

salgamos fortalecidos, no sólo en nuestras convicciones, sino en nuevas propuestas.

Gracias.

Cuentas Nacionales de Salud - Perú: 1995 – 2005. Indicadores del Gasto en Salud.

Mg. Margarita Petrerá Economista. Coordinadora del Observatorio de la Salud del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) Funcionaria de la Organización Panamericana de la Salud

Buenas noches distinguidos miembros de la Academia Nacional de Medicina. Es para mí un gusto estar con ustedes y poder plantearles información sobre el financiamiento y gasto en salud referida a servicios de salud y analizar qué tiene que ver esto con las personas, en qué medida las personas se organizan y el financiamiento se realiza en torno a ellos, quiénes se atienden y quiénes no llegan a ser atendidos. El Segundo Estudio Nacional de las Cuentas se realizó hace poco y recogió información de un periodo de 11 años, del año 1995 al año 2005. Ha sido producto de un convenio entre el Consorcio de Investigación Económico Social y el Ministerio de Salud, y ha contado con la Rectoría de la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del INEI. La idea que vamos a plantear ahora es: ¿Qué son las Cuentas Nacionales y para qué sirven? ¿Cuáles son los resultados del caso peruano? ¿Qué reflexiones vienen a raíz de ellas? ¿Qué son las Cuentas Nacionales y para qué son? El para qué define lo que es una Cuenta Nacional. Si mi para qué es buscar la comparación con otros países, yo voy a orientar la estructura de la cuenta de una determinada manera. Felizmente ese no es el principal interés de los países, a los países les interesa las Cuentas Nacionales no para comparar sino para conocer en qué están gastando su dinero, cómo se financia la atención de salud, quiénes son los agentes que las financian, cuáles son los centros de gastos, cómo pueden ser éstos mejorados, quienes se benefician. Entonces las Cuentas Nacionales van a ser flujos de información porque la riqueza está en seguirla año tras año, y flujos de información consistente sobre financiamiento, gasto, producción y consumo, referido a prestaciones de salud humana. El foco está en eso, en la prestación de salud, en realidad el título debería de ser entonces Cuentas Nacionales del Servicio de Salud, pero por un acuerdo

internacional se llaman Cuentas Nacionales de Salud. ¿Para qué son importantes? Primero, como un instrumento de rectoría sectorial porque si el gerente o rector de un sector no conoce lo que pasa en el sector, en la parte informal de su sector, ¿Qué pasa en el sector privado? ¿Cuáles son los vínculos que se dan entre el público y el privado, entre el formal y el informal?, entre los cuatro en conjunto y muchos otros más, si él no conoce, tiene dificultades de gerencia; por tanto, las Cuentas Nacionales lo que buscan es un vínculo entre información, comunicar y luego concertar porque, como en el sector privado, no se gobierna si no se concerta. El gobierno del sector propiamente es sobre sus recursos financieros, sus recursos humanos, pero la rectoría implica el ejercicio de la concertación en función a los fines que busca obtener un sector. Una segunda aplicación es para el diseño y evaluación de las políticas de mediano y largo plazo (sectorial o intersectorial). Es decir, ¿Qué pasó después de tantos años con el aseguramiento? ¿Qué pasó después de tantos años con el financiamiento del gobierno en relación con el financiamiento de los hogares? Es decir, mide periodos de mediano y largo plazo. ¿Cuál es el criterio principal de inclusión cuando uno dice si una actividad ingresa o no ingresa a ser contabilizada dentro de las Cuentas Nacionales? El criterio es que esté vinculada a una actividad de prestación de salud, no interesa si esta es formal o si es informal, es decir no interesa si es brindada por un curandero o si es brindada por la clínica mas prestigiada, va a ser clasificada de manera distinta, pero entra a ser considerada. Interesa distinguir también diversas formas organizativas, estamos hablando del Ministerio de Salud, estamos hablando de salud privadas, de lucro, de no lucro, y otras. Van a ver cómo vamos a ingresar como un prestador a las farmacias y boticas, porque en realidad no lo son, sobre todo cuando quien prescribe no es el químico farmacéutico sino es el expendedor de medicamentos. Si bien la comparación internacional es importante, esta no constituye una prioridad para los países, por lo que no es el principal objetivo. Eso es menos importante que cómo se está dentro en cada país y cómo se va avanzando año tras año, cómo se va retrocediendo año tras año. Vamos ahora a los resultados del caso peruano. Veamos algunas preguntas esenciales ¿Cuánto se gasta? ¿Quiénes lo financian? ¿Cuáles son los centros de gasto? ¿En qué se gasta? ¿Cuánto se gasta? En los 11 años de seguimiento

