



LA EQUIDAD EN LA ASIGNACIÓN REGIONAL DEL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD 2000 - 2005

Augusto Portocarrero Grados

Introducción

En medio del proceso de descentralización se hace necesario evaluar el proceso de asignación del presupuesto para medir la equidad de esta asignación y plantear los cambios que sean necesarios para que esta se dé manera equitativa teniendo en cuenta las regiones con mayor pobreza.

Dado que la salud es un derecho, el presupuesto público debe asegurar que las regiones estén en capacidad de garantizar este derecho para quienes no tienen acceso. En el Perú, la principal causa por la que la población no se atiende es la falta de recursos, en el 2000 la última Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) registra que el 88 por ciento de los que no se atienden manifiestan que no lo hacen por motivos económicos¹.

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) de diciembre 2004 el porcentaje de personas que explica no haber asistido a un establecimiento de salud “falta de dinero” es de 25 por ciento. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que en las otras respuestas posibles “Queda lejos / falta confianza / Demoran” (14%), “No fue necesario / Remedios caseros” (69%) y “otros” (12%) donde se incluye “no tiene seguro”, se puede estar escondiendo la limitación económica como la razón de fondo por la que no se asiste al establecimiento, lo que los obliga a buscar formas alternativas (automedicación o remedios caseros)².

Como contraparte de esta realidad, las cifras de las Cuentas Nacionales de Salud³ demuestran que el principal financiador de los servicios de salud y de los medicamentos es el pago de bolsillo que realizan las personas que acceden a ellos (37%). El aporte del Estado, según el mismo estudio, representa el 24% del financiamiento nacional. Como este aporte lo realiza a través de la red del MINSA, la forma en que se asigne el presupuesto a la red tiene fuerte influencia en la posibilidad de que la población de bajos recursos pueda tener acceso a los servicios de salud.

1) Tomado de MINSA – OPS 2003, 18.

2) INEI 2004. p 22

3) MINSA – OPS 2004.

El presente documento analiza el financiamiento Estatal a las entidades del MINSA a través de la asignación que realiza el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) de los fondos del Tesoro Público, la que es presentada por el Consejo de Ministros para su aprobación en el Congreso de la República. Cabe señalar que la asignación otorgada por el MEF no es la única vía por la cual las regiones de salud reciben recursos del Tesoro Público, cómo se verá más adelante, el MINSA desde Lima también lo hace, sin embargo, estas transferencias, no logran revertir la tendencia marcada por la asignación del MEF⁴.

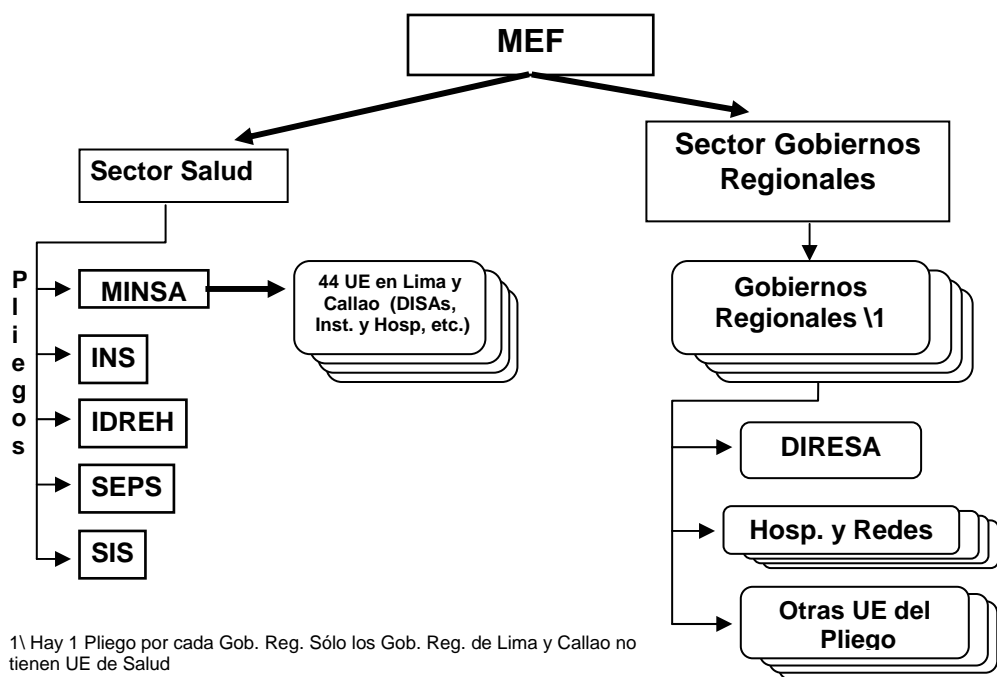
4) Un análisis detallado sobre el impacto de las transferencias del MINSA en la equidad del financiamiento se puede encontrar en Portocarrero, Augusto 2000.

