

Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud Perú 1985 - 2002



MINISTERIO
DE SALUD



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud

Perú 1985-2002

Lima, setiembre de 2003

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DE SALUD**

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Perú, 2003

Catalogación hecha por el Centro de Documentación OPS/OMS en el Perú.

Análisis y tendencias en la utilización de servicios de salud: Perú 1985-2002 / Perú.
Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas; Organización Panamericana
de la Salud. -- Lima: Ministerio de Salud, 2003.

62 p.

SERVICIOS DE SALUD, tendencias, / EQUIDAD / ENCUESTAS DE ATENCIÓN DE
LA SALUD / PERÚ

(OPS/PER/03.36)

ISBN 9972-785-85-8

Hecho el Depósito Legal N° 150 105 2003-6359

El estudio fue elaborado por OPS/OMS a solicitud del Ministerio de Salud. Participaron en las discusiones de los resultados los sucesivos Directores de la Dirección General de Salud de las Personas: Oswaldo Lazo, Luisa Hidalgo, Luis Quiroz y Nora Reyes, así como Moisés Acuña, Jefe del Seguro Integral de Salud y Francisco Sánchez-Moreno, presidente de la Comisión de Apoyo a la Reforma en Salud del MINSA. Por la Representación en Perú de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), fueron responsables del estudio Margarita Petretera y Luis Cordero

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

Prefacio

Este estudio ha sido efectuado con el objetivo de contribuir a la identificación y conocimiento de las tendencias en la utilización de servicios de salud en el Perú a lo largo de las últimas dos décadas.

Distingue a este análisis el seguimiento de las declaraciones de la población peruana a lo largo de cuatro encuestas poblacionales que han permitido medir de manera sistemática y representativa las condiciones y niveles de vida de la población, incluyendo a la utilización de servicios de salud como uno de sus componentes. Teniendo en cuenta la heterogénea evolución de la sociedad peruana en el periodo 1985-2000 y las expectativas posteriores, este estudio ofrece, también, la posibilidad de encontrar los vínculos entre los contextos políticos y económicos con los niveles y modos de acceso de la población a los servicios de salud.

Teniendo en cuenta el carácter heterogéneo de la población peruana tanto en lo que respecta a niveles socioeconómicos, composición demográfica, geográfica y étnica, así como de perfiles de riesgo en salud, esta investigación, más que expresar los promedios nacionales, hace un especial seguimiento a los diferentes grupos poblacionales, identificando tendencias en su interior. Merece destacar que este abordaje contribuye a entender cómo los procesos de exclusión/inclusión definen a lo largo del tiempo diferentes niveles y contenidos al concepto de equidad en la atención de salud, incluyendo la experiencia de modalidades precursoras del aseguramiento público, lo que ha permitido extender el análisis al año 2002, en lo que al aseguramiento público se refiere.

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.

Luis Eliseo Velásquez Londoño
Representante a.i. en Perú
OPS/OMS

Alvaro Vidal Rivadeneyra
Ministro de Salud
Gobierno Peruano

Contenido

1. TENDENCIAS EN EL PERIODO 1985 -2000
 - 1.1. En el Contexto Social y Económico
 - 1.2. En la Utilización de Servicios de Salud
 - 1.2.1. Utilización de servicios por las personas que reportaron enfermedad
 - 1.2.2. Utilización de servicios según tipo de prestador
 - 1.2.3. Comportamiento de la no utilización de servicios de salud
 - 1.3. Factores Determinantes y Utilización
 - 1.3.1. Grupos de edad
 - 1.3.2. Niveles de Ingreso y situación de pobreza
 - 1.3.3. Ambito de residencia urbano-rural
 - 1.3.4. Pertenencia étnica
 - 1.3.5. Aseguramiento en salud
 2. CAMBIOS EN LOS PERFILES DE LOS CONSULTANTES SEGÚN PRESTADORES 1994-2000
 - 2.1. Grupos de edad y prestador
 - 2.2. Niveles de Ingreso y situación de pobreza y prestador
 - 2.3. Ambito de residencia urbano-rural y prestador
 - 2.4. Nivel educativo y prestador
 3. ANALISIS DE EQUIDAD DEL MINSA
 - 3.1. Inequidades en el acceso según niveles de complejidad de la atención
 - 3.2. Gasto de los hogares
 - 3.3. Aseguramiento público: Seguro Escolar Gratuito
 - 3.4. Aseguramiento público: Seguro Integral de Salud
 4. CONCLUSIONES
- ANEXO METODOLÓGICO

1. Tendencias en el Período 1985 - 2000

1.1. En el Contexto Social y Económico

En el periodo 1985-2000 ocurrieron importantes cambios en el país los que podrían ser sintetizados a través de su evolución demográfica y socio-económica.

La población peruana pasó de 19.492.395 millones de habitantes en 1985 a 25.661.690 en el año 2000, lo que equivale a un incremento del 31,9 % en 15 años. Si bien la tasa de crecimiento demográfica viene mostrando una tendencia decreciente desde 1972, la presión demográfica debida principalmente a la migración interna, se viene expresando fuertemente en las grandes ciudades. Tres características tipifican la evolución demográfica en el Perú:

a) Su transición hacia el envejecimiento poblacional.

La tasa de crecimiento poblacional según el censo de 1972 fue de 2,9%, el censo de 1993 mostró 2,2% y para el 2000 fue estimada en 1,8%. La población menor de 14 años pasó de 40,1% en el año 1985 a 33,3% en el 2000. Asimismo, la población mayor de 65 años paso de 3,7% a 4,6%¹.

b) La distribución espacial de la población se concentra en pocas ciudades, las mismas que se extienden con un patrón urbano-marginal.

El desplazamiento de la población del campo a la ciudad se inicia poco antes de la década de los cincuenta; la población que vivía en áreas urbanas pasó del 35% en el año 1940 a 59,5% en 1972, 66,4% en el año 1985 y 72,0% en el 2000. La población residente en las 32 ciudades mayores de 20.000 habitantes pasó del 45,7% en el año 1981 al 62,3% en el 2000; de estas las que más crecieron son las ciudades con más de 100 mil habitantes². De esta manera, para el año 1993, el 22% de la población no vivía donde nació, tendencia que se ha acentuado.

c) El carácter disperso de la población rural remanente.

La población rural estimada al año 2000 era de 28% resaltando su carácter altamente disperso y rezagado en términos de ingreso, educación, salud y demás factores de desarrollo.³

La economía peruana presenta tres características estructurales: a) marcada inestabilidad en el crecimiento económico y tendencias recesivas (gráfica 1);

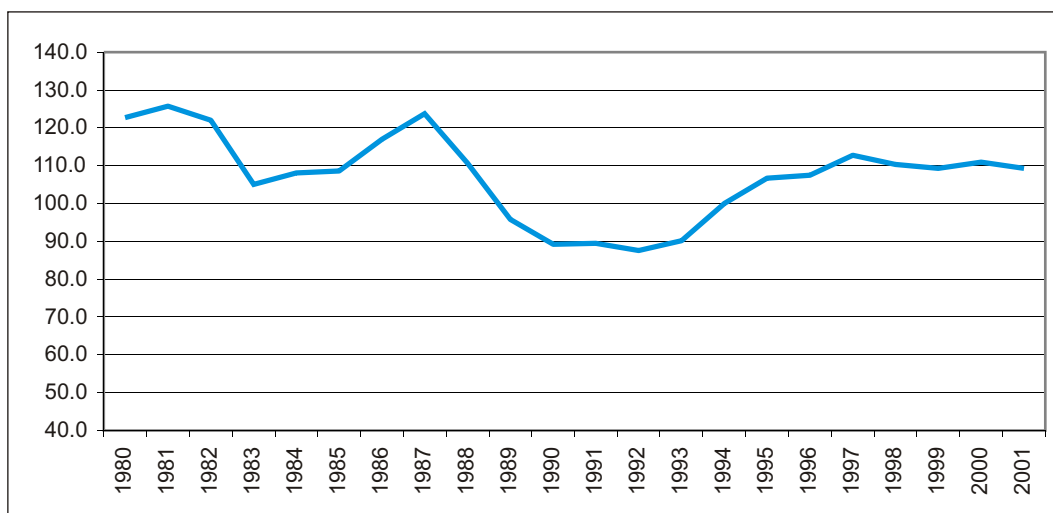
¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ver www.inei.gob.pe, (consultado 23.enero.2003). Ver también Informe sobre el Desarrollo Humano Perú 2002. PNUD-Perú. Capítulos 2 y 3.

² Ibidem.

³ Ibidem.

b) desindustrialización, reprimarización y terciarización; y c) alta dependencia externa. Estas características están bien descritas en el Informe sobre el Desarrollo Humano (PNUD)⁴.

Gráfica 1
Perú: Evolución del Producto Bruto Interno Per Cápita 1980-2001
(Índice 1994=100)



Fuente: Banco Central de Reserva

Vinculada a las características de la estructura económica, al inestable y frágil crecimiento de la economía y a las desigualdades distributivas, la pobreza en el Perú es un problema persistente. Esta condición afectaba en el año 2000, a 54% de la población nacional y su evolución ha mostrado un patrón de fluctuaciones cortas con tendencia a su agudización. En términos absolutos, el número de pobres y de pobres extremos es mayor en Lima Metropolitana (dado el asentamiento urbano-marginal), mientras que en términos relativos, es mayor en el ámbito rural (Cuadro 1)⁵.

⁴ Informe sobre el Desarrollo Humano Perú 2002. PNUD-Perú. Capítulo 2.

⁵ Debe indicarse que ajustes metodológicos referidos a la estimación de la pobreza extrema realizados posteriormente durante los años 2001 - 2003 mostraron la existencia de una subestimación sobre todo en la Sierra urbana y rural y en la Selva urbana. Como resultado, los recientes revisiones de los niveles de pobreza extrema en el año 2000 aumentaron hasta el 24% de la población nacional, mientras que la población en condición de pobreza se redujo al 48%. En los análisis aplicados al año 2002, se tienen en cuenta las nuevas estimaciones. Ver Instituto Nacional de Estadística e Informática, Consorcio de Investigación Económica y Social, Institut de Recherche pour le Developpement. **Nuevas Estimaciones de la Pobreza en el Perú 1997-2000**. Lima, Perú, agosto del 2001. HERRERA Javier. **La Pobreza en el Perú 2002**. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Institut de Recherche pour le Developpement. Lima, septiembre 2003.

Cuadro 1
Perú: Pobreza y Extrema Pobreza 1986-2000
(en porcentajes de población)

Categorías	1985 Población = 16.739 (miles de personas)		1994 Población = 22.791 (miles de personas)		1997 Población = 24.328 (miles de personas)		2000 Población = 25.625 (miles de personas)	
	Pobres	Pobres extremos	Pobres	Pobres extremos	Pobres	Pobres extremos	Pobres	Pobres extremos
Nacional	41,6	18,4	53,4	19,0	50,7	14,7	54,1	14,8
Lima Metropolitana	27,4	3,4	42,4	5,5	35,5	2,4	45,2	4,7
Costa Urbana	42,1	11,1	51,9	12,2	58,3	7,6	53,1	8,4
Costa Rural	50,0	26,6	63,4	26,5	52,8	23,6	64,4	27,3
Sierra Urbana	36,4	15,4	51,6	14,6	37,5	7,4	44,3	6,6
Sierra Rural	49,2	32,3	64,7	37,7	68,1	32,6	65,5	30,2
Selva Urbana	48,2	23,3	43,0	12,0	44,2	7,2	51,5	11,6
Selva Rural	68,0	43,9	70,1	38,6	64,9	36,4	69,2	31,5

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano, Perú 2002. PNUD.
 Elaborado en base a las ENNIVs.

Dados los importantes cambios demográficos y los marcados patrones de pobreza y asentamiento urbano-rural indicados, es imprescindible analizar la interrelación entre estos factores y las tendencias en la utilización de los servicios de salud en el periodo 1985-2000.

1.2. En la Utilización de Servicios de Salud

En las encuestas de hogares, el módulo de salud suele iniciarse con las preguntas referidas a captar la percepción del estado de salud de las personas del hogar entrevistado. La ENNIV pregunta por la autopercepción de enfermedad y/o molestia en salud de cada miembro del hogar en las últimas 4 semanas; a continuación se hacen preguntas respecto de las decisiones tomadas en cuanto a la(s) consulta(s) (tipo y prestador) realizada(s).

Se describen, a continuación, las tendencias en la utilización de los servicios de salud registradas a lo largo del periodo 1985-2000.

1.2.1 Utilización de servicios por las personas que reportaron enfermedad

En el periodo 1985-2000, se evidencian tres características en el comportamiento de los hogares para enfrentar sus necesidades percibidas de salud (Cuadro 2):

Cuadro 2
Perú: Tendencias de Utilización de los Servicios de Salud 1985-2000
(en porcentajes de población)

Categorías	1985	1994	1997	2000
Consultó	40,3	40,8	54,0	55,9
Institucional ¹	30,7	31,5	43,5	47,5
MINSA	19,3 ²	15,8	25,0	29,1
EsSalud		8,0	9,5	10,0
Privado	11,4	6,8	8,0	7,8
No Institucional	9,6	9,3	10,5	8,4
No consultó	59,7	59,2	46,0	44,1
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

¹Dado que se presenta a los principales prestadores institucionales, la suma de los mismos es un poco menor al total institucional.

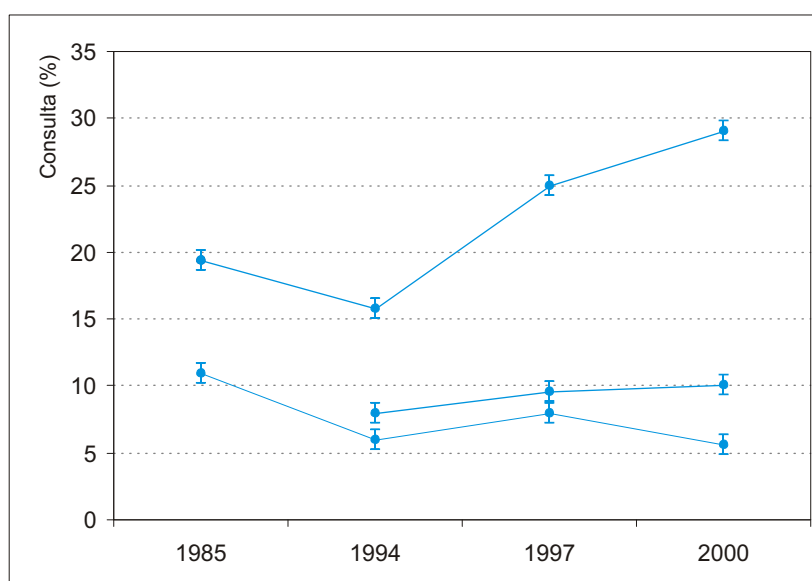
² Comprende tanto la consulta al MINSA como a EsSalud (ex IPSS).

