

PROYECCIONES DE FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION DE SALUD

PERU 2002-2006

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.**

Lima, julio del 2002

Perú

RECONOCIMIENTOS

Equipo de investigación

El equipo estuvo conformado por economistas del Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) y de la Representación en Perú de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Los co-autores principales fueron Pedro Francke (PUCP), Luis García (PUCP) y Margarita Petrerá (OPS/OMS).

Bases de datos

La principal fuente de información de este estudio fue la base de datos de las Cuentas Nacionales en Salud, elaboradas por Delia Perfecto y Ana Vicente, que desarrolla el Ministerio de Salud con la Representación de Perú de la Organización Panamericana de la Salud. Se utilizaron también las estadísticas del Ministerio de Economía y Finanzas, del Banco Central de Reserva, del Instituto Nacional de Estadística e Informática y del Seguro Social de Salud (EsSalud).

Comentarios

Este estudio se benefició de los comentarios y sugerencias del Presidente de la Comisión de Alto Nivel Encargada de Reiniciar el Proceso de Organización del Sistema de Salud, Dr. Francisco Sanchez-Moreno y de los miembros de la Sub Comisión de Financiamiento: Carlos Ricse, Midori de Habich, Rosa Acevedo, Carlos Bardález, Sebastián Céspedes, Jorge Haro, y Gualberto Ruiz. Asimismo, se agradecen los comentarios recibidos de Waldo Mendoza, Director General de la Dirección General de Estudios Económicos y Sociales del Viceministerio de Economía, Ministerio de Economía y Finanzas.

Se agradece especialmente los comentarios y sugerencias recibidos de la Asesora Regional en Análisis Económico de la Salud de OPS/OMS - Washington, Matilde Pinto; así como el permanente estímulo de Luis Elíseo Velázquez, asesor en Servicios de Salud de la Representación de OPS/OMS en Perú.

Las opiniones expresadas en este documento son de responsabilidad de sus autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Pontificia Universidad Católica del Perú ni de la Organización Panamericana de la Salud.

PREFACIO

Este estudio ha sido efectuado con el objetivo de contribuir al análisis y factibilidad de las políticas públicas de salud, particularmente en lo que respecta al aseguramiento universal en salud propuesto como uno de los objetivos fundamentales de largo plazo de la actual política de salud en Perú.

La política de aseguramiento universal tiene actualmente en el Seguro Integral de Salud el eje fundamental de expansión de cobertura para la población pobre del país y su financiamiento proviene principalmente del tesoro público. Por ello, es conveniente contribuir al entendimiento de la situación del sector en el aspecto de su financiamiento y de las principales fuentes que lo componen: tesoro público, aportaciones provenientes del ámbito laboral y recursos de los hogares.

El estudio que se presenta, ha sido efectuado en conjunto por economistas miembros de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica y de la Representación de Perú de la OPS/OMS, y desarrolla la problemática y evolución del financiamiento de la atención de salud en el Perú en un contexto de interacción con la situación económica, las decisiones de orden político y las restricciones institucionales. Se presentan distintos escenarios de comportamiento de la economía a los cuales se aplican políticas destinadas a financiar al Seguro Integral de Salud y a incorporar parte de los trabajadores independientes no pobres al seguro social. Los resultados se comparan con una tendencia inercial y se comentan de acuerdo al objetivo explícito de gestión gubernamental: el aseguramiento universal en salud.

Es nuestro deseo que esta publicación pueda contribuir a los esfuerzos que viene efectuando el país para hacer realidad los principios orientadores de la actual Política de Salud.

Marie Andrée Diouf
Representante en Perú
OPS/OMS

CONTENIDO

INTRODUCCION

I. EL FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION DE SALUD

- I.1 Panorama Mundial
- I.2 En Perú

II. DESCRIPCION DE LAS POLITICAS

- II.1 El Esfuerzo Fiscal
- II.2 El Esfuerzo Asegurador

III. EL MODELO DE FINANCIAMIENTO

- III.1 Variables Macroeconómicas y Financiamiento Público
- III.2 Variables de Seguridad Social
- III.3 Variables de Financiamiento Privado de Hogares y de Empresas
- III.4 Variables de Donaciones y Cooperación Técnica No Reembolsable

IV. LOS ESCENARIOS

- IV.1 Escenarios Económicos
- IV.2 Aplicación de las Políticas

V. RESULTADOS

- V.1 Escenario Inercial
- V.2 Escenario de Política con Esfuerzo Fiscal
- V.3 Escenario de Política con Esfuerzo Asegurador
- V.4 Escenario de Política con Esfuerzo Fiscal y Asegurador

VI. CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

- I. Estimaciones de Financiamiento por Tesoro Publico del Seguro Integral de Salud para el año 2006
- II. Ecuaciones del Modelo de Financiamiento
- III. Supuestos de Comportamiento de las Variables Macroeconómicas
- IV. Resultados según Escenario de Crecimiento Económico

INTRODUCCION

La actual política de salud en Perú propone al aseguramiento universal en salud como uno de sus objetivos fundamentales de largo plazo. Una de las estrategias para avanzar en el logro de dicho objetivo es el desarrollo del Seguro Integral de Salud el cual es el eje fundamental de expansión de cobertura para la población pobre del país¹. La población total estimada del Perú para el año 2002 es de 26 millones 700 mil personas². A fines del 2001, el 54,8% de la población vivía en condiciones de pobreza, es decir en hogares cuyo gasto total está por debajo del costo de una canasta básica de consumo, y el 24,4% en pobreza extrema, es decir por debajo del valor de una canasta básica de alimentos.³ En el año 2001 esta población estaba alrededor de 14.6 millones de personas, de los cuales aproximadamente el 75% declara no disponer de seguro de salud.

Si bien la política de largo plazo en Perú es lograr el acceso de toda la población peruana a la seguridad social en salud, las restricciones en el ritmo de desarrollo económico y del empleo formal altamente asociadas entre sí, requieren, además de revisar y redefinir el modelo de aseguramiento social, diseñar para el corto y mediano plazo un seguro público de salud financiado fundamentalmente con el tesoro público. Este objetivo de política enfrenta dos grandes retos vinculados: el organizacional y el financiero. Mientras que el reto organizacional consiste en desarrollar una red de oferta de servicios eficaz y eficiente de ámbito institucional e interinstitucional; el reto financiero está principalmente vinculado a la obtención de fondos, su mejor organización y asignación de acuerdo a criterios de efectividad y eficiencia. La priorización a los grupos poblacionales, con énfasis en quienes ahora tienen un acceso muy limitado⁴, y los mecanismos de rendición de cuentas enlazados a los resultados sanitarios se convierten en estrategias primordiales para enfrentar los retos.

Financieramente, el Perú presenta problemas de obtención de recursos, organización de los mismos y asignación por objetivos sanitarios. Este estudio, se concentra en el tema de la obtención de recursos, ya que el país no sólo presenta un financiamiento insuficiente en la atención de salud, sino que, además, la participación de los hogares es la primera fuente de financiamiento de esta atención. Actualmente, el gasto en salud, como porcentaje del PIB

¹ MINSA. **Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006**. Lima, julio 2002.

Comisión de Alto Nivel Encargada de Reiniciar el Proceso de Organización del Sistema Nacional de Salud (RM No 463-2001-SA/DM). Informe Final. Enero, 2002.

² Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población e Indicadores Demográficos Población estimada. (www.inei.gob.pe).

³ Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) IV Trimestre 2001. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico, abril 2002. Lima. Si se utilizara el método integrado este porcentaje sería mayor ya que este método define la condición de pobreza de una familia por ingreso y/o por Necesidades Básicas Insatisfechas a fin de evitar excluir aquellas que puedan definirse como no pobres mediante un método a pesar de serlo mediante el otro (Véase INEI. “**Metodologías Estadísticas**”. Año 1, n° 2, enero 2000).

⁴ Ante la necesidad percibida de problemas de salud, la población pobre reporta no tener acceso a los servicios de salud entre el 46% (pobres extremos) y 60% (pobres no extremos) según la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) del año 2000. Dichos porcentajes aumentan a medida se observa el acceso a medicamentos y el paso a niveles de atención más complejos.

en Perú fluctúa entre el 4,6 y 4,8%⁵, lo que ubica al país en la parte inferior del rango de América Latina (entre 4 y 10%) y con un nivel similar a los países del medio este y el norte de África. Inclusive el Perú cuenta con el menor ratio de gasto en salud/Producto Interno Bruto en comparación con países de similar ingreso per capita⁶. Adicionalmente, en Perú el financiamiento de los hogares está compuesto casi en su totalidad por el pago de bolsillo, lo que predispone a la inequidad y exclusión de los más pobres, así como a la fragmentación del financiamiento.

El presente estudio proyecta las tendencias de financiamiento de la salud en Perú durante el periodo 2002-2006, tanto las de carácter inercial como las intencionadas con base en las preguntas ¿Cómo financiar al Seguro Integral de Salud? y ¿Cómo expandir la cobertura de la seguridad social? La respuesta para ambas preguntas requiere de un claro entendimiento de la situación real del sector en términos de funcionamiento de las distintas fuentes generadoras de ingresos y su interacción con la situación económica, las decisiones de orden político y las restricciones institucionales.

Por tal motivo, se desarrolla un modelo que proyecta el comportamiento del financiamiento de la salud y sus principales componentes teniendo en cuenta el cambiante escenario nacional e internacional. Se han considerado diversos escenarios de crecimiento de la producción nacional y se ha limitado el periodo de proyección a sólo cinco años (2002-2006), tiempo suficiente para el desarrollo de una Política de Estado en Salud que coincide con un objetivo explícito de gestión gubernamental: el aseguramiento de la población pobre no asegurada. Se ha mantenido como restricción institucional en el modelo al actual esquema de aseguramiento social en salud.

Se presentan distintos escenarios de comportamiento de la economía a los cuales se aplican los resultados de dos políticas: mayor participación de la atención de salud en el presupuesto público y la incorporación de parte de los trabajadores independientes no pobres a la seguridad social. Los resultados se contrastan con una tendencia inercial y se comentan según los distintos contextos de crecimiento económico.

⁵ MINSA-OPS Base de Datos para el estudio "Cuentas Nacionales en Salud 1995-2000". Lima, 2002.

⁶ OPS. "Gasto Nacional de Salud en las Américas: Situación Actual y Tendencias". Documento de Trabajo. Políticas Públicas y de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Washington, Febrero 2002.

I. EL FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD

I.1 Panorama mundial

El esfuerzo que una sociedad destina a la atención de su salud se expresa a través de los niveles y composición de su financiamiento que suele ser bastante variable según los países, regiones y grado de desarrollo social. Dado que el financiamiento total en salud es idéntico al gasto total en salud, se suele presentar en términos del Producto Interno Bruto (PIB). En el Cuadro 1 se presenta dicha relación para algunas regiones del mundo.

Cuadro 1
Financiamiento Total en Salud como Porcentaje del PIB
según Grupos de Países Seleccionados (1996-2000) ¹

Grupos de países	Porcentaje del PIB
Perú	4,7- 5,0
América Latina y Caribe	7,3
Estados Unidos	13,0
Unión Europea	9,0
Europa del Este	5,6
Medio Este y Norte de Africa	4,7
Total mundial ²	(1,4-13,0)

¹ El año de actualización de cada país fluctúa entre 1996 y el 2000, correspondiendo la estimación de Perú al año 2000.

² Se refiere a una muestra de países seleccionada por la OMS debido a su alta calidad de información. Los números indican el mínimo y el máximo porcentaje en el mundo.

Fuentes:

Musgrove P, Zeramardini R, Carrin G, **Basic Patterns in National Health Expenditure**. Bulletin of the World Health Organization 2002, 80 (2) Geneva, 2002.

OPS. **Gasto Nacional de Salud en las Américas: Situación Actual y Tendencias**. Documento de Trabajo. Políticas Públicas y de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Washington, Febrero 2002.

MINSA-OPS. Base de Datos para el estudio "Cuentas Nacionales en Salud 1995-2000". Lima, 2002.

Dentro de la gran dispersión mundial que se observa en el porcentaje del PIB que los países destinan a la atención de salud, y cuyo rango se ubica aproximadamente entre el 1 y 13%, destacan algunos patrones comunes comentados en recientes estudios⁷:

- Existe una importante asociación entre el nivel de ingreso per capita de un país y su nivel de gasto per cápita en salud.

Los análisis estadísticos muestran que a medida se incrementa el ingreso per capita de los países, su gasto per cápita en salud asciende un poco más que proporcionalmente,

⁷ OMS. **Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS)**. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Diciembre, 2001; OPS. op.cit; Musgrove. et al. Op. cit.

En enero del 2000 la OMS creó dicha Comisión en respuesta a la necesidad de situar la salud en el centro de las actividades de desarrollo. Está presidida por Jeffrey Sachs (Universidad de Harvard) e integrada por 117 comisionados formuladores de políticas económicas y sanitarias a nivel internacional. (www.cmhealthm.org).

lo que tiende a definir al gasto en salud como un “bien superior”. La dispersión es mayor en los países de más bajo nivel de ingreso per cápita.

- Vinculada a la anterior conclusión, el gasto nacional en salud como porcentaje del PIB tiende a ser mayor a medida se eleva el nivel de ingreso per capita de los países.

Los estudios mencionados demuestran que los países de mayor ingreso per capita (países desarrollados) destinan un mayor porcentaje de su producto interno al gasto en salud. Por el contrario y paradójicamente, los países más pobres destinan un menor porcentaje del PIB en la salud.

