718.5	677.0	624.8	768.7	862.7	800.7
	TOTAL	2,570.8	2,500.5	2,687.6	2,907.4	3,039.3	3,111.0	3,341.6	3,521.0	3,548.4

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO

Anexo 15**Utilización de servicios de salud según tipo de seguro. Perú, 2004-2012**
Población que autorreportó enfermedad o malestar (en miles de personas)

AÑO	TIPO DE SEGURO	¿ DONDE CONSULTÓ ?					NO CONSULTÓ PORQUE...		TOTAL (*)
		MINSA Y REGIONES	ESSALUD	SANIDADES	CONSULTORIO / CLÍNICA	FARMACIA	NO NECESITÓ	NO PUDO	
2004	ESSALUD	187.9	907.5	0.4	134.3	600.7	356.8	106.3	2,342.3
	ESSALUD Y PRIVADO	7.8	8.2	0.1	41.3	17.3	18.7	1.8	101.2
	PRIVADO	7.1	2.1	0.1	42.0	29.1	31.1	1.6	113.7
	SANIDADES	9.2	0.3	83.0	14.0	47.5	35.0	6.5	198.9
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	1,015.1	7.1	0.0	33.8	366.1	321.1	53.2	1,812.8
	OTROS	22.3	16.3	6.4	10.7	38.3	27.7	4.0	127.2
	NO ASEGURADO	1,356.2	27.1	2.3	385.9	2,594.7	1,512.2	323.0	6,312.2
2005	ESSALUD	153.2	822.4	0.0	162.6	626.9	389.2	110.5	2,326.2
	ESSALUD Y PRIVADO	0.4	6.4	0.0	27.6	15.0	14.6	1.6	74.6
	PRIVADO	10.3	0.3	0.0	73.9	51.5	44.4	2.0	189.5
	SANIDADES	19.3	0.5	74.9	7.6	54.1	34.8	5.3	202.5
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	875.2	2.5	0.0	26.5	281.6	342.1	63.5	1,611.9
	OTROS	11.4	7.4	4.7	6.4	27.2	24.0	3.6	87.0
	NO ASEGURADO	1,259.7	12.8	0.0	377.4	2,407.4	1,635.0	368.6	6,172.4
2006	ESSALUD	172.7	854.3	0.0	191.6	636.6	494.8	150.0	2,564.9
	ESSALUD Y PRIVADO	2.5	3.2	0.0	37.1	9.5	20.3	1.9	76.8
	PRIVADO	3.8	3.8	0.0	52.5	30.6	42.6	4.6	146.0
	SANIDADES	14.3	1.4	67.4	13.9	38.8	45.2	4.9	190.7
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	1,011.1	2.8	0.0	44.6	347.5	360.6	86.1	1,869.2
	OTROS	16.0	9.0	5.9	17.4	27.3	24.1	3.3	105.0
	NO ASEGURADO	1,307.7	3.9	0.0	503.8	2,496.4	1,795.4	436.6	6,631.0
2007	ESSALUD	205.8	871.7	0.0	277.6	787.8	510.8	178.5	2,915.9
	ESSALUD Y PRIVADO	2.4	14.0	0.0	50.8	21.9	37.1	3.4	134.5
	PRIVADO	6.8	2.5	0.0	76.9	42.5	43.0	5.6	183.7
	SANIDADES	14.1	0.4	77.5	23.3	51.6	49.6	5.4	224.2
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	1,228.8	1.6	0.0	59.3	434.6	423.4	110.0	2,278.8
	OTROS	16.6	8.6	7.3	16.9	39.9	37.7	6.4	138.0
	NO ASEGURADO	1,322.1	7.8	0.0	558.6	2,881.4	1,672.1	490.0	7,049.5
2008	ESSALUD	228.2	903.4	0.0	297.5	908.0	491.3	171.7	3,081.7
	ESSALUD Y PRIVADO	5.1	9.9	0.0	56.6	29.6	28.5	7.7	146.3
	PRIVADO	7.7	1.0	0.0	63.1	44.8	45.0	6.2	170.7
	SANIDADES	14.3	1.7	67.0	24.6	59.0	38.2	7.6	215.1
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	1,866.6	7.2	0.0	124.2	934.3	796.0	272.8	4,055.4
	OTROS	18.8	8.4	6.7	17.9	55.3	33.2	3.6	147.5
	NO ASEGURADO	939.9	4.2	0.0	577.4	2,609.3	1,377.9	394.5	6,009.9



