



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN

“FRECUENCIA DE PAGOS INFORMALES EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINSA Y ESSALUD
EN EL 2018”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

AUTORA:

ESPINOZA PAJUELO, LAURA ANGÉLICA

ASESORA

DRA. PATRICIA SILVIA MALLMA SALAZAR

CO-ASESORA

DRA. PATRICIA JANNET GARCÍA FUNEGRA

Lima - Perú

2022

JURADOS DE TESIS

DRA. LUCERO CAHUANA HURTADO
PRESIDENTE

MG. GUILLERMO MOSQUEIRA LOVÓN
VOCAL

MG. LUZ AURORA DIAZ RIVADENEYRA
SECRETARIO

ASESORA

Dra. Patricia Silvia Mallma Salazar

CO-ASESORA

Dra. Patricia Jannet García Funegra

DEDICATORIA

A Dios, porque ahora más que nunca puedo ver que su amor es como el mar: puedes ver
donde comienza, pero nunca donde termina.

A mi mamá, Olga, por darme la vida y por darle sentido.

A mi papá, Fernando, por apoyarme y amarme siempre.

A mi hermano, Nando, por ser la luz y la alegría de cada día.

A mis mamitas, por nunca dejar que olvide quien soy y lo que puedo lograr.

A mi tío, Elías, por ser siempre mi inspiración.

A mi novio, Charly, por acompañarme en las buenas y en las malas.

A mi mejor amiga, Katherin, por nunca dejar que me rinda.

A Fátima, Neyla y Freddy, por ser mis colegas y queridos amigos.

Esto fue posible gracias a ustedes.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora, la Dra. Patricia Mallma, por su paciencia, su dedicación y sus consejos.

Gracias por aceptar tener a su primera tesista de pregrado. Me ha enseñado mucho.

A mi co-asesora, la Dra. Patricia J. García, por sus detalles y por su cariño, gracias por
siempre retarme a seguir creciendo.

A todos los docentes y equipo administrativo de la FASPA, gracias por haber sido una
familia para mí.

Gracias, por tanto.

ÍNDICE:

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1. Fundamentación del problema	5
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Objetivos	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Justificación	7
2. BASES TEÓRICAS	8
2.1. La corrupción en Salud y los Pagos Informales:	8
2.2. Antecedentes	9
2.3. Marco Conceptual	10
2.3.1. Pagos informales en salud (PI)	10
2.3.2. Modelos que explican la ocurrencia de PI	12
2.3.3. Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAH)	13
3. METODOLOGÍA	15
3.1. Diseño de la investigación	15
3.2. Población objetivo	15
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	15
3.4. Tipo de muestreo	15
3.5. Tamaño de la muestra	16
3.6. Operacionalización de las variables	16
3.6.1. Clasificación de las variables	16
3.6.2. Operacionalización de las variables	18
3.7. Instrumento de recolección de datos	21
3.8. Plan de análisis de datos	21
3.9. Consideraciones éticas	22
4. RESULTADOS	23
4.1. Descripción de la población de ENAH	23
4.2. Frecuencia de pagos informales en salud	24
4.3. Factores asociados a los pagos informales en ESSALUD y MINSA	25
5. DISCUSIÓN	31

6. CONCLUSIONES	38
7. RECOMENDACIONES	39
8. BIBLIOGRAFÍA	41
9. ANEXOS	46
9.1. ANEXO 1: Instrumento de recolección de datos de la INEI. MÓDULO DE CORRUPCIÓN DEL MÓDULO DE OPINIÓN: TRANSPARENCIA, GOBERNABILIDAD Y DEMOCRACIA.	46
9.2. ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos de la INEI. MÓDULO DE SALUD 2018.	47

RESUMEN

Los pagos informales (PI) en salud son un problema que afecta a los distintos sistemas sanitarios alrededor del mundo. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de PI y factores asociados dentro de los servicios de salud en afiliados al Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud (MINSa) y el Seguro Social de Salud (ESSALUD) en el 2018. **Metodología:** Se realizó un análisis de datos secundarios de dos módulos de la Encuesta Nacional de Hogares Sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAH0) del año 2018. Se crearon variables a partir del Módulo de Gobernabilidad, Democracia y Transparencia, que aborda los PI de forma directa (PI-D), y del Módulo de Salud, que los aborda de forma indirecta (PI-I). Ambas variables se analizaron calculando frecuencias y porcentajes. Además, para identificar factores asociados, se realizó análisis bivariado, a través de las pruebas estadísticas Ji-cuadrado y regresión lineal simple; y para el análisis multivariado, a través de la regresión de Poisson. **Resultados:** Las frecuencias de PI-D fue de 0.42% en ESSALUD y 0.22% en MINSa. Se observaron mayores frecuencias de PI-I en Hospitalización (MINSa: 17.37%; ESSALUD: 4.11%) e Intervención quirúrgica (MINSa: 10.86%; ESSALUD: 1.11%). En el análisis multivariado, los PI-D en ESSALUD resultaron asociados al estado civil. Mientras, que los PI-I durante hospitalización en MINSa estuvieron asociadas al sexo y nivel de pobreza. Los PI-I durante la intervención quirúrgica en MINSa estuvieron asociados al área de residencia. **Conclusiones:** Las frecuencias de PI-I resultaron mayores que las frecuencias de PI-D. Los factores que estuvieron asociados a PI fueron estado civil, sexo, nivel de pobreza y área de residencia.

Palabras clave: pagos informales, ESSALUD, MINSa, Perú

ABSTRACT

Informal payments (IP) in health are a problem that affects different health systems around the world. **Objectives:** To determine the frequency of IP and associated factors within health services in members of the Health Insurance of the Ministry of Health (MINSa) and the Social Security (ESSALUD) in 2018. **Methodology:** An analysis of secondary data from two modules of the National Household Survey on Living Conditions and Poverty (ENAHO) of 2018 was carried out. Variables were created from the Governance, Democracy and Transparency Module, which addresses IP directly (IP-D), and the Health Module, which addresses them indirectly (IP-I). Both variables were analyzed by calculating frequencies and percentages. In addition, to identify associated factors, bivariate analysis was performed, through the Chi-square statistical tests and simple linear regression; and for multivariate analysis, through the Poisson regression. **Results:** The IP-D frequencies were 0.42% in ESSALUD and 0.22% in MINSa. Higher frequencies of IP-I were observed in Hospitalization (MINSa: 17.37%; ESSALUD: 4.11%) and Surgical intervention (MINSa: 10.86%; ESSALUD: 1.11%). In the multivariate analysis, the IP-D in ESSALUD was associated with marital status. Meanwhile, the IP-I during hospitalization in MINSa were associated with sex and poverty level. The IP-I during the surgical intervention in MINSa were associated to the area of residence. **Conclusions:** The IP-I frequencies were higher than the IP-D frequencies. The factors that were associated with PI were marital status, sex, poverty level and area of residence.

Keywords: informal payments, ESSALUD, MINSa, Peru

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

Los pagos informales (PI) en salud son aquellos pagos “adicionales” o fuera de tarifa que se hacen al personal asistencial o administrativo de un establecimiento que brinda servicios de salud, de manera monetaria o no monetaria; ya sea para el acceso a los servicios o para la “mejora” de los mismos. (20) Este problema es una de las formas de corrupción en salud y afecta a los sistemas de salud alrededor del mundo. Se han desarrollado estudios que detallan las causas y consecuencias de la prevalencia de PI en continentes como Europa y Asia, así como en países como Turquía, Tanzania, Hungría y Georgia. (22) (2) (15) (9) Es preciso señalar que, los PI en salud se pueden presentar en diferentes situaciones dentro del proceso de atención del usuario. Por ejemplo, cuando los pacientes requieren acortar el tiempo de espera o las colas en los servicios, cuando necesitan urgentemente medicamentos o los insumos médicos que no tiene el establecimiento, o incluso hasta pases inmediatos para el quirófano. En algunos casos, los PI toman la forma de regalos, o bienes no monetarios, que pueden venir de personas que no necesariamente están enfermas, sino que necesitan otro tipo de servicios como falsificación de documentos médicos. (31)

Un estudio realizado en 2011 en Colombia encontró que la corrupción en los sistemas de salud, como es el caso de los PI, aleja a las personas en situación de pobreza de estos servicios, evitando atenderse en diferentes establecimientos. Además, estos pagos “extraoficiales” (PI), muchas veces obligan a los usuarios a tener que desprenderse de bienes monetarios y no monetarios, empeorando su situación económica o empobreciéndolos. (13)

Los PI se asocian a una falta regulación y fiscalización del sistema de salud, pero a su vez afectan negativamente la confianza, la calidad y el acceso a los servicios de salud, y afectan más a los que menos tienen. (15)

Los PI en salud tienen repercusiones importantes en el aspecto socioeconómico, así como también, en la accesibilidad de los servicios de salud, sobre todo para la población en situación de pobreza, y en zonas rurales. Esta condición vuelve a los PI un tema de vital importancia en la búsqueda de la mejorar la calidad de atención en salud de los usuarios y en la búsqueda de la equidad y del cumplimiento de uno de los derechos humanos básicos que es el goce del grado máximo de salud. (3) (24)

Lamentablemente, los PI son el resultado de un profundo problema de corrupción en el sistema sanitario. (10) Si bien se tiene algo de información sobre PI en el Perú, la última investigación proviene del análisis de datos de la ENAHO de los años 2008-2010.