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000

- a) Es creciente hasta el año 1997 con tendencia al estancamiento hasta el 2000.
Del total del personas que reportaron enfermedad, el 40,3% efectuó una consulta en 1985. Este porcentaje se incrementó al 54,0% en 1997 y al 55,9% en el 2000.
- b) La población acude cada vez más a los prestadores institucionales.
Diferenciando la consulta institucional de la no institucional, se observa un importante crecimiento de la primera, sobre todo en el periodo 1994-97, que lleva a un crecimiento algo mayor al 50%.
- c) El crecimiento de la utilización es principalmente explicado por la expansión del prestador público MINSA antes que otros prestadores.
Como se observa en la Gráfica 2, al comparar la curva de crecimiento de los tres prestadores más importantes, sobresale que el dinamismo observado en el periodo 1994-2000 se debe principalmente al MINSA. Esto es coincidente con una importante política de expansión de la oferta de servicios de primer nivel de atención en el MINSA a través del Programa de Salud Básica para Todos que luego tendrá continuidad en el Programa de Acuerdos de Gestión.

Gráfica 2
Perú: Tendencias de la Utilización de Servicios de Salud según Principales Prestadores 1985-2000



Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000

Las barras verticales representan el intervalo de confianza al 95%

1.2.2 Utilización de los servicios según tipo de prestador

En el periodo 1985-2000, es posible diferenciar seis características vinculadas al tipo de prestador de servicios de salud (Cuadro 3 y Gráfica 2):

Cuadro 3
Perú: Tendencias en la Utilización de los Servicios de Salud según Proveedor 1985-2000 (en porcentajes de población)

Categorías	1985	1994	1997	2000
Institucional	76.2	77.2	80.6	85.0
MINSA		38.7	46.3	52.1
EsSalud	47,9 ¹	19,6	17,6	17,9
FFAA	n.d.	2,2	1,9	0,9
Privado lucrativo	27,0	14,7	14,8	10,0
Privado no lucrativo	1,2	2,0	0,0	3,9
No Institucional	23,8	22,8	19,4	15,0
Farmacia/botica	10,9	11,0	14,1	9,5
Otros ¹	12,9	11,8	5,4	5,4
Total consulta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

¹Comprende tanto la consulta al MINSA como a EsSalud (ex IPSS).

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000

- a) Entre los años 1985 y 1994 se produce un estancamiento y cambio en la composición de la utilización de los servicios de salud. Del 100% de personas que reportaron enfermedad consultaron entre el 40 y 41% a lo largo del periodo 1985 -1994.
- b) Entre los años 1985 y 1994, aumentó en casi 50% la consulta a prestadores públicos (MINSAL y EsSALUD), la que pasó de 48% a 70%
- c) La consulta a prestadores privados lucrativos experimentó un importante descenso. De representar al 27% en el año 1985, pasó a 10% en el 2000.
El incremento en la mayor utilización de los servicios públicos se dio tanto a expensas de la disminución en la consulta privada, como de la “no consulta”. Es decir, el volumen total de consultantes se incrementó, mientras que disminuyó la utilización de servicios privados.
- d) Las variaciones en la composición pública-privada de la utilización de servicios de salud es compatible con las variaciones de la economía peruana.
La disminución en la consulta privada entre los años 1985-94 es resultado del contexto de crisis económica referido anteriormente y que significó una pérdida en la capacidad adquisitiva de los hogares. La breve recuperación económica de los años 1994-97 sólo llegó a detener la caída en la utilización privada e incrementó el gasto social con la consiguiente mayor utilización de los servicios públicos de salud. El proceso de recesión iniciado en el año 1998 afectó el gasto de los hogares lo que disminuyó la utilización privada reorientando su demanda hacia los prestadores públicos. Posiblemente el mantenimiento del nivel de gasto social hasta el 2000 ayudó a esta reorientación.
- e) Emerge el grupo privado no lucrativo.
El prestador privado no lucrativo pasó del 1% en el año 1985 al 4% en el 2000. Esta característica que recién logra ser detectada cuantitativamente a fines del periodo, expresa la presencia de organizaciones no gubernamentales, tanto laicas como religiosas y comunales que inician un lento pero consistente y focalizado crecimiento en áreas y grupos marginados.
- f) A diferencia del prestador público MINSAL, el prestador público de la seguridad social en salud no evidenció crecimiento en el periodo de estudio.
EsSalud (ex IPSS) recibió en el año 1994, el 19,6% de la consulta, y en el 2000 el 17,9%. Su nulo crecimiento es motivo de análisis en el capítulo 3.3.

1.2.3.- Comportamiento de la no utilización de servicios de salud

La no utilización de servicios de salud en condiciones de percepción de enfermedad constituye un tema de análisis importante. Esta situación que

denominamos “no consulta”, es decir aquellos que habiendo reportado una enfermedad, no realizaron consulta, tiene las siguientes características en el periodo de estudio (Cuadro 4):

Cuadro 4
Perú: Tendencias de la No Consulta de los Servicios de Salud 1985-2000
(en porcentajes de población)

Categorías	1985	1994	1997	2000
Consultó	40,3	40,8	54,0	55,9
No consultó	59,7	59,2	46,0	44,1
No considera necesario consultar	n.d.	n.d.	57,6	42,0
Considero necesario pero no pudo	n.d.	n.d.	42,4	58,0
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

n.d. no disponible

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000

- a) La no consulta, pese a su disminución, continua siendo elevada. Si bien se ha descrito la expansión de la utilización de servicios de salud debido a un incremento de la demanda ocurrido fundamentalmente entre los años 1994 y 1997, en el Perú se mantiene un importante grupo que no consulta: 60% en el año 1985 que desciende paulatinamente hasta el 44% en el 2000.
- b) Más de la mitad de las personas que no consultan consideran necesaria la consulta. Entre los años 1997 y el 2000⁶, y pese al incremento de la demanda, el porcentaje de personas que no pudieron consultar pasó del 42% al 58% del total de la no consulta lo que revela que simultáneamente a un moderado incremento de la utilización de servicios de salud, aumentó también la “demanda insatisfecha”, es decir, la que buscando atención no logra hacerla efectiva. (Cuadro 5). Podría haber contribuido a este proceso de mayores expectativas, el aumento en los niveles educativos y el desarrollo del programa del Seguro Escolar Gratuito.

⁶ A partir del año 1997 la ENNIV explora los motivos de “no consulta” en aquellas personas que no consultaron pese a reportar enfermedad. Entre las alternativas de respuesta incluyó la opción de “no considerar necesaria la consulta”. Ello permite analizar el comportamiento de aquellas personas que sabiéndose enfermas y considerando necesaria la consulta no logran acceder ella, permitiendo luego identificar las causas del no acceso.

Cuadro 5
Perú: Motivos de la no Utilización de Servicios de Salud
en Población que la Requiere 1997-2000¹
(en porcentajes de población)

Motivos	1997	2000
“Falta de recursos económicos”	74,3	82,2
“Atención no es buena”	4,9	3,2
“Lugar de consulta esta lejos”	7,7	3,2
“No existe servicio de salud	1,3	1,5
“No hay medicinas”	0,2	1,2
Otros	11,6	8,7
Total	100,0%	100,0%

¹ Referida a la población que declarando enfermedad y considerando necesaria la consulta no logra efectuarla.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000

- c) La principal causa declarada de no consulta es la falta de recursos económicos, la misma que tiende a incrementarse. En los años 1997 y 2000, el 74% y el 82% reportaron respectivamente no haber realizado la consulta por motivos de capacidad adquisitiva, aun considerándola necesaria. Dado que un 54% de la población peruana se encuentra en condición de pobreza, este tema es analizado más adelante.
- d) Ha disminuido la distancia geográfica como motivo de no atención. Entre los años 1997 y 2000, la distancia al establecimiento de salud perdió importancia relativa, como motivo de no consulta, pasando del 8% al 3% respectivamente⁷, lo que sugiere un efectivo acortamiento de las distancias o mayor disponibilidad de medios rápidos de transporte⁸.

1.3. Factores Determinantes y Utilización

Se muestran a continuación las tendencias de utilización diferenciando a la población según sus factores determinantes: edad, ingreso, ámbito (rural-urbano), pertenencia étnica y condición de aseguramiento.

⁷ Debe reconocerse que el porcentaje observado en el año 1997 incluye una baja valoración de la distancia como motivo de no consulta. Esto es posible porque en el año 1997 la red de establecimientos de primer nivel de atención ya había registrado un importante nivel de recuperación y crecimiento. Lamentablemente la ausencia de la pregunta sobre motivos de no consulta en los años anteriores a 1997 dificultan una medición previa.

⁸ Desde el año 1998 comienza a operar en el país el proyecto de Caminos Rurales (préstamo Banco Mundial), cuya primera etapa (1998-2000) consistió en la rehabilitación y ampliación de la red vial terciaria (trochas y caminos rurales) en aproximadamente 7 mil kilómetros. Además se crearon microempresas comunales formalmente establecidas para el mantenimiento de la red.

1.3.1 Grupos de edad

En el periodo 1985-2000, la transición hacia el envejecimiento poblacional, con excepción del adulto mayor, ha influido poco en la tendencia de utilización de servicios de salud (Cuadro 6):

Cuadro 6
Perú: Estructura de Utilización de los Servicios de Salud y de la Población Según Edad 1985-2000

Grupos de Edad (OMS)	1985		1994		1997		2000	
	Consulta	Población	Consulta	Población	Consulta	Población	Consulta	Población
<1 año	3,0	2,5	3,6	2,2	3,1	2,4	2,8	1,8
1 a 5	15,1	13,2	18,8	12,1	16,6	12,6	16,2	11,1
6 a 15	21,2	27,0	21,4	24,0	19,1	23,5	20,2	23,4
16 a 45	38,9	41,0	33,4	43,7	36,3	43,9	33,7	44,0
46 a 64	16,3	12,5	16,0	13,4	15,9	12,4	17,2	14,1
65 a más	5,4	3,7	6,8	4,7	9,0	5,2	10,0	5,7
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000. Proyecciones de población INEI

- a) Aunque la proporción del grupo menor de 5 años ha ido disminuyendo en la población, esta tendencia demográfica no ha modificado la participación de este grupo en la consulta, lo cual implica una mayor intensidad relativa de consulta en menores de 5 años.
- b) Ha disminuido la participación en la utilización de servicios de salud del grupo de 16 a 65 años, más vinculado a la Población Económicamente Activa (PEA), no obstante haber aumentado su proporción respecto de la población nacional.
- c) La población adulta mayor (65 a más años) ha aumentado su participación en la utilización de servicios de salud a un ritmo mayor al de su crecimiento poblacional.

1.3.2 Niveles de ingreso y situación de pobreza

En el periodo 1985-2000, existen relaciones casi lineales y directas entre ingreso, nivel de pobreza y utilización de servicios de salud (Cuadros 7 y 8):

Cuadro 7
Perú: Tendencias de Utilización de los Servicios de Salud según
Decil de Gasto Familiar Per Cápita 1985-2000
(en porcentajes de población)¹

Decil de Gasto Familiar Per Cápita	1985	1994	1997	2000
1	27,8	31,5	35,1	40,5
2	32,4	34,0	41,8	51,9
3	38,4	36,5	41,1	53,0
4	36,2	41,7	47,4	50,6
5	41,6	37,7	50,3	54,8
6	39,0	34,5	52,9	56,7
7	42,6	50,7	54,3	61,6
8	45,4	42,9	59,1	54,8
9	49,0	46,2	56,3	60,1
10	49,8	54,4	59,3	66,7

¹ Respecto del 100% de personas que reportan enfermedad en cada categoría.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000.

Cuadro 8
Perú: Tendencias de Utilización de los Servicios de Salud
según Situación de Pobreza 1985-2000
(en porcentajes de población)¹

Situación de pobreza	1985	1994	1997	2000
Pobres Extremos	51,1	60,8	70,9	70,2
Pobres No Extremos	54,0	46,2	52,0	60,7
No Pobres	45,5	32,9	37,3	43,5

¹ Respecto del 100% de personas que reportan enfermedad en cada categoría.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000.

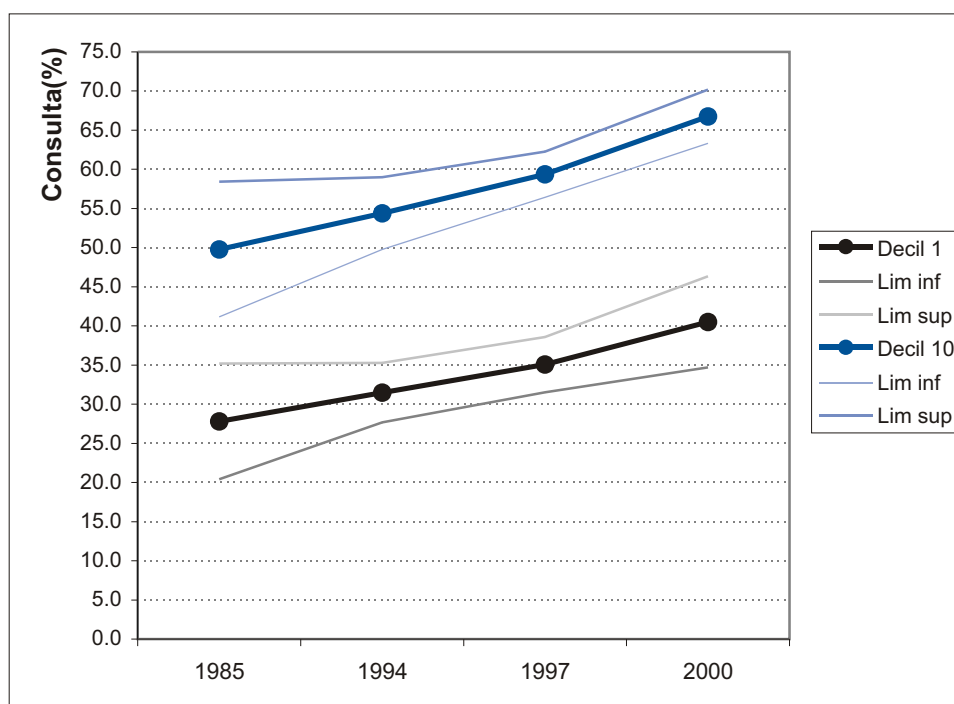
- a) Existe una relación casi lineal y directa entre ingreso y utilización. Cuando el ingreso es expresado en deciles de gasto familiar per cápita, la proporción de consulta se relaciona directamente con el nivel de ingreso. Así, en el año 1985, se observa que en el primer decil (más pobres), sólo consulta el 28% de la población, y este porcentaje se incrementa de decil a decil hasta alcanzar el 50% para el último decil (los

menos pobres). Esta relación entre ingreso y consulta se repite en los cuatros años analizados.