hemos encontrado que el gasto en servicios de salud más que se duplicó: pasamos de gastar de 5 413 millones de soles corrientes a 11 671 millones de soles. No obstante la capacidad de compra de dicho monto se mantuvo. La capacidad de compra de servicios de salud se mantuvo. ¿Por qué se mantuvo? De un lado el índice de cuidado y conservación de la salud creció mucho más que el Índice de Precios al Consumidor (el mayor incremento de precios en medicamentos y otros rubros diluye el mayor gasto nominal). Es decir, el Índice de Precios al Consumidor que es la medida de la inflación nacional, creció muchísimo menos que la canasta del índice de cuidado de atención de la salud, que en un momento se las muestro de qué está conformada. El mayor incremento fue en medicamentos y otros rubros similares que absorbieron esa enorme masa monetaria, que en esos 11 años más que duplicó. Veamos que pasó con el Índice de Cuidado y Conservación de la Salud: en la primera fila ustedes tienen los componentes del índice de cuidado y conservación de la salud, que son: Productos medicinales y farmacéuticos, aparatos y equipos terapéuticos, servicios médicos y similares, gastos por hospitalización, seguros contra accidentes y enfermedad. La combinación de estos da el Índice de Cuidado y Conservación de la Salud. Les he puesto el crecimiento quinquenal y luego el crecimiento en 11 años. Observen cómo el Índice de Cuidado y Conservación de la Salud creció en 86% en 11 años, mientras que el Índice de Precios al Consumidor (la inflación normal) creció en 48%; es decir, casi duplicó. La pregunta que viene a continuación es ¿Cuáles son los rubros que encarecen el Índice de Cuidados y Conservación de la Salud? Productos medicinales y farmacéuticos. Pero, si uno ve los últimos años el tema de seguros contra accidentes y enfermedad ha tenido también un incremento que no es nada despreciable, sobre todo porque el mayor incremento se va a dar en los últimos años; y, luego vamos a preguntarnos si el Índice de Seguros creció, si creció la cantidad de dinero que él maneja, crecieron o no los cubiertos por seguro. Como resultado, esta capacidad de gasto de esta enorme masa monetaria dividida entre el número de habitantes no creció. El gasto real per cápita en servicios de salud, alrededor de 230 soles en el año 1995, bajó, subió, bajó, subió y regresó a los niveles del año 1995 ¿Qué implicancias podemos derivar? ¿Es suficiente? Bueno, podemos decir que no es suficiente porque hay un porcentaje importante de población