I. El flujo del financiamiento

Para entender la estructura del financiamiento hay que tener en cuenta como se organiza presupuestalmente el Estado en General y de lo que conocemos como Ministerio de Salud en particular (ver recuadro), dado que la organización presupuestal no responde necesariamente a la estructura funcional o administrativa del Estado.

En el caso de Salud, los recursos asignados se encuentran dispersos en más de 150 Unidades Ejecutoras (UE), las que se agrupan en 24 Pliegos dentro de dos Sectores. (Ver flujograma). No es posible tener en un solo vistazo el gasto nacional que hace el Estado. En realidad cuando se ve el Pliego MINSA en el presupuesto solo se está hablando de los órganos del ministerio en Lima y Callao. Esto se refleja en la sustentación ante el Congreso, cuando el Ministerio se presenta a la Comisión de Presupuesto solo presenta la información de sus 5 Pliegos y se pierde del debate la asignación que los Gobiernos Regionales hacen en cada Región, no habiendo una discusión integral sobre este tema.

**FLUJOGRAMA N° 1
RECURSOS EN EL SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD**

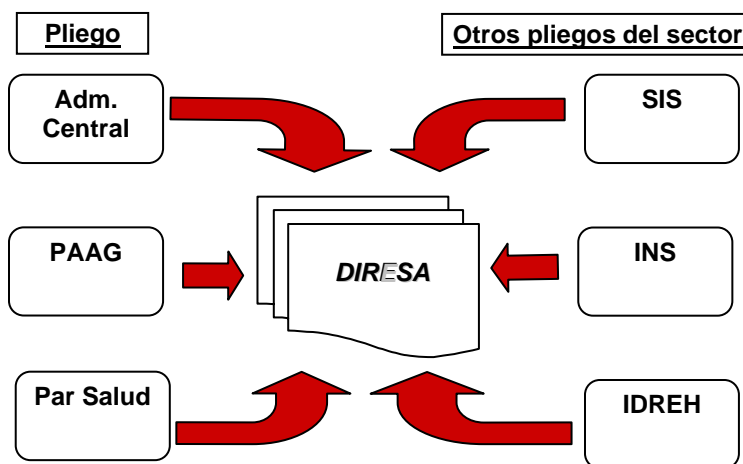


Siglas: MINSA: Ministerio de Salud; INS: Instituto Nacional de Salud; IDREH: Instituto de Recursos Humanos; SEPS: Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud; SIS: Seguro Integral de Salud; DIRESA: Dirección Regional de Salud; UE: Unidad Ejecutora; Gob. Reg.: Gobierno Regional.

Esta situación hace muy complejo hacer un seguimiento del financiamiento. Cuando se accede al Portal de Transparencia (<http://transparencia-economica.mef.gob.pe/amigable/default.asp>) el sistema está elaborado de tal manera que permite tener sólo una de las variables de la organización del presupuesto (Organización, Estructura Funcional Programática (EFP), Cadena de Gasto y Fuente de Financiamiento), para captar información nacional con algún nivel de detalle mayor hay que “bajar” no menos de 24 archivos y recién empezar a construir la información que uno requiere⁵.