Resultados similares se obtienen cuando se analiza por niveles de pobreza: la consulta aumenta según se pasa de la categoría “pobres extremos” a la de “pobres no extremos” y “no pobres”.

- b) A lo largo del periodo se evidencia una tendencia creciente de la utilización en cada nivel de ingreso. Ello se observa de manera homogénea en todos los deciles de gasto familiar per cápita, manteniéndose sin variaciones la brecha entre el primer y el décimo decil (Gráfica 3). Similar resultado se encuentra cuando se comparan según niveles de pobreza.

Gráfica 3
Perú: Tendencias de la Utilización de Servicios de Salud según Deciles de Ingreso 1985-2000



Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000

1.3.3 Ambito de residencia urbano o rural

Entre los años 1985-2000 se pueden diferenciar dos sub periodos: 1985-1994 y 1994-2000, que permiten efectuar las siguientes precisiones (Cuadro 9):

Cuadro 9
Perú: Tendencias de Utilización de los Servicios de Salud
según Ámbito Geográfico 1985-2000
(en porcentajes de población)¹

Áreas geográficas	1985	1994	1997	2000
Urbano	47,7	48,5	56,2	61,2
Lima Metropolitana		64,1		65,2
Resto Urbano		43,8	56,4	59,8
Rural	26,9	28,0	39,6	46,1

¹ Respecto del 100% de personas que reportan enfermedad en cada categoría.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000

- a) Desde el año 1994, se produce un importante crecimiento de la utilización de servicios de salud en el área rural.

En el ámbito rural, en el año 1985 el porcentaje de utilización de servicios de salud era poco más de la mitad del correspondiente al urbano. Esta situación se mantuvo sin cambios significativos hasta el año 1994, a partir del cual se produce un importante incremento, que permitió pasar de sólo 27-28% de personas consultantes en los años 1985 -1994 al 40-46% en los años 1997 y 2000. Cabe destacar que el mayor incremento se da entre los años 1994-1997.

- b) En el ámbito urbano el crecimiento en la utilización de servicios de salud es menor al rural, destacándose la tendencia al estancamiento en Lima Metropolitana.

Mientras que en Lima Metropolitana parece ocurrir un estancamiento en el porcentaje de utilización⁹ a lo largo del periodo de estudio, en el resto del ámbito urbano se produjo un crecimiento de menor magnitud al ocurrido en el ámbito rural.

1.3.4 Pertenencia étnica

Las encuestas de hogares en el Perú no incluyen preguntas explícitas sobre la pertenencia étnica de la población. Al respecto, se ha considerado en este estudio que la variable idioma materno¹⁰ constituye una buena aproximación del referente étnico de la persona. De acuerdo a ello, inicialmente se propuso cuatro grupos: español, quechua, aymara, y lenguas de la amazonía. Sin embargo, por razones de tamaño de muestra se ha debido excluir los dos últimos grupos, restringiendo a comparar a quienes tiene como idioma materno el español con los que tienen al quecha.

⁹ Es importante no confundir el estancamiento en la utilización, que se refiere al porcentaje de personas que reportando enfermedad consultan, con un estancamiento en los niveles de gasto en salud. De acuerdo a las bases de datos del estudio de Cuentas Nacionales en Salud, Perú 1995-2000, éste último es creciente.

¹⁰ Definido como el que se habla en el hogar.

Cuadro 10
Perú: Tendencias de Utilización de los Servicios de Salud
según Pertenencia Étnica 1985-2000
(en porcentajes de población según idioma materno)¹

Idioma materno	1985	1994	1997	2000
Español	n.d.	42,8	51,4	60,1
Quechua		33,9	42,7	48,8

¹ Respecto del 100% de personas que reportan enfermedad en cada categoría.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000.

A lo largo del periodo de información disponible (1994-2000) se encuentra que quienes tienen como idioma materno al español utilizan mucho más los servicios de salud que quienes tienen al quechua como referente. Estas diferencias se han ampliado ligeramente en el periodo 1997-2000 (Cuadro 10). Pero, también se encuentra que estas diferencias disminuyen dentro de cada ámbito, sobre todo en el urbano, lo que sugiere que la ciudad ofrece mayores oportunidades de acceso a los servicios (Cuadro 11)

Cuadro 11
Perú: Tendencias de Utilización de los Servicios de Salud
según Pertenencia Étnica y Ámbito Geográfico 1994-2000
(en porcentajes de población)¹

Idioma materno	1994		1997		2000	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Español	49,4	29,7	55,5	40,6	62,0	47,7
Quechua	50,0	26,0	53,1	37,5	57,2	41,7

¹ Respecto del 100% de personas que reportan enfermedad en cada categoría.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000.

1.3.5 Aseguramiento en salud

A lo largo del periodo estudiado se distinguen las características referidas tanto la evolución de la cobertura y tipos de aseguramiento en salud, así como las tendencias en la utilización de servicios de salud de sus afiliados (Cuadro 12):

Cuadro 12
Perú: Tendencias de Aseguramiento en Salud 1985-2000
(en porcentajes de población)

Condición de Aseguramiento	1985	1994	1997	2000
Con Seguro	17,6	25,4	22,7	32,3
EsSalud		21,0	18,9	19,7
EsSalud y seguro privado		0,9	0,5	0,4
Privado		1,6	1,7	1,6
Fuerzas Armadas y Policiales		1,8	1,6	1,3
Otro ¹				9,3
Sin seguro	82,4	74,6	77,3	67,7
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total Población	16.760.442	22.791.142	24.326.552	25.625.031

¹ Mayormente referida a la población afiliada al Seguro Escolar Gratuito

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000.

- a) La cobertura de aseguramiento en salud es muy baja y con muy poca tendencia a incrementarse entre los años 1985 y 2000 (Cuadro 12). Entre los años 1985-2000, el porcentaje de la población nacional que contaba con algún tipo de aseguramiento en salud pasó de 18% al 32%. Sin embargo, el aparente crecimiento registrado se debe mayormente a la aparición de una modalidad de subsidio público focalizado en la demanda por servicios de salud de parte de la población que asiste a escuelas públicas, denominado “Seguro Escolar Gratuito”, el mismo que será objeto de análisis específico en el capítulo 3.
- b) El porcentaje de población que reporta afiliación a EsSalud (seguridad social) no ha crecido en el periodo 1994-2000. Indirectamente es posible inferir un aumento en la afiliación entre los años 1985-1994¹¹ debido al aumento en el total de personas con algún tipo de aseguramiento en salud. El estancamiento, con riesgos de retracción, de la población afiliada a la seguridad social en salud guarda estrecha relación con la evolución de la población adecuadamente empleada (Cuadro 13). Se observa una tendencia a la disminución de la población adecuadamente empleada, con el consiguiente aumento del subempleo.

¹¹ En el año 1985, la ENNIV sólo registro la condición de aseguramiento en salud (si/no), sin diferenciar el tipo de aseguramiento.

Cuadro 13
Perú: Evolución del Empleo Adecuado,
Subempleo y Desempleo 1972-2000
(en porcentaje de la PEA)

Categoría Laboral	1972	1981	1993	2000
Adecuadamente empleada	51,6	45,3	n.d.	42,8
Subempleada	44,2	47,2	n.d.	51,8
Desempleada	4,2	6,8	6,0	5,4
Población Económicamente Activa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Informe sobre el Desarrollo Humano Perú 2002, p 32.
 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Lima, 2002.

c) El aseguramiento privado en salud tiene niveles sumamente bajos y presenta una tendencia decreciente. Estos resultados son compatibles con la limitada cultura previsional, con los altos niveles de pobreza, y con la ausencia de una política explícita que regule y promueva dicho aseguramiento.

d) Se comprueba la característica, ya conocida, que las personas con aseguramiento utilizan más los servicios de salud que las que no lo tienen. (Cuadro 14).

Si bien a lo largo del periodo 1985-2000 aumenta la utilización de servicios de salud de la población con y sin aseguramiento en salud, es mayor el porcentaje de personas aseguradas que decidieron consultar respecto de las no aseguradas. En 1985, el 49,9% de los asegurados consultó, mientras que sólo el 38,1% de los no asegurados lo hizo. Esta diferencia se hace más marcada en los años siguientes, así en el año 2000, el 68% del total de asegurados utilizaron servicios de salud, mientras que sólo el 48,8% de los no asegurados lo hizo.

Cuadro 14
Perú: Tendencias en la Utilización de servicios de Salud Según
Condición de Aseguramiento 1985-2000
(en porcentajes de personas)¹

Tipo de Seguro	1985	1994	1997	2000
Si	49,9	61,2	64,6	67,8
EsSalud	49,9	60,8	65,8	71,5
EsSalud y Privado		71,9	46,6	74,9
Privado			57,4	60,3
Fuerzas Armadas y Policiales		57,3	74,7	75,3
Seguro Escolar Gratuito		68,5	57,4	84,4
Otro				60,5
No	38,1	34,5	45,3	48,8

¹ Respecto del 100% de personas que reportan enfermedad en cada categoría.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000.

- e) Una importante y creciente proporción de asegurados, a EsSalud y a seguros privados, hacen uso de los servicios del MINSA. Esta utilización no esta regulada (Cuadro 15).

Cuadro 15
Perú: Tendencia en la Utilización de Servicios según
Condición de Aseguramiento 1994-2000
(en porcentajes de personas)

Condición de Aseguramiento	¿Dónde consultó?						
	MINSA	EsSalud	FFAA y PP	Privado	ONG/comunidad	Farmacia	Total
1994							
EsSalud	14,3	66,2	0,3	12,7	0,5	6,0	100%
EsSalud y privado	11,3	31,2	0,0	57,5	0,0	0,0	100%
Privado	13,3	5,8	1,9	59,1	0,0	19,9	100%
FF AA y PP	15,8	1,9	67,4	13,4	0,0	1,5	100%
No asegurado	62,3	2,8	0,6	16,3	3,2	14,7	100%
1997							
EsSalud	15,2	64,5	0,4	9,8	0,5	9,6	100%
EsSalud y privado	14,0	0,0	5,1	54,5	2,7	23,7	100%
Privado	23,4	6,4	0,0	60,2	0,0	10,0	100%
FF AA y PP	17,8	0,6	67,9	7,8	1,4	4,5	100%
No asegurado	62,1	1,0	0,4	13,7	1,7	21,1	100%
2000							
EsSalud	22,4	59,3	0,3	8,3	1,5	8,2	100%
EsSalud y privado	23,0	16,8	3,2	53,8	0,0	3,2	100%
Privado	25,5	5,8	0,9	56,2	0,0	11,7	100%
FF AA y PP	14,6	0,0	55,4	8,3	2,8	18,9	100%
Otro	75,5	8,8	0,1	6,4	5,6	3,6	100%
No asegurado	69,7	1,7	0,3	10,4	5,5	12,5	100%

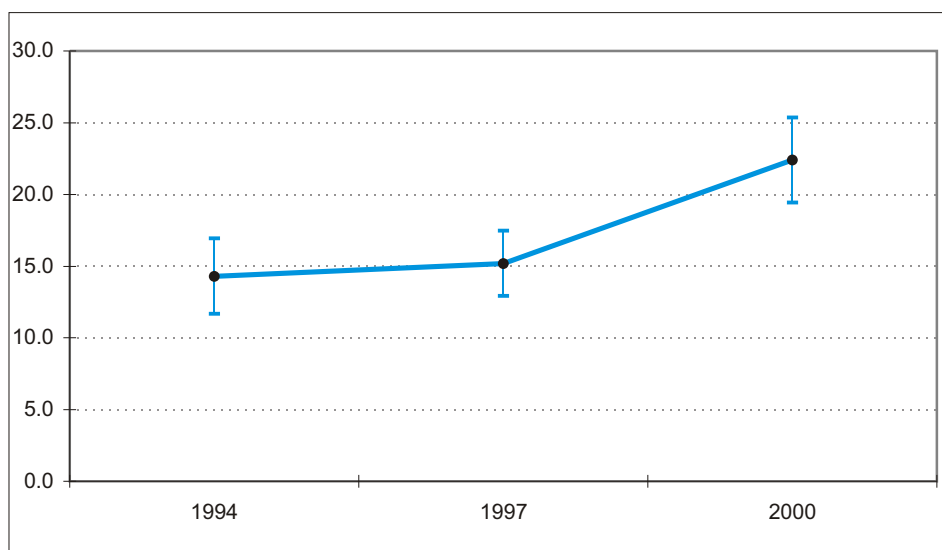
Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000.

En el año 1994, el 14% de afiliados a EsSalud que realizaban consulta lo hacían en establecimientos del MINSA. Este porcentaje aumentó al 15% en el año 1997 y al 22% en el 2000.

Del mismo modo, del total de consultantes afiliados a seguros privados, el 13% recurría a establecimientos MINSA en el año 1994, 23% en el año 1997 y 25% en el 2000.

Gráfica 4
Perú: Tendencia de población afiliada a EsSalud
que consulta al MINSA. 1994-2000
(en porcentajes)



Elaboración propia

Fuente: Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000.