sobre todo en condición de pobreza y distancia geográfica que no logra acceder, y ese es un porcentaje importante. La conclusión es que no es suficiente. Si quisiéramos hacer un promedio con América Latina vamos a ver que los países en América Latina destinan entre el 8 a 11 % de su Producto Bruto Interno en la atención de los servicios de salud, el Perú está entre 4,5% o 4,7% del Producto Bruto Interno. Un reto, la primera implicancia que vamos a decir es ¿Cómo abaratar costos mejorando calidad? Imagínense un gobierno que dice, el primer problema entonces es, y casi el único problema, que estamos financiando muy poco la atención de salud y lo que hay que hacer es inyectarle dinero al sector salud sin ver los demás aspectos, este déficit no se puede sostener. Lo que podría ocurrir entonces es que muchas industrias aprovechen este mayor dinero y encarezcan sus productos. Entonces una implicancia tan grande en la primera implicancia no es sólo la insuficiencia en financiamiento. La segunda implicancia que tenemos es decirnos, es que los medicamentos y otros precios, la tecnología médica está creciendo a un nivel mucho más alto que el Índice de Precios al Consumidor. Entonces, qué reto tenemos para hacer una mejor elección tecnológica, para hacer una mejor compra tecnológica?, porque sino lo que simplemente vamos a tener es que un mayor gasto si no está cuidado en la efectividad, si no está cuidado en la mejor política de compra lo vamos a dilapidar. ¿Quiénes lo financian? Quisiera enfocar atención de ustedes entre lo que es el agente que decide y la fuente de financiamiento por donde discurre el dinero (modos, vías, mecanismos). Los agentes se pueden clasificar como hogares, empleadores, gobierno nacional, gobierno regional, organismo internacional y donantes internos. Los agentes, y me he permitido poner en primer lugar a los hogares, financian en el Perú fundamentalmente por pago en el bolsillo, es decir con el dinero que tienen en el bolsillo para hacer frente a un evento en la atención de salud. En muchísimo menor medida pagamos primas y hacemos ejercicio de co-pago. De hecho sólo el 5% de la población nacional tiene algún tipo de seguro privado, y luego veremos los otros tipos de seguro. El otro agente que decide es el empleador. Si bien cuando el empleador paga a la planilla resta o deduce un costo laboral pagado por el trabajador, pero quien decide si me coloca en la nómina o no me coloca es el empleador, no es el trabajador. Otro agente que decide es el gobierno nacional y el gobierno regional.

También son agente que deciden los organismos internacionales, pero en el Perú financian poquísimos. Los donantes internos son cuando por ejemplo tenemos la colecta de San Juan de Dios y recaudamos un millón o dos millones, eso es.

Las fuentes de financiamiento de salud son: Los hogares son los pagos de bolsillo, primas y co-pago. Los empleadores son cotizaciones y primas. Gobiernos nacional y regional, son presupuesto público, recursos ordinarios y endeudamiento. Los organismos internacionales son los de cooperación externa. Donantes internos son las donaciones de los pobladores del Perú.

Este es el mundo del financiamiento. Vamos a ver los resultados del caso peruano. ¿Qué vamos a encontrar en 11 años de estudio? Que los hogares han continuado siendo la primera fuente de financiamiento de la atención de salud. Yo recuerdo mucho que cuando presentamos el libro en ese entonces, yo era funcionaria de la Organización Panamericana de la Salud, el Ministro presente, el Dr. Vidal, en ese momento nos dijo: "me cuesta creer que no sean los Fondos de Gobierno la primera fuente de financiamiento, yo esperaba que hogares fuera la cuarta" y tuvimos que demostrarle con los datos y el seguimiento cómo era que en el Perú, siendo un país en ese momento más pobre de lo que es ahora, siendo ahora un país de ingreso medio bajo, las estadísticas nos muestran un 38% de población en condición de pobreza, el 40% del total de financiamiento en atención de servicios de salud pública/privada, formal/informal, como fuera, venía del pago por los hogares y la principal fuente o vía era el pago de bolsillo. Las Cuentas se hacen con dos años de rezago por todos los problemas de consistencia que hay que realizar. Si se compara con el 2005 vemos que hemos logrado disminuir como país del 40% al 34% gracias a que el Presupuesto proveniente de Tesoro Público, ojo que la metodología es, yo no tomo todo el Presupuesto cuando digo que el agente que decide es el Gobierno, porque acuérdense que todo el Presupuesto tiene un rubro que ahora se llaman Ingresos directamente recaudados antes eran Ingresos Propios. Los Ingresos Propios están aquí, lo que yo tomo de la fuente de Gobierno es únicamente recursos ordinarios de endeudamiento. Vean cómo porcentualmente se ha ido incrementando