Este hecho implica que los países más pobres sean afectados doblemente; en términos absolutos por su menor nivel de ingreso, y en términos relativos por su menor porcentaje de gasto en salud. Ello a su vez, tiende a afectar a los individuos más excluidos de dicha sociedad, al conjunto de la sociedad y al nivel de desarrollo presente y futuro de la misma.

- Si bien es cierto que el gasto público se refiere al que efectúan las instituciones públicas y de seguridad social obligatoria, este concepto no es sinónimo de financiamiento público, ya que el gasto efectuado a través de prestadores públicos incorpora, además de los recursos de tesoro público, al financiamiento de los hogares que consumen servicios en establecimientos públicos, los recursos de la cooperación internacional gastados dentro de dicha prestación; y los aportes de los empleadores y trabajadores a la seguridad social.

De otro lado, en la medida en que aumenta la separación de funciones entre financiamiento y provisión, la diferencia entre ambos conceptos se hace más obvia.

- La razón gasto público/gasto privado en salud suele ser mayor para los países de mayor ingreso per capita.

Esta razón que alude a la provisión manejada por prestadores públicos versus los privados, tiende a ser mayor para los países de la Unión Europea y otros países de ingresos altos, y es baja para los países del sur de Asia y del Africa Sub-Sahariana. Sin embargo, en el caso de los Estados Unidos y América Latina esta razón es similar a la de los países del Africa Sub-Sahariana⁸. En Perú, del 58% consignado en el Cuadro 2 como gasto efectuado por proveedores públicos, el 33% corresponde al ejecutado en el Ministerio de Salud, las sanidades de las fuerzas armadas y policiales y los municipios; mientras que el 25% restante se refiere a las aportaciones para el seguro social en salud obligatorio.

⁸ Esta razón es de 45/55 para Estados Unidos y América Latina y de 46/60 para el sur de Africa.

Cuadro 2
Indicadores de la Composición Pública – Privada del Gasto en Salud
según Grupos de Países Seleccionados (1996-2000) ¹

Grupos de países	Gasto Público/Gasto Privado en Salud	Gasto Público en Salud/PIB
Perú	58/42	2,8
América Latina y Caribe	45/55	3.1
Estados Unidos	45/55	5.6
Unión Europea	71/29	6.6
Europa del Este	--	--
Medio Este y Norte de Africa	--	--
Africa Subsahariana	21/79	Menos de 2
Total mundial ²	56/44	4.2

¹ El año de actualización de cada país fluctúa entre 1996 y el 2000, correspondiendo la estimación de Perú al año 2000.

² Se refiere a una muestra de países seleccionada por la OMS debido a su alta calidad de información. Los números indican el mínimo y el máximo porcentaje en el mundo.

Fuentes:

Musgrove P, Zeramdini R, Carrin G, **Basic Patterns in National Health Expenditure**. Bulletin of the World Health Organization 2002, 80 (2) Geneva, 2002.

OPS. **Gasto Nacional de Salud en las Américas: Situación Actual y Tendencias**. Documento de Trabajo. Políticas Públicas y de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Washington , Febrero 2002.

MINSA-OPS. Base de Datos para el estudio "Cuentas Nacionales en Salud 1995-2000". Lima, 2002.

- Existe una clara correlación entre el gasto público en salud como porcentaje del PIB y el ingreso per capita.

Mientras mayor es el ingreso per capita, más alto es el gasto público como porcentaje del PIB. Tal como se menciona en OPS⁹, inclusive en economías con sistemas de salud orientados al mercado, como en el caso de los Estados Unidos de Norteamérica, este porcentaje alcanza el 5,6%. En los países de Europa Occidental y Canadá se ubica alrededor del 6,6% mientras que en Latinoamérica y el Caribe sólo llega al 3,1%. En Perú, el gasto público como porcentaje del PIB sólo llega al 2,5%.

- El gasto de bolsillo en salud es alto para los países más pobres lo que implica una fuerte inequidad del sistema.

Musgrove et al¹⁰ encuentran que existe una relación negativa entre el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto nacional en salud y el PIB per capita. Es decir, los países con mayores niveles de ingreso tienen un menor gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total, mientras que en los países de menor PIB per capita el porcentaje es mayor. Este resultado es preocupante puesto que para los más pobres el gasto de bolsillo debería ser menor.

⁹ OPS. Op. cit. p. 7.

¹⁰ Musgrove et al. Op. cit. p. 137.

I.2 En Perú

El caso peruano es similar al descrito para los países de bajo ingreso per cápita. Con las cifras del año 2000, Perú destina, según el método de estimación empleado, entre el 4,7 y el 5,0% de su Producto Interno Bruto a la atención de salud. Este monto se encuentra entre los más bajos de América Latina (cuyo rango fluctúa entre 4 y 10%) y con un nivel similar a los países del medio este y norte de África.

El país, a través del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, viene efectuando periódicamente mediciones y estudios referidos a las Cuentas Nacionales en Salud, las mismas que se disponen desde el año 1995. Estos estudios ofrecen muy valiosa información para conocer la composición del financiamiento y gasto, entre otras variables, del sector salud en su conjunto.

La composición del financiamiento de la salud es tan o más importante que el monto total que se destina al mismo y en Perú en el año 2000 se concentra en tres ámbitos: el de los hogares (36,9%), el de los empleadores y trabajadores de la economía formal (33,5%), y el del Estado (25,0%). Los hogares son la principal fuente con un financiamiento equivalente a 1,5 veces el otorgado por el tesoro público. Incluso el financiamiento proveniente de los empleadores y trabajadores, mayormente compuesto por las cotizaciones a la seguridad social¹¹, representa 1,3 veces el aporte de tesoro público (Cuadro 3).

Los hogares no sólo son la principal fuente de financiamiento, sino que además financian su atención fundamentalmente con “gastos de bolsillo”, que representa el 93,5% de esta fuente; es decir, no se trata de un gasto anticipado sino desembolsado al requerirse la atención. De este gasto de bolsillo, más de la mitad (52,5%) se refiere a una compra que se realiza directamente en farmacias ubicadas fuera del establecimiento del prestador; la misma que suele estar asociada a prácticas de automedicación. Cuando el pago de bolsillo de los hogares tiene un rol importante en el financiamiento, como es el caso peruano, se afectan gravemente la equidad, la eficacia y la eficiencia del sistema sanitario. Afecta la equidad porque se restringe el acceso sólo a quienes tienen capacidad de pago, lo que contribuye a marginar a los grupos más pobres de la sociedad¹², e incluso muchas personas se vuelven aún más pobres al incurrir en gastos muy elevados para su nivel de ingreso (gastos catastróficos). Se disminuye la eficacia porque muchos bienes públicos esenciales para la salud de la población no tendrán el financiamiento requerido, porque aún las personas con ingresos suficientes no estarán dispuestas a comprarlos. Finalmente, se afecta

¹¹ En Perú los empleadores aportan el equivalente al 9% de las remuneraciones de sus trabajadores. No hay contribución directa del trabajador dependiente; sin embargo se conoce que al ser la cotización parte del costo laboral, es compartida entre empleadores y trabajadores. Dado que el modelo de aseguramiento social en el Perú descansa principalmente en el crecimiento del empleo formal, las dificultades en su crecimiento originan el relativo estancamiento del modelo.

¹² En el año 2000 en Perú, del 100% de personas que declaran percibir problemas de salud, el 81,5% considera necesaria la consulta; de este porcentaje, sólo el 58,1% accede a la consulta con algún profesional de la salud, el 10,3% lo hace con un prestador informal (consulta en farmacia, amigo, curandero) y el 31,6% restante no consulta. Este porcentaje equivale al 25,6% del total de la población que reporta problemas de salud. Cuando se analizan éstas cifras teniendo en cuenta el nivel de ingreso de la población, se encuentra que el decil más rico consulta 1,6 veces más que el decil más pobre. MINSA-OPS. **La Atención de Salud en el Perú**. Base de datos.

la eficiencia del sistema porque no es posible distribuir el riesgo financiero entre los miembros de un fondo común ya que el financiamiento individual de bolsillo impide compartir el riesgo¹³.

Cuadro 3
Fuentes de Financiamiento según Destino de Gasto de la Atención de Salud. Perú, 2000*

	Millones de Soles	Porcentaje
Tesoro Público¹	2311	25,0
MINSA	1996	21,6
Sanidades y otros	315	3,4
Otros ingresos del MINSA²	91	1,0
Hogares	3412	36,9
MINSA ³	380	4,1
Sanidades y otros ⁴	34	0,4
Prestadores Privados ⁵	1101	11,9
Gasto directo en Farmacia	1676	18,1
Compra de Seguros y Autoseguros Privados	73	0,8
Pago a Empresas Prestadoras de Salud ⁶	115	1,2
Compra de Seguros Independientes a EsSalud	33	0,4
Empleadores y Trabajadores	3100	33,5
Aportes obligatorios a EsSalud	2536	27,4
Compra de Seguros, Autoseguros Privados y EPS	564	6,1
Ingresos de la Seguridad Social no Contributivos⁷	171	1,8
Cooperación Externa No Reembolsable	102	1,1
MINSA	38	0,4
Privado sin Fines de Lucro	64	0,7
Donaciones Internas	71	0,7
TOTAL GENERAL	9258	100,0%
TOTAL en CUENTAS NACIONALES DE SALUD⁸	8706	

* Preliminar

¹ Incluye recursos ordinarios y endeudamiento externo

² Incluye ingresos por la venta de equipos y material obsoletos

³ Incluye atenciones (consulta, hospitalización), servicios intermedios y compra de medicamentos dentro de establecimientos MINSA

⁴ Incluye atenciones (consulta, hospitalización), servicios intermedios y compra de medicamentos dentro de establecimientos de las sanidades militares, policial y dentro de centros de salud de municipios.

⁵ Incluye atenciones (consulta, hospitalización), servicios intermedios y compra de medicamentos dentro de establecimientos de prestadores privados lucrativos y sin fines de lucro.

⁶ Se refiere a las contribuciones adicionales voluntarias que realizan los afiliados al Sistema de Entidades Prestadoras de Salud. Véase en la sección II,2, el funcionamiento del sistema.

⁷ Corresponde fundamentalmente a ingresos por intereses provenientes de los depósitos, y rentas de inmuebles de propiedad de la seguridad social.

⁸ La diferencia con el Total General se debe a que en las Cuentas Nacionales de Salud no se incluye el financiamiento para las actividades de nutrición, saneamiento y medio ambiente del MINSA, así como el pago a los pensionistas del MINSA y la asistencia financiera (gastos de sepelio y luto) a sus trabajadores. Todos estos recursos son identificados por las Cuentas Nacionales de Salud, pero no son incluidos en ellas.

Fuente

MINSA-OPS. Base de Datos para el estudio "Cuentas Nacionales en Salud 1995-2000". Lima, 2002.

¹³ OMS. **Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud.** Capítulo 6. Ginebra 2001.

La dinámica del gasto en salud se realiza a través de cuatro grandes tipos de prestadores: los establecimientos públicos principalmente del Ministerio de Salud (MINSA), de la seguridad social en salud (EsSalud), de los prestadores privados y de la consulta directa en farmacia. El prestador público es el principal realizador del gasto, fundamentalmente a través de los establecimientos del Ministerio de Salud quien concentra el 29,1% del total, seguido por el gasto que realizan los establecimientos de EsSalud (25,4%) y por el efectuado por los establecimientos privados (22,5%). Se incluye como un prestador informal a la atención en farmacia por el importante volumen de gasto realizado (19,1%) (Cuadro 4).

Cuadro 4
Gasto en Salud según Prestador, Perú 2000*

Prestador	Millones de Soles	Porcentaje
Públicos	5140	58,4
MINSA	2557	29,1
Sanidades Fuerzas Armadas y Policiales	343	3,9
Otros (Municipios)	6	0,1
EsSalud	2234	25,4
Privados	1978	22,5
Lucrativo	1843	21,0
No Lucrativo	135	1,5
Compra directa en Farmacia	1676	19,1
Total General	8794	100,0%
Total en Cuentas Nacionales	8476	

*Preliminar

Fuente

MINSA-OPS. Base de Datos para el estudio "Cuentas Nacionales en Salud 1995-2000". Lima, 2002.

Desde la década pasada se han intentado diversos esfuerzos de asignación focalizada, tal como el Programa de Salud Básica para Todos, el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil. A fines del año 2001, el MINSA anunció la creación del Seguro Integral de Salud (SIS), cuyo objetivo principal es proteger a la población pobre que no cuenta con un seguro de salud, mediante el acceso a un Plan de Beneficios a ser provisto por diversos prestadores. Los Lineamientos de Política del MINSA para el periodo 2002-2006 establecen como uno sus resultados esperados que la población pobre esté incorporada al SIS, principalmente el grupo poblacional materno infantil.

Si se tiene en cuenta que el Seguro Integral de Salud se convertirá en el eje de expansión de los servicios médicos del MINSA, esta institución deberá, por lo menos, contar en el año 2006 con el financiamiento público de este seguro. Las estimaciones preliminares de las que se dispone calculan que para financiar la atención de toda la población pobre no asegurada se requería alrededor de 2480 millones de soles en el año 2006. Si se incluye a la población no pobre que asiste a escuelas públicas y que ya recibe el beneficio derivado del anterior programa del Seguro Escolar, se tiene 2656 millones de soles (Cuadro 5).