AÑO	TIPO DE SEGURO	¿ DONDE CONSULTÓ ?					NO CONSULTÓ PORQUE...		TOTAL (*)
		MINSA Y REGIONES	ESSALUD	SANIDADES	CONSULTORIO / CLÍNICA	FARMACIA	NO NECESITÓ	NO PUDO	
2009	ESSALUD	212.3	958.8	0.0	326.5	952.7	527.1	191.1	3,268.4
	ESSALUD Y PRIVADO	4.3	17.2	0.0	93.5	33.9	27.7	2.9	185.2
	PRIVADO	9.2	2.2	0.0	74.6	49.3	38.8	4.4	183.2
	SANIDADES	20.5	0.5	88.3	29.3	59.1	38.5	10.5	255.3
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	2,038.4	11.3	0.0	187.6	1,173.7	1,031.0	364.2	4,867.8
	OTROS	17.1	6.2	7.8	19.9	65.6	26.5	7.3	159.2
	NO ASEGURADO	826.8	16.3	0.0	593.2	2,280.6	1,180.7	386.3	5,380.7
2010	ESSALUD	201.0	1,057.6	0.0	353.1	999.4	588.0	241.9	3,564.7
	ESSALUD Y PRIVADO	2.2	17.6	0.0	62.7	42.7	40.1	5.7	179.6
	PRIVADO	11.6	4.5	0.0	91.0	49.4	40.1	5.8	211.6
	SANIDADES	16.3	3.1	62.4	35.0	72.1	43.3	13.0	258.2
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	2,130.2	3.0	0.0	218.4	1,568.4	1,077.2	421.9	5,498.2
	OTROS	21.3	10.3	8.1	14.6	62.4	43.7	8.1	176.5
	NO ASEGURADO	737.8	12.0	0.0	647.3	2,374.7	1,182.8	421.2	5,472.1
2011	ESSALUD	245.3	1,151.8	0.0	356.0	1,081.5	737.9	213.5	3,899.6
	ESSALUD Y PRIVADO	7.9	20.2	0.0	85.9	43.8	38.6	10.1	215.4
	PRIVADO	4.0	0.1	0.0	82.9	62.1	47.4	10.7	222.5
	SANIDADES	27.1	1.4	58.2	24.7	99.9	64.4	7.6	293.5
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	2,097.3	5.5	0.0	232.9	1,602.8	1,135.7	448.5	5,604.1
	OTROS	14.9	10.9	9.2	11.1	50.4	44.9	5.5	154.8
	NO ASEGURADO	694.7	8.2	0.0	575.1	2,296.5	1,298.3	381.0	5,347.7
2012	ESSALUD	250.1	1,175.1	3.6	445.7	1,223.8	762.8	200.2	4,189.7
	ESSALUD Y PRIVADO	6.4	21.3	0.0	113.0	52.8	53.1	9.7	264.5
	PRIVADO	6.4	0.9	1.0	94.1	42.2	51.6	8.9	212.6
	SANIDADES	25.0	3.4	82.6	32.6	83.0	58.9	8.2	297.4
	SEGURO INTEGRAL DE SALUD	1,892.9	8.3	1.2	236.5	1,424.4	1,063.8	366.1	5,056.2
	OTROS	13.6	11.5	14.9	28.4	61.0	50.8	9.1	198.3
	NO ASEGURADO	794.4	7.9	4.2	726.9	2,492.6	1,298.4	387.3	5,796.7

(*) Los totales son menores al 100% por cuanto se omiten las columnas "más de una vez" y "consulta tradicional" debido a su limitado tamaño.

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base a procesamiento de ENAHO.

Anexo 16**Razones de no consulta a un establecimiento de servicios de salud. Perú, 2004-2012**
Población nacional que autorreportó enfermedad o malestar (en miles)