el rubro de Gobierno, aumentando su participación, no obstante 31% de participación del Gobierno versus 34% de participación de los hogares, los hogares continúan siendo la primera fuente de financiamiento. Algo que nos preocupa sobremedida es que la fuente empleadores. ¿De donde viene esa fuente? Del empleo estable del país que está en una nómina o planilla, del empleo estable donde el empresario se anima a decir esta es la fuerza de trabajo con la que cuento, estos son mis trabajadores, bueno, sus trabajadores crecieron muy poquito, en sí casi no crecieron pues la participación de los empleadores en 1996 fue de 30% y en tanto que en el 2005 fue de 31%, entre uno y otro no hay diferencia. Además estamos viendo un periodo con pequeñas bajas generalmente de crecimiento económico. Cuando hemos tenido periodos de decrecimiento económico, estos porcentajes caen, Las otras fuentes no vale la pena comentarlas, son muy pequeñas, pero ustedes ya van teniendo la idea del país, qué somos en términos de financiamiento y gasto en salud.

Un país africano tiene como primera fuente los cooperantes externos y por allí algún donante y algún chiquito de Gobierno, un poquito de los hogares y el resto simplemente se muere de hambre, los hogares no pueden aportar.

Un país centroamericano en condiciones difíciles va a tener una estructura un poco similar a África, sólo que los fondos del Gobierno van a ser un poquito más altos y los fondos de los hogares un poquito más.

Nosotros tenemos una estructura que se parece a un país del África, no del África sub sahariana, de un país africano de desarrollo medio, es decir, tampoco nos podemos creer en términos de financiamiento y gasto en salud un país desarrollado o un país en vías de desarrollo, tenemos severos problemas, pese al esfuerzo creciente de los distintos gobiernos por tratar de incrementar un poquito él y sus costos, aún todavía buena parte del Presupuesto, un tercio del Presupuesto descansa en el bolsillo de los peruanos, si tienes plata o si no tienes en el bolsillo.

Ya que la primera fuente de financiamiento son los hogares, la pregunta que uno se hace es ¿y en qué gasta el hogar, en qué rubros gasta? Boticas y farmacias fuera del prestador, la cadena de la calle. En el año 1995 los

hogares gastaban casi el 50% del financiamiento de los hogares iba directamente a la botica o a la farmacia de la calle, este porcentaje ha ido cayendo hasta 40% en el 2005, quiere decir eso que relativamente estamos comprando menos en la botica de la calle, aunque yo creo que en el 2006 y 2007 van a dar sorpresas aumentando este porcentaje. Lo que ocurre no es que las clínicas se dieron cuenta que la venta de medicamentos era un buen negocio, entonces incorporaron una mayor cantidad de boticas o farmacias de cadenas, son establecimientos de cadena los que están dentro de prestadores privados, por eso la participación de las farmacias y boticas que cayó del 49.8% al 40.1% subió por la participación de los prestadores privados de 34% a 43.3%, se dan cuenta, es un efecto sustitución. Lo que si diferencian es cuando consumen medicamentos dentro de prestadores privados, suele mediar una receta, en cambio cuando se consume medicamentos en boticas y farmacias en la calle puede mediar una receta actualizada, puede mediar una receta de ese año, o puede mediar nada. ¿En qué gastan los hogares en salud? Boticas y Farmacias. Prestadores privados. Prestadores Públicos: el pago de tarifas por los servicios, radiografías, análisis, por los gastos de hospitalización. Prestación EsSalud (no afiliado): antes había gente que no tenía un seguro con EsSalud pero se hacía atender por hospitalización y reclamaba a EsSalud. Esa gente ha ido disminuyendo hasta casi desaparecer. Compra de seguros a EsSalud: en el año 1995 un porcentaje de la cotización a EsSalud se hacía directamente de la remuneración del trabajador, el cambio fue en el año 1996. Seguros Privados: son muy poco representativos. En el 2005 sólo el 2.4% del financiamiento en los hogares se va a seguros privados. Prestadores privados EPS (copagos): ha ido aumentando el monto en copagos y ha ido aumentando la cantidad de afiliados a esta modalidad, que es un sistema enganchado que es parte del Sistema de Seguridad Social.