Cuadro 5
Requerimientos Financieros de Tesoro Público en el 2006
Seguro Integral de Salud

Población Objetivo	Millones de Soles	
	Costo Variable	Costo Total
Población Pobre No Asegurada	995,3	2480,4
0-1 años	46,3	116,2
1-3 años	130,5	327,2
4-17 años	174,5	431,7
Gestantes	99,5	248,2
Otras Mujeres en Edad Fértil	225,0	561,0
Resto de Adultos (varones > 18 años, mujeres > 49 años)	319,4	796,2
Población No Pobre Escolar (4-17 años)	44,6	176,1
Total	1039,9	2656,5

Elaborado en base a:

Bardalez C, M Garavito, M De Habich y J Pichihua. El Seguro Público de Salud. Propuesta. MINSA, agosto 2001.

Aunque en el Anexo I se detalla el número de personas para cada grupo poblacional y los costos per cápita, debe aclararse que se trata de una estimación gruesa porque los valores de algunas variables no están precisados. Primero, no se conoce el porcentaje de población en condición de pobreza para el año 2006; por lo que se ha optado por mantener el mismo porcentaje de población pobre no asegurada en salud del año 2001¹⁴. Además se ha supuesto, por simplicidad, que los cambios de escenario económico no influyen en dicho porcentaje. Segundo, si bien el grupo poblacional beneficiario es la población pobre no asegurada, los Lineamientos de Política otorgan prioridad al grupo materno infantil, lo que se calcula en el Anexo I. En dicho anexo se presentan dos opciones: a) considerando a todos los pobres no asegurados en salud incluyendo a los escolares no pobres de escuelas públicas¹⁵ y b) excluyendo a la población adulta¹⁶. Es muy posible que esa última opción sea transitoria ya que elimina el financiamiento a un grupo poblacional pobre importante, que tiene un rol significativo en la productividad laboral y que de alguna manera ya viene siendo actualmente subsidiado. Tercero, el contenido del plan de beneficios vigente va

¹⁴ Se ha estimado a la población pobre con el Método Integrado definido por el INEI (nota 3), siguiendo los cálculos de Bardalez et que parten del 59% de la población nacional en condición de pobreza en el año 2001. A dicho porcentaje porcentaje se le sustrae el 25% que es la población pobre que posee un seguro de salud (Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2000).

¹⁵ Esta inclusión se debe a la existencia del Seguro Escolar Gratuito que precedió al SIS.

¹⁶ Población masculina mayor de 17 años y población femenina mayor de 17 años no gestante.

acumulando características de integralidad¹⁷, por lo que se ha optado por considerar un conjunto así definido¹⁸. Por tanto, los cálculos realizados consideran la opción a).

Si al financiamiento requerido para el Seguro Integral de Salud se agrega el que requiere el MINSA para el desempeño de sus funciones de rectoría, regulación, administración central y salud pública, estimados en no menos de 600 millones de soles; y si se suma la carga de gastos en pensiones (300 millones) más los gastos incurridos por las sanidades de las fuerzas armadas y policiales (alrededor de 315)¹⁹, se arriba a una estimación deseable del financiamiento público en salud de 3871 millones de soles. Si bien este cálculo es preliminar, nos indica que las exigencias de financiamiento por tesoro público para el año 2006 en salud demandarán un incremento aproximado del 62% con relación al año 2000²⁰.

Identificado el problema de insuficiente financiamiento público para hacer frente a los objetivos enunciados por la actual gestión del sector salud, sobre todo en lo concerniente al financiamiento del Seguro Integral de Salud, se deriva la necesidad de desarrollar proyecciones de las fuentes de financiamiento a través de diversos escenarios de crecimiento económico y de políticas de salud. Este informe no desconoce la existencia de importantes niveles de ineficiencia sectorial y pública en la asignación de recursos financieros²¹ y, por ende, la necesidad de reasignación del gasto por resultados sanitarios, el control del gasto administrativo y la rendición de cuentas como elementos complementarios de una reforma financiera. Sin embargo, su objetivo específico es identificar la insuficiencia del financiamiento para una implementación efectiva del Seguro Integral de Salud y elaborar las proyecciones de financiamiento para el mismo.

¹⁷ Por Resolución Ministerial 1014-2002-SA/DM del 18 de junio del 2002 se incorporan nuevas prestaciones al conjunto que fuera definido por el Decreto Supremo 003-2002-SA.

¹⁸ Bardalez C, M Garavito, M De Habich y J Pichihua. **El Seguro Público de Salud**. Propuesta. MINSA, agosto 2001. Borrador.

¹⁹ Estimación realizada en base a: MINSA-OPS. Base de Datos para el estudio "Cuentas Nacionales en Salud 1995-2000". Lima, 2002.

²⁰ En cambio, si se excluyera totalmente del subsidio a la población adulta pobre y sin seguro, el requerimiento sería de 2558 millones de soles y sólo se necesitaría un incremento del 7% en la fuente tesoro público asignada a salud.

²¹ Diversos estudios han mostrado que el MINSA, principal receptor de la fuente tesoro público, focaliza inadecuadamente a sus beneficiarios y presenta problemas de ineficiencia. Véase: MINSA. **Evaluación de los Procedimientos de Programación y Presupuesto de las Regiones y Subregiones de Salud**. Estudio de MACROCONSULT S.A. para el Ministerio de Salud por encargo de USAID/Perú. Lima marzo 1998.

MINSA. **Análisis del Gasto Público en Salud**. Estudio de MACROCONSULT S.A. para el Ministerio de Salud por encargo de USAID/Perú. Lima 1997.

Cortez, Rafael. El Acceso a los Servicios de Atención de la Salud y la Equidad en su Financiamiento. En la **Revista de Análisis Económico** Volumen 11, No 2. Noviembre 1996. Santiago de Chile.

OPS-MINSA-SEPS. **Equidad en la Atención de Salud, Perú 1997**. Lima, 1999.

Portocarrero Grados, Augusto. **Redistribución del Gasto Público en Salud 1995-1998**. Tesis para optar el Título de Economista. Universidad Nacional de San Marcos. Lima, 2000.

II. DESCRIPCIÓN DE LAS POLÍTICAS

Se ha indicado anteriormente que el financiamiento de la salud en el Perú registra niveles insuficientes en comparación con el promedio latinoamericano e incluso mundial. Asimismo, se ha hecho referencia a la exclusión de la población pobre de la atención de salud y a las crecientes necesidades de financiamiento del Seguro Integral de Salud para cumplir las metas de cobertura con este grupo poblacional, lo que reclama mayores esfuerzos financieros de parte del Estado. Desde la perspectiva del financiamiento, y sin desconocer los problemas ya mencionados de asignación de recursos dentro del sector, se describen a continuación diversas políticas de acción de parte del Estado para enfrentar los problemas de financiamiento público en salud y cobertura de la seguridad social.

Sin bien de parte del actual gobierno peruano y del Ministerio de Salud existe el objetivo explícito de dar cobertura a la población pobre no asegurada, lo que implica un reto financiero de gran magnitud, además del desafío organizacional, la propuesta referida al desarrollo de la seguridad social en salud esta enunciada en los Lineamientos de Política del Sector Salud y se desarrolla en los lineamientos esbozados en el Informe Final de la Comisión de Alto Nivel de Salud²² que propone fundamentalmente el aseguramiento del trabajo informal.

Las políticas, que se describen a continuación, son las siguientes: (a) Esfuerzo fiscal en salud, y (b) Esfuerzo asegurador en salud

II.1 Esfuerzo Fiscal en Salud

La política de **Esfuerzo Fiscal** consiste principalmente en ampliar paulatinamente la fracción del Gasto Público dedicada a la Salud de manera tal de hacer financieramente viables los compromisos del **Seguro Integral de Salud (SIS)** para con la población pobre. Esta medida implica un replanteo de las prioridades en el gasto público.

Una segunda forma de ampliar el financiamiento público en salud mencionada en la literatura²³ consiste en la creación de nuevos impuestos y la ampliación de la base tributaria. Esta alternativa, que será discutida en las conclusiones, no es considerada en el modelo de financiamiento, el que asume al sistema tributario tal como actualmente es.

II.2 Esfuerzo Asegurador en Salud

La política de **Esfuerzo Asegurador** implica la aplicación de una política activa de aseguramiento de la población no pobre informal mediante dos medidas²⁴:

²² Denominada Comisión de Alto Nivel Encargada de Reiniciar el Proceso de Organización del Sistema Nacional de Salud (RM No 463-2001-SA/DM).

²³ OPS. "Cómo ejecutar las estrategias de descentralización y financiamiento mientras se protege a la población pobre" Documento de Política. Proyecto Gestión y Financiamiento de la salud para reducir el impacto de la pobreza en el Caribe. Washington, D.C., diciembre 2000.

²⁴ Si bien el Informe de la Comisión de Alto Nivel de Salud (ver nota 28) fijó como meta deseable al año 2006 lograr que el 50% de la población nacional esté cubierta por la seguridad social, este estudio no lo asume como meta, sino que explora los límites de la expansión del aseguramiento de la población informal no

- (a) Contribución obligatoria a la seguridad social en salud de parte de los contribuyentes que declaran ingresos independientes (“cuarta categoría”) equivalente al 9% de los ingresos declarados; y,
- (b) Incorporación de una fracción de los trabajadores fuera de planilla en empresas formalmente constituidas^{25,26}; y por ende, a la seguridad social en salud.

III. EL MODELO DE FINANCIAMIENTO

El financiamiento en salud ha sido modelado considerando los siguientes componentes: a) Variables Macroeconómicas y Financiamiento Público, b) Variables de Seguridad Social, c) Variables de Financiamiento Privado de los Hogares y Empresas; y d) Variables de Donaciones Internas y Cooperación Técnica no Reembolsable. Dichos componentes identifican dinámicas particulares de evolución del tesoro público en salud; de los ingresos derivados de aportaciones a la seguridad social; de los recursos “voluntarios” que los hogares y empresas destinan a la atención de su salud; y finalmente, de las donaciones nacionales y de la cooperación técnica no reembolsable proveniente del exterior. El conjunto de todos estos componentes conforman el financiamiento total en salud. Ver en el Anexo II las ecuaciones del modelo.

III.1 Variables Macroeconómicas y Financiamiento Público

El financiamiento de la atención de salud con recursos fiscales depende de los ingresos públicos y de la prioridad que se asigne a salud. Su evolución, entonces, dependerá de las tendencias macroeconómicas y de decisiones de política que se incorporan en el modelo como alternativas.

Las principales variables que afectan los ingresos fiscales son: la recaudación tributaria, los ingresos no tributarios y otros ingresos del gobierno central (como prestamos, ingresos por privatizaciones). En cambio, la disponibilidad para la ejecución de ingresos fiscales está

pobre en base a dos medidas factibles de ser implementadas. De esta manera el crecimiento del aseguramiento regular se convierte en una variable endógena del modelo.

²⁵ La Ley No 27626, publicada en enero del 2002 y reglamentada por DS No 003-2002-TR, restringe el uso de la intermediación laboral a un máximo del 20% del total de los trabajadores que realizan actividades principales en cada empresa. No comprende a los trabajadores que efectúan actividades complementarias (tal como vigilancia, seguridad, mantenimiento, mensajería externa y limpieza). Rige para la actividad sujeta al régimen laboral privado.

Las entidades que realizan intermediación laboral se denominan Empresas de Servicios o Cooperativas de Trabajadores y son mayormente conocidas con el nombre de “service”. Estas empresas contratan con terceras denominadas usuarias para colaborar temporalmente en el desarrollo de sus actividades mediante el destaque de sus trabajadores o socios, bajo el poder de dirección de la empresa usuaria.

²⁶ Esta Ley opera desde el 27 de mayo del 2002, fecha en que venció el plazo de adecuación de las empresas, pero dado su ámbito limitado al régimen privado a la actividad principal de la empresa, sus efectos en la formalización del empleo son pequeños. Este estudio examina los resultados de una ampliación de la Ley que abarque a la mayoría de los trabajadores que se encuentran bajo el régimen de intermediación laboral. De acuerdo al Ministerio de Trabajo el total de trabajadores en “service” antes de la norma ascendía a unos 127 mil, mientras que según la Asociación de Empresas de Trabajo Temporal (AETT) existían unos 145 mil trabajadores. Diario El Comercio, viernes 8 de marzo de 2002.

limitada por los compromisos de pago por endeudamiento externo y de déficit fiscal o resultado económico. El resultado económico²⁷ o superávit (déficit) fiscal se calcula como un residuo de los ingresos totales del sector público y sus gastos u obligaciones y se expresa como un porcentaje del PIB. El resultado dependerá de los escenarios macroeconómicos planteados, pues ellos influyen en la recaudación tributaria.

En Perú la recaudación tributaria se compone principalmente de cuatro impuestos: a las Ventas (50%), a la Renta (24%), Selectivo al Consumo (15%) y a la Importación (11%)²⁸. Aunque en términos generales, es posible afirmar que la recaudación tributaria es un porcentaje de la producción nacional, en el corto plazo esta relación no es exacta debido a que el PIB podría incrementarse sin que aumente la recaudación tributaria. Por ejemplo, un crecimiento basado en algún sector de la economía exonerado de tributos, no elevará la recaudación. Dado que el modelo considera un horizonte de cuatro años, se asume que la recaudación tributaria evoluciona con el PIB.