Las barras verticales representan el intervalo de confianza al 95%

- f) La población afiliada a EsSalud que también cuenta con seguro privado, consulta mucho menos en EsSalud que aquella que sólo dispone de afiliación a la seguridad social (Cuadro 14). En el periodo de estudio, dicho grupo poblacional realiza escasa consulta ambulatoria, entre casi ninguna (1994) y 31% (1994), a EsSalud. Cabe destacar un importante viraje observado en la conducta de aquellos de dicho grupo que no realizan consulta a EsSalud. Mientras que en los años 1994 y 1997 estas personas consultaban mayormente a establecimientos privados haciendo uso de su seguro privado, en el año 2000 se observa un menor uso de éstos en beneficio de la consulta al MINSA. Así, en dicho año, el 23%, de la población con seguro a EsSalud y seguro privado realiza la consulta al MINSA. Ya en el párrafo d) de este acápite se ha indicado la conveniencia de sincerar y regular esta situación.
- g) La población afiliada a EsSalud que requiere hospitalización, lo hace mayoritariamente en sus establecimientos, lo que sugiere su percepción y uso como un seguro para enfermedades catastróficas (Cuadro 16). Con datos del año 2002¹² se muestra que el 78% de la población afiliada a EsSalud que ha debido hospitalizarse, lo ha hecho en sus establecimientos. En este mismo sentido, se comprende la presión que recibe EsSalud al atender a la mayor parte de pacientes dializados en el país.

¹² Los datos procedentes de la ENNIV 2000 coinciden con esta afirmación. No obstante dado el limitado tamaño muestral de la población afiliada a EsSalud que se hospitaliza, se ha optado por presentar los datos al año 2002 procesados en base a la ENAHO 2002.

Cuadro 16
Elección del proveedor de hospitalización según
condición de aseguramiento. Perú 2002.
(respecto del 100% de hospitalizados)

Condición de Aseguramiento	MINSA	ESSALUD	FFAA	Privado	Privado no Lucrativo	Total
	%	%	%	%	%	%
Asegurado	9,5	65,1	4,7	18,9	1,8	100
ESSALUD	8,7	77,5	1,0	10,8	2,0	100
Seguro Integral de Salud	88,9	5,6	0,1	1,7	3,7	100
Seguro Privado de Salud	5,3	13,2	0,0	80,4	1,1	100
FFAA / Policiales	23,5	8,7	65,7	2,1	0,0	100
Seguro universitario	42,5	57,5	0,0	0,0	0,0	100
Seguro escolar privado	12,1	9,3	0,0	78,6	0,0	100
No asegurado	83,1	4,4	0,5	9,3	2,7	100

Elaboración: propia

Fuente: ENAHO 2002 (IV Trimestre).

2. Cambios en los Perfiles de los Consultantes según Prestadores (MINSA) 1985-2000

Este capítulo busca identificar los perfiles de los usuarios de los grandes prestadores de servicios de salud. Teniendo en cuenta que estos se refieren fundamentalmente al Ministerio de Salud y a la Seguridad Social, se ha analizado el perfil de sus usuarios y las variaciones en los mismos ocurridos a lo largo del periodo. Limitaciones en el tamaño de la muestra ha impedido caracterizar el perfil del usuario de establecimientos privados.

Las variables que han determinado la caracterización del perfil son: edad, nivel ingreso, de pobreza, ámbito geográfico, y nivel educativo.

2.1. Grupo de edades y prestador

Entre los años 1994-2000¹ se pueden identificar los siguientes patrones de comportamiento (Cuadro 17):

Cuadro 17
Perú: Tendencias en el Perfil del Consultante a Establecimientos de Salud según Grupo Etáreo 1994-2000
(en porcentajes de personas)¹

Edad (OMS)	1994			1997			2000		
	Minsa	EsSalud	Total	Minsa	EsSalud	Total	Minsa	EsSalud	Total
<1 año	6,8	3,2	4,7	6,6	2,2	4,0	4,5	1,3	3,5
1 a 5	22,3	14,6	18,5	22,6	14,6	18,0	22,1	14,1	18,6
6 a 15	16,0	16,1	16,0	18,5	15,3	16,5	25,3	15,4	20,5
16 a 45	33,5	29,5	33,9	32,2	27,7	34,2	28,0	24,2	29,6
46 a 65	15,3	21,6	17,6	13,0	22,5	16,6	13,6	23,0	16,9
66 a más	6,1	14,9	9,3	7,1	17,7	10,7	6,5	21,9	10,9
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

¹ Respecto del 100% de personas que consultaron a establecimientos MINSA.
 Elaboración propia
 Fuente: ENNIV 1994, 1997 y 2000.

¹ No se presentan los datos para el año 1985, debido a que entonces no se diferenciaba la consulta al interior del prestador público, agrupándose en una sola categoría a usuarios de establecimientos del MINSA con los de la seguridad social.

- a) En relación a otros prestadores, el MINSA atiende a usuarios más jóvenes.

En el año 1994, la población menor de 16 años representó el 45% de los usuarios MINSA en contraste con el valor promedio nacional (39%). Este patrón se mantuvo en el año 1997 y se incrementó hasta el 2000, donde dicho grupo etareo subió al 52%, debido al crecimiento del grupo de 6 a 15 años, lo que es explicado fundamentalmente por la creación del Seguro Escolar Gratuito.

- b) EsSalud se concentra fuertemente en la población adulta, con tendencia creciente al grupo de tercera edad.

En el año 1994, los grupos de 16 a 65 años y de 66 a más concentraron respectivamente el 51% y el 15% de los usuarios EsSalud. En el año 2000 esta composición se alteró disminuyendo a 47% el primer grupo e incrementándose el segundo al 22%. Este movimiento observado en sólo 6 años es de singular importancia ya que revela una fuerte tendencia al envejecimiento de la población usuaria de EsSalud, que no puede ser explicado solamente por el envejecimiento poblacional, e implica el encarecimiento de la atención debido a la mayor complejidad y cronicidad que afecta al adulto mayor.

El envejecimiento de la población usuaria a EsSalud, casi dos veces mayor a la del envejecimiento poblacional nacional, requiere ser explicado, además, por otros factores tal como la crisis de diversas modalidades de sistemas provisionales y de la disminución de ingresos de la denominada clase media.

2.2. Ingresos, nivel de pobreza y prestador

Entre los años 1994-2000 resaltan importantes características respecto de la equidad en la atención de salud (Cuadros 18 y 19):

Cuadro 18
Perú: Tendencias en el Perfil del Consultante a Establecimientos de Salud según Situación de Pobreza 1994-2000
(en porcentajes de personas)¹

Situación de pobreza	Minsa			EsSalud			Nacional		
	1994	1997	2000	1994	1997	2000	1994	1997	2000
Extremo	16,3	11,7	13,6	3,7	2,3	3,3	10,5	7,4	10,1
No extremo	29,1	37,9	40,2	23,2	26,4	31,5	24,7	32,5	34,5
No Pobres	54,6	50,3	46,2	73,1	71,2	65,3	64,9	60,1	55,4
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

¹ Respecto del 100% de personas que consultaron a establecimientos MINSA.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1994, 1997 y 2000.

Cuadro 19
Perú: Tendencias en el Perfil del Consultante a Establecimientos
de Salud según Quintil de Gasto 1994-2000
(en porcentajes de personas)¹

Quintil Gasto per capita	Minsa			EsSalud			Nacional		
	1994	1997	2000	1994	1997	2000	1994	1997	2000
1	22,3	19,0	17,8	7,9	10,0	9,0	16,6	14,0	13,7
2	21,7	19,1	18,6	17,6	14,5	14,2	18,8	16,5	17,0
3	18,3	21,8	21,8	20,5	20,1	19,5	18,2	20,6	19,0
4	21,3	20,6	21,4	25,5	28,4	27,2	22,3	23,1	23,4
5	16,5	19,5	20,4	28,5	26,9	30,1	24,1	25,7	26,9
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

¹ Respecto del 100% de personas que consultaron a establecimientos MINSA.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1994, 1997 y 2000.

- a) La población en condición de pobreza extrema ha perdido participación en la composición de la población usuaria del MINSA a diferencia de la población pobre no extrema.

Entre los años 1994 y 2000, la población pobre extrema disminuyó su participación como usuaria del MINSA del 16 al 14%. Si se observa por nivel de ingreso, expresado en quintil de gasto familiar per cápita, se tiene que el quintil de menor ingreso redujo su participación del 22 al 18% en dicho periodo. La población en condición de pobreza no extrema ha aumentado su participación, lo que podría ser congruente con el comportamiento del tercer quintil de ingreso.

- b) La menor participación registrada en el grupo de no pobres (un poco menos de la mitad de la población nacional) esconde dos movimientos contrapuestos: un mayor uso de los servicios MINSA de parte del quintil de mayores ingresos y un posible menor uso de otros grupos no pobres².
- c) En EsSalud, donde los usuarios tradicionales son los no pobres, se aprecia un incremento en el grupo de los pobres no extremos que no logra ser confirmado con la información proveniente de los quintiles de ingreso³.

² Hasta antes del año 1997, el cálculo de las canastas regionales de consumo para definir las líneas de pobreza no estaban totalmente definidos. Recién a partir de esa fecha se disponen de canastas regionales actualizadas. Estas variaciones en la metodología de estimación del costo de la canasta básica regional podría explicar las aparentes inconsistencias entre la evolución según quintiles de ingreso (que no toma en cuenta ninguna canasta de consumo) y según líneas de pobreza.

³ Ver nota anterior.

2.3. Ambito de residencia y prestador

Entre los años 1994-2000 sobresale la tendencia creciente de una mayor participación del usuario rural, la que llega a desplazar la contribución de la población urbana. Este fenómeno ocurre tanto con los usuarios del MINSA como con EsSalud. El usuario de Lima Metropolitana mantiene su presencia en el MINSA y en EsSalud (Cuadro 20):

Cuadro 20
Perú: Tendencias en el Perfil del Consultante a Establecimientos de Salud según Ámbito Geográfico 1994-2000 (en porcentajes de personas)¹

Ambito geográfico	Minsa			EsSalud			Nacional		
	1994	1997	2000	1994	1997	2000	1994	1997	2000
Lima Metrop.	24,8	28,8	24,0	26,6	38,0	30,5	27,8	34,7	28,4
Resto urbano	35,5	31,9	33,7	63,5	54,5	55,6	44,4	37,4	40,1
Rural	39,7	39,3	42,3	9,9	7,6	13,9	27,8	27,9	31,5
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

¹ Respecto del 100% de personas que consultaron a establecimientos MINSA.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1994, 1997 y 2000.

2.4. Nivel educativo y prestador

Entre los años 1994-2000 la composición de los usuarios según nivel educativo ha experimentado significativas variaciones (Cuadro 21).

- a) El grupo con bajo nivel de instrucción ha incrementado su participación en el MINSA.

El aumento en la participación del grupo sin nivel de instrucción, con instrucción inicial y primaria, ocurrido en los usuarios del MINSA es compatible con la mayor participación de la población rural, comentada anteriormente a causa de la expansión del primer nivel de atención. A diferencia de lo que ocurre con la población de mayores ingresos, que ha aumentado su participación en el MINSA, la población con educación universitaria no la ha incrementado.

- b) El grupo con educación superior ha disminuido su participación en EsSalud

Dado el modelo de afiliación a EsSalud basado en el empleo dependiente con contrato, su población usuaria tiene mayor nivel educativo de la del MINSA. No obstante ello, el grupo compuesto por los que tienen educación superior no universitaria y universitaria han disminuido su participación del 28% en el año 1994 al 20% en el 2000. Dado el fenómeno comentado en acápite 1.3.5 que indica que parte importante de la población afiliada a EsSalud no hace consulta a establecimientos de salud de esta entidad, es posible que ello ocurra con los de mayor nivel de educación y de ingresos.

Cuadro 21
Perú: Tendencias en el Perfil del Consultante a
Establecimientos de Salud según Nivel Educativo 1994¹-2000
(en porcentajes de personas)²

Nivel Educativo	Minsa			EsSalud			Nacional		
	1994	1997	2000	1994	1997	2000	1994	1997	2000
Ninguno	59,6	21,8	18,3	41,3	12,2	10,3	52,6	17,0	15,1
Inicial (Pre-escolar)	59,6	7,4	7,5	41,3	5,2	3,6	52,6	5,6	6,1
Primaria	59,9	38,4	38,2	41,3	31,3	33,8	52,6	35,5	36,2
Secundaria común	32,3	24,8	27,5	28,3	26,0	32,0	31,1	26,9	28,7
Secundaria técnica	1,3	1,2	0,2	2,0	2,7	0,7	1,3	1,8	0,3
Superior no universitaria	3,2	3,4	4,4	12,2	8,6	6,9	6,4	5,6	5,3
Universitaria	3,7	3,0	3,8	16,1	14,0	12,8	8,6	7,6	8,2
Otro (cual)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

¹ Debido a razones de consistencia, para el año 1994, se han agrupado las respuestas referidas a los grupos indicados.

² Respecto del 100% de personas que consultaron a establecimientos MINSA.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1994, 1997 y 2000.

3. Análisis de Equidad del MINSA

Este capítulo busca efectuar un análisis de equidad más exhaustivo en tres tópicos: el acceso de la prestación MINSA, el gasto de los usuarios y la experiencia de modalidades precursoras del aseguramiento público como son el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Integral de Salud. Estos análisis se realizan con la información correspondiente a los años 2000 (ENNIV 2000) y 2002 (ENAHO 2002).

3.1. Inequidades en el acceso según niveles de complejidad de la atención

El estudio de la equidad en el acceso a los servicios de salud requiere considerar el nivel de capacidad resolutoria al que acceden los grupos poblacionales sometidos a mayor discriminación. De estos se han seleccionado a los pobres, a la población rural y a los grupos cuyo idioma materno no es el español sino una lengua nativa, andina o amazónica. Al respecto, se arriba a los siguientes resultados.

- a) La población pobre que accede a la consulta del MINSA lo hace mayormente a través de Centros y Puestos de Salud, mientras que la población de mayores ingresos que consulta al MINSA, se distribuye con mayor igualdad entre hospitales y centros de salud (Cuadro 22).

De cada 10 personas en condición de pobreza extrema que consultan al MINSA, 9 van a Centros y Puestos de Salud y 1 va al hospital. En cambio, de cada 10 personas del decil más alto de ingreso, 6 van a Centros y Puestos de Salud y 4 van al hospital. Estas diferencias son estadísticamente significativas. (Gráfica 5)

En concordancia con los resultados previamente descritos, la curva de inequidad muestra que el acceso a la consulta al hospital es regresiva (a mayor ingreso se tiene mayor probabilidad de consulta), mientras que la consulta al primer nivel de atención es ligeramente progresiva (gráfica 6). El coeficiente de concentración para el hospital es 0,22 y para el primer nivel -0,21.