Aunque sabemos que pretender eliminar la corrupción es complejo, identificar la frecuencia de PI en salud en la actualidad en nuestro país, permitirá conocer la magnitud del problema, promover su visibilidad y la búsqueda de soluciones oportunas que beneficien a la población.

1.2. Formulación del problema

Por lo descrito anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación: En los establecimientos de salud del Seguro Integral de Salud (MINS) y el Seguro Social (ESSALUD), ¿cuál es la frecuencia con la que se realizaron pagos informales en el 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la frecuencia de PI dentro de los servicios de salud en afiliados al MINSA y el Seguro Social (ESSALUD) durante el 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

b.1. Determinar la frecuencia de PI por atención o algún servicio/producto entre los afiliados al MINSA y el Seguro Social (ESSALUD) durante el 2018.

b.2. Identificar los factores asociados a PI en salud entre los afiliados al MINSA y el Seguro Social (ESSALUD) en el 2018.

1.4. Justificación

Pese a las terribles repercusiones y el impacto negativo que tiene la corrupción, y específicamente, una de sus formas, los PI durante la prestación de servicios sanitarios, creando inequidades y vulnerando derechos, y pese a la tendencia creciente de la frecuencia de PI en la última investigación del 2010, no hay estudios posteriores que evalúen los PI en los establecimientos de salud del MINSA y ESSALUD. Por esta razón, es pertinente contar con evidencia más reciente que permita evaluar la magnitud del problema y los factores asociados a su prevalencia. De esta manera, se da el primer paso en la lucha contra la corrupción, la cual consta de evidenciar e identificar la problemática y de esta manera promover que se desplieguen luego acciones de prevención que debieran incluir desde informar a los usuarios acerca de sus derechos, y de que los pagos informales son una forma de corrupción que debe ser reportada, crear canales confiables de reporte, investigación y sanción de estos casos, para así promover un mayor control y supervisión

interna y externa durante la prestación de servicios por parte de las autoridades sanitarias pertinentes.

En resumen, esperamos contribuir con los resultados de la presente investigación a la lucha contra la corrupción en los establecimientos de salud pública que prestan servicios a los peruanos más vulnerables de nuestro país quienes, como se mencionó anteriormente, son las principales víctimas.

2. BASES TEÓRICAS

2.1. La corrupción en Salud y los Pagos Informales:

Los PI son una forma de corrupción en salud dentro del sistema. De acuerdo con García, el sector de salud es un sector atractivo para la corrupción por su complejidad y por la asimetría de poderes. Además, la corrupción es una de las más importantes barreras para implementar la cobertura universal de salud en todo el mundo (29). La corrupción en el sector salud, no es solo un fenómeno jurídico o económico de los sistemas, en mayor proporción, es un fenómeno social: un conjunto de prácticas que se desarrollan en el día a día de los usuarios de salud, en un contexto en el que la corrupción se ha normalizado. (23). Adicionalmente aspectos como los pobres sistemas de supervisión y deficientes mecanismos de rendición de cuentas se asocian a mayor corrupción en los sistemas de salud. (29)

La corrupción amenaza los esfuerzos que puedan venir de las organizaciones por reformar el sistema público que está al alcance de la población más vulnerable o que se encuentran en zonas rurales. La corrupción también se presenta en el sector privado, haciendo menos eficientes y más costosa la salud de las personas.

La corrupción en salud limita el acceso a servicios de salud y debilita todas las dimensiones que determinan los diferentes dominios de calidad de la atención en salud:

equidad, integralidad, capacidad de respuesta, eficiencia, eficacia, entre otros y también afecta los resultados de mejora en la salud y la vida de los usuarios. (18) Esto además provoca desmotivación y agotamiento de los recursos humanos que se encuentran en el sistema. (13) La corrupción en la salud puede variar desde pequeños actos de corrupción o como se conoce “corrupción menor” hasta la corrupción de alto nivel nacional, o incluso multinacional. (29) La corrupción en salud también se puede clasificar como soborno, extorsión, robo, malversación, nepotismo e influencia indebida. (30)

La corrupción puede aparecer en diferentes puntos del sistema de salud. En general, los PI representan una forma de “corrupción menor” o “micro corrupción” en los establecimientos de salud público, que se dan día a día. Llamarla “corrupción menor” hace, muchas veces, que se le ignore, pero esto no significa que sea un mal menor. Los PI representan una suerte de “cáncer” con el que los sistemas de salud de muchos países luchan y hasta ahora no logran controlar. (10) (23)

2.2. Antecedentes

Lewis M. (2007), en su estudio de gasto de bolsillo y PI en el financiamiento del cuidado de la salud en países de bajos y medianos ingresos, estimó la proporción de los usuarios que accedieron a servicios de salud del sistema realizando PI en distintos países y regiones desde el año 1992 hasta el 2002. En este documento, el Perú figura dentro de América del Sur con un porcentaje del 3% del total de usuarios atendidos que presentaron PI durante el proceso del servicio de salud. Esta investigación estimó los PI desde 1992 hasta el 2002, periodo en el que el aseguramiento público no estaba dirigido a personas en condición de pobreza y extrema pobreza de todo el país, sino solamente a escolares matriculados en escuelas públicas, gestantes y niños menores de 5 años de algunas

regiones a través del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil respectivamente. Esta segmentación de la población determinó que la mayoría de los pagos que hacían los usuarios no fueran informales, sino pagos regulares por servicios de salud particular. (20)

El estudio también mostró que los PI en salud a los proveedores de servicios son una forma de “asegurar” el cuidado de la salud del paciente en un ambiente que se considera no estable. (20)

Posteriormente, y debido a los cambios del sistema de aseguramiento público, una tesis de posgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia realizada en el 2018, estimó la prevalencia de PI en los usuarios del Seguro Integral de Salud (SIS) desde 2008 hasta 2010 utilizando la información recogida en la ENAHO. En este estudio se encuentra una prevalencia de gastos fuera del marco tarifario y durante el proceso de atención en salud en todas las 25 regiones de nuestro país. Se mostró además que la frecuencia de usuarios afiliados al SIS que realizaron PI durante su proceso de atención tenía una tendencia creciente, de alrededor de 27% en el 2008 hasta casi 35% en el 2010. (26) Estos resultados dan una idea de la magnitud de la problemática a lo largo de los años.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Pagos informales en salud (PI)

Definición:

Desafortunadamente no existe una sola definición general sobre PI, que permita una comparación significativa adecuada de los hallazgos disponibles de estudios entre países, lo que es problemático. Esto hace todavía más complicada la investigación de este tema. Sin embargo, hay ciertos rasgos comunes que permiten aclarar de qué hablamos cuando nos referimos a los PI. Algunos autores proponen que para ser llamados PI se requiere

que haya ilegalidad, informalidad, corrupción y coerción o necesidad, y otros señalan que pueden darse PI tanto en el sector público como el privado. (15)

Una definición bastante aceptada es que los PI son pagos al personal o a la institución proveedora de servicios sanitarios, de manera simbólica o con un monto monetario, que son hechos fuera del marco tarifario oficial de servicios ya cubiertos por el mismo sistema subsidiado y semi subsidiado, usualmente por coerción o necesidad (coerción directa o indirecta, conocida como también como coerción externa o interna al paciente o familiares).

Algunos autores también incluyen como PI los “pagos de gratitud” pero este es un tema controversial. Estos pagos provienen de la motivación de los pacientes como gestos de retribución al personal médico, así también, al reconocer su dependencia hacia este tipo de servicios deciden “asegurar” los futuros cuidados que puedan requerir con este tipo de pago. (15)

Estos PI, consideran montos dirigidos al personal de salud y las “contribuciones” al hospital, así como el valor de la adquisición de insumos médicos por los pacientes, o por los fármacos obtenidos de farmacias privadas pero que deberían ser provistas por el gobierno para financiar el tratamiento del cuidado sanitario de los pacientes. (20)

Como los PI son en su mayoría realizados directamente a los proveedores de servicios de salud, son clasificados dentro de la categoría “servicios públicos de ganancia personal”, entrando en la definición de actos de corrupción. (3)

Tipos de pagos informales en salud:

Según Tatar, los pagos informales pueden presentarse de dos maneras:

2.3.1.1. Pagos informales en unidades económicas: Todos los pagos monetarios que se hagan por atención en consultorio, obtención de medicamentos, atención en sala de

operaciones (quirófano), conceptos administrativos de alta complejidad, entre otros; que deberían estar cubiertos por el seguro de salud del asegurado.

