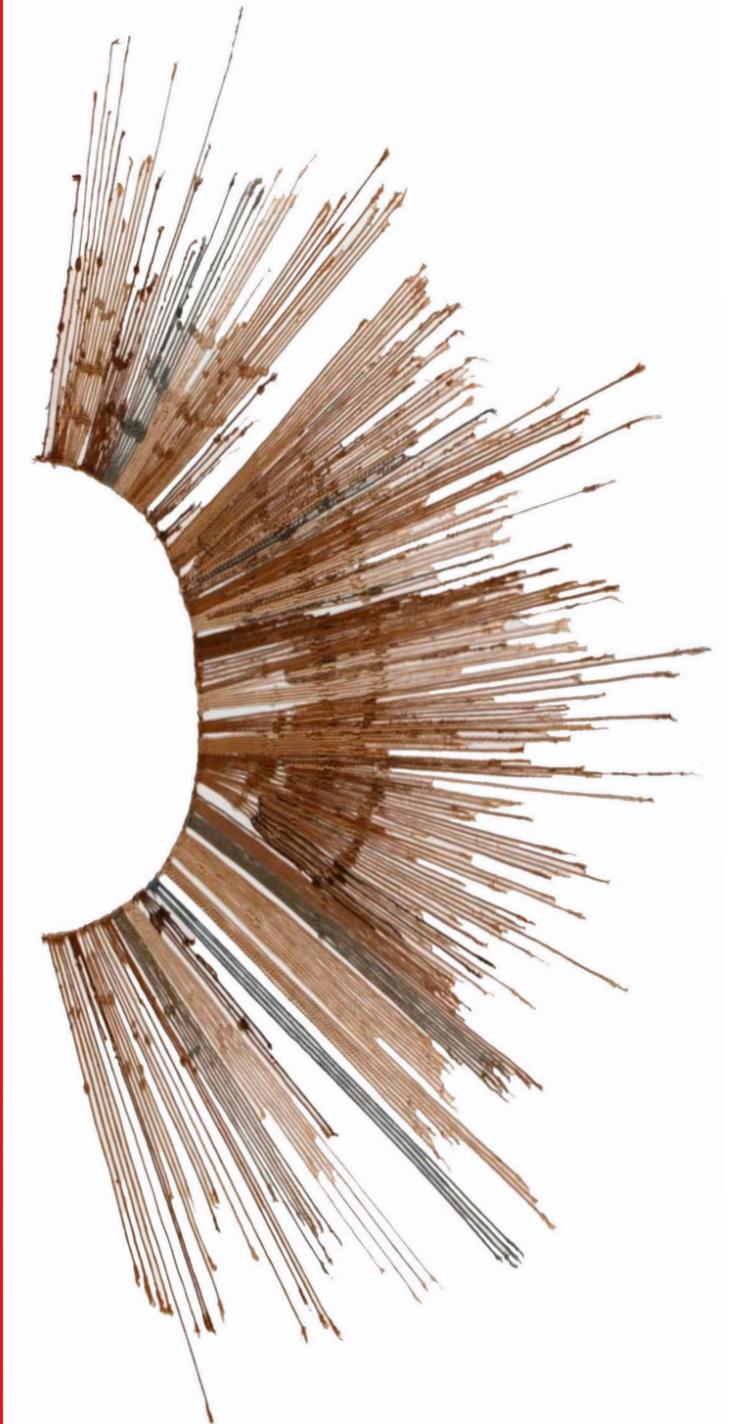




CUENTAS DE SALUD

Perú 2002-2019



CUENTAS DE SALUD

Perú 2002-2019

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Cuentas de salud: Perú 2002-2019 / Ministerio de Salud. Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos – Lima: Ministerio de Salud; 2021.50p.; ilus

REFORMA DE LA ATENCIÓN DE SALUD / GESTIÓN EN SALUD / SISTEMAS DE SALUD / MODERNIZACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO / FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD / PLANIFICACIÓN EN SALUD / PRESUPUESTOS / GASTOS EN SALUD

Cuentas de Salud: Perú 2002-2019

Ministerio de Salud

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)

Consultora

Dra. Margarita Petrerá Pavone

Equipo técnico OPEE-MINSA

Ing. Nelly Palomino Nicho

Ing. Edna Roxana Ortiz Onofre

Ec. Alberto Barrenechea Pastor

Bach. Luis Enrique Mercado Rojas

Diseño:

Lorenzo Osóres

Infografía:

Pilar Elías

© MINSÁ, diciembre 2021

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N.º 801, Jesús María – Lima 11 – Perú

Tel.: (51-14) 315-6600

© OPS/OMS, diciembre 2021

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Representación OPS/OMS en el Perú

Los Pinos 251 Urb Camacho La Molina – Lima 12 – Perú

Versión digital disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5624.pdf>

Documento elaborado en colaboración con el Ec. Augusto Portocarrero Grados y la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)



HERNANDO ISMAEL CEVALLOS FLORES
MINISTRO DE SALUD

GUSTAVO MARTÍN ROSELL DE ALMEYDA
VICEMINISTRO DE SALUD PÚBLICA

AUGUSTO MAGNO TARAZONA FERNÁNDEZ
VICEMINISTRO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

MARIA ELENA JUSCAMAITA ARANGÜENA
SECRETARIA GENERAL

WILLIAM RICHARD ASCARZA URRIBARI
DIRECTOR GENERAL
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO PRESUPUESTO Y ORGANIZACIÓN

MANUEL EDUARDO LUJÁN AGREDA
EJECUTIVO ADJUNTO

MIGUEL ÁNGEL DÍAZ CAMPOS
DIRECTOR DE PLANEAMIENTO Y ESTUDIOS ECONÓMICOS

Acrónimos y siglas

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CCNNS	Cuentas Nacionales de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud del Perú
EPS	Entidad Prestadora de Salud
FBK	Formación Bruta de Capital
FA	Agentes de Financiamiento, por su sigla en inglés
FS	Ingreso de los Esquemas de Financiamiento, por su sigla en inglés
HF	Esquemas de Financiamiento, por su sigla en inglés
HP	Proveedores de Salud, por su sigla en inglés
IAFAS	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, por su sigla en inglés
OGPPM	Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
OPEE	Oficina de Planificación y Estudios Económicos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PARSALUD	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
PBI	Producto Bruto Interno
RDR	Recursos Directamente Recaudados
SHA-2011	Sistema de Cuentas de Salud 2011, por su sigla en inglés
SIS	Seguro Integral de Salud

Prefacio

En 2015 el Ministerio de Salud publicó las Cuentas Nacionales de Salud para el periodo 1995-2012 analizándose 18 años de información esencial que permitió conocer el funcionamiento del sistema de salud en el Perú, que ha sido en estos dos últimos años, tan dramáticamente desnudado por la pandemia del covid-19. Hoy, más que nunca, el sector Salud requiere configurar un sistema que le permita proteger efectivamente a la población ante los nuevos e inciertos escenarios post-pandémicos que se avizoran, para lo cual requiere de información que revele la estructura medular del sistema de salud de tal forma que le dé consistencia a los lineamientos y planes que sostienen las decisiones de política pública.

En esa línea de pensamiento, una de las principales estrategias que se deriva del análisis de las Cuentas de Salud es el énfasis por una mayor asignación de fondos públicos al financiamiento en salud para disminuir el pago directo de los hogares por servicios de salud, sea por compras de me-

dicamentos en farmacias como por pago de tarifas en los servicios. Esta estrategia realza su importancia si vemos que en el panorama de fondo tenemos un país con una alta desigualdad en el ingreso y un incremento de la zona de pobreza como consecuencia del impacto social y económico de la pandemia por el covid-19.

Grandes cambios en el campo de la salud hemos atestiguado en los últimos años y las cuentas de salud no han sido la excepción. En 2019 el Ministerio de Salud optó por un cambio de metodología de cuentas para estandarizar la medición del gasto en salud entre países, cambio que fue propiciado por la Organización Mundial de la Salud en 2011. Esta metodología se sostiene en un análisis sistematizado del gasto en salud sobre la base de la información disponible y depurada, denominada Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011, por sus siglas en inglés). La publicación que presentamos en esta ocasión actualiza la información del gasto en salud para el periodo 2002-2019 utilizan-

do la metodología SHA 2011, teniendo en perspectiva la actualización de toda la serie desde 1995, obteniendo así la serie más larga de Cuentas de Salud en América Latina.

Al igual que la anterior publicación de las Cuentas Nacionales de Salud, esta actualización de 2002-2019 ha sido elaborada por el Equipo de Estudios Económicos en Salud de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, con financiamiento del Ministerio de Salud y con el apoyo técnico y financiero de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.



Contenido

Introducción	8
Metodología	9
Resultados	13
Discusión de los resultados	30
Conclusiones y recomendaciones	33
Corolario	35
Anexo 1	37
Anexo 2	41
Bibliografía	49



Introducción

La institucionalización y la calidad de la información de los resultados esperados para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de la Cobertura Universal de Salud, presentan el reto de desarrollar una responsabilidad social para mejorar las fuentes de datos, aumentar la producción y su uso. En cuanto al seguimiento del financiamiento de los servicios de salud, las prioridades enunciadas en la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, están referidas a la necesidad de “aumentar la eficiencia y el financiamiento público en salud” y “disminuir el pago directo de los hogares”, (OPS 2014, p 14), por lo cual las cuentas nacionales de salud han devenido en un instrumento estratégico para el acompañamiento y evaluación de las reformas de los sistemas de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que las cuentas de salud son “información esencial” para el análisis del funcionamiento del sistema de salud, de la misma forma que los datos de mortalidad

son esenciales para analizar la situación de salud de un país. En el 2011, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la recomendación de presentar los gastos en salud usando marcos de contabilidad normalizados y elaboró un manual que resume el marco conceptual de dicho sistema para ser implementado en todos los países a nivel mundial como propuesta del primer Sistema de Cuentas de Salud para la contabilidad del sistema de salud, conocido como el SHA 2011 (Rathe M, et al. 2021, p.1-2).

En 2015 el Ministerio de Salud del Perú-MINSA publicó las “Cuentas Nacionales de Salud 1995 – 2012”(CCNNS). El estudio tomó en consideración el año base 2007 y abarcó estudios previos, los cuales fueron revisados y actualizó las fuentes de información. En el documento en mención se analizó una serie de 18 años. Desde el 2019 la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización-OGPPM del MINSA ha trabajado en la implementación de la metodología del SHA 2011 contando con la asis-

tencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud-OPS. En la actualidad la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos-OPEE-OGPPM dispone de información recopilada de los diferentes actores y agentes del sistema de salud y se encuentra próximo a presentar una nueva publicación de Cuentas en Salud, para lo cual requiere compatibilizar los criterios utilizados en el país bajo la perspectiva del SHA, de tal forma que se pueda tener la continuidad en la medición 1995-2019 y se cumpla con su estandarización. En dicho marco, el objetivo general de este informe es describir y analizar el financiamiento en salud del Perú a través del estudio de los principales reportes disponibles que se derivan de la implementación de la metodología del SHA 2011.

Metodología

A fin de cumplir con los objetivos, se ha participado puntualmente en la definición del proceso de compatibilización y revisado la coherencia conceptual e interna de los datos contenidos en las tablas de salida, lo que ha requerido de varias “idas y vueltas” de revisión con el equipo de la OPEE. La metodología SHA-2011 requiere, para su uso universal de la explicitación de los acuerdos o esquemas de funcionamiento para cada subfunción e institución, labor útil para la comparación entre países con independencia de la diversidad de sistemas de salud existentes en el mundo, pero que puede resultar agotadora cuando los países deciden no perder la valiosa información y análisis producidos en periodos anteriores a la metodología SHA 2011. Tal ha sido el caso peruano desde el año 1995.

1. La metodología del SHA 2011 sólo se aplica a nivel del gasto corriente, no incluye el gasto de capital, porque considera que la inversión efectuada en un año no asegura la provisión de servicios en ese año, ni tampoco se tiene certeza del año en que comenzará a producir servicios de salud. (OECD-EUROSTAT-OMS, p 261). No obstante, tam-

co es posible estimar la cuenta del gasto de capital, por cuanto se solicita únicamente la de la Formación Bruta de Capital (FBK), la que se estima y presenta aparte.

2. Es importante tener en cuenta que el gasto público presupuestal estimado a través de cualquiera sea la metodología de las cuentas en salud, será siempre menor al gasto en salud reportado en la ejecución presupuestal (Tabla 1 y Gráfico 1). Ello porque al gasto público ejecutado se le sustraen una serie de rubros que no van directamente a la producción de servicios de salud tales como nutrición (excepto para enfermos que lo requieran y pacientes hospitalizados), formación de recursos humanos (excepto el entrenamiento), investigación básica, tratamiento del medio ambiente y saneamiento básico. También se excluye el pago por pensiones y transferencias a los jubilados. La principal diferencia reside en que una cuenta en salud se refiere al servicio de salud y no a las actividades conexas.
3. De acuerdo con el SHA 2011 el análisis del financiamiento tiene tres perspecti-

vas o enfoques. Según la perspectiva seleccionada y como se verá más adelante, pueden ser depurados del financiamiento público los ingresos por tarifas pagados por los hogares para acceder a los servicios de salud (denominados Recursos Directamente Recaudados-RDR) porque corresponde al aporte de los hogares. También según la perspectiva adoptada pueden ser eliminadas del gasto público las cotizaciones del gobierno (en tanto empleador) a la Seguridad Social que son parte del esquema de la seguridad social.

4. Con fines de compatibilización con la metodología SHA 2011 y lograr así una serie consistente, la OPEE calculó la versión inicial de dicha metodología (SHA 2011), la que fue revisada y ajustada por la consultora en acuerdo con la OPEE. Dicha metodología se encuentra en el Anexo 1. Una comparación en el gasto del gobierno general entre ambas metodologías que es donde se presentan las divergencias, permite observar la existencia de una brecha continua de pequeña magnitud (no mayor al 11%) debida a una mejor depuración en la SHA 2011 (Tabla 2 y Gráfico 2).

TABLA 1**GASTO EN SALUD DEL GOBIERNO GENERAL SEGÚN EL PRESUPUESTO PÚBLICO Y LA ESTIMACIÓN SHA 2011**

(En miles de soles de 2007)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PRESUPUESTO EJECUTADO DEL GASTO CORRIENTE FUNCIÓN SALUD	3,793,020	3,543,937	3,605,208	4,393,486	3,933,384	4,177,758	4,456,120	5,224,663	5,427,082	5,310,013	6,415,109	7,087,333	8,532,481	8,857,302	9,254,511	9,486,682	10,521,894	11,122,612
TOTAL GASTO CORRIENTE ESQUEMA GUBERNAMENTAL SHA (HF.1.1)	2,421,230	2,445,334	2,569,866	3,259,426	3,120,465	3,366,956	3,607,342	4,562,907	4,794,235	4,651,150	5,684,731	6,232,004	7,641,892	8,045,218	8,542,224	8,779,302	9,725,693	10,013,631

Fuentes: Banco Mundial: deflactor del PBI; INEI: PBI; MEF-SIAF; MINSA 2015 y base datos OGPPM

Elaboración: OPEE-OGPPM / MINSA

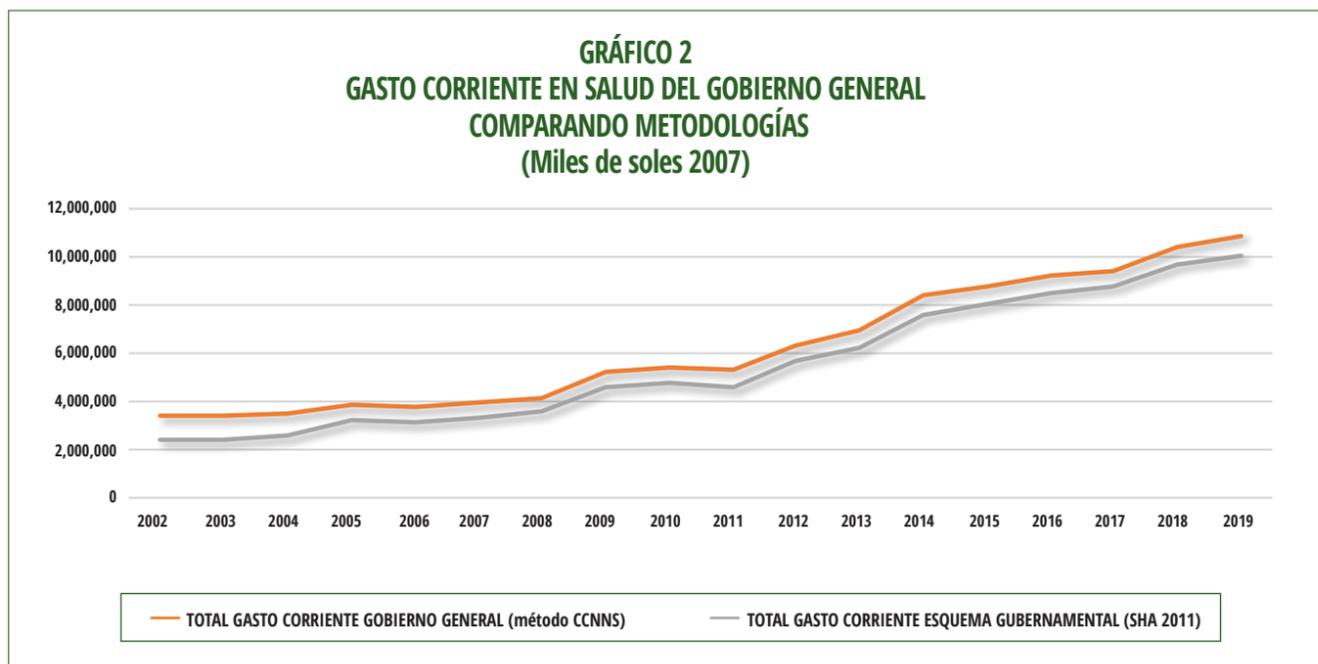
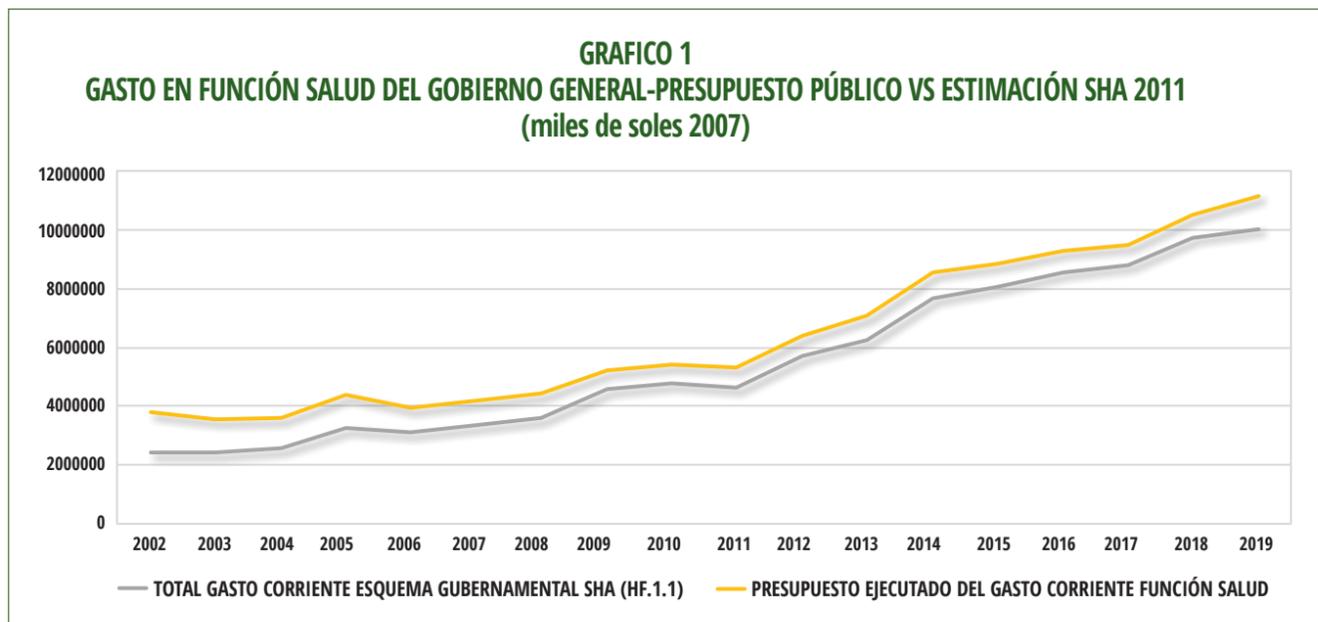
TABLA 2**GASTO CORRIENTE EN SALUD SEGÚN ESTIMACIONES DE LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD Y SHA 2011**