Cuadro 22
Perú: Consulta Ambulatoria según Complejidad del
Establecimiento MINSA y Nivel de Ingreso 2000
(en porcentajes de personas)¹

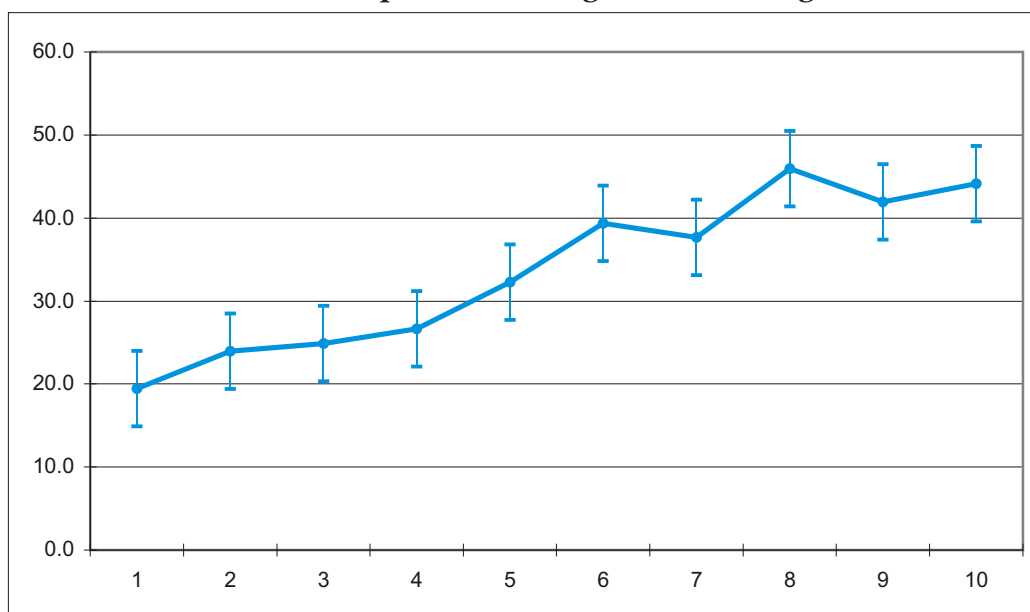
Decil de Gasto Familiar Per Cápita	Hospital		CS/PS		Total		Intervalo confianza 95%	
	N	%	N	%	N	%	Lim Sup	Lim Inf
1	31.811	19,4	131.983	80,6	163.794	100,0	26,2	12,6
2	48.962	23,9	155.610	76,1	204.572	100,0	30,5	17,4
3	47.050	24,9	142.202	75,1	189.252	100,0	31,7	18,0
4	48.061	26,6	132.283	73,4	180.345	100,0	33,9	19,4
5	64.551	32,3	135.433	67,7	199.984	100,0	39,5	25,0
6	86.316	39,4	132.980	60,6	219.297	100,0	46,6	32,1
7	93.385	37,7	154.556	62,3	247.941	100,0	44,4	30,9
8	76.424	45,9	89.911	54,1	166.335	100,0	54,4	37,5
9	83.181	41,9	115.140	58,1	198.322	100,0	49,6	34,3
10	86.300	44,1	109.205	55,9	195.505	100,0	51,9	36,4
Niveles de pobreza								
Pobres Extremos	34.722	12,0	254.908	88,0	289.630	100,0	16,2	7,8
Pobres No Extremos	235.937	30,1	549.058	69,9	784.994	100,0	33,6	26,5
No Pobres	395.383	44,4	495.340	55,6	890.723	100,0	48,0	40,7

¹ Respecto del 100% de personas que consultaron a establecimientos MINSA.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1994, 1997 y 2000.

Gráfica 5
Perú: Proporción de Usuarios que Consultan
Directamente al Hospital MINSA según Decil de Ingreso. 2000

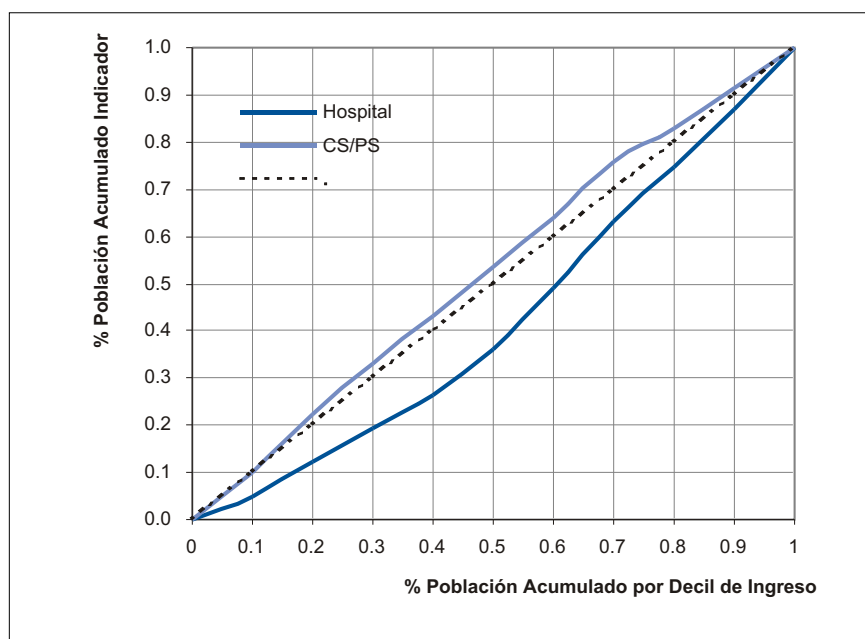


Elaboración propia

Fuente: ENNIV 2000

Las barras verticales representan el intervalo de confianza al 95%

Gráfica 6
Perú: Distribución de Consulta a Establecimientos
MINSA Según Nivel de Complejidad. 2000



Elaboración propia
 Fuente: ENNIV 2000

B) La población urbana tiene una probabilidad dos veces y media mayor que la rural para acceder a mayores niveles de capacidad resolutoria (Cuadro 23).

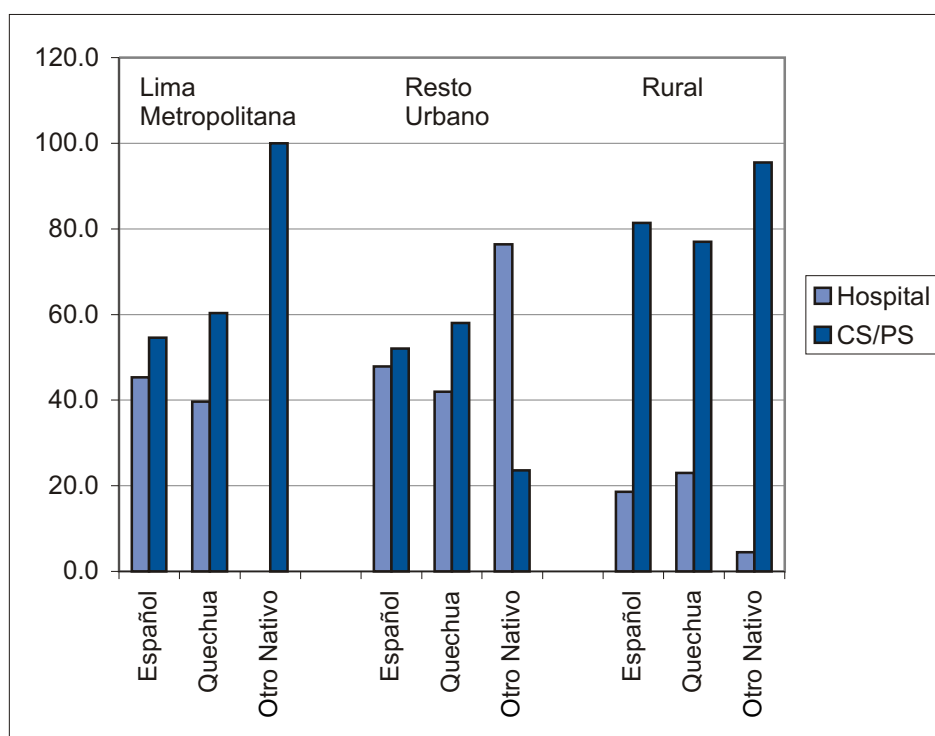
La población rural que accede a la consulta del MINSA lo hace mayoritariamente (82%) a través de Centros y Puestos de Salud, mientras que la población de Lima Metropolitana y la ubicada en el Resto Urbano consulta por igual a hospitales y establecimientos de primer nivel de atención. Se sugiere un bajo nivel de funcionamiento del sistema de referencias para la población rural, así como una probable sobreutilización de hospitales en el ámbito urbano.

Cuadro 23
Perú: Consulta Ambulatoria por Nivel de Complejidad y
Ámbito Geográfico en el MINSA 2000
(en porcentajes de personas)¹

Ambito geográfico	Hospital	CS/PS	Total	Intervalo confianza 95%	
				Lim Sup	Lim Inf
Lima Metropolitana	43,2	56,8	100%	48,3	38,1
Resto Urbano	46,8	53,2	100%	51,0	42,6
Rural	18,5	81,5	100%	21,4	15,5

¹ Respecto del 100% de personas que consultaron a establecimientos MINSA.
 Elaboración propia
 Fuente: ENNIV 1994, 1997 y 2000.

Gráfica 7
Perú: Distribución de Consulta a Establecimientos MINSA Según
Nivel de Complejidad, Ámbito Geográfico e Idioma Materno. 2000



Elaboración propia
Fuente: ENNIV 2000.

- c) Las diferencias de acceso de tipo étnico están fuertemente mediadas por el ámbito de residencia del individuo.

La población cuya lengua materna es nativa y reside en el ámbito rural tiene una menor probabilidad de atención en establecimientos de mayor capacidad resolutive, de aquella que, con lengua materna nativa, reside en el área urbana. Así, la población cuya lengua materna es el quechua, en el ámbito rural consulta al hospital el 23% del total de consulta, mientras que esta misma población cuando reside, sea en Lima Metropolitana, como en el resto urbano, eleva su consulta al hospital al 40 y 42% respectivamente (cuadro 24).

Al interior de los ámbitos urbanos, sea en Lima Metropolitana como en el resto urbano, la población con idioma materno español logra un mayor acceso hospitalario.

Cuadro 24
Perú: Consulta Ambulatoria por Nivel de Complejidad,
Lengua Materna y Ámbito en el MINSA 2000
(en porcentajes de personas)¹

Lengua materna	Hospital	CS/PS	Total
Lima Metropolitana			
Español	45,4	54,6	100%
Quechua	39,6	60,4	100%
Otro Nativos	0,0	100,0	100%
Resto Urbano			
Español	47,9	52,1	100%
Quechua	41,9	58,1	100%
Otro Nativos	76,4	23,6	100%
Rural			
Español	18,6	81,4	100%
Quechua	23,0	77,0	100%
Otro Nativos	4,5	95,5	100%

¹ Respecto del 100% de personas que consultaron a establecimientos MINSA.

Elaboración propia

Fuente: ENNIV 1994, 1997 y 2000.

3.2 Gasto de los Hogares

El gasto en la atención de la salud efectuado por los hogares en Perú está compuesto casi exclusivamente por el denominado “pago de bolsillo”¹. Teniendo en cuenta que los principales factores de inequidad en salud en el país son la distribución del ingreso, el ámbito geográfico de residencia y la condición de aseguramiento, se examina a continuación el comportamiento del “pago de bolsillo” según dichos factores, encontrándose los siguientes resultados²:

- a) El gasto de bolsillo en salud aumenta a medida se incrementa el nivel de ingreso, traduciéndose en un aumento de la proporción del gasto familiar en salud (Cuadro 25).

Mientras que el quintil de ingreso más pobre compromete el 5% de su gasto familiar en salud, el quintil menos pobre asigna el 8%. Este patrón es consistente con la asignación según niveles de pobreza.

¹ El “pago de bolsillo” presenta el 97% del gasto de los hogares en salud en el Perú y esta compuesto entre un 65 y 70% por la compra de medicamentos e insumos médicos. (Año 2000). (De la Base de Datos de las Cuentas Nacionales en Salud OPS-MINSA.)

² Para todos aquellos hogares que efectuaron algún gasto en salud mayor de 0.

Cuadro 25
Perú: Gasto Anual en Salud y Porcentaje del Gasto Total
Familiar según Nivel de Ingreso y Condición de Pobreza. 2000

Categorías	Gasto en Salud En Nuevos Soles		Gasto en salud como porcentaje del Gasto Total Familiar	
	Mediana	Media	Mediana	Media
Quintil de gasto familiar percapita				
1	180.0	361.6	3,1	5,3
2	268.2	587.4	3,0	5,7
3	300.0	689.4	3,4	6,0
4	370.6	1118.2	2,8	7,1
5	808.0	1949.0	3,7	8,2
Pobreza				
Pobres Extremos	120.0	240.7	3,3	5,4
Pobres No Extremos	264.0	532.5	3,2	5,7
No Pobres	481.0	1361.8	3,1	7,2

Elaboración propia
Fuente: ENNIV 2000

- b) A medida que aumenta el número de miembros del hogar que cuentan con un seguro en salud, disminuye el porcentaje de gasto familiar en salud (Cuadro 26)

El gasto medio en salud, cuando ningún miembro del hogar tiene seguro en salud, es del 8% del presupuesto familiar. Este porcentaje disminuye a medida que aumenta el número de personas afiliadas en el hogar, de manera tal que con 4 o más miembros el gasto medio en salud se sitúa en 4%.

- c) Aunque el gasto de bolsillo en salud es mayor en términos absolutos en Lima Metropolitana, como porcentaje del presupuesto familiar es mayor en las poblaciones residentes en áreas rurales, con énfasis en la selva (Cuadro 27).