2.3.1.2. Pagos informales en salud en bienes materiales: Está compuesto por todos los bienes y servicios que se brinden de manera no monetaria, de parte del paciente hacia un proveedor de servicios de salud por acceso a los servicios no detallados en el tarifario, como, por ejemplo, alimentación diaria mensual para el prestador de la atención por hospitalización para tratamiento. (28)

Si bien muchas veces se señala como una motivación para que existan PI a la deficiente remuneración de los trabajadores en salud, indiferencia de los organismos rectores en salud frente a la realidad de establecimientos, las limitaciones en el abastecimiento y disponibilidad de medicamentos y dispositivos de medicamentose y dispositivos médicos, y la necesidad de supervivencia en un ambiente hostil en donde se encuentran obligados a desempeñar sus labores de la mejor manera sin recursos ni infraestructura ideal, muchos trabajadores de la salud en las mismas condiciones no condicionaban su trabajo a recibir PI, y en muchos establecimientos con condiciones no ideales, no permitan los PI. A veces los PI se terminan “viendo” como “contribuciones de los clientes” que tienden a mejorar el sistema de salud del establecimiento.

2.3.2. Modelos que explican la ocurrencia de PI

En la literatura, se describen tres modelos: modelo cultural (regalos a manera de agradecimiento), económico (cuando no existen suficientes recursos a los cuales recurrir dentro del sistema sanitario) y de gobernanza o de estructura de sistema (no hay parámetros, control, orden, monitoreo o legislación adecuada).

2.3.2.1. Modelo cultural: Estos son considerados como pagos en señal de gratitud y no es algo que solo se ha presentado en nuestro país, sino que desde 1970, países en Europa

señalan la costumbre de entregar pequeños bienes a sus médicos por el buen servicio ofrecido. (20)

2.3.2.2. Modelo económico: Estos pagos surgen a raíz de la brecha del financiamiento del seguro de salud y la necesidad de servicios, insumos y atenciones de acuerdo a los diagnósticos por parte de los usuarios. Normalmente aparecen cuando el financiamiento que brinda el Estado es limitado con respecto a la demanda de la población asegurada. Representa uno de los modelos más comunes para explicar la ocurrencia de PI en los países de bajos y medianos ingresos. (20)

2.3.2.3. Modelo de deficiencia de gobernanza o de estructura de sistema: Por su parte, estos se presentan cuando no hay consensos suficientes sobre la cobertura de los servicios, las infracciones y la normativa. También, cuando no hay un adecuado control de parte de los organismos supervisores. Muchas veces, los pacientes desconocen la normativa, los tarifarios entre otros, por problemas de transparencia y comunicación con los usuarios y la población objetivo de los seguros de salud. Esta situación, nuevamente, es una de las características de los sistemas de aseguramiento en salud de países de bajos y medianos ingresos. (31)

2.3.3. Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAH)

En la presente investigación haremos uso de la base de datos de la ENAH como fuente secundaria de información como el último estudio que analizó PI del 2008 al 2010. Por esta razón, detallamos los módulos que nos permitirán recolectar la información pertinente para lograr nuestros objetivos.

La Encuesta Nacional de Hogares es la investigación que, desde el año 1995, realiza el seguimiento de los indicadores sobre condiciones de vida. Esta encuesta esta

implementada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Desde mayo del 2003, la ENAHO es una encuesta continua que se realiza a un aproximado de 36 mil viviendas a nivel nacional. Está dividida en más de treinta diferentes módulos, uno de ellos es el Módulo de Opinión: Gobernabilidad, Democracia y Transparencia, que incluye el “Módulo de Corrupción” con 45 preguntas desagregadas por institución que ha venido siendo aplicado desde el 2006.

Este Módulo de Corrupción cuenta con una sección dirigida a saber si la persona que responde el cuestionario, en algún momento, fue víctima de corrupción por parte de algún trabajador o funcionario del estado, por ejemplo, un personal de salud de los hospitales o centros de salud. La base de datos es de acceso público y está disponible en el portal web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (<https://www.inei.gob.pe/>). Con esta información, la entidad realiza un Informe Técnico llamado, “Perú: Percepción Ciudadana sobre gobernabilidad, democracia y confianza en las instituciones”.

Por otro lado, otro de los módulos de la ENAHO que brindan información oportuna y relevante, es el módulo de Salud que incluye 27 preguntas.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

Este estudio es de tipo transversal. La presente investigación hizo un análisis secundario de la información del módulo de Corrupción y del módulo de Salud de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2018.

3.2. Población objetivo

La ENAH considera como población objetivo a todas las viviendas particulares y sus ocupantes que residen en el área rural y urbana a nivel nacional. Para fines del estudio, consideraremos la misma población objetivo de la ENAH pero que cuenten con el Seguro Integral de Salud (MINS) o el Seguro Social (ESSALUD).

Se asume que todos los afiliados al Seguro Integral de Salud se atienden en algún establecimiento de salud del MINS, y que los atendidos en algún establecimiento de ESSALUD, corresponden exclusivamente a quienes están afiliados al mismo.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de exclusión: De acuerdo a la ENAH, se excluye a los miembros de las fuerzas armadas que estén viviendo en cuarteles, campamentos, barcos u otros. De la misma manera, las personas que viven dentro de viviendas colectivas (como hospitales, hoteles, etc.), no estarán incluidas en la encuesta. Además, excluimos del análisis a todos los registros que hayan omitido las preguntas relacionadas a pagos informales en atenciones en salud.

3.4. Tipo de muestreo

El diseño de muestreo de la ENAH es de tipo probabilístico, de áreas, estratificada, multietapa e independiente en cada departamento de estudio.

3.5. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra de la ENAHO es de 39820 (treinta y nueve mil ochocientos veinte) viviendas particulares a nivel nacional.

3.6. Operacionalización de las variables

3.6.1. Clasificación de las variables

3.6.1.1. Variable dependiente: Pagos Informales en salud

Para su medición, se usaron preguntas de dos módulos de la ENAHO. El primero corresponde al Módulo de Opinión: Gobernabilidad, Democracia y Transparencia, y el segundo el Módulo de Salud. De modo que se presentan dos formas de cálculo de PI, una directa y la segunda construyendo la variable en base a varias preguntas.

A. PI medida directamente (PI-D): Se usó el primer módulo: Gobernabilidad, Democracia y Transparencia, se analizaron las preguntas 2B y 2C. Se incluyeron en el análisis solo a los participantes que respondieron afirmativamente a la pregunta 2B.

- 2B: “En los últimos 12 meses, ¿Ud. Ha realizado atenciones en: hospitales, centros de salud, postas médicas o cualquier establecimiento de salud del MINSA/ESSALUD?”
Posibles respuestas Sí y No.
- 2C: “¿Le solicitaron, se sintió obligado(a) a dar, o dio voluntariamente retribuciones como: regalos, propinas, sobornos, coimas, etc.?”
Posibles respuestas: Sí, le solicitaron dar y dio//Sí, le solicitaron dar y no dio// No, pero dio voluntariamente// No le solicitaron.

Para el análisis bivariado, consideramos PI-D si el participante respondía con las siguientes opciones de respuesta a la pregunta 2C: “Sí, le solicitaron dar y dio” y “No, pero dio voluntariamente”, caso contrario se consideró que el

participante no realizó ningún PI. Consideramos que la variable PI definida a partir de la pregunta 2C explora de manera directa el pago informal (PI-D).

B. PI medida indirectamente (PI-I): Se usó el Módulo de Salud y las preguntas 414, 415 y 417. La pregunta 414 nos sirvió para definir los conceptos de servicio y/o producto de salud:

- En las últimas 4 semanas, ¿usted recibió medicinas/insumos?
- En los últimos 3 meses, ¿usted recibió para la compra de lentes?
- En los últimos 3 meses, ¿usted recibió anticonceptivos?
- En los últimos 12 meses, ¿usted recibió hospitalización?
- En los últimos 12 meses, ¿usted recibió intervención quirúrgica?

La pregunta 415 se usó para definir si hubo algún gasto adicional, y la pregunta 417 para definir si era MINSA o ESSALUD. Se consideró PI-I si la persona entrevistada respondió SÍ a las siguientes dos preguntas: “¿El gasto realizado fue pagado por algún miembro de este hogar?” (p415) y “¿Compró en establecimientos MINSA o establecimientos ESSALUD?” (p417), caso contrario no se consideró PI.

