



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Boletín

# SALUD y ECONOMÍA

**CONTENIDO**

Editorial .....	2
Plan Esperanza: Promoviendo el Financiamiento de la Prevención y Atención Oncológica Integral en el Perú .....	4
Cuentas Nacionales de Salud en Perú: Estimaciones 2013 y 2014 .....	23
Gasto de Hogares en Salud-Perú: Tendencias 2013 y 2014 .....	35
Convenios de Gestión .....	42



Oficina General de Planeamiento,  
Presupuesto y Modernización (OGPPM)

Oficina de Planeamiento y Estudios  
Económicos (OPEE)

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

[www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)

# Editorial

Los retos que ha planteado la Reforma del sector Salud en el Perú han supuesto la elaboración de medidas para aliviar la carga financiera de la población, que apunta hacia la protección social como parte de la política de aseguramiento universal en salud.

En el marco de estos desafíos, el segundo Boletín de Salud y Economía presenta cuatro artículos elaborados bajo la coordinación de la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE) de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM) del Ministerio de Salud del Perú, con la finalidad de observar los avances y los nuevos retos del sector Salud en los que se debe trabajar.

En el primer artículo: “Plan Esperanza: Promoviendo el Financiamiento de la Prevención y Atención Oncológica Integral en el Perú” se exponen los principales objetivos, logros y avances de este Plan como estrategia para mejorar el acceso de la población a una atención oncológica integral con el fin de proteger a la población más vulnerable de nuestro país en el marco de la inclusión social y el aseguramiento universal.

El segundo artículo: “Cuentas Nacionales de Salud en Perú: Estimaciones 2013 y 2014” hace posible visibilizar la estructura del mercado de servicios de salud, el financiamiento y el gasto en salud como consecuencia de las políticas implementadas en el sector. En ese sentido, se presentan el sistema de salud peruano, los agentes que lo componen y la estimación de los flujos financieros del financiamiento de la salud en el Perú para los años 2013 y 2014 siguiendo

la metodología de las “Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012” con el propósito de mostrar la evolución del financiamiento del sector Salud a través del tiempo.

En el tercer artículo: “Gasto de Hogares en Salud-Perú: Tendencias 2013 y 2014” se exhibe uno de los principales desafíos a superar de la composición del financiamiento en salud, el gasto de los hogares en servicios de salud, enfatizando su evolución en los últimos años, la vulnerabilidad de la población, la necesidad de incrementar la protección social en la salud y las

principales medidas tomadas por el ministerio para reducir el Gasto de Bolsillo de Salud.

En el cuarto artículo: “Convenios de Gestión” se muestran los logros que se vienen alcanzando en la gestión de la salud, a través de estos instrumentos de gestión, con la finalidad de implementar la política de incentivos del personal de la salud, sobre la base del principio de la meritocracia, contemplado en el Decreto Legislativo 1153 que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado peruano.

---

1

---

# Plan esperanza



# Promoviendo el Financiamiento de la Prevención y Atención Oncológica Integral en el Perú<sup>1</sup>



El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo. En el año 2012 hubo más de 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer, asimismo, se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años.

En nuestro país es la segunda causa de muerte prematura y discapacidad, su diagnóstico tardío reduce de manera significativa las posibilidades de recuperación o supervivencia, con el consecuente costo social y económico que afecta de manera directa el entorno familiar por ser una enfermedad de alto costo.

Los casos de cáncer están condicionados por diversos factores. En primer lugar se observa una mayor proporción de neoplasias asociadas a agentes infecciosos: virus del papiloma humano (asociado a cáncer de cuello uterino), virus de la hepatitis B (asociado a cáncer de hígado), la bacteria *Helicobacter pylori* (asociado a cáncer de estómago), entre otros.

<sup>1</sup> Vidaurre, Tatiana; Tarco Duniska; Kuroiwa, Cedilia; García, Flor; Chávez, Juan Carlos; Abugattas, Julio; Santos, Carlos; López, Marga; Manrique, Javier; Regalado, Roxana; Ubillús, Millward; Salazar, Miriam; Grillo, Pedro; Minaya, Percy; Velásquez, Aníbal.

Otros factores importantes se relacionan con la obesidad y la adopción de estilos de vida poco saludables (consumo de tabaco y alcohol, dieta no saludable, bajo consumo de frutas y verduras, sedentarismo, combustión de leña, carbón y bosta, conductas sexuales de riesgo y exposición a radiaciones no ionizantes), los cuales tienen una relación estrecha con los cánceres de mama, pulmón, próstata, colon, cérvix, piel, entre otros.

De igual manera en los países en vías de desarrollo la vulnerabilidad ante el cáncer se incrementa por falta de acciones de prevención e insuficiente financiamiento para el tratamiento debido a que las poblaciones más pobres tienen mayores probabilidades de desarrollar enfermedades no transmisibles que aquellas con mayores recursos. Además, el costo derivado de las enfermedades no transmisibles como el cáncer merma significativamente los presupuestos familiares reduciendo el dinero para necesidades básicas como comida, vivienda y educación, requisito básico para escapar de la pobreza.

## **PLAN ESPERANZA: Contribuyendo a la salud de la población peruana**

El año 2010 se diseñó y creó el Programa Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer, inicialmente en 10 regiones del país y desde el año 2012 en las 25 regiones del país. El año 2011 se elaboró y aprobó el Plan Estratégico del INEN 2011-2015, el cual muestra los lineamientos estratégicos para el logro de la visión: Un Perú libre de cáncer avanzado y con atención oncológica integral. Este plan presentaba las acciones estratégicas que desde el INEN se desarrollaba en el ámbito nacional. El Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos en el Perú “Plan Esperanza”, es el resultado de 76 años de desarrollo oncológico que viene impulsando el INEN hacia un Perú libre de cáncer avanzado y con atención oncológica integral, constituyéndose en un desafío técnico científico que se ha hecho realidad en virtud de la decisión política del Estado Peruano y del acompañamiento de la sociedad civil. Es así que el 3 de noviembre de 2012 se aprobó el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú, mediante el D.S. N° 009-2012-SA, denominado “Plan Esperanza.”

Su objetivo es contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer, mediante el mejoramiento del acceso de la población a la oferta de los servicios de salud oncológicos, los que incluyen servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico definitivo, estadiaje, tratamiento recuperativo y cuidados paliativos y de soporte complementario del paciente con cáncer a nivel nacional mediante acciones intersectoriales y multisectoriales, así como al acceso económico de dichos servicios atendiendo la diversidad sociocultural del país. Todo esto conlleva a un conjunto de intervenciones con productos y metas que se vinculan a un presupuesto público intangible y protegido.

En el Perú se ha consolidado un Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer con un modelo muy original e innovador, basado en la perspectiva de la población y el paciente, que integra funcionalmente al sector Salud a nivel nacional, regional y local; articulando acciones en los diferentes niveles de gobierno y con la

sociedad civil, con rutas y presupuestos independientes para acciones multiinstitucionales y multisectoriales, que abordan el continuo del proceso salud-enfermedad en forma integral y transdisciplinaria; mediante la promoción de la salud, prevención, detección temprana del cáncer, tratamiento oncológico, cuidados paliativos y soporte complementario. Este Plan conlleva a un conjunto de intervenciones con productos y metas que se vinculan a un presupuesto público intangible y medido por resultados, que le da sostenibilidad, promoviendo de esta manera acciones de prevención y atención oncológica integral que se proyectan al paciente oncológico, a su familia y a la comunidad.

Las estrategias de intervención sanitaria del Plan Esperanza se explican en los siguientes componentes:

1. Componente de acción intersectorial y promoción de la salud. Generación de políticas públicas en cáncer y promoción de hábitos saludables en los individuos, escuelas y centros de trabajo.
2. Componente atención integral. Aborda la continuidad del proceso salud enfermedad en forma integral y multidisciplinaria, mediante la prevención, detección temprana y tratamiento especializado con el firme propósito de brindar una esperanza de vida a los pacientes de cáncer.
3. Componente gestión de recursos presupuestales. Estimación de recursos necesarios para la atención integral de cáncer, en el ámbito nacional, se financia a través del SIS, FISSAL y recursos ordinarios.
4. Componente descentralización. La red de servicios oncológicos estaría organizada de la siguiente manera: 1. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2. Cuatro Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas. 3. Servicios oncológicos de atención oncológica integral en hospitales generales y regionales y servicios preventivos especializados y básicos en el segundo y primer nivel de atención. Se promueve la articulación de los servicios en todos los niveles de atención y los respectivos flujos de atención para la referencia y contrarreferencia de pacientes oncológicos.

A la vez se promueve el desarrollo de la investigación y educación con el fin de contar con personal de salud con competencias profesionales especializadas que permita las buenas prácticas oncológicas. Para ello, el INEN ha creado las Escuelas de Excelencia que promueven el desarrollo de competencias específicas que se complementan a las que cuentan los profesionales de la salud no especialistas y de especialidades afines a la oncología, con quienes se lleva adelante la implementación del Plan Esperanza, extendiendo esta estrategia de desarrollo de capacidades, en el ámbito nacional y desde el primer nivel de atención, principalmente para la promoción de hábitos saludables (estrategia comunicacional “Cuéntamelo todo... del cáncer” y la detección temprana del cáncer). Estas intervenciones tienen una ruta presupuestal orientada a resultados, como parte del Programa Presupuestal “Prevención y Control del cáncer”, en implementación como piloto el año 2011 y con alcance nacional desde el año 2012.

# Hacia la Cobertura Oncológica Universal: SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS-FISSAL)

## ATENCIÓN PREVENTIVA BÁSICA Y ESPECIALIZADA

El Plan Esperanza beneficia cada año a más de 12 millones de personas con la prevención primaria (consejerías preventivas y población informada) y a más de 2.5 millones de personas con la detección temprana de los siguientes tipos de cáncer: cuello uterino (tamizaje citología, colposcopia, crioterapia, IVAA), mama (examen clínico y mamografía), gástrico, colon (endoscopia, thevenon), y próstata (examen clínico y PSA).

En los servicios de prevención básica se aborda el cáncer de mama y de cuello uterino, principalmente, mediante las consejerías, el examen médico y los procedimientos de detección temprana descritos en el gráfico anterior. Asimismo, en los servicios de prevención especializada se atiende cáncer de estómago, colon, pulmón y próstata, mediante procedimientos médicos, en adición a la consulta médica y consejería.

**Gráfico 1. Intervenciones de Prevención y Diagnóstico Temprano de Cáncer - Nacional 2012-2015**



Fuente: reporte de Metas Físicas 2015 DICON - Elaborado por OGPP INEN

Con la detección temprana se permitirán un tratamiento oportuno, mayores posibilidades de curación y menor gasto al Estado, por lo que estas intervenciones son de gran importancia y han sido consideradas en el PPR 024, para su implementación nacional.

Para prevenir el cáncer de cuello uterino se ha implementado la vacuna contra el VPH; y en coordinación con el Ministerio de Educación, en el marco del Plan de Salud Escolar, desde noviembre de 2014 se inició la vacunación gratuita a las niñas de quinto grado de primaria de todas las instituciones educativas públicas y privadas del país.

De igual manera, la hepatitis B es uno de los principales factores de riesgo de hepatocarcinoma, por lo cual se viene realizando la vacunación de recién nacidos y personas que tienen entre 5 y 30 años.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas viene trabajando en la estrategia comunicacional “Cuéntamelo todo... del cáncer” que contiene 4 mensajes clave, que llegan a la población mediante una serie de acciones que buscan propiciar un cambio de actitud favorable. Estos son: Me gusta vivir sano (guía de alimentación y vida saludable que contiene información especializada con un enfoque multidisciplinario porque toman en cuenta los conocimientos médicos y el enfoque nutricional); Detéctalo cuando está en silencio (campañas preventivas dirigidas a la población para acudir a chequeos preventivos cuando aún no se presentan síntomas); Con cáncer también podemos vivir bien (estrategia que incorpora diferentes espacios de apoyo y soporte emocional para enfrentar la enfermedad); El Perú te protege contra el cáncer: Plan Esperanza (el INEN promueve el plan de protección a toda la población en la prevención y cobertura oncológica para los más necesitados a nivel nacional a través del SIS).

### **TRATAMIENTO ONCOLÓGICO INTEGRAL DEL CÁNCER**

Mediante el Plan Esperanza desde el año 2012 hasta el 2015 se ha logrado atender a 264,547 personas a nivel nacional para el diagnóstico definitivo, estadiaje y tratamiento del cáncer. Desde el año 2012 hasta mayo 2016, 174,620 personas con cáncer tienen una cobertura total de su enfermedad, financiadas a través del SIS y del FISSAL.

En el INEN, desde el inicio del Plan Esperanza en noviembre del 2012 hasta mayo de 2016, se han atendido a 157,555 pacientes, de los cuales 104,546 fueron pacientes con cáncer y 53,009 personas con chequeo médico preventivo gratuito. Asimismo, en virtud de la ejecución del Plan Esperanza, 61,042 pacientes con cáncer en condición de pobreza, entre nuevos y continuadores, han sido beneficiados con el tratamiento oncológico integral gratuito por el SIS, registrándose 60,124 afiliaciones nuevas al SIS dentro del Plan Esperanza recibiendo la totalidad de los beneficios con una cobertura al 100% en todas las etapas de la historia de la enfermedad.

El FISSAL cubre los tipos de cáncer que se encuentran en el Listado de Enfermedades de Alto Costo (LEAC) mientras que las neoplasias que no se encuentren en dicha lista reciben cobertura de tratamiento de acuerdo con el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) o cobertura extraordinaria del SIS.



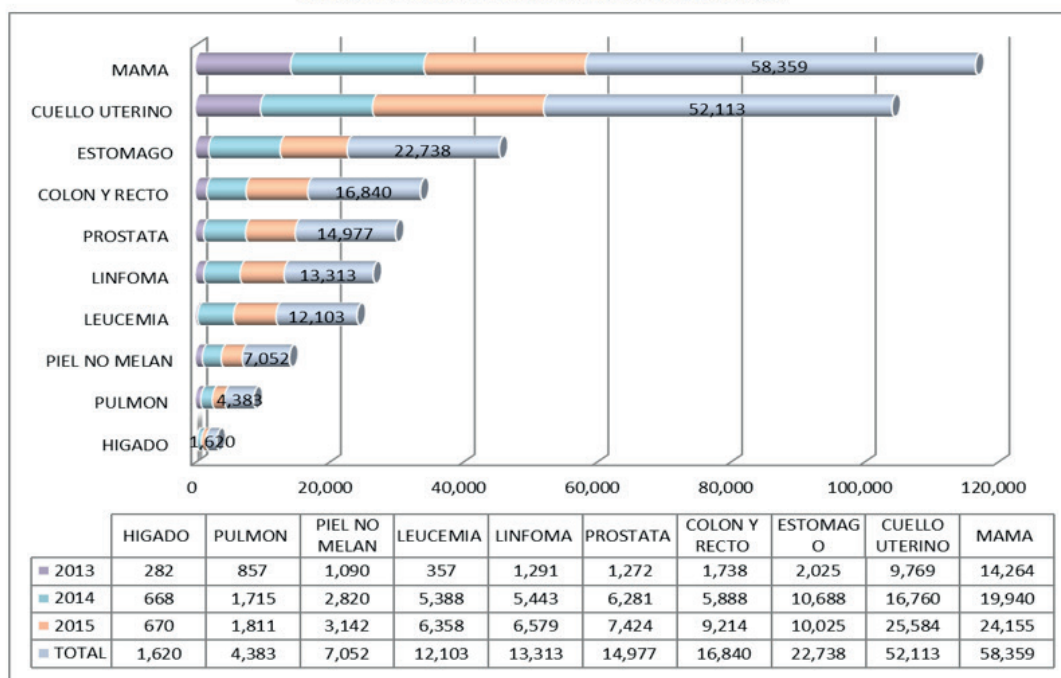
Como de citó en el párrafo anterior, los más de 200 mil pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en el ámbito nacional, representan más de 890 mil atenciones acumuladas en este periodo. (Cuadro 2).

**CUADRO 2**  
**TOTAL DE ATENCIONES - PLAN ESPERANZA: (PPR CANCER + OTRAS NEOPLASIAS SIS)**  
**(Número de Atenciones)**

	2012	2013	2014	2015	TOTAL
FISSAL	17,847	102,998	89,856	205,989	416,690
SIS	55,106	91,758	155,579	173,118	475,561
<b>TOTAL</b>	<b>72,953</b>	<b>194,756</b>	<b>245,435</b>	<b>379,107</b>	<b>892,251</b>

Fuente: SIS/FISSAL

**Gráfico 2. TOTAL ATENCIONES PLAN ESPERANZA POR TIPO DE NEOPLASIAS**  
**ÁMBITO NACIONAL. AÑOS 2013-2015**



Fuente: Fuente: Cubo de datos Power Play MEF. PPlay2 - eje2016 (06\_06\_2016\_SALUD) (Explorer). Elaborado por OGPP- INEN.

Gracias a la ejecución del Plan Esperanza, se ha efectuado 174 trasplantes de médula ósea. Se realizaron en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja (INSN-SB) y los pacientes transferidos al Jackson Memorial Hospital de EE.UU., entre octubre 2012 y junio 2016. Este tratamiento, altamente especializado y de alto costo, se brinda gratuitamente a la población afiliada al Seguro Integral de Salud. (Cuadro 3).

**CUADRO 3**

**NÚMERO DE TRASPLANTES DE MÉDULA ÓSEA EFECTUADOS POR EL INEN Y EL INEN-SB  
AÑOS 2012-2016**

TIPO DE TRASPLANTE	2012	2013	2014	2015	2016*	TOTAL
Autólogo	4	13	15	25	20	77
Alogénico emparentado		5	13	14	14	46
Alogénico NO emparentado realizado en el extranjero (del INEN)				15	6	21
Alogénico emparentado realizado en el INSNSB			2	14	4	20
Alogénico NO emparentado realizado en el extranjero (del INSNSB)			1	6	3	10
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>31</b>	<b>74</b>	<b>47</b>	<b>174</b>

Fuente: INEN e INSNSB

### RESULTADOS EN EL ESTADIAJE DE PACIENTES

El Plan Esperanza marca un hito en la historia del control del cáncer en el Perú por el modelo de abordaje integral de la persona en el continuo proceso salud-enfermedad y por el alcance que ha desarrollado en los 4 años de implementación llegando a beneficiar a un gran número de personas en el ámbito nacional, que se refleja en el incremento de la proporción de personas-intervención en etapas más tempranas.

Antes del funcionamiento del Plan Esperanza, cuando las personas de escasos recursos económicos lograban acceder a la oferta de servicios en salud para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, el 75% lo hacía en etapas avanzadas de la enfermedad (estadios clínicos III y IV).

Todo esto cambió con el Plan Esperanza, que amplió la capacidad del Estado para financiar el acceso a un diagnóstico precoz y tratamiento completo reduciendo en pocos años los estadios avanzados de 75% a 50% en los afiliados al SIS. Por esta razón el Plan Esperanza se ha convertido en un modelo a seguir en América Latina.

## Protección a la población

### HACIA LA COBERTURA ONCOLÓGICA UNIVERSAL: SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS-FISSAL)

Es muy importante mencionar que la proporción de pacientes del INEN que hace gasto de bolsillo ha disminuido de 58.10% en el año 2009 a 5.1% en mayo del año 2016 y la población SIS que recibe la cobertura oncológica gratuita se ha incrementado de 17.20% en el año 2009 a 69.80% en mayo del año 2016.