En términos de asignación de presupuesto el Ministerio de Salud no tiene influencia en la asignación que hace el MEF a los presupuestos de las dependencias de salud que se encuentran en las Regiones fuera de Lima. La participación del MINSA (órganos de la Sede Central, algunas Unidades Ejecutoras del Pliego) y los otros pliegos del Sector en el financiamiento de las Direcciones Regionales se produce por transferencias o gastos que desde Lima se realizan desde Lima (Ver flujograma).

**FLUJOGRAMA N° 2
FONDOS DE LOS PLIEGOS Y UE DEL SECTOR SALUD
QUE SE EJECUTAN EN LAS DIRESA Y SUS UE**



Siglas: PAAG: Programa de Administración de Acuerdos de Gestión; INS: Instituto Nacional de Salud; IDREH: Instituto de Recursos Humanos; SIS: Seguro Integral de Salud; DIRESA: Dirección Regional de Salud.

5) El MINSA ha venido tratando que el MEF incluya una opción que permita seleccionar todas las UE

Es cada Gobierno Regional el que distribuye al interior de su pliego y depende de cada caso el peso que le quiera asignar. Un dato adicional para entender el complejo financiamiento de la salud en nuestro país, es que en las regiones la inversión se concentra en la UE de la sede central del Gobierno Regional, lo que dificulta aún más consolidar la información del financiamiento en Salud.

II. La asignación regional

Para efectos del análisis se ha reagrupado las 44 UE del Pliego Ministerio de Salud con el fin de detectar las UE que corresponden al financiamiento para Lima y Callao: las 5 DISA, los hospitales y las redes de salud, a este grupo se le llamará Lima y Callao. Es resto de las UE del Pliego MINSA que tienen impacto nacional: La Sede Central del MINSA, el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, el Par Salud, los hospitales nacionales y los institutos nacionales, se le llamará solo MINSA.

Como se puede apreciar el peso que tienen las regiones en el financiamiento nacional se encuentra encima del 50 por ciento. Cabe mencionar que para el año 2005 se ha tomado el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA)⁶, el peso de las regiones tenderá a subir durante el 2005 producto de las transferencias mensuales que realiza el Seguro Integral de Salud (SIS) a las DIRESA como pago por las atenciones prestadas a sus asegurados⁷.

Cada mes el SIS transfiere de sus fondos de Recursos Ordinarios, como pago por las atenciones de las redes de salud a los asegurados por el SIS, a las DIRESA las que lo incorporan a su presupuesto como la fuente Donaciones y Transferencias. El monto transferido depende del número de atenciones que se realizan en cada región y no es posible conocer con certeza esta asignación.

ligadas a Salud hace casi un año sin lograr su objetivo.

- 6) El PIA es el monto que aprueba el Congreso a finales del año anterior al que va ser ejecutado. Este monto va variando a lo largo del año producto de ampliaciones en el presupuesto o de recortes en el presupuesto. Al PIA con sus modificaciones se le conoce como Presupuesto Institucional Modificado y va variando a lo largo del año.
- 7) Un problema importante al momento de consolidar el presupuesto total es el doble registro que genera la transferencia del SIS a las DIRESA. Una vez transferidos los recursos aparecerán en el SIS como RO ejecutados y en la DIRESA como DyT para ser ejecutados. Por ello para consolidar hay que restar del SIS esta transferencia para no duplicar los montos.

CUADRO Nº 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FINANCIAMIENTO PÚBLICO 2000 - 2005

Región	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total Regiones	50.87	50.63	53.39	58.40	61.48	56.83
MINSA y OPD	49.13	49.37	46.61	41.60	38.52	43.17
TOTAL (En millones de S/.)	2,563	2,676	3,013	3,004	3,339	3,787
Plieg. MINSA y OPD	67.39	67.69	65.46	62.75	61.32	68.05

1\ Corresponde al Presupuesto Institucional de Apertura.

2\ Incluye las DISA de Lima y Callao y sus redes de servicios..

3\ Incluye el Pliego MINSA menos las DISA de Lima y Callao y sus redes de servicios, más los 4 Pliegos del Sector (INS, IDREH, SEPS y SIS)

4\ Incluye las 44 UE del Pliego más los 4 Pliegos del Sector (INS, IDREH, SEPS y SIS)

Fuente: SIAF – MEF. MINSA.