Cuadro 26
Perú: Gasto en Salud y Porcentaje del Gasto Total Familiar en Salud
según el número de miembros del hogar asegurados. ENNIV 2000

Número de miembros del hogar que cuentan con algún seguro	Gasto en Salud En Nuevos Soles		Gasto en salud como porcentaje del Gasto Total Familiar	
	Mediana	Media	Mediana	Media
0	300.0	875.9	4,0	7,9
1	336.4	966.2	3,2	7,0
2	400.0	1056.,6	3,1	6,4
3	384.0	905.6	2,5	4,8
4 a más	359.8	1256.1	2,0	4,4

Elaboración propia
Fuente: ENNIV 2000

Cuadro 27
Perú: Gasto Anual en Salud y Porcentaje del Gasto Total
Familiar según Ámbito Geográfico de Residencia. 2000

Dominio Geográfico	Gasto en Salud En Nuevos Soles		Gasto en salud como porcentaje del Gasto Total Familiar	
	Mediana	Media	Mediana	Media
Lima Metropolitana	479.7	1369.3	2,5	5,6
Costa Urbana	372.6	1039.4	3,1	6,4
Costa Rural	264.0	724.1	3,4	7,0
Sierra Urbana	420.0	1093.5	3,8	6,9
Sierra Rural	216.0	581.8	3,8	7,5
Selva Urbana	336.1	810.1	3,1	6,2
Selva Rural	204.0	553.6	3,6	7,6

Elaboración propia
Fuente: ENNIV 2000

Mientras que en Lima Metropolitana el porcentaje del gasto familiar en salud es del 6%, en la sierra y selva rural es del 8%. Dada la precariedad en los niveles de ingreso de dichas poblaciones, este gasto afecta los recursos destinados a otras necesidades básicas, como alimentos, y requiere ser explorado según los niveles de pobreza de dichas poblaciones (Cuadro 27).

- d) En todas las poblaciones urbanas y rurales, con excepción de Lima Metropolitana, el porcentaje de gasto familiar en salud es consistente con el nivel de pobreza.

En la costa, sierra y selva, tanto rural como urbana, los pobres extremos asignan una menor proporción de gasto en salud que los pobres no extremos; y estos a su vez con los no pobres.

E) En Lima Metropolitana el porcentaje de gasto familiar en salud es mayor en los pobres extremos (Cuadro 28).

La explicación de este fenómeno podría ser la existencia de dos fuerzas contrapuestas. Si bien en Lima Metropolitana el subsidio público de salud en población pobre es importante, existe también una mayor oferta de servicios de salud de alta capacidad resolutive y una vasta oferta de medicamentos, que induce a su mayor consumo. Teniendo en cuenta que el gasto de los hogares se realiza mayormente en medicamentos, y que además existe un mercado informal de los mismos, es posible proponer que esta fuerza predomina, originando un mayor esfuerzo del presupuesto familiar.

Cuadro 28
Perú: Gasto en Salud como Porcentaje del Gasto Total Familiar según Ámbito Geográfico de Residencia y Nivel de Pobreza. 2000

Dominio Geográfico	Pobres Extremos		Pobres No Extremos		Pobres	
	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	Media
Lima Metropolitana	3,1	6,4	2,7	5,1	2,4	5,8
Costa Urbana	2,0	5,1	2,9	5,3	3,3	7,3
Costa Rural	3,3	5,3	4,4	6,6	2,6	8,4
Sierra Urbana	4,2	5,9	3,8	5,6	3,6	7,4
Sierra Rural	3,6	5,2	3,9	6,2	4,1	9,2
Selva Urbana	1,8	4,8	3,4	5,6	3,2	6,7
Selva Rural	3,3	6,0	3,5	7,7	4,1	8,4

Elaboración propia
Fuente: ENNIV 2000

3.3 Aseguramiento Público: Seguro Escolar Gratuito

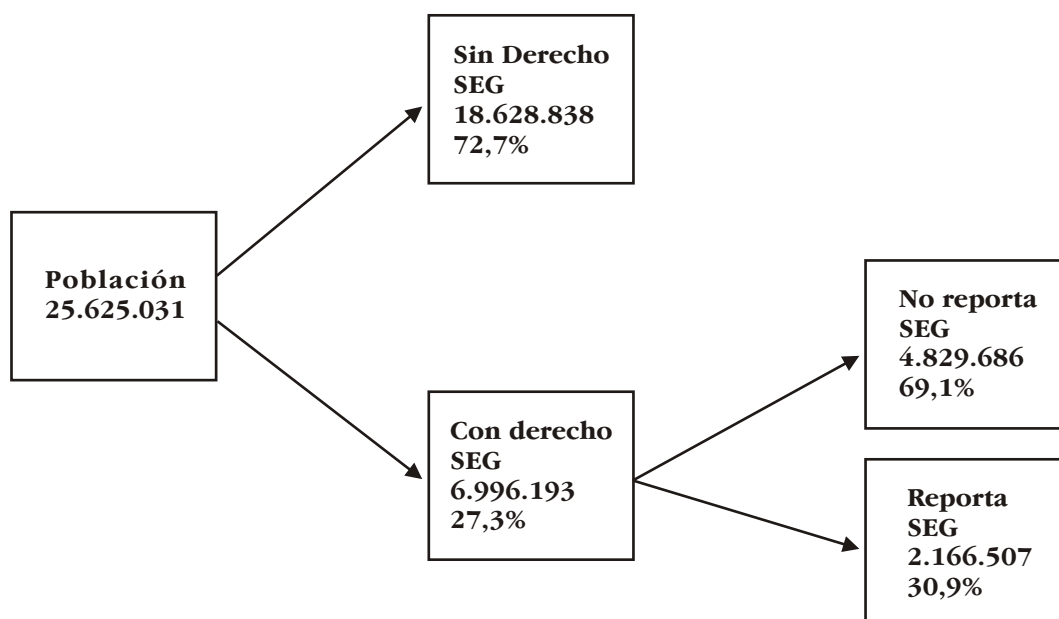
El aseguramiento público en salud tiene como antecedente y principal soporte en Perú al denominado Seguro Escolar Gratuito (SEG). Este comenzó a operar a fines del año 1997 y cubrió todo el territorio nacional durante el año 1998. La población beneficiaria fue definida desde un inicio como la población escolar matriculada en escuelas públicas, y comprendida entre los 3 y 17 años³. La red de establecimientos del MINSA es la responsable de dar atención a la población beneficiaria.

Teniendo en cuenta que en el año 2000 la población matriculada según las estadísticas oficiales del Ministerio de Educación fue de 6 millones 97 mil niños, se identificó dicha población en la ENNIV para determinar sus patrones de comportamiento en el conocimiento y utilización del SEG⁴. A mediados del año 2000, sólo el 31% de la población objetivo reconocía la tenencia del SEG (gráfica 9).

³ Entre los tres años cumplidos y 17 años, 11 meses y 30 días

⁴ La ENNIV correspondiente al año 2000 no exploró explícitamente la tenencia del SEG, por lo que esta variable fue construida a partir de la población que declara matrícula pública, comprendida en el rango de edad y que reporta tenencia de aseguramiento en salud (categoría "otro seguro de salud").

Gráfica 9
Perú: Reporte de aseguramiento en población
con derecho a Seguro Escolar Gratuito (SEG). 2000



Elaboración propia

Fuente: ENNIV 2000

Con derecho a SEG = Niños de 3 a 17 años matriculados y al momento de la encuesta estudiando en centros escolares inicial, primaria, secundaria del estado (públicos)

Se arribaron a los siguientes resultados:

- De total de la población teóricamente beneficiaria del SEG ¿Quiénes son los que se reconocen como beneficiarios?. Si bien existe una mayor tendencia al reconocimiento de los más pobres, esto se da mayormente en el ámbito urbano y principalmente en Lima Metropolitana (Cuadro 29).

Si bien el reconocimiento del derecho al SEG es mucho mayor en los deciles de menores ingresos en relación a los de más alto ingreso, cabe observar la persistencia de un importante porcentaje de población de bajos ingresos que teniendo derecho (y necesidad) del SEG no lo reporta, por ejemplo, el 56% del la población más pobre (primer decil).

La población pobre que no reporta conocimiento de su adscripción al SEG se ubica preferentemente en el ámbito rural y en las zonas urbanas fuera de Lima metropolitana.

La limitación intrínseca al SEG restringido a la población escolar pública ha permitido su aprovechamiento por parte del sector de altos ingresos que tiene sus niños en escuelas públicas, así como ha excluido a los niños pobres extremos que no están matriculados en la escuela. Este fenómeno se observa con facilidad en Lima metropolitana, donde el 39% de la población con nivel socioeconómico alto reconoce tener SEG.

Cuadro 29
Perú: Reporte de Aseguramiento en Población
con Derecho al Seguro Escolar Gratuito 2000

Categorías	Si	No	Total
	%	%	
Decil gasto familiar per capita			
1	44,4	55,6	100 %
2	33,4	66,6	100 %
3	33,2	66,8	100 %
4	32,1	67,9	100 %
5	31,7	68,3	100 %
6	26,2	73,8	100 %
7	32,8	67,2	100 %
8	24,0	76,0	100 %
9	20,7	79,3	100 %
10	12,5	87,5	100 %
Niveles de pobreza			
Pobres Extremos	38,1	61,9	100 %
Pobres No Extremos	32,0	68,0	100 %
No Pobres	25,4	74,6	100 %
Niveles socioeconómicos de Lima Metropolitana			
Alto	39,4	60,6	100 %
Medio Alto	48,6	51,4	100 %
Medio	45,4	54,6	100 %
Medio bajo	49,4	50,6	100 %
Bajo	48,2	51,8	100 %
Ambito			
Lima Metropolitana	47,9	52,1	100 %
Resto Urbano	27,5	72,5	100 %
Rural	25,7	74,3	100 %
Lengua Materna			
Español	24,6	75,4	100 %
Quecha	46,4	53,6	100 %
Otros nativos	11,0	89,0	100 %

Elaboración: Propia
Fuente: ENNIV 2000

Cuando se discrimina dentro de la población con derecho al SEG, según pertenencia étnica, se observa predominio en la declaración de adscripción SEG en el grupo cuya lengua materna es el español y el quechua. El resto de lenguas nativas tiene muy bajo nivel de adscripción.

- b) En la población teóricamente beneficiaria del SEG, se derivan diversos patrones de percepción y utilización de servicios según el conocimiento de este derecho (Cuadro 30).

Cuadro 30
Perú: Reporte de enfermedad y utilización en población con derecho al Seguro Escolar Gratuito según condición de aseguramiento en salud. 2000

Población con Derecho a SEG ¹	Reporte Enfermedad			Consulta ²		
	Si	No	Total	Si	No	Total
No reporta SEG	18,9	81,1	100%	51,0	49,0	100%
Reporta EsSalud	25,3	74,7	100%	69,7	30,3	100%
Reporta Seguros						
Privados/militar	36,6	63,4	100%	68,1	31,9	100%
Reporta SEG	29,4	70,6	100%	57,5	42,5	100%

¹ Comprende población escolar que asiste a escuela pública y esta en el rango de edad correspondiente (3-17 años)

² Respecto del 100% de personas que reportan enfermedad

Elaboración Propia

Fuente: ENNIV 2000

Quienes reportan tenencia del SEG, en contraposición a quienes no se saben beneficiarios, presentan un mayor reporte de enfermedad y una mayor frecuencia de utilización de servicios de salud. Ambos fenómenos pueden ser un resultado inducido por la protección financiera brindada por el SEG. Así de aquellos que indicaron tener derecho al SEG, el 29% reportó de enfermedad en las últimas 4 semanas y consultó el 58%; en cambio en aquellos que teniendo derecho al SEG no reconocen su adscripción, el reporte de enfermedad es menor (19%) y también lo es su utilización (51%).

No obstante, este comportamiento (mayor reporte de enfermedad y mayor utilización) en asegurados al SEG es de menor intensidad comparados con el de los que teniendo derecho al SEG tienen también cobertura por otros seguros (EsSalud y privados).

- c) A diferencia de otros seguros, quienes declaran adscripción al SEG lo utilizan mayoritariamente en los establecimientos de primer nivel de la red del MINSA.

Mientras que sólo el 59% de la población afiliada a EsSalud consulta a establecimientos de dicha entidad y únicamente el 56% de los afiliados a seguros privados recurre a prestadores privados, la consulta a establecimientos MINSA en calidad de afiliado SEG es masiva en las personas

que conocen su derecho al SEG. Cuando enferma, el 80% de la población que declara adscripción al SEG utiliza sus servicios (Cuadro 31).

Un efecto importante, y positivo, es la menor utilización de la farmacia (4%) de parte de la población que utiliza su derecho al SEG en contraposición con quienes teniendo ese derecho no lo reporta (13%).

Esta situación, favorable para el usuario, ha generado una presión a los establecimientos de salud, la que no siempre parece estar acompañada del financiamiento respectivo.

Cuadro 31
Perú: Tendencia en la Utilización de Servicios
según Condición de Aseguramiento 2000
(en porcentajes de personas)

Población con Derecho a SEG ¹	¿Dónde consultó?						Total
	MINSA	EsSalud	FFAA y PP	Privado	ONG/comunidad	Farmacia	
Reporta EsSalud	22,4	59,3	0,3	8,3	1,5	8,2	100%
Reporta EsSalud y Priv.	23,0	16,8	3,2	53,8	0,0	3,2	100%
Reporta Privado	25,5	5,8	0,9	56,2	0,0	11,7	100%
Reporta FFAA y PP	14,6	0,0	55,4	8,3	2,8	18,9	100%
Reporta SEG	79,5	4,6	0,1	3,6	8,5	3,7	100%
No conoce SEG	69,7	1,7	0,3	10,4	5,5	12,5	100%

1. Comprende población escolar que asiste a escuela pública y esta en el rango de edad correspondiente (3-17 años)

Elaboración propia
Fuente: ENNIV 2000

Al utilizar la red de establecimientos MINSA, quienes tienen derecho al SEG recurren más al primer nivel de atención lo que es coherente con el sistema de referencias. No obstante, el 21% de la población que conoce su derecho al SEG y recurre al MINSA, fue atendida en el hospital. Este porcentaje incluye referencias así como personas que ingresan por emergencia (Cuadro 31).

¿Qué pasa con aquellas personas que teniendo derecho al SEG, no lo saben? Ellos recurren principalmente al MINSA (70%) utilizando más al hospital en comparación con quienes conocen su derecho (Cuadro 32).