Hasta el año 2011, la cobertura oncológica gratuita por el SIS solo consideraba alrededor de \$ 1.000 dólares por paciente y cubría básicamente prevención y estudios de diagnósticos; sin embargo, a partir del año 2012, con la ejecución del Plan Esperanza, dicha cobertura oncológica alcanza el 100%, comprendiendo desde la prevención hasta el tratamiento integral en su totalidad para todas la neoplasias (prevención, detección temprana y diagnóstico definitivo, tratamiento oncológico integral, cuidados paliativos y soporte complementario).

**CUADRO 4.**  
**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PACIENTES CON COBERTURA TOTAL SIS PARA TRATAMIENTO ONCOLÓGICO INTEGRAL EN EL INEN. AÑOS 2009-2016 – PLAN ESPERANZA**

AÑO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (Ene-May)
SIS Cobertura Básica				SIS y/o FISSAL Cobertura Total				
SIS (FISSAL + SIS)	17.20%	23.10%	31.40%	38.40%	63.70%	64.31%	65.87%	69.80%
HOSPITAL + SOCIAL (Gasto de Bolsillo + Fondo Ayuda INEN)	58.10%	51.70%	42.70%	34.00%	8.20%	7.33%	6.67%	5.10%
<b>Total</b>	<b>75.30%</b>	<b>74.80%</b>	<b>74.10%</b>	<b>72.40%</b>	<b>71.90%</b>	<b>71.64%</b>	<b>72.54 %</b>	<b>74.90%</b>

El gasto de bolsillo de la población en condición de pobreza beneficiaria del Plan Esperanza, ha disminuido de 58.1 % en el año 2009 a 5.10% en el año 2016 (Enero - Mayo) y la cobertura oncológica gratuita por el SIS se ha incrementado de 17.2% el año 2009 a 69.80 % el año 2016 (Enero- Mayo)

Fuente: Oficina de Informática - INEN

## Financiamiento

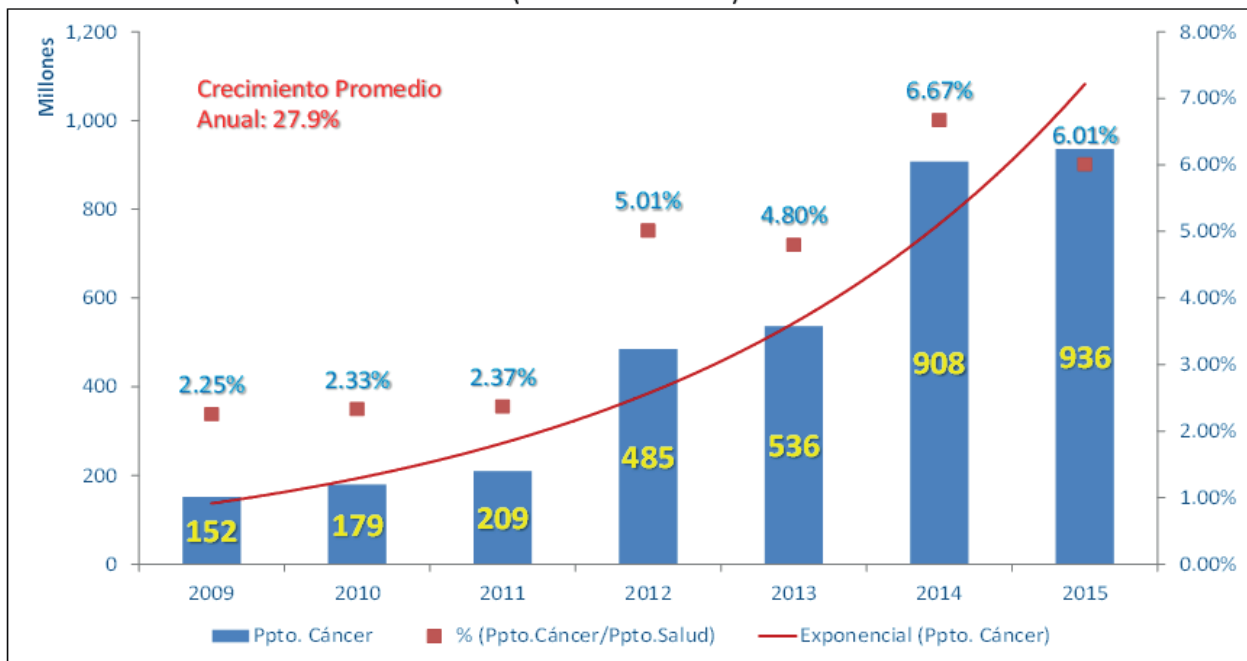
### FINANCIAMIENTO PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN EL PERÚ

El Programa Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer-024 (PpR), es la herramienta de gestión más importante que ha permitido incrementar significativamente la asignación de recursos presupuestales para las actividades de prevención y control del cáncer a nivel nacional, iniciándose el 2011 con un presupuesto de 30 millones de nuevos soles para la prevención del cáncer y con la ampliación del presupuesto para la atención oncológica integral el año 2012. El presupuesto de apertura del PpR ha registrado un crecimiento sostenido a partir del año 2011, pasando de 30 millones de nuevos soles en el año 2011 y 126 millones de nuevos soles el año 2012 a 492 millones de nuevos soles en el presupuesto de apertura del año 2016, y con recursos formulados en forma anticipada para los siguientes tres años que van desde 638 millones de soles para el año 2017, hasta 693 millones para el año 2019.



A partir del año 2009 se ha registrado un incremento en los recursos que el Estado Peruano ha destinado a la atención del cáncer. Como puede apreciarse en la gráfica, se ha pasado de 152 millones en el año 2009 a 936 millones en el año 2015, lo cual representa un crecimiento promedio anual de 27.9% en el período y de representar el 2.25% del presupuesto público en salud en el año 2009 a representar el 6.01% en el año 2015.

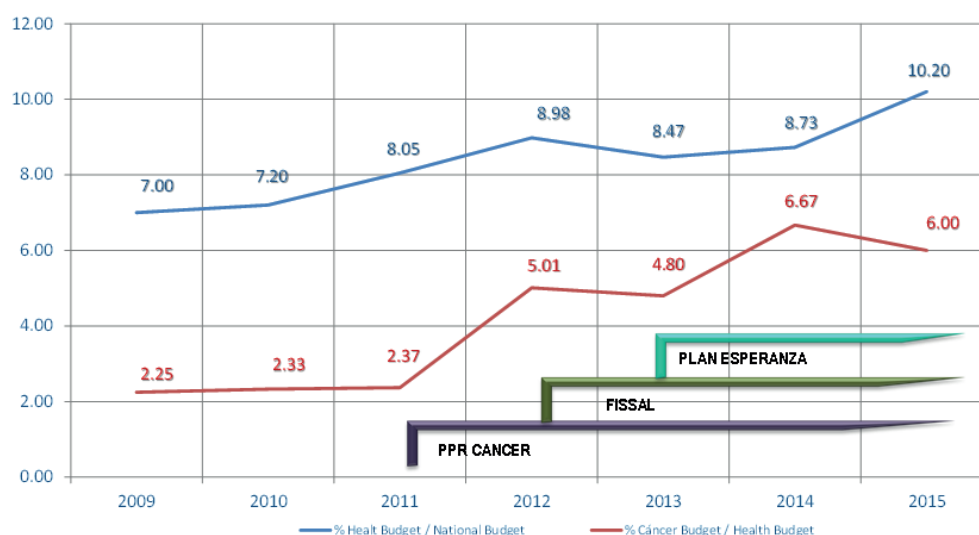
**Gráfico 3**  
**PRESUPUESTO PÚBLICO NACIONAL PARA ATENCIÓN DE CÁNCER**  
**AÑOS 2009 AL 2015**  
(millones de soles)



Fuente: MEF: Cubo de datos Power Play-30 Jun. 2015; Consulta Amigable SIAF-07 Abr. 2016. Nota: Considera el Presupuesto del INEN más los presupuestos de los IRENS más los recursos del Programa de Prevención y Control del Cáncer a nivel nacional por toda fuente de financiamiento. Elaborado por OPE- INEN.

La línea de tiempo de la evolución del financiamiento para la atención del cáncer marca los hitos representativos en la mejora en el financiamiento de la atención del cáncer, la implementación del Programa Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer bajo el presupuesto por resultados en el año 2011 y, en el año 2012 la creación del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), posterior a la aprobación e implementación del Plan Esperanza.

**Gráfico 4**  
**LÍNEA DE TIEMPO DEL FINANCIAMIENTO Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN EL PERÚ**



Fuente: MEF: Cubo de datos Power Play-23 Feb. 2015; Consulta Amigable SIAF-07 Abr. 2016. Nota: Para los años 2009 al 2015 se considera el Presupuesto Institucional Modificado (PIM). Elaborado por OGPP-INEN.

**CUADRO 5**  
**PRESUPUESTO MODIFICADO PROG. PRESUPUESTAL 024 PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER**  
**TODA FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

Nivel de Gobierno	2011	2012	2013	2014	2015
1 Gobierno Nacional	12,588,481	95,419,597	54,189,021	281,719,631	452,200,332
2 Gobierno Regional	17,650,822	100,255,852	115,863,187	244,157,012	239,746,383
3 Gobierno Local	0	6,300,725	5,499,267	8,078,825	476,563
<b>TOTAL</b>	<b>30,239,303</b>	<b>201,976,174</b>	<b>175,551,475</b>	<b>533,955,468</b>	<b>692,423,278</b>

Nota: El Nivel de Gobierno Nacional incluye SIS y FISSAL.

Fuente: Cubo de datos Power Play MEF. PPlay2 - eje2016 (06\_06\_2016\_SALUD) (Explorer)

El financiamiento de los casos de cáncer a través del Programa Presupuestal del Prevención y Control del Cáncer y del SIS ha logrado romper la barrera económica y ha hecho posible que más personas de escasos recursos accedan a un tratamiento completo que antes era limitado.

Como puede apreciarse, la tendencia del financiamiento del Plan Esperanza es creciente, teniendo el financiamiento del Programa Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer y del SIS un crecimiento sostenido para el periodo 2012-2014, mientras que el financiamiento del FISSAL es variable, habiéndose invertido en total más de 400 millones de soles en el periodo 2012-2015. (Cuadro 6).

**CUADRO 6**  
**SEGURO INTEGRAL DE SALUD: FINANCIAMIENTO - PLAN ESPERANZA**

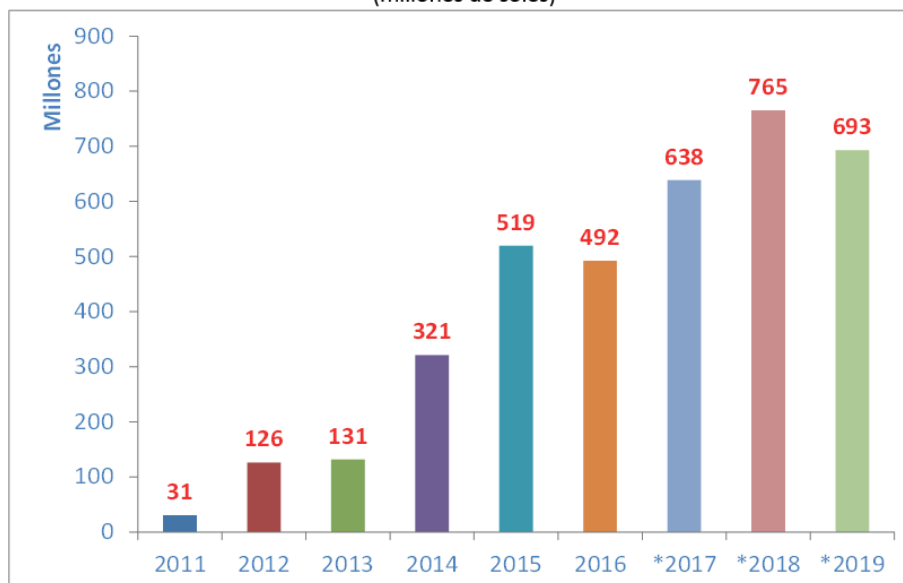
Unidad Ejecutora	2012	2013	2014	2015	TOTAL
1091 SEGURO INTEGRAL DE SALUD	15,340,380	22,912,821	45,609,987	56,706,639	140,569,827
1423 FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD (FISSAL)	13,708,731	110,669,702	81,133,672	91,735,248	297,247,353
<b>135 SEGURO INTEGRAL DE SALUD</b>	<b>29,049,111</b>	<b>133,582,523</b>	<b>126,743,659</b>	<b>148,441,887</b>	<b>437,817,180</b>

Fuente: SIS/FISSAL

## PRESUPUESTO POR RESULTADOS

En lo que corresponde a la asignación de recursos presupuestales para las actividades del Programa Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer, el Presupuesto de Apertura ha registrado un crecimiento sostenido a partir del año 2011, pasando de 31 millones de soles en el año 2011 a 492 millones en el presupuesto de apertura del año 2016, y con recursos formulados para los siguientes tres años que van desde 638 millones de soles para el año 2017, hasta 693 millones para el año 2019.

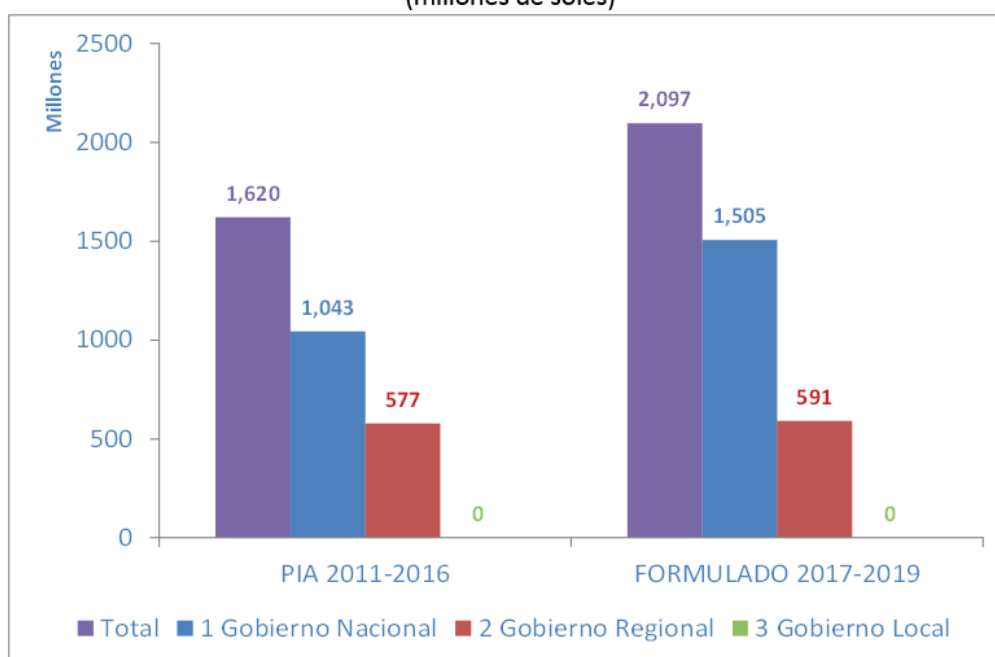
**Gráfico 5**  
**PRESUPUESTO INICIAL Y PRESUPUESTO FORMULADO PARA EL**  
**PROGRAMA PRESUPUESTAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER,**  
**AÑOS: 2011 AL 2019.**  
(millones de soles)



Fuentes: MEF: Cubo de datos Power Play-06 Jun. 2016 (PPlay1 - eje2016(06\_06\_2016\_SALUD) (Explorer)).  
Cubo de datos Power Play - 11 May. 2016 PPlay2 - multianual\_11\_05\_2016\_1533 (Explorer)  
Nota: Para los años 2011 al 2016 se considera el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA). Para los años \*2017 al \*2019, el valor corresponde a la Formulación Multianual de Presupuesto: Años 2017 al 2019.

La asignación presupuestal por nivel de gobierno muestra que entre los años 2011 al 2016, el nivel de Gobierno Nacional representó el 64.4% del presupuesto formulado para el Programa Presupuestal de Prevención y Control de Cáncer y el nivel de Gobierno Regional representó el 35.6%. Con relación a los recursos estimados para el trienio 2017-2019, el presupuesto nacional se estaría incrementando en un 31.9% en relación a período 2012-2016, los recursos formulados por el nivel de gobierno nacional tienen un incremento del 48.7% mientras que en los gobiernos regionales el incremento es de 2.5% en relación al período precedente.

**Gráfico 6**  
**PRESUPUESTO DE INICIAL Y PRESUPUESTO FORMULADO ACUMULADOS,**  
**PROGRAMA PRESUPUESTAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER**  
**NIVEL DE GOBIERNO, AÑOS: 2011 AL 2019.**  
(millones de soles)

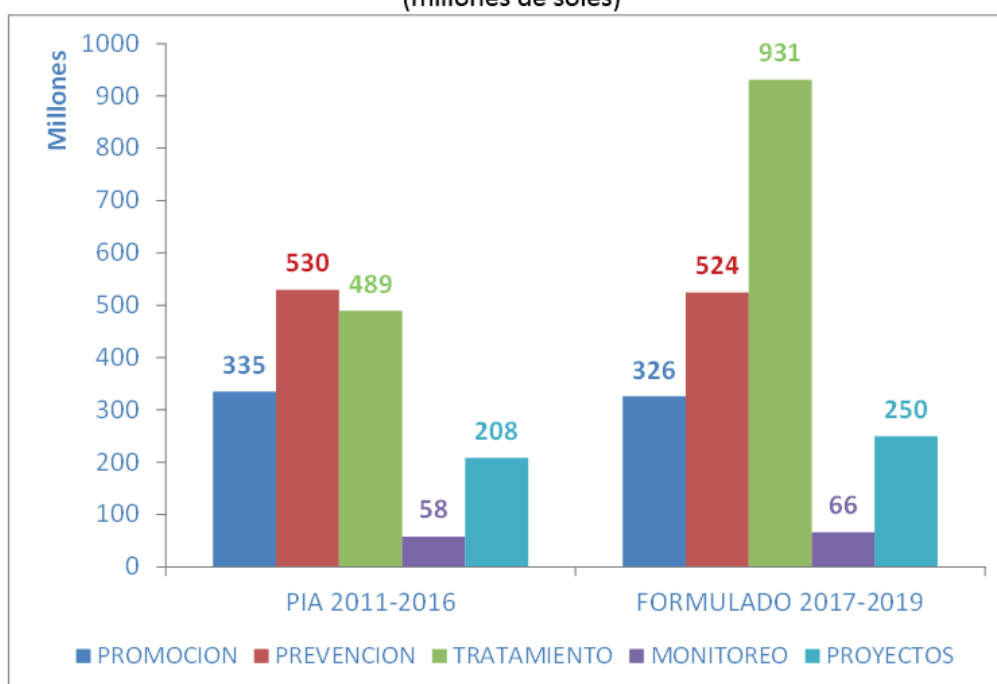


Fuentes: MEF: Cubo de datos Power Play - 06 Jun. 2016 (PPlay1 - eje2016(06\_06\_2016\_SALUD) (Explorer))  
Fuentes: MEF: Cubo de datos Power Play - 11 May. 2016 PPlay2 - multianual\_11\_05\_2016\_1533 (Explorer)  
Nota: Para los años 2011 al 2016 se considera el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA). Para los años \*2017 al \*2019, el valor corresponde a la Formulación Multianual de Presupuesto: Años 2017 al 2019.

En relación con los recursos presupuestados por tipo de producto del programa presupuestal, se tiene que en el período 2011-2016, los productos orientados a la prevención representan el 32.7% del total de recursos del programa presupuestal de prevención y control del cáncer, seguidos de los productos de tratamiento con el 30.2%, los recursos destinados a actividades de promoción que representaron el 20.7% y los proyectos de inversión 12.8%, mientras que los recursos destinados para la gestión, monitoreo y seguimiento del programa ascendieron al 3.6% del total del período.