AÑOS	RAZONES DE NO CONSULTA A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD (%)						
	NO PUDO ASISTIR						NO FUE NECESARIO
	FALTA DE DINERO	MALTRATO DEL PERSONAL/FALTA DE CONFIANZA / DEMORAN EN ATENDER	REMEDIOS CASEROS O AUTORRECETA	FALTA DE TIEMPO	DISTANCIA	TOTAL (*)	
2004	2,392.9	814.1	4,332.6	817.8	475.5	8,832.8	3,151.3
2005	2,367.7	761.7	3,760.3	944.2	421.7	8,255.6	3,417.0
2006	2,248.3	817.3	3,886.1	1,048.8	390.4	8,391.0	3,653.1
2007	2,446.3	953.4	3,823.8	1,344.7	360.3	8,928.5	3,926.3
2008	2,092.1	1,151.8	3,769.3	1,595.1	347.5	8,955.8	4,100.8
2009	1,677.2	1,320.2	3,315.8	1,939.3	403.6	8,656.1	4,350.0
2010	1,650.1	1,583.6	3,603.2	2,322.9	462.8	9,622.6	4,670.5
2011	1,608.7	1,693.0	3,572.8	2,244.7	481.1	9,600.4	5,047.7
2012	1,417.5	1,784.7	3,925.1	2,241.6	474.4	9,843.3	5,115.3

(*) La suma de motivos que componen la respuesta a la categoría de “no pudo asistir” se superponen entre sí en algunos casos; es decir, la misma persona declara varios motivos. Por ello la suma de “no pudo asistir” + “no fue necesario” es algo mayor al 100%.

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborada en base al procesamiento de la ENAHO.

Anexo 17
Razones de no consulta a un establecimiento de servicios de salud en población en pobreza relativa afiliada al SIS y sin algún seguro. Perú 2004-2012
(Población que autorreportó enfermedad o malestar y no consultó)

AÑO	AFLIACIÓN	FALTA DE DINERO	MALTRATO DEL PERSONAL/FALTA DE CONFIANZA/DEMORAN EN ATENDER	REMEDIOS CASEROS / AUTORRECETA	FALTA DE TIEMPO	DISTANCIA	NO TIENE SEGURO	OTRO	COMBINACIONES	NO ERA GRAVE / NO FUE NECESARIO	TOTAL
2004	SIS	81,345	30,310	267,975	36,399	33,369	0	11,898	257,738	250,414	969,448
	NO SEG	987,045	164,860	1,635,740	197,827	105,198	29,963	26,919	1,539,716	1,254,799	5,942,066
2005	SIS	77,939	22,888	234,467	40,028	32,779	0	12,549	216,319	277,266	914,235
	NO SEG	1,078,905	160,536	1,289,143	223,924	82,529	45,160	36,169	1,421,253	1,398,233	5,735,852
2006	SIS	85,054	27,823	315,504	54,699	35,783	0	17,646	232,846	307,611	1,076,966
	NO SEG	1,132,237	192,508	1,519,984	317,719	79,027	44,347	43,454	1,183,617	1,611,517	6,124,409
2007	SIS	130,589	44,942	323,278	80,618	41,665	0	30,028	283,162	350,861	1,285,143
	NO SEG	1,139,481	166,904	1,343,575	345,217	84,481	52,073	67,561	1,228,441	1,474,188	5,901,923
2008	SIS	253,254	113,933	529,111	190,060	61,989	0	64,123	562,364	669,774	2,444,608
	NO SEG	661,914	132,656	1,044,671	274,512	46,003	35,335	77,350	932,348	1,211,084	4,415,872
2009	SIS	247,470	151,349	634,748	241,647	81,508	0	92,448	741,340	847,357	3,037,867
	NO SEG	432,964	132,895	685,139	261,449	35,460	33,405	63,395	775,218	1,020,904	3,440,830
2010	SIS	256,891	165,098	661,015	287,988	102,658	0	132,168	951,947	856,677	3,414,441
	NO SEG	316,273	134,134	632,820	286,031	35,506	52,998	97,071	866,657	1,009,845	3,431,335
2011	SIS	265,244	152,928	658,542	271,274	81,928	343	133,466	1,005,875	903,787	3,473,386
	NO SEG	299,047	119,041	650,000	253,190	29,972	76,689	66,022	806,848	1,114,168	3,414,976
2012	SIS	175,478	140,305	611,377	226,247	76,377	0	114,603	951,908	767,355	3,063,647
	NO SEG	272,345	132,695	801,413	239,572	32,942	66,567	75,205	990,932	1,051,801	3,663,472

SIS: Incluye a los afiliados exclusivamente al SIS

NO SEG: Incluye a todos los que no están afiliados a algún seguro.

Fuente: Informe de Aseguramiento y Utilización de Servicios de Salud. Gasto de Hogares en Salud 2004-2012. Consultoría contratada por OGPP-MINSA. Elaborado en base al procesamiento de la ENAHO.



Central: (511) 315-6600
Av. Salaverry 801 - Lima 11
INFOSALUD 0800-10828

www.minsa.gob.pe