A qué conclusiones llegamos: ¿Qué vamos a hacer? ¿Vamos a prohibir la venta sin receta médica? La gente consulta. Cuando he tratado de cruzar la variable con nivel de educación de la persona, yo esperaba que a mayor nivel de educación, menor compra directa (sin receta, consultando directamente), pero no encontramos diferencia; o sea, las personas con mayor o menor nivel de instrucción, igual hacen uso de la farmacia e igual preguntan ¿qué es bueno para...?

El otro tema que nos viene a la mente es que si los hogares gastan respecto a salud, principalmente en medicamentos, incentivemos el uso de genéricos, pero genéricos con calidad, porque los genéricos son muchísimo más baratos y las trabas al consumo de los genéricos no siempre son las más altas. Existen muchas veces argumentos en contra del consumo de genéricos que se basan en un prejuicio. Así como hay argumentos en contra del consumo de genéricos que se basan en la experiencias de baja calidad, pero si el Estado es capaz de ejercer un buen control de los genéricos, van a ver cómo en los laboratorios que producen los genéricos en el momento de producir los genéricos, van a tener que subir la calidad de producción del genérico, porque la multa que les va a caer se los va a hacer recordar. Este es un tema de regulación simplemente. Pero con este tema de regulación simplemente, le abaratamos el gasto de bolsillo a los hogares y esto es muy importante. Recuerden que la diferencia de precio entre un genérico y un medicamento de marca no genérico es muchas veces de 4, 5 ó 6 veces.

El tema de Aseguramiento y afiliación. Les vamos a presentar el tema de Aseguramiento desde dos puntos de vista: La cantidad de gente asegurada y la cantidad de dinero que entra a estos Sistemas de Aseguramiento. He contrastado los últimos dos años (2005 y 2007) por la condición de aseguramiento y vamos a ver que la condición de aseguramiento mejora (de 15 a 18%) por la existencia del seguro integral de salud, que es un seguro bastante rudimentario frente a lo que puede ser otro tipo de seguro, es como el mamut al elefante, pero la idea es que el mamut puede llegar a ser elefante, eso es responsabilidad de una política pública. Porque, si ustedes ven la cantidad de gente, el porcentaje de la población nacional asegurada a EsSalud en el año 2005 con el porcentaje de la población nacional asegurada a EsSalud en el año 2007, 17% contra 18%, poquísimo. EsSalud y seguro privado, seguro privado está en aumento porque son años de crecimiento. Cuando es un contexto de expansión económica, van a crecer un poco más los seguros. Cuando es un contexto de recesión económica, bajan los seguros porque el comportamiento de previsión social lo tiene la gente cuando siente que tiene un horizonte temporal de vida mucho más largo, cuando siente que su horizonte de decisión es hoy y mañana, los seguros no le interesan. Seguros para las