Para el trienio 2017-2019, los recursos presupuestales para las actividades del programa presupuestal se incrementan en un 29.49% pasando de 1,620 millones de soles en el período 2011 al 2016, a 2,097 millones en el periodo 2017 al 2019, habiéndose formulado un mayor presupuesto en todos los grupos de productos.

**Gráfico 7**  
**Presupuesto Inicial y Presupuesto Formulado Acumulados,**  
**Programa Presupuestal de Prevención y Control de Cáncer por Tipo de Producto,**  
**Años: 2011 al 2019.**  
**(millones de soles)**



Fuentes: MEF: Cubo de datos Power Play - 06 Jun. 2016 (PPlay1 - eje2016(06\_06\_2016\_SALUD)) (Explorer)  
Fuentes: MEF: Cubo de datos Power Play - 11 May. 2016 PPlay2 - multianual\_11\_05\_2016\_1533 (Explorer)  
Nota: Para los años 2012 al 2016 se considera el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA). Para los años \*2017 al \*2019, el valor corresponde a la Formulación Multianual de Presupuesto: Años 2017 al 2019.

Es de notar, sin embargo, que existe una reorientación de las asignaciones, puesto que para el periodo 2017 al 2019 las actividades de tratamiento pasan a representar el 44.4% del presupuesto formulado, teniendo el mayor crecimiento, puesto que 489 millones de soles asignados entre el año 2011 al año 2016, se ha incrementado la asignación a 931 millones para los años 2017 al 2019. Con respecto a las actividades de prevención, el presupuesto formulado ha pasado de 530 millones entre los años 2011 al 2016, a 524 millones para los años 2017 al 2019, y representa un 25% del presupuesto para el programa; asimismo, para las actividades de promoción se han formulado 326 millones de soles para los años 2017 al 2019, y representa solo el 15.5% del presupuesto formulado para el programa en el siguiente trienio. Para las actividades de monitoreo y seguimiento se están formulando 66 millones de soles para el periodo 2017 al 2019, representa el 3.1% del presupuesto total. Finalmente, los recursos destinados a proyectos de inversión pasan de 208 millones en el período 2011 al 2016 a 250 millones para el período 2017 al 2019, lo cual significa un incremento del 20% de un período a otro y una participación del 11.9% del presupuesto

formulado para el programa. Con respecto al financiamiento por el Programa Presupuestal de Prevención y Control de Cáncer, este se viabiliza por intermedio de Productos de Promoción, Prevención, Tratamiento, Proyectos de Inversión y, Monitoreo y Seguimiento, los cuales han tenido una tendencia creciente, tal como se muestra en el Cuadro 7.

**CUADRO 7**  
**PRESUPUESTO MODIFICADO PROG. PRESUPUESTAL 024 PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER**  
**POR TIPO DE PRODUCTO, TODA FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

Producto	2011	2012	2013	2014	2015
PROYECTOS	1,086,198	13,193,929	23,587,375	98,803,530	100,977,183
PROMOCIÓN	8,481,298	48,850,663	50,100,739	70,590,370	85,671,224
PREVENCIÓN	20,220,054	129,919,845	68,074,231	109,755,400	191,465,891
TRATAMIENTO	0	0	26,915,555	239,334,431	296,582,492
MONITOREO	451,753	10,011,737	6,873,575	15,471,737	17,726,488
<b>TOTAL</b>	<b>30,239,303</b>	<b>201,976,174</b>	<b>175,551,475</b>	<b>533,955,468</b>	<b>692,423,278</b>

Fuente: Cubo de datos Power Play MEF. PPlay2 - eje2016(06\_06\_2016\_SALUD) (Explorer)

El control del cáncer en el Perú cuenta con recursos que se han incrementado progresivamente en los tres niveles de gobierno, pues se han desarrollado capacidades para programar y ejecutar los recursos en el marco del Programa Presupuestal Prevención y Control del Cáncer, que constituyen recursos protegidos y que garantizan el logro de resultados del Programa en concordancia con los resultados del Plan Esperanza. (Cuadro 8).

**CUADRO 8**  
**EJECUCIÓN FINANCIERA PROG.PRESUPUESTAL 024 PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER**  
**TODA FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

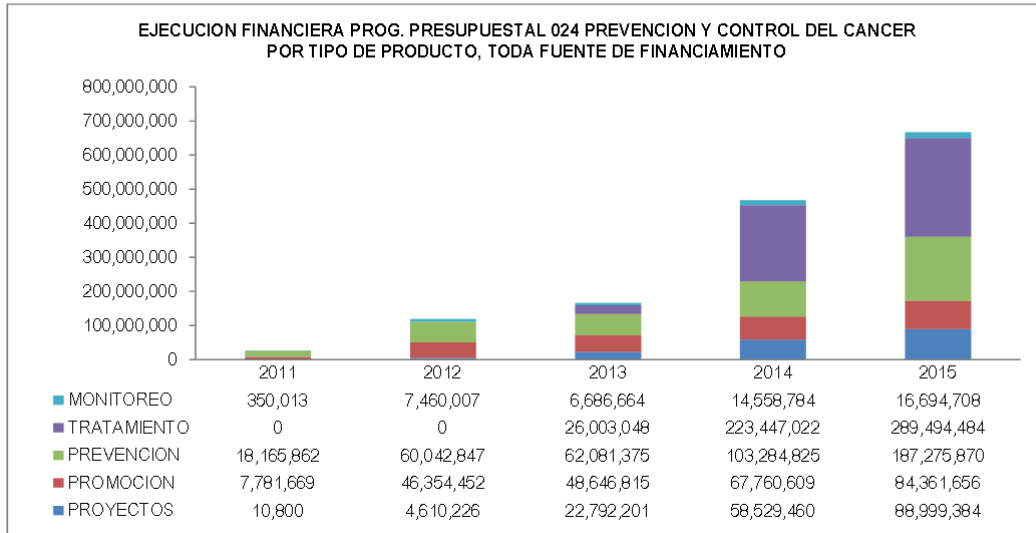
Nivel de Gobierno	2011	2012	2013	2014	2015
1 Gobierno Nacional	9,193,882	30,067,799	51,260,988	267,788,352	437,736,785
2 Gobierno Regional	17,114,461	87,142,098	109,461,200	191,950,215	228,637,498
3 Gobierno Local	0	1,257,637	5,487,915	7,842,133	451,820
<b>TOTAL</b>	<b>26,308,343</b>	<b>118,467,534</b>	<b>166,210,103</b>	<b>467,580,700</b>	<b>666,826,103</b>

Nota: El Nivel de Gobierno Nacional incluye SIS y FISSAL.

Fuente: Cubo de datos Power Play MEF. PPlay2 - eje2016(06\_06\_2016\_SALUD) (Explorer)

**Gráfico 9**

**EJECUCIÓN FINANCIERA DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL 024 PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER, POR TIPO DE PRODUCTO Y A TODA FUENTE DE FINANCIAMIENTO. NACIONAL**

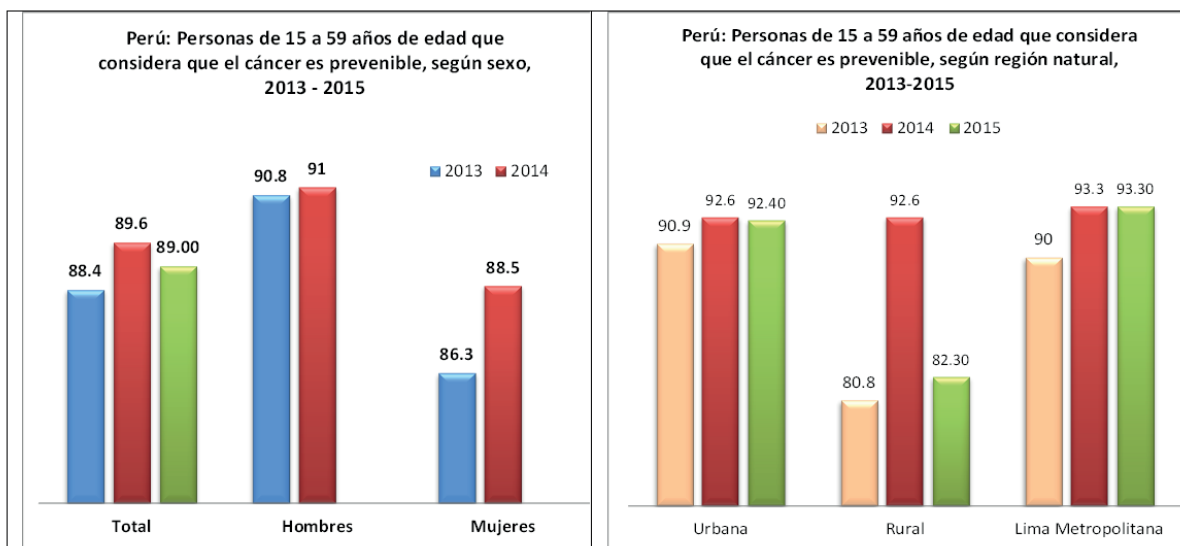


Fuente: Cubo de datos Power Play MEF. PPlay2 - eje2016(06\_06\_2016\_SALUD) (Explorer)

**RESULTADOS EN LA POBLACIÓN: INEI**

Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible

Se ha presentado un descenso de 0.6% la proporción de personas de 15 a 59 años de edad que consideran que el cáncer es prevenible, manteniéndose esta aceptación en la zona de Lima Metropolitana.



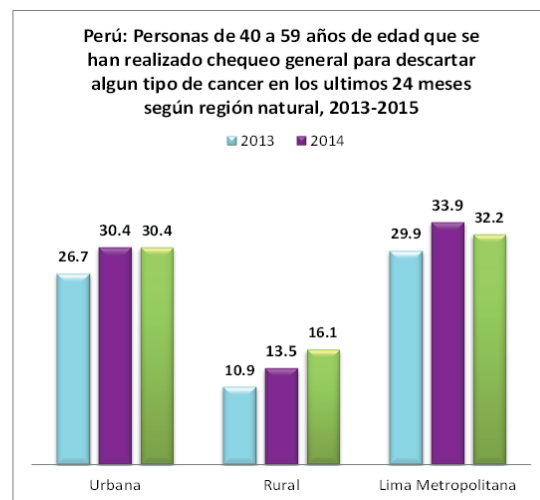
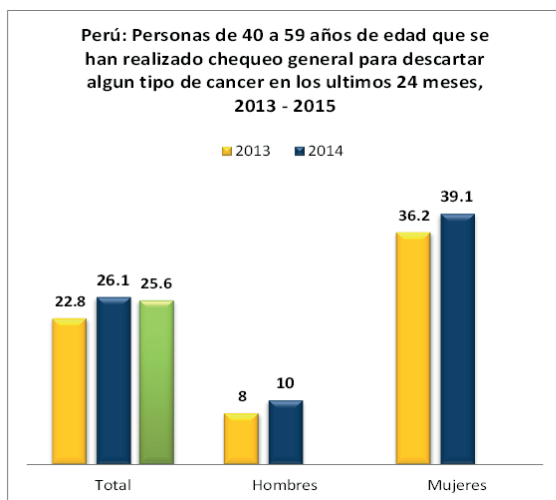
Fuente ENDES 2015



Este avance es el resultado de todos los esfuerzos a nivel de promoción de salud, prevención, tamizaje y movilización de la red de servicios, como de la sociedad por lograr un cambio de actitud frente a la enfermedad. Este es también un indicador de resultado del Plan Esperanza.

Personas de 40 a 59 años de edad que se han realizado un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses

Este indicador nos muestra que se ha incrementado de 22.8% a 26.1% el porcentaje de población de 30 a 49 años que se hizo un chequeo preventivo de cáncer. Existe una notable diferencia entre varones y mujeres. En mujeres se observa mucha mayor proporción de chequeos preventivos en cáncer, asimismo en población urbana.

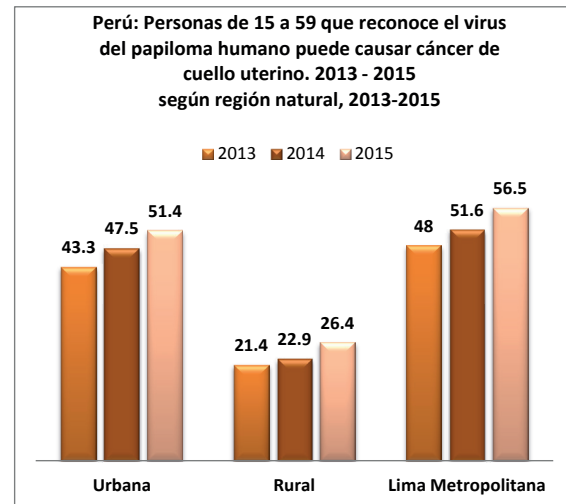
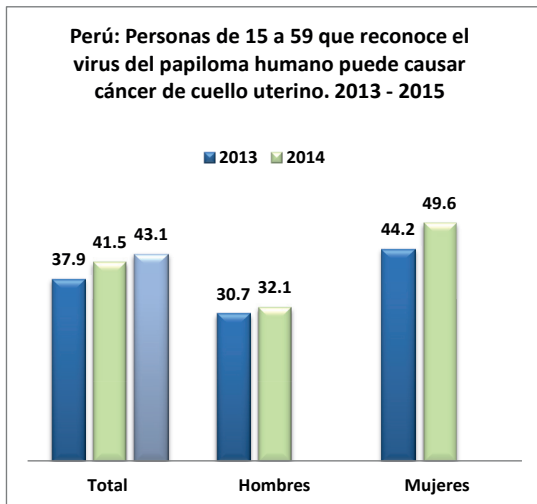


Fuente ENDES 2015

Personas de 15 a 59 años de edad que reconocen que el Virus del Papiloma Humano puede causar cáncer de cuello uterino. 2013-2015

Este indicador nos muestra que se ha incrementado de 41.5% a 43.1% el porcentaje de población de 15 a 59 años que reconocen que el Virus del Papiloma Humano puede causar cáncer de cuello uterino. Asimismo, se denota un incremento de 1% en la zona de Lima Metropolitana.

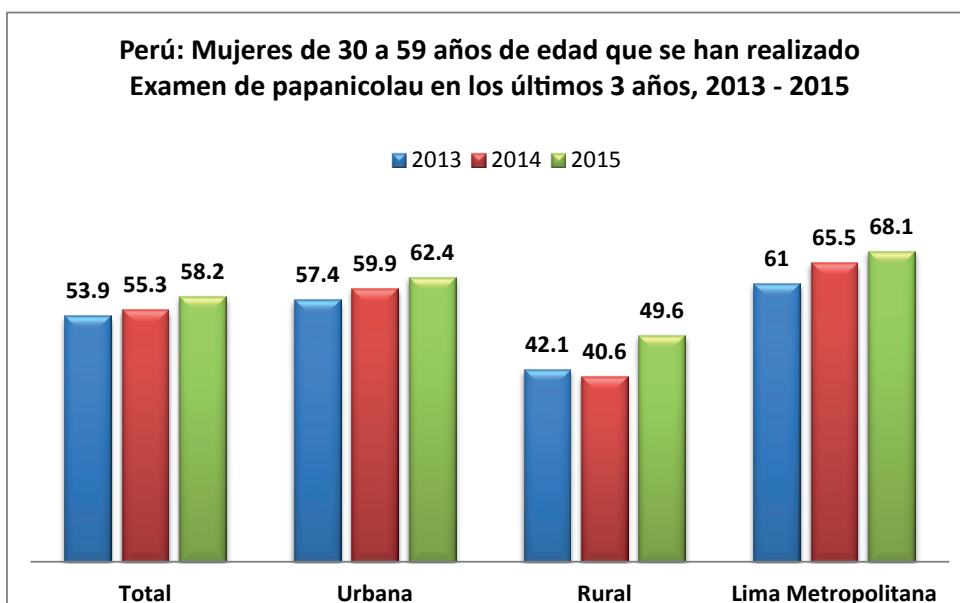




Fuente ENDES 2015

Mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado el examen de Papanicolaou en los últimos 3 años. 2013-2015.

Este indicador nos muestra que se ha incrementado de 55.3% a 58.2% el porcentaje de población de 30 a 49 años que se ha realizado el examen de Papanicolaou en los últimos 3 años. Asimismo, se denota un incremento de 2.6% en la zona de Lima Metropolitana.



Fuente ENDES 2015

El Programa Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer que sostiene al Plan Esperanza fue implementado en todo el país y ha contribuido a la descentralización de los servicios oncológicos acercando los servicios de prevención básica en el primer nivel de atención y servicios de prevención especializada en los establecimientos de segundo nivel en todas las regiones con el nuevo enfoque del tratamiento del cáncer. Actualmente los establecimientos de niveles I y II cuentan con equipamiento de alta tecnología para detección temprana de diferentes tipos de cáncer.

Se ha promovido el desarrollo de capacidades administrativas y clínicas en las diferentes unidades ejecutoras del país para que brinden servicios oncológicos preventivos básicos y especializados, e incluso para desarrollar y/o crear servicios de tratamiento integral. Lo cual se logró con el compromiso del personal profesional altamente especializado del INEN y el liderazgo institucional.

## Conclusiones:

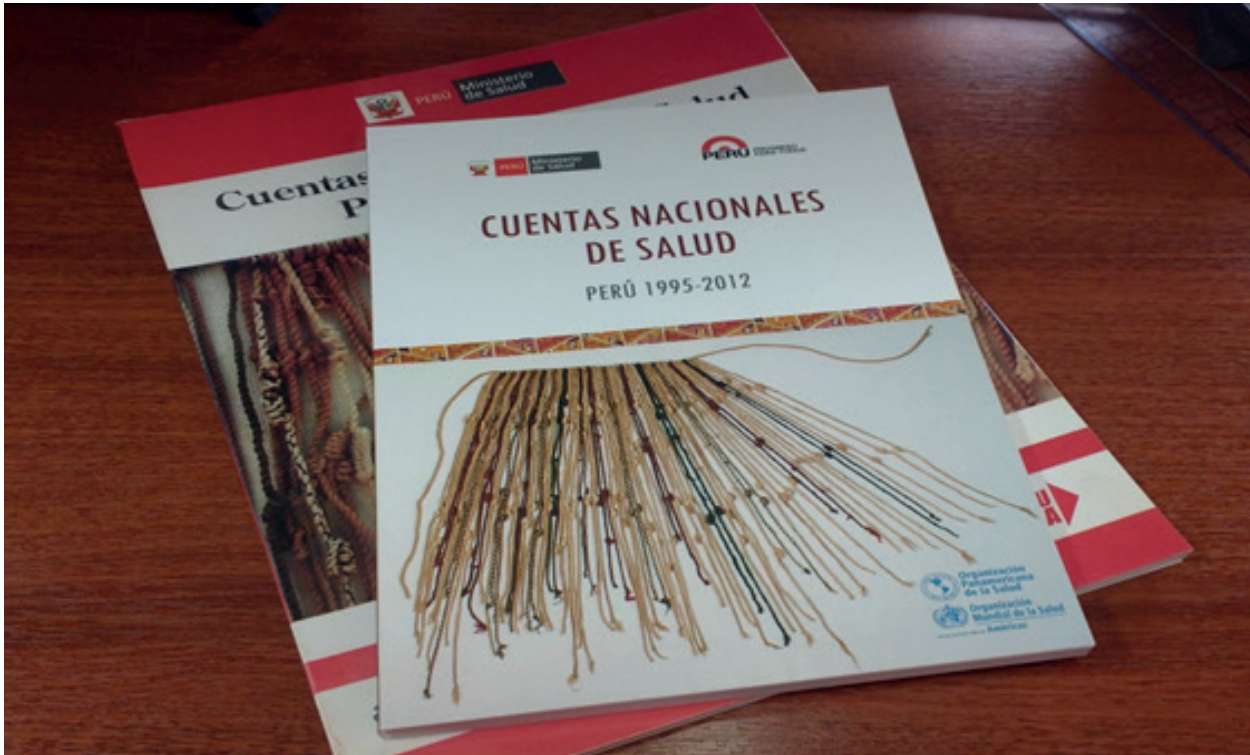
- La protección financiera para la prevención y atención oncológica integral en pacientes, principalmente en condición de pobreza, está garantizada con la implementación del Plan Esperanza, desde el año 2012 y otorga cobertura el continuo proceso de salud-enfermedad.
- El porcentaje de financiamiento asignado a la prevención y control del cáncer respecto al presupuesto público en salud, se ha incrementado notablemente de 2.37% (2011) a 6.67% (2015), es decir, casi el triple de lo que se tenía antes de la implementación del Plan Esperanza.
- El presupuesto asignado por tipo de productos muestra que un 25% está destinado a actividades de prevención y/o detección temprana, lo cual se mantiene casi constante en los años. En tanto los productos orientados a actividades de diagnóstico y tratamiento están incrementado sus recursos de 32.7% (2011-2016) a 44.4% (programación 2017-2019) del total de presupuesto asignado a la prevención y control del cáncer.
- Si bien es cierto se ha logrado que el nivel regional desarrolle capacidades en programar y asignar recursos financieros para ejecutar actividades de prevención y control del cáncer, a la fecha aún el 64% del total del presupuesto asignado al cáncer se asigna al nivel nacional. En los próximos años, con el avance de la descentralización de servicios oncológicos y el funcionamiento de los dos nuevos Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas, además de los 2 existentes, se asignaría más recursos para el control del cáncer, en el nivel regional.
- En cuanto a resultados en la población, se evidencia en las Encuestas ENDES, que la proporción de personas de 40 a 59 años de edad que se han realizado un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer, ha subido de 22.8% (2013) a 25.6% (2015). La proporción de mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado el examen de Papanicolaou en los últimos 3 años se ha incrementado de 53.9% (2013) a 58.2% (2015).
- Asimismo, la proporción de personas de 15 a 59 años de edad que reconocen el Virus del Papiloma Humano puede causar cáncer de cuello uterino se ha incrementado de 37.9% (2013) a 43.1% (2015).