Los ingresos tributarios, los no tributarios y los procedentes de préstamos conforman los ingresos corrientes del sector público. De ellos se deducen los ingresos directamente recaudados, quedando los ingresos corrientes ordinarios del sector público. En este modelo se asume que el financiamiento público en salud es una fracción de estos ingresos ordinarios del sector público.

Entonces, se deduce que el financiamiento público de la salud depende del volumen de ingresos ordinarios y de la fracción de los mismos destinada a la atención de salud. Ello variará según los diferentes escenarios de crecimiento económico ya que estos influyen en la recaudación tributaria. En el modelo se asume las proyecciones de las variables macroeconómicas contenidas en el Marco Macroeconómico Multianual 2003-2005²⁹. En el Anexo III se presentan los supuestos de comportamiento para el año 2006.

III.2 Variables de Seguridad Social

La Seguridad Social en Salud en Perú actualmente es provista mayormente por el Seguro Social de Salud (EsSalud) y complementada con prestaciones de menor complejidad por la prestación privada especialmente certificada para este fin, denominada Entidad Prestadora de Salud (EPS)³⁰. Por tanto, el financiamiento de la Seguridad Social está compuesto por la recaudación de EsSalud por el trabajo dependiente y la recaudación por seguros que no provienen del aseguramiento del trabajo dependiente formal (llamados seguros

²⁷ El Resultado Económico está definido como la diferencia entre los ingresos corrientes y de capital menos el gasto público no financiero y el gasto en intereses de la deuda externa (sin considerar amortizaciones). Todos los años el gobierno firma un acuerdo o Carta de Intención acerca de este resultado, que cuando es negativo se convierte en déficit.

²⁸ De la estructura tributaria correspondiente al año 2001. No incluye las contribuciones sociales al organismo público previsional (ONPE) y a la seguridad social. (www.sunat.gob.pe).

²⁹ MEF. **Marco Macroeconómico Multianual 2003-2005**. Aprobado en Sesión del Consejo de Ministros del 28 de mayo del 2002.

³⁰ A junio del 2002, operaban tres EPSs, las que en su conjunto agrupaban aproximadamente al 3% del total de asegurados del país. EsSalud. **Memoria Anual 2000**. Lima, marzo 2001.

potestativos), más el crédito³¹ a las Entidades Prestadoras de Salud que corresponde a la seguridad social.

Desde la perspectiva de EsSalud, su financiamiento depende directamente de la recaudación que dicha entidad obtiene de sus asegurados. Esta recaudación tiene tres componentes: el principal proviene de los ingresos por los asegurados regulares descontado el crédito a las Entidades Prestadoras de Salud; le sigue la recaudación del seguro complementario de trabajo de riesgo, los nuevos seguros dirigidos a trabajadores independientes, y finalmente los ingresos no ligados a contribuciones³². La recaudación proveniente de los asegurados regulares depende del crecimiento de este grupo laboral y de las remuneraciones promedio de la economía.

Es conocido el fenómeno del crecimiento del sector informal a expensas del formal, sobre todo en América Latina y particularmente en el Perú, de manera tal que es posible, incluso, tener periodos de crecimiento económico sin aumento del empleo formal. Para evitar que se presente esta distorsión, se ha optado en el modelo por vincular el crecimiento de los asegurados regulares con el del PIB de la manufactura, ya que esta variable refleja mejor el comportamiento del empleo formal. Se incluye, además, los efectos de la Ley que regula la intermediación laboral³³.

Existe un importante nivel de discusión acerca de la cobertura posible de lograr con el aseguramiento destinado a la población informal. Una reflexión al respecto es la referida por Bennett³⁴ quien, luego de revisar 82 esquemas de aseguramiento en salud para población informal en 23 países, encuentra escasos logros de cobertura efectiva, con un promedio de 30% respecto a la población objetivo. La excepción a esta conclusión ocurre en aquellos países cuyos niveles de empleo general y crecimiento económico van en aumento.

Este estudio propone una medida de política para incorporar a la población independiente con capacidad de pago a la seguridad social en salud. Estaría dirigida a la población contribuyente que declara ingresos independientes, denominada “cuarta categoría”, y consistiría en una contribución obligatoria (fracción de sus ingresos) a cambio del derecho a recibir atenciones de salud de la seguridad social para ellos y sus familiares dependientes.

³¹ Para los asegurados regulares que se encuentran íntegramente en el EsSalud, sus empleados aportan el 9% de las remuneraciones. Para aquellos asegurados que han optado por una EPS, el 9% se descompone en 6,75% que va a EsSalud y 2,25% que se asigna como un “crédito” a la EPS elegida. Estos porcentajes fueron fijados por la Ley de Modernización de la Seguridad Social. Derogatorias o modificaciones a la Ley variarán el crédito y el mismo sistema.

³² Se incluye recaudación por duplicado de documentos, recaudación por gastos administrativos, intereses, etc.

³³ La que se describe en la sección II.

³⁴ Bennett, Sara. Health Insurance Schemes for People outside Formal Sector Employment, Current Concerns. ARA Paper Number 16, 1998

III.3 Variables del Financiamiento Privado de los Hogares y Empresas

El financiamiento privado en salud es voluntario en tanto no está obligado por Ley. Comprende al gasto de bolsillo de los hogares, el aporte adicional a las EPS y el gasto en seguros privados. Estos dos últimos pueden ser pagos hechos por los hogares o los empleadores. El gasto de bolsillo es efectuado por los hogares al consumir servicios públicos o privados e induce severos problemas de inequidad e ineficiencia que han sido descritos en la sección I.2.³⁵ El aporte adicional a las EPS ocurre cuando el asegurado consume servicios ofrecidos por ellas y es financiado de manera variable por trabajadores y empleadores.

El crecimiento del PIB afecta al gasto privado en salud de dos maneras contrarias. La primera ocurre cuando al incrementarse el PIB aumentan los ingresos familiares y por tanto la disposición a gastar más en la atención de salud, que es además un bien superior³⁶. La segunda manera sucede cuando al aumentar el PIB se eleva el financiamiento público en salud, lo que conlleva, mayor posibilidad de atención a los hogares y por ende menor gasto de estos en salud. Si este mayor gasto público en salud se focaliza en los hogares pobres - que es el objetivo del SIS-, se tiene además un efecto redistributivo positivo.

De otro lado, si este aumento del PIB ha implicado una elevación del PIB manufacturero, podremos suponer que la seguridad social aumentará su número de afiliados regulares, lo que induce un menor gasto privado de los hogares.

En términos de teoría económica podemos llamar al primer fenómeno “efecto ingreso” y al segundo “efecto sustitución”.³⁷ Por tanto, el descuento que se hace en el modelo al aumento del financiamiento privado en salud debido al crecimiento económico depende del crecimiento del financiamiento público y de la seguridad social.

Se tiene indicios respecto a la magnitud del aporte adicional de los hogares y de los empleadores a las EPS, el cual es aproximadamente tres veces el aporte obligatorio correspondiente a la seguridad social³⁸.

III.4 Variables de Donaciones y Cooperación Técnica no Reembolsable

Comprende las donaciones de nacionales y la cooperación técnica no reembolsable. Se asume un crecimiento anual del 5% en los próximos cuatro años debido a un contexto

³⁵ OPS. “Cómo ejecutar las estrategias de descentralización y financiamiento mientras se protege a la población pobre” Documento de Política. Proyecto Gestión y Financiamiento de la salud para reducir el impacto de la pobreza en el Caribe. Washington, D.C., diciembre 2000. p. 15-16.

³⁶ Es decir que cuando aumenta el ingreso de los hogares, el gasto en salud aumenta más que proporcionalmente.

³⁷ Ello implica asumir que un Sol gastado en el sector público salud tiene el mismo efecto en términos de efectividad y eficiencia que cuando se gasta en la provisión privada (formal e informal).

³⁸ De acuerdo a la “Presentación ante la Comisión de Seguridad Social del Congreso”. (3 setiembre del 2001) Diapositiva 20. <http://www.seps.gob.pe> se estima que esta parte representa alrededor del 70% de los ingresos de las EPS.

favorable en términos de desarrollo de la sociedad civil y de las relaciones con los cooperantes.

IV. LOS ESCENARIOS

IV.1 Escenarios Económicos

En la última década la economía peruana ha tenido períodos diversos de crecimiento. Debido a esta gran variabilidad en los resultados, el presente trabajo considera cuatro posibles escenarios de crecimiento del PIB real: nulo, bajo, moderado y alto. En el escenario con crecimiento económico bajo, el PIB per cápita real se mantiene constante, es decir que el PIB real crece al mismo ritmo que la población. En el de crecimiento moderado la tasa se aproxima a la considerada en la Carta de Intención para el año 2002³⁹. En el de crecimiento alto se recoge la proyección del Marco Macroeconómico Multianual 2003-2005 para el promedio del período. Las cifras han sido actualizadas con los reportes del Ministerio de Economía y Finanzas⁴⁰.

Estos niveles de crecimiento del PIB influyen, de acuerdo al modelo referido en el capítulo II, en otras variables de la economía, las cuales afectan el financiamiento de la salud. Estas son: la recaudación tributaria, el PIB de Manufactura, las remuneraciones reales y el gasto privado en salud (Cuadro 6).

Cuadro 6
Escenarios de Crecimiento
(Período 2002-2006)

Variables	Nulo	Bajo	Moderado	Alto
Crecimiento del PIB real	0,0%	1,7%	3,8%	4,8%
Crecimiento anual del PIB real del sector manufactura ^{1/}	0.0%	1.2%	2.7%	3.6%
Crecimiento anual de los cotizantes regulares de la seguridad social ^{2/}	0.0%	1.2%	2.7%	3.6%
Crecimiento anual de las remuneraciones ^{3/}	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%

^{1/} Se asume que el crecimiento de la manufactura es el 0.72 veces el crecimiento del PIB total. Este valor se deduce del promedio de la razón (crecimiento del PIB de la manufactura / crecimiento PIB total) de los últimos 7 años(1995-2001).

^{2/} Se asume que la tasa de crecimiento de los asegurados regulares es igual a la tasa de crecimiento del PIB del sector Manufactura.

^{3/} Se calcula la elasticidad promedio de sueldos y de salarios con respecto al crecimiento del PIB del periodo 1995-2000; se excluye al año 1998 porque expresa una variación atípica. Estas elasticidades de sueldos y salarios fueron ponderadas por la proporción de trabajadores empleados y obreros según la ENNIV 2000.

³⁹ “...se proyecta que el PIB real crezca entre 3,5 y 4 por ciento en el 2002...” MEF. **Carta de Intención presentada por el Gobierno de la República del Perú ante el Fondo Monetario Internacional**. p. 2. Lima, Enero, 2002.

⁴⁰ Aún siendo limitado el horizonte de proyección, las estimaciones oficiales de crecimiento del PIB para el mismo periodo han registrado ajustes menos optimistas. Ver dichas variaciones en los documentos: **Marco Macroeconómico Multianual 2002-2004** y **Marco Macroeconómico Multianual 2003-2005**.

Nótese que cuando el crecimiento del PIB es mayor, los niveles de las demás variables aumentan. Debido a la prolongada recesión de la economía peruana y a los niveles de desempleo existentes, es de esperar que al producirse una recuperación económica, el empleo crezca más que los salarios⁴¹.

Las demás variables macroeconómicas no se modifican en los distintos escenarios y provienen de las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística e Informática⁴² y del Marco Macroeconómico Multianual 2003-2005. Los valores de dicha variables se observan en el Cuadro 7.

Cuadro 7
Proyecciones de algunas variables macroeconómicas

Variable	2002	2003	2004	2005
Población Nacional (miles de personas)	26749	27148	27547	27947
Tipo de Cambio promedio	3,49	3,56	3,60	3,60
Tasa de Inflación anual (%)	2,00	2,50	2,50	2,50
Presión Tributaria (% del PIB)	12,0	12,3	12,4	12,4
Ingresos No Tributarios (millones S/.)	3847	3754	4166	4811
Ingresos de Capital del Gobierno General (millones S/.)	794	635	559	495
Intereses del Gobierno General (millones S/.)	3874	4228	4499	4893
Gastos No Financieros del Gobierno General (millones S/.)	30660	31660	33037	34829

Fuente: Marco Macroeconómico Multianual 2003-2005

IV.2 Aplicación de las Políticas

El modelo opera con cada una de las políticas consideradas en la sección II en los distintos escenarios económicos posibles. Adicionalmente, se considera una situación inercial donde no se aplica ninguna política.

Aplicación del Esfuerzo Fiscal en Salud

La diferencia entre una situación inercial y la de aplicación de la política de esfuerzo fiscal está únicamente en el ratio o razón de participación del financiamiento público en salud

⁴¹ Cuando el desempleo es elevado, una reactivación produce una leve mejoría en salarios y una mayor incremento en el empleo debido a la curvatura de la Curva de Phillips. Véase Sachs, Jeffrey y Felipe Larraín. **Macroeconomía en la Economía Global**. p. 448 y siguientes.

⁴² INEI. **Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050 Urbana Rural 1970-2025**. Boletín de Análisis Demográfico N° 35. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales Julio 2001

respecto del financiamiento del sector público por recursos ordinarios, la que se convierte en una variable endógena del modelo. Se busca dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿En cuánto debería crecer dicho ratio para que el Seguro Integral de Salud cubra la meta de gratuidad para la población pobre no asegurada en salud? Esto implica llevar al financiamiento público a 1075 millones de dólares anuales.