Elaboración propia

Las regiones de salud reciben financiamiento de cuatro fuentes de financiamiento: 00 Recursos Ordinarios (RO), 09 Recursos Directamente Recaudados (RDR), 13 Donaciones y Transferencias (DyT) y 16 Recursos Ordinarios para los Gobiernos Regionales (ROGR).

Los RO y los ROGR tienen en los impuestos su mismo origen, en realidad la separación surge el año pasado con el criterio de poder distinguir la distribución a los gobiernos regionales, su asignación es básicamente con criterios históricos (tanto gastaste el año pasado, tanto de doy para el próximo año). Los RDR provienen de las tarifas que le son cobradas a la población por los servicios que brinda la administración (tasas) o la red de servicios (atención médica, venta en las farmacias), finalmente, las DyT cuyo principal origen es la transferencia que realiza mensualmente el SIS.

Dentro de ellas, la fuente más importante es la proveniente de los RO con más de las tres cuartas partes del financiamiento. La aparente reducción a partir del 2004 se produce por la separación en dos fuentes (RO y ROGR), sin embargo, si se les agrega se verá que el comportamiento se viene manteniendo a lo largo del tiempo. Dado este comportamiento el análisis que se hace en adelante es tomando las dos fuentes juntas.

A lo largo del año se va produciendo la transferencia de RO, proveniente del SIS, hacia la fuente Donaciones y Transferencias en las DIRESA, que no se encuentran expresadas en el cuadro para el 2005 en tanto la información que se tiene es la del PIA. Por ello, si bien

presentamos los cuadros incluyendo el 2005 para ver la tendencia, las comparaciones se harán entre el 2000 y el 2004.

**CUADRO Nº 2
FINANCIAMIENTO PÚBLICO DE LAS REGIONES SEGÚN FUENTE
DE FINANCIAMIENTO 2000 - 2005**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005 \1
En millones de Nuevos Soles						
Recursos Ordinarios	1,008	1,044	1,223	1,348	587	758
RO para los Gobiernos Regionales	0	0	0	0	962	991
R. Directamente Recaudados	295	310	386	283	277	399
Donaciones y Transferencias	1	1	0	123	226	3
TOTAL	1,304	1,355	1,609	1,754	2,053	2,152
RO + ROGR	1,008	1,044	1,223	1,348	1,549	1,749
Estructura porcentual						
Recursos Ordinarios	77.30	77.03	76.00	76.85	28.58	35.23
RO para los Gobiernos Regionales	0.00	0.00	0.00	0.00	46.88	46.07
R. Directamente Recaudados	22.63	22.90	23.98	16.14	13.52	18.55
Donaciones y Transferencias	0.07	0.07	0.02	7.01	11.02	0.15
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
RO + ROGR	77.30	77.03	76.00	76.85	75.46	81.30

1\ Presupuesto Inicial de Apertura
Fuente: SIAF – MEF. MINSA.
Elaboración propia

La segunda fuente en importancia es la de los RDR. Esta fuente, por sus características, debe ser evaluada de manera distinta. En tanto el origen de estos recursos es el bolsillo de las personas, su comportamiento tender a que no se cobre en los lugares más pobres. Sin embargo, no hay que perder de vista que el cobro de tarifas ha sido el modo de generarse recursos ante lo limitado del apoyo Estatal pero esa situación no debería continuar el financiamiento público debería estar orientado a garantizar la salud a los pobres.

Esta situación ha permitido que los establecimientos ubicados en lugares donde es posible conseguir mayores cobros logren ponerse en mejores condiciones que los que se ubican en lugares de mayor pobreza creando una mayor brecha entre unos y otros. Esto se ha manifestado en que varios hospitales e institutos han creado “clínicas” a su interior para captar mayores recursos para su personal sanitario⁸.

8) El tema de los recursos directamente recaudados será materia de una investigación especial que será presentado más adelante.