# 2

---

## Cuentas Nacionales en Perú

## Cuentas Nacionales de Salud en Perú: Estimaciones 2013 y 2014



Las cuentas nacionales de salud (CCNNS) son instrumento clave de información, comunicación y concertación en el financiamiento, gasto y consumo de servicios de salud permitiendo contrastar los resultados sanitarios<sup>1</sup>. En ese sentido, las CCNNS constituyen un conjunto de tablas interrelacionadas que describen detalladamente el mercado de servicios de salud en general, las estructuras de financiamiento y el gasto del sector Salud en sus principales instituciones y agentes con relación al origen de los recursos, la producción y utilización de servicios de salud. Por ello, para lograr el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud en relación con las metas de equidad financiera, es importante que se logre interconectar las cuentas financieras con las estadísticas de producción y grado de acceso a los servicios de salud.

Cabe mencionar que las cuentas nacionales de salud en el Perú, desde su inicio en 1994, se desarrollaron sin la conformación de un equipo permanente dedicado a la estimación del gasto en salud; sin embargo, con la creación de la Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud a partir del 2009 se inició su institucionalización a favor del sector Salud<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Cuentas Nacionales de Salud 1995-2012. Ministerio de Salud / Organización Panamericana de la Salud.

<sup>2</sup> En febrero de 2016, la elaboración de las cuentas nacionales de salud se incorpora en el nuevo ROF del Ministerio de Salud como parte de las funciones de la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. Decreto Supremo N° 007-2016-SA. Decreto.



En un esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud se elaboró la actualización de las cuentas nacionales de salud por la metodología de los flujos financieros al 2012, publicados en el libro “Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012”.

Actualmente en el Perú se viene implementando la metodología internacional estándar de estimación de Cuentas de Salud SHA 2011, que nos facilita comparar los diferentes sistemas de salud en el mundo; sin embargo, para efectos de monitorear la evolución del sector Salud peruano a través del tiempo, se ha realizado la estimación de los años 2013 y 2014 utilizando la misma metodología de la serie 1995-2012 en el presente estudio.

### **DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SALUD Y AGENTES:**

La actual Reforma del sector Salud ha planteado una serie de cambios en la oferta de servicios públicos con mayor énfasis en la expansión de la Estrategia de Aseguramiento Universal (AUS) para “garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud<sup>3</sup>”. Este contexto de reestructuración del sector plantea una intensiva política de afiliación para lo cual el Ministerio de Salud requiere disponer de información sobre los logros y retos de esta política a través de los resultados de los flujos de financiamiento según agente, gasto, acceso efectivo a los servicios de salud, etc.

En ese sentido, las Cuentas Nacionales de Salud permiten disponer de flujos de información para evaluar dichos resultados, permitiendo apuntar hacia la disminución del “gasto de bolsillo” de la población en situación de pobreza, e incrementar el número de asegurados aumentando el acceso y satisfacción de la población a los servicios de salud.

En este contexto, es importante comprender que los flujos financieros atraviesan por tres fases principales:

- a. La generación de recursos o financiamiento.
- b. Mancomunación (agrupamiento en recursos o financiamiento) en fondos de aseguramiento.
- c. Asignación a diversos prestadores.

La ejecución de estas fases se realiza en función de un conjunto de agentes, instituciones, canales, instancias de agrupamiento de recursos o seguro y prestadores de salud que toman decisiones basadas en la normatividad existente y/o en sus decisiones individuales.

En el esquema 1 se describen brevemente los agentes financiadores, los fondos de aseguramiento y los prestadores del sistema de salud peruanos.

<sup>3</sup> Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012. Ministerio de Salud / Organización Panamericana de la Salud.

**ESQUEMA 1**

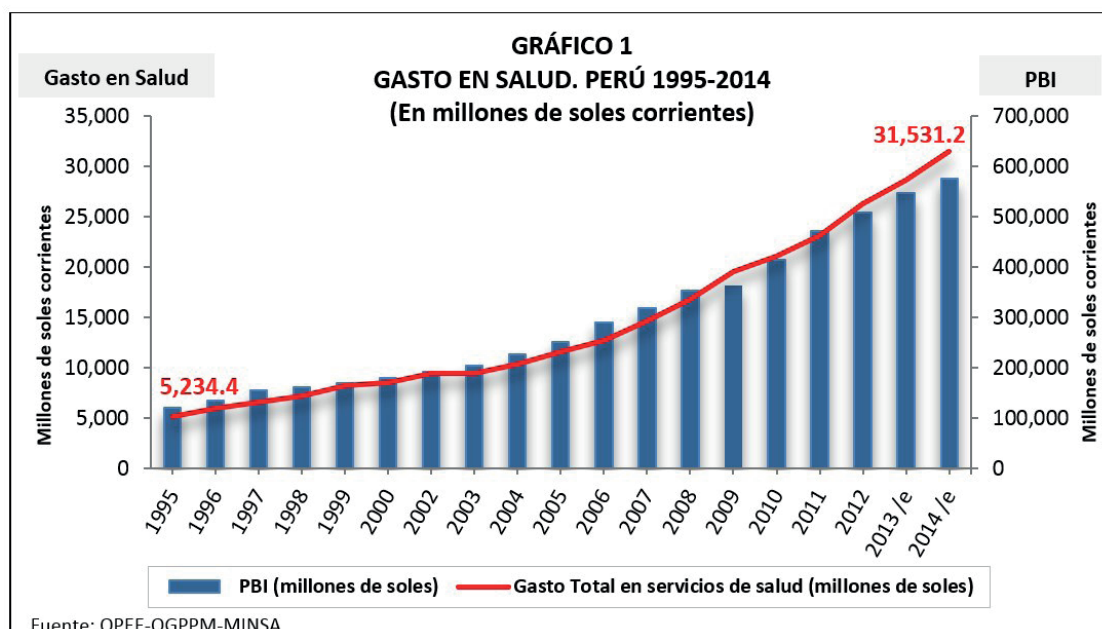
**CLASIFICACIÓN DE AGENTES, FUENTES, FONDOS Y PRESTADORES**

1. Generación de recursos o Financiamiento		2. Mancomunidad o fondos de aseguramiento		3. Asignación a diversos prestadores de servicios de salud	
Agentes	Fuentes	Fondos *		Prestadores	
<b>Gobierno (Nacional y Regional)</b>	Recursos ordinarios (Ingresos tributarios), recursos determinados (canon) y endeudamiento en salud	<b>Fondos de la seguridad social en salud</b>	Fondo de Salud de ESSALUD, el Fondo del seguro Complementario del Trabajo de Riesgo (SCTR) y los fondos de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).	<b>Establecimientos del Ministerio de salud</b>	Redes de establecimientos prestadores de servicios de salud en sus diversos niveles de atención y Hospitales Nacionales (MINSA)
<b>Cooperantes externos</b>	Donaciones de cooperantes internacionales			<b>Establecimientos en regiones</b>	Redes de establecimientos de salud dependientes de Direcciones o Gerencias Regionales de Salud
<b>Donantes internos</b>	Colectas o donación particular			<b>Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales</b>	Redes de establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional
<b>Hogares</b>	"Pago de bolsillo" (comprando servicios de salud) y adquisición de seguros de salud			<b>Establecimientos de otros prestadores públicos</b>	Establecimientos de salud de las beneficencias y municipalidades
<b>Empleadores en general (Públicos y Privados)</b>	Canalizan a ESSALUD y las EPS los aportes derivados de las remuneraciones registradas en planilla.	<b>Seguros, auto-seguros y prepagas privados</b>	Primas pagadas a compañías de seguros por hogares y empresas. Fondos de empresas para el aseguramiento de sus trabajadores. Fondos que ofrecen seguros.	<b>Establecimientos de ESSALUD</b>	Toda la red de establecimientos prestadores de servicios de salud del Seguro Social de Salud
<b>Inversores privados</b>	Inversiones de agentes fuera del sector			<b>Prestadores privados lucrativos</b>	Clinicas privadas especializadas y no especializadas, centros médicos y policlínicos, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios, servicios de diagnóstico por imágenes, etc.
<b>Otros</b>	Rentas de activos (depósitos financieros e inmuebles) de ESSALUD			<b>Prestadores privados no lucrativos</b>	Centros y postas médicas de parroquias y asociaciones misioneras y ONGs.
				<b>Cadenas, boticas y farmacias independientes</b>	Cuando están ubicadas fuera de un prestador institucional de servicios de salud.

\* El Seguro Integral de Salud (SIS) no está constituido como fondo de aseguramiento

Fuente: OPEE-OGPPM-MINSA.

## ESTIMACIÓN DEL GASTO EN SALUD



En el período 1995-2014, el gasto total en salud creció en 155.7% (valores constantes de 2007) y en términos per cápita pasó de S/435.3 a S/864.2 (soles corrientes). Asimismo, en el mismo período, el gasto total en salud aumentó de 4.4% a 5.5% como porcentaje del PBI. En un contexto de menor crecimiento del PBI, el gasto en servicios de salud de gestión pública aumentó de 2.3% a 3.3% del PBI mientras que el gasto efectuado dentro de establecimientos de gestión privada lo hizo en menor ritmo de 2.0% a 2.2% del PBI. (Cuadro 1).

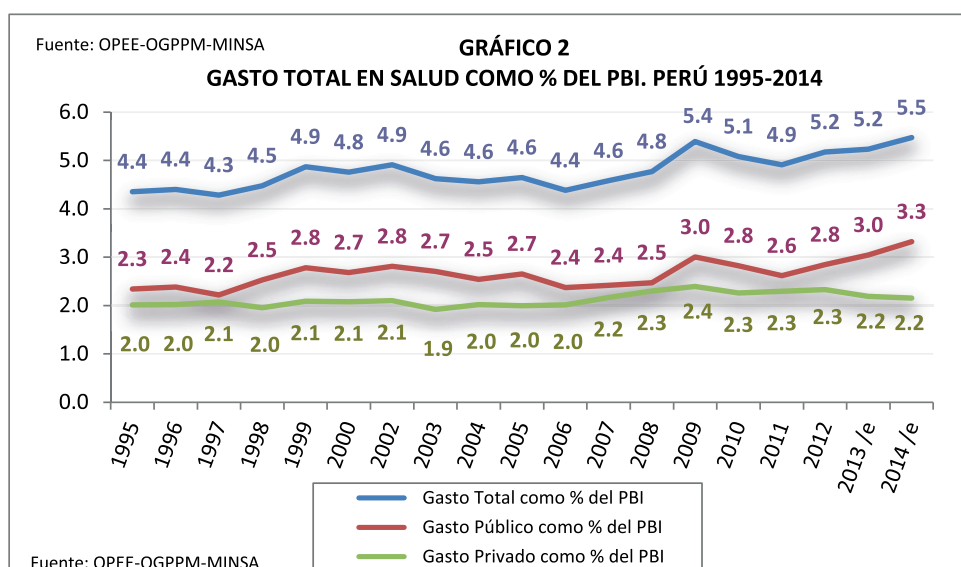
Si bien es un avance significativo, el Perú tiene aún por delante un importante margen de crecimiento con respecto al promedio de Latinoamérica y el Caribe de 8.1% para el 2013<sup>4</sup>.

**CUADRO 1  
PRINCIPALES INDICADORES DEL GASTO EN SALUD  
PERÚ 1995 - 2014**

Gasto en servicios de salud	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013 /e	2014 /e
Gasto Total en servicios de salud (millones de soles)	5,234.4	8,589.5	11,657.3	21,117.6	23,150.4	26,310.2	28,615.0	31,531.2
Gasto Total como % del PBI	4.4	4.8	4.6	5.1	4.9	5.2	5.2	5.5
Gasto Público en servicios de Salud (millones de soles)	2,814.8	4,840.9	6,656.1	11,727.4	12,329.6	14,470.1	16,655.0	19,119.9
Gasto Público como % del PBI	2.3	2.7	2.7	2.8	2.6	2.8	3.0	3.3
Gasto Privado en servicios de Salud (millones de soles)	2,419.6	3,748.6	5,001.2	9,390.2	10,820.8	11,840.1	11,960.1	12,411.2
Gasto Privado como % del PBI	2.0	2.1	2.0	2.3	2.3	2.3	2.2	2.2
Gasto Total corriente per cápita (soles)	218.8	330.6	419.2	716.8	776.9	873.1	939.0	1,023.3
Gasto Total en servicios de salud (millones de soles de 2007)	10,415.8	10,363.8	11,873.0	19,857.0	21,256.6	23,625.7	24,948.6	26,628.4
Gasto Total real per cápita (soles de 2007)	435.3	398.9	426.9	674.0	713.4	784.0	818.7	864.2

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





## FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Por el lado del financiamiento, la estructura de los servicios de salud se cimienta en tres principales agentes de financiamiento: hogares, gobierno y empleadores.

En los últimos años el cambio en los pesos relativos de la estructura del financiamiento de la salud ha cambiado, así como el Gobierno ha incrementado su participación de 25.2% en 1995 a 34.2% en el 2014 y se ha posicionado como el principal financiador de la salud, evidenciando la prioridad del Estado en las finanzas públicas mientras que la participación de los hogares en el financiamiento ha disminuido de 45.8% (1995) a 31.1% (2014) debido a que se ha incrementado el número de asegurados públicos. (Cuadro 2).

**CUADRO 2**  
**FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD SEGÚN AGENTES. PERÚ 1995-2014**  
(Porcentajes, millones de soles corrientes y constantes de 2007)

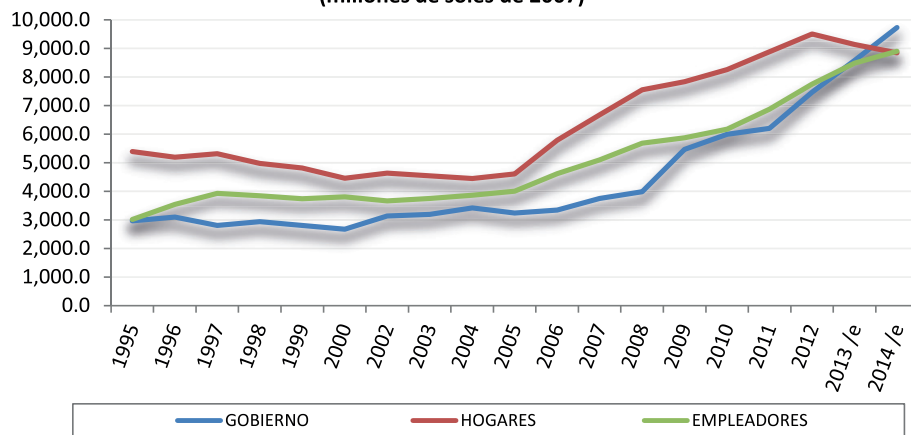
AGENTES	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013 /e	2014 /e
GOBIERNO	25.2	23.6	26.5	28.2	27.1	29.0	31.6	34.2
COOPERANTES EXTERNOS	1.4	1.1	1.0	0.8	0.7	0.9	0.7	0.7
DONACIONES INTERNAS	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
HOGARES	45.8	39.3	37.7	38.9	38.8	37.0	33.6	31.1
INVERSIONISTAS PRIVADOS	nd.	nd.	nd.	nd.	2.3	1.9	1.8	1.5
EMPLEADORES	25.6	33.5	32.7	29.0	30.0	30.1	31.2	31.3
OTROS (EsSalud)(*)	1.3	1.9	1.3	2.5	0.4	0.5	0.5	0.5
<b>TOTAL %</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL (millones de soles)</b>	<b>5,916.5</b>	<b>9,399.3</b>	<b>11,992.1</b>	<b>22,619.3</b>	<b>24,928.5</b>	<b>28,620.8</b>	<b>31,161.0</b>	<b>33,648.7</b>
<b>TOTAL (millones de soles de 2007)</b>	<b>11,773.2</b>	<b>11,340.9</b>	<b>12,214.0</b>	<b>21,269.0</b>	<b>22,889.3</b>	<b>25,700.6</b>	<b>27,168.4</b>	<b>28,416.6</b>

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

Fuente: OPEE-OGPPM-MINSA

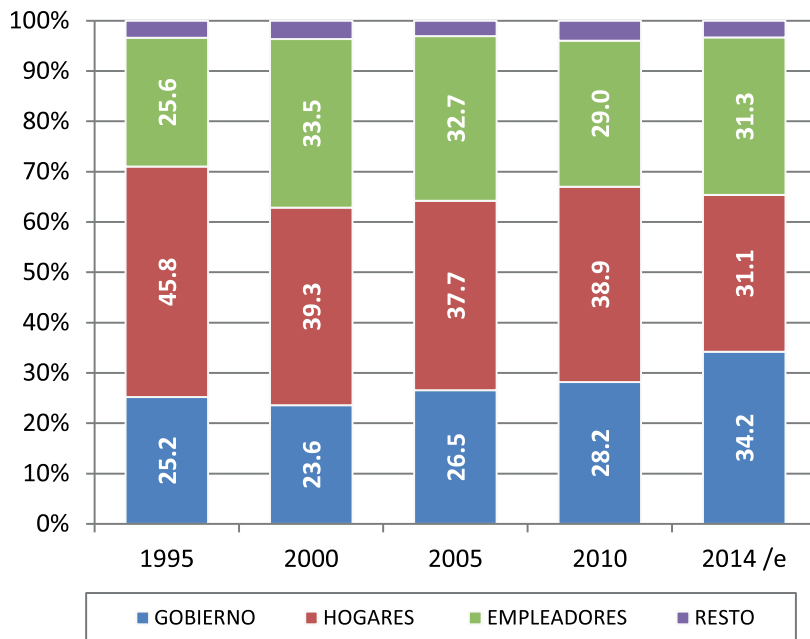


**GRÁFICO 3**  
**PRINCIPALES AGENTES FINANCIADORES DE LA SALUD.**  
**PERÚ 1995-2014**  
**(millones de soles de 2007)**



Fuente: OPEE-OGPPM-MINSA

**GRÁFICO 4**  
**ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD.**  
**PERÚ 1995-2014**  
**(%)**



Fuente: OPEE-OGPPM-MINSA

El mismo comportamiento se muestra en la participación de los empleadores, con una tendencia creciente de 25.6% a 31.3% durante el período 1995-2014, por el incremento del empleo formal asociado al crecimiento económico.

## 1. Financiamiento del Gobierno en Salud

**CUADRO 3**  
**ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DE RECURSOS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD. PERÚ 2004-2014**  
(Porcentajes, millones de soles corrientes y constantes de 2007)

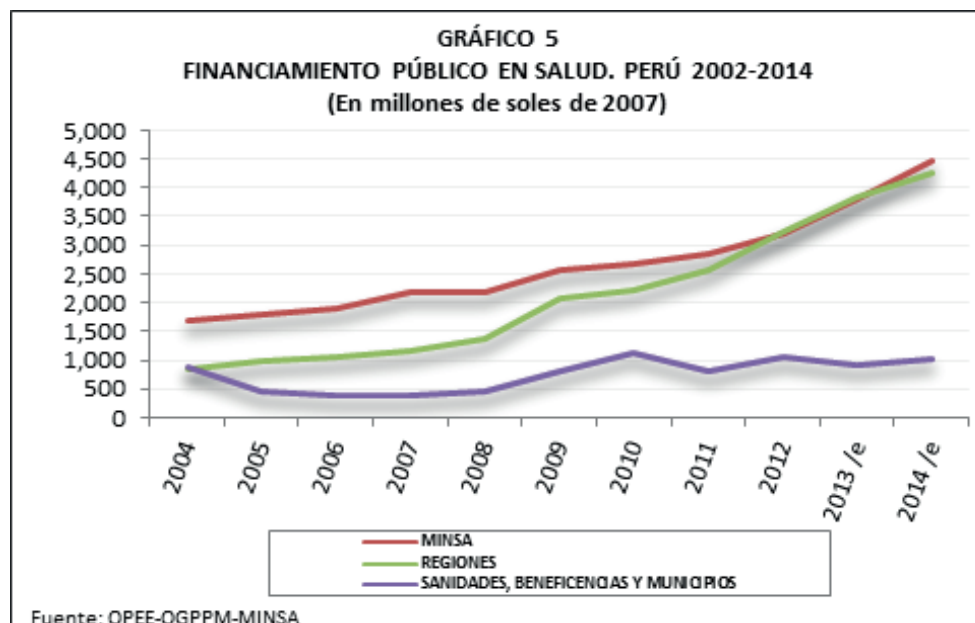
INSTITUCIONES	2004	2005	2010	2011	2012	2013 /e	2014 /e
<b>MINSA + REGIONES</b>	74.0	86.0	81.2	87.1	85.9	89.3	89.5
<b>MINSA</b>	49.4	55.9	44.5	45.8	42.7	44.5	45.8
RECURSOS ORDINARIOS	38.5	45.5	36.5	37.3	35.3	33.1	33.6
RECURSOS POR CRÉDITO EXTERNO	1.7	1.9	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
SIS- RECURSOS ORDINARIOS	9.1	8.5	7.9	8.3	7.3	11.3	12.1
<b>REGIONES</b>	24.7	30.2	36.7	41.4	43.2	44.8	43.8
RECURSOS ORDINARIOS	24.7	30.2	32.6	39.2	40.3	41.5	42.3
RECURSOS DETERMINADOS	0.0	0.0	4.1	2.2	3.0	3.4	1.5
<b>SANIDADES, BENEFICENCIAS Y MUNICIPIOS (*)</b>	26.0	14.0	18.8	12.9	14.1	10.7	10.5
<b>TOTAL (%)</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>TOTAL (millones de soles)</b>	3,249.2	3,183.0	6,370.8	6,758.9	8,310.6	9,838.7	11,519.3
<b>TOTAL (millones de soles de 2007)</b>	3,418.2	3,241.9	5,990.5	6,206.0	7,462.7	8,578.1	9,728.2

(\*) 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 retirando las funciones "no salud". Además se realizan depuraciones al interior de la función salud.

Fuente: OPEE-OGPPM-MINSA

En el período 2004-2012, el financiamiento del gobierno en salud se incrementó en términos reales en 184.6% con una tasa de crecimiento promedio anual de 11%. Para ese mismo periodo, el crecimiento del financiamiento del Minsa en valores reales fue de 163.9% y, el de los Gobiernos Regionales llegó a 405.2% con tasas de crecimiento promedio anual de 10.2% y 17.6%, respectivamente, por las transferencias de recursos del gobierno nacional al regional dentro del proceso de descentralización.



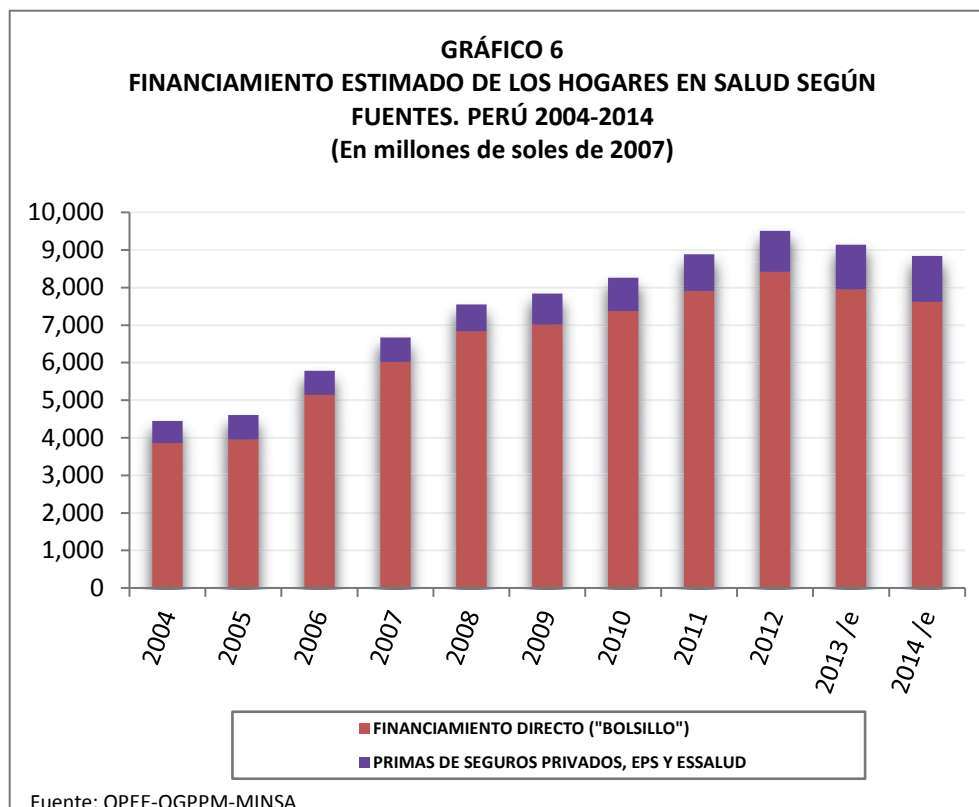
## 2. Financiamiento de los hogares

**CUADRO 4**  
**FINANCIAMIENTO ESTIMADO DE LOS HOGARES EN SALUD SEGÚN FUENTES. PERÚ 2004-2014**  
(Porcentajes, millones de soles corrientes y constantes de 2007)

DESTINO	2004	2005	2010	2011	2012	2013 /e	2014 /e
FINANCIAMIENTO DIRECTO ("BOLSILLO")	86.7	85.9	89.2	89.0	88.5	87.0	86.2
PRIMAS DE SEGUROS PRIVADOS, EPS Y ESSALUD	13.3	14.1	10.8	11.0	11.5	13.0	13.8
<b>TOTAL (%)</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL ESTIMADO (millones de soles)</b>	<b>4,229.5</b>	<b>4,519.0</b>	<b>8,789.5</b>	<b>9,673.8</b>	<b>10,590.4</b>	<b>10,481.8</b>	<b>10,472.1</b>
<b>TOTAL ESTIMADO (millones de soles de 2007)</b>	<b>4,449.4</b>	<b>4,602.7</b>	<b>8,264.9</b>	<b>8,882.4</b>	<b>9,509.8</b>	<b>9,138.8</b>	<b>8,843.8</b>

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.

El financiamiento de los hogares ha mantenido la definición basada en dos grandes rubros, el proveniente del denominado "bolsillo" y el de compra de primas de seguros de salud. Durante el periodo 2004-2014, el financiamiento de los hogares en salud se incrementó en términos reales en 98.8%; sin embargo, puede observarse que a partir del año 2012 el financiamiento de los hogares disminuye a una tasa promedio anual de -3.6%, resaltándose que, para el periodo 2012-2014, el financiamiento de "bolsillo" es el que disminuye considerablemente a una tasa promedio anual de -4.8%, mientras que la compra de primas de seguros privados tiene un crecimiento promedio anual de 5.7%.



**FONDOS DE FINANCIAMIENTO Y SEGUROS**

**CUADRO 5**  
**TIPOS DE FONDOS O SEGUROS EN SERVICIOS DE SALUD. PERÚ 1995-2014**  
(Porcentajes, millones de soles corrientes y constantes de 2007)

TIPOS DE FONDOS	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013 /e	2014 /e
SEGURO INTEGRAL DE SALUD	0.0	0.0	5.4	5.8	6.0	5.6	8.9	10.1
SEGUROS PRIVADOS (*)	6.9	8.5	11.4	9.7	9.9	9.7	9.5	9.2
AUTOSEGUROS PRIVADOS (**)	7.4	5.3	5.1	4.5	4.8	4.5	4.0	3.9
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	85.7	86.3	78.1	79.9	79.3	80.1	77.6	76.8
ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD (EPS)	0.0	8.0	9.4	10.0	10.8	11.1	11.6	12.3
ESSALUD	85.7	78.3	68.8	69.9	68.5	69.0	66.0	64.5
<b>TOTAL (%)</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL (millones de soles)</b>	<b>1,814.0</b>	<b>3,488.0</b>	<b>4,975.6</b>	<b>8,683.4</b>	<b>9,328.0</b>	<b>10,704.7</b>	<b>12,510.5</b>	<b>13,765.3</b>
<b>TOTAL (millones de soles de 2007)</b>	<b>3,609.7</b>	<b>4,208.5</b>	<b>5,067.7</b>	<b>8,165.0</b>	<b>8,564.9</b>	<b>9,612.5</b>	<b>10,907.5</b>	<b>11,625.0</b>
<b>COMO % DEL FINANCIAMIENTO</b>	<b>30.7</b>	<b>37.1</b>	<b>41.5</b>	<b>38.4</b>	<b>37.4</b>	<b>37.4</b>	<b>40.1</b>	<b>40.9</b>

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

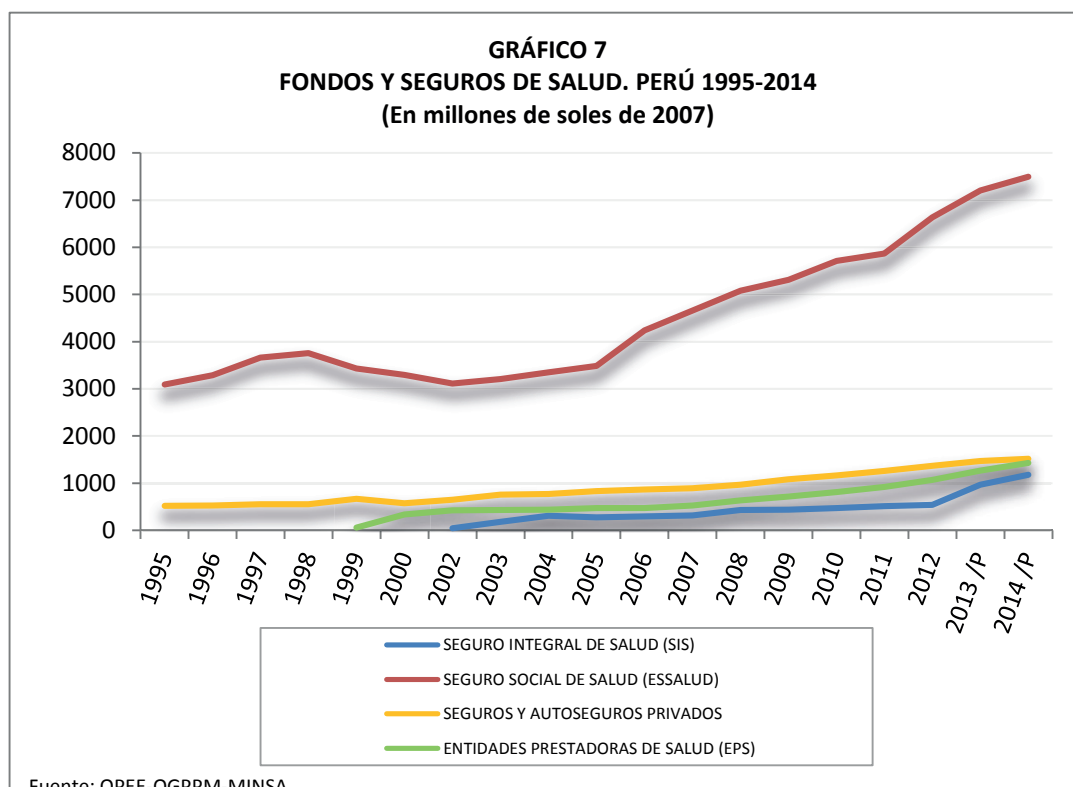
(\*) Primas Retenidas Anualizadas del Ramo de Accidentes y Enfermedades.

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

El porcentaje de financiamiento en salud, intermediado por fondos o aseguradoras -SIS, ESSALUD, seguros privados, autoseguros privados y EPS- aumentó de 30.7% al 40.9% en el período de 1995-2014.

ESSALUD sigue siendo el principal fondo de aseguramiento en salud, sin embargo, su participación relativa disminuye de 85.7% al 64.5% debido a la creación y crecimiento de las EPS y del SIS.

**GRÁFICO 7**  
**FONDOS Y SEGUROS DE SALUD. PERÚ 1995-2014**  
(En millones de soles de 2007)



Fuente: OPEE-OGPPM-MINSA

## GASTO SEGÚN PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

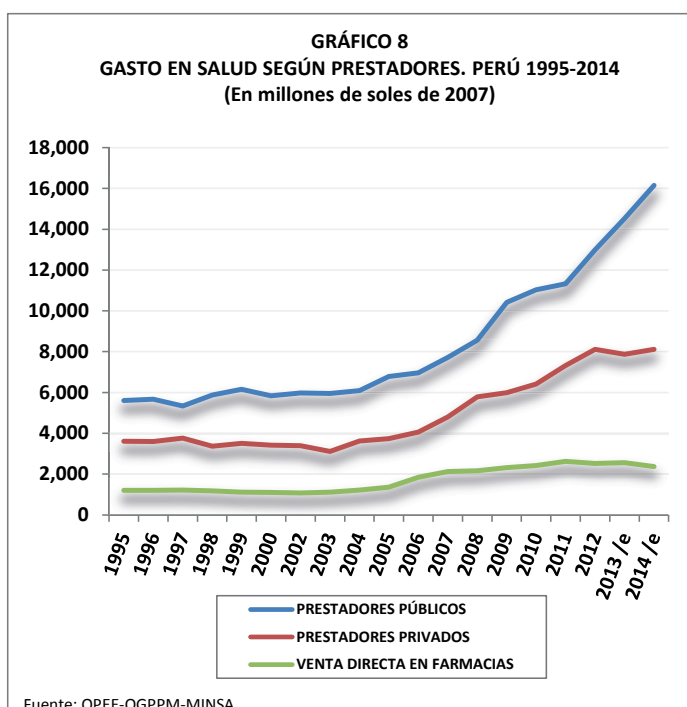
**CUADRO 6**  
**GASTO EN SALUD SEGÚN PRESTADORES. PERÚ 1995-2014**  
(Porcentajes, millones de soles corrientes y constantes de 2007)

PRESTADORES	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013 /e	2014 /e
<b>PRESTADORES PÚBLICOS</b>	<b>53.8</b>	<b>56.4</b>	<b>57.1</b>	<b>55.5</b>	<b>53.3</b>	<b>55.0</b>	<b>58.2</b>	<b>60.6</b>
MINSA + REGIONES	26.3	26.6	27.7	26.6	27.4	29.3	32.7	35.2
MINSA	26.3	26.6	16.6	13.2	13.0	13.3	13.7	14.9
REGIONES			11.1	13.4	14.4	16.0	18.9	20.2
ESSALUD	21.5	25.5	24.6	22.5	21.3	20.4	21.3	21.2
SANIDADES Y OTROS PÚBLICOS	6.0	4.3	4.9	6.4	4.5	5.3	4.2	4.3
<b>SECTOR PRIVADO</b>	<b>46.2</b>	<b>43.6</b>	<b>42.9</b>	<b>44.5</b>	<b>46.7</b>	<b>45.0</b>	<b>41.8</b>	<b>39.4</b>
PRESTADOR PRIVADO LUCRATIVO *	33.1	31.4	29.8	30.4	32.6	32.5	29.9	29.0
PRESTADOR PRIVADO NO LUCRATIVO	1.6	1.6	1.7	1.8	1.8	1.8	1.6	1.5
VENTA DIRECTA EN FARMACIAS	11.6	10.6	11.4	12.2	12.3	10.7	10.3	8.9
<b>TOTAL (%)</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL (millones de soles)</b>	<b>5,234.4</b>	<b>8,589.5</b>	<b>11,657.3</b>	<b>21,117.6</b>	<b>23,150.4</b>	<b>26,310.2</b>	<b>28,615.0</b>	<b>31,531.2</b>
<b>TOTAL (millones de soles de 2007)</b>	<b>10,415.8</b>	<b>10,363.8</b>	<b>11,873.0</b>	<b>19,857.0</b>	<b>21,256.6</b>	<b>23,625.7</b>	<b>24,948.6</b>	<b>26,628.4</b>

(\*) Se ha incluido el estimado del monto de inversión privada dentro del prestador privado lucrativo para el periodo 2011 - 2014.

Los establecimientos del Minsa y de los Gobiernos Regionales obtienen recursos principalmente del gobierno, de los hogares, y en menor medida de los recursos de cooperación y de donaciones. Mientras que en ESSALUD la mayor parte de sus recursos provienen de los aportes del trabajador, 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. Y, finalmente, la compra directa en farmacias/boticas la realizan los hogares con el “gasto de bolsillo”.

En el período 1995-2014, el gasto en servicios de salud aumentó en valores reales en 155.7%, coherente con el crecimiento económico del país. Se observa que la participación en el gasto de los establecimientos del Minsa y regiones aumentó de 26.3 a 35.2%. En cuanto al sector privado, los prestadores lucrativos disminuyeron su participación de 33.1% a 29%.



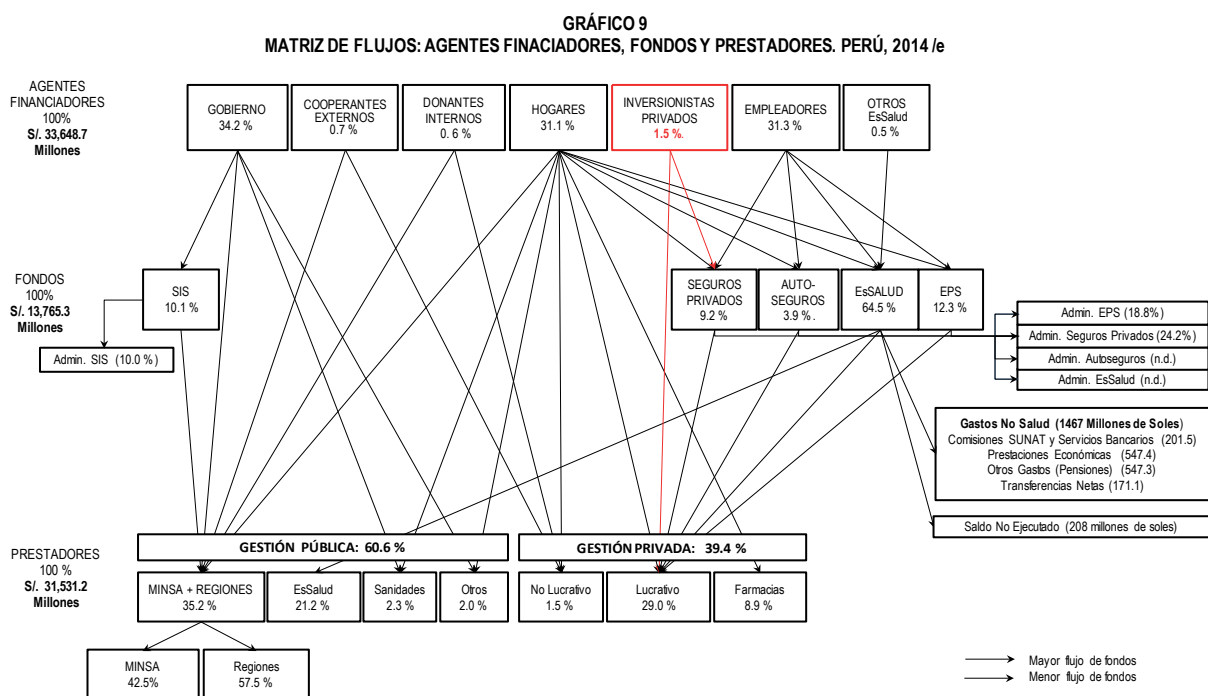
## MATRIZ DE FLUJOS FINANCIEROS

El gráfico 9 presenta la matriz de flujos financieros desde los agentes, los fondos de financiamiento o aseguramiento y los prestadores de salud para el año 2014. Se observa que el Gobierno supera a los empleadores y los hogares como fuente de financiamiento. El Gobierno tiene un peso de 34.2%, mientras que los empleadores tienen un peso de 31.3% y los hogares 31.1%. En la intermediación de fondos, se han retirado los recursos destinados a la administración de los mismos en los casos del Seguro Integral de Salud, seguros privados y del sistema de EPS. No se han retirado los recursos a la administración de ESSALUD y autoseguros.

Los gastos de administración de EPS y seguros privados ascienden al 18.8% y 24.2%, respectivamente.

Respecto a los centros de gastos, destaca el mayor peso del gasto en los establecimientos públicos (60.6%) versus los de administración privada (39.4%).

Debido al proceso de descentralización, del 35.2% de gasto en Minsa y regiones, el Minsa ejecuta 42.5% y las regiones ejecutan 57.5%.



# 3

---

## Gasto de hogares en salud-Perú



## Gasto de hogares en salud-Perú Tendencias 2013 y 2014



En el periodo 1995-2014, el gasto nacional en servicios de salud ha mostrado un crecimiento en 155.7% en valores reales<sup>1</sup>. Sin embargo, estas cifras aún no son suficientes para poder afrontar los problemas de salud de la población. Existen características que son importantes destacar: Hay una asociación positiva entre el gasto en Salud y el PBI; hay una mayor propensión media al gasto en salud con relación al PBI, pues el peso del gasto en salud en el PBI se ha incrementado entre 1995-2014 de 4.4 a 5.5%; y la composición del gasto público-privado respecto al PBI mostró un mayor crecimiento del gasto público del 2.3 al 3.3%.

En ese sentido, el acceso a la salud está limitado por restricciones presupuestarias del hogar y por la estructura del financiamiento de los gastos de salud en los hogares peruanos, ya que la población que accede a cuidados de salud se ven obligadas a financiar sus gastos con desembolsos directos de su bolsillo.

Esto demuestra que las donaciones públicas y los programas sociales llevados a cabo por el gobierno son fuente de financiamiento importante en relación al gasto de bolsillo de la población. Por ello, es importante hacer evidente la necesidad de reducir el gasto en salud al que incurren los hogares, con la finalidad de

<sup>1</sup> Informe de Estimación de Cuentas Nacionales de Salud, Perú 2013-2014. Ministerio de Salud. Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. Organización Panamericana de la Salud.



reducir las brechas de acceso a la salud, la situación de vulnerabilidad de la población, así como contribuir a eliminar la carga de pobreza y extrema pobreza del país.

Uno de los retos más importantes del sector es reducir el gasto de bolsillo de salud en la población en la medida que el Ministerio de Salud (en el proceso de reforma del sector) logre universalizar el aseguramiento en salud y ampliar la cobertura en salud para la población, con servicios de calidad y oportunos.

### **1. Definiciones básicas:**

Antes de definir el gasto de los hogares en salud es importante conocer la estructura del financiamiento del gasto en salud que nos permita comprender las restricciones presentes en el acceso a la salud.

Los bienes y servicios de salud tienen tres fuentes principales de financiamiento: los impuestos, las contribuciones a la seguridad social y los desembolsos realizados por los hogares.

La fuente de financiamiento del gasto en salud dependerá en cada caso de las características socioeconómicas del hogar y sus miembros<sup>2</sup>, por lo que es importante resaltar que en el Perú el sistema de salud tiene cierto grado de cobertura en los potenciales gastos de salud, sin embargo, no es suficiente para cubrir todas las necesidades en salud. Cabe mencionar que en el gasto de salud de los hogares las fuentes de financiamiento principales son: el gasto de bolsillo (GBS) y las donaciones públicas. Que el gasto de bolsillo en salud represente la mayor parte del financiamiento de la salud supone la ampliación de las brechas sociales agravando las condiciones de vulnerabilidad de la población en pobreza y extrema pobreza.

Por ello es importante tomar en consideración las siguientes definiciones que nos permitan comprender el gasto en salud de los hogares.

- a. Gasto en salud de los hogares: Son los pagos efectuados por algún miembro 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”<sup>3</sup>.
- b. Gasto de bolsillo en salud: Estos pagos surgen, porque los miembros del hogar no están afiliados a algún sistema de salud, o solo están en forma parcial. Asimismo, es importante mencionar que este tipo de gastos pueden tener un efecto distinto, de acuerdo al nivel de ingreso percibido en el hogar. En ese sentido, la mayor parte de los gastos de la salud está financiada a través de pagos directos no planificados, situación que podría generar un impacto negativo en la situación económica de la población acentuando la condición de pobreza de un hogar, debido a que el pago se realiza a expensas de satisfacer otras necesidades básicas<sup>4</sup>.
- c. Gasto catastrófico en salud: En el Perú, financiamiento de los hogares en salud se ha caracterizado por la predominancia de los pagos de bolsillo. En los casos en los que los gastos no son planeados se tiene que afrontar a costas de no cubrir algunas necesidades básicas. Es decir, presupone un gasto relativamente alto, representando un costo de oportunidad.

<sup>2</sup> Ídem, Pág. 27.

<sup>3</sup> Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012. Ministerio de Salud. Oficina General de Planeamiento y Presupuesto / Organización Panamericana de la Salud.

<sup>4</sup> CIES. El Empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud. Pág. 32.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado riesgos que implican la dependencia de los pagos directos de las personas para recibir asistencia médica, ya que impide que millones de personas reciban la atención médica oportuna, y esto podría conllevar al empobrecimiento de los hogares, lo que ha sido denominado “gasto catastrófico”. Por esto, la Reforma en Salud busca alcanzar el aseguramiento universal de manera efectiva, para reducir el gasto de bolsillo y garantizar la atención médica de la población.

## 2. Estimación del gasto de los hogares en salud:

Para la estimación del gasto de los hogares en salud, es necesario señalar como principal fuente de información los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), encuesta referida al gasto de hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), que asume que el monto de gasto es igual al de su financiamiento. Es importante señalar que los datos de la ENAH serán compatibilizados con los registros del Minsa y los de los Gobiernos Regionales (en cuanto a los recursos directamente recaudados), de ESSALUD (seguros potestativos e independientes y compra de servicios de parte de no asegurados), de la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP y de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Sin embargo, se recomienda prestar más atención a las tendencias que a las cifras numéricas, por cuanto puede haber existido dificultades para que los hogares recuerden los gastos efectuados para ese fin.

Según la ENAH, el gasto de los hogares en salud creció en 98.8% (en soles del 2007) en el período 2004-2014. Resaltando que este gasto estuvo compuesto mayormente por el gasto de bolsillo en un 86-91%.

**CUADRO 1**  
**GASTO MONETARIO ESTIMADO DEL HOGAR EN SERVICIOS DE SALUD. PERÚ 2004-2014**  
(Porcentajes, millones de soles corrientes y constantes de 2007)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 /e	2014 /e
FINANCIAMIENTO DIRECTO ("BOLSILLO")	86.7	85.9	88.9	90.2	90.6	89.5	89.2	89.0	88.5	87.0	86.2
GASTO DE BOLSILLO DEBIDO A CONSULTA	61.0	58.6	58.9	59.8	63.1	61.5	61.8	61.3	63.2	60.0	60.3
GASTO DE BOLSILLO SIN CONSULTA	25.7	27.3	30.1	30.4	27.5	28.0	27.4	27.7	25.3	27.0	25.9
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	13.0	13.8
<b>TOTAL (%)</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL ESTIMADO (millones de soles)</b>	<b>4,229.5</b>	<b>4,519.0</b>	<b>5,725.8</b>	<b>6,675.2</b>	<b>7,693.8</b>	<b>8,190.5</b>	<b>8,789.5</b>	<b>9,673.8</b>	<b>10,590.4</b>	<b>10,481.8</b>	<b>10,472.1</b>
<b>TOTAL ESTIMADO (millones de soles de 2007)</b>	<b>4,449.4</b>	<b>4,602.7</b>	<b>5,787.1</b>	<b>6,675.2</b>	<b>7,552.6</b>	<b>7,836.5</b>	<b>8,264.9</b>	<b>8,882.4</b>	<b>9,509.8</b>	<b>9,138.8</b>	<b>8,843.8</b>

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

## 3. Destino del pago directo en servicios de salud según prestador

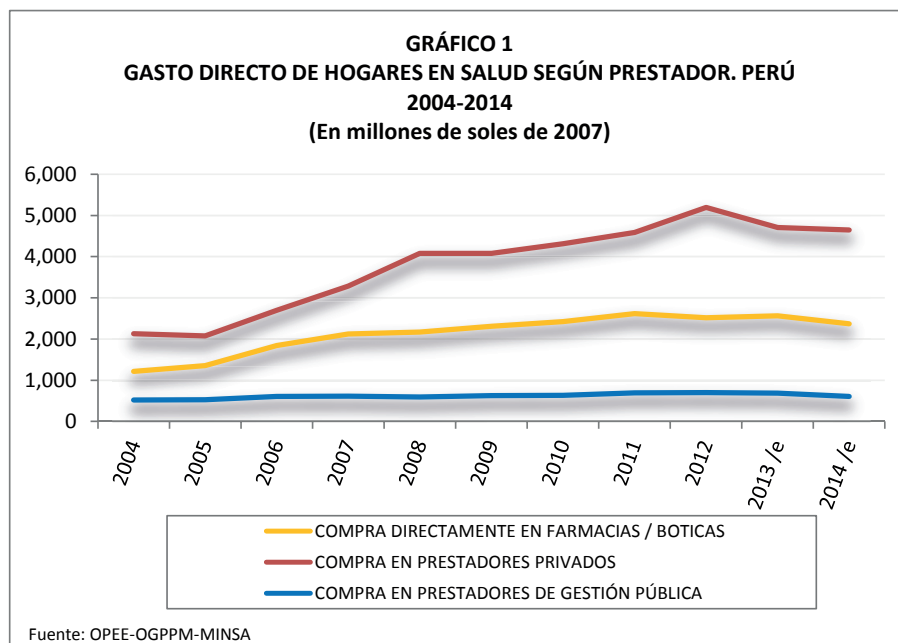
**CUADRO 2**  
**GASTO DIRECTO DE LOS HOGARES EN SALUD SEGÚN PRESTADOR. PERÚ 2004-2014**  
(Porcentajes, millones de soles corrientes y constantes de 2007)

PRESTADOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 /e	2014 /e
COMPRA DIRECTAMENTE EN FARMACIAS / BOTICAS	31.4	34.2	35.7	35.3	31.7	32.9	32.9	33.1	29.9	32.2	31.1
COMPRA EN PRESTADORES PRIVADOS	55.1	52.5	52.5	54.5	59.7	58.1	58.5	58.1	61.7	59.2	61.0
COMPRA EN PRESTADORES PUBLICOS	13.5	13.3	11.8	10.2	8.7	8.9	8.6	8.8	8.3	8.6	8.0
<b>TOTAL (%)</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL (millones de soles)</b>	<b>3,668.4</b>	<b>3,883.6</b>	<b>5,091.7</b>	<b>6,019.7</b>	<b>6,969.5</b>	<b>7,332.5</b>	<b>7,839.4</b>	<b>8,611.0</b>	<b>9,372.1</b>	<b>9,122.3</b>	<b>9,023.9</b>
<b>TOTAL (millones de soles constantes de 2007)</b>	<b>3,859.1</b>	<b>3,955.5</b>	<b>5,146.1</b>	<b>6,019.7</b>	<b>6,841.7</b>	<b>7,015.6</b>	<b>7,371.4</b>	<b>7,906.6</b>	<b>8,415.9</b>	<b>7,953.5</b>	<b>7,620.8</b>

Elaborado en base al procesamiento de la ENAH-INEI, compatibilizando registros del MINSA y Regiones y ESSALUD

En el período 2004-2014 se observa un incremento del pago directo que realizan los hogares en servicios de salud en prestadores de gestión privada, alcanzando un máximo para el año 2012, y para los años 2013 y 2014 se muestra un descenso. El gasto en clínicas/consultorios privados subió de 55.1 al 61.0%.

En cuanto a la compra en farmacias y/o boticas, se observa que a pesar de que esta se incrementó en el período 2004-2006, descendió para el año 2012 a 29.9% y para el año 2014 se incrementa a 31.1%. Mientras que, para el período 2004-2014, el gasto de los hogares en prestadores de gestión pública disminuye de 13.5 al 8.0%.



**CUADRO 3**  
**ESTRUCTURA ESTIMADA DEL GASTO DIRECTO DE HOGARES EN SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LUGAR DE GASTO. PERÚ 2004-2014**  
(En porcentajes, millones de soles y millones de soles de 2007)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 /e	2014 /e
<b>GASTO DIRECTO DEBIDO A CONSULTA</b>	<b>68.6</b>	<b>65.8</b>	<b>64.3</b>	<b>64.7</b>	<b>68.3</b>	<b>67.1</b>	<b>67.1</b>	<b>66.9</b>	<b>70.1</b>	<b>67.8</b>	<b>68.9</b>
<b>Compras inducidas desde el sector público</b>	<b>30.2</b>	<b>29.7</b>	<b>26.5</b>	<b>25.5</b>	<b>25.6</b>	<b>24.5</b>	<b>22.6</b>	<b>24.2</b>	<b>22.6</b>	<b>22.2</b>	<b>20.9</b>
Por consulta en MINSA/Regiones	23.4	21.8	19.0	18.3	19.1	17.1	16.8	17.2	15.3	15.1	13.5
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	6.6	6.2
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	2.8	3.1
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	3.8	3.1
Compra fuera del MINSA/Regiones	12.5	12.0	9.9	10.7	12.9	10.9	10.2	10.7	9.4	8.6	7.3
Por consulta en EsSalud	4.5	4.7	5.1	4.8	4.3	4.9	4.0	4.9	5.0	5.3	5.9
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	0.3	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	5.0	5.6
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	0.5	0.5
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	1.3	1.1
<b>Compras inducidas desde el sector privado</b>	<b>38.4</b>	<b>36.1</b>	<b>37.8</b>	<b>39.2</b>	<b>42.7</b>	<b>42.5</b>	<b>44.5</b>	<b>42.7</b>	<b>47.5</b>	<b>45.6</b>	<b>48.1</b>
En consulta en consultorios y clínicas	21.2	19.9	22.7	23.0	25.0	26.0	27.2	24.6	29.2	28.2	29.2
En Farmacia/Boticas	17.2	16.2	15.1	16.2	17.7	16.5	17.4	18.1	18.3	17.5	18.9
<b>COMPRAS DIRECTAS SIN CONSULTA</b>	<b>31.4</b>	<b>34.2</b>	<b>35.7</b>	<b>35.3</b>	<b>31.7</b>	<b>32.9</b>	<b>32.9</b>	<b>33.1</b>	<b>29.9</b>	<b>32.2</b>	<b>31.1</b>
No consultaron (***)	29.7	31.8	33.8	33.7	30.3	31.3	30.8	31.2	28.6	31.1	30.0
No reportaron problemas de salud (****)	1.8	2.4	1.9	1.6	1.3	1.6	2.1	2.0	1.3	1.2	1.0
<b>TOTAL ESTIMADO DEL GASTO DIRECTO DE HOGARES (%)</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL ESTIMADO DEL GASTO DIRECTO DE HOGARES (millones de soles)</b>	<b>3,668.4</b>	<b>3,883.6</b>	<b>5,091.7</b>	<b>6,019.7</b>	<b>6,969.5</b>	<b>7,332.5</b>	<b>7,839.4</b>	<b>8,611.0</b>	<b>9,372.1</b>	<b>9,122.3</b>	<b>9,023.9</b>
<b>TOTAL ESTIMADO GASTO DIRECTO DE HOGARES (millones de soles de 2007)</b>	<b>3,859.1</b>	<b>3,955.5</b>	<b>5,146.1</b>	<b>6,019.7</b>	<b>6,841.7</b>	<b>7,015.6</b>	<b>7,371.4</b>	<b>7,906.6</b>	<b>8,415.9</b>	<b>7,953.5</b>	<b>7,620.8</b>

(\*) Depuración de Recursos Directamente Recaudados (OPEE-OGPPM-MINSA)

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

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

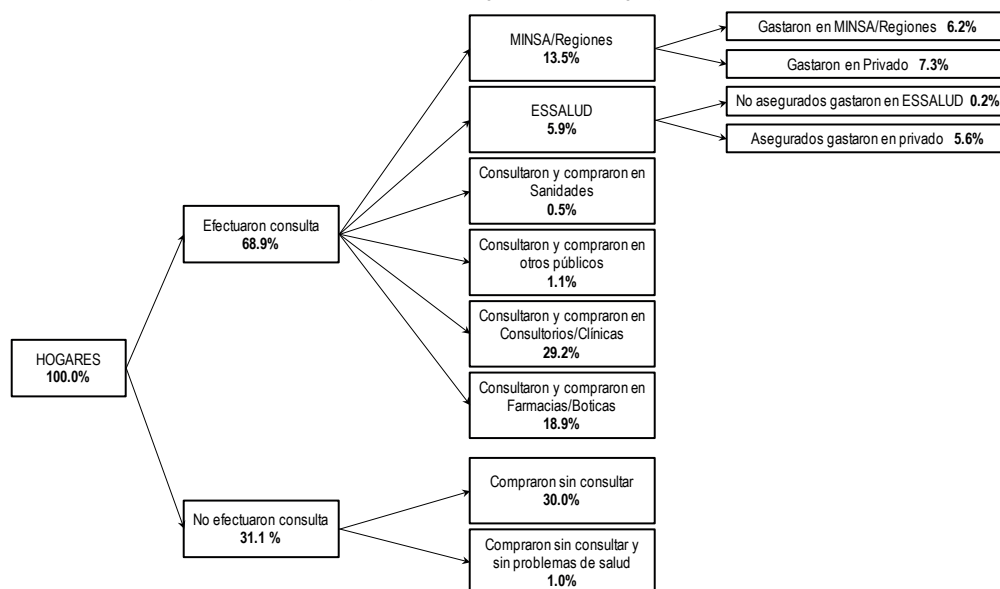
(\*\*\*\*) No reportaron problemas de salud, pero si efectuaron compras en servicios de salud

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012. MINSA/OPS.

Años 2013-2014: Estimados en base al procesamiento de la ENAHO-INEI, registros administrativos de los RDR del MINSA y venta de servicios a los no asegurados de EsSalud.

GRÁFICO 2

FLUJO DEL GASTO DIRECTO DE HOGARES EN SALUD. PERÚ 2014 /e  
(respecto del 100% del gasto directo de los hogares)



Fuente: OPEE-OGPPM-MINSA

#### 4. Destino del pago directo en salud según tipo de gasto

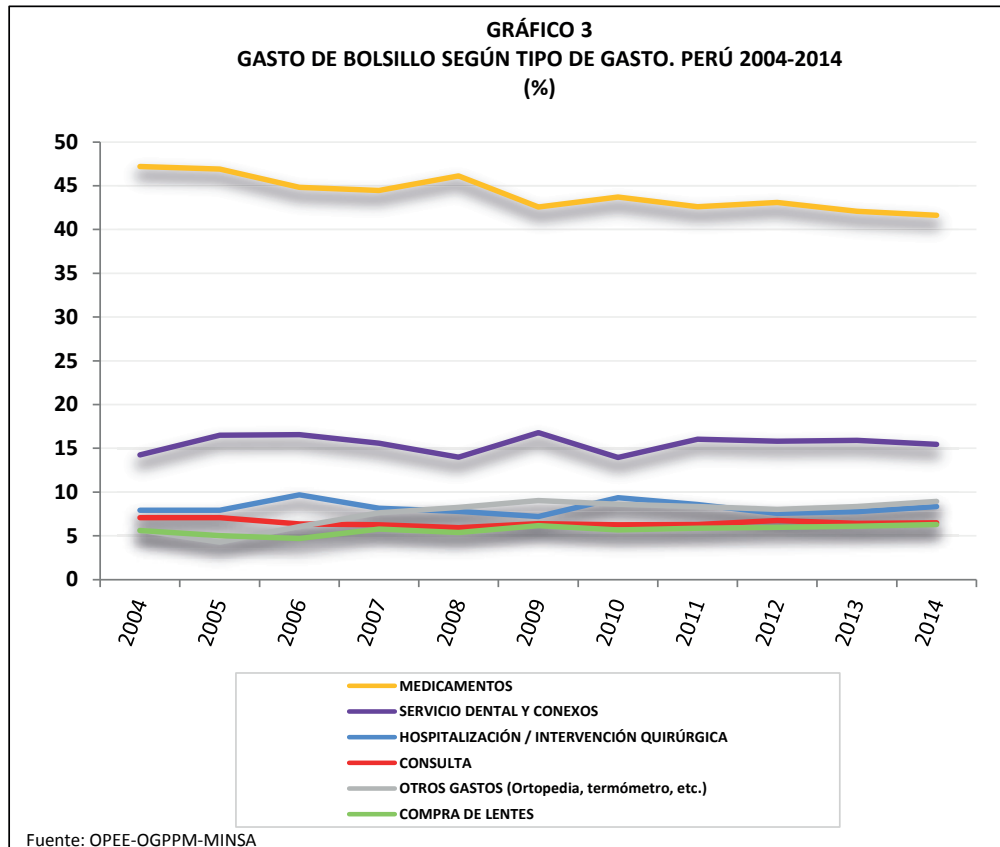
De igual manera, se observa que el principal tipo de gasto de salud dentro de los hogares fueron los medicamentos cuyo porcentaje ha descendido de 47.2% en el año 2004 a 41.6% en el año 2014, el servicio dental ocupó el segundo puesto incrementándose de 14.3% en el 2004 a 15.5% en el 2014.

CUADRO 4

GASTO DE BOLSILLO ESTIMADO DE LOS HOGARES EN SERVICIOS DE SALUD SEGÚN TIPO DE GASTO. PERÚ 2004-2014  
(Porcentajes y millones de soles corrientes y constantes de 2007)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CONSULTA	7.1	7.1	6.4	6.2	5.9	6.4	6.3	6.3	6.8	6.4	6.5
MEDICAMENTOS	47.2	46.9	44.8	44.5	46.1	42.6	43.7	42.6	43.1	42.1	41.6
ANÁLISIS	4.4	4.6	4.4	4.5	4.3	4.3	4.5	4.0	4.1	4.1	3.9
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	1.8	3.1	3.1	3.3	3.8	3.2	3.7	3.8	3.8	4.5	4.2
OTROS EXÁMENES	1.9	0.4	0.7	0.6	0.6	0.6	0.9	1.2	1.5	1.2	1.7
SERVICIO DENTAL Y CONEXOS	14.3	16.5	16.5	15.6	14.0	16.8	14.0	16.0	15.8	15.9	15.5
SERVICIO OFTALMOLÓGICO	2.1	1.9	2.0	1.6	1.6	1.4	1.3	1.5	1.3	1.7	1.3
COMPRA DE LENTES	5.6	5.0	4.7	5.8	5.4	6.2	5.7	5.9	6.0	6.1	6.3
VACUNAS	1.0	1.1	0.7	0.6	0.7	0.7	0.3	0.3	0.3	0.4	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	0.1	0.1
ANTICONCEPTIVOS	0.6	0.6	0.4	0.7	0.9	1.0	1.2	0.9	1.1	0.9	1.0
OTROS GASTOS (Ortopedia, termómetro, etc.)	5.6	4.3	6.1	7.6	8.3	9.0	8.6	8.3	8.0	8.3	8.9
HOSPITALIZACIÓN / INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	7.9	7.9	9.7	8.2	7.8	7.2	9.4	8.6	7.6	7.8	8.3
CONTROLES POR EMBARAZO	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	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	0.3	0.3
<b>TOTAL (%)</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL (millones de soles)</b>	<b>3,668.4</b>	<b>3,883.6</b>	<b>5,091.7</b>	<b>6,019.7</b>	<b>6,969.5</b>	<b>7,332.5</b>	<b>7,839.4</b>	<b>8,611.0</b>	<b>9,372.1</b>	<b>9,122.3</b>	<b>9,023.9</b>
<b>TOTAL (millones de soles de 2007)</b>	<b>3,859.1</b>	<b>3,955.5</b>	<b>5,146.1</b>	<b>6,019.7</b>	<b>6,841.7</b>	<b>7,015.6</b>	<b>7,371.4</b>	<b>7,906.6</b>	<b>8,415.9</b>	<b>7,953.5</b>	<b>7,620.8</b>

Elaboración en base al procesamiento de la ENAHO-INEI



### REFLEXIONES SOBRE EL GASTO DE LOS HOGARES EN PERÚ

- a. Los datos estimados expresan, de manera general, que el financiamiento de los hogares sigue siendo uno de los principales agentes de financiamiento y se ha venido incrementado hasta el año 2012, sin embargo, en los años 2013 y 2014 se nota una disminución, lo cual puede ser atribuido a varios factores que requieren un análisis más detallado debido al contexto de desaceleración de la economía del país.
- b. La población peruana, especialmente la de menos recursos, aún se encuentra en una situación de vulnerabilidad, es decir, se expone a riesgos de salud, por ello, la implementación de la reforma del sector enfatiza la ampliación del aseguramiento en salud, sobre todo en población en situación de pobreza y extrema pobreza; asimismo, se ha impulsado la ampliación de la cobertura de los servicios.
- c. Es importante resaltar que no existe una cultura de prevención en salud, ya que los resultados indican que la mayor parte del gasto en salud de los hogares va destinado a la atención de enfermedades presentes. Existe una baja participación del gasto destinado a la prevención, por ello se viene impulsando estrategias de prevención y promoción de la salud.
- d. La mayoría de los hogares prefiere atenderse con servicios privados de salud en lugar del sector público, lo cual supone la necesidad de indagar las principales causas de esta tendencia.

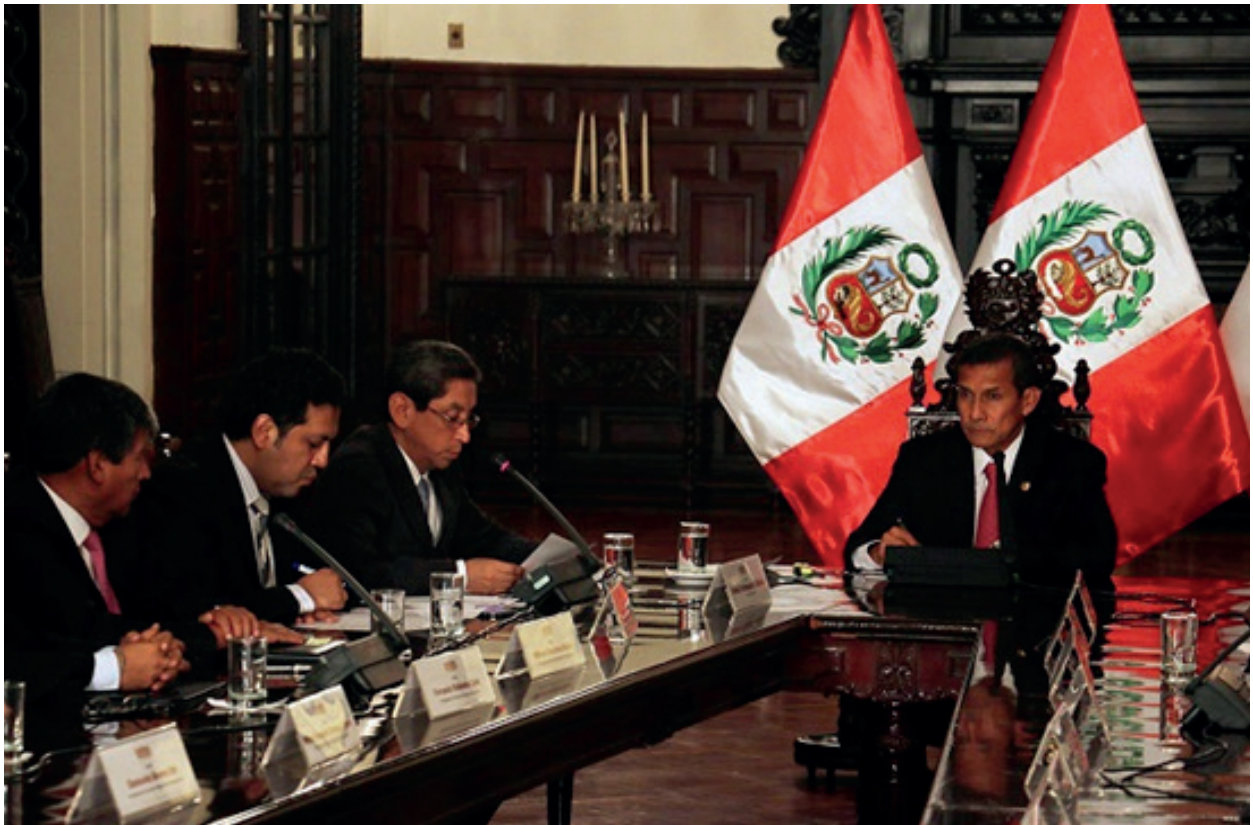
# 4

---

## Convenios de gestión Ministerio de Salud



## Convenios de gestión Ministerio de Salud



En el Perú se utilizan los Convenios de Gestión desde hace varios años bajo distintas modalidades, aunque no forman parte de algún sistema de evaluación nacional como Colombia, Bolivia, Costa Rica, Reino Unido, entre otros<sup>1</sup>.

En el sector Salud, “en 1994 se inició con la suscripción de los Acuerdos de Gestión (AG), bajo la modalidad de contratos que se firmaron con los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), que consistió en encargar la administración de un establecimiento de salud a una organización sin fines de lucro, cuya gestión fue conjuntamente entre la comunidad y la gerencia del establecimiento. El CLAS se comprometió a cumplir los objetivos y metas establecidos en el Plan de Salud Local, y su actividad se financió con recursos del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) y recursos directamente recaudados. Este mecanismo fue interesante en la medida en que permitió una mayor flexibilidad a las comunidades y al establecimiento de salud para decidir respecto de la utilización de sus recursos, sin tener que depender de la Red de Salud ni de la Dirección Regional de Salud (DIRESA). A partir de esta experiencia se explora otro tipo de acuerdo desde 1997. Sin embargo, estas iniciativas han carecido de un marco conceptual sólido y de un

<sup>1</sup> PCM: Uso y Efectividad de los Convenios de Gestión del Ministerio de Economía y Finanzas, Preparado por Carlos Oliva y Mayra Ugarte – Consultoría para la Unidad Ejecutora Programa de Modernización y Descentralización del Estado- Presidencia del Consejo de Ministros, Setiembre 2006.



apoyo político consecuente, que permitiera su consolidación a través del tiempo. Una de las características principales de este instrumento, a diferencia de otros utilizados en el país, es que considera un sistema de acuerdos en cascada, en el que la DIRESA se comprometió con el sector a alcanzar metas, para lo cual replicó el acuerdo con las redes de salud a su cargo, ya que de sus logros dependía los establecimientos de salud<sup>2</sup>.

Los Acuerdos de Gestión fueron hasta 2004, con el pago por parte del PAAG, una asignación extraordinaria monetaria para funcionarios F-4 y F-5 de las DIRESAs. Dicho incentivo se entregaba cuando se obtenía un cumplimiento por encima del 80% de las metas trimestrales planteadas y en caso de un cumplimiento inferior, el Minsa, a través del equipo a cargo de la gestión de los Acuerdos de Gestión, determinaba las escalas para pagar de manera proporcional los logros alcanzados con base en los indicadores considerados. A partir de 2005, los Acuerdos de Gestión ya no consideraron ningún incentivo explícito. Sin embargo, a partir del 2007 el proceso de Acuerdos de Gestión pasó a no considerar incentivos de carácter remunerativo o monetario, sino más bien asociados a asistencia técnica, capacitación y pasantías, entre otros”.

Actualmente, los Incentivos de Desempeño son una de las mejores herramientas para que los empleados de los establecimientos de salud se encuentren a gusto en su trabajo y mejoren su productividad. Pero, qué es mejor, **¿incentivos económicos o no económicos?** Implica que los incentivos económicos ayudan directamente el bolsillo del trabajador y se siente el apoyo directo con una plantilla motivada, eficaz y comprometida, pero su duración y motivación dura poco tiempo, por ello se realiza una sola vez al año en el Perú. Los incentivos no económicos son corporativos y es institucional, el efecto de la motivación es duradero, como la capacitación, que incluso da identidad al trabajador con la institución.

Los convenios de gestión constituyen un instrumento para fortalecer la política intergubernamental de salud y son el resultado de una importante iniciativa, desarrollada con la finalidad de viabilizar e implementar la política de incentivos del personal de la salud -sobre la base del principio de meritocracia, en el marco del artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153-2013/SA-, asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, en el marco de la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado, como un proceso de la Reforma de Salud en el Perú. Este proceso consiste en una entrega económica anual al personal de salud, por los logros de las metas institucionales, Indicadores de Desempeño y los compromisos de mejora de los servicios de la gerencia local y regional en el marco de las políticas nacionales priorizadas.

Los convenios de gestión están orientados a lograr la mejora de los servicios de salud, partiendo de la medición del desempeño en tres niveles del sistema prestador del ámbito regional: Dirección Regional de Salud/Gerencia Regional de Salud, Redes de Servicios de Salud y Hospitales/Institutos.

A nivel de las Direcciones Regionales y Redes de Salud, el personal de la salud trabaja para el logro del cumplimiento de metas del país en términos de la reducción de las tasas de prevalencia de la desnutrición crónica y anemia infantil, la mejora de las coberturas de suplementación de las niñas y niños menores de 3 años con hierro y/o micronutrientes, la cobertura con dos controles de crecimiento y desarrollo de los recién nacidos antes de los 15 día de vida, entre otros.

---

<sup>2</sup> Ídem, Setiembre 2006.

A nivel de los hospitales e institutos, las metas se relacionan principalmente con la productividad hora médico, la satisfacción de los usuarios, reducción del tiempo de espera para la atención en consulta externa y la reducción de las infecciones intrahospitalarias; con el propósito de mejorar la eficiencia, acceso y la calidad de los servicios de salud.

En el año 2014, se suscribieron 25 convenios de gestión entre el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales; y acuerdos de gestión con 6 institutos especializados, 17 hospitales y 9 redes de Lima Metropolitana. De esta manera, cerca de 120,000 servidores de salud de todo el país y 50,000 en Lima tuvieron la oportunidad de acceder a un incentivo económico anual, que en la práctica se hizo realidad para aproximadamente la tercera parte del personal que laboraba en las instituciones que alcanzaron las metas institucionales establecidas.

En 2015, el Minsa suscribió convenios de gestión con los 25 gobiernos regionales, el IGSS e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), que ha concluido el 31 de diciembre 2015. Se espera negociar y suscribir convenios de gestión para el presente ejercicio anual 2016.

### METAS E INDICADORES DE DESEMPEÑO DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN 2014 Y 2015

En general, las metas institucionales, los indicadores de desempeño y compromisos de mejora aprobados por Decreto Supremo, que forman parte de los convenios de gestión están basados en las prioridades de salud concertadas con los gobiernos regionales (Tablas 1 y 2). Estos convenios de gestión tienen vigencia anual.

**Tabla 1**  
**Comparativo de las metas institucionales e indicadores de desempeño de los convenios de gestión 2014 y 2015**  
**DIRESA/GERESA y Redes de Salud.**

Denominación	Convenio de Gestión 2014	Convenio de Gestión 2015
<b>Metas institucionales (aplica solo DIRESA/GERESA)</b>		
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años	X	X
Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad	X	X
<b>Indicador de desempeño</b>		
Porcentaje de niños menores de 1 año con suplementación de hierro y/o micronutrientes	Menores de 1 año	Menores de 3 años
Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo		X
Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED	Primeros 28 días de vida	Primeros 15 días de vida
Porcentaje de parto institucional	X	X
Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar	X	X
Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada		X
Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou	X	X
Adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus		X
Productividad hora médico en consulta externa	X	X
Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en consulta externa	X	X
Índice de calidad de gasto		X
Ejecución de plan de equipamiento de establecimientos de salud		X

Fuente: Dirección de Gestión Sanitaria. DGSP-MINSA

**Tabla 2**  
**Comparativo de los indicadores de desempeño de los convenios de gestión 2014 y 2015.**  
**Nivel Hospitales e Institutos**

Denominación	Convenio de Gestión 2014	Convenio de Gestión 2015
1) Productividad hora médico en consulta externa	X	X
2) Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en consulta externa	X	X
3) Tiempo de espera por la atención de consulta externa	X	X
4) Prevalencia de infecciones intrahospitalarias	X	X
5) Promedio de permanencia cama		X
6) Rendimiento cama		X
7) Porcentaje de ocupación cama (grado de uso)		X
8) Razón de emergencias por consulta externa		X
9) Porcentaje de cirugías suspendidas		X
10) Rendimiento de Sala de Operaciones		X
11) Porcentaje de pacientes en sala de observación de emergencia con estancia mayor o igual a 12 horas		X
12) Tiempo de acceso para daños seleccionados prioridad III		X
13) Tasa de mortalidad específica en emergencia		X
14) Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria		X
15) Tasa de mortalidad neonatal precoz hospitalaria		X

Fuente: Dirección de Gestión Sanitaria. DGSP-MINSA

## RESULTADOS DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN 2014

En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 005-2014-SA, el Ministerio de Salud publicó el ranking 2014 de redes, hospitales e institutos especializados, DIRESAs/GERESAs según porcentaje de cumplimiento de logros esperados ([www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)); y sobre esta base se calificó el grado de cumplimiento –entre 60% y 100%– y el respectivo reconocimiento monetario anual al personal de la salud incluido en los alcances del Decreto Legislativo N° 1153.

En dicho período, se destacan los relacionados a la consulta externa tales como el ranking de los hospitales con los menores tiempos de espera promedio a nivel nacional (tabla 3) cuyo rango total se encuentra entre 13 minutos a 57 minutos.



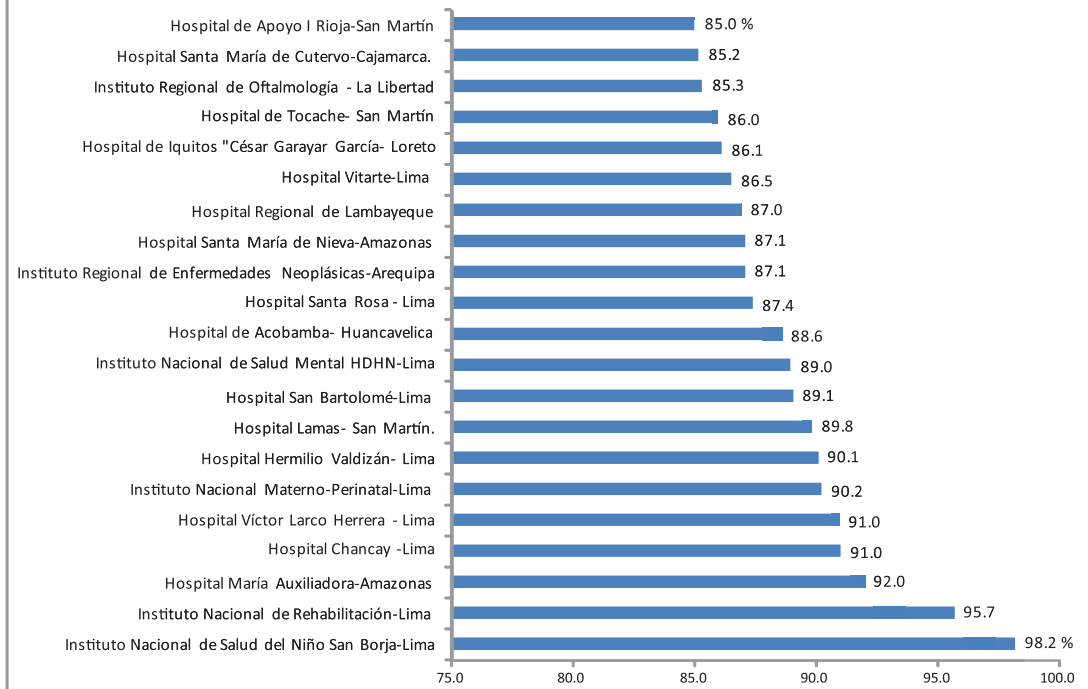
**Tabla 3**  
**Hospitales con los menores tiempos de espera promedio para la atención en consulta externa.**  
**Nivel nacional. Convenios de gestión 2014**

Hospital	Promedio de tiempo de espera (minutos)
Provincial de Bolívar, La Libertad	13
Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima	14
Hospital de Tocache, San Martín	18
Hospital Vitarte, Lima	31
Hospital provincial de Acobamba, Huancavelica	34
Hospital Chancay y Servicios Básicos de Salud, Lima	37
Hospital de Apoyo Cangallo, Ayacucho	38
Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Lima	38
María Auxiliadora, Amazonas	38
Hospital Sandía, Puno	40
Hospital Santa María de Nieva, Amazonas	40
Hospital San Martín de Porres (Macusani), Puno	42
Hospital Juli, Puno	45
Hospital Carlos Comejo Rosello, Puno	48
Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima	48
Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima	50
Hospital de Rehabilitación del Callao, Callao	51
Nacional Daniel A. Carrión, Callao	52
Hospital de Lircay, Huancavelica	54
De Apoyo César Abraham Vallejo Mendoza, La Libertad	57

*Fuente: Encuesta Nacional de percepción de los Usuarios de Consulta Externa. INEI-SUSALUD.*

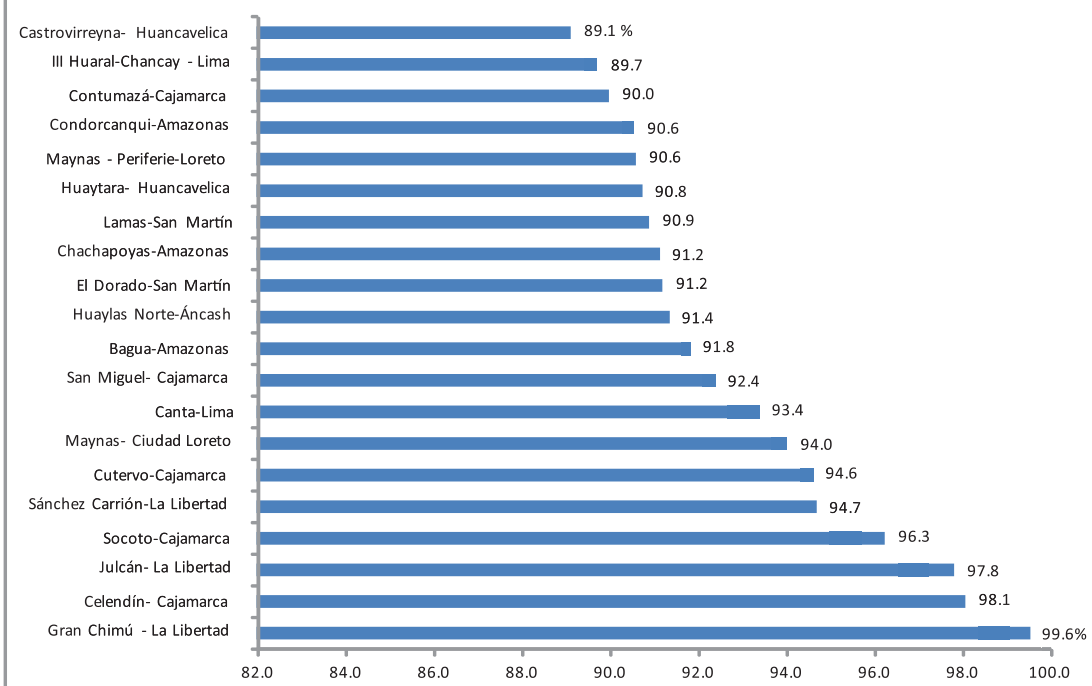
Los hospitales e institutos que presentaron los mayores niveles de satisfacción del usuario por la atención en consulta externa se presentan en el gráfico 1, destacándose el Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja de Lima con 98.2% de nivel de satisfacción. De igual manera, las Redes de Salud que alcanzaron los mayores niveles de satisfacción en consulta externa se pueden apreciar en el gráfico 2, siendo la Red Gran Chimú de La Libertad la que obtuvo el 99.6% de nivel de satisfacción.

**Gráfico 1. Hospitales e institutos con los mayores niveles de satisfacción del usuario por la atención consulta externa. Nivel nacional. Convenio de gestión 2014.**



Fuente: Dirección de Gestión Sanitaria. DGSP-MINSA

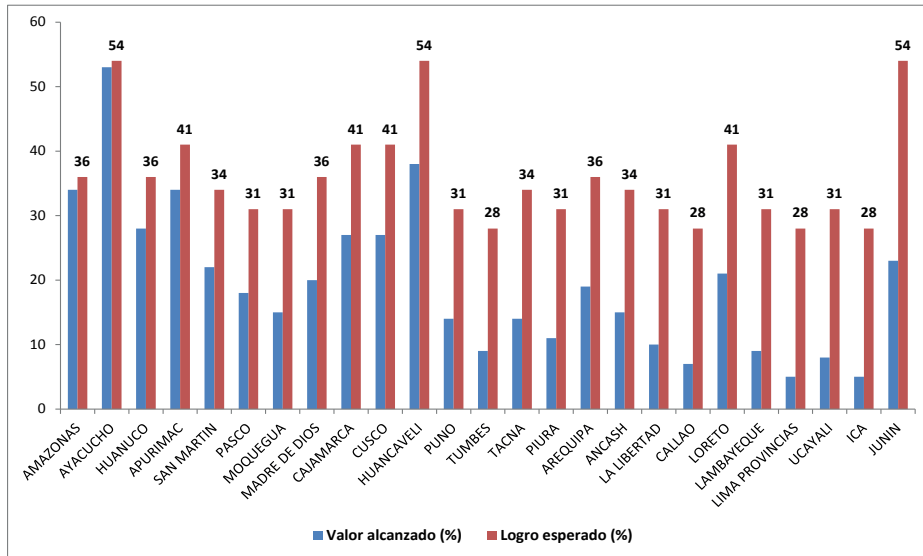
**Gráfico 2. Redes de Salud con los mayores niveles de satisfacción con la atención en consulta externa a nivel nacional. Convenio de Gestión 2014**



Fuente: Dirección de Gestión Sanitaria. DGSP-MINSA

Entre los indicadores de desempeño que se midieron a nivel de DIRESA y se compararon con respecto al valor esperado, tenemos el porcentaje de recién nacidos con dos CRED en los primeros 28 días de vida (gráfico 3), siendo las DIRESAs de Amazonas y Ayacucho las que lograron aproximarse más a su valor esperado.

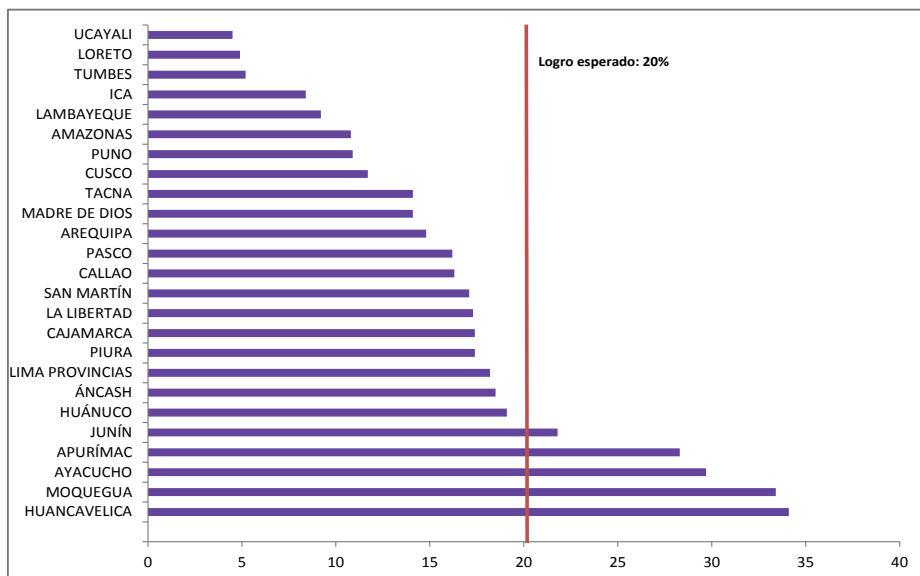
**Gráfico 3. Porcentaje de recién nacidos con dos CRED en los primeros 28 días de vida, según DIRESA. Evaluación convenios de gestión 2014**



Fuente: Dirección de Gestión Sanitaria. DGSP-MINSA

Con relación al porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de cáncer de cuello uterino con Papanicolaou, solo las regiones de Huancavelica, Moquegua, Ayacucho, Apurímac y Junín lograron superar el valor esperado del 20% (Gráfico 4).

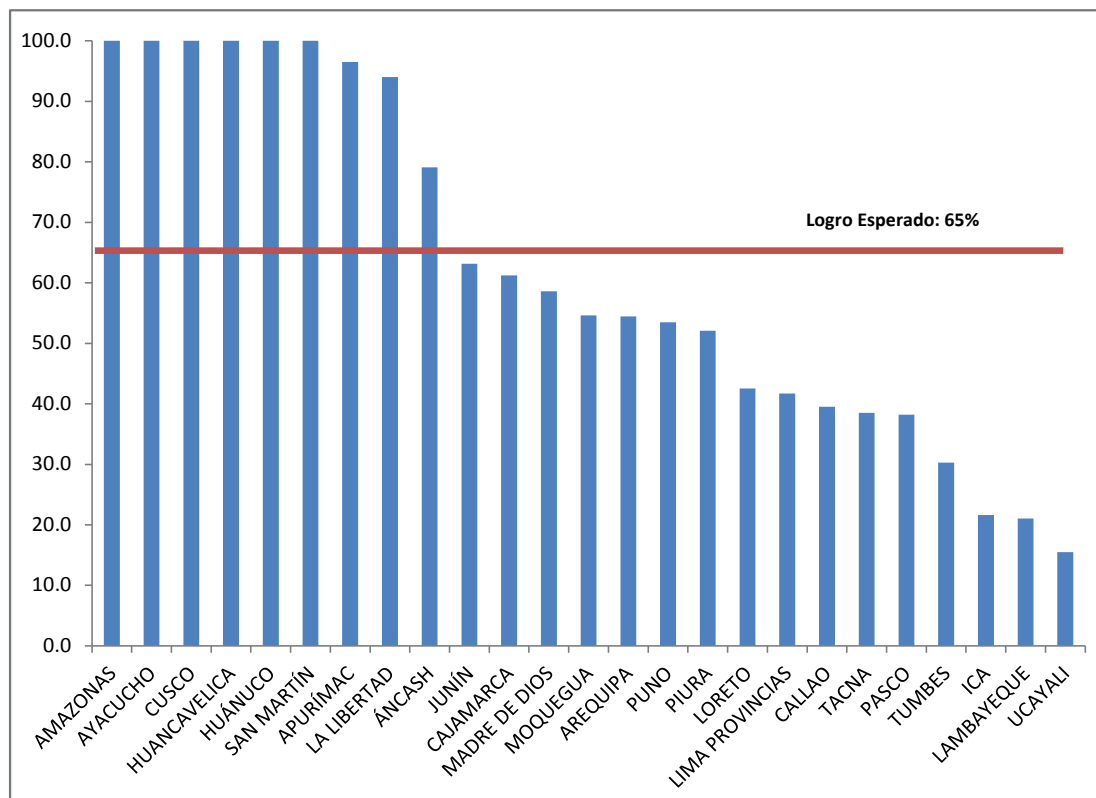
**Gráfico 4. Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de cáncer de cuello uterino con Papanicolaou, según región. Convenios de gestión 2014**



Fuente: Dirección de Gestión Sanitaria. DGSP-MINSA

En el porcentaje de niñas y niños menores de 1 año de edad con suplemento de hierro o multimicronutrientes (Gráfico 5), 6 DIRESAs lograron el 100%, siendo en total 9 las regiones que superaron el valor de logro esperado del 65% (Amazonas, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco, San Martín, Apurímac, La Libertad y Áncash).

**Gráfico 5. Porcentaje de niñas y niños menores de 1 año de edad con suplemento de hierro o multimicronutriente según DIRESA. Convenio de gestión 2014**



Fuente: Dirección de Gestión Sanitaria. DGSP-MINSA

Estos y otros indicadores de desempeño incluidos en los convenios de gestión, se constituyen así, en instrumentos eficaces para lograr las metas institucionales, mejorar la gestión de la provisión de servicios de salud y evaluar la calidad de la atención de los establecimientos de salud a nivel nacional.



## Bibliografía:

1. Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012. Ministerio de Salud. Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Perú.
2. Decreto Supremo N° 005-2014-SA: “Definen Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de mejora de los servicios a cumplir para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del DS N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entrega Económicas del personal de la Salud al Servicio del Estado del 30.03.2014”. Lima Perú.
3. Decreto Supremo N° 009-2012-SA, Aprueban financiar la ejecución del Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú.
4. Decreto Supremo N°041-2014-SA. “Decreto Supremo que define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153”. Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, diciembre 2014. Lima, Perú.
5. Decreto Legislativo N° 1153. Artículo 15°. “Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado”. Gobierno del Perú, setiembre 2013. Lima, Perú.
6. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015. Disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf)
7. <http://retos-directivos.eae.es/cuales-son-los-mejores-incentivos-para-tus-empleados/> tomado de la internet el 10.04.2016.
8. [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/documentac/UsyEfectivaddelosConveniodeGestion.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/UsyEfectivaddelosConveniodeGestion.pdf) - Uso y Efectividad de los Convenios de Gestión del Ministerio de Economía y Finanzas, tomado de la Internet el 09.04.2016.
9. Increased Access to Integral Cancer Care for Poor and Extremely Poor People in Peru. 5th International Cancer Control Congress. WS5.4.3
10. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. “Memoria Anual 2014”.
11. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. “Informe de Gestión 2015. Enero- Setiembre”.
12. Lavilla Ruiz, Hans (2012). Empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud. Incidencia del gasto de bolsillo en salud en el Perú, 2006-2009. Informe final.

13. Ley N° 28343, que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los Servicios Médicos Oncológicos.
14. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud establece que las enfermedades de alto costo que no se encuentren incluidas en el PEAS pueden ser financiadas para la población bajo el régimen subsidiado y semicontributivo con el FISSAL. El listado de las enfermedades deberá ser definido por el Ministerio de Salud.
15. Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público Fiscal 2011, que en su Artículo 1, inciso 4 se aprueba el presupuesto para el Programa Presupuestal Estratégico de Prevención y Control del Cáncer 024.
16. Resolución Ministerial N° 319-2012/MINSA, mediante el cual autorizan el inicio de actividades del Fondo Intangible Solidario de Salud/FISSAL en el Seguro Integral de Salud.
17. Ministerio de Salud del Perú. Consorcio de Investigación Económica y Social CIES. (2008). “Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2005”. Lima, Perú.
18. Ministerio de Salud del Perú. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (2015). “Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2012”. Lima, Perú.
19. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología. “Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú 2013”. Primera Edición. Lima-Perú.
20. Ministerio de Salud [sede web]. Memoria del Plan Esperanza. Lima: Oficina General de Comunicaciones; 2015 [Acceso 11 de mayo de 2016]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogc/boletines/Memoria-Plan-EsperanzaPERUpdf>
21. Ministerio de Salud. Documento de trabajo del Plan de Descentralización en Salud 2016.
22. Vidaurre Tatiana, Abugattas Julio, Santos Carlos, López Marga, Gómez Henry, Amorin Edgar, Sarria Gustavo, Manrique Javier, Regalada Roxana, Tarco Duniska, Sarwal Kavita, Sutcliffe Simon: Plan Esperanza: A Model for Cancer Prevention and Control in Peru. Julio 2015. <http://www.cancercontrol.info/cc2015/plan-esperanza-a-model-for-cancer-prevention-and-control-in-peru/>
23. World Health Organization – International Agency for Research on Cancer: Globocan 2012. <http://globocan.iarc.fr>





**MINISTERIO DE SALUD**  
Av. Salaverry 801, Jesús María - Lima - Perú  
Central: (511) 315-6600