Aplicación de Esfuerzo Asegurador en Salud

La diferencia entre una situación inercial y otra de aplicación de la política de esfuerzo asegurador en salud está en las medidas de política propuestas. En la situación inercial el crecimiento de los asegurados regulares depende únicamente de la expansión del PIB de la manufactura, mientras que la evolución de los asegurados potestativos o independientes mantiene la tendencia histórica de crecimiento del último periodo disponible (marzo 2001-marzo 2002). Con la aplicación de la política de esfuerzo asegurador en salud, además del crecimiento de los asegurados regulares debido a la expansión de la manufactura, se explora la incorporación de los trabajadores que se desempeñan en las entidades de intermediación laboral y de la contribución de los trabajadores independientes ya identificados tributariamente. Ello implica que la tasa de crecimiento de los asegurados potestativos o independientes se anula porque en dicho grupo se ubican las personas que estarían siendo asimilados por las políticas descritas.

Los trabajadores independientes que declararon su Impuesto a la Renta en diciembre del 2001 fueron 1 millón 367 mil personas⁴³. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Niveles de Vida del año 2000 (ENNIV 2000), el 87,3% de los trabajadores independientes no cuenta con un seguro en salud. De dicho porcentaje, se asume, según los estudios de Bennet referidos, que sólo el 30% de dicha población logrará ser incorporado exitosamente.

Respecto a la formalización de los trabajadores que actualmente laboran en las entidades de intermediación laboral, se asume arbitrariamente que el 60%⁴⁴ de los trabajadores que laboran en dichas entidades se asimilan a la planilla de las empresas contratantes. Este traspaso, así como el de los trabajadores contribuyentes independientes se efectúa progresivamente en el modelo a partir del año 2002 hasta el 2006. Se plantea que todos ellos aportarían el 9% de sus ingresos a la seguridad social, con lo cual obtendrían los beneficios que ofrece EsSalud⁴⁵.

V. RESULTADOS

Se presentan los resultados del modelo teniendo en cuenta los distintos escenarios de políticas descritos en el capítulo anterior. Se analiza básicamente la evolución 2002-2006 de los siguientes indicadores: financiamiento total en salud, per cápita y como porcentaje del PIB; composición del financiamiento según el agente y/o fuente financiera; así como la

⁴³ Las fuentes utilizadas fueron la ENNIV 2000 y Nota Tributaria de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (www.sunat.gob.pe).

⁴⁴ Dado el número de trabajadores en este régimen laboral (130 mil personas), asumir otro porcentaje tiene un efecto poco significativo en los resultados agregados del modelo.

⁴⁵ Según la ENNIV 2000, el número de hijos promedio de los jefes de hogar es de 2.44. También el 77.6% manifestó tener cónyuge. En promedio el número de dependientes por trabajador es de 3.22 personas, denominados derechohabientes.

cobertura poblacional de la seguridad social en salud⁴⁶. En esta sección se presentan los resultados de dos de los cuatro escenarios de crecimiento del PIB considerados: crecimiento bajo (1,7% anual) y crecimiento moderado (3,8% anual). En el Anexo IV se muestran todos los escenarios.

V.1 Escenario Inercial

Este escenario considera únicamente tendencias inerciales; es decir, se mantiene el porcentaje del presupuesto público asignado a la atención de salud, la afiliación a la seguridad social y la conducta de los empleadores y de los hogares mantienen el comportamiento observado en los últimos años. En términos agregados, el financiamiento total en salud como porcentaje del PIB aumenta de 5,0% (año 2000) a 5,1- 5,3% en el 2006 según el escenario de crecimiento económico considerado; mientras que el financiamiento per cápita se incrementa de acuerdo al escenario de crecimiento económico considerado (Cuadro 8a).

Cuadro 8a
Escenario Inercial

Indicadores	Resultados Año 2000	Resultados al 2006	
		Crecimiento Bajo	Crecimiento Moderado
Resultados generales:			
Financiamiento total en salud / PBI	4,96%	5,27%	5,17%
Financiamiento total de salud (mills US\$)	2652,7	3096,7	3364,1
Financiamiento total en salud per cápita (\$)	102,3	109,5	119,0
Composición del financiamiento en salud (mills. US\$):			
• Recursos Ordinarios de Tesoro Público	662,2	729,1	795,1
• Recursos de Hogares	977,6	1135,8	1245,9
- Gastos de bolsillo	914,3	1071,2	1178,7
- Seguros	63,2	64,5	67,2
• Recursos de Empleadores y Trabajadores	888,3	1083,0	1175,7
- Seguridad Social (EsSalud y EPS)	726,6	901,1	977,9
- Seguros privados y autoseguros	161,7	181,9	197,7
• Donaciones	49,6	65,4	64,8
• Otras fuentes	75,1	83,4	82,7
Total	2652,7	3096,7	3364,1
Otros:			
Cobertura poblacional de la Seguridad Social	26,1%	28,5%	31,0%
Déficit Fiscal (% del PIB)	-3,2%	-2,8%	-1,4%

⁴⁶ Muestra qué porcentaje de la población nacional está en el régimen contributivo de la seguridad social (EsSalud y EPS).

Cuadro 8b
Estructura porcentual del financiamiento en salud
Escenario Inercial

Fuentes de Financiamiento	Resultados Año 2000	Resultados al 2006	
		Crecimiento Bajo	Crecimiento Moderado
• Recursos Ordinarios de Tesoro Público	25,0	23,5	23,6
• Recursos de Hogares	36,9	36,7	37,0
- Gastos de bolsillo	34,5	34,6	35,0
- Seguros	2,4	2,1	2,0
• Recursos de Empleadores y Trabajadores	33,5	35,0	35,0
- Seguridad Social (EsSalud y EPS)	27,4	29,1	29,1
- Seguros privados y autoseguros	6,1	5,9	5,9
• Donaciones	1,9	2,1	1,9
• Otras fuentes	2,8	2,7	2,5
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Dos importantes resultados se observan en los Cuadros 8a y 8b. Primero, la imposibilidad de elevar la participación del Estado en el financiamiento de la salud, confiando solamente en el crecimiento económico –aún cuando éste es alto–, lo que resulta preocupante en un país que tiene más de mitad de la población en condición de pobreza. Como se discutiera en la sección I, el incremento de la participación pública en el financiamiento de la salud es uno de los requisitos para mejorar la equidad y cobertura de la atención. Segundo, como consecuencia de lo anterior, existiría insuficiente financiamiento público para hacer frente al objetivo propuesto por el SIS: la atención de la población pobre no asegurada.

Incluso la participación pública en el financiamiento de la salud disminuiría un poco más de un punto porcentual: del 25% en el año 2000 al 23,6% en el 2006 con un crecimiento económico moderado⁴⁷. Esto se debe a la limitada participación de la atención de salud dentro del presupuesto de ingresos corrientes ordinarios del sector público, que es de sólo 9,3% lo que reduce notablemente el efecto del crecimiento económico.

A diferencia de lo anterior, la participación del financiamiento de los hogares es más sensible al crecimiento económico, tanto porque la atención de salud es un bien superior, como porque con una política inercial el crecimiento del financiamiento público es muy pequeño como para tener impacto en las decisiones de los hogares. Como resultado, la participación de los hogares no aumenta con un crecimiento económico bajo porque este equivale a mantener constante el ingreso per cápita, aumenta sólo 0,1% con el crecimiento económico moderado y 0,3% con el alto⁴⁸. En términos reales, y como se observa en el Cuadro 8b, el crecimiento porcentual del financiamiento de los hogares es mayor al del financiamiento público. Como se indicara en la sección I, descansar el financiamiento de la

⁴⁷ En un escenario de crecimiento económico esta participación sólo llega al 23,7%. Ver Anexo IV

⁴⁸ Ver Anexo IV.

salud en los hogares, principalmente en “gasto de bolsillo” y en sociedades altamente desiguales, empeora la inequidad y la eficiencia general de la atención de salud.

El financiamiento proveniente de los empleadores es también más sensible al crecimiento de la economía que el financiamiento público, pero lo es en menor grado que el privado. El componente más importante del financiamiento de los empleadores es el destinado a la seguridad social y éste depende del aumento de la manufactura y del crecimiento de los salarios reales⁴⁹. Como resultado, la participación de este financiamiento aumenta en términos reales a un ritmo mayor al del financiamiento público pero menor al privado.

La cobertura de la seguridad social en concordancia con el financiamiento de los empleadores, aumenta en términos absolutos siguiendo el ritmo del crecimiento económico.

V.2 Escenario de Política con Esfuerzo Fiscal

Este escenario hace énfasis en el crecimiento del financiamiento público para dar viabilidad al objetivo del Seguro Integral de Salud: la atención garantizada a la población pobre que no dispone de seguro en salud. En la sección I.2 se daba cuenta de estimaciones preliminares de financiamiento para cubrir a esta población con paquetes integrales de atención, lo que implicaría disponer aproximadamente de alrededor de 2656 millones de soles (unos US\$ 737 millones). Además se agregaban otros gastos del MINSA y de las sanidades de las fuerzas armadas y policiales que permitía arribar a una estimación cercana a 3,870 millones de soles (alrededor de US\$ 1075 millones). Esa estimación nos indica que las exigencias de financiamiento por ingresos ordinarios del tesoro público para el año 2006 son relativamente muy altas; aun teniendo en cuenta que pueden ser ajustadas por modificaciones en el contenido de los planes de beneficios del Seguro Integral de Salud, según los gastos de adecuación del sistema público de salud y mediante ahorros por eficiencia que puedan generarse. De una ejecución por Tesoro Público de US\$ 662,2 millones en el año 2000 se requerirían US\$ 1075 millones en el año 2006, lo que equivale a un incremento del 62% para arribar a la meta mencionada⁵⁰.

Como respuesta a esta demanda, el ratio de participación del financiamiento público en salud respecto del financiamiento por ingresos ordinarios del Sector Público debería pasar del actual 9,3% al 12,8% en el año 2006 en un escenario de crecimiento económico moderado y del 14,0% si el crecimiento económico es bajo⁵¹.

¿Con qué se cuenta para poder desarrollar esta política?, o dicho de otra manera, ¿Qué es lo que le podría dar sostenibilidad? La respuesta es compleja y depende tanto de la voluntad

⁴⁹ El sector manufactura crece 0,72% por cada 1% de crecimiento del PIB y el modelo asume que los salarios reales se incrementan mínimamente (Ver Cuadro 6).

⁵⁰ Si se considerara únicamente como población objetivo a la población en condición de pobreza extrema, el financiamiento requerido disminuiría y sería compatible con la actual participación de salud en el financiamiento del sector público. No obstante, esta propuesta resulta socialmente inaceptable al considerar la exclusión financiera total para con la población en condición de pobreza no extrema y financieramente poco segura debido a los altos costos de administración para asegurar que no exista filtración hacia ellos.

⁵¹ Con un escenario de crecimiento nulo la participación asciende a 15,1%, mientras que con crecimiento alto sólo es necesario el 12,1% (Anexo IV).

del Estado en preservar el gasto social relevante, como de la capacidad del mismo Ministerio de Salud en evidenciar mejoras importantes en la situación sanitaria y en su contribución al desarrollo del capital humano nacional. En cuanto al primer aspecto, si bien el Ministerio de Economía y Finanzas inició desde el año 2000 los Programas Sociales Protegidos, entre los cuales esta la atención de salud de primer y segundo nivel (puestos, centros de salud y hospitales de cabecera de red), el tener que modificar la prioridad que el financiamiento en salud tenga dentro del financiamiento público en su conjunto, es automáticamente una decisión de política nacional y no sectorial, ya que pone en discusión las prioridades de los demás sectores. El segundo aspecto se concentra en el mismo sistema de salud y depende fundamentalmente de la capacidad del MINSA para lograr credibilidad en su gestión. Debe estar compuesto de mejoras en la eficiencia y de una mayor vinculación del gasto con resultados sanitarios relevantes.

El principal resultado de este escenario es la reversión de la tendencia inercial que disminuía la participación del financiamiento público, hacia una mayor participación del mismo y además focalizada hacia la población pobre. Bajo esta política, el financiamiento total en salud como porcentaje del PIB llega al 5,8% con un crecimiento económico bajo y al 5,5% con uno moderado, lo que en términos percapita representa en el año 2006 entre US\$ 120 y 128. El financiamiento público es el principal impulsor de este avance (Cuadros 9a y 9b). Un segundo resultado, asociado al anterior, es la disminución del peso del financiamiento de los hogares, debida a la mayor oferta pública. Como esta oferta estaría focalizada a la población pobres, los efectos redistributivos serían importantes.

La participación de los recursos públicos en el financiamiento total pasa del 25,0% en el año 2000 al 31,6% en el 2006 en un escenario de crecimiento económico bajo y al 29,8% en un crecimiento moderado.

El efecto deseado de la disminución del porcentaje que corresponde al financiamiento privado -del 36,9% al 32,8-34,0% según el crecimiento económico bajo o moderado-, es la reducción del financiamiento de bolsillo de parte de los hogares pobres. Su efecto es muy potente en términos de equidad puesto que el mayor esfuerzo público se dirige a una población focalizada a través del SIS. Este resultado es directamente observable en el Cuadro 9a al mostrarse la cobertura del SIS, 58,8% de la población nacional, conformada mayoritariamente por la población pobre no asegurada⁵². Para simplificar el modelo, se ha asumido que los cambios de escenario económico no alteran el porcentaje de población en condición de pobreza.

Como puede deducirse, los resultados en el financiamiento de empleadores y trabajadores y la cobertura de la seguridad social no difieren significativamente del escenario inercial.