Cuadro 32
Perú: Utilización de Proveedor MINSA para Asegurados
con el Seguro Escolar Gratuito 2000
(en porcentajes de personas)

Población con Derecho a SEG ¹	¿Dónde consultó?		Total
	MINSA		
	Hospital	CS/PS	
Si reporta SEG	21,3	78,7	100%
No reporta SEG	27,5	72,5	100%

1. Comprende población escolar que asiste a escuela pública y esta en el rango de edad correspondiente (3-17 años)

Elaboración propia
Fuente: ENNIV 2000

- d) Parte de la población beneficiaria del Seguro Escolar Gratuito realiza pagos cuando acude a establecimientos del MINSA, aun teniendo conocimiento de su derecho a la gratuidad.

Diferenciando dentro de la población teóricamente beneficiaria del SEG (o con derecho al mismo), se observa que el porcentaje de personas que pagan es bastante mayor en aquellos que no conocen su derecho (Cuadro 33). Se aprecia que la diferencia es mucho mayor en el caso de hospitalizaciones y menor en análisis. De otro lado, es importante anotar que aún en la población con conocimiento de su derecho se registran pagos para hospitalizaciones y medicinas que afectan a un poco más de la cuarta parte de dicha población.

Cuadro 33
Perú: Pago en la Utilización de Proveedor MINSA para
Asegurados con el Seguro Escolar Gratuito 2000
(en porcentajes de personas que pagaron)

Población con Derecho a SEG ¹	Pago			
	Consultas	Análisis	Hospitalización	Medicinas
Si reporta SEG	17,9	4,4	28,7	26,2
No reporta SEG	39,2	6,1	64,7	48,5

Elaboración propia
Fuente: ENNIV 2000

3.4 Aseguramiento público: El Seguro Integral de Salud

El Seguro Integral de Salud (SIS) aparece como fusión del Seguro Escolar Gratuito y de los pilotos del Seguro Materno Infantil. Actualmente opera como un programa de subsidios a ser focalizados en la población pobre, según los siguientes grupos: niños de 0 a 4 años (Plan A), niños de 5 a 17 años (Plan B), gestantes (Plan C), atención de adultos en emergencia (Plan C) y adultos focalizados (Plan D). El SIS inició oficialmente sus actividades a fines del 2001.

El objetivo del SIS se enmarca en el cumplimiento de la Tercera Política de Estado del Acuerdo Nacional, firmado en julio del 2002, cuya finalidad es la de asegurar el “Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social”. Esta política incluye entre sus objetivos al incremento progresivo del porcentaje del presupuesto del sector salud, la promoción del acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado.

Teniendo en cuenta la exigencia de focalización en la población pobre, con énfasis en la de pobreza extrema, se presentan los siguientes resultados obtenidos a partir del análisis de la ENAHO 2002⁵:

- a) Con el SIS se desarrolló una vasta afiliación que ha llegado a abarcar al 20% de la población nacional con énfasis en la población menor de 18 años y gestantes, la que registra aciertos y falencias.

En el cuadro 34 se contrasta los niveles de focalización nacional en la afiliación al SEG y al SIS según la condición de pobreza de los menores de 18 años. En el año 2000 sólo el 38% de los pobres extremos estaban afiliados al SEG incrementándose al 69% con el SIS en el año 2002. Igualmente, en el año 2000 sólo el 32% de los pobres no extremos estaban afiliados al SEG aumentando al 68% con el SIS (2002). Sin embargo, en el año 2000 el 25% de los no pobres estaba afiliado al SEG y en el año 2002 el 56% lo estaba al SIS, lo que implica una importante una filtración (no pobres afiliados).

Cuadro 34A
Perú: Afiliación al Seguro Escolar Gratuito y Seguro Integral de Salud en Población Menor de 18 años 2000, 2002
 (en porcentajes de personas)

	Pobre extremo			Pobre			No Pobre		
	Afiliado	No afiliado	Total	Afiliado	No afiliado	Total	Afiliado	No afiliado	Total
SEG (2000)	38,1	61,9	100%	32,0	68,0	100%	25,4	74,6	100%
SIS (2002)	69,2	30,8	100%	68,1	31,9	100%	55,6	44,4	100%

Elaboración: propia

Fuentes : ENNIV 2000, ENAHO 2002.

⁵ La única base de datos que proporciona información nacional con nivel de inferencia departamental, diferenciando urbano-rural, respecto de la cobertura efectiva del Seguro Integral de Salud es la ENAHO 2002, realizada el último trimestre de dicho año.

Cuadro 34-B
Perú: Afiliación al Seguro Escolar Gratuito y Seguro Integral de
Salud en Población Menor de 18 años 2000, 2002
(en porcentajes de personas)

Nivel de Pobreza	Afiliado	No afiliado	Total
Pobre extremo			
SEG (2000)	31,2	68,8	100%
SIS (2002)	58,3	41,7	100%
Pobre			
SEG (2000)	27,6	72,4	100%
SIS (2002)	51,1	48,9	100%
No pobre			
SEG (2000)	22,7	77,3	100%
SIS (2002)	32,0	68,0	100%
Total Nacional			
SEG (2000)	26,8	73,2	100%
SIS (2002)	46,8	53,2	100%

Elaboración: propia

Fuentes : ENNIV 2000, ENAHO 2002.

- b) Con el SIS se profundizó la focalización geográfica de la afiliación.

Los departamentos con nivel de pobreza mayor al 70% de su población (Huancavelica, Huánuco, Puno, Cajamarca, Apurímac, Cusco, Amazonas, Ayacucho, Loreto y Ucayali) muestran importantes niveles de afiliación de su población en condición de pobreza (extrema y no extrema) destacando Apurímac, Huancavelica y Ayacucho con niveles de afiliación de su población pobre superiores al 75% (Cuadros 35 y 36).

- c) Los niveles de afiliación de las gestantes⁶ en condición de pobreza extrema y no extrema son todavía insuficientes y poco adecuados

El porcentaje de filtración (58%) es mayor al de focalización (52 y 53% en población en pobreza extrema y población pobre) en la población de gestantes (Cuadro 37). Ello ocurre pese a la notable dispersión en todos los ámbitos del país (Cuadro 38)

⁶ El reducido tamaño de la muestra de gestantes SIS impide su desagregación por departamentos.

Cuadro 35
Perú: Afiliación al Seguro Integral de Salud en Población
Menor de 18 años según Departamentos 2002
(en porcentajes de personas)

	Pobre extremo		Pobre		No Pobre	
	Afiliado	No afiliado	Afiliado	No afiliado	Afiliado	No afiliado
Nacional	69,2	30,8	68,1	31,9	55,6	44,4
Amazonas	48,2	51,8	50,1	49,9	28,4	71,6
Ancash	88,3	11,7	85,7	14,3	59,0	41,0
Apurimac	62,3	37,7	50,2	49,8	24,9	75,1
Arequipa	76,8	23,2	73,9	26,1	56,7	43,3
Ayacucho	62,0	38,0	62,7	37,3	40,7	59,3
Cajamarca	70,6	29,4	58,9	41,1	30,8	69,2
Callao	45,2	54,8	44,2	55,8	36,7	63,3
Cusco	76,2	23,8	76,4	23,6	59,3	40,7
Huancavelica	59,3	40,7	58,6	41,4	38,7	61,3
Huanuco	62,6	37,4	60,0	40,0	36,7	63,3
Ica	44,0	56,0	43,6	56,4	26,2	73,8
Junin	35,9	64,1	41,2	58,8	29,2	70,8
La Libertad	51,1	48,9	49,4	50,6	19,7	80,3
Lambayeque	44,9	55,1	43,8	56,2	24,6	75,4
Lima	71,8	28,2	70,2	29,8	48,6	51,4
Loreto	51,8	48,2	44,0	56,0	30,2	69,8
Madre De Dios	66,3	33,7	53,8	46,2	29,8	70,2
Moquegua	61,4	38,6	59,7	40,3	36,6	63,4
Pasco	57,5	42,5	57,1	42,9	38,8	61,2
Piura	43,9	56,1	42,7	57,3	37,0	63,0
Puno	68,8	31,2	64,3	35,7	61,8	38,2
San Martin	78,5	21,5	53,0	47,0	33,9	66,1
Tacna	82,6	17,4	81,8	18,2	54,9	45,1
Tumbes	74,3	25,7	71,5	28,5	48,3	51,7
Ucayali	69,2	30,8	68,1	31,9	55,6	44,4

Elaboración: propia
Fuente: ENAHO 2002.

Cuadro 36
Perú: Afiliación al Seguro Integral de Salud en Población
Menor de 18 años según Regiones y Ámbitos 2002
(en porcentajes de personas)

Dominio	Población afiliada
Costa Norte	45,3
Costa Centro	45,5
Costa Sur	42,1
Sierra Norte	52,6
Sierra Centro	53,8
Sierra Sur	45,5
Selva	62,1
Lima Metropolitana	32,9
Ámbito	
Urbano	39,2
Rural	60,2

Elaboración: propia
Fuente: ENAHO 2002

Cuadro 37
Perú: Afiliación al Seguro Integral de
Salud en Población Gestante, 2002
(en porcentajes de personas)

Población Gestante	Pobre extremo			Pobre			No Pobre		
	Afiliado	No afiliado	Total	Afiliado	No afiliado	Total	Afiliado	No afiliado	Total
SIS (2002)	51,8	48,2	100%	52,6	47,4	100%	58,3	41,7	100%

Elaboración: propia
Fuente: ENAHO 2002.

Cuadro 38
Perú: Afiliación al Seguro Integral de Salud en Población
Gestante según Regiones y Ámbitos, 2002
(en porcentajes de personas)

Dominio	Población afiliada
Costa Norte	45,3
Costa Centro	45,5
Costa Sur	42,1
Sierra Norte	52,6
Sierra Centro	53,8
Sierra Sur	45,5
Selva	62,1
Lima Metropolitana	32,9
Ámbito	
Urbano	39,2
Rural	60,2

Fuente: ENAHO 2002

- d) La mayoría de la población afiliada al SIS hace uso del mismo cuando enferma.

El 81% de la población menor de 18 años afiliada al SIS consulta a establecimientos del MINSA cuando enferma; también lo hace el 90% de las gestantes afiliadas (Cuadro 39).

Cuadro 39
Perú: Consulta al MINSA de parte de Población
Afiliada al Seguro Integral de Salud, 2002
(en porcentajes de personas)

Población afiliada	Lugar de consulta		
	MINSA	Otros	Total
Menor de 18 años	80,6	19,4	100%
Gestantes	90,1	9,9	100%
Adultos	73,2	26,8	100%

Elaboración: propia
Fuente: ENAHO 2002.

- e) Más del 75% de los afiliados al SIS no realizan pagos por la atención recibida en establecimientos MINSA.

En la población menor de 18 años, afiliada al SIS y que consulta a establecimientos MINSA, por lo menos el 78% de dicha población tiene gratuidad total. En la población de gestantes, esta gratuidad total disminuye al 58% debido fundamentalmente al pago por exámenes. En la población adulta focalizada o en emergencia, la proporción de gratuidad total es del 64%, observándose en general un menor pago por consulta y medicinas que en los otros grupos (Cuadro 40).

Cuadro 40
Perú: Pago por Atención MINSA de parte de Población
Afiliada al Seguro Integral de Salud, 2002
(en porcentajes de personas)

Población afiliada	Pago				
	Consulta	Análisis	Medicinas	Rayos X	Exámenes
Menor de 18 años					
SIS pagó todo	88,0	77,5	84,0	80,2	77,2
SIS pagó parte	3,2	2,8	5,0	1,7	0,0
Un tercero pagó todo	0,6	4,3	0,5	1,9	0,0
Usuario pagó todo	8,2	15,3	10,5	16,2	22,8
Gestantes					
SIS pagó todo	87,8	74,1	76,4	69,9	57,6
SIS pagó parte	5,3	9,1	7,4	0,0	0,0
Un tercero pagó todo	0,5	0,0	1,3	0,0	0,0
Usuario pagó todo	6,4	16,9	15,0	30,1	42,4
Adultos focalizados y en emergencia					
SIS pagó todo	73,6	74,9	64,4	77,2	64,4
SIS pagó parte	4,9	1,2	5,4	6,1	8,9
Un tercero pagó todo	2,2	0,0	1,9	0,0	0,0
Usuario pagó todo	19,2	23,9	28,3	16,6	26,7

Elaboración: propia
Fuente : ENAHO 2002.

La magnitud de personas beneficiarias del SIS con los altos niveles de gratuidad descritos, significa una fuerte presión para los prestadores MINSA. Al no haberse incrementado significativamente el presupuesto del MINSA en los últimos años, ni haberse establecido una reestructuración financiera del conjunto de recursos que administra el MINSA, se plantea con urgencia la necesidad de evaluar la sostenibilidad financiera del actual esquema de financiamiento. Ello deberá incluir el desarrollo de esquemas de aseguramiento y copagos con relación a la población no pobre afiliada al SIS.

4. Conclusiones

Entre los años 1985 y 2002, se observan tendencias y hallazgos en la utilización de servicios de salud en el Perú. Estas han sido definidas a través del procesamiento de las encuestas nacionales de hogares, obtenidas a través de información proporcionada por las familias residentes en el país. Se han efectuado los análisis de equidad con relación a los determinantes de grupos de edad, niveles de ingreso y pobreza, ámbito de residencia, pertenencia étnica y nivel educativo.