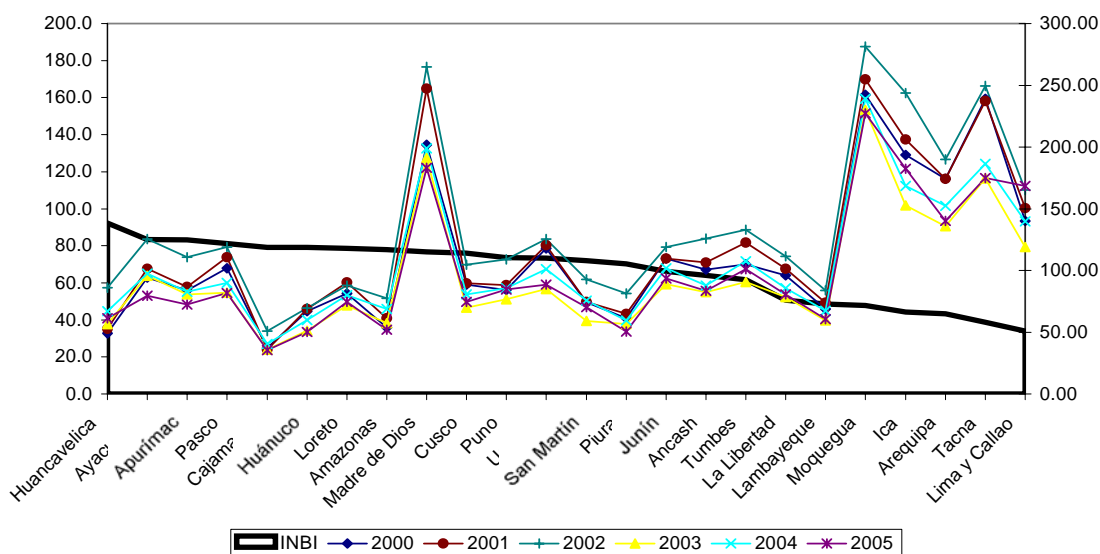
Al último se encuentran los recursos provenientes de las Donaciones y Transferencias, que han venido creciendo en los últimos años a la par del crecimiento del presupuesto que ha recibido el Seguro Integral de Salud.

III. El gasto per cápita

Para poder hacer comparativo entre las regiones los recursos que reciben estas se ha procedido a calcular el financiamiento per cápita, tomando como referencia la población no asegurada⁹. La asignación per cápita es comparada con el nivel de pobreza de cada región tomando en cuenta el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (INBI).

Como se puede apreciar en el gráfico N° 1 no existe una concordancia entre los niveles de pobreza y la asignación del gasto, manteniéndose a lo largo de la serie una tendencia inequitativa.

Gráfico N° 1
Distribución per cápita del financiamiento y el INBI 2000 - 2005



Fuente: SIAF – MEF.
Elaboración propia

9) La información en nuevos soles se puede encontrar en el anexo.

En el cuadro N° 3 se muestra el gasto per cápita regional, salta a la vista el crecimiento entre el 2000 y el 2004 de Huancavelica. Esto que parecería los resultados de una política pro pobre no se ratifica cuando se aprecia el crecimiento desigual, por lo que parece ser que más ha respondido a voluntades locales antes que ha una propuesta del Ministerio de Salud o del MEF que es finalmente el que le asigna el presupuesto a las regiones.