⁵² A esta población se han agregado los escolares que asisten a escuelas públicas aún no siendo pobre (ver nota 15)

Cuadro 9a
Escenario con Esfuerzo Fiscal

Indicadores	Resultados Año 2000	Resultados al 2006	
		Crecimiento Bajo	Crecimiento Moderado
Resultados generales:			
Financiamiento total en salud / PBI	4,96%	5,78%	5,54%
Financiamiento total de salud (mills US\$)	2652,7	3398,7	3606,1
Financiamiento total en salud per cápita (\$)	102,3	120,2	127,5
Composición del financiamiento en salud (mills. US\$):			
• Recursos Ordinarios de Tesoro Público	662,2	1075,1	1075,1
• Recursos de Hogares:	977,6	1114,7	1227,5
- Gastos de bolsillo	914,3	1051,4	1161,2
- Seguros	63,2	63,3	66,2
• Recursos de Empleadores y Trabajadores	888,3	1063,0	1158,2
- Seguridad Social (EsSalud y EPS)	726,6	884,4	963,4
- Seguros privados y autoseguros	161,7	178,5	194,8
• Donaciones	49,6	64,2	63,9
• Otras fuentes	75,1	81,8	81,4
Total	2652,7	3398,7	3606,1
Otros:			
Cobertura poblacional Seg. Integral de Salud		58,8%	58,8%
Cobertura poblacional de la Seguridad Social	26,1%	28,4%	30,9%
Deficit Fiscal (% del PIB)	-3,2%	-2,8%	-1,4%

Cuadro 9b
Estructura porcentual del financiamiento en salud
Esfuerzo Fiscal

Fuentes de Financiamiento	Resultados Año 2000	Resultados al 2006	
		Crecimiento Bajo	Crecimiento Moderado
• Recursos Ordinarios de Tesoro Público	25,0	31,6	29,8
• Recursos de Hogares	36,9	32,8	34,0
- Gastos de bolsillo	34,5	30,9	32,2
- Seguros	2,4	1,9	1,8
• Recursos de Empleadores y Trabajadores	33,5	31,3	32,1
- Seguridad Social (EsSalud y EPS)	27,4	26,0	26,7
- Seguros privados y autoseguros	6,1	5,3	5,4
• Donaciones	1,9	1,9	1,8
• Otras fuentes	2,8	2,4	2,3
Total	100,0%	100,0%	100,0%

V.3 Escenario de Política con Esfuerzo Asegurador

Este escenario incorpora a una parte de la población asalariada no pobre en la seguridad social. Dada la limitada magnitud de los segmentos que se asimilan al sector formal⁵³, los resultados que se observan difieren únicamente de los que se presentan en el escenario inercial en cuanto al incremento de la cobertura de la población con seguridad social.

Con esta política, la cobertura de la seguridad social aumenta del 26,1% de la población nacional en el año 2000 al 31,7% -34,4% en el año 2006 según el escenario de crecimiento económico bajo o moderado, lo que además muestra una alta sensibilidad al escenario económico considerado. Asociado a ello los recursos de la seguridad social se incrementarían entre un 31 y 42% (Cuadros 10a y 10b).

Dos observaciones son necesarias. La primera esta dada por los límites del actual modelo de seguridad social que continua centrado en el empleo declarado en planilla. La segunda es la ausencia de estudios de cálculo actuarial, lo que impide estimar técnicamente los requerimientos financieros para el funcionamiento y sostenibilidad del sistema; por esta razón los estimados que aquí se presentan son meramente referenciales al considerar un aporte equivalente al 9% de los ingresos estimados.

Cuadro 10a
Escenario con Esfuerzo Asegurador

Indicadores	Resultados Año 2000	Resultados al 2006	
		Crecimiento Bajo	Crecimiento Moderado
Resultados generales:			
Financiamiento total en salud / PBI	4,96%	5,35%	5,25%
Financiamiento total de salud (mills US\$)	2652,7	3144,4	3414,3
Financiamiento total en salud per cápita (\$)	102,3	111,2	120,7
Composición del financiamiento en salud (mills. US\$):			
• Recursos Ordinarios de Tesoro Público	662,2	729,1	795,0
• Recursos de Hogares	977,6	1131,5	1241,5
- Gastos de bolsillo	914,3	1071,2	1178,5
- Seguros	63,2	60,3	63,0
• Recursos de Empleadores y Trabajadores	888,3	1135,0	1230,3
- Seguridad Social (EsSalud y EPS)	726,6	953,1	1032,6
- Seguros privados y autoseguros	161,7	181,9	197,7
• Donaciones	49,6	65,4	64,8
• Otras fuentes	75,1	83,4	82,7
Total	2652,7	3144,4	3414,3
Otros:			
Cobertura poblacional de la Seguridad Social	26,1%	31,7%	34,4%
Déficit Fiscal (% del PIB)	-3,2%	-2,8%	-1,4%

⁵³ Incorporación parcial de los trabajadores que se desempeñan en las entidades de intermediación laboral y de los trabajadores independientes ya identificados tributariamente.

Cuadro 10b
Estructura porcentual del financiamiento en salud
Esfuerzo Asegurador

Fuentes de Financiamiento	Resultados Año 2000	Resultados al 2006	
		Crecimiento Bajo	Crecimiento Moderado
• Recursos Ordinarios de Tesoro Público	25,0	23,2	23,3
• Recursos de Hogares	36,9	36,0	36,4
- Gastos de bolsillo	34,5	34,1	34,5
- Seguros	2,4	1,9	1,8
• Recursos de Empleadores y Trabajadores	33,5	36,1	36,0
- Seguridad Social (EsSalud y EPS)	27,4	30,3	30,2
- Seguros privados y autoseguros	6,1	5,8	5,8
• Donaciones	1,9	2,1	1,9
• Otras fuentes	2,8	2,7	2,4
Total	100,0%	100,0%	100,0%

V.4 Escenario de Política con Esfuerzo Fiscal y Asegurador

En este escenario se agregan ambas políticas referidas a la mayor participación fiscal del financiamiento en salud y a la expansión de cobertura de la seguridad social. En comparación con el escenario inercial, la combinación de ambas políticas produce el mayor financiamiento nacional en salud como porcentaje del PIB que permite arribar a 5,9 y 5,6% en los escenarios de crecimiento económico bajo y moderado, con un financiamiento per cápita entre US\$ 122 y 129 respectivamente. Como se recuerda (sección I,1), el país presentó en el año 2000 un porcentaje de gasto en salud por debajo del promedio latinoamericano. Este aumento del financiamiento total se debe principalmente a la mayor participación del financiamiento público, lo cual permite disminuir el financiamiento de los hogares pobre, y a un limitado crecimiento del aseguramiento social en salud.

Se agregan dos resultados importantes. El primero es una estructura más equilibrada del financiamiento donde las tres fuentes principales, estado, empleadores-trabajadores y hogares aportan cada una aproximadamente un tercio. Ello en contraste con la situación del escenario inercial en que los hogares terminaban aportando dos quintas partes del financiamiento de la atención de salud para el año 2006. El segundo resultado, vinculado al anterior, es una cobertura agregada de aseguramiento en salud entre el 90,5 y el 93,2% para el año 2006 (Cuadros 11a y 11b).

Cuadro 11a
Escenario con Esfuerzo Fiscal y Asegurador

Indicadores	Resultados Año 2000	Resultados al 2006	
		Crecimiento Bajo	Crecimiento Moderado
Estructura porcentual:			
Financiamiento total en salud / PBI	4,96%	5,86%	5,62%
Financiamiento total de salud (mills US\$)	2652,7	3446,4	3656,2
Financiamiento total en salud per cápita (\$)	102,3	121,9	129,3
Composición del Financiamiento (mills. US\$):			
• Recursos Ordinarios de Tesoro Público	662,2	1075,3	1075,2
• Recursos de Hogares	977,6	1110,8	1223,4
- Gastos de bolsillo	914,3	1051,6	1161,3
- Seguros	63,2	59,2	62,1
• Recursos de Empleadores y Trabajadores	888,3	1114,3	1212,3
- Seguridad Social (EsSalud y EPS)	726,6	935,7	1017,5
- Seguros privados y autoseguros	161,7	178,6	194,8
• Donaciones	49,6	64,2	63,9
• Otras fuentes	75,1	81,9	81,4
Total	2652,7	3446,4	3656,2
Otros:			
Cobertura poblacional Seg. Integral de Salud		58,8%	58,8%
Cobertura poblacional de la Seguridad Social	26,1%	31,7%	34,4%
Déficit Fiscal (% del PIB)	-3,2%	-2,8%	-1,4%

Cuadro 11b
Estructura porcentual del financiamiento en salud
Esfuerzo Fiscal y Asegurador

Fuentes de Financiamiento	Resultados Año 2000	Resultados al 2006	
		Crecimiento Bajo	Crecimiento Moderado
• Recursos Ordinarios de Tesoro Público	25,0	31,2	29,4
• Recursos de Hogares	36,9	32,2	33,5
- Gastos de bolsillo	34,5	30,5	31,8
- Seguros	2,4	1,7	1,7
• Recursos de Empleadores y Trabajadores	33,5	32,3	33,2
- Seguridad Social (EsSalud y EPS)	27,4	27,2	27,8
- Seguros privados y autoseguros	6,1	5,2	5,3
• Donaciones	1,9	1,9	1,7
• Otras fuentes	2,8	2,4	2,2
Total	100,0%	100,0%	100,0%

VI CONCLUSIONES

El Perú tiene un insuficiente financiamiento nacional para hacer frente a los requerimientos de la atención de salud en el país y, sobretudo, presenta una estructura de financiamiento inequitativa e ineficiente que descansa en recursos directamente provistos por los hogares, denominados “gasto de bolsillo”. Como respuesta a esta realidad, el Estado peruano ha puesto en marcha el Seguro Integral de Salud, cuyo objetivo primordial es la atención de la población pobre no asegurada, con financiamiento proveniente del tesoro público.

Este estudio surgió en dicho contexto y se propuso analizar la viabilidad de un cambio en los niveles y estructura de financiamiento en los próximos años de manera de hacer factible el objetivo gubernamental. Ello implica fundamentalmente alterar la estructura de financiamiento aumentando la participación pública y reduciendo la de los hogares de menores ingresos. El año meta es el 2006.

Se llega a las siguientes conclusiones:

1. Resulta imposible elevar la participación del Estado en el financiamiento de la salud confiando solamente en el crecimiento económico, aun en el escenario más optimista. Ello se debe tanto a la escasa presión tributaria, como a la limitada prioridad de la atención de salud en el presupuesto público. Lograr el aumento de la protección financiera a los pobres requiere de una política pública activa capaz de efectuar una reforma tributaria y de aumentar significativamente la prioridad de financiamiento público en salud.
2. Sin embargo, las implicancias del cumplimiento de este objetivo sectorial recurriendo casi exclusivamente a la mayor participación en el financiamiento de los ingresos ordinarios del tesoro público, pone a salud a competir con los otros sectores lo que afecta las decisiones del financiamiento público en su conjunto, y por tanto, se convierte automáticamente en una decisión de política nacional y no sectorial. Se ponen en discusión las prioridades de los demás sectores y los delicados equilibrios macroeconómicos.
3. Hacer realidad la promesa política de cobertura efectiva en salud para la población pobre no asegurada con fondos de tesoro público requiere de un esfuerzo fiscal no sólo de índole asignativa, sino también una reforma tributaria. Perú presenta uno de los niveles más bajos de presión tributaria en América Latina y su estructura no es la más adecuada. Entre los años 1997 y 2001 la presión tributaria cayó de 14,1% al 12,3% y esta caída estuvo asociada a la reducción de impuestos y al importante aumento de exoneraciones tributarias⁵⁴. Con un nivel tan bajo de recaudación, no es posible sostener políticas sociales de carácter universal como la que conlleva el Seguro Integral de Salud dirigido a más de la mitad de la población peruana.
4. Las posibilidades de incrementar la cobertura de la seguridad social no son altas y se limitan básicamente a la incorporación parcial de los trabajadores que se

⁵⁴ El Marco Macro Económico Multianual 2003-2005 las calcula en 1,9% del PIB.

desempeñan en las entidades de intermediación laboral y de los trabajadores independientes ya identificados tributariamente. Si bien es posible incluir a otros grupos informales, como por ejemplo a quienes reciben préstamos bancarios, estas opciones están por verificarse y la cobertura que logren no será masiva.

5. Dado el relativo estancamiento del empleo formal, un modelo de seguridad social anclado en el mismo, no ofrece mayores posibilidades de expansión. Se requiere de una profunda discusión para rediseñar el modelo de seguridad social en un país donde más de la mitad de la fuerza laboral no está en planilla.
6. Justamente las limitaciones por ampliar la cobertura de la seguridad social, llevan a centrar la atención en un seguro público de salud como es el Seguro Integral de Salud. No obstante, existe el riesgo de un problema de filtración de parte de grupos no pobres por afiliarse al SIS y de la posibilidad que algunos empleadores consideren más conveniente buscar que sus trabajadores estén afiliados al SIS que efectuar la aportación al seguro social de salud. Ello implica, primero, que los problemas de focalización y filtración no deben ser descuidados; segundo, el tema de copagos debe ser abordado en función de dichos problemas y no como una fuente privilegiada de financiamiento; y, tercero, que las estrategias de desarrollo de ambos seguros (SIS y Seguro Social de Salud) deben ser coordinadas.
7. Propugnar un aumento significativo del financiamiento público en salud conlleva no sólo esfuerzos de obtención de ingresos, sino también la necesidad de ir acompañada de mejoras tanto en la eficiencia sectorial (sinergia entre instituciones) e institucional, como en la eficacia de la atención, lo que pasa forzosamente por la revisión y readecuación de los modelos de atención y la gestión de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANCO MUNDIAL (BM). Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/1 Lucha contra la Pobreza. Washington DC, 2001

BARDALEZ, Carlos, Miguel GARAVITO, Midori DE HABICH y Juan PICHIHUA. "El Seguro Público de Salud. Propuesta". MINSA, agosto 2001. Documento de Trabajo.