Fuerzas Armadas y Policiales, sin comentarios. El Seguro Integral de Salu: Las cifras que estamos presentando en las cuentas nacionales son las cifras que declara la población en la encuesta nacional de hogares. Estoy totalmente consciente de que son cifras distintas a las que presentan las estadísticas administrativas del SIS que tienen un registro mayor. ¿Por qué esta diferencia? Porque puede ser que la persona estuvo afiliada en un primer momento y después cuando se le pregunta no se acuerda. Puede ser que la persona se ha afiliado en un año dos veces porque paso de un plan a otro, y porque aunque hoy en día hablamos de que no hay planes, muchos afiliados, prestadores siguen afiliando por planes, o puede ser porque hubo un error de duplicidad, pero lo que iría a la conducta de las personas es si la persona cree que tiene o no tiene un seguro. Si tiene un seguro y la persona dice no tengo, cree que no tiene, va a comportarse como si no tuviera y nadie le va a decir tú estas asegurada. En este país tenemos el 54% de población sin seguro, y el único que ha demostrado dinamismo es el SIS (Seguro Integral de Salud) porque es un seguro privado y depende del presupuesto público. Hoy en día hay una crisis fuerte en presupuesto público que se espera que las autoridades al más alto nivel lo puedan resolver. Pero lo que yo quería enfocar la atención era que en verdad si no consideramos al SIS la dinámica en sí, la dinámica endógena de una sociedad, la dinámica voluntaria de una sociedad, no va al aseguramiento, en el Perú el aseguramiento no es parte de la cultura. ¿Cómo la hacemos parte de la cultura? Comenzar a formar compromisos, esta bien tu me pagas hoy, pero yo te aseguro que yo te atiendo mañana, es parte del compromiso entre el gobernante y el gobernado, es parte del compromiso que una sociedad considera que tiene viabilidad a futuro o no la tiene, y este es un tema importante, un tema para pensar. Los asegurados porcentualmente han subido poco exceptuando los del SIS. Si no consideramos los del SIS, exceptuando los del SIS también van a ver ustedes que el porcentaje de financiamiento que pasa por la intermediación de un seguro, ha ido aumentando, los seguros privados entonces se han encarecido. La Seguridad Social concentra el mayor volumen del dinero que pasa por una forma de aseguramiento, 78% en 1995, 78% en el 2005, no es que las EPS les quitaron dinero, aunque le han quitado un 9% en el 2005, porque si ustedes ven el porcentaje de población asegurada a la Seguridad Social,

no crece o crece mínimamente, y eso de quitarle dinero tiene que ver mas con la capacidad de una institución de expandir su cobertura y mejorar su capacidad de oferta, y si hace esto, nadie le va a quitar sus afiliados.

Me preocupa un poquito que las EPS estén con 9% del total del fondo de intermediación (financiamiento) del aseguramiento y tenían, como en la transparencia anterior demostraban que tenían una menor cantidad, el crecimiento de sus afiliados no ha sido tanto.

En 11 años el porcentaje de financiamiento que pasa por algún tipo de seguro, y acá no estamos considerando el SIS, ha pasado del 31% en 1995 al 41% en el 2005, pero la cobertura de población asegurada sin considerar el SIS, ha crecido muy poco, mas se ha encarecido el aseguramiento, que lo que ha crecido su cobertura.

¿Cuáles son las implicancias de la actual modalidad de financiamiento? Inequidad, precariedad, insuficiencia, riesgo de duplicidad ¿En qué medida el contexto actual permite efectuar cambios? ¿Qué consecuencias podemos sacar de esta forma de financiar los servicios de salud que tenemos en el Perú?

Hay un problema de inequidad, si pues porque si estamos pagando mayormente con nuestro bolsillo, cuando no tienes, o si es que el SIS no tiene todos los recursos para financiar todo su compromiso, ¿qué pasa?, que no todos van a acceder, no todos los pobres van a acceder.

Precariedad, porque la mayoría de gente no está asegurada, depende del bolsillo, si hoy día tengo, hoy día me atiendo, si mañana no tengo, mañana dejo de tomar el medicamento aunque tenía que haberlo tomado 10 días sin parar, por digamos. Insuficiencia, ya lo hemos dicho. También hay muchas vías de financiamiento que se entrecruzan y va a haber riesgo de duplicidad, y uno se pregunta en qué medidas del contexto actual podemos comenzar a trabajar y efectuar los cambios.

Si permiten una opinión, nos hemos demorado demasiado en nuestro país para efectuar los cambios, hemos sido increíblemente timoratos frente a la política social, sobre todo frente a una política social de educación, salud y nutrición, hemos ido postergando, postergando, postergando, pero cada vez es más industrial, porque el discurso de la oferta democrática que puede hacer cualquier gobierno democrático, está

chocando con la capacidad del MEF de reconocer un compromiso verbal o el compromiso del gobernante o del equipo gobernante.

¿Cuáles son los centros de gastos? MINSA Nacional, Sanidades y otros públicos, Farmacias y Boticas, EsSalud, Prestador Privado Lucrativo, Prestador Privado no lucrativo, Administración de Fondos.