**CUADRO N° 3
FINANCIAMIENTO PÚBLICO PER CÁPITA SEGÚ REGIONES 2000 - 2005**

Región	En nuevos Soles						Incremento porcentual					Inc. % 2000-04
	2000	2001	2002	2003	2004	2005\1	2001	2002	2003	2004	2005\1	
Huancavelica	32.74	35.08	57.34	56.73	66.95	61.23	7.17	63.42	-1.05	18.01	-8.54	104.51
Ayacucho	62.82	67.71	83.64	95.70	97.33	79.47	7.79	23.53	14.41	1.71	-18.35	54.94
Apurímac	55.88	57.75	73.86	80.70	82.95	72.47	3.36	27.90	9.26	2.79	-12.64	48.46
Pasco	67.80	73.78	79.33	82.22	89.84	81.61	8.82	7.52	3.64	9.28	-9.16	32.51
Cajamarca	24.78	23.81	33.83	35.91	40.49	35.52	-3.94	42.09	6.16	12.74	-12.25	63.35
Huánuco	44.73	45.87	46.39	51.16	59.82	50.08	2.55	1.12	10.28	16.92	-16.28	33.72
Loreto	54.36	60.21	58.45	71.74	79.92	74.52	10.76	-2.92	22.74	11.40	-6.76	47.03
Amazonas	35.92	40.80	51.62	57.39	68.86	52.08	13.56	26.54	11.17	19.98	-24.36	91.69
Madre de Dios	134.64	164.97	176.54	190.87	198.86	182.99	22.53	7.01	8.12	4.19	-7.98	47.70
Cusco	59.09	59.74	69.66	70.00	80.80	74.40	1.10	16.60	0.49	15.43	-7.92	36.74
Puno	56.19	58.84	72.58	76.70	85.63	84.43	4.72	23.36	5.67	11.64	-1.40	52.40
Ucayali	78.68	80.17	83.73	85.05	101.10	88.44	1.90	4.44	1.57	18.88	-12.52	28.50
San Martín	49.34	49.75	62.00	58.97	75.79	70.42	0.83	24.62	-4.88	28.51	-7.08	53.59
Piura	40.78	43.33	54.22	56.81	59.64	50.70	6.26	25.14	4.77	4.98	-14.99	46.24
Junín	73.13	73.13	79.37	88.77	101.79	93.69	0.00	8.53	11.85	14.66	-7.96	39.19
Ancash	67.26	70.97	83.99	82.36	87.93	83.67	5.51	18.34	-1.94	6.76	-4.85	30.73
Tumbes	70.03	81.80	88.71	90.85	107.69	100.95	16.80	8.46	2.41	18.53	-6.26	53.77
La Libertad	64.09	67.65	74.36	78.60	85.58	80.52	5.56	9.91	5.71	8.88	-5.91	33.53
Lambayeque	45.95	49.18	55.94	59.40	67.38	60.52	7.04	13.74	6.19	13.43	-10.19	46.65
Moquegua	161.45	169.90	187.62	230.12	239.00	227.35	5.23	10.43	22.65	3.86	-4.87	48.03
Ica	128.96	137.41	162.58	152.75	168.63	182.61	6.55	18.32	-6.05	10.40	8.29	30.76
Arequipa	116.04	116.05	126.57	135.82	152.49	140.17	0.01	9.07	7.31	12.27	-8.08	31.41
Tacna	159.41	158.09	166.33	174.41	186.40	174.90	-0.82	5.21	4.86	6.87	-6.17	16.94
Lima y Callao	93.42	100.25	110.07	119.14	139.80	168.55	7.31	9.80	8.25	17.34	20.56	49.64
Total Regiones	69.04	72.49	82.49	88.02	100.02	102.86	5.01	13.79	6.70	13.64	2.84	44.88

1\ Calculado con el Presupuesto Institucional de Apertura.

Fuente: SIAF - MEF.

Elaboración propia

Eso explicaría porque al interior de cada Región se puede apreciar una gran variedad de comportamientos. A pesar que todos han crecido entre el 2000 y el 2004, no todos lo han hecho todos los años de este periodo. Huancavelica, San Martín, Ancash e Ica, por ejemplo, muestran crecimientos negativos en el 2003. Las cifras del 2005, como ya se ha dicho, deben ir mostrando una reducción en su valor negativo conforme el SIS les vaya transfiriendo fondos a lo largo del año.

III.1. Los Recursos Ordinarios (RO mas ROGR)

Con más del 75 por ciento del financiamiento a las regiones, los RO han sido importantes en la determinación del financiamiento y con mayor claridad se muestra la voluntad política del gobierno. Su comportamiento, en promedio, ha sido de ascenso permanente pasando de un promedio de 53 nuevos soles en el 2000 a 75 nuevos Soles en el 2004 (41%) y debe seguir creciendo el 2005 hasta los 84 nuevos soles. (ver cuadro N° 4)

Si bien se ha producido en promedio un incremento este no se ha producido de manera ordenada. Si resaltan el incremento producido entre los años 2000 y 2004 en las regiones Huancavelica (84%) y Lima y Callao (55%), lo que demuestra que no es producto de una política nacional de redistribución y más bien inclina la balanza a que es producto de un esfuerzo regional. Otro dato que refuerza esta percepción, es que en el 2005 Huancavelica solo crece en 4 por ciento mientras Lima refleja un incremento de 27 por ciento.