- P415: ¿El gasto realizado fue...? Posibles respuestas: ¿Pagado por algún miembro de este hogar? //Autoconsumo? //Auto suministro? ///Regalado o pagado por algún miembro de otro hogar? //Donado Programa Social (SIS)? //Donado por alguna Institución del estado? //Donado por alguna Institución privada? //Fue cubierto por ESSALUD/FFAA/Policiales? //Fue cubierto por Seguro Privado? // Otro? //NO SABE/NO RESPONDE
- P417: ¿Dónde compró? Posibles respuestas: Establecimientos MINSA // Establecimientos ESSALUD // Hospital de las FF.AA. y Policía Nacional Botiquín Comunal// Farmacia o botica// Clínica particular// Consultorio

particular// CLAS // ONG //Óptica // Bodega// Casa de huesero//
Curandero // Ambulante// Otro.

3.6.1.2. Variable independiente

Consideramos como variables independientes al sexo, edad, grado de instrucción, nivel de pobreza, estrato geográfico y estado civil. (Características de los miembros del hogar Módulo 200)

3.6.2. Operacionalización de las variables

Para el desarrollo de la investigación, presentamos la definición operacional de las variables involucradas en el estudio.

Tabla A: Descripción de variables del estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	NATURALEZA DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
VARIABLES DEPENDIENTES				
PAGOS INFORMALES MEDIDOS DIRECTAMENTE (PI-D) - pregunta 2C Modulo de Gobernabilidad.				
PI-D	“¿Le solicitaron, se sintió obligado(a) a dar, o dio voluntariamente retribuciones como: regalos, propinas, sobornos, coimas, etc.?”	Nominal	Cualitativo	Sí, le solicitaron dar y dio/ Sí, le solicitaron y no dio/ No, pero dio voluntariamente/ No le solicitaron
PAGOS INFORMALES MEDIDOS INDIRECTAMENTE (PI-I) – pregunta p414/p415/p417 del Módulo de Salud				
PI-I por medicamentos y/o insumos en ESSALUD/ MINSA	¿Pagó (p415) por medicamentos y/o insumos (p414) en algún establecimiento de salud de ESSALUD/MINSA (p417)?	Nominal	Cualitativo dicotómico	Porcentaje de personas que realizaron pagos informales por medicamentos y/o insumos en ESSALUD/MINSA
PI-I por lentes en ESSALUD/SIS (MINSA)	¿Pagó (p415) por lentes (p414) en algún establecimiento de salud de ESSALUD/MINSA (p417)?	Nominal	Cualitativo dicotómico	Porcentaje de personas que realizaron pagos informales por lentes en ESSALUD/MINSA.
PI-I por anticonceptivos en ESSALUD/SIS(MINSA)	¿Pagó (p415) por anticonceptivos (p414) en algún establecimiento de salud de ESSALUD/MINSA (p417)?	Nominal	Cualitativo dicotómico	Porcentaje de personas que realizaron pagos informales por anticonceptivos en ESSALUD/MINSA.
PI-I por hospitalización en ESSALUD/SIS(MINSA)	¿Pagó (p415) por hospitalización (p414) en algún establecimiento de salud de ESSALUD/MINSA (p417)?	Nominal	Cualitativo dicotómico	Porcentaje de personas que realizaron pagos informales al estar hospitalizados en ESSALUD/MINSA.

PI-I por intervención quirúrgica en ESSALUD/SIS(MINSA)	¿Pagó (p415) por intervención quirúrgica (p414) en algún establecimiento de salud de ESSALUD/MINSA (p417)?	Nominal	Cualitativo dicotómico	Porcentaje de personas que realizaron pagos informales por una intervención quirúrgica en ESSALUD/ MINSA.
VARIABLES INDEPENDIENTES				
Sexo	Condición biológica distintiva de hombres y mujeres	Nominal	Cualitativo	Masculino/Femenino
Edad	Años cumplidos a la fecha de la encuesta	Ordinal	Cuantitativo	Media, desviación estándar
Grado de instrucción	Registrado como último año de estudios cursado por el encuestado.	Nominal	Cualitativo	Sin instrucción/Educación Básica/Educación Superior/Postgrado
Nivel de pobreza	Nivel de ingresos que percibe un hogar para la adquisición de bienes y servicios de consumo final.	Nominal	Cualitativo	Pobre/No Pobre
Estrato geográfico	El estrato geográfico son porciones de áreas geográficas que es determinado de acuerdo al número de viviendas.	Nominal	Cualitativo	Área urbana/Área rural
Estado civil	Situación de la persona determinada por sus relaciones de parentesco y convivencia de acuerdo a las diversas formas de unión conyugal.	Nominal	Cualitativo	No Soltero(a)/Soltero(a)

3.7. Instrumento de recolección de datos

Las preguntas del Módulo de Gobernabilidad y Democracia (PI-D) y el Módulo de Salud (PI-I) de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) para el periodo 2018 se encuentran en el Anexo 1 y 2 respectivamente.

3.8. Plan de análisis de datos

La información fue analizada en el programa estadístico STATA versión 17.0.

Se realizó un análisis univariado con la variable cualitativa “PI-D” así se determinó la frecuencia de pagos informales de manera directa a nivel nacional, de la misma manera se calculó su correspondiente porcentaje. Además, se analizó la variable “PI-I”, creada a partir de los registros del Módulo de Salud, relacionados a diferentes conceptos de servicios y/o productos que brindan los establecimientos de ESSALUD y del MINSA.

Se decidió analizar independientemente a los usuarios de ESSALUD y MINSA por ser poblaciones claramente distintas. Los usuarios de ESSALUD cuentan con empleos formales, mientras que los usuarios del MINSA en su mayoría pertenecen a la población pobre del país. (14)

Por otro lado, se analizó las variables como sexo, edad, grado de instrucción, nivel de pobreza, estrato geográfico y el estado civil; calculando frecuencias y porcentajes.

Comparación de poblaciones (MINSA – ESSALUD)

A través de un análisis bivariado se compararon las características sociodemográficas de ambas poblaciones. Para ello, se usaron las pruebas estadísticas Ji – cuadrado y la prueba de regresión lineal simple.

Factores asociados a PI

Mediante un análisis bivariado, se determinó la relación de las variables dependientes “PI-D” y “PI-I” con las demás variables independientes. Para cumplir dicho propósito, se usaron las pruebas estadísticas Ji – cuadrado y la prueba de regresión lineal simple.

Finalmente, los datos fueron ajustados a un modelo multivariado, utilizando el modelo de Regresión de Poisson. Es necesario mencionar que solo ingresaron a los modelos multivariados las variables que resultaron asociadas en el análisis bivariado.

Se consideró un nivel de significancia del 5% para todos los análisis. Dado que la encuesta incluye un muestreo complejo, todos los análisis en este estudio tomaron en cuenta los factores de expansión.

3.9. Consideraciones éticas

El protocolo de este estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, como un análisis de bases secundarias (ENAHO). La base de datos de INEI está disponible para todo el público. Por ello, se solicitó un CD al INEI para acceder a los cuestionarios, ficha técnica, datos metodológicos, base de datos, entre otros, de los años de estudio de la encuesta. Los datos personales de los encuestados no han sido revelados, puesto que la INEI elimina esa información de sus bases de datos.

4. RESULTADOS

4.1. Descripción de la población de ENAHO

De las 39,820 viviendas entrevistadas, ENAHO encuestó a 139 657 personas. De ellos, 69 839 (52.80%) estaban afiliados al MINSA, 30 461 (23.03%) afiliados a ESSALUD, 1 750 (1.32%) afiliados a seguros privados de salud, 1 654 (1.25%) afiliados al seguro de salud de las Fuerzas Armadas o Policiales, 826 (0.62%) a entidades prestadoras de salud, 530 (0.40%) a algún seguro universitario y 37 (0.03%) a un seguro escolar privado. Por otro lado, 2884 (20.55%) no contaban con algún seguro de salud. Para el análisis de este estudio, solo se incluyen a los afiliados a ESSALUD y MINSA.