Perú 2002-2019

(En miles de soles de 2007)

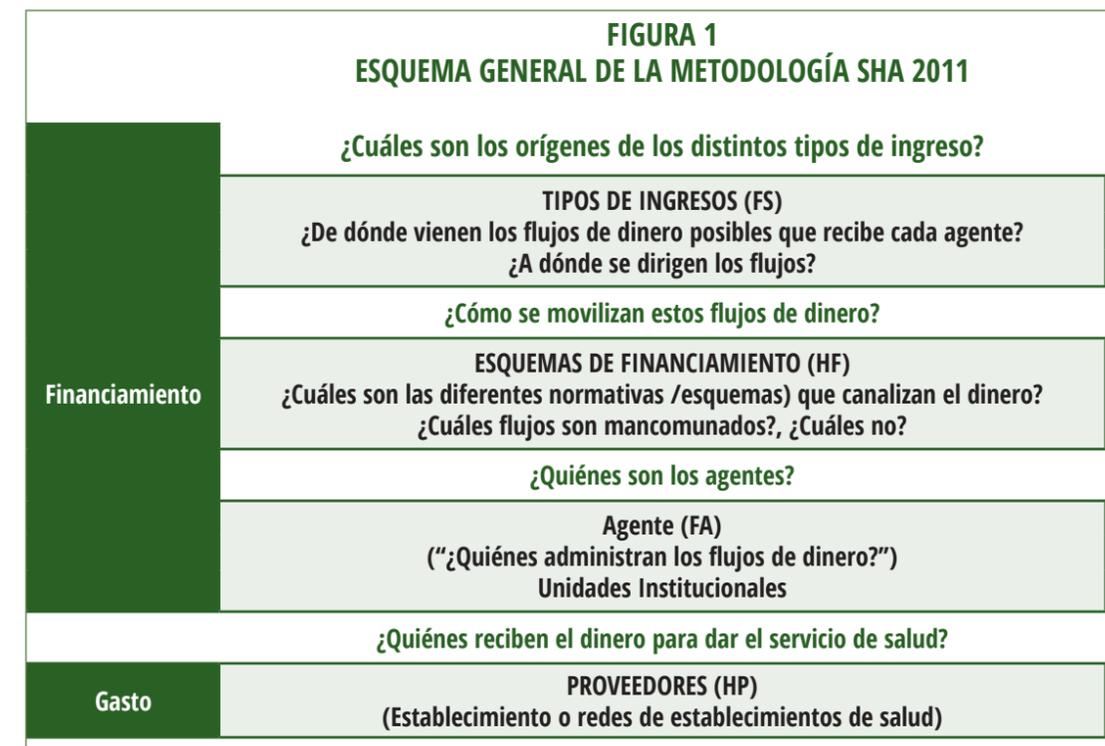
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TOTAL GASTO CORRIENTE GOBIERNO GENERAL (método CCNNS)	3,406,506	3,463,356	3,543,715	3,884,398	3,751,195	3,964,256	4,193,848	5,210,621	5,414,260	5,299,268	6,365,383	6,965,064	8,397,007	8,765,004	9,254,516	9,404,429	10,445,473	10,842,342
TOTAL GASTO CORRIENTE ESQUEMA GUBERNAMENTAL(SHA 2011)	2,421,230	2,445,334	2,569,866	3,259,426	3,120,465	3,366,956	3,607,342	4,562,907	4,794,235	4,651,150	5,684,731	6,232,004	7,641,892	8,045,218	8,542,224	8,779,302	9,725,693	10,013,631

Fuente: Base datos OPEE-OGPPM



5. Debe advertirse que la compatibilización completa fue efectuada a partir del año 2002 por lo que el análisis se enfocará en el periodo 2002-2019, sin perjuicio que en un futuro pueda completarse la compatibilización para los años anteriores.
6. Simplificando con fines didácticos, el análisis de financiamiento del SHA 2011

tiene 3 vectores o perspectivas de enfoque¹: los acuerdos o esquemas de financiamiento por los que se movilizan los flujos de dinero, los tipos de ingresos (es decir los orígenes o fuentes) y los agentes. (Figura 1). El SHA 2011 privilegia los dos primeros vectores que son los que se muestran en sus informes finales.



¹ Dado que se trata de diversas perspectivas para enfocar el financiamiento, los resultados deben ser iguales en cada una.



Quipu inca

Los ingresos (FS) son los dineros que recibe cada agente de financiamiento (FA), especificando la fuente de procedencia, para su administración y distribución a los proveedores de servicios de salud (HP) siguiendo las reglas o normas establecidas en los esquemas de financiamiento (HF). Los esquemas de financiamiento (HF) son las reglas o normas que se establecen para movilizar el dinero desde sus orígenes (tipos de Ingresos (FS)), trayectoria (que puede ser vía un fondo de aseguramiento) y distribución a los proveedores de servicios de salud (HP). Los agentes de financiamiento (FA) son unidades institucionales que administran uno o más esquemas de financiamiento (HF), recaudan recursos financieros y compran servicios en cumplimiento de las normas de un esquema de financiamiento de salud determinado (HF). En el Anexo 2 se detallan los esquemas de financiamiento, los tipos de ingreso (FS) y los agentes de financiamiento (FA) para el caso peruano.

7. Los Esquemas de Financiamiento por Ingresos de los Esquemas de Financiamiento (HF x FS) y los Esquemas de Financiamiento por Agentes de Financiamiento (HF x FA) constituyen insumos de las Tablas de:
 - Análisis del gasto por Agentes de Financiamiento (FA)
 - Análisis del gasto por Esquemas de Financiamiento (HF)
 - Análisis de los Ingresos de los Esquemas de Financiamiento (FS)

Se ha revisado, corregido y verificado con el equipo de OPEE la consistencia interna de dichos esquemas con las tablas mencionadas, por lo que el análisis de esta consultoría se refiere a las tablas ya corregidas, además del correspondiente al gasto de capital del sector público.

Resultados

En el 2019 el Perú destinó 39 850,1 millones de soles al financiamiento del gasto corriente en servicios de salud. En términos reales (soles de 2007¹) fue de 28 748,8 millones de soles, lo que comparado al periodo 2002-2019 muestra un crecimiento real de 150,72%. Como porcentaje del PBI subió en dichos años de 4,86 a 5,23% y en términos

per cápita pasó de S/424,7 a S/894,73. Destaca el crecimiento de la fuente de tesoro público lo que evidencia el esfuerzo gubernamental en salud del 1,03 al 1,82% del PBI. Si se incluyen los aportes obligatorios a la seguridad social en salud² el avance pasó del 2,30 a 3,01% (Tabla 3). La OMS califica de fondo de aseguramiento público manco-

munado a la suma del financiamiento por tesoro público más los aportes obligatorios a la seguridad social, señalando la importancia que estos arriben en torno al 5-6% del PBI a fin de hacer viable el acceso a un conjunto de servicios para toda la población (OMS, 2010, resumen).

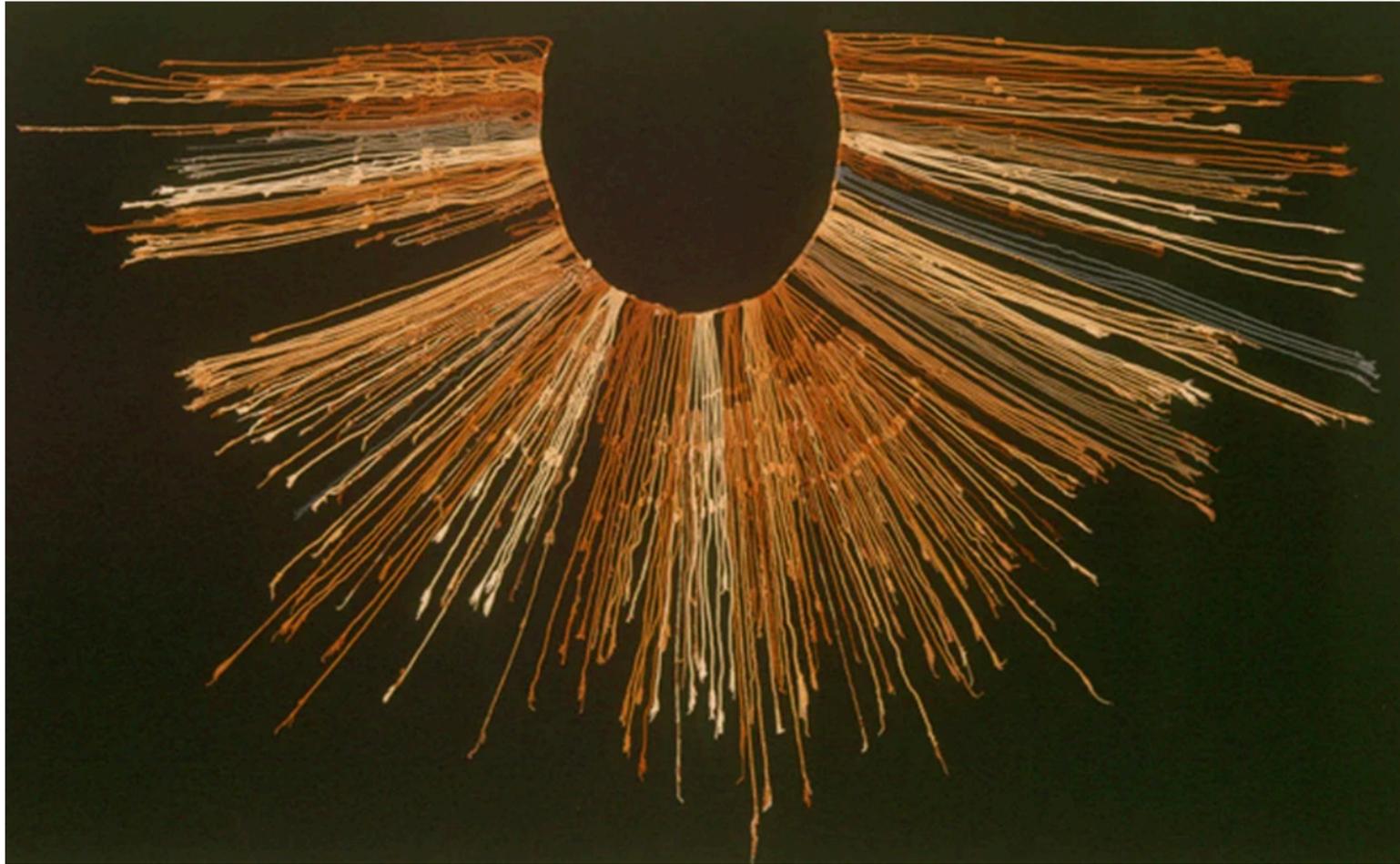
TABLA 3
GASTO CORRIENTE EN SALUD
Perú 2002-2019

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Como porcentaje del PBI																		
Gasto corriente en Salud	4.86	4.57	4.39	4.55	4.35	4.43	4.56	5.00	4.76	4.51	4.74	4.76	4.98	4.98	5.01	4.94	5.20	5.23
Esquema gubernamental y contributivo obligatorio	2.30	2.21	2.16	2.38	2.04	1.99	2.01	2.37	2.28	2.10	2.27	2.41	2.70	2.76	2.83	2.81	2.94	3.01
Tesoro Público	1.03	1.00	1.00	1.19	1.06	1.05	1.03	1.29	1.25	1.14	1.32	1.37	1.64	1.67	1.70	1.71	1.81	1.82
Aportaciones obligatorias a la Seguridad Social	1.28	1.21	1.16	1.19	0.98	0.94	0.98	1.07	1.02	0.95	0.95	1.05	1.06	1.10	1.12	1.11	1.12	1.19
Percápita (soles de 2007)	424.71	411.87	411.25	449.91	458.69	503.16	561.89	619.34	633.85	634.14	702.72	740.05	786.17	802.61	825.63	819.56	882.78	894.73

Fuente: INEI: Datos sobre población, PBI
Elaboración: OPEE-OGPPM/MINSA

¹ Año base.

² Denominado Esquema Gubernamental y contributivo obligatorio a la seguridad social en la metodología del SHA 2011 (acápito 4.1.2).



1. En el eje de financiamiento (2002-2019)

1.1 Análisis de gasto corriente por ingresos de los esquemas de financiamiento (FS)

Según su origen, se destacan 4 grandes grupos de ingresos que se congregan según sus esquemas de financiamiento: (a) los ingresos provenientes de Tesoro Público que casi en su totalidad vienen de la tributación, denominada Transferencia de ingresos públicos internos (FS.1), (b) las cotizaciones obligatorias a la seguridad social en salud (FS.3), (c) los prepagos voluntarios a la seguridad social como el pago a seguros privados y al seguro potestativo de ESSALUD (FS.5), (d) el gasto directo o “gasto de bolsillo” efectuado por los hogares en la atención de su salud (FS.6.1). Existe un grupo adicional conformado por aportes de ONGs y de agencias de desarrollo cuya información se encuentra incompleta debido a problemas de disponibilidad (FS.6.3)⁴ (Tabla 4a).

Considerando el 100% de los ingresos del financiamiento para la atención de la salud, el principal origen del financiamiento está en el tesoro público que subió del 21,1 (2 421,2 millones de soles de 2007 en 2002) al 34,8% (10 013,6 millones de soles de 2007 en 2019). El pago de bolsillo disminuyó del 39,9 (4 579,9 millones de soles de 2007 en 2002) al 28,3% (8 149,7 millones de soles de 2007 en 2019) pasó al segundo lugar. La participación de las cotizaciones obligatorias a la seguridad social en salud ha disminuido ligeramente del 30,3 al 28,4% (8 174,4 millones de soles de 2007 en 2019). (Tablas 4b y 4c). Al interior del periodo de estudio, la fluctuación más importante es la ocurrida con el gasto de bolsillo que se incrementó entre 2004 y 2011 para luego descender. Dicho aumento fue coincidente con un menor ritmo de crecimiento de los ingresos por tesoro público (Tabla 4c y Gráfico 3).

⁴ La clasificación FS.2 Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno no ha sido considerada por no disponer de suficiente información oficial de la cooperación internacional. Se ha optado por incluir la limitada información existente en la categoría (FS.6.3). Además, debe considerarse que montos pequeños de la cooperación internacional se incorporan dentro del presupuesto gubernamental y están considerando dentro de la clasificación FS.1.1 Transferencias y donaciones internas.

TABLA 4a
GASTO CORRIENTE POR INGRESOS DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (FS)
Perú 2002-2019
(millones de soles)

INGRESOS DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (FS)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
FS.1 Transferencias de los ingresos públicos internos	1,978.8	2,034.6	2,272.4	2,983.2	3,074.6	3,367.0	3,647.1	4,708.5	5,229.7	5,415.9	6,699.0	7,421.5	9,321.9	10,077.9	11,030.2	11,746.2	13,274.8	13,880.4
FS.1.1 Transferencias y donaciones internas (1)	1,978.8	2,034.6	2,272.4	2,983.2	3,074.6	3,367.0	3,647.1	4,708.4	5,229.7	5,415.9	6,699.0	7,421.5	9,321.9	10,077.9	11,030.2	11,746.1	13,274.7	13,880.4
FS.1.2 Transferencias del gobierno en nombre de grupos específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS.1.3 Subsidios	0	0	0	0	0	0	0	0.04	0	0	0	0	0	0.06	0	0.1	0.01	0
FS.1.4 Otras transferencias de los ingresos públicos internos	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS.2 Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
FS.3 Cotizaciones a la seguridad social	2835.4	2859.6	3041.2	3426.6	3305.3	3520.9	4085.4	4643.1	5115.5	5504.4	5992.9	7127.3	7694.6	8376.0	9127.8	9566.9	10321.8	11330.9
FS.3.1 Cotizaciones de los trabajadores a la seguridad social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS.3.2 Cotizaciones de los empleadores a la seguridad social (2) (9)	2,835.4	2,859.6	3,041.2	3,426.6	3,305.3	3,520.9	4,085.4	4,643.1	5,115.5	5,504.4	5,992.9	7,127.3	7,694.6	8,376.0	9,127.8	9,566.9	10,321.8	11,330.9
FS.3.3 Cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores autónomos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS.3.4 Otras cotizaciones a la seguridad social (3)	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
FS.4 Pre-pago obligatorio (seguros obligatorios) (10)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS.5 Pre-pago voluntarios (seguros voluntarios) (5)	670.0	790.3	826.1	921.1	906.4	932.9	1017.0	1159.8	1267.2	1400.2	1563.1	1736.7	1897.6	2118.6	2191.3	2312.6	2553.0	2766.3
FS.5.1 Pre-pago voluntario persona/hogar (seguro privado+potestativo seg.soc.+autoseguro) (7) (8)	670.0	790.3	826.1	921.1	906.4	932.9	1017.0	1159.8	1267.2	1400.2	1563.1	1736.7	1897.6	2118.6	2191.3	2312.6	2553.0	2766.3
FS.5.2 Pre-pago voluntario de empleadores	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
FS.6 Otros ingresos del país n.e.p.	3887.2	3655.4	3857.8	4084.6	5338.9	6329.2	7327.7	7693.6	8226.6	9023.6	9853.6	9573.0	9488.1	9553.6	10084.4	10338.2	11880.3	11872.5
FS.6.1 Otros ingresos de hogares n.e.p. ("gasto de bolsillo")	3743.0	3501.3	3668.4	3883.6	5091.7	6019.7	6969.5	7332.5	7839.4	8611.0	9372.1	9122.3	9023.9	9082.5	9599.3	9831.6	11312.3	11296.7
FS.6.3 Otros ingresos de ISFLSH n.e.p. (ONGs + agencias de desarrollo) (6)	144.2	154.0	189.4	200.9	247.3	309.6	358.2	361.1	387.2	412.5	481.5	450.7	464.2	471.2	485.1	506.6	567.9	575.8
FS.7 Transferencias externas directas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS.nec Otros ingresos (n.e.p)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GASTO CORRIENTE TOTAL	9,371.4	9,339.8	9,997.5	11,415.4	12,625.3	14,150.0	16,077.2	18,205.0	19,838.9	21,344.0	24,108.5	25,858.5	28,402.2	30,126.2	32,433.8	33,963.8	38,029.8	39,850.1