Parte importante de los mayores recursos que se han dirigido al sector se han utilizado para la mejora del pago de personal sanitario y en especial de los médicos (nivelación y nombramiento de los médicos y el incremento de pago de guardias del personal sanitario no medico)¹⁰. Esto explica porque es Lima, donde se concentra parte importante del personal sanitario, es donde más a crecido el financiamiento.

10) El 2004 el MINSA a través del PAAG transfirió recursos de RO para el pago de remuneraciones y productividad sin que desaparezca de sus registros por lo que en este caso también se está produciendo duplicidad que ha sido subsanada restándosele al Pliego MINSA. Sobre los cambios en la estructura del presupuesto ver Francke y Portocarrero 2005. p. 2 y 3.

Cabe señalar que estos incrementos no se han traducido necesariamente ni en un mayor servicio ni en una mejora de los mismos porque no ha ido acompañado de un cambio en el modelo de atención ni en la forma de estructurar de la organización de la atención.

CUADRO N° 4
DISTRIBUCIÓN PER CÁPITA DE LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO RECURSOS ORDINARIOS
MAS LOS RECURSOS ORDINARIOS PARA LOS GOBIERNOS REGIONALES SEGÚN REGIONES
2000 - 2005

Región	En Nuevos Soles						Incremento porcentual					Inc. % 2000-04
	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ¹	2001	2002	2003	2004	2005 ¹	
Huancavelica	30	32	49	48	56	58	5.32	54.73	-1.90	15.31	4.39	84.32
Ayacucho	53	55	67	74	73	71	4.00	21.25	11.58	-1.29	-2.77	38.90
Apurímac	46	46	55	63	62	59	-0.50	20.77	14.44	-1.47	-4.60	35.48
Pasco	53	56	57	63	66	66	5.50	3.28	9.61	5.00	0.42	25.40
Cajamarca	18	18	22	25	25	25	0.85	17.30	17.89	-0.09	0.44	39.33
Huánuco	37	36	37	39	42	43	-3.34	4.42	5.11	8.70	0.45	15.31
Loreto	41	44	43	49	54	56	7.64	-2.71	15.45	9.92	2.06	32.89
Amazonas	30	34	37	40	43	43	10.13	9.96	8.81	6.17	-0.21	39.90
Madre de Dios	116	132	149	154	171	161	14.09	12.88	3.44	10.74	-5.99	47.51
Cusco	47	48	56	56	63	64	1.21	16.41	0.95	12.18	1.51	33.43
Puno	50	51	64	67	73	78	2.29	25.33	4.19	9.44	5.91	46.18
Ucayali	64	66	65	66	75	74	2.74	-0.56	1.21	14.26	-1.40	18.15
San Martín	38	37	42	43	51	54	-2.14	12.17	2.12	20.29	6.00	34.84
Piura	30	31	34	38	40	40	2.06	11.45	11.05	6.70	0.00	34.77
Junín	56	55	64	68	78	78	-0.84	15.49	6.59	13.82	-0.06	38.93
Ancash	50	53	61	63	66	65	5.61	14.61	3.01	5.92	-1.22	32.07
Tumbes	59	65	66	74	85	87	10.69	1.07	13.40	13.47	2.98	43.96
La Libertad	47	48	52	54	59	59	2.78	9.33	2.47	10.38	-0.31	27.10
Lambayeque	34	35	38	42	46	48	4.12	8.15	9.07	9.72	3.61	34.76
Moquegua	135	148	160	187	198	199	10.04	7.84	17.22	5.82	0.52	47.20
Ica	107	113	128	128	139	143	5.66	13.77	-0.39	8.87	2.43	30.36
Arequipa	92	96	104	110	120	119	4.77	7.65	5.84	9.40	-0.96	30.59
Tacna	139	142	144	147	156	154	1.84	1.17	2.30	6.34	-1.66	12.07
Lima y Callao	69	75	83	92	107	136	8.24	11.26	10.78	16.05	26.70	54.84
Total												
Regiones	53	56	63	68	75	84	4.63	12.26	7.90	11.59	10.79	41.44

1) Calculado con el Presupuesto Institucional de Apertura.