En la tabla 1, se detallan las características sociodemográficas de los participantes de acuerdo al sistema de seguro de salud público (ESSALUD y MINSA) al que se encuentra afiliado. Como era de esperarse, MINSA cuenta con una mayor proporción de asegurados pobres con respecto a ESSALUD (32.56% vs 5.71% $p=0.000$), y un mayor porcentaje proceden de zonas rurales (36.80% MINSA vs. 4.65% ESSALUD $p=0.000$). Encontramos además que ambas poblaciones presentan diferencias estadísticamente significativas en todas las variables sociodemográficas analizadas en el estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

	ESSALUD N = 30,461 (%)	MINSA N = 69,839 (%)
Sexo		
Femenino	50.91	54.64
Masculino	49.09	45.36
		P = 0.0000*
Edad (media; de)	38.13 (23.46)	31.03 (23.03)
		P = 0.000**
Grado de instrucción:	N=29,422	N= 65,923
Sin instrucción	3.12	9.72
Educación básica	56.93	80.71

Educación superior	36.23	9.53
Postgrado	3.72	0.04
	P = 0.0000*	
Nivel de pobreza		
Pobre	5.71	32.56
No pobre	94.29	67.44
	P = 0.0000*	
Estrato		
Área urbana	95.35	63.20
Área rural	4.65	36.80
Estado civil	N=25,051	N=52,001
Soltero	29.37	34.66
No Soltero	70.63	65.34
	P = 0.0000*	

4.2. Frecuencia de pagos informales en salud

PI-D:

La tabla 2, muestra la frecuencia de pagos informales directos. En dicha tabla se observa que la mayoría de asegurados en ambos casos (ESSALUD 99.25% y MINSA 99.28%) reportan que no le solicitaron ninguna forma de pago informal. Por otro lado, 0.42% (Sí, le solicitaron dar y dio; No, pero dio voluntariamente) de los afiliados a ESSALUD que recibieron atención en los últimos 12 meses realizaron pagos informales, 99.58% no accedieron a realizarlos y de ellos hubo un 0.33% que no los hicieron un cuando se lo pidieron. En el caso del MINSA de los que recibieron atención en los últimos 12 meses, el 0.22% de los usuarios realizaron PI y 99.78% no accedieron al pago.

Tabla 2. Frecuencia de PI-D

	ESSALUD N = 6,875 (%)	MINSA N = 17,229 (%)
En los últimos 12 meses, ¿recibió atención en algún establecimiento de salud de ESSALUD/MINSA?	48.99	58.19

Le solicitaron, se sintió obligado(a) a dar, o dio voluntariamente retribuciones como: regalos, propinas, sobornos, coimas, etc.

Sí, le solicitaron dar y dio	0.23	0.14
Sí, le solicitaron y no dio	0.33	0.50
No, pero dio voluntariamente	0.19	0.08
No le solicitaron	99.25	99.28

PI-I:

En un segundo análisis, no se le preguntó a la población si les pidieron dinero, sino si tuvieron que pagar por diferentes servicios (que en realidad deberían ser cubiertos dado que estos seguros deben cubrir completamente estos aspectos). Llama la atención que más del 17% en el caso de MINSA, reporta haber pagado por servicios de hospitalización y en el caso de ESSALUD se reporta más de una 4%. El segundo servicio en el que se reportó un alto porcentaje de pagos informales fue el servicio de cirugía (intervenciones quirúrgicas) con un 10.86%. en MINSA y poco más de 1% en ESSALUD.

Tabla 3. Frecuencia de PI-I

	ESSALUD (%)	MINSA (%)
¿El gasto realizado por alguno de estos conceptos fue pagado por algún miembro de este hogar?		
Medicinas y/o insumos	0.45	1.55
Lentes	0.18	1.39
Anticonceptivos	0.15	0.49
Hospitalización	4.11	17.37
Intervención quirúrgica	1.11	10.86
Otros	0.83	1.40

4.3. Factores asociados a los pagos informales en ESSALUD y MINSA

PI- D:

La tabla 4 muestra el análisis de las posibles asociaciones entre los PI-D y las diferentes características de la población encuestada. A través del análisis bivariado, los pagos informales en ESSALUD presentan una asociación estadísticamente significativa con el sexo del usuario, el grado de instrucción y el estado civil.

Tabla 4: Factores asociados a los PI-D en ESSALUD y MINSA – análisis bivariado

	ESSALUD N = 3,964 (%)		MINSA N = 11,458 (%)	
	Si	No	Si	No
Sexo				
Femenino	0.63	99.86	0.26	99.74
Masculino	0.14	99.37	0.15	99.85
	P=0.0234*		P= 0.3259*	
Edad (media; de)	50.71 (11.96)	51.93(15.89)	42.37(14.05)	45.86(18.33)
	P=0.8045**		P= 0.2703**	
Grado de instrucción				
Sin instrucción	2.01	97.99	0.18	99.82
Educación básica	0.30	99.70	0.24	99.76
Educación superior	0.21	99.79	0.18	99.82
Postgrado	2.47	97.53	0.00	100
	P=0.0062*		P=0.9696*	
Nivel de pobreza				
Pobre	0.00	100	0.30	99.70
No pobre	0.44	99.56	0.19	99.81
	P= 0.6291*		P=0.3963*	
Estrato				
Área urbana	0.44	99.56	0.24	99.76
Área rural	0.26	99.74	0.21	99.79
	P= 0.5701*		P=0.8015*	
Estado civil				
Soltero	0.05	99.95	0.12	99.88
No Soltero	0.49	99.51	0.24	99.76
	P=0.0121*		P=0.5039*	

(*) Prueba Ji-cuadrado

(**) Regresión lineal simple

Al ajustar las variables sexo, grado de instrucción y estado civil en un modelo de Regresión de Poisson, observamos que solo el estado civil se encuentra asociado a PI-D.

Tabla 5. Factores asociados a PI- D en ESSALUD – análisis modelo multivariado

PI	R Prevalencia	Valor p	IC 95%
Sexo			
Masculino	1.00	Ref	Ref
Femenino	4.49	0.056	[0.96 – 20.98]
Grado de instrucción			
Sin instrucción	1.00	Ref	Ref
Educación básica	0.20	0.154	[0.02 – 1.79]
Educación superior	0.17	0.140	[0.01 – 1.75]
Postgrado	2.27	0.540	[0.16 – 31.40]
Estado civil			
Soltero	1.00	Ref	Ref
No soltero	9.70	0.047	[1.02 - 91.63]

PI-I:

Por otro lado, en la tabla 6 y 8, se muestran los análisis de factores asociados a los PI calculados a partir de la creación de preguntas indirectas con información del Módulo de Salud en las poblaciones del MINSA y ESSALUD.

Hospitalización

El análisis bivariado (tabla 6) muestra que, durante la hospitalización en un establecimiento de salud del MINSA, el sexo y el nivel de pobreza estuvo asociado de manera significativa con los PI. Mientras que en ESSALUD ninguna variable estuvo asociada con PI.

Tabla 6. Factores asociados a los PI-I durante la hospitalización en establecimientos de ESSALUD y del MINSA, análisis bivariado.

	ESSALUD N = 1,793 (%)		MINSA N = 3,042 (%)	
	Si	No	Si	No
Sexo				
Femenino	4.32	95.68	15.99	84.01
Masculino	3.75	96.25	20.48	79.52
	p= 0.67321*		p= 0.0311 *	
Edad (media; de)	42.63 (24.67)	43.78(24.09)	35.43 (21.22)	35.20(22.73)
	p= 0.7801 **		p= 0.8682**	
Grado de instrucción				
Sin instrucción	3.30	96.70	14.41	85.59
Educación básica	4.14	95.86	18.05	81.95
Educación superior	4.11	95.89	16.97	83.03
Postgrado	3.04	96.96	100	0.00
	p= 0.9633*		p= 0.2482*	
Nivel de pobreza				
Pobre	4.55	95.45	12.61	87.39
No pobre	4.09	95.91	18.67	81.33
	p= 0.9151 *		p= 0.0027 *	
Estrato				
Área urbana	4.13	95.87	17.72	82.28
Área rural	3.68	96.32	16.30	83.70
	p= 0.7810*		p= 0.4115*	
Estado civil				
Soltero	4.09	95.91	19.08	80.92
No Soltero	4.09	95.91	17.68	82.32
	p= 0.9970*		p= 0.5701*	

(*) Prueba Ji-cuadrado

(**) Regresión lineal simple

De acuerdo al análisis bivariado, se realizó un análisis multivariado solo para el MINSA.

Según el modelo de Regresión de Poisson, sexo y nivel de pobreza continuaron siendo factores asociados a PI-I durante la hospitalización.

Tabla 7. Factores asociados a PI-I durante la hospitalización en el MINSA, análisis modelo multivariado

PI	R Prevalencia	Valor p	IC 95%
Sexo			
Masculino	1.00	Ref	Ref
Femenino	0.79	0.047	[0.64 – 0.99]
Nivel de pobreza			
No pobre	1.00	Ref	Ref
Pobre	0.68	0.005	[0.53 – 0.89]

Intervención quirúrgica

Asimismo, los PI-I durante el servicio de intervención quirúrgica en el MINSA, presentaron asociación estadísticamente significativa con el estrato y el estado civil.