Fuente: MEF: Base de datos SIAF; ESSALUD: Gerencia Central de Gestión Financiera; FONAFE: Ejecuciones presupuestales de Ingresos y Gastos; SUSALUD: Anuarios Estadísticos; SBS: Boletines Informativos Mensuales del Sistema Asegurador; INEI: ENAHO, MINSAL/OPS: Cuentas Nacionales de Perú 1995-2012.
 Elaboración: OPEE-OGPPM / MINSAL

Notas:

- (1) La clasificación FS.1.1 Transferencias y donaciones internas considera los ingresos por transferencias internas del MINSAL y sus organismos adscritos incluyendo el SIS, y datos imputados de las sanidades de las fuerzas armadas y policiales, beneficiencias y otros públicos estimados por tendencia histórica.
- (2) En la clasificación FS.3.2 Cotizaciones de los empleadores a la seguridad social, se están incluyendo las aportaciones del gobierno como empleador al seguro regular y SCTR.
- (3) La clasificación FS.3.4 Otras cotizaciones a la seguridad social incluye aportes a los fondos de pensión, fondos de retiro, fondos de vivienda y otras contribuciones.
- (4) En la clasificación FS.5, los pre pagos voluntarios de los empleadores o Autoseguros han sido tomadas de las Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2012 y se han estimado hacia el 2019 siguiendo la tendencia de crecimiento histórica.
- (5) La clasificación FS.2 Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno no ha sido considerada por no disponer de suficiente información oficial de la cooperación internacional.
- (6) Información incompleta.
- (7) En el FS 5.1 no se consideró información de Pre-pagos de IPRESS, por no disponer de información.
- (8) Los Autoseguros consignados en el FS 5.1 corresponden a la afiliación voluntario de los trabajadores.
- (9) En el caso de la IAFAS EsSalud, se repartió solo entre los ingresos provenientes de Seguros Regulares (FS 3.2) y Seguros Potestativos (FS 5.1)
- (10) El FS.4 es una clasificación que contiene los seguros SOAT y AFOCAT, los cuales son obligatorios, pero en este caso no se han considerado, por no disponer de información

TABLA 4b**GASTO CORRIENTE POR INGRESOS DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (FS)**

Perú 2002-2019

(millones de soles del 2007)

INGRESOS DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (FS)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
FS.1 Transferencias de los ingresos públicos internos	2,421.2	2,445.3	2,569.9	3,259.4	3,120.5	3,367.0	3,607.3	4,562.9	4,794.2	4,651.1	5,684.7	6,232.0	7,641.9	8,045.2	8,542.2	8,779.3	9,725.7	10,013.6
FS.1.1 Transferencias y donaciones internas	2,421.2	2,445.3	2,569.9	3,259.4	3,120.5	3,367.0	3,607.3	4,562.9	4,794.2	4,651.1	5,684.7	6,232.0	7,641.9	8,045.2	8,542.2	8,779.2	9,725.7	10,013.6
FS.1.2 Transferencias del gobierno en nombre de grupos específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS.1.3 Subsidios	0	0	0	0	0	0	0	0.04	0	0	0	0	0	0.05	0	0.1	0.01	0
FS.1.4 Otras transferencias de los ingresos públicos internos	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS.2 Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
FS.3 Cotizaciones a la seguridad social	3469.3	3436.9	3439.3	3743.9	3354.6	3520.9	4040.8	4499.6	4689.6	4727.2	5085.5	5984.9	6307.9	6686.6	7069.0	7150.4	7562.2	8174.4
FS.3.1 Cotizaciones de los trabajadores a la seguridad social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS.3.2 Cotizaciones de los empleadores a la seguridad social	3,469.3	3,436.9	3,439.3	3,743.9	3,354.6	3,520.9	4,040.8	4,499.6	4,689.6	4,727.2	5,085.5	5,984.9	6,307.9	6,686.6	7,069.0	7,150.4	7,562.2	8,174.4
FS.3.3 Cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores autónomos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS.3.4 Otras cotizaciones a la seguridad social	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
FS.4 Pre-pago obligatorio (seguros obligatorios)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS.5 Pre-pago voluntarios (seguros voluntarios)	819.8	949.8	934.2	1006.4	919.9	932.9	1005.9	1124.0	1161.7	1202.5	1326.4	1458.4	1555.6	1691.3	1697.1	1728.4	1870.4	1995.6
FS.5.1 Pre-pago voluntario persona/hogar (seguro privado+potestativo seg.soc.+autoseguro)	819.8	949.8	934.2	1006.4	919.9	932.9	1005.9	1124.0	1161.7	1202.5	1326.4	1458.4	1555.6	1691.3	1697.1	1728.4	1870.4	1995.6
FS.5.2 Pre-pago voluntario de empleadores	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
FS.6 Otros ingresos del país n.e.p.	4756.3	4393.4	4362.8	4462.8	5418.5	6329.2	7247.7	7455.8	7541.6	7749.5	8361.7	8038.7	7778.2	7626.7	7809.8	7727.0	8704.0	8565.1
FS.6.1 Otros ingresos de hogares n.e.p. ("gasto de bolsillo")	4579.9	4208.2	4148.6	4243.3	5167.6	6019.7	6893.5	7105.8	7186.7	7395.2	7953.2	7660.2	7397.6	7250.5	7434.1	7348.3	8287.9	8149.7
FS.6.3 Otros ingresos de ISFLSH n.e.p. (ONGs + agencias de desarrollo)	176.4	185.2	214.2	219.5	251.0	309.6	354.3	349.9	354.9	354.3	408.6	378.5	380.6	376.1	375.7	378.7	416.1	415.4
FS.7 Transferencias externas directas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS.nec Otros ingresos (n.e.p)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GASTO CORRIENTE TOTAL	11,466.7	11,225.5	11,306.1	12,472.6	12,813.5	14,150.0	15,901.7	17,642.2	18,187.1	18,330.3	20,458.4	21,713.9	23,283.5	24,049.8	25,118.0	25,385.2	27,862.4	28,748.8

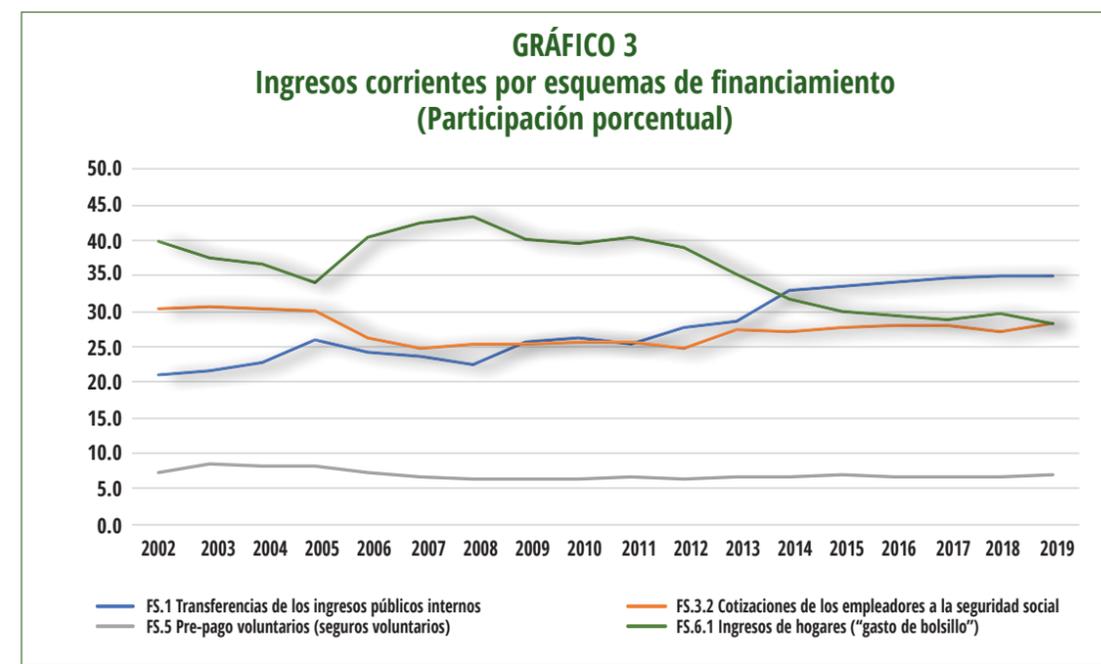
Fuente: Tabla 4a

Elaboración: OPEE-OGPPM / MINSA

TABLA 4c
GASTO CORRIENTE POR INGRESOS DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (FS)
 Perú 2002-2019
 (porcentajes)

INGRESOS DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (FS)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
FS.1 Transferencias de los ingresos públicos internos	21.1	21.8	22.7	26.1	24.4	23.8	22.7	25.9	26.4	25.4	27.8	28.7	32.8	33.5	34.0	34.6	34.9	34.8
FS.1.1 Transferencias y donaciones internas	21.1	21.8	22.7	26.1	24.4	23.8	22.7	25.9	26.4	25.4	27.8	28.7	32.8	33.5	34.0	34.6	34.9	34.8
FS.3 Cotizaciones a la seguridad social	30.3	30.6	30.4	30.0	26.2	24.9	25.4	25.5	25.8	25.8	24.9	27.6	27.1	27.8	28.1	28.2	27.1	28.4
FS.3.2 Cotizaciones de los empleadores a la seguridad social	30.3	30.6	30.4	30.0	26.2	24.9	25.4	25.5	25.8	25.8	24.9	27.6	27.1	27.8	28.1	28.2	27.1	28.4
FS.5 Pre-pago voluntarios (seguros voluntarios)	7.1	8.5	8.3	8.1	7.2	6.6	6.3	6.4	6.4	6.6	6.5	6.7	6.7	7.0	6.8	6.8	6.7	6.9
FS.5.1 Pre-pago voluntario persona/hogar (seguro privado + potestativo seg.soc.+autoseguro)	7.1	8.5	8.3	8.1	7.2	6.6	6.3	6.4	6.4	6.6	6.5	6.7	6.7	7.0	6.8	6.8	6.7	6.9
FS.6 Otros ingresos del país n.e.p.	41.5	39.1	38.6	35.8	42.3	44.7	45.6	42.3	41.5	42.3	40.9	37.0	33.4	31.7	31.1	30.4	31.2	29.8
FS.6.1 Otros ingresos de hogares n.e.p. ("gasto de bolsillo")	39.9	37.5	36.7	34.0	40.3	42.5	43.4	40.3	39.5	40.3	38.9	35.3	31.8	30.1	29.6	28.9	29.7	28.3
FS.6.3 Otros ingresos de ISFLSH n.e.p. (instituciones sin fines de lucro)	1.5	1.6	1.9	1.8	2.0	2.2	2.2	2.0	2.0	1.9	2.0	1.7	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1.4
GASTO CORRIENTE TOTAL	100.0																	

Fuente: Tabla 3a.
 Elaboración: OPEE-OGPPM / MINSa



1.2 Análisis del gasto corriente por esquemas de financiamiento (HF)

El esquema de financiamiento, o el modo en que se movilizan los recursos, considera principalmente tres esquemas: (a) gubernamentales, que son obligatorios y manejados por el gobierno y la seguridad social, (b) voluntarios, referidos a los seguros de salud voluntarios (potestativo), ONGs y agencias cooperantes y autoseguros, y (c) gasto directo de los hogares o gasto de bolsillo.

En el Perú los ingresos del tesoro público (llamados transferencias) del esquema gubernamental en 2002-2019, aumentaron, tanto en términos porcentuales como en soles reales, su participación en el financiamiento del 21,1 al 34,8%, y en millones de soles de 2007, de 2 421,2 (2002) a 10 013,6 (2019). Este esquema se diversificó en cuatro componentes principales: Ministerio de Salud, otras entidades del gobierno central,

el seguro público (Seguro Integral de Salud-SIS), que, aunque dentro del anterior tiene un esquema propio, y el de los gobiernos regionales y locales (Tablas 5a, 5b y 5c). Desde el 2002, se crean 2 nuevos esquemas que producen dos cambios importantes: el SIS y las regiones. El SIS comenzó a operar como Organismo Público descentralizado del MINSA y se da inicio al proceso de descentralización, conocido como regionalización, que originó una gran transferencia de recursos del nivel central al regional y cuya información presupuestal se hizo disponible desde el 2003⁵. Por consiguiente, se observan modificaciones en la estructura de financiamiento.

Si se toma como 100% al esquema de gasto corriente gubernamental y contributivo obligatorio, se observa entre 2002 y 2019, que el gubernamental aumentó de 41,1 a 55,1%. Por el proceso de regionalización, el MINSA, incluyendo el SIS, disminuyó su gasto del 32,7 al 21,9%, mientras que las re-

giones pasaron a recibir el 29,0%. El funcionamiento administrativo del SIS representó el 5,3% del gasto del MINSA. No se incluyen las transferencias del SIS a los proveedores de servicios porque ellas están contabilizadas en su ejecución⁶. En el nivel de esquema de seguro obligatorio o de seguridad social, se observa un ligero crecimiento de la modalidad de Entidades Prestadoras de Salud-EPS que del 7,8% (2002) pasó al 9,1% (Tabla 5b, Tabla 5d y Gráfico 4).

⁵ Para el equipo de OPEE-OGPPM esta información está disponible con el nivel de desagregación requerido recién desde el 2004.

⁶ En el período 2003-2019, el SIS, a través de convenios, realizó transferencias de recursos presupuestales previamente acordados a los esquemas de los niveles del gobierno central, regional y local, siendo administrados por los propios agentes gubernamentales. En el año 2019 el SIS transfirió 1,429.7 millones de soles. Según la metodología SHA 2011, el gasto de dichas transferencias se enfoca y visualiza en el eje de la provisión que se centra en los proveedores de servicios de salud (Clasificación HP del SHA).

TABLA 5a
GASTO CORRIENTE POR ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (HF)
Perú 2002-2019
(millones de soles)

ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (HF)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HF.1 Esquemas gubernamentales y contributivos obligatorios	4,814.2	4,894.1	5,313.6	6,409.7	6,380.0	6,887.9	7,732.5	9,351.6	10,345.2	10,920.2	12,691.8	14,548.8	17,016.5	18,453.9	20,158.0	21,313.0	23,596.6	25,211.3
HF.1.1 Esquemas gubernamentales (1)	1,978.8	2,034.6	2,272.4	2,983.2	3,074.6	3,367.0	3,647.1	4,708.5	5,229.7	5,415.9	6,699.0	7,421.5	9,321.9	10,077.9	11,030.2	11,746.2	13,274.8	13,880.4
HF.1.1.1 Esquemas del gobierno central	1,978.8	2,034.6	1,445.0	1,925.4	1,931.1	2,179.1	2,107.9	2,768.6	3,066.0	2,832.8	3,560.1	3,726.9	4,576.2	5,111.9	5,626.3	5,941.1	6,652.5	6,559.0
Del Ministerio de Salud	1,574.2	1,583.6	981.6	1,399.7	1,518.2	1,711.1	1,670.9	1,939.1	2,019.2	2,051.0	2,542.6	2,894.9	3,644.5	4,055.4	4,506.5	4,717.0	5,407.3	5,236.1
Otros ministerios y unidades públicas	402.6	441.2	451.2	510.0	391.5	433.7	420.7	812.3	1,025.7	757.6	988.6	782.1	850.4	913.3	905.3	958.8	943.9	1,042.5
Seguro Integral de Salud - SIS	2.0	9.7	12.2	15.7	21.3	34.3	16.4	17.3	21.1	24.2	28.9	49.9	81.3	143.2	214.6	265.4	301.3	280.3
HF.1.1.2 Esquemas del gobierno regional y local	0.0	0.0	827.4	1,057.7	1,143.5	1,187.8	1,539.3	1,939.8	2,163.6	2,583.1	3,138.9	3,694.6	4,745.7	4,966.0	5,403.8	5,805.1	6,622.2	7,321.4
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos (2)	2,835.4	2,859.6	3,041.2	3,426.6	3,305.3	3,520.9	4,085.4	4,643.1	5,115.5	5,504.4	5,992.9	7,127.3	7,694.6	8,376.0	9,127.8	9,566.9	10,321.8	11,330.9
HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales de salud	2,835.4	2,859.6	3,041.2	3,426.6	3,305.3	3,520.9	4,085.4	4,643.1	5,115.5	5,504.4	5,992.9	7,127.3	7,694.6	8,376.0	9,127.8	9,566.9	10,321.8	11,330.9
ESSALUD menos Potestativo ESSALUD	2,461.7	2,472.2	2,639.7	2,975.5	2,851.1	3,000.8	3,443.4	3,901.2	4,259.1	4,513.8	4,818.1	5,700.5	6,069.2	6,619.6	7,267.7	7,610.3	8,213.8	9,039.7
EPS menos Potestativo EPS	373.7	387.3	401.6	451.1	454.2	520.1	642.0	741.9	856.4	990.6	1,174.8	1,426.7	1,625.4	1,756.4	1,860.1	1,956.5	2,108.0	2,291.2
HF.1.2.2 Esquemas de seguros privados obligatorios	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
HF.2 Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	814.2	944.3	1,015.5	1,122.0	1,153.6	1,242.4	1,375.1	1,520.9	1,654.4	1,812.7	2,044.5	2,187.5	2,361.8	2,589.8	2,676.4	2,819.2	3,120.9	3,342.1
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	670.0	790.3	826.1	921.1	906.4	932.9	1,017.0	1,159.8	1,267.2	1,400.2	1,563.1	1,736.7	1,897.6	2,118.6	2,191.3	2,312.6	2,553.0	2,766.3
Potestativo ESSALUD	71.7	71.6	76.6	87.2	37.2	26.3	21.3	17.4	16.6	16.4	24.1	26.1	25.8	25.1	18.6	15.1	16.6	13.3
Potestativo EPS	10.3	15.7	18.4	14.9	12.9	9.9	8.1	9.3	10.1	12.9	16.4	23.0	71.6	101.4	113.8	131.1	145.3	161.8
Seguros Privados (3)	390.0	488.0	504.0	565.0	577.3	595.7	652.5	779.2	846.5	919.9	1,040.4	1,187.9	1,268.8	1,429.2	1,464.4	1,540.3	1,733.4	1,902.0
Autoseguros (4) (7)	198.0	215.0	227.0	254.0	279.0	301.0	335.0	354.0	393.9	451.0	482.2	499.8	531.3	562.9	594.5	626.1	657.6	689.2
HF.2.2 Esquemas de ISFLSH (ONGs + Incluyendo agencias de desarrollo) (4)	144.2	154.0	189.4	200.9	247.3	309.6	358.2	361.1	387.2	412.5	481.5	450.7	464.2	471.2	485.1	506.6	567.9	575.8
HF.3 Gasto directo de los hogares ("gasto de bolsillo") (5)	3,743.0	3,501.3	3,668.4	3,883.6	5,091.7	6,019.7	6,969.5	7,332.5	7,839.4	8,611.0	9,372.1	9,122.3	9,023.9	9,082.5	9,599.3	9,831.6	11,312.3	11,296.7
GASTO CORRIENTE TOTAL (6)	9,371.4	9,339.8	9,997.5	11,415.4	12,625.3	14,150.0	16,077.2	18,205.0	19,838.9	21,344.0	24,108.5	25,858.5	28,402.2	30,126.2	32,433.8	33,963.8	38,029.8	39,850.1

Fuente: MEF: Base de datos SIAF; ESSALUD: Gerencia Central de Gestión Financiera; FONAFE: Ejecuciones presupuestales de Ingresos y Gastos; SUSALUD: Anuarios Estadísticos; SBS: Boletines Informativos Mensuales del Sistema Asegurador; INEI: Encuesta Nacional de Hogares ENAHO, MINSA/OPS: Cuentas Nacionales de Perú, 1995-2012.