Se observan las siguientes tendencias y hallazgos en la utilización de servicios de salud en el Perú:

1. En el periodo 1985-2000, la utilización de servicios de salud¹ ha mostrado estancamiento entre los años 1985-1994 y crecimiento entre 1994-1997, con tendencia al estancamiento en el 2000. El crecimiento es principalmente explicado por la expansión del primer nivel del prestador público MINSA, antes que otros. La consulta a prestadores privados lucrativos decreció a casi un tercio de los niveles observados en 1985, mientras surgía el prestador privado no lucrativo. El prestador público de la seguridad social en salud no evidenció crecimiento en el periodo de estudio. Estas variaciones han sido compatibles con las ocurridas en la economía peruana en lo que respecta al ingreso de los hogares y al mayor gasto social (periodo 1996-2000) incluyendo la referida al MINSA.
2. En el mismo periodo, si bien disminuyó la no consulta, es decir personas que percibiendo necesidades de salud no efectuaron consulta, del 60 al 40%, ésta continua siendo un problema de salud pública. En el año 2000, más de la mitad de las personas que no consultaron, consideraron que la consulta era necesaria. El 82% de ellas indicaron que la falta de recursos económicos fue la principal causa. También se aprecia que, en concordancia con el mayor desarrollo del primer nivel de atención, disminuyó la distancia geográfica como motivo de no consulta.
3. El efecto de los factores determinantes en la utilización de servicios de salud es apreciable:

Cambios demográficos y grupos de edad

- a) Aunque la proporción del grupo menor de 5 años ha ido disminuyendo en la población, esta tendencia demográfica no ha

¹ Definida como la decisión y realización de consulta en un prestador formal o informal de servicios de salud en el universo de personas que declararon problemas de salud en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta.

modificado la participación de este grupo en la consulta, lo cual implica una mayor intensidad relativa de consulta en menores de 5 años. Es posible que parte de ello sea debida a un incremento en las prestaciones preventivas (vacunaciones, controles).

b) Pese a haber aumentado su proporción respecto de la población nacional, el grupo de 16 a 64 años, más vinculado a la Población Económicamente Activa (PEA) ha disminuido su participación en la utilización de servicios de salud. Este preocupante hallazgo es compatible tanto con el muy limitado crecimiento de los trabajadores en relación de dependencia formal y por tanto sujetos de aseguramiento social en salud, como con los altos y crecientes niveles de informalidad laboral.

c) Como un efecto relativo y compensatorio de la menor participación del grupo anterior, la población adulta mayor (65 a más años) ha aumentado su participación en la utilización de servicios de salud a un ritmo mayor al de su crecimiento poblacional.

Niveles de ingreso y situación de pobreza

Existe una relación casi lineal y directa entre el nivel de ingreso de las personas y su utilización de servicios de salud. Aún así, a lo largo del periodo se evidencia una tendencia creciente de la utilización de los servicios de salud en cada nivel de ingreso.

Ámbito de residencia urbano o rural

a) Desde el año 1994, se produce un importante crecimiento de la utilización de servicios de salud en el área rural, del 27-28% de personas consultantes (1985-1994) se pasó al 40-46% (1997-2000).

b) Se observa una tendencia al estancamiento en Lima Metropolitana con niveles de consulta del 64-65% (1994-2000).

Pertenencia étnica

Quienes tienen como idioma materno al español utilizan mucho más los servicios de salud que quienes tienen un idioma nativo, andino o amazónico. No obstante, estas diferencias disminuyen notablemente en el ámbito urbano. Ello es coherente con la explicación de los flujos migratorios a la ciudad en busca de mayor acceso a oportunidades, que no son sólo de empleo sino fundamentalmente de servicios.

4. En el periodo 1994-2000 se producen algunos cambios en la población usuaria de los servicios MINSA:

a) Varía el perfil de sus usuarios tanto en su composición por edades como en su capacidad adquisitiva. Se ha incrementado la proporción de niños y jóvenes en detrimento de la población de 16 a 65 años. Ha

disminuido la participación de la población en condición de pobreza extrema, ha entrado la población pobre no extrema, tanto urbano como rural, y la que se ubica en el mayor quintil de ingresos.

b) El acceso a una mayor capacidad resolutive (hospitales) del MINSA está fuertemente asociado al mayor nivel de ingreso de la familia, al ámbito urbano y, en menor medida, a la pertenencia étnica del individuo.

La población pobre que accede a la consulta del MINSA lo hace mayormente al primer nivel de atención (Puestos y Centros de Salud), mientras que la población de mayores ingresos que consulta al MINSA, se distribuye con mayor igualdad tanto en hospitales como en centros de salud. En concordancia, la curva de inequidad muestra que el acceso a la consulta al hospital es regresiva, mientras que la consulta al primer nivel de atención es ligeramente progresiva.

La población urbana tiene una probabilidad dos veces y media mayor que la rural para acceder a mayores niveles de mayor capacidad resolutive. En el mismo sentido, pero con menor intensidad, la población de lengua materna nativa o indígena tiene menor probabilidad de acceso al hospital que la de lengua materna española.

5. El gasto en la atención de la salud efectuado por los hogares en Perú² tenía en el año 2000 las siguientes particularidades:

a) El porcentaje del gasto familiar aumenta a medida que se incrementa el nivel de ingreso, este comportamiento ocurre en todas las poblaciones urbanas y rurales, con excepción de Lima Metropolitana.

En Lima Metropolitana el porcentaje del gasto familiar en salud es mayor en los pobres extremos, siendo posible que la vasta oferta de medicamentos existente, induzca un mayor consumo.

El porcentaje del presupuesto familiar es mayor en las poblaciones residentes en áreas rurales, con énfasis en la selva, lo que puede tener implicancias importantes en el desplazamiento de otros bienes esenciales en la canasta familiar.

b) En términos absolutos, el gasto familiar destinando a la atención de salud es mayor en Lima Metropolitana, lo que es coherente con la mayor oferta de servicios y medicamentos.

c) Tiende a disminuir como porcentaje del gasto familiar a medida aumenta el número de miembros del hogar que cuentan con un seguro en salud.

² Para todos aquellos hogares que efectuaron algún gasto en salud mayor de 0.

6. La afiliación a la seguridad social en salud (EsSalud) se estancó entre el 21-22% del total de la población nacional y disminuyó el incipiente aseguramiento privado del 3 al 2%. Destacan las siguientes características:

a) La población usuaria a EsSalud se concentra fuertemente en la población adulta, con tendencia creciente en el grupo de adultos mayores. Siendo sus consultantes tradicionales la población urbana y los no pobres, se aprecia un incremento en el grupo de los pobres no extremos. Se observa que el grupo con educación superior ha disminuido su participación.

b) Parte importante (41%) de la población afiliada a EsSalud no acude a sus establecimientos cuando requiere de consulta ambulatoria. Una importante y creciente proporción de asegurados a EsSalud y a seguros privados, hacen uso de los servicios del MINSA. Esta utilización (filtración) no esta regulada.

c) En contraste con lo anterior, la mayoría de la población afiliada a EsSalud que requiere hospitalización lo hace en establecimientos de esta institución (78%), lo que sugiere su percepción y uso como un seguro para enfermedades catastróficas.

d) La población afiliada que también cuenta con seguro privado, consulta mucho menos en EsSalud que aquella que sólo dispone de afiliación a la seguridad social. Esta población también consulta a establecimientos MINSA. Esta utilización tampoco esta regulada.

Los resultados indican: primero, que no basta la afiliación a un seguro si este pierde efectividad para el usuario; segundo, que los establecimientos MINSA, cuyos tarifas son subsidiadas, resultan subsidiando, y de manera creciente, a población ya asegurada; tercero, que la población con aseguramiento realiza un creciente pago de bolsillo; y, cuarto, que, dada la perdida relativa de ingresos de la denominada clase media, existe una exigencia a los establecimientos de EsSalud para la atención más especializada, sobretudo en hospitalización y catastróficas. La coordinación interinstitucional se hace indispensable.

7. A partir del año 1997 el MINSA inició modalidades de prestación garantizada y focalizada, autodenominadas “seguro” a través del Seguro Escolar Gratuito (1997 - 2001) dirigido a la población escolar pública y de aplicaciones piloto del Seguro Materno Infantil. En el año 2000, el Seguro Escolar Gratuito tenia afiliado al 8% de la población nacional con las siguientes características:

a) El Seguro Escolar Gratuito era conocido sólo por el 31% de su población teóricamente beneficiaria

b) Se ubicó en la población pobre principalmente limeña, en la población urbana y en mucha menor medida en el ámbito rural. La focalización en la escuela pública limitó, en parte, la adscripción de la población más pobre y rural, permitió, además, que un grupo no pobre se beneficiara.

c) El conocimiento del derecho de parte de la población beneficiaria es factor determinante en la utilización y gratuidad de los servicios de salud. En la población con conocimiento de su derecho a la gratuidad, sólo alrededor de una cuarta parte de la población beneficiaria del Seguro Escolar Gratuito realizó pagos, principalmente en medicamentos y hospitalización. En cambio, alrededor de mitad de la población teóricamente beneficiaria que no conocía este derecho, pagó por medicamentos y hospitalización.

8. El Seguro Integral de Salud (SIS) se formó a partir de la integración del Seguro Escolar Gratuito y los pilotos del Seguro Materno Infantil, con el objetivo declarado de incrementar el acceso de la población pobre, con énfasis en la de pobreza extrema. A fines año 2002, el 20% de la población nacional reportaba afiliación al SIS, indicando una activa política de afiliación con las siguientes características.

a) En la población menor de 18 años, los niveles de afiliación son importantes: 68% de los pobres y 69% de los pobres extremos están afiliados. No obstante, los niveles de filtración son altos: 56% de los no pobres están afiliados. Los departamentos con niveles de afiliación de pobres por encima del promedio nacional son Huancavelica, Apurímac, Cusco, Huánuco, Puno, Cajamarca, y Amazonas. Los departamentos con alta afiliación de los no pobres son Puno (62%), Ancash (59%), Arequipa (57%), Amazonas (56%) y Tacna (55%).

b) En la población gestante, los niveles de afiliación nacional son todavía insuficientes, 53% de aquellas en condición de pobreza y 52% en pobreza extrema; y la filtración es mayor: 56% de no pobres están afiliadas. No obstante, debe recordarse el derecho de gratuidad en la atención de parto en Perú.

c) La mayoría de la población afiliada al SIS hace uso del mismo cuando enferma. El 81% de la población menor de 18 años afiliada al SIS consulta a establecimientos del MINSA cuando enferma; también lo hace el 90% de las gestantes afiliadas.

d) La población que hace uso de los servicios SIS reporta altos niveles de gratuidad, por encima del 78% en los menores de 18 años y algo menores en gestantes. Los componentes más críticos en este aspecto son los análisis, exámenes y medicinas. Dado los altos niveles de afiliación, es indudable la fuerte presión sobre los establecimientos de

salud que ejerce el SIS. Es posible que, junto con mejoras de focalización, planes de aseguramiento para la población no pobre, y mecanismos de garantía para sus afiliados, sea necesario desarrollar y fortalecer el rol financiador para su consolidación como seguro público de salud. Ello a su vez, conllevaría una reestructuración institucional del MINSA y mayor coordinación con EsSalud.

Anexo

Metodológico

Bases de Datos

El análisis de las tendencias en la utilización de servicios de salud se restringió al periodo 1985-2000 debido a la existencia de las bases de datos provenientes de las Encuestas Nacionales de Niveles de Vida (ENNIV) aplicadas a una muestra poblacional estadísticamente representativa a nivel nacional y regional en siete dominios, además del nivel nacional: Lima Metropolitana, costa urbana, costa rural, sierra urbana, sierra rural, selva urbana y selva rural. Estas encuestas aplican un cuestionario estándar en sus diversos módulos, incluyendo al de salud, lo que garantiza la comparabilidad, en el tiempo.

En el análisis de la tendencia no se utilizó la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) correspondiente al IV Trimestre del año 2002. Esta encuesta, elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), introdujo una serie de modificaciones en el cuestionario correspondiente al módulo de salud, dificultando la comparabilidad con las estimaciones de las ENNIV. Por esta razón se decidió limitar el uso de la ENAH al análisis del Seguro Integral de Salud, programa que inició oficialmente sus actividades a fines del año 2001.

La ENNIV 1985 fue obtenida de la página web del Banco Mundial y las correspondientes a los años 1994, 1995 y 2000 fueron proporcionadas por el Instituto Cuánto. Las ENNIV correspondientes a los años indicados son aplicadas a hogares que conforman muestras representativas de todos los hogares residentes en el Perú al momento de aplicar la encuesta.

Procedimientos

1. La estimación del indicador percepción o autoreporte de servicios de salud se construyó a partir de la pregunta que indaga sobre el estado de salud en las 4 semanas previas a la encuesta en cada miembro del hogar.

La estimación del indicador de consulta o utilización de servicios de salud hace referencia a la consulta ambulatoria, excepto cuando explícitamente se indica que incluye la hospitalización. Este indicador se estimó como probabilidad condicional respecto del total de personas que reportaron problemas de salud.

La variable de ingreso de los hogares se construyó a partir del gasto anual per cápita del hogar, de acuerdo a la metodología del Instituto Cuánto.

Los deciles y quintiles de ingreso fueron contruidos en base a la variable gasto anual per cápita y para cada dominio.

Las variables referidas a las categorías rural y urbano, fueron definidas de acuerdo a la definición operacional del INEI: población es la que reside en poblados de menos de 2000 habitantes.

La variable nivel educativo fue aplicada solamente a la población con 25 o más años de edad.

La variable “pertenencia etnica” fue inferida a partir de la variable idioma materno, la que se define como el idioma que se habla en el hogar.

La variable de condición de aseguramiento corresponde a la declaración del informante de la encuesta quien identifica el tipo de aseguramiento con el que cuenta. Para el caso del Seguro Escolar Gratuito (SEG), el cuestionario correspondiente a la ENNIV 2000 no explicitó esta categoría, dejando abierta la opción de “otro tipo de seguro”. La construcción de la población con cobertura del SEG fue inferida a partir del siguiente algoritmo: se tomó como población objetivo del SEG a los niños entre 3 y 17 años que asistiesen a escuelas públicas. Se consideró que dichos niños estaban afiliados al SEG cuando en dichos hogares la respuesta a la tenencia de un seguro de salud fue afirmativa, y excluyó como tipo de seguro a la seguridad social (EsSalud), a los seguros privados, a los seguros con las fuerzas armadas y policiales, anotándose en la categoría de “Otro Seguro de Salud”.

La condición de aseguramiento al Seguro Integral de Salud (SIS) fue tomada directamente del cuestionario de la ENAHO 2002.

El gasto en salud, se refiere al total de “gastos de bolsillo” referidos por el encuestado en el último episodio. Incluye pagos por consulta, medicamentos, análisis, pruebas diagnósticas y otros procedimientos e internamientos.

2. Las estimaciones estadísticas se han realizando utilizando los factores de ponderación correspondientes a cada una de las encuestas tomando en cuenta las fracciones muestrales indicadas en sus fichas técnicas.

Los intervalos de confianza fueron estimados utilizando la aproximación normal y corregido por los efectos del diseño muestral de conglomerados.