Los centros de gastos son los establecimientos del Ministerio de Salud Nacional porque este es un país centralizado, Sanidad y otros públicos, aquí está los Municipios y aquí está Solidaridad, un día quisiera conversarles con se financia Solidaridad, cómo funciona, como está duplicando la cantidad de gente que atiende, cómo en muchos casos se convierte en competencia de salud, lo cual es impresionante. La competencia de salud en Lima Metropolitana y Piura creo que es, la otra ciudad que abrió su establecimiento de Solidaridad. Farmacias y Boticas. EsSalud Prestador Privado. Lucrativo Prestador Privado no lucrativo. Administración de Fondos, que no se va propiamente a la atención de salud, sino se queda en el trabajo de la Administración del Fondo propiamente dicha.

Una conclusión es que si bien el Gobierno no es el primer financiador, si sus establecimientos son el primer centro de ejecución del gasto, porque allí confluyen el financiamiento Gobierno, confluyen parte del gasto de bolsillo, confluye financiamiento de cooperación internacional, entonces son un importante espacio para modular el gasto y trabajar el gasto.

Flujos Financieros Perú 2005.

Fuentes de Financiamiento:

- Cooperación técnica: 2%
- Gobierno: 31% Si bien es la tercera fuente de financiamiento es casi el primer centro de ejecución, las diferencias son mínimas con EsSalud porque está recibiendo dinero de otras fuentes.
- Donación interna: 1%
- Hogares: 34% (dan dinero fundamentalmente y directamente a las farmacias sin pasar por un prestador. Los hogares cuando compran servicios al prestador lucrativo: 24% y no lucrativo: 2% están gastando).
- Empleadores: 31% (los empleadores cotizan principalmente al Seguro Social, pocas empresas se permiten tener sus seguros y autoseguros).
- Otros: 1%

Fondos de Seguros: Seguros: 11% (Autoseguros: Seguro Social EsSalud, Seguros Social EPS, SIS).

Prestadores del gasto: Sanidades y otros Públicos 5%, MINSA 27%, Privado Lucrativo 24%, Privado no lucrativo 2%, Farmacias 14%, EsSalud 27%.

Aunque todavía es un sistema bastante segmentado, si ustedes se ponen a sumar cuánto dinero se realiza, dónde hay prestadores públicos, ustedes tienen un espacio de maniobra muy interesante de ejercicio de una política pública. ¿Por qué decidimos poner como prestador las farmacias solitas? Porque funciona como un prestador, y monitorear eso es muy importante. Y acá estamos frente a algo que atraviesa desde el financiamiento, los hogares, políticas de gasto, política pública, comercio internacional, y que se llama medicamentos e insumos médicos. ¿Cómo son las estructuras de gasto? Entre las Entidades públicas y privadas, esta es la participación de remuneraciones dentro del gasto total de la institución. Cuando hemos dicho remuneraciones nos referimos al que está en planilla y al que no lo está, al que está por servicios no personales, como fuera. Lo que uno encuentra es que como porcentaje, esta en aumento en EsSalud y en MINSA, en cambio en el sector privado parece bastante controlado, en el sector privado son básicamente honorarios médicos y remuneraciones del personal médico. Algo interesante es que en el periodo 1995-2006 la participación de las inversiones ha ido en caída tanto en EsSalud como en MINSA por eso la preocupación gubernamental actual de desarrollar una política de inversiones en la estructura, mientras que la prestación privada se ha diversificado y destaca un grupo innovador. Entre el año 1995 y 2005 el excedente de explotación, es decir la ganancia en las clínicas pasó del 8% al 16%.

Las Fuentes de información con las cuales se trabaja son: Encuestas de Hogares (ENAHO), Financiamiento por grupos seleccionados (pobreza urbano/rural: edad), Compra directa de medicamento en farmacia, por Consulta en farmacia, Compra sin consulta, Encuestas económicas (EEA), Estructura de Producción del Sector Privado, Gasto público por fuentes de financiamiento y partidas de gasto Balances de oferta y demanda