Elaboración: OPEE-OGPPM / MINSA

Notas:

(1) Para los años 2006-2019, los Esquemas gubernamentales incluyen los del Ministerio de Salud y sus organismos adscritos incluyendo el SIS. Datos imputados de las sanidades de las fuerzas armadas y policiales, las beneficiencias y otros públicos fueron estimados por tendencia histórica, según reportado en las Cuentas Nacionales de Salud 1995-2005.

(2) Dentro de los esquemas HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos, se han considerado las aportaciones del gobierno como empleador al seguro regular y SCTR.

(3) Los Seguros Privados corresponde a las Primas Retenidas Anualizadas del Ramo de Accidentes y Enfermedades.

(4) Información incompleta. Para el periodo 2013-2019, los Autoseguros e Instituciones Sin Fines de Lucro han sido estimadas en base al crecimiento del periodo 2004-2012 reportados en las Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012

(5) Para el periodo 2013-2019, el esquema HF.3 Gasto directo de los hogares se ha calculado utilizando los mismos criterios de cálculo utilizado en las Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012.

(6) El Gasto Corriente Total por esquemas para el periodo 1995- 2005 se ha estimado utilizando la variación anual de las Cuentas Nacionales de Salud.

(7) Los Autoseguros consignados en el HF 2.1 corresponden a la afiliación voluntaria de los trabajadores.

TABLA 5b
GASTO CORRIENTE POR ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (HF)
Perú 2002-2019
(millones de soles de 2007)

ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (HF)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HF.1 Esquemas gubernamentales y contributivos obligatorios	5,890.6	5,882.3	6,009.2	7,003.3	6,475.1	6,887.9	7,648.1	9,062.5	9,483.8	9,378.3	10,770.3	12,216.9	13,949.8	14,731.8	15,611.2	15,929.7	17,287.9	18,188.0
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	2,421.2	2,445.3	2,569.9	3,259.4	3,120.5	3,367.0	3,607.3	4,562.9	4,794.2	4,651.1	5,684.7	6,232.0	7,641.9	8,045.2	8,542.2	8,779.3	9,725.7	10,013.6
HF.1.1.1 Esquemas del gobierno central	2,421.2	2,445.3	1,634.2	2,103.8	1,959.9	2,179.1	2,084.9	2,683.1	2,810.8	2,432.8	3,021.1	3,129.6	3,751.5	4,080.8	4,357.3	4,440.5	4,874.0	4,731.8
Del Ministerio de Salud	1,926.2	1,903.4	1,110.1	1,529.3	1,540.9	1,711.1	1,652.6	1,879.1	1,851.1	1,761.4	2,157.6	2,430.9	2,987.7	3,237.4	3,490.0	3,525.5	3,961.6	3,777.5
Otros ministerios y unidades públicas	492.6	530.3	510.3	557.2	397.4	433.7	416.1	787.2	940.3	650.6	838.9	656.8	697.1	729.1	701.1	716.6	691.5	752.1
Seguro Integral de Salud - SIS	2.5	11.7	13.8	17.2	21.7	34.3	16.2	16.7	19.4	20.8	24.5	41.9	66.6	114.3	166.2	198.3	220.8	202.2
HF.1.1.2 Esquemas del gobierno regional y local	0.0	0.0	935.7	1,155.7	1,160.6	1,187.8	1,522.5	1,879.8	1,983.5	2,218.4	2,663.6	3,102.5	3,890.4	3,964.4	4,184.9	4,338.8	4,851.7	5,281.8
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	3,469.3	3,436.9	3,439.3	3,743.9	3,354.6	3,520.9	4,040.8	4,499.6	4,689.6	4,727.2	5,085.5	5,984.9	6,307.9	6,686.6	7,069.0	7,150.4	7,562.2	8,174.4
HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales de salud	3,469.3	3,436.9	3,439.3	3,743.9	3,354.6	3,520.9	4,040.8	4,499.6	4,689.6	4,727.2	5,085.5	5,984.9	6,307.9	6,686.6	7,069.0	7,150.4	7,562.2	8,174.4
ESSALUD menos Potestativo ESSALUD	3,012.0	2,971.4	2,985.2	3,251.0	2,893.6	3,000.8	3,405.8	3,780.7	3,904.4	3,876.4	4,088.6	4,786.9	4,975.4	5,284.5	5,628.4	5,688.1	6,017.8	6,521.5
EPS menos Potestativo EPS	457.3	465.5	454.1	492.8	461.0	520.1	635.0	718.9	785.1	850.7	996.9	1,198.0	1,332.5	1,402.1	1,440.5	1,462.3	1,544.5	1,652.9
HF.1.2.2 Esquemas de seguros privados obligatorios	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
HF.2 Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	996.2	1,135.0	1,148.4	1,226.0	1,170.8	1,242.4	1,360.1	1,473.9	1,516.6	1,556.8	1,735.0	1,836.9	1,936.1	2,067.4	2,072.7	2,107.1	2,286.5	2,411.1
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	819.8	949.8	934.2	1,006.4	919.9	932.9	1,005.9	1,124.0	1,161.7	1,202.5	1,326.4	1,458.4	1,555.6	1,691.3	1,697.1	1,728.4	1,870.4	1,995.6
Potestativo ESSALUD	87.8	86.1	86.6	95.3	37.8	26.3	21.1	16.8	15.3	14.1	20.4	21.9	21.1	20.0	14.4	11.3	12.1	9.6
Potestativo EPS	12.6	18.8	20.9	16.3	13.1	9.9	8.0	9.0	9.3	11.1	14.0	19.3	58.7	81.0	88.2	98.0	106.5	116.7
Seguros Privados	477.2	586.5	570.0	617.3	585.9	595.7	645.4	755.1	776.0	790.0	882.9	997.5	1,040.2	1,140.9	1,134.1	1,151.3	1,270.0	1,372.1
Autoseguros	242.3	258.4	256.7	277.5	283.2	301.0	331.3	343.1	361.1	387.3	409.2	419.7	435.6	449.4	460.4	467.9	481.8	497.2
HF.2.2 Esquemas de ISFLSH (ONGs + Incluyendo agencias de desarrollo)	176.4	185.2	214.2	219.5	251.0	309.6	354.3	349.9	354.9	354.3	408.6	378.5	380.6	376.1	375.7	378.7	416.1	415.4
HF.3 Gasto directo de los hogares ("gasto de bolsillo")	4,579.9	4,208.2	4,148.6	4,243.3	5,167.6	6,019.7	6,893.5	7,105.8	7,186.7	7,395.2	7,953.2	7,660.2	7,397.6	7,250.5	7,434.1	7,348.3	8,287.9	8,149.7
GASTO CORRIENTE TOTAL	11,466.7	11,225.5	11,306.1	12,472.6	12,813.5	14,150.0	15,901.7	17,642.2	18,187.1	18,330.3	20,458.4	21,713.9	23,283.5	24,049.8	25,118.0	25,385.2	27,862.4	28,748.8

Fuente: Cuadro 4b. Deflactor del PBI
 Elaboración: OPEE-OGPPM / MINSA

TABLA 5c
GASTO CORRIENTE POR ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (HF)
Perú 2002-2019
(porcentajes)

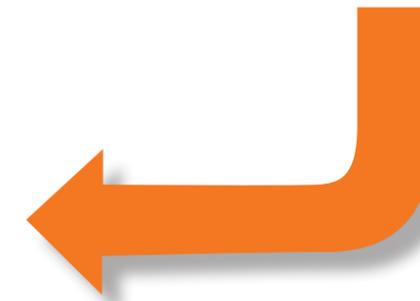
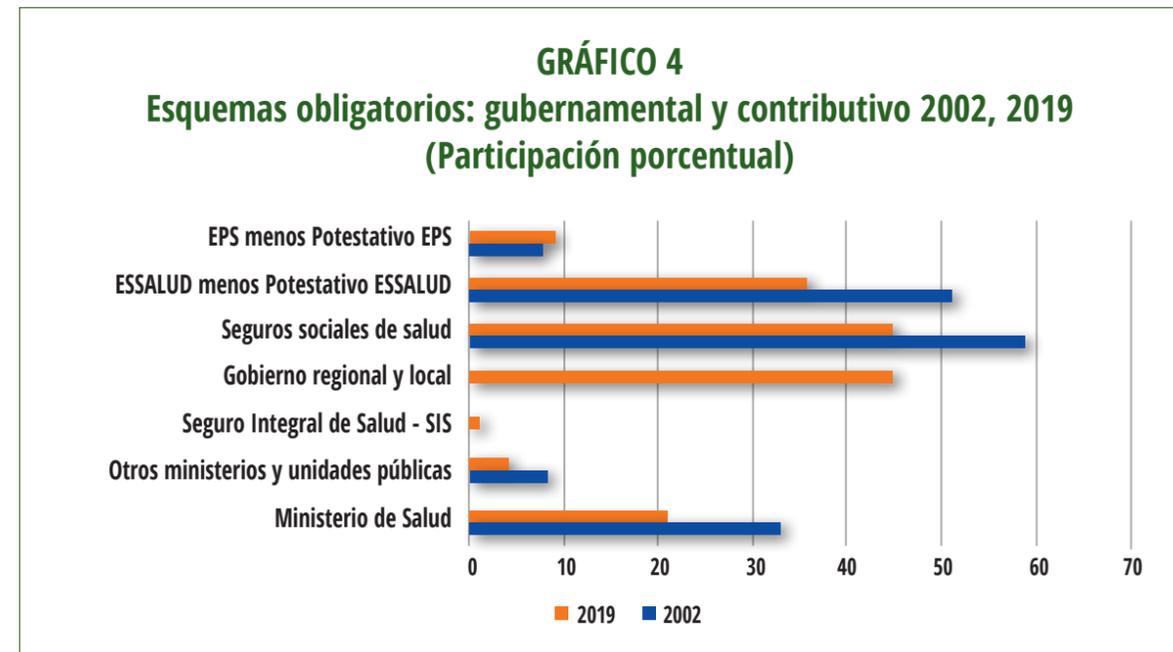
ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (HF)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HF.1 Esquemas gubernamentales y contributivos obligatorios	51.4	52.4	53.1	56.1	50.5	48.7	48.1	51.4	52.1	51.2	52.6	56.3	59.9	61.3	62.2	62.8	62.0	63.3
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	21.1	21.8	22.7	26.1	24.4	23.8	22.7	25.9	26.4	25.4	27.8	28.7	32.8	33.5	34.0	34.6	34.9	34.8
HF.1.1.1 Esquemas del gobierno central	21.1	21.8	14.5	16.9	15.3	15.4	13.1	15.2	15.5	13.3	14.8	14.4	16.1	17.0	17.3	17.5	17.5	16.5
Del Ministerio de Salud	16.8	17.0	9.8	12.3	12.0	12.1	10.4	10.7	10.2	9.6	10.5	11.2	12.8	13.5	13.9	13.9	14.2	13.1
Otros ministerios y unidades públicas	4.3	4.7	4.5	4.5	3.1	3.1	2.6	4.5	5.2	3.5	4.1	3.0	3.0	3.0	2.8	2.8	2.5	2.6
Seguro Integral de Salud - SIS	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.5	0.7	0.8	0.8	0.7
HF.1.1.2 Esquemas del gobierno regional y local	0.0	0.0	8.3	9.3	9.1	8.4	9.6	10.7	10.9	12.1	13.0	14.3	16.7	16.5	16.7	17.1	17.4	18.4
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	30.3	30.6	30.4	30.0	26.2	24.9	25.4	25.5	25.8	25.8	24.9	27.6	27.1	27.8	28.1	28.2	27.1	28.4
HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales de salud	30.3	30.6	30.4	30.0	26.2	24.9	25.4	25.5	25.8	25.8	24.9	27.6	27.1	27.8	28.1	28.2	27.1	28.4
ESSALUD menos Potestativo ESSALUD	26.3	26.5	26.4	26.1	22.6	21.2	21.4	21.4	21.5	21.1	20.0	22.0	21.4	22.0	22.4	22.4	21.6	22.7
EPS menos Potestativo EPS	4.0	4.1	4.0	4.0	3.6	3.7	4.0	4.1	4.3	4.6	4.9	5.5	5.7	5.8	5.7	5.8	5.5	5.7
HF.2 Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	8.7	10.1	10.2	9.8	9.1	8.8	8.6	8.4	8.3	8.5	8.5	8.5	8.3	8.6	8.3	8.3	8.2	8.4
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	7.1	8.5	8.3	8.1	7.2	6.6	6.3	6.4	6.4	6.6	6.5	6.7	6.7	7.0	6.8	6.8	6.7	6.9
Potestativo ESSALUD	0.8	0.8	0.8	0.8	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0
Potestativo EPS	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4
Seguros Privados	4.2	5.2	5.0	4.9	4.6	4.2	4.1	4.3	4.3	4.3	4.3	4.6	4.5	4.7	4.5	4.5	4.6	4.8
Autoseguros	2.1	2.3	2.3	2.2	2.2	2.1	2.1	1.9	2.0	2.1	2.0	1.9	1.9	1.9	1.8	1.8	1.7	1.7
HF.2.2 Esquemas de ISFLSH (ONGs + Incluyendo agencias de desarrollo)	1.5	1.6	1.9	1.8	2.0	2.2	2.2	2.0	2.0	1.9	2.0	1.7	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1.4
HF.3 Gasto directo de los hogares ("gasto de bolsillo")	39.9	37.5	36.7	34.0	40.3	42.5	43.4	40.3	39.5	40.3	38.9	35.3	31.8	30.1	29.6	28.9	29.7	28.3
GASTO CORRIENTE TOTAL	100.0																	

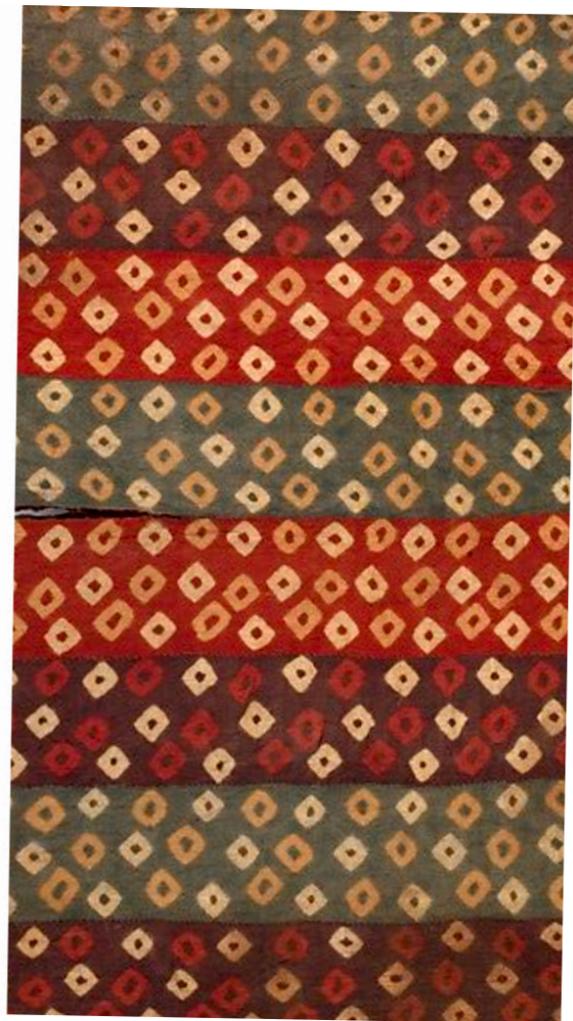
Fuente: Tabla 5a
 Elaboración: OPEE-OGPPM / MINSA

TABLA 5d
GASTO CORRIENTE POR ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO GUBERNAMENTAL Y CONTRIBUTIVO OBLIGATORIO
 Perú 2002, 2019
 (Porcentajes)

	2002		2019	
	mills S/2007	%	mills S/2007	%
HF.1 Esquemas gubernamentales, contributivos obligatorios	5,890.6	100.00	18,188.0	100.00
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	2,421.2		10,013.6	
HF.1.1.1 Esquemas del gobierno central	2,421.2	41.10	4,731.8	26.02
Del Ministerio de Salud	1,926.2	32.7	3,777.5	20.8
Seguro Integral de Salud - SIS	2.5	0.04	202.2	1.1
Otros ministerios y unidades públicas	492.6	8.4	752.1	4.1
HF.1.1.2 Esquemas del gobierno regional y local	n.d		5,281.8	29.0
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	3,469.3	58.9	8,174.4	44.9
HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales de salud	3,469.3	58.9	8,174.4	44.9
ESSALUD menos Potestativo ESSALUD	3,012.0	51.1	6,521.5	35.9
EPS menos Potestativo EPS	457.3	7.8	1,652.9	9.1

Fuente: Tabla 5c





1.3 Gasto corriente por Agentes de Financiamiento (FA)

En Perú se distinguen tres grandes agentes o administradores: el gobierno general, las empresas de seguros privados y los hogares⁷. El primero (FA.1) opera con tres subagentes, como ya ha sido anticipado: el agente gobierno central, los gobiernos regional y local y la agencia de seguridad social (denominada ESSALUD). Como administrador, el gobierno⁸ maneja, además de sus recursos por tesoro público, el pago por tarifas recibido de sus usuarios en tanto que fija sus precios. También administra los aportes que como empleador realiza a ESSALUD con lo que incrementa su poder decisor⁹.

Considerando el 100% del gasto por agentes de financiamiento para la atención de la salud, entre 2002 y 2019 y en coherencia con los otros ejes del financiamiento, el agente Gobierno general fue el principal ya que aumentó su participación de 52,0 a

59,3% (de 5 958,7 a 17 061,8 millones de soles de 2007), siendo este incremento de 286,3%, debido principalmente al desarrollo de la regionalización que entre 2004 y 2019 creció en 390.9%¹⁰. La agencia de la seguridad social (FA.1.3)¹¹ disminuyó su participación de 26,6 a 21,8% con un incremento real de 105,3% (de 3 047,3 a 6 255,1 millones de soles de 2007).