BENNETT, Sara. Health Insurance Schemes for People outside Formal Sector Employment, Current Concerns. ARA Paper Number 16, 1998

CORTEZ, Rafael. El Acceso a los Servicios de Atención de la Salud y la Equidad en su Financiamiento. En la **Revista de Análisis Económico** Volumen 11, No 2. Noviembre 1996. Santiago de Chile.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA (INEI). "Metodologías Estadísticas". Año 1, n° 2, enero 2000

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA (INEI). **Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050 Urbana Rural 1970-2025**. Boletín de Análisis Demográfico N° 35. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales Julio 2001

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF). **Carta de Intención presentada por el Gobierno de la República del Perú ante el Fondo Monetario Internacional**. Lima, 16, Enero, 2002.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF). **Marco Macroeconómico Multianual 2003-2005**. Aprobado en Sesión del Consejo de Ministros del 28 de mayo del 2002.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF). **Informe de Seguimiento del Marco Macroeconómico Multianual 2002-2004 al 31 de diciembre del 2001**. Marzo 2002.

MINISTERIO DE SALUD (MINSA). **Análisis del Gasto Público en Salud**. Estudio de MACROCONSULT S.A. para el Ministerio de Salud por encargo de USAID/Perú. Lima 1997.

MINISTERIO DE SALUD (MINSA). **Evaluación de los Procedimientos de Programación y Presupuesto de las Regiones y Subregiones de Salud**. Estudio de MACROCONSULT S.A. para el Ministerio de Salud por encargo de USAID/Perú. Lima marzo 1998.

MINISTERIO DE SALUD (MINSA). **Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006.** Lima, julio 2002.

MINISTERIO DE SALUD (MINSA) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Base de Datos para el estudio **Cuentas Nacionales en Salud 1995-2000.** Lima, 2002.

MINISTERIO DE SALUD (MINSA) - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Base de Datos para el estudio **La Atención de Salud en el Perú.** Lima, 2002.

MUSGROVE, Philip, R. ZERAMDINI y G. CARRIN. "Basic Patterns in National Health Expenditure. **Bulletin of the World Health Organization** 2002, 80 (2) Geneva, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico.** Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS). Organización Mundial de la Salud. Ginebra, diciembre 2001.
<http://www.who.int/cmhrefort>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud.** Ginebra diciembre 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) “**Cómo ejecutar las estrategias de descentralización y financiamiento mientras se protege a la población pobre**” Documento de Política. Proyecto Gestión y Financiamiento de la salud para reducir el impacto de la pobreza en el Caribe. Washington, D.C., diciembre 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Gasto Nacional de Salud en las Américas: Situación Actual y Tendencias.** Documento de Trabajo. Políticas Públicas y de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Washington, febrero 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) - MINISTERIO DE SALUD (MINSA) - SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD (SEPS). **Equidad en la Atención de Salud, Perú 1997.** Lima, 1999.

PORTOCARRERO GRADOS, Augusto. **Redistribución del Gasto Público en Salud 1995-1998.** Tesis para optar el Título de Economista. Universidad Nacional de San Marcos. Lima, 2000.

SACHS, Jeffrey y Felipe LARRAÍN. **Macroeconomía en la Economía Global.**

SEGURO SOCIAL DE SALUD (EsSalud) . **Memoria Anual 2000.** Lima, Marzo 2001

SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD (SEPS).
“Presentación ante la Comisión de Seguridad Social del Congreso”. Lima, 3 setiembre del
2001. Diapositiva 20. <http://www.seps.gob.pe>

ANEXO I
ESTIMACIONES DE FINANCIAMIENTO POR TESORO PUBLICO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA EL
AÑO 2006

PLAN A Población Pobre No Asegurada	Número de personas		Costo per capita S/.		Total (S/.)		Total (US\$) TC = 3.6	
	2001	2006	C. Variable	C. Total	Costo Variable	Costo Total	Costo Variable	Costo Total
0-1 años	332 373	356 300	130	326	46 318 967	116 153 717	12 866 380	32 264 921
1-3 años	936 354	1 003 760	130	326	130 488 788	327 225 730	36 246 886	90 896 036
4-17 años	4 284 224	4 592 635	38	94	174 520 135	431 707 703	48 477 815	119 918 807
Gestantes	420 062	450 301	221	551	99 516 580	248 115 999	27 643 495	68 921 111
Otras mujeres en edad fértil	3 042 474	3 261 495	69	172	225 043 121	560 977 054	62 511 978	155 826 959
Resto adultos	4 318 202	4 629 059	69	172	319 405 081	796 198 172	88 723 634	221 166 159
TOTAL PLAN A		14 293 550			995 292 672	2 480 378 376	276 470 187	688 993 993

PLAN B Población No Pobre Escolar	Número de personas		Costo per capita S/.		Total (S/.)		Total (US\$) TC = 3.6	
	2001	2006	C. Variable	C. Total	Costo Variable	Costo Total	Costo Variable	Costo Total
4-17 años	2 190 193	2 347 860	38	94	89 218 673	220 698 822	61 305 228	17 029 230
Copago					-44 625 798	-44 625 798	-12 396 055	3 443 349
TOTAL PLAN B		2 347 860			44 592 875	176 073 024	48 909 173	13 585 881

TOTAL PLAN A + PLAN B		16 641 410			1 039 885 547	2 656 451 400	325 379 360	702 579 875
------------------------------	--	-------------------	--	--	----------------------	----------------------	--------------------	--------------------

PLAN A RESTRINGIDO Población Pobre No Asegurada	Número de personas		Costo per capita S/.		Total (S/.)		Total (US\$) TC = 3.6	
	2001	2006	C. Variable	C. Total	Costo Variable	Costo Total	Costo Variable	Costo Total
0-1 años	332 373	356 300	130	326	46 318 967	116 153 717	12 866 380	32 264 921
1-3 años	936 354	1 003 760	130	326	130 488 788	327 225 730	36 246 886	90 896 036
4-17 años	4 284 224	4 592 635	38	94	174 520 135	431 707 703	48 477 815	119 918 807
Gestantes	420 062	450 301	221	551	99 516 580	248 115 999	27 643 495	68 921 111
TOTAL PLAN A RESTRINGIDO		6 402 996			450 844 471	1 123 203 150	125 234 575	312 000 875

TOTAL PLAN A RESTRINGIDO + B		8 750 856			495 437 346	1 299 276 174	174 143 749	325 586 756
-------------------------------------	--	------------------	--	--	--------------------	----------------------	--------------------	--------------------

Fuente: Bardalez C., M. Garavito, M. De Habich y J Pichihua. El Seguro Público de Salud. Propuesta. MINSA, agosto 2001.

ANEXO II

ECUACIONES DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO

El modelo considera los siguientes módulos:

- a) Módulo de Variables Macroeconómicas y Financiamiento Público
- b) Módulo de Seguridad Social
- c) Módulo de Financiamiento Privado de los Hogares y Empleadores; y
- d) Modulo de Donaciones Internas y Cooperación Técnica no Reembolsable.

1. Módulo de variables Macroeconómicas y Financiamiento Público

Se definen variables macroeconómicas las cuales, además, intervienen para los cálculos de las variables consideradas en los demás módulos. Las variables utilizadas son: el **gasto público no financiero del gobierno general** (GG), los **ingresos tributarios** (IT) y **no tributarios** (INoT), los **ingresos de otras entidades del sector público** (Otros), los **ingresos de capital del gobierno general** (IK), el **gasto financiero o intereses** (G_{FIN}) correspondiente al pago de endeudamiento externo, el resto de cuentas del sector público consolidado (RESTO) y el compromiso de **déficit fiscal** o **resultado económico del sector público consolidado** (RE)⁵⁵.

A su vez, los ingresos tributarios (IT) depende de la **presión tributaria** (t), del Producto Bruto Interno (Y) y su crecimiento (γ). La meta del resultado económico del sector público consolidado se suele fijar con el Fondo Monetario Internacional (FMI) mediante un porcentaje θ del PIB⁵⁶.

En ecuaciones:

Los ingresos tributarios son un porcentaje (t) de la producción nacional (Y)⁵⁷.

$$(1) \quad IT = t * Y$$

La producción nacional del año actual Y depende de la producción del año anterior Y_1 multiplicada por la tasa de crecimiento del presente año.

$$(2) \quad Y = (1+\gamma) * Y_{-1}$$

El resultado económico del sector público consolidado (que en nuestro caso es déficit fiscal) se expresa como un porcentaje θ del PIB⁵⁸.

⁵⁵ Todos los años el gobierno firma un acuerdo o Carta de Intención acerca de este resultado, que cuando es negativo se convierte en déficit.

⁵⁶ Los acuerdos con el FMI fijan el déficit como porcentaje del PIB. De allí el signo negativo delante del parámetro.

⁵⁷ Cabe mencionar que en el corto plazo esta relación no es exacta debido a que el PIB podría incrementarse sin que se incremente la recaudación tributaria. Por ejemplo, un crecimiento basado en algún sector de la economía exonerado de tributos no elevará la recaudación.

⁵⁸ Se expresa en negativo por ser un déficit.

$$(3) \quad RE = -\theta * Y$$

Además se satisface la siguiente identidad:

$$(4) \quad RE = (IT + INoT + IK + Otros) - (GG + G_{FIN}) + RESTO$$

Los **ingresos corrientes** (IC) del sector público están definidos por:

$$(5) \quad IC = IT + INoT$$

De esta fuente de ingresos, solo una parte corresponde a **ingresos corrientes ordinarios** (ICO). Esta variable se calcula restando los **ingresos directamente recaudados** (IDR) del los Ingresos Corrientes. Es decir,

$$(6) \quad ICO = IC - IDR.$$

Finalmente el Financiamiento Público en Salud (FPubS) proveniente de la fuente de ingresos ordinarios es una fracción (α) de los ingresos corrientes ordinarios.

$$(7) \quad FPubS = \alpha * ICO$$

Las demás variables: gasto del gobierno (GG), ingresos no tributarios (INT), ingresos de capital (IK), Otros Ingresos (Otros) y del resto de cuentas del sector público consolidado (RESTO) son exógenas en este modelo, y se asumen las proyecciones del Marco Macroeconómico Multianual.

2. Módulo de Seguridad Social

Este módulo calcula el Financiamiento de la Seguridad Social (FSS), que está compuesto por la Recaudación de EsSalud (RESS) más el crédito a las EPS que corresponde a la seguridad social (REPS1) y la recaudación por seguros potestativos de las EPS (REPS2), pues ambos subsectores conforman la seguridad social en salud.

$$(8) \quad FSS = RESS + REPS1 + REPS2$$

El Financiamiento de EsSalud (RESS) es calculado en la ecuación (9) directamente de la recaudación que dicha entidad obtiene de sus asegurados. Esta recaudación tiene tres componentes importantes: a) la recaudación por los asegurados regulares (RESS1) descontado el crédito a las EPS⁵⁹; b) la recaudación de los nuevos seguros y el seguro

⁵⁹ Para los asegurados regulares que se encuentran íntegramente en el EsSalud, sus empleados aportan el 9% de las remuneraciones. Para aquellos asegurados que han optado por una EPS el aporte es de 6.75% de los ingresos.

complementario de trabajo de riesgo (RESS2); y c) los ingresos de EsSalud no ligados a contribuciones⁶⁰, denominado (OTROS_{SS}).

$$(9) \quad RESS = RESS1 + RESS2 + OTROS_{SS}$$

Reemplazando la ecuación (9) en (8) obtenemos la recaudación de la seguridad social según tipo de aseguramiento.

$$(10) \quad FSS = \underbrace{(RESS1 + REPS1)}_{\text{Regulares}} + \underbrace{(RESS2 + REPS2)}_{\text{Potestativos}} + OTROS_{SS}$$

$$(11) \quad \text{Regulares} = RESS1 + REPS1$$

En el modelo se asigna a REPS2 el valor de cero pues la recaudación de las EPS por seguros potestativos es insignificante. Sin embargo, en el futuro podría tomar un valor positivo. La variable OTROS_{SS} presenta un comportamiento irregular sin ninguna tendencia reconocible. Por ello se asume para los próximos años el valor promedio de los últimos cinco años. Se agregan dos medidas de política para ampliar la cobertura regular de aseguramiento a la seguridad social, las cuales sólo tendrán valor positivo cuando se considere la aplicación de la política correspondiente: a) la incorporación de los trabajadores que laboran en entidades de intermediación laboral y b) la incorporación de los trabajadores independientes que declaran sus impuestos a la renta por cuarta categoría.

$$(12) \quad \text{Regulares} = \text{Regulares}_{-1} * (1 + \phi_1) * (1 + \beta) * (1 + \pi) + \text{ExServ} + \text{IndepCuartaCat}$$

$$(13) \quad \phi_1 = f(\omega)$$

La recaudación de asegurados regulares (Regulares) en soles corrientes depende del crecimiento del número de asegurados regulares (ϕ_1), del crecimiento de las remuneraciones promedio de la economía (β), y de la tasa de inflación (π). El crecimiento de los asegurados regulares depende del crecimiento del PIB de manufactura (ω) pues esta variable refleja mejor el comportamiento del empleo formal.