Tabla 8. Factores asociados a los PI-I durante la intervención quirúrgica en un establecimiento del MINSA, análisis bivariado

	MINSA	
	N = 1,539	
	(%)	
	Si	No
Sexo		
Femenino	10.47	89.53
Masculino	11.82	88.18
	p= 0.6029*	
Edad (media; de)		
	35.99 (16.87)	38.70 (20.54)
	p= 0.2050**	
Grado de instrucción:		
Sin instrucción	10.45	89.55
Educación básica	10.04	89.96
Educación superior	15.84	84.16
Postgrado	0.00	100
	p=0.2128*	
Nivel de pobreza		
Pobre	8.24	91.76
No pobre	11.39	88.61
	p=0.3068*	
Estrato		
Área urbana	12.16	87.84
Área rural	6.62	93.38
	p= 0.0024*	
Estado civil		

Soltero	16.63	83.37
No Soltero	9.91	90.09
	p= 0.0413*	

(*) Prueba Ji-cuadrado

(**) Regresión lineal simple

Al ajustar las variables que resultaron asociadas en el análisis bivariado a un modelo de Regresión de Poisson, el área de residencia continuó siendo un factor asociado a PI-I.

Tabla 9. Factores asociados a PI-MS durante la intervención quirúrgica en MINSA, análisis modelo multivariado

PI	R Prevalencia	Valor p	IC 95%
Estrato			
Urbano	1.00	Ref	Ref
Rural	0.50	0.001	[0.33 – 0.75]
Estado civil			
Soltero	1.00	Ref	Ref
No soltero	0.61	0.051	[0.37 – 1.00]

5. DISCUSIÓN

La presente investigación analizó los Módulos de “Gobernabilidad y Democracia” para medir PI-D pues incluía una pregunta directa sobre PI, y el Módulo de “Salud” para medir PI-I donde se tuvo que crear una variable que se acercara a la definición de PI de la Encuesta Nacional de Hogares del 2018 para los participantes que reportaron tener algún seguro público ya sea de ESSALUD o MINSA. Dentro de los principales hallazgos encontramos que los PI-D tuvieron porcentajes relativamente bajos 0.42% en los afiliados a ESSALUD y 0.22% en el MINSA. Y, por otro lado, cuando se utilizó la forma indirecta PI-I, los porcentajes de reporte fueron mucho más altos: en hospitalización (MINSA: 17.37%, ESSALUD: 4.11%) e intervención quirúrgica (MINSA: 10.86%; ESSALUD: 1.11%). También se identificaron algunos factores asociados a PI (fundamentalmente en el caso del PI-I) como ser varón, no pobre y de zona urbana.

Nuestro estudio, basado en dos módulos que corresponden a una misma encuesta nacional, muestra diferencias en la frecuencia de PI-D con respecto a PI-I. Dicha diferencia nos sugiere proponer que, se debe a que la pregunta de manera directa sobre coimas, sobornos o regalos al personal del establecimiento de salud puede propiciar temores y miedos a las represalias y un sub reporte de estas situaciones. Esto también puede explicar por qué los valores encontrados para PI-D fueron relativamente pequeños. Los PI-I resultaron ser una forma indirecta de calcular estos pagos informales sin incluir términos como “informal”, “corrupción” o algún otro que pudiera sonar ilegal. Esta variable analizaba solo “gastos” realizados por los asegurados, que no corresponden por su condición de asegurados y por lo tanto clasificarían como PI. Además, los valores de PI-I fueron mucho más altos cuando se preguntaban de manera directa. Podríamos inferir entonces, comparando ambos valores, que el subregistro o sub reporte de PI podría ser la diferencia de estos.

De esta diferencia podríamos colegir también que, para abordar temas ligados a informalidad en salud, las preguntas directas podrían sesgar la respuesta del encuestado ocasionando un sub reporte importante.

El estudio realizado en el Perú por Rosas, mostró una frecuencia creciente de 30% de PI durante el período de 2008 al 2010. Sin embargo, al 2018 nuestros resultados de PI-D y PI-I sugieren una proporción de PI menor a 1% y; 17.3% en hospitalización y 10.9% en intervención quirúrgica del MINSA respectivamente.

A pesar de que Rosas analizó PI a partir de la siguiente pregunta del Módulo de Salud *“¿Cómo pagó la consulta/medicinas/análisis/rayos X/otros exámenes?”* Posibles respuestas: *Seguro integral de salud (SIS) pagó todo // SIS pagó una parte // EsSalud pagó todo // EsSalud pagó parte// Seguro privado pagó // Seguro privado pagó una parte //Ud. pagó todo// Donado por el MINSA// Otro*”, la estructura en las versiones ENAHO 2010 y del 2018 han cambiado. Pues encontramos que la del 2010 relaciona el servicio/producto que el afiliado recibió con el tipo de establecimiento y el tipo de profesional en salud en un mismo lapso de tiempo (4 semanas anteriores a la encuesta) permitiendo un mejor análisis de estas variables para el resultado de PI. Por el contrario, la estructura del Módulo de Salud del 2018 relaciona el servicio/producto (en diferentes lapsos de tiempo previo a la encuesta) recibido exclusivamente con el emisor del gasto, pero no con el personal o el tipo de establecimiento. (Anexo 2).

Comparar resultados en el tiempo no es factible cuando los instrumentos de medición (preguntas) se cambian, y en este caso eso puede explicar las diferencias. Además, es preciso mencionar que, el sistema de salud peruano también ha cambiado, y en los últimos años la cobertura y el número de personas aseguradas por el MINSA se ha incrementado a nivel nacional.

Sobre los factores asociados a PI durante el 2018, nuestro estudio encontró que los PI-D presentan asociación estadísticamente significativa con las variables sexo, grado de instrucción, y el estado civil en establecimientos de ESSALUD. Cuando analizamos los PI-I, las variables sexo y nivel de pobreza presentaron asociación estadísticamente significativa durante la hospitalización. Mientras que las variables área de residencia y estado civil estuvieron asociadas a PI-I durante intervenciones quirúrgicas.

Sin embargo, una vez aplicado el modelo ajustado de regresión múltiple, el estado civil fue el único factor que continuó asociado a la realización de PI-D en ESSALUD. En el caso de los PI-I, durante la hospitalización continuaron siendo factores asociados sexo y nivel de pobreza; y en el caso de la intervención quirúrgica fue el área de residencia.

Al comparar nuestros resultados de factores asociados, vemos que Rosas (26) indica que los PI se encontraron asociados a factores como la edad y la pobreza (los pacientes menores de 17 años y en extrema pobreza tenían menos frecuencia de pagos informales que los pacientes mayores de 18 años que no fueran pobres); edad y cercanía percibida del establecimiento (era menos frecuente cuando los pacientes eran menores de 60 años y se incrementaron al aumentar la edad, asimismo, cuando el establecimiento estaba muy cerca al paciente, la frecuencia aumentaba); tipo de personal y tipo de establecimiento (los PI tendieron a ser más frecuentes en hospitales por médicos y odontólogos); y finalmente, tipo de establecimiento y cercanía percibida (los pagos eran más frecuentes durante la atención en hospitales e institutos y los pacientes pagaban más cuando percibían que los establecimientos estaban más lejos). (26)

El factor asociado común en ambos estudios, fue la situación económica de no pobreza en los usuarios que realizaron PI. Esta similitud en los factores nos lleva a colegir que el sistema de PI, de acuerdo con algunas publicaciones, podría conducir a una “redistribución” entre los usuarios, con el personal asistencial/administrativo jugando un

papel de "Robin Hood", subsidiando a los pobres y cobrándoles a los ricos. (17) Una de las razones para que esto suceda podría (16) ser que el personal de salud representa una "agencia de recaudación para organizaciones benéficas médicas" que solicita a los más ricos por encima del costo marginal y utiliza los ingresos para proporcionar atención para los más pobres. Sin embargo, ninguno de estos estudios ha podido verificar que esta situación realmente beneficie al asegurado pobre con respecto a acceso, calidad y satisfacción de la atención. Otra importante razón podría ser que, los usuarios pobres no serían capaces de realizar pagos informales propio de sus limitaciones económicas, por lo que el mismo personal sanitario no los aborda con la pregunta.

Respecto a la asociación de estado civil a la realización de PI-D en ESSALUD, podemos encontrar diferentes explicaciones al analizarlo desde el lado de los proveedores como de los mismos usuarios. En este sentido, desde la perspectiva de los proveedores, podría ser que vean a los usuarios que no están solteros como los/las jefas de un hogar y se dirijan selectivamente a ellos, sabiendo que realizarían todo lo que está dentro de su alcance para proteger a sus familias. Alternativamente, estos usuarios podrían ser más agresivos en la búsqueda de atención debido a la responsabilidad que tienen respecto a sus pares.

Por otro lado, otros estudios han demostrado asociación entre sexo y PI (25), hallazgo que también sugiere nuestro estudio durante la hospitalización en el MINSA. Aquí también observamos que existen dos posibilidades tanto del lado de la oferta como de la demanda para poder explicar la asociación. Por el lado del personal asistencial/administrativo, podría ser que vean a los hombres como el sostén financiero y se dirijan selectivamente a ellos, suponiendo que tienen más recursos que las mujeres. Alternativamente, desde el análisis de la demanda, los hombres podrían ser más agresivos

en la búsqueda de atención en este servicio y, como resultado, mostrarse más dispuestos a participar en prácticas informales para evitar el largo tiempo de espera y las colas. (29).

De acuerdo con nuestro estudio, las áreas con mayor presencia de PI son el área de hospitalización y el de intervención quirúrgica, ello se podría deber a que son servicios en donde el sistema de salud público, ya sea del MINSA o de ESSALUD, se encuentra más saturado pues no se cuentan con métodos de ayuda para el oportuno diagnóstico, instrumentos de atención médica, equipamiento de diferente complejidad, y la deficiencia en el proceso de adquisición de medicamentos e insumos médicos para estos servicios. (27) En este sentido, si un paciente requiere de hospitalización inmediata y el establecimiento sanitario no cuenta con camas disponibles para la atención, podría encontrarse vulnerable frente a la sugerencia o condicionamiento de algún personal administrativo o asistencial para acondicionar o programar una atención “extraordinaria” que logré responder a su necesidad inmediata. (12)

No conocemos con precisión como se ha usado la información que de manera más o menos periódica la ENAHO ha estado recogiendo sobre PI en salud y si esta podría condicionar el estudio de este fenómeno en cada una de las instituciones para tratar de solucionarlo. Sin embargo, a la data existente puede ser muy útil para las autoridades sanitarias pertinentes. Por ejemplo, iniciar con la integralidad sistemática en las políticas del sector salud, pues normalmente, los riesgos que la corrupción trae consigo no son tomados completamente en cuenta en el desarrollo de políticas del sector. Asimismo, las estrategias nacionales y sub nacionales de los países no deberían de descuidar sectores específicos y trabajar de forma conjunta con equipos multidisciplinarios en base a la evidencia nacional que muchas veces tienen, pero que no podrían estar utilizando efectivamente. (13)

Limitaciones y fortalezas

Dado que este es un análisis de bases secundarias, se utilizó las preguntas que ya se habían hecho, y se adecuo las variables para aproximarnos a la definición de PI-I. No podemos delimitar totalmente a quien se realizaron los PI (personal administrativo de la institución o prestadores de servicios de salud, por ejemplo). De la misma manera, debido al tipo de la encuesta utilizada, no se conoce el momento en que se realizó el PI o si hubo coerción. (7).

Otra limitación es el uso de las preguntas del Módulo de GD y de Salud para medir PI con un probable sesgo de recuerdo pues tanto el módulo de GD como el módulo de Salud, realizan preguntas que corresponden a eventos que sucedieron hasta hace 12 meses.

Tampoco tenemos información de los montos en la transacción de estos pagos informales, que podría también permitir estimar las pérdidas que representan y el gasto del bolsillo para el asegurado.

Finalmente, la ENAHO solo estaría evaluando un lado del problema, no se tiene información sobre la actitud del personal de salud frente a estos casos, ni las motivaciones que podrían tener como consecuencia de recibir o solicitar PI, y es un tema pendiente de entender.

Dentro de las principales fortalezas de nuestro estudio es que, desde el estudio de Rosas en el año 2010, y a pesar de la data colectada anualmente, no se tenía información más reciente acerca de PI en establecimientos MINSA y de ESSALUD. Además, al haber analizado los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO 2018), nos permite hacer cálculos de PI que se pueden aproximar a nivel nacional. Por esta razón, los resultados de este estudio podrías ser de interés y utilidad para compartir con las entidades sanitarias gubernamentales, a fin de generar la promoción y despliegue de acciones de prevención, fiscalización y control basados en evidencia respecto a la problemática que

podrías estar afectando la calidad de atención en salud y el acceso al derecho a los servicios de los asegurados y sus familias.

6. CONCLUSIONES

- Nuestro estudio encontró que la frecuencia de pagos informales para PI-D fue de 0.42% para atendidos en ESSALUD y 0.22% para atendidos en el MINSA. Mientras que en PI-I las mayores frecuencias se encontraron en Hospitalización (MINSA: 17.37%; ESSALUD: 4.11%) e intervención quirúrgica (MINSA: 10.86%; ESSALUD: 1.11%).
- Las frecuencias obtenidas a partir de los PI-I son mayores a las frecuencias de PI-D.
- Los PI-D en ESSALUD estuvieron asociados al estado civil del entrevistado, con mayor proporción en los no solteros. Por otra parte, los PI-I en MINSA durante la hospitalización estuvieron asociados con el sexo del usuario, con mayor proporción en varones; y el nivel de pobreza, con mayor proporción en los usuarios no pobres. Además, los PI-I en MINSA durante la intervención quirúrgica, estuvieron asociados al área de residencia, con mayor proporción en los usuarios que residen en el área urbana.
- Algunos estudios hallados y literatura acerca de este tema avalan las asociaciones que sugiere este estudio.

7. RECOMENDACIONES

- Los resultados de esta investigación sugieren que frente a la problemática de los PI en salud sería necesario promover una reforma integral de prevención y fiscalización de la acción pública en salud desde los organismos gubernamentales correspondientes. Dicha reforma debería ser capaz de permitir el trabajo colaborativo entre el sector público y la comunidad, con especial énfasis en las áreas de hospitalización e intervención quirúrgica de los establecimientos del MINSA y de ESSALUD para responder de manera eficiente a las necesidades, demandas y denuncias de los asegurados. De esta manera, los asegurados no deberían realizar pagos informales para atenderse.
- *“Lo que no se mide, no se puede mejorar” (Peter Drucker)*. Para medir la existencia de PI valdría la pena revisar cual sería la mejor forma de hacerlo. Sería importante desarrollar un componente cualitativo para entender cómo preguntar mejor, y luego validar dichas preguntas. Debido a la diferencia en la frecuencia de pagos informales entre ambos módulos, se sugiere reformular la manera en la que el cuestionario va a abordar la problemática de la informalidad y la corrupción frente a un encuestado. Con preguntas indirectas se podría obtener mayor transparencia y menor sub reporte con respecto a la situación.
- Se recomienda realizar investigaciones futuras, entre ellas investigaciones cualitativas, para entender mejor el problema de los pagos informales, desde la perspectiva del usuario, pero también desde la perspectiva de los proveedores (completar el panorama oferta y demanda). Ello nos podría permitir desarrollar intervenciones de prevención realmente efectivas frente a la problemática.
- Asimismo, se recomienda realizar investigaciones que cuantifiquen el valor de los pagos informales en efectivo utilizando la herramienta de Módulo de Salud (p416)

de la ENAHO y que se contraste con los factores asociados encontrados en la presente investigación.

- Se sugiere analizar la data recogida de manera sistemática pues de esta manera se podría guiar el desarrollo de acciones estratégicas contra esta práctica y su monitoreo continuo en beneficio de más peruanos y sus familias a la hora de atenderse en cualquier establecimiento u organismo del Estado.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado, J., Gonzáles, A., & Mendoza, P. (2011). Análisis de costos en dos unidades de cuidados intensivos pediátricos del Ministerio de Salud del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 72(4), 249-254. Recuperado en 07 de febrero de 2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832011000400005&lng=es&tlng=es.
2. Belli, P., Gotsadze, G., & Shahriari, H. (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 70(1), 109–123. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.03.007>
3. Burki, T. (2019). Corruption is an "ignored pandemic". *The Lancet. Infectious diseases*, 19(5), 471. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30178-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30178-1)
4. Castañeda, V. (2016). Una investigación sobre la corrupción pública y sus determinantes. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 61(227):103-35. [https://doi.org/10.1016/S0185-1918\(16\)30023-X](https://doi.org/10.1016/S0185-1918(16)30023-X).
5. Cherecheș, R. M., Ungureanu, M. I., Sandu, P., & Rus, I. A. (2013). Defining informal payments in healthcare: a systematic review. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 110(2-3), 105–114. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.010>
6. Consorcio de Investigación Económica y Social CIES (2011) Documento de trabajo: Corrupción e inequidad en los servicios públicos en el Perú. (Nro.50) <https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/1435/DT87.pdf?sequence=13>
7. Gaal, P., & McKee, M. (2004). Informal payment for health care and the theory of 'INXIT'. *The International journal of health planning and management*, 19(2), 163–178. <https://doi.org/10.1002/hpm.751>

8. Gaal, P., Belli, P. C., McKee, M., & Szócska, M. (2006). Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. *Journal of health politics, policy and law*, 31(2), 251–293. <https://doi.org/10.1215/03616878-31-2-251>
9. Gaal, P., Evetovits, T., & McKee, M. (2006). Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 77(1), 86–102. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.07.024>
10. García, P. (2019). Corruption in global health: the open secret. *Lancet (London, England)*, 394(10214), 2119–2124. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32527-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32527-9)
11. García-Ubaque, J, Riaño-Casallas, M, & Benavides-Piracón, J. (2012). Informalidad, desempleo y subempleo: un problema de salud pública. *Revista de Salud Pública*. <https://scielosp.org/article/rsap/2012.v14suppl1/138-150/es/#ModalArticles>
12. Gutiérrez, C., Romaní, F., Wong, P., & Del Carmen, J. (2018). Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(1), 65-70. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i1.14595>
13. Hussman, K. (2011). Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: perspectivas de américa latina en los subsistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel subnacional). Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en América Latina y el Caribe. https://issuu.com/cprundprslac/docs/vulnerabilidades_a_la_corrupcion_en/37
14. Instituto Peruano de Economía IPE (2020) El costo de unificar la salud. Informe IPE. El Comercio. <https://www.ipe.org.pe/portal/el-coste-de-unificar-la->

[salud/#:~:text=Las%20diferencias%20entre%20ambos%20sistemas,de%20establecimientos%20a%20nivel%20nacional.](#)

15. Jowett, M., & Danielyan, E. (2010). Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(6), 472–473. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.074765>
16. Kankeu, H. T., & Ventelou, B. (2016). Socioeconomic inequalities in informal payments for health care: An assessment of the 'Robin Hood' hypothesis in 33 African countries. *Social science & medicine* (1982), 151, 173–186. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.015>
17. Khan, M., Andreoni, A., & Roy, P. (2019). Anti-corruption in adverse contexts: strategies for improving implementation. University of London Editorial
18. Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., Malata, A., ...Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
19. Lewis, M. (2000) *Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia?* World Bank Publications.
20. Lewis, M. (2007). Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health affairs (Project Hope)*, 26(4), 984–997. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.984>

21. Mackey, T. K., Vian, T., & Kohler, J. (2018). The sustainable development goals as a framework to combat health-sector corruption. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 634–643. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.209502>
22. Mæstad, O., & Mwisongo, A. (2011). Informal payments and the quality of health care: Mechanisms revealed by Tanzanian health workers. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 99(2), 107–115. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.07.011>
23. Mujica, J. (2008). La corrupción como fenómeno social. *Romper la mano. Una interpretación cultural de la corrupción*. Lima: Proética, Instituto de Estudios Peruanos, 2008, 179 pp. *Anthropologica*, 26(26), 247-251. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/1625>
24. Organización Mundial de la Salud (29 de diciembre del 2017) Salud y derechos humanos. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
25. Rajan, S., Santoso, C., Abba-Aji, M., Stuckler, D., McKee, M., Hutchinson, E., Onwujekwe, O., & Balabanova, D. (2022). Gender differences in informal payments for healthcare: evidence from 34 African countries. *Health policy and planning*, 37(1), 132–139. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab123>
26. Rosas, E. (2018). Inequidad dentro de la equidad pagos informales durante la atención de los afiliados al Seguro Integral de Salud 2008 a 2010. (Tesis maestría, Universidad Peruana Cayetano) Repositorio UPCH. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/5953>
27. Soto, A. (2019). Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con

- recursos del siglo XX. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(2), 304-311. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>
28. Tatar, M., Ozgen, H., Sahin, B., Belli, P., & Berman, P. (2007). Informal payments in the health sector: a case study from Turkey. *Health affairs (Project Hope)*, 26(4), 1029–1039. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.1029>
29. Transparency International. (2006). Informe Global de la Corrupción2006: Corrupción y Salud. <https://www.transparency.org/es/publications/global-corruption-report-2006-corruption-and-health>
30. Vian, T. & Norberg, C. (2007) Corruption in the Health Sector. The U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute.3(10) 87. <https://www.u4.no/publications/health-sector-corruption.pdf>
31. World Health Organization. (2010). Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1: Instrumento de recolección de datos de la INEI. MÓDULO DE CORRUPCIÓN DEL MÓDULO DE OPINIÓN: TRANSPARENCIA, GOBERNABILIDAD Y DEMOCRACIA.

CORRUPCIÓN																				
A continuación le haré preguntas para saber si usted fue víctima de corrupción por parte de algún trabajador o funcionario del estado como: Personal de salud de los hospitales o centros de salud, Policías, profesores y personal administrativo de escuelas, institutos y universidades estatales, trabajadores y funcionarios de los Ministerios, Fiscalías, Poder Judicial, es decir, aquellas personas que trabajan en una institución pública.																				
<p>2B. En los últimos 12 meses, ¿Ud. ha realizado:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>Lee esta pregunta y cada una de sus alternativas en forma vertical. Luego para cada alternativa que tenga circulado el código 1 (Si), formule en forma horizontal las preguntas 2C a 2F, según corresponda.</p> </div>	<p>2C. ¿Le solicitaron, se sintió obligado(a) a dar, o dio voluntariamente retribuciones como: regalos, propinas, sobornos, coimas, etc.</p> <p>Si le solicitaron dar y dio 1 Si le solicitaron dar y no dio 2 No, pero dio voluntariamente 3 No le solicitaron 4</p> <p style="text-align: center;">PASE A 2F ←</p>	<p>2D. Cuando le solicitaron o dio voluntariamente los regalos, propinas, coimas, etc.</p> <p>¿Denunció el hecho ante alguna autoridad?</p> <p style="text-align: center;">PASE A 2E ↑</p>	<p>2E. ¿Cuál fue la razón principal por la que no denunció ante alguna autoridad?</p> <p>Por temor a represalias 1 Porque las autoridades no hacen caso 2 Por falta de tiempo 3 Por no saber ante quienes tendría que denunciar 4 Porque obtuvo un beneficio 5 Porque dio dinero o regalos como agradecimiento 6 Otro 7</p> <p style="text-align: center;">Escriba</p>	<p>2F. ¿Cómo calificaría la atención recibida en la(e).....?</p> <p>Muy Bueno? 1 Bueno? 2 Malo? 3 Muy Malo? 4 NO SABE 5</p>																
Instituciones	Si	No	CODIGO				Si	No	CODIGO				CODIGO							
A. TRÁMITES EN:																				
1. La Municipalidad Distrital, para obtener licencia de apertura de negocio, construcción, solicitud de pavimentación de calles, parques, instalación de agua potable, etc.?	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
2. La Municipalidad Provincial, para obtener licencias de apertura de negocio, construcción, ejecución de obras públicas a nivel distrito o centro poblado, etc.?	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
3. El Poder Judicial, Juzgado de Paz por conflictos legales de tipo familiar, laboral, penal, etc.?	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
4. El Registro Nacional de Identificación y Estado Civil- RENIEC para obtener DNI, Actas de nacimiento, certificados de defunción, etc.?	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
5. La Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria-SUNAT (RUC, RUS, etc.)?	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
6. La Policía Nacional del Perú (infracciones de tránsito, denuncias de hechos delictivos, niñas, faltas a la moral, etc.?)	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
7. La Defensoría del Pueblo (Para realizar quejas, denunciar algún caso de violación de derechos, reclamos sobre privación de la libertad, etc.?)	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
B. SOLICITUDES EN:																				
8. El Gobierno Regional para ejecución de proyectos de su comunidad, apoyo o algún otro beneficio para su hogar o para la localidad?	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
9. El Ministerio de Agricultura (Comité de regantes, titulación de tierras, asistencia técnica agrícola y pecuaria, asistencia tecnológica agraria, etc.?)	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
10. El Ministerio Público/Fiscalía de la Nación, para averiguar o hacer seguimiento a un caso judicial?	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
11. El Jurado Nacional de Elecciones-JNE como dispensa por no votar, revocatoria de autoridades, inscripción de organización política, etc.?	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
12. La Oficina de Procesos Electorales -ONPE como consultas de lugares de votación, miembro de mesa, etc.?	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
13. El Ministerio de Educación (instituciones educativas estatales de inicial, primaria, secundaria, superior, tales como matrículas, certificados, traslados, libreta de notas, etc.?)	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
14. Bancos del estado (Banco de la Nación, Agrobanco para obtención de créditos, realizar pagos, etc.?)	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
C. ATENCIONES EN:																				
15. Hospitales, centros de salud, postas médicas o cualquier establecimiento de salud de MINSA (consultas, citas, etc.?)	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
16. Hospitales, centros de salud, policlínicos, etc. de EsSalud (consultas, citas, referencias)?	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
17. Otros? (especifique)	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5