Las empresas de seguros (aseguradoras privadas) (FA.2.1) aumentaron su participación de 8,3 a 10,9% (de 947,1 a 3 141,8 millones de soles de 2007).

Desde la perspectiva del Agente, el rubro Hogares (FA.5) registra un financiamiento menor al de las otras perspectivas. Cuando utilizan los servicios de salud de los prestadores públicos el pago de los hogares (tarifas) es contabilizado por la metodología SHA 2011 en el gobierno central, regional y local. Igual sucede cuando los hogares pagan las tarifas por uso de los servicios de las ONGs (ISGLSH) (Tabla 6b y Tabla 6c).



⁷ Existe un cuarto agente conformado por empresas económicas que no siendo aseguradoras ofrecen cobertura propia a sus trabajadores, tal es el caso de las grandes empresas mineras.

⁸ MINSA, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, otras entidades públicas del gobierno central y gobiernos regionales y locales

⁹ En tanto actúa como decisor tanto el MINSA como las demás entidades del gobierno central y los gobiernos regionales y locales han acumulado en su rol de empleador deuda con ESSALUD.

¹⁰ En tanto desde la perspectiva del agente se incluyen los pagos efectuados por los hogares al consumir los servicios y los aportes a la seguridad social, los montos consignados en el gobierno central y regional/local son algo mayores al de las otras perspectivas vistas anteriormente.

¹¹ Desde la perspectiva del agente ESSALUD no administra el porcentaje de las cotizaciones que van a las EPS. Por ello el monto estimado es algo menor a de las otras perspectivas.

TABLA 6a
GASTO CORRIENTE POR AGENTES DE FINANCIAMIENTO (FA)
Perú 2002-2019
(millones de soles)

AGENTES DE FINANCIAMIENTO (FA)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
FA.1 Gobierno general (6)	4,869.9	4,938.6	5,344.8	6,534.0	6,491.4	6,898.0	7,605.3	9,166.6	10,044.0	10,542.4	12,162.2	13,769.5	15,999.5	17,312.9	18,906.9	19,867.2	22,030.7	23,650.2
FA.1.1 Gobierno central	2,379.5	2,438.5	1,696.1	2,283.4	2,306.4	2,546.6	2,459.3	3,133.6	3,422.4	3,232.5	3,987.0	4,179.3	5,037.8	5,563.5	6,085.0	6,324.4	7,117.1	7,174.0
FA.1.1.1 Ministerio de Salud (5)	1,974.7	1,986.4	1,231.2	1,755.7	1,890.6	2,075.9	2,019.4	2,301.5	2,373.2	2,449.3	2,966.1	3,319.3	4,079.8	4,472.7	4,917.6	5,057.3	5,765.3	5,720.2
FA.1.1.2 Otros ministerios y unidades públicas	402.6	441.2	451.2	510.0	391.5	433.7	420.7	812.3	1,025.7	757.6	988.6	802.7	873.0	942.9	948.4	999.7	1,048.6	1,171.0
FA.1.1.4 Agencia del seguro nacional de salud - SIS	2.3	10.9	13.7	17.7	24.3	37.0	19.2	19.8	23.5	25.6	32.3	57.3	85.0	147.9	219.1	267.5	303.3	282.9
FA.1.2 Gobierno provincial/regional/local	n.d.	n.d.	994.8	1,271.8	1,389.7	1,417.6	1,780.9	2,242.8	2,482.8	2,933.1	3,508.2	4,098.3	5,182.4	5,388.1	5,838.2	6,224.5	7,076.5	7,805.7
FA.1.2.1 Gobierno Regional	n.d.	n.d.	994.8	1,257.9	1,364.6	1,394.6	1,746.6	2,207.7	2,433.5	2,862.9	3,408.2	4,001.1	5,066.5	5,275.0	5,722.3	6,118.4	6,975.4	7,655.4
FA.1.2.2 Gobierno Local	n.d.	n.d.	n.d.	13.9	25.0	23.0	34.3	35.0	49.3	70.2	100.0	97.2	115.9	113.1	115.9	106.1	101.1	150.3
FA.1.3 Agencia de la seguridad social	2,490.5	2,500.1	2,653.8	2,978.8	2,795.3	2,933.8	3,365.2	3,790.2	4,138.9	4,376.8	4,666.9	5,491.9	5,779.4	6,361.2	6,983.7	7,318.3	7,837.1	8,670.5
FA.1.3.1 ESSALUD	2,490.5	2,500.1	2,653.8	2,978.8	2,795.3	2,933.8	3,365.2	3,790.2	4,138.9	4,376.8	4,666.9	5,491.9	5,779.4	6,361.2	6,983.7	7,318.3	7,837.1	8,670.5
FA.2 Empresas de seguros	774.0	891.0	924.0	1,031.0	1,044.3	1,125.7	1,302.6	1,530.3	1,713.1	1,923.4	2,231.6	2,637.6	2,965.9	3,287.0	3,438.3	3,627.9	3,986.8	4,355.0
FA.2.1 Compañías de seguros comerciales	774.0	891.0	924.0	1,031.0	1,044.3	1,125.7	1,302.6	1,530.3	1,713.1	1,923.4	2,231.6	2,637.6	2,965.9	3,287.0	3,438.3	3,627.9	3,986.8	4,355.0
FA.2.1.1 EPS	384.0	403.0	420.0	466.0	467.1	530.0	650.1	751.2	866.6	1,003.5	1,191.2	1,449.7	1,697.0	1,857.8	1,974.0	2,087.6	2,253.4	2,453.0
FA.2.1.2 Seguros privados (1)	390.0	488.0	504.0	565.0	577.3	595.7	652.5	779.2	846.5	919.9	1,040.4	1,187.9	1,268.8	1,429.2	1,464.4	1,540.3	1,733.4	1,902.0
FA.3 Empresas (que no sean de seguros)	198.0	215.0	227.0	254.0	279.0	301.0	335.0	354.0	393.9	451.0	482.2	499.8	531.3	562.9	594.5	626.1	657.6	689.2
FA.3.1 Compañías de gestión y provisión de servicios de salud	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
FA.3.2 Empresas (otras que no sean proveedores de servicios de salud) (3)	198.0	215.0	227.0	254.0	279.0	301.0	335.0	354.0	393.9	451.0	482.2	499.8	531.3	562.9	594.5	626.1	657.6	689.2
FA.4 Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH) (2)	144.2	154.0	189.4	200.9	247.3	309.6	358.2	361.1	387.2	412.5	481.5	450.7	464.2	471.2	485.1	506.6	567.9	575.8
FA.5 Hogares (4)	3,385.3	3,141.1	3,312.3	3,395.5	4,563.2	5,515.7	6,476.0	6,793.0	7,300.7	8,014.7	8,751.1	8,501.0	8,441.3	8,492.2	9,008.9	9,336.0	10,786.7	10,579.8
GASTO CORRIENTE TOTAL	9,371.4	9,339.8	9,997.5	11,415.4	12,625.3	14,150.0	16,077.2	18,205.0	19,838.9	21,344.0	24,108.5	25,858.5	28,402.2	30,126.2	32,433.8	33,963.8	38,029.8	39,850.1

Fuente: MEF: Base de datos SIAF; ESSALUD: Gerencia Central de Gestión Financiera; FONAFE: Ejecuciones presupuestales de Ingresos y Gastos; SUSALUD: Anuarios Estadísticos; SBS: Boletines Informativos Mensuales del Sistema Asegurador; INEI: ENAHO,; MINSA/OPS Cuentas Nacionales de Perú, 1995-2012.

Elaboración: OPEE-OGPPM / MINSA

Notas:

(1) Para la clasificación FA.2.1.2 Seguros privados, corresponde a las Primas Retenidas Anualizadas del Ramo de Accidentes y Enfermedades, reportados por la SBS.

(2) Los datos para la clasificación FA.4 Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH) son imputados por tendencia histórica del periodo 2004-2012.

(3) La clasificación FA.3.2 Empresas (otras que no sean proveedores de servicios de salud) se ha estimado en base al crecimiento del periodo 2004-2012 reportados en las Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012.

(4) Solo se considera el gasto directo de los hogares al que se le sustrae el pago por tarifas de servicios públicos. Calculado siguiendo los mismos criterios de las Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012.

(5) Para el periodo 2014-2017, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud - IGSS, se encuentra considerado en el Ministerio de Salud

(6) Incluye el pago por tarifas recibidas por los usuarios de los servicios del gobierno general, los aportes a las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, además de los aportes a ESSALUD tanto del seguro regular y potestativo.

n.d. No disponible

TABLA 6b
GASTO CORRIENTE POR AGENTES DE FINANCIAMIENTO (FA)
Perú 2002-2019
(millones de soles de 2007)

AGENTES DE FINANCIAMIENTO (FA)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
FA.1 Gobierno general	5,958.7	5,935.7	6,044.4	7,139.1	6,588.2	6,898.0	7,522.4	8,883.2	9,207.7	9,053.9	10,320.8	11,562.5	13,116.0	13,820.9	14,642.3	14,849.1	16,140.7	17,061.8
FA.1.1 Gobierno central	2,911.5	2,930.9	1,918.2	2,494.9	2,340.8	2,546.6	2,432.4	3,036.8	3,137.4	2,776.1	3,383.4	3,509.5	4,129.9	4,441.4	4,712.5	4,727.0	5,214.3	5,175.5
FA.1.1.1 Ministerio de Salud	2,416.1	2,387.5	1,392.4	1,918.3	1,918.8	2,075.9	1,997.3	2,230.4	2,175.6	2,103.5	2,517.0	2,787.3	3,344.5	3,570.6	3,808.4	3,779.9	4,223.9	4,126.7
FA.1.1.2 Otros ministerios y unidades públicas	492.6	530.3	510.3	557.2	397.4	433.7	416.1	787.2	940.3	650.6	838.9	674.0	715.7	752.7	734.5	747.2	768.2	844.8
FA.1.1.4 Agencia del seguro nacional de salud - SIS	2.8	13.1	15.5	19.3	24.7	37.0	19.0	19.2	21.6	22.0	27.5	48.1	69.7	118.1	169.7	199.9	222.2	204.1
FA.1.2 Gobierno provincial/regional/local	n.d.	n.d.	1,125.0	1,389.5	1,410.4	1,417.6	1,761.4	2,173.4	2,276.1	2,519.0	2,977.1	3,441.4	4,248.4	4,301.4	4,521.3	4,652.3	5,184.5	5,631.2
FA.1.2.1 Gobierno Regional	n.d.	n.d.	1,125.0	1,374.4	1,385.0	1,394.6	1,727.5	2,139.5	2,230.9	2,458.7	2,892.2	3,359.8	4,153.4	4,211.0	4,431.6	4,573.0	5,110.5	5,522.8
FA.1.2.2 Gobierno Local	n.d.	n.d.	n.d.	15.1	25.4	23.0	33.9	34.0	45.2	60.3	84.9	81.6	95.0	90.3	89.8	79.3	74.1	108.4
FA.1.3 Agencia de la seguridad social	3,047.3	3,004.8	3,001.2	3,254.7	2,837.0	2,933.8	3,328.5	3,673.0	3,794.3	3,758.8	3,960.3	4,611.7	4,737.8	5,078.1	5,408.5	5,469.8	5,741.8	6,255.1
FA.1.3.1 ESSALUD	3,047.3	3,004.8	3,001.2	3,254.7	2,837.0	2,933.8	3,328.5	3,673.0	3,794.3	3,758.8	3,960.3	4,611.7	4,737.8	5,078.1	5,408.5	5,469.8	5,741.8	6,255.1
FA.2 Empresas de seguros	947.1	1,070.9	1,044.9	1,126.5	1,059.9	1,125.7	1,288.4	1,483.0	1,570.4	1,651.8	1,893.7	2,214.9	2,431.4	2,624.0	2,662.8	2,711.6	2,920.9	3,141.8
FA.2.1 Compañías de seguros comerciales	947.1	1,070.9	1,044.9	1,126.5	1,059.9	1,125.7	1,288.4	1,483.0	1,570.4	1,651.8	1,893.7	2,214.9	2,431.4	2,624.0	2,662.8	2,711.6	2,920.9	3,141.8
FA.2.1.1 EPS	469.9	484.4	475.0	509.2	474.0	530.0	643.0	727.9	794.4	861.8	1,010.9	1,217.3	1,391.2	1,483.1	1,528.7	1,560.3	1,650.9	1,769.6
FA.2.1.2 Seguros privados	477.2	586.5	570.0	617.3	585.9	595.7	645.4	755.1	776.0	790.0	882.9	997.5	1,040.2	1,140.9	1,134.1	1,151.3	1,270.0	1,372.1
FA.3 Empresas (que no sean de seguros)	242.3	258.4	256.7	277.5	283.2	301.0	331.3	343.1	361.1	387.3	409.2	419.7	435.6	449.4	460.4	467.9	481.8	497.2
FA.3.1 Compañías de gestión y provisión de servicios de salud	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
FA.3.2 Empresas (otras que no sean proveedores de servicios de salud)	242.3	258.4	256.7	277.5	283.2	301.0	331.3	343.1	361.1	387.3	409.2	419.7	435.6	449.4	460.4	467.9	481.8	497.2
FA.4 Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH)	176.4	185.2	214.2	219.5	251.0	309.6	354.3	349.9	354.9	354.3	408.6	378.5	380.6	376.1	375.7	378.7	416.1	415.4
FA.5 Hogares	4,142.2	3,775.3	3,745.8	3,709.9	4,631.2	5,515.7	6,405.4	6,583.0	6,692.9	6,883.0	7,426.1	7,138.4	6,920.0	6,779.4	6,976.9	6,977.9	7,902.8	7,632.5
GASTO CORRIENTE TOTAL	11,466.7	11,225.5	11,306.1	12,472.6	12,813.5	14,150.0	15,901.7	17,642.2	18,187.1	18,330.3	20,458.4	21,713.9	23,283.5	24,049.8	25,118.0	25,385.2	27,862.4	28,748.8

Fuente: Tabla 6a, deflactor de IPBI
 Elaboración: OPEE-OGPPM / MINSA

TABLA 6c
GASTO CORRIENTE POR AGENTES DE FINANCIAMIENTO (FA)
Perú 2002-2019
(porcentajes)

AGENTES DE FINANCIAMIENTO (FA)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
FA.1 Gobierno general	52.0	52.9	53.5	57.2	51.4	48.7	47.3	50.4	50.6	49.4	50.4	53.2	56.3	57.5	58.3	58.5	57.9	59.3
FA.1.1 Gobierno central	25.4	26.1	17.0	20.0	18.3	18.0	15.3	17.2	17.3	15.1	16.5	16.2	17.7	18.5	18.8	18.6	18.7	18.0
FA.1.1.1 Ministerio de Salud	21.1	21.3	12.3	15.4	15.0	14.7	12.6	12.6	12.0	11.5	12.3	12.8	14.4	14.8	15.2	14.9	15.2	14.4
FA.1.1.2 Otros ministerios y unidades públicas	4.3	4.7	4.5	4.5	3.1	3.1	2.6	4.5	5.2	3.5	4.1	3.1	3.1	3.1	2.9	2.9	2.8	2.9
FA.1.1.4 Agencia del seguro nacional de salud - SIS	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.5	0.7	0.8	0.8	0.7
FA.1.2 Gobierno provincial/regional/local	n.d.	n.d.	10.0	11.1	11.0	10.0	11.1	12.3	12.5	13.7	14.6	15.8	18.2	17.9	18.0	18.3	18.6	19.6
FA.1.2.1 Gobierno Regional	n.d.	n.d.	10.0	11.0	10.8	9.9	10.9	12.1	12.3	13.4	14.1	15.5	17.8	17.5	17.6	18.0	18.3	19.2
FA.1.2.2 Gobierno Local	n.d.	n.d.	n.d.	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.4
FA.1.3 Agencia de la seguridad social	26.6	26.8	26.5	26.1	22.1	20.7	20.9	20.8	20.9	20.5	19.4	21.2	20.3	21.1	21.5	21.5	20.6	21.8
FA.1.3.1 ESSALUD	26.6	26.8	26.5	26.1	22.1	20.7	20.9	20.8	20.9	20.5	19.4	21.2	20.3	21.1	21.5	21.5	20.6	21.8
FA.2 Empresas de seguros	8.3	9.5	9.2	9.0	8.3	8.0	8.1	8.4	8.6	9.0	9.3	10.2	10.4	10.9	10.6	10.7	10.5	10.9
FA.2.1 Compañías de seguros comerciales	8.3	9.5	9.2	9.0	8.3	8.0	8.1	8.4	8.6	9.0	9.3	10.2	10.4	10.9	10.6	10.7	10.5	10.9
FA.2.1.1 EPS	4.1	4.3	4.2	4.1	3.7	3.7	4.0	4.1	4.4	4.7	4.9	5.6	6.0	6.2	6.1	6.1	5.9	6.2
FA.2.1.2 Seguros privados	4.2	5.2	5.0	4.9	4.6	4.2	4.1	4.3	4.3	4.3	4.3	4.6	4.5	4.7	4.5	4.5	4.6	4.8
FA.3 Empresas (que no sean de seguros)	2.1	2.3	2.3	2.2	2.2	2.1	2.1	1.9	2.0	2.1	2.0	1.9	1.9	1.9	1.8	1.8	1.7	1.7
FA.3.1 Compañías de gestión y provisión de servicios de salud	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
FA.3.2 Empresas (otras que no sean proveedores de servicios de salud)	2.1	2.3	2.3	2.2	2.2	2.1	2.1	1.9	2.0	2.1	2.0	1.9	1.9	1.9	1.8	1.8	1.7	1.7
FA.4 Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH)	1.5	1.6	1.9	1.8	2.0	2.2	2.2	2.0	2.0	1.9	2.0	1.7	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1.4
FA.5 Hogares	36.1	33.6	33.1	29.7	36.1	39.0	40.3	37.3	36.8	37.5	36.3	32.9	29.7	28.2	27.8	27.5	28.4	26.5
GASTO CORRIENTE TOTAL	100.0																	

Fuente: Tabla 6a
 Elaboración: OPEE-OGPPM / MINSA

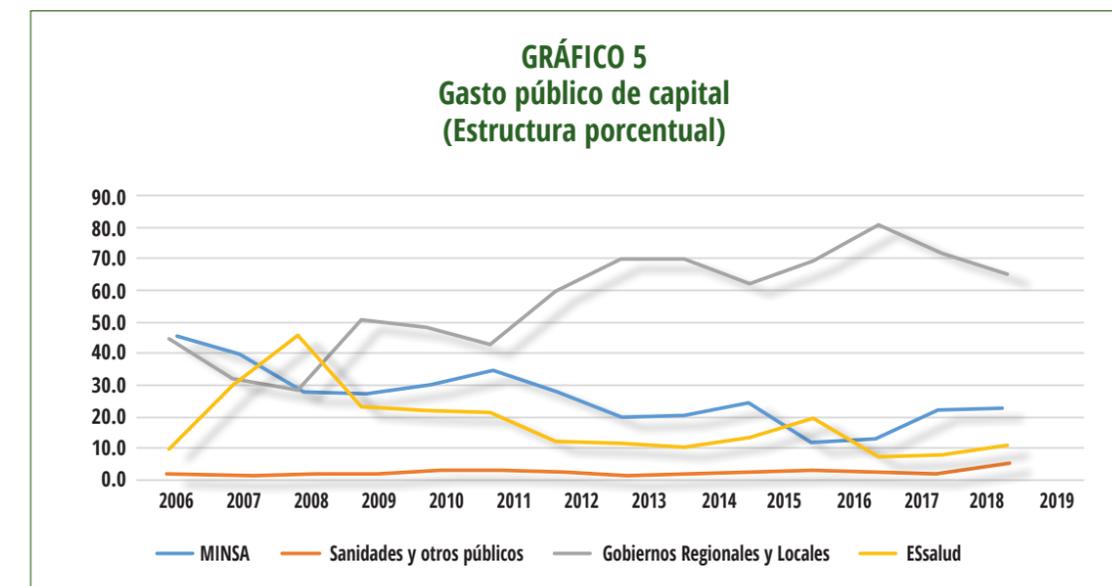


1.4 Análisis del gasto de la Formación Bruta de Capital (HK) en el subsector público

Teniendo en cuenta que la metodología SHA 2011 excluye el gasto de inversión¹² y lo coloca como una cuenta aparte, la información con la que cuenta la OPPE-OGPPM adolece de depuración entre los años 2002 y 2004 y le falta precisar información a nivel institucional cuando se detallan las categorías del gasto de capital¹³.