La recaudación por los nuevos seguros de EsSalud del año actual depende de la recaudación del año anterior, multiplicado por su propio ritmo de crecimiento (ϕ_2), por el crecimiento de las remuneraciones (β) y por la tasa de inflación (π).

$$(14) \quad RESS2 = RESS2_{-1} * (1 + \phi_2) * (1 + \beta) * (1 + \pi)$$

El parámetro ϕ_2 expresa la tasa de crecimiento del aseguramiento independiente. En el caso de aplicarse la medida de incorporar a la seguridad social a todos los trabajadores

⁶⁰ Se incluye recaudación por duplicado de documentos, recaudación por gastos administrativos, intereses, etc.

independientes, este crecimiento de los seguros independientes se anula, ya que el principal grupo para este seguro, que es el trabajo independiente con nivel de ingreso declarado, pasa a ser asegurado regular.

La recaudación de las EPS (REPS1) corresponde al 25%⁶¹ de las cotizaciones de los asegurados regulares que han optado por alguna EPS. Esta recaudación en soles, al igual que la de los demás asegurados regulares, también depende del crecimiento de las remuneraciones (β) y del crecimiento del número de asegurados. Cabe resaltar que el crecimiento de REPS1 sólo cambia la composición interna de la recaudación por asegurados regulares, pero no debería incrementar la recaudación de la Seguridad Social como un todo (EsSalud y EPS). El crecimiento de la recaudación por EPS, (ϕ_3), se calcula a partir de su crecimiento histórico.

$$(15) \quad REPS1 = REPS1_{-1} * (1 + \phi_3) * (1 + \beta) * (1 + \pi)$$

3. Módulo de Financiamiento Privado de los Hogares y Empleadores

Este módulo estima el financiamiento privado voluntario en salud (FPrivS) de los hogares y el de los empleadores para con sus trabajadores, independiente del aporte a la seguridad social. Comprende al gasto de bolsillo de los hogares (GBol), el aporte adicional a las EPS (REPS3), y el Gasto en Seguros Privados (GsegPriv). Estos dos últimos pueden ser pagos hechos por los trabajadores o los empleadores. El gasto de bolsillo es efectuado por los hogares al consumir servicios públicos o privados. El aporte adicional a las EPS ocurre cuando el asegurado consume servicios ofrecidos por las EPS y es financiado de manera variable por trabajadores y empleadores.

Se estima que el Financiamiento Privado en Salud depende del financiamiento del período anterior incrementado por el crecimiento del PIB (γ) ajustado por la elasticidad de este financiamiento privado respecto al ingreso (ϵ). Este incremento en el gasto privado es el "efecto ingreso" debido a un mayor crecimiento del PIB. Además, al financiamiento privado se le descuenta el incremento del financiamiento público (ΔF_{PubS}) y de la seguridad social (ΔF_{SS}), ya que se asume que los hogares y empleadores destinarán directamente menos dinero a la atención en salud si se incrementan los otros financiamientos. Este vendría ser el "efecto sustitución" El descuento depende del crecimiento del financiamiento público y de la seguridad social.

$$(16) \quad FPrivS = FPriv_{-1} * (1 + \gamma\epsilon) * (1 + \pi) - (\Delta F_{PubS} + \Delta F_{SS})$$

Cabe esperar que la composición del financiamiento privado (ecuación 17) se modifique debido a reasignaciones entre sus componentes originadas por la competencia entre prestadores públicos, privados y modalidades de aseguramiento. Por ejemplo, un aumento del aseguramiento vía EPS (REPS3) reducirá la participación porcentual de los otros componentes.

⁶¹ Este porcentaje fue fijados por la Ley de Modernización de la Seguridad Social. Derogatorias o modificaciones a la Ley variarán el crédito.

$$(17) \quad \text{PrivS} = \text{GBol} + \text{REPS3} + \text{GSegPriv}$$

$$(18) \quad \text{REPS3} = 3 * \text{REPS1}$$

El aporte adicional de los hogares y los empleadores a las EPS (REPS2) es aproximadamente tres veces el aporte obligatorio correspondiente a la seguridad social (REPS1)⁶².

4. Modulo de donaciones internas y cooperación técnica no reembolsable

Comprende las donaciones de nacionales y la cooperación técnica no reembolsable (DON).

Se asume un crecimiento anual del 5% en los próximos cinco años.

$$(19) \quad \text{DON} = \text{DON}_{-1} * 1.05$$

5. El Financiamiento Total en Salud (FTS)

Es la suma de las cuatro fuentes mencionadas anteriormente

$$(20) \quad \text{FTS} = \text{FPubS} + \text{FSS} + \text{FPrivS} + \text{DON}$$

Se divide entre el tipo de cambio para convertir en US\$:

$$(21) \quad \text{FTS\$} = \text{FPubS\$} + \text{FSS\$} + \text{FPrivS\$} + \text{FExt\$}$$

Otros supuestos utilizados en el modelo son los siguientes:

- (a) Gasto Privado en Salud /PIB es de 0.85. Este valor fue estimado mediante el crecimiento del PIB y el crecimiento del consumo privado total de la década del 90. Se utilizaron las series de las Cuentas Nacionales del Banco Central de Reserva del Perú (BCRP).
- (b) Los otros ingresos de EsSalud no ligados a aportaciones son calculados a partir del promedio de los años 1999 y 2000.
- (c) El crecimiento de las EPS es calculado según la evolución de los últimos 12 meses (mayo 2001-abril 2002).

⁶² De acuerdo a la "Presentación ante la Comisión de Seguridad Social del Congreso". (3 setiembre del 2001) Diapositiva 20. <http://www.seps.gob.pe> se estima que esta parte representa alrededor del 70% de los ingresos de las EPS.

ANEXO III

SUPUESTOS DE COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES MACROECONOMICAS

El Marco Macroeconómico Multianual (MMM) 2003-2005 incluye proyecciones macroeconómicas hasta el año 2005, por lo que se ha requerido estimar los valores hasta el año 2006 mediante los siguientes supuestos:

- **Tipo de cambio promedio.** Teniendo en cuenta la tendencia constante del MMM a lo largo del periodo, se consideró el mismo valor del 2005, es decir 2.6 soles por dólar.
- **Tasa de inflación.** Se mantuvo la estimación del 2% anual.
- **Presión Tributaria.** Se mantuvo la estimación del año 2005, 12,4%.
- **Ingresos No Tributarios.** Se mantuvo la tasa de crecimiento del 15% anual proyectada en el MMM entre los años 2004 y 2005.
- **Ingresos de otras entidades.** Se supuso un incremento del 9,5%, el cual es consistente con las tasas de crecimiento proyectadas en el MMM.
- **Ingresos de Capital.** Se calculó el promedio del período considerado en el MMM.
- **Intereses.** Se calculó el promedio del período considerado en el MMM.
- **Gasto Público No Financiero del Gobierno General.** Se supuso un incremento del 5% , el cual es consistente con las tasas de crecimiento proyectadas en el MMM.

ANEXO IV

RESULTADOS SEGÚN ESCENARIOS DE CRECIMIENTO ECONÓMICO

CUADRO N° 1
ESCENARIO INERCIAL

Fuentes de Financiamiento	Resultados Año 2000	Resultados al 2006			
		Crecimiento Nulo	Crecimiento Bajo	Crecimiento Moderado	Crecimiento Alto
Financiamiento total en salud / PBI	4,96%	5.36%	5.27%	5.17%	5.12%
Financiamiento total salud (mills US\$)	2652,7	2892.3	3096.7	3364.1	3526.9
Financiamiento total salud per cápita (\$)	102,3	102.3	109.5	119.0	124.7
Estructura del financiamiento en salud:					
• Recursos ordinarios de tesoro público	25,0	23.5	23.5	23.6	23.7
• Hogares:	36,9	36.4	36.7	37.0	37.2
- Gastos de bolsillo	34,5	34.2	34.6	35.0	35.3
- Compra de seguros	2,4	2.2	2.1	2.0	2.0
• Empleadores y Trabajadores:	33,5	35.0	35.0	34.9	34.9
- Seguridad Social	27,4	29.1	29.1	29.1	29.0
- Seg. privados y autoseguros	6,1	5.9	5.9	5.9	5.9
• Donaciones	1,9	2.3	2.1	1.9	1.83
• Otras fuentes	2,8	2.9	2.7	2.5	2.33
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100.0
Otros:					
Cobertura poblacional Seguridad Social	26,1%	26.6%	28.5%	31.0%	32.3%
Déficit Fiscal (% del PIB)	-3,2%	-4.2%	-2.8%	-1.4%	-0.6%

CUADRO N° 2
ESCENARIO CON ESFUERZO FISCAL

Fuentes de Financiamiento	Resultados Año 2000	Resultados al 2006			
		Crecimiento o Nulo	Crecimiento Bajo	Crecimiento Moderado	Crecimiento Alto
Financiamiento total en salud / PBI	4,96%	6.00%	5.78%	5.54%	5.42%
Financiamiento total salud (mills US\$)	2652,7	3241.9	3398.7	3606.1	3732.8
Financiamiento total salud per cápita (\$)	102,3	114.6	120.2	127.5	132.0
Estructura del financiamiento en salud:					
• Recursos ordinarios de tesoro público	25,0	33.2	31.6	29.8	28.8
• Hogares:	36,9	31.7	32.8	34.0	34.7
- Gastos de bolsillo	34,5	29.9	30.9	32.2	32.9
- Compra de seguros	2,4	1.9	1.9	1.8	1.8
• Empleadores y trabajadores:	33,5	30.5	31.3	32.1	32.6
- Seguridad Social (EsSalud y EPS)	27,4	25.4	26.0	26.7	27.1
- Seguros privados y autoseguros	6,1	5.1	5.3	5.4	5.5
• Donaciones	1,9	2.0	1.9	1.8	1.7
• Otras fuentes	2,8	2.5	2.4	2.3	2.2
Total:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Otros:					
Cobertura poblacional de Seguridad Social	26,1%	26.6%	28.4%	30.9%	32.3%
Déficit Fiscal (% del PIB)	-3,2%	-4.2%	-2.8%	-1.4%	-0.6%

CUADRO N°3
ESCENARIO CON ESFUERZO ASEGURADOR

Fuentes de Financiamiento	Resultados Año 2000	Resultados al 2006			
		Crecimiento Nulo	Crecimiento Bajo	Crecimiento Moderado	Crecimiento Alto
Financiamiento total en salud / PBI	4,96%	5.44%	5.35%	5.25%	5.19%
Financiamiento total salud (mills US\$)	2652,7	2938.1	3144.4	3414.3	3578.4
Financiamiento total salud per cápita US\$	102,3	103.9	111.2	120.7	126.5
Estructura del financiamiento en salud:					
• Recursos ordinarios de tesoro público	25,0	23.1	23.2	23.3	23.3
• Hogares:	36,9	35.7	36.0	36.4	36.6
- Gastos de bolsillo	34,5	33.7	34.1	34.5	34.8
- Compra de seguros	2,4	2.0	1.9	1.8	1.8
• Empleadores y trabajadores:	33,5	36.1	36.1	36.0	36.0
- Seguridad Social	27,4	30.4	30.3	30.2	30.2
- Seguros privados y autoseguros	6,1	5.8	5.8	5.8	5.8
• Donaciones	1,9	2.2	2.1	1.9	1.8
• Otras fuentes	2,8	2.9	2.7	2.4	2.3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Otros:					
Cobertura poblacional Seguridad Social	26,1%	29.7%	31.7%	34.4%	36.0%
Déficit Fiscal (% del PIB)	-3,2%	-4.2%	-2.8%	-1.4%	-0.6%

CUADRO N°4
ESCENARIO CON ESFUERZO FISCAL Y ASEGURADOR

Fuentes de Financiamiento	Resultados Año 2000	Resultados al 2006			
		Crecimiento Nulo	Crecimiento Bajo	Crecimiento Moderado	Crecimiento Alto
Financiamiento total en salud / PBI	4,96%	6.09%	5.86%	5.62%	5.49%
Financiamiento total salud (mills US\$)	2.652,7	3287.7	3446.4	3656.2	3784.3
Financiamiento total salud per cápita (\$)	102,3	116.3	121.9	129.3	133.8
Estructura del financiamiento en salud:					
• Recursos ordinarios de tesoro público	25,0	32.7	31.2	29.4	28.4
• Hogares:	36,9	31.2	32.2	33.5	34.2
- Gastos de bolsillo	34,5	29.5	30.5	31.8	32.5
- Seguros	2,4	1.7	1.7	1.7	1.7
• Empleadores y trabajadores:	33,5	31.6	32.3	33.2	33.6
- Seguridad Social	27,4	26.6	27.2	27.8	28.2
- Seguros privados y autoseguros	6,1	5.1	5.2	5.3	5.4
• Donaciones	1,9	2.0	1.9	1.7	1.7
• Otras fuentes	2,8	2.5	2.4	2.2	2.1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Otros:					
Cobertura poblacional Seguridad Social	26,1%	29.7%	31.7%	34.4%	36.0%
Déficit Fiscal (% del PIB)	-3,2%	-4.2%	-2.8%	-1.4%	-0.6%