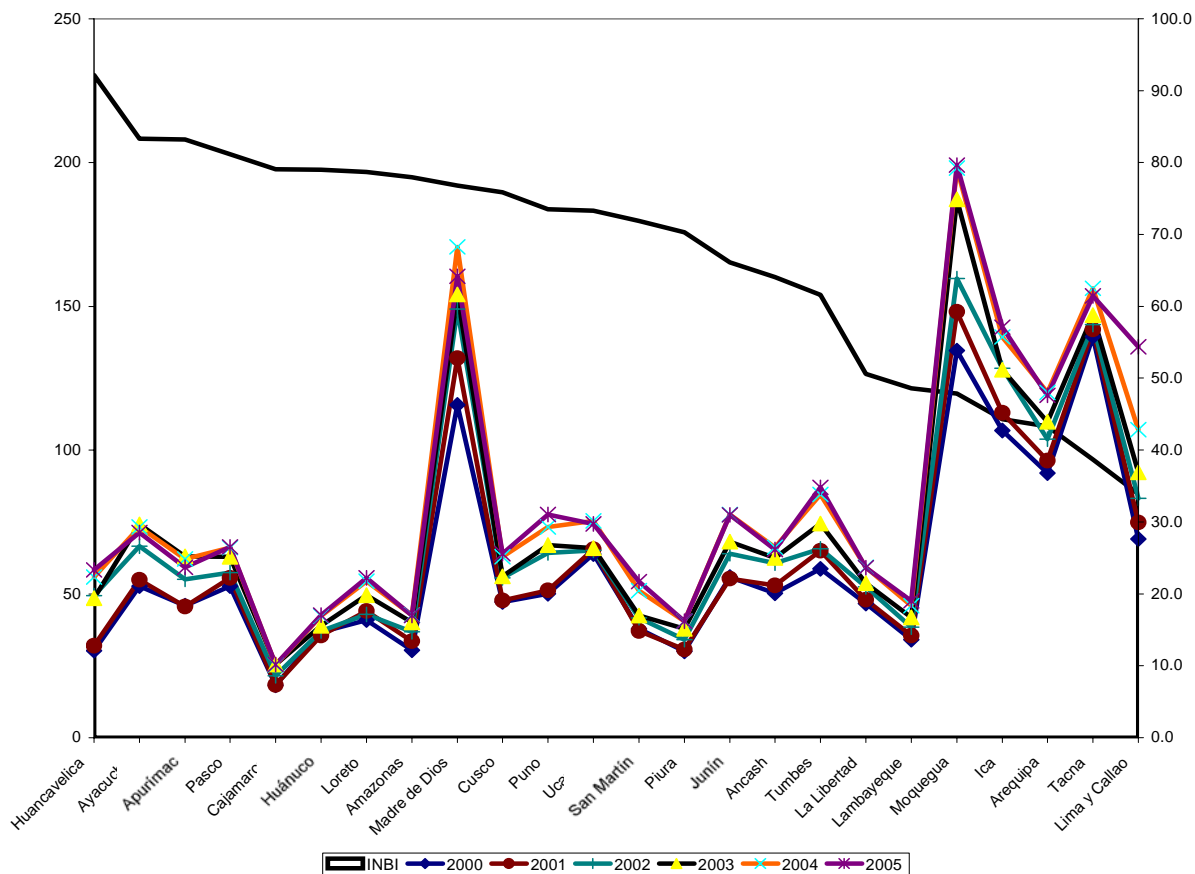
Fuente: SIAF - MEF.

Elaboración propia

Siguiendo la lógica de que cuando más pobre