En Perú en el año 2019 el gasto público de capital representó el 0,31% del PBI, mientras que la Formación Bruta de Capital Fijo (HK.I.I) el 0,29% (Tabla 7a). A nivel institucional la estructura porcentual, acorde con el proceso de regionalización mostró que la participación del MINSA disminuyó (2005-2019) del 56,1 a 22,1%, mientras que el gasto de regiones y gobiernos locales subió de 25,1 a 65,4%. A nivel del HK.I.I las cifras están agregadas y muestran su incremento del 72,1 al 95,4% de todo el gasto público de capital. La composición del HK.I.I indica un

marcado aumento de la construcción de infraestructura a costa de la inversión en maquinaria y equipo (Tabla 7b y Gráfico 5).



¹² Ver Metodología, página 10.

¹³ Tal es el caso de ESSALUD que en el periodo 2006-2012 solo reporta (vía FONAFE) información agregada del gasto de capital, recién desde el 2016 esta se desagrega. Por ello, para los años anteriores se aplicó la estructura promedio del periodo 2016-2019.

TABLA 7a
GASTO PÚBLICO DE CAPITAL (HK)
Perú 2002-2019
(millones de soles)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Gobierno Nacional, Regional y Local	60.8	83.9	123.4	237.9	240.6	422.1	421.7	1,065.4	1,059.8	1,214.9	1,582.9	2,026.4	1,959.1	1,936.6	1,736.0	1,941.1	2,080.9	2,154.3
MINSa	s.d	s.d	s.d	162.2	121.2	233.4	202.7	366.0	393.3	525.0	489.5	431.5	425.6	528.3	224.6	236.4	472.1	527.0
Sanidades y otros públicos	s.d	s.d	s.d	3.1	1.9	1.1	6.3	9.6	23.4	32.8	29.9	8.3	22.4	28.0	35.9	25.4	11.0	69.9
Gobiernos Regionales y Locales	s.d	s.d	s.d	72.6	117.4	187.5	212.7	689.8	643.0	657.1	1,063.4	1,586.6	1,511.1	1,380.4	1,475.6	1,679.3	1,597.8	1,557.4
EsSalud	29.1	13.2	19.7	51.0	23.0	167.1	329.7	294.9	270.6	309.8	199.9	236.7	202.3	274.6	389.8	131.4	147.3	226.5
GASTO PÚBLICO DE CAPITAL TOTAL	89.9	97.0	143.1	288.9	263.6	589.2	751.4	1,360.3	1,330.3	1,524.7	1,782.8	2,263.1	2,161.4	2,211.2	2,125.8	2,072.5	2,228.3	2,380.8
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HK.1.1 Formación bruta de capital fijo (1)	s.d	s.d	s.d	208.3	187.3	504.0	588.7	1,326.7	1,273.6	1,461.6	1,708.6	2,193.0	2,054.9	2,139.4	2,015.5	1,988.3	2,104.1	2,271.8
HK.1.1.1 Infraestructura (2)				26.8	27.2	82.6	142.9	767.4	779.7	694.9	882.4	1,182.3	1,309.2	1,314.6	1,275.2	1,407.8	1,511.6	1,484.8
HK.1.1.2 Maquinaria y equipo (3)				181.6	160.1	421.4	445.9	542.2	473.8	740.4	785.8	954.8	685.6	761.8	719.1	541.1	560.4	761.8
HK.1.1.3 Productos de propiedad intelectual (4)				s.d	s.d	s.d	s.d	17.1	20.2	26.2	40.4	55.9	60.2	63.0	21.2	39.4	32.1	25.2

Elaboración: OPEE-OGPPM / MINSa

Fuente: 2002-2005: OPS/MINSa Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2005. 2006-2019: gastos de capital de las bases depuradas del SIAF y de los formatos del FONAFE-ESSALUD

Notas:

(1) 2006-2012 ESSALUD solo reporta (via FONAFE) información agregada del gasto de capital, recién desde el 2016 esta se desagrega. por lo que para los años anteriores se aplicó la estructura promedio del periodo 2016-2019.

(2) Incluye los estudios de preinversión e informes técnicos.

(3) Incluye mobiliario de oficina y vehículos para uso diverso.

(4) Adquisición/producción de libros y textos, instrumentos de mejora de calidad de servicios y otras inversiones intangibles.

s.d: sin depurar

TABLA 7b
GASTO PÚBLICO DE CAPITAL (HK)
Perú 2002-2019
(porcentaje)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Gobierno Nacional, Regional y Local	82.4	91.3	71.6	56.1	78.3	79.7	79.7	88.8	89.5	90.6	87.6	81.7	93.7	93.4	90.5
MINSA	56.1	46.0	39.6	27.0	26.9	29.6	34.4	27.5	19.1	19.7	23.9	10.6	11.4	21.2	22.1
Sanidades y otros públicos	1.1	0.7	0.2	0.8	0.7	1.8	2.1	1.7	0.4	1.0	1.3	1.7	1.2	0.5	2.9
Gobiernos Regionales y Locales	25.1	44.6	31.8	28.3	50.7	48.3	43.1	59.7	70.1	69.9	62.4	69.4	81.0	71.7	65.4
EsSalud	17.6	8.7	28.4	43.9	21.7	20.3	20.3	11.2	10.5	9.4	12.4	18.3	6.3	6.6	9.5
GASTO PÚBLICO DE CAPITAL TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HK.1.1 Formación bruta de capital fijo	72.1	71.1	85.5	78.3	97.5	95.7	95.9	95.8	96.9	95.1	96.8	94.8	95.9	94.4	95.4
HK.1.1.1 Infraestructura	9.3	10.3	14.0	19.0	56.4	58.6	45.6	49.5	52.2	60.6	59.5	60.0	67.9	67.8	62.4
HK.1.1.2 Maquinaria y equipo	62.8	60.7	71.5	59.3	39.9	35.6	48.6	44.1	42.2	31.7	34.5	33.8	26.1	25.1	32.0
HK.1.1.3 Productos de propiedad intelectual	s.d	s.d	s.d	s.d	1.3	1.5	1.7	2.3	2.5	2.8	2.8	1.0	1.9	1.4	1.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Elaboración: OPEE-OGPPM / MINSA

Fuente: Tabla 7a

Discusión de los resultados

Si bien el análisis se ha restringido al periodo 2002-2019, debido a que la compatibilización completa de información con la metodología de las Cuentas Nacionales de salud-CCNNS sólo se hizo a partir del año 2002 sin perjuicio que la OGPPM pueda próximamente completar la compatibilización para los años anteriores. Como porcentaje del PBI el financiamiento del gasto corriente en salud en Perú subió en el periodo de estudio de 4,86 a 5,23% y en términos per cápita de S/424,7 a S/894,73. Si se agrega el gasto de capital arribó a 5,54% del PBI, monto por debajo del promedio para América Latina y el Caribe- LAC (6,6%) y bastante inferior al 8,8% en los países de la OCDE (BM, 2020). La OMS desarrolla el concepto de “fondo de aseguramiento mancomunado” a la suma del financiamiento por tesoro público más los aportes obligatorios a la seguridad social, señalando la importancia que este se sitúe en torno al 5-6% del PBI a fin de hacer viable el acceso a un conjunto de servicios para toda la población (OMS, 2010, resumen). En el

país destaca el crecimiento de la fuente de tesoro público lo que evidencia el esfuerzo gubernamental en salud del 1,03 al 1,82% del PBI. Si se incluyen los aportes obligatorios a la seguridad social en salud para arribar al concepto de OMS¹⁴ el avance pasó del 2,30 a 3,01%, monto aún insuficiente.

Desde las tres perspectivas de análisis del financiamiento del gasto corriente en servicios de salud, se encuentra que:

- i. La utilidad de la perspectiva de los ingresos¹⁵ reside en identificar el origen, es decir las fuentes de financiamiento de los servicios de salud: ¿De dónde vienen los ingresos?, lo que permite deducir a quienes lo financian:
- a. Siendo positiva la tendencia observada de mayor financiamiento con la fuente de tesoro público, ésta descansa en la tributación. No obstante, Perú tiene una baja presión tributaria¹⁶, de 14,4% (2019), por debajo del promedio (22,9%) para Amé-

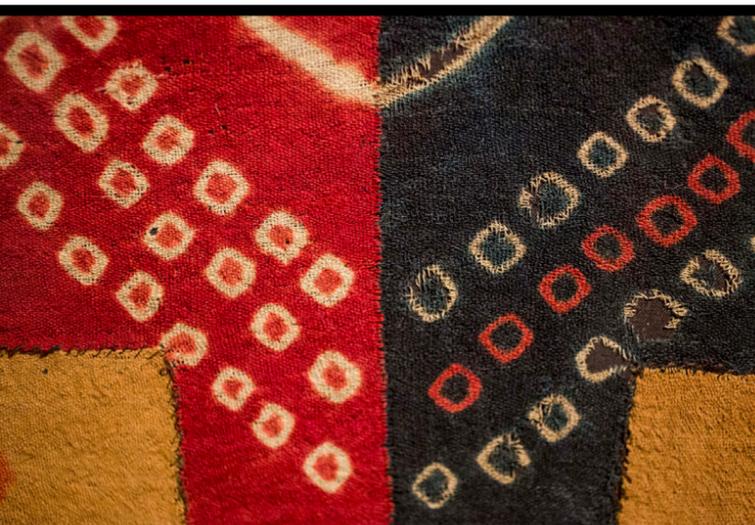
rica Latina y el Caribe (CEPAL 2021), lo que dificulta el crecimiento y calidad del gasto social.

- b. El mayor financiamiento con la fuente de tesoro público ha sido debido no sólo al crecimiento del PBI, sino al proceso de reforma de salud emprendido desde la política del Aseguramiento Universal en Salud.
- c. Dado que Perú no está considerado como un país de bajos ingresos, el aporte de la cooperación internacional es muy limitado y también lo ha sido el endeudamiento externo.
- d. Aunque ESSALUD ha logrado disminuir la deuda pendiente de empleadores privados y públicos, ella tiene todavía un vo-

¹⁴ Denominado Esquema Gubernamental y contributivo obligatorio a la seguridad social en la metodología del SHA 2011 (acápito 4.1.2).

¹⁵ En la metodología SHA 2011: “Gasto corriente de los ingresos por esquema de financiamiento (FS)”.

¹⁶ Masa tributaria respecto del Producto Bruto Interno (T/PBI).



lumen importante que “representa más de la tercera parte de su presupuesto” en el 2019 (ESSALUD, 2019)¹⁷.

e. El financiamiento proveniente de los hogares en servicios de salud representó (2019) el 35,3% del financiamiento del gasto corriente. Tiene como principal fuente al “gasto de bolsillo” que constituye el 80,3% de su gasto. Sólo el 19,7% se destina al pago de prima de los seguros privados y pagos al seguro potestativo de ESSALUD y autoseguros.

2. El análisis por esquema de financiamiento¹⁸ observa el modo en que se movilizan los recursos para la atención de salud. En el caso peruano permite captar tres procesos con sus respectivos esquemas:

a. La regionalización que implicó una transferencia de recursos desde el nivel central a las regiones con dependencia directa del Ministerio de Economía y Finanzas-MEF, lo que afectó parcialmente la rectoría del MINSA¹⁹.

b. El apoyo presupuestal a la reforma sanitaria con mayor impulso desde el 2004 hasta el 2014 que no sólo incrementó el gasto corriente sino también el de inversión pública que recibió el apoyo del crédito externo de los proyectos PARSALUD I y PARSALUD II del BID y BM.

c. El desarrollo del seguro público de salud SIS como Pliego Presupuestal, lo que le permitió una relativa autonomía para emprender su desarrollo como un esquema de seguro.

3. La perspectiva de los agentes de financiamiento se enfoca en quiénes administran los recursos financieros (FA). Los agentes del gobierno general suelen presentar mayores montos de financiamiento que en las dos perspectivas señaladas anteriores porque:

a. Dado que desde esta perspectiva las instituciones dentro del gobierno general (MINSA, otros Ministerios del gobierno, las regiones y gobiernos locales) cobran

tarifas, que ellos fijan a los usuarios de los servicios, la metodología SHA 2011 incluye en este enfoque la estimación del dinero que el gobierno percibirá²⁰, lo que podría ser aprovechado para introducir incentivos y desincentivos en la política tarifaria.

b. Con el mismo criterio se incluye las cotizaciones que como empleadores deben remitir a ESSALUD.

c. Como consecuencia de la aplicación del criterio de administrador, el reporte de los ingresos de ESSALUD disminuye, así como los de los hogares.

¹⁷ Hay tasas de aportación que requieren ser reajustadas tal como el Seguro Social Agrario cuya tasa (6%) está por debajo de la del seguro regular (9% de la remuneración declarada).

¹⁸ En la metodología SHA 2011; Gasto corriente por esquema de financiamiento (HF).

¹⁹ En consecuencia, a nivel del 100% del financiamiento del esquema gubernamental (2002-2019) el MINSA disminuyó su participación del 32.7 al 20.8 y las regiones de esta incluidas en el MINSA subieron al 29.1%.

²⁰ En el lenguaje presupuestal se denominan Recursos Directamente Recaudados (RDR).



4. Es posible reconocer que el financiamiento de los servicios de salud en Perú es todavía insuficiente. Si bien en el Perú el gasto de salud por esquemas gubernamentales y seguros de salud obligatorios representa el 63,3% (2019) del gasto corriente, porcentaje mayor al 54,3% del gasto total en salud en LAC atribuido por las estimaciones de la OCDE, es significativamente menor al 73,6% promedio en los países de la OCDE (BM, 2020). La todavía alta participación del gasto directo o “gasto de bolsillo” de los hogares, en un país con alta desigualdad del ingreso y población alrededor de la línea de pobreza²¹, demanda un mayor financiamiento gubernamental, con la consiguiente reforma tributaria para incrementar su presión.

5. Desde inicios de la década de los noventa, se desarrolló un importante y paulatino proceso de inversión privada en salud (con recursos nacionales y extranjeros), cuya estimación preliminar e incompleta fue efectuada para los años 2011 y 2012 en alrededor del 2% del total del financiamiento en servicios de salud (OPS/MINSA 2015, p 44). Dada la creciente expansión de esta modalidad, su estudio resulta muy importante.

²¹ En 2019, el 20.2% (6.6 millones) de la población nacional se encontraba en pobreza monetaria (INEI 2020, p.29). Si se conceptualiza la pobreza a partir de la noción de vulnerabilidad monetaria, que incluye a los que ex ante tienen el riesgo de caer en pobreza ante ciclos económicos negativos o entre factores de riesgos individuales. En 2019, el 34,0% de la población del país se encontraba en situación de vulnerabilidad monetaria (INEI 2020, p.30.).

Conclusiones y recomendaciones

Existe bastante similitud en los criterios utilizados en las Cuentas Nacionales de Salud 1995-2012, lo que ha facilitado la compatibilización con los criterios de la metodología SHA 2011. No obstante, esta no pudo ser completada por la OPEE-OGPPM para los años 1995-2001, por lo que el análisis se realiza a partir del año 2002.

- i. Se mantiene la tendencia de aumento del gasto corriente en servicios de salud, estimándose en 2019 en el 5,2% del PBI. En términos reales dicho gasto aumentó en 150,7% en el periodo 2002-2019. Mientras que el ingreso del gobierno general se incrementó en 313,6%, las cotizaciones a la seguridad social en salud (ESSALUD) lo hizo en 136,6% y el de los hogares en 77,9%.
- a. Dicho incremento se debe principalmente al mayor financiamiento del tesoro público.

- b. El gasto directo en servicios de salud o “gasto de bolsillo” de los hogares, si bien mantiene una gran importancia, ha dejado de ser la primera fuente de financiamiento, pasando a disputar el segundo lugar con las cotizaciones obligatorias a la seguridad social.
- c. El muy lento crecimiento de la seguridad social en salud puede ser explicado por su modelo bismarckiano anclado en la nómina declarada de trabajadores, en un país con muy limitada formalización del empleo²². Pero existe, además, un importante adeudo de los empleadores (privados y públicos) equivalente a la tercera parte de su presupuesto.
- d. El aseguramiento privado se ha mantenido sólo entre el 8 y 9% del total del financiamiento.

Es posible reconocer que el financiamiento de los servicios de salud en Perú es todavía insuficiente, lo que demanda una reforma tributaria para incrementar la presión tributaria y dar sostenibilidad al proceso de gasto social.

En lo que respecta a la cuenta de capital, si bien el análisis es excluido de la metodología SHA 2011, su incorporación podría continuar siendo objeto de discusión, teniéndose en cuenta, además la importancia creciente de la inversión privada en toda LAC como un agente importante y con la salvedad que sus tiempos de puesta en operación son sustancialmente menores a los de la inversión pública.

²² En el periodo 2007-2017, la población ocupada en condiciones de informalidad pasó del 80,0 a 72,5% (INEI, 2018, p. 71).



Quipu inca. Museo Larco

Las sostenidas y crecientes dudas sobre la efectividad del sistema de salud acompañan a la necesidad de mayor financiamiento, la de una eficiencia y efectividad del gasto público en salud. Ello requiere, además de mejoras en la gestión, cambios institucionales y macro institucionales.

Nota de la consultora

El presupuesto total, asignado directamente como Programa Presupuestal,

para enfrentar la epidemia del COVID 19 en 2020, fue de 22,000 millones de soles, del cual se asignaron al sector salud 5 690 millones²³, equivalentes al 14,2% del financiamiento del gasto corriente en servicios de salud, siendo el 35% destinado a regiones²⁴. El presupuesto total para el COVID 19 fue financiado en un 50% por endeudamiento²⁵.

²³ Además de salud incluye otros sectores: transferencias a ESSALUD, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Comercio Exterior y Turismo, Ministerio de Transportes y Comunicaciones, Ministerio del Interior, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Trabajo, entre otros

²⁴ El gasto efectivo en el COVID 19 fue mayor debido a los recursos asignados a otros programas presupuestales de salud que tuvieron que ser desviados para atender la emergencia.

²⁵ Consulta amigable SIAF-MEF.

Corolario

Se revisó y analizó la información de los reportes principales del financiamiento del gasto corriente en salud de acuerdo con la metodología del Sistema de Cuentas en Salud 2011 (SHA por sus siglas en inglés), periodo 2002-2019. El financiamiento creció de 4,86 a 5,23% del PBI y si se agrega el gasto de capital arribó a 5,54%, monto por debajo del promedio para América Latina y el Caribe-LAC (6,6%) y bastante inferior al 8,8% en los países de la OCDE. La OMS ha desarrollado el concepto de “fondo de aseguramiento mancomunado” que es la suma del financiamiento por tesoro público más los aportes obligatorios a la seguridad social, señalando la importancia que este se sitúe en torno al 5-6% del PBI a fin de hacer viable el acceso a un conjunto de servicios para toda la población. En el país destaca el crecimiento de la fuente de tesoro público lo que evidencia el esfuerzo gubernamental en salud de 1,03 al 1,82% del PBI. Si se incluyen los aportes

obligatorios a la seguridad social en salud para arribar al concepto de OMS el avance pasó del 2,30 a 3,01%, monto aún insuficiente.

Desde la perspectiva del origen de los ingresos, es positiva la tendencia de mayor financiamiento con la fuente de tesoro público, debida no sólo al crecimiento del PBI, sino también al proceso de reforma de salud. El muy lento crecimiento de la seguridad social en salud puede ser explicado por su modelo bismarckiano anclado en la nómina declarada de trabajadores, en un país con muy limitada formalización del empleo. Existe, además, un importante adeudo de los empleadores (privados y públicos) equivalente a la tercera parte de su presupuesto. El financiamiento de los hogares, si bien mantiene una gran importancia, ha dejado de ser la primera fuente de financiamiento, pasando a disputar el segundo lugar con las cotizaciones obligatorias a la seguridad social. Este financiamiento represen-

ta el 35,3% del financiamiento del gasto corriente total y tiene como principal fuente al “gasto de bolsillo” (80,3% del gasto del hogar); sólo el 19,7% se destina al pago de prima de seguros privados, al seguro potestativo de ESSALUD y auto-seguros.

Desde la visión del esquema de financiamiento, se captan tres procesos con sus respectivos esquemas desarrollados en el periodo de estudio: (a) la regionalización, que implicó una transferencia de recursos desde el nivel central a las regiones afectando parcialmente la rectoría del MINSA; (b) el apoyo presupuestal a la reforma sanitaria con mayor impulso desde el 2004 hasta el 2014; y, (c) el desarrollo del seguro público de salud SIS como unidad ejecutora, lo que le permitió una relativa autonomía para emprender su desarrollo como un esquema de seguro. El gasto de salud por esquemas gubernamentales y seguros de salud obligato-



rios representa el 63,3% (2019) del gasto corriente, porcentaje mayor al 54,3% del gasto total en salud en LAC y significativamente menor al 73,6% promedio en los países de la OCDE.

La visión desde quienes administran los dineros permite observar desde los tres niveles de gobierno una capacidad de manejo de un monto mayor a los recursos asignados por tesoro público puesto que incluye el pago de tarifas de los usuarios, lo que podría ser aprovechado para introducir incentivos/desincentivos en la política tarifaria. También incluye las cotizacio-

nes que como empleador debería cotizar a la seguridad social.

La todavía alta participación del gasto directo o “gasto de bolsillo” de los hogares, en un país con alta desigualdad del ingreso y población alrededor de la línea de pobreza, demanda un mayor financiamiento gubernamental, con la consiguiente reforma tributaria para incrementar su presión y dar sostenibilidad al proceso de gasto social. Existe consenso para que junto con el mayor financiamiento se den mejoras en la gestión, cambios institucionales y macro institucionales que aumenten la efectividad del gasto.

Anexo 1

Metodología para la compatibilización de las Cuentas Nacionales de Salud en el eje de financiamiento (CCNNS 1995-2012) a la Metodología SHA 2011

La Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE) de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM) encontró que las CCNNS podían ser compatibles con el eje de financiamiento del SHA 2011 con la finalidad de establecer una serie histórica 1995-2012 con la metodología estandarizada SHA 2011. Para dicho fin se efectuaron los siguientes ajustes:

Compatibilización general. La metodología estandarizada SHA 2011 no incluye en su metodología al gasto de inversión, lo que se incluyen aparte como gasto de capital. Este criterio se aplica a todos los agentes y esquemas de financiamiento.

I. Compatibilización en los Ingresos de los Esquemas de Financiamiento (FS)

Los ingresos (FS) como se definen en el SHA 2011 es el dinero que recibe cada agente de financiamiento (FA) para su administración y distribución a los proveedores de servicios de salud (HP) siguiendo las reglas o normas establecidas en los esquemas de financiamiento (HF). En el caso de las CC-

NNS cada agente financiador distribuye los recursos monetarios que recibe hacia:

- los fondos de mancomunación
- los proveedores de servicios de salud.

Implica realizar los siguientes ajustes:

- **FS.1 Transferencias de ingresos públicos internos:** Se desagregan las transferencias de los ingresos públicos registrados en las CCNNS, retirando los créditos y donaciones externas.
- **FS.2 Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno:** A los créditos y donaciones externas distribuidas por el gobierno se le agrega lo correspondiente a una proporción de la cooperación externa.
- **FS.3 Cotizaciones a la Seguridad Social:** Para las cotizaciones a la Seguridad Social solo se consideran los totales de los aportes que realizan los empleadores al Seguro Regular de ESSALUD y EPS (incluyendo el aporte del gobierno como empleador).

- **FS.4 Pre-pago obligatorio:** Se consideran montos del SOAT y AFOCAT (no contemplados en las CCNNS).
- **FS.5 Pre-pago voluntario:** Se consideran los pagos voluntarios realizados a los planes potestativos de ESSALUD, EPS y SIS, así como las primas de Seguros Privados. Lo correspondiente al seguro potestativo del SIS, de muy pequeña magnitud, no se ha diferenciado en este estudio.
- **FS.6 Otros ingresos del país:** Se considera el gasto del hogar correspondiente al gasto de bolsillo (por tanto, no se considera su gasto en prepagos voluntarios).
- **FS.7 Transferencias externas directas:** Se considera solo una proporción de las transferencias de los cooperantes externos.
- **FS.nec:** Se considera los ingresos no contemplados en las clasificaciones anteriores (Inversionistas Privados y Otros EsSalud).

2. Compatibilización en los Agentes de Financiamiento (FA)

Los agentes de financiamiento utilizados en la serie histórica de las CCNNS están definidos como “los sujetos que toman decisiones en las diversas fases de los flujos financieros según sus funciones, siendo sus decisiones canalizadas a través de fuentes o mecanismos mediante los cuales circulan los flujos. Los sujetos se encuentran, muchas veces en un entorno institucional” (MINSa-OPS, 2015 p.26). En el SHA 2011 se definen los agentes de financiamiento como “las unidades institucionales que administran uno o más esquemas de financiamiento, recaudando fondos y comprando servicios en cumplimiento de las normas del esquema de financiamiento de salud determinado”.

Para la compatibilización de esta clasificación al SHA2011 se considerará lo siguiente:

- **FA.1.1.1 Ministerio de Salud:** Corresponde a los recursos que administra el MINSa.

- **FA.1.1.2 Otros Ministerios y Unidades Públicas:**

- Por el lado del Ministerio de Defensa, considera los recursos correspondientes a las Sanidades de las Fuerzas Armadas, es decir un porcentaje del rubro Sanidades y Otros Públicos de las CCNNS.

- Para el Ministerio del Interior, corresponde a la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, es decir un porcentaje del rubro Sanidades y Otros Públicos de las CCNNS.

- Para los Otros Ministerios, se refiere a los recursos que administran los Ministerios de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Beneficencias), Justicia (Instituto Nacional Penitenciario) y otros.

- **FA.1.1.4 SIS:** Corresponde lo que administra el SIS.
- **FA.1.2.1 Gobierno Regional:** Corresponde al Nivel de Gobierno Regional.

- **FA.1.2.2 Gobierno Local:** Corresponde al Nivel de Gobierno Local considerado dentro del rubro Sanidades y Otros Públicos de las CCNNS.

- **FA.1.3.1 EsSalud:** Corresponde a los recursos que administra ESSALUD.

- **FA.2.1.1 EPS:** Corresponde a los recursos que administran las EPSs.

- **FA.2.1.2 Seguros Privados:** corresponde a los recursos que administran los Seguros Privados.

- **FA.3 Empresas que no son de seguros.** En las CCNNS sólo estaban incluidos los Autoseguros.

- **FA.4 Instituciones Sin Fines de Lucro.** Se compatibiliza con el rubro de Donantes Internos de las CCNNS.

- **FA.5 Hogares.** Aunque es el mismo agente de las CCNNS, se excluye del gasto del hogar los pagos por primas a seguros público y privados, así como el pago por tarifas a prestadores públicos.
- **FA.nec Otros agentes de financiamiento:** Se refiere al gasto corriente de proveedores privados. No se dispone de esta información.

3. **Compatibilización en los Esquemas de Financiamiento (HF)**

Los esquemas de financiamiento “son los arreglos o principales modalidades de financiamiento a través de las cuales la población accede a los servicios de salud.”

Para los esquemas gubernamentales HF.1.1:

Para el Esquema del Gobierno Central HF.1.1.1. Se considera el gasto en salud del Nivel del Gobierno Nacional retirando las mismas partidas de la serie histórica: Nutrición, Educación, Medio Ambiente, Sa-

neamiento, Pensiones, Transferencias. Se depuran los Recursos Directamente Recaudados (RDR) porque corresponde al esquema de hogares. Asimismo, se depuran las cotizaciones a la Seguridad Social del gobierno nacional como empleador, pues éstas pertenecen al esquema de seguro social.

Para los esquemas de seguros obligatorios contributivos: HF.1.2:

Se incluye el gasto del Seguro Regular de EsSalud y EPS, incluyendo el Seguro Contra Trabajo de Riesgo (SCTR). También se deben incluir el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT y las Asociaciones de Fondos Regionales o Provinciales contra Accidentes de Tránsito (AFOCAT).

A futuro deberían considerarse los esquemas de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, ya que por limitacio-

nes en la información no están incluidas y tampoco fueron consideradas como esquemas en las CCNNS. Solo se han considerado los esquemas de las Direcciones de Sanidades de los Ministerios de Defensa y del Interior como parte de los esquemas gubernamentales.

Para los esquemas de seguros voluntarios HF.2.1

Para el SHA se deben incluir los gastos de los seguros potestativos (no se ha diferenciado el aporte potestativo del SIS por dificultades de desagregación)

En las CCNNS se consideraban los autoseguros, pero no la prepagadas, por lo que se registrará como nueva inclusión en el SHA 2011. Para la compatibilización se recurre a una fuente de la Superintendencia Nacional de Salud.

Para los esquemas de Instituciones sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares (IS-FLSH) HF.2.2



Se compatibilizan con los gastos de las instituciones privadas no lucrativas de las CCNNS.

Para el esquema de gasto directo de los hogares HF.3

Se considera el mismo gasto directo de los hogares (“gasto de bolsillo”) de las CCNNS.

Para otros esquemas de financiamiento HF.nec:

La información de empresas que invierten en el sector fue estimada en las CCNNS, pero de acuerdo a la metodología del SHA

2011 no se incluye a la inversión. En la compatibilización esta información debería ser parte de las Cuentas de Capital de la inversión privada.

4. Compatibilización de las Cuentas de Capital (HK)

Como ha sido indicado en la Compatibilización general, esta cuenta no se incorpora en la metodología SHA 2011. Se tiene información para las Cuentas de Capital de la parte pública, pero no de la parte privada.

Anexo 2

Tipos de ingresos, agentes y esquemas de financiamiento en el SHA 2011. Caso peruano

¿De dónde viene el dinero? Tipos de ingresos (FS):

La recaudación es la primera función del financiamiento, por la cual se identifican los orígenes de los flujos de financiamiento para la producción de los servicios de salud:

FS.1 Transferencias de ingresos públicos internos:

Fondos provenientes de ingresos públicos internos para fines de servicios de salud:

- Recursos ordinarios: ingresos provenientes de la recaudación tributaria y otros conceptos (venta de activos entre otros).
- Donaciones y Transferencias internas: Transferencias entre el gobierno central y regional/local, así como donaciones del gobierno central al gobierno local.
- Recursos Determinados: Diversos, tales como el Fondo de Compensación Municipal (FONCOMUN), impuestos municipales, canon y sobre canon, regalías.

FS.2 Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno.

El gobierno es el proveedor de recursos, pero el origen es extranjero.

- Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito: Fondos de fuente externa provenientes de operaciones de crédito efectuadas por el Estado con Instituciones, Organismos Internacionales y Gobiernos Extranjeros, así como las asignaciones de Líneas de Crédito. Asimismo, considera los fondos provenientes de operaciones realizadas por el Estado en el mercado internacional de capitales.
- Donaciones y Transferencias: Comprende los fondos financieros no reembolsables recibidos por el gobierno proveniente de Agencias Internacionales de Desarrollo, Gobiernos, Instituciones y Organismos Internacionales, así como de otras personas naturales o jurídicas domiciliadas o no en el país. Incluye el rendimiento financiero y el diferencial

cambiario, así como los saldos de balance de años fiscales anteriores.

FS.3 Cotizaciones a la seguridad social.

Cotizaciones de los empleadores públicos y privados en beneficio de sus empleados, de trabajadores independientes o de personas sin empleo en beneficio propio para acceder a beneficios de la seguridad social en salud.

FS.4 Pre-pago obligatorio

Las primas de seguros obligatorios (SOAT y AFOCAT) no han sido incluidas debido a su debilidad de información.

FS.5 Pre-pago voluntario

Pagos por prima recibidos de individuos/hogares y/o empleadores que garantizan el derecho a los beneficios de los esquemas de seguro de salud privados voluntarios.

FS.6 Otros ingresos del país

Considera la fuente de gasto directo o “gasto de bolsillo” de los hogares y los recursos



financieros de las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares que no están incluidos en FS1 a FS5.

FS.7 Transferencias externas directas

Son ingresos directos o ayuda en especie, incluso en situación de emergencia. No se considera transferencias de capital. No se reportan en el caso peruano.

FS.nec otros Ingresos (n.e.p)

Corresponde a los ingresos no considerados en las clasificaciones anteriores. No se reporta en el caso peruano.

Agentes de Financiamiento (FA)

Los Agentes de Financiamiento (FA) son los que reciben la recaudación (ingresos) e ingresos por otra fuente, administran y deciden los arreglos o esquemas para su distribución en los diferentes proveedores de servicios de salud que pueden o no estar a su cargo.

Los agentes (FA) en el sistema sanitario peruano son:

FA.1 Gobierno General

Conjunto de entidades públicas del Gobierno Nacional, de los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. Incluye en el Gobierno Nacional y Regional/local los ingresos provenientes del pago por tarifas de los usuarios y los pagos que como empleador efectúa a ESSALUD.

FA.1.1 Gobierno Nacional

Administración Central que comprende a los organismos representativos de los Poderes Ejecutivo. Específicamente en salud, tenemos:

FA.1.1.1 Ministerio de Salud

FA.1.1.2 Otros ministerios y unidades públicas pertenecientes al gobierno central.

FA.1.1.4 Seguro Integral de Salud (SIS)

FA.1.2 Gobierno Regional/Local

Los Gobiernos Regionales y locales, así como

sus organismos públicos descentralizados

FA.1.2.1 Gobierno Regional

FA.1.2.2 Gobierno Local

FA.1.3. Agencia de la Seguridad Social

Se refiere a los fondos del seguro social de salud, que son unidades económicas con un estatus jurídico específico, cuyo propósito es gestionar el esquema del seguro social. No tienen fines de lucro. Tienen autonomía en sus operaciones. Se denominan Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS.

FA.1.3.1. EsSalud

Entidad encargada de la recepción, captación y gestión de los fondos de la seguridad social en salud (IAFAS) para dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud; prestaciones económicas y sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

FA.2 Empresas de Seguros

Empresas privadas que pueden actuar de agente de financiamiento de diferentes tipos de seguros.

FA.2.1. Compañías de Seguros Comerciales

Son empresas de seguros que ofrecen prestación de servicios de salud.

FA.2.1.1. Entidades prestadoras de Salud – EPS

Son empresas que brindan servicios de salud privada a los trabajadores que están afiliados a ellas, y complementan la cobertura que brinda EsSalud. Están supervisadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

FA.2.1.2. Seguros Privados

Empresas que brindan seguros de salud privados mediante contrato, por el que la empresa aseguradora se obliga mediante el cobro de una prima, a ofrecer prestaciones de salud convenidas.

FA.3 Empresas que no son de seguros

FA.3.1 Compañías de gestión y provisión de servicios en salud.

Empresas del sector salud dedicadas a la provisión tradicional de servicios de salud y/o a la gestión de la salud.

FA.3.2 Empresas

Entidades no del sector salud cuya actividad principal es la producción de bienes y servicios de mercado, pero que realizan labores de mancomunación y gestión de recursos financieros dedicados a salud.

FA.4 Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los hogares (ISFLSH)

Instituciones sin fines de lucro con personalidad jurídica (ONGs) residentes en el país que ofrecen bienes o servicios a los hogares gratuitamente o a precios económicamente no significativos.

FA.5 Hogares

Considera al gasto directo o gasto de bolsillo de los hogares al que se le restan los gastos

en tarifas por el uso de servicios públicos y el pago por seguros potestativos públicos-

FA.6 Resto del mundo

Unidades institucionales que residen en el extranjero como agencias internacionales y supranacionales, gobiernos extranjeros e Intermediarios financieros (seguros, ONG, instituciones de caridad y fundaciones) y que aportan recursos para la atención de salud.

Movilización: Esquemas de financiamiento (HF)

Los flujos financieros pueden mancomunarse (denominándose Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS) o ir directamente al prestador de servicios, según normas o arreglos establecidos por un marco legal que se denominan arreglos o esquemas de financiamiento (HF). Los principales esquemas son:

Esquemas gubernamentales y de seguros obligatorios contributivos (HF.I.)

HF.I.I. Esquemas gubernamentales

Estos esquemas se basan en la Ley del Presupuesto Público para un año determinado. Los esquemas gubernamentales se pueden dividir en:

HF.I.I.I Esquemas del gobierno central

HF.I.I.I.I Esquema del Ministerio de Salud-MINSA

Además de la Ley de Presupuesto, este esquema se encuentra normado por la Ley N°26842, Ley General de Salud; Ley N°30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud; y el Decreto Legislativo N°1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la cual determina y regula el ámbito de competencia, las funciones y la estructura orgánica básica del Ministerio de Salud, así como sus relaciones de articulación y coordinación con otras entidades. Con excepción del SIS, el MINSA asigna directamente los recursos a las Unidades Ejecutoras.

HF. I.I.I.2 Esquema del SIS

El Seguro Integral de Salud (SIS) es un seguro público de salud dirigido para todos los peruanos y extranjeros residentes en el país que no cuenten con otro seguro de salud vigente. El SIS cubre medicamentos, procedimientos, operaciones, insumos y traslados de emergencia, pero la cobertura varía según el plan de seguro SIS, denominado Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS que cubre más de 1,400 enfermedades, además de planes complementarios que incluyen varios tipos de cáncer y otras patologías complejas. Aunque existen 5 planes de seguro SIS, los dos primeros son gratuitos (subsidiados) y cubre a la mayor parte de sus afiliados:

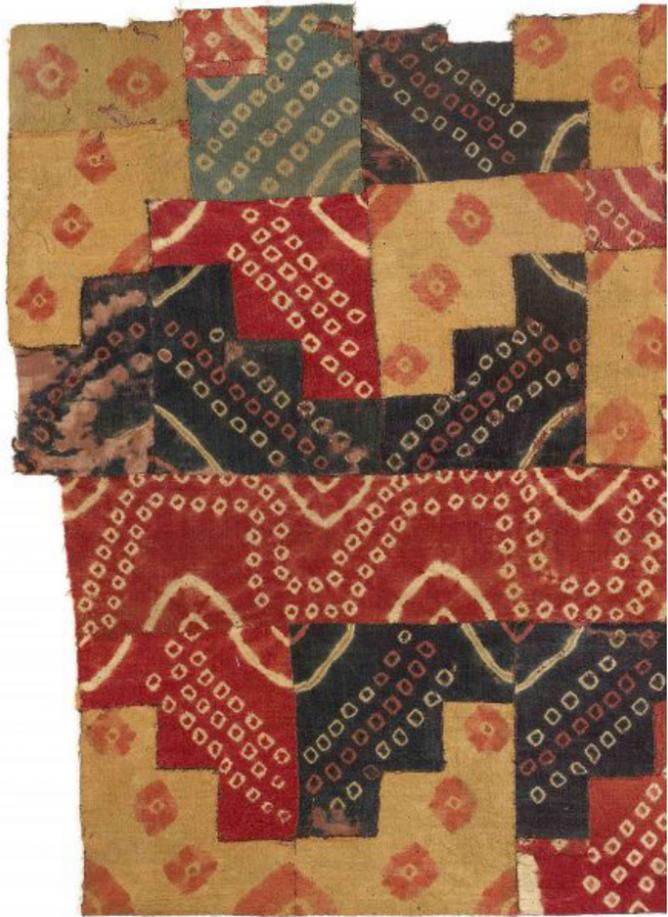
Asimismo, el SIS a través del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) financia los esquemas de atención de salud de enfermedades de alto costo, como algunas oncológicas, la insuficiencia renal crónica (IRC), las enfermedades raras y huérfanas y los procedimientos de alto costo para la población afiliada al SIS. El SIS se encuentra normado por la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Uni-

versal en Salud, Decreto Supremo N° 020-2014-SA, la Ley del Presupuesto, Decretos Legislativos N°1163 y N° 1164 que aprueban disposiciones para el fortalecimiento del SIS y para la extensión de la cobertura poblacional del SIS en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado. También por la Ley N° 27656, Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL; Ley N° 29761 Ley de financiamiento público de los regímenes subsidiado y semicontributivo del aseguramiento universal en salud, entre otras normas complementarias para regular su funcionamiento.

HF. I.I.I.3 Esquema de Otros Ministerios y Unidades Públicas

– Ministerio de Defensa

El esquema del Ministerio de Defensa incluye los arreglos de las Direcciones de Salud del Ejército del Perú, Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú y la Dirección de la Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú enmarcados en la normativa presupuestal vigente para la Función Salud.



– **Ministerio del Interior**

Este esquema incluye arreglos de la Dirección de la Sanidad Policial de la Policía Nacional de Perú-PNP, cuya base legal está dada también por la normativa vigente para la Función Salud y el Decreto Legislativo N°1175, Ley del régimen de salud de la Policía Nacional del Perú.

– **Otros Ministerios**

Estos esquemas comprenden los arreglos de financiamiento que corresponden al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables para las Beneficencias, al Ministerio de Justicia para el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y los convenios que pudieran haber resultado entre otros ministerios para asignar fondos para la función salud.

HF.1.1.2 Esquemas del Gobierno Regional y Local

Normados por la Ley de Presupuesto; La Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales; Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades y la Ley N°27831, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

HF.1.1.2.1 Esquemas de los Gobiernos Regionales

Los Gobiernos Regionales están a cargo de la administración del sistema de salud público en su ámbito regional, incluyendo la administración de los proveedores de servicios (excepto dependencias desconcentradas de institutos nacionales dependientes del Ministerio de Salud)

Los esquemas de los 25 gobiernos regionales están normados por la Ley del Presupuesto y convenios que establezcan con el SIS. Asimismo, los recursos recaudados por el Canon en algunas regiones se asignan principalmente para gastos de capital (infraestructura y equipamiento).

HF.1.1.2.2 Esquemas de los Gobiernos Locales

El esquema de los gobiernos locales está normado de igual manera por la Ley del Presupuesto y realiza convenios que se puedan establecer con diferentes instituciones para el servicio de salud.

La Municipalidad de Lima Metropolitana tiene un Organismo Público Descentralizado denominado Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) que tiene un esquema financiado por el Pago Directo de los Hogares constituyéndose así un esquema de gasto de hogares (HF.3) pues es autofinanciado y tiene autonomía, pero reporta a la Municipalidad de Lima y al MEF. El SISOL tiene a su vez convenios con otras municipalidades provinciales para la provisión de servicios descentralizada en el país. Su normativa está basada en la Resolución de Gerencia General N°121-2014-SISOL-MML / Norma para la Ejecución Presupuestaria para SISOL.

HF.1.2. Esquemas de Seguros Obligatorios Contributivos

Son arreglos de financiamiento que garantizan el acceso a los servicios de salud a grupos específicos de la población mediante la participación obligatoria y la elegibilidad basada en el pago de cotizaciones.



HF.1.2.1 Esquemas de Seguros Sociales de Salud

Existen varias entidades que siendo IAFAS que ofrecen el esquema de seguros sociales de salud entre los que se encuentran:

- El Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD)
- Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS)
- Las IAFAS de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales

Todas las cotizaciones son captadas a través de mecanismos relacionados con los sueldos o los ingresos y están basadas en normas específicas que definen los criterios de afiliación, la elegibilidad, el paquete de prestaciones y las normas para pagar las cotizaciones.

El Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) está normado por la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su reglamento a través del Decreto Supremo N°009-97-SA y la Ley 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (EsSalud).

ESSALUD posee los siguientes esquemas de financiamiento:

- **Seguro:** Es el seguro regular al cual se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que laboran bajo la relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores. Agrupa a la gran mayoría de afiliados a ESSALUD.

Incluye también a los trabajadores portuarios, los de construcción civil, pesqueros, pensionistas afiliados a la Ex Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador (CBSSP), trabajadores pesqueros afiliados a la ex CBSSP, pescadores artesanales independientes, procesadores pesqueros artesanales independientes, trabajador portuario, socios de cooperativas agrarias, los Beneficiarios de la Ley N°30478 y los pensionistas que reciben pensión de jubilación, por incapacidad o de sobrevivencia.

- **Seguro Agrario:** Normado por el Decreto Legislativo 885, Ley de Promoción del Sector Agrario. Brinda prestaciones de salud, económicas y sociales a los tra-

bajadores dependientes e independientes que desarrollen actividades de cultivo y/o crianza, avícola, agroindustrial o acuícola, con excepción de la industria forestal.

- **Protección:** Brinda cobertura por accidentes de trabajo y enfermedad profesional a los trabajadores dependientes o independientes que realizan actividades de riesgo que se encuentran detalladas en el Anexo 5 del Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de La Seguridad Social en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.

EsSalud también realiza convenios con otras entidades prestadoras de salud, normado bajo el Decreto Legislativo N° 1302 que Optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público.

Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS): Las EPS complementan la cobertura que brinda el seguro regular de EsSalud. Del 9% del sueldo del trabajador, el 2,25% se

deriva a la EPS y el 6,75% a EsSalud. El trabajador no pierde la cobertura del Plan Complementario (ex Capa Compleja) en EsSalud.

Las EPS están normadas con la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en el Perú; el D.S. 097-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social; la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud; el D.S. 008-2010, Reglamento de la Ley 29344 y el D.S. 020-2014 SA TUO de la Ley 29344.

Además, ofrecen el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – SCTR obligatorio para trabajadores con actividades de alto riesgo.

Las IAFAS de las Fuerzas Armadas y Policiales:

- IAFAS del Ejército del Perú – FOSPEME
- IAFAS de la Marina de Guerra del Perú – FOSMAR
- IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú - FOSFAP

- IAFAS de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL

Se encuentran normadas en los Decretos Legislativos N° 1173 y N° 1174, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales respectivamente.

Como no se dispone de información completa de los ingresos y egresos de estas IAFAS, se ha considerado para este estudio solamente la información referida a las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, es decir únicamente la parte correspondiente a los esquemas gubernamentales.

HF.1.2.2 Esquemas de Seguros Privados Obligatorios

Este esquema corresponde a aquellos arreglos financieros a través de los cuales los residentes están obligados a contratar una cobertura de salud privada, tal es el caso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y las AFOCAT. (Ambos seguros

obligatorios no han sido diferenciados en este estudio)

- El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), es el seguro que garantiza de manera incondicional el pago de gastos médicos e indemnizaciones a causa de un accidente de tránsito.

Está normado por la Ley N° 27181, Ley General de Transporte y Tránsito Terrestre, que en su Artículo 30°, establece la obligatoriedad de todos los vehículos motorizados que circulen dentro del territorio nacional, para que cuenten con una póliza vigente de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito-SOAT (Cubre hasta 4UITs); y la Ley 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros.

- Las Asociaciones de Fondos Regionales o Provinciales contra Accidentes de Tránsito (AFOCAT), son de ámbito regional y provincial y están normadas por el De-

creto Legislativo N°1051 y su reglamento DS 040-2006-MTC.

HF.2. Esquemas voluntarios de servicios de salud

HF.2.1. Esquemas de Seguros de Salud Voluntarios

Comprende a las compañías privadas de seguros, el Seguro Social de Salud-EsSalud (+Salud Seguro Potestativo), los regímenes semicontributivos del SIS (SIS Independiente, SIS Microempresas, SIS Emprendedor) y Entidades Prestadoras de Salud EPS (seguro potestativo).

También está normado por la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros y la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro.

Estos esquemas también abarcan a los autoseguros, los cuales son financiados por aportes voluntarios de los empleados a la

empresa, quien establece convenios de cobertura con las prestadoras de salud.

Se incluye, a su vez, a las IAFAS prepagadas, tanto las prepagadas autónomas, las que venden un seguro y ofrecen ellas mismas la infraestructura para la provisión de servicios de salud (por ejemplo, Oncosalud), como las prepagadas integradas, que asocian el financiamiento de planes de seguro con la prestación de los servicios de salud (como la Clínica Ricardo Palma).

HF.2.2 Esquemas de Instituciones sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares (ISFLSH)

Esquemas de financiamiento de instituciones sin fines de lucro tales como: Organizaciones no Gubernamentales (ONG), Fundaciones, organizaciones religiosas, agencias de cooperación bilateral, agencias de cooperación multilateral, etc. La información disponible es limitada.

HF.3 Gasto directo de los hogares

Es el pago directo o “Gasto de Bolsillo” que

realizan los hogares al momento de utilizar los servicios de salud. Se incluyen los copagos (costo compartido) y los pagos informales. En el caso peruano la información se recoge anualmente en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

HF.4 Esquemas del resto del mundo

Comprende modelos de financiamiento de unidades institucionales que residen en el extranjero, pero que recaudan, mancomunan recursos y compran bienes y servicios de salud para los residentes del Perú, sin transferir sus fondos a través de un esquema radicado en el país. Actualmente en nuestro país no se dispone de información de estos esquemas, pero existen prestaciones de salud que se realiza en las fronteras del país y que se deberían medir.

Bibliografía

Banco Mundial (2020). Los países de Latinoamérica y el Caribe necesitan gastar más y mejor en salud para poder enfrentar una emergencia de salud pública como el COVID-19 de manera efectiva. Comunicado de prensa. Junio 16, 2020

CEPAL (2021). Estadísticas Tributarias en América Latina y el Caribe 2010-2020. Ver en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/ingresos-tributarios-america-latina-caribe>

ESSALUD (2019). Boletín de ESSALUD. Publicado el 22.10. 2019. Ver en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-deuda-por-aportaciones-supera-los-s-4-mil-millones/>

Instituto Nacional de Estadística-INEI (2018). Producción y Empleo Informal en el Perú, Cuenta Satélite de la Economía Informa en el Perú 2007-2017. Lima.

Instituto Nacional de Estadística-INEI (2020). Informe técnico Perú: Estimación de la Vulnerabilidad Económica a la Pobreza

Monetaria. Lima, diciembre. Ver en <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/estimacion-de-la-vulnerabilidad-economica-a-la-pobreza-monetaria.pdf>

OECD-EUROSTAT-OMS (2011). Un Sistema de Cuentas de Salud. Ginebra

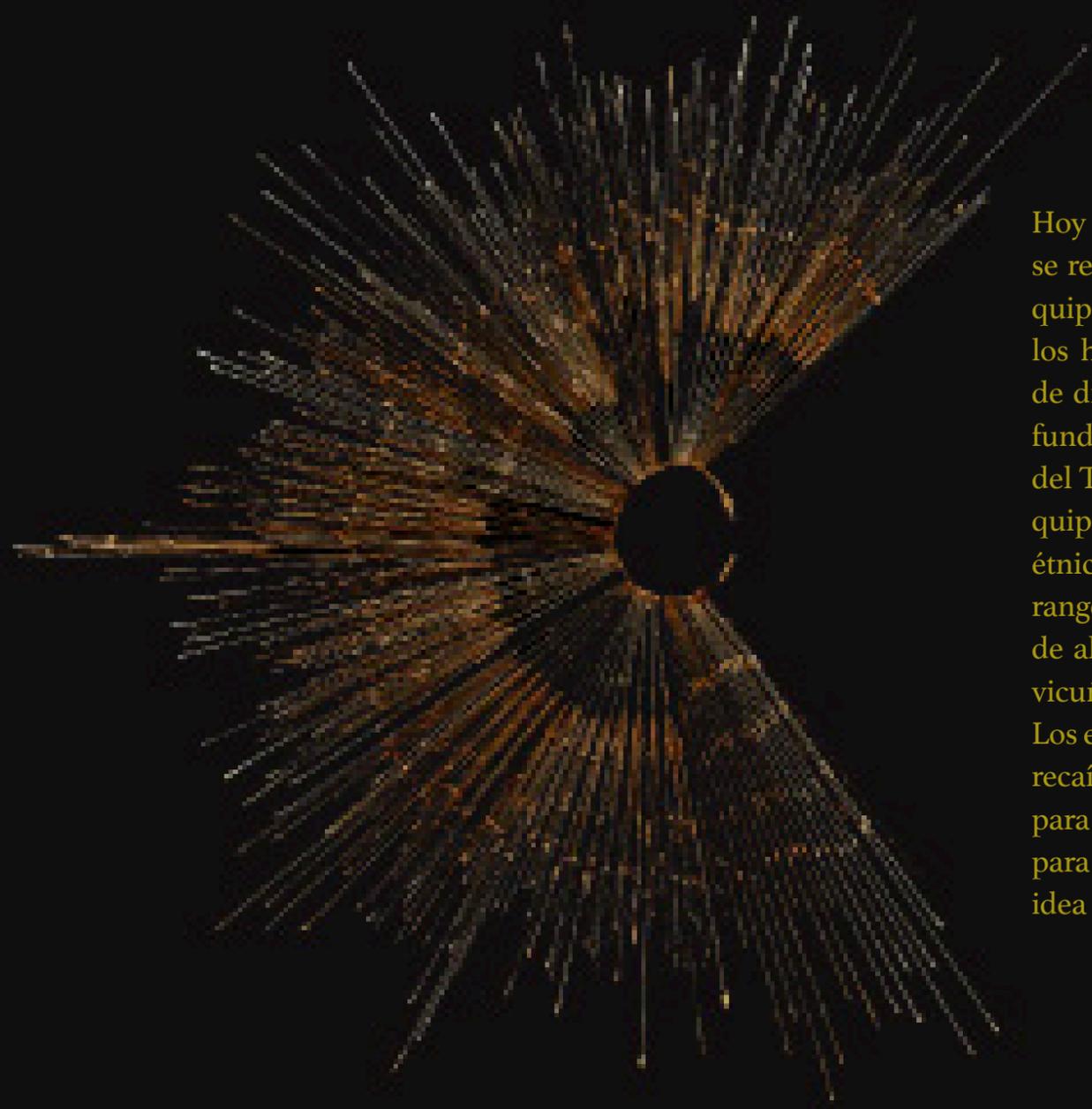
Organización Panamericana de la Salud-OPS (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington octubre.

OPS-MINSA (2015). Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2012. Lima.

Rathe M, Hernández P, Van Mosseveld C, Pescetto C, Van de Maele N. Cuentas de salud del pasado al presente para una aritmética política. Rev Panam Salud Pública. 2021;45:e72. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.72>

Superintendencia Nacional de Administración Tributaria-SUNAT (2020). Publicado en diario Gestión 06.01 2020. Ver en: <https://gestion.pe/economia/sunat-recaudacion->





Hoy se sabe que el uso de los quipus, esos misteriosos textiles de cuerdas de colores, se remonta a la cultura huari, aunque hace poco más de una década se encontró un quipu en la milenaria ciudad de Caral. Elaborados a partir de un cordel horizontal, los hilos con nudos que cuelgan de él, en su mayoría de cáñamo, algodón o lana, de diferentes tamaños, de los que a menudo penden otros hilos menores, se usaron fundamentalmente con fines contables para la organización económica, política y social del Tahuantinsuyo. A través de un código que combinaba los diferentes elementos del quipu con la realidad, lograban determinar con absoluta exactitud datos sobre los grupos étnicos, su composición, el número de hombres, mujeres y niños, con su respectivo rango de edad y condición social; sobre la distribución de tierras, la producción de alimentos, maíz, papa, quinua, así como también sobre el ganado, llamas, pacos, vicuñas, guanacos y, obviamente, sobre los tributos asignados a las diferentes regiones. Los encargados de interpretar los quipus eran los quipucamayos, o contadores, en ellos recaía la responsabilidad de llevar el exacto control anual de las cuentas del Estado para luego determinar la política gubernamental. El conocimiento del sistema decimal para los registros numéricos, junto con otros sistemas, aún no decodificados, dan una idea del desarrollo alcanzado por los antiguos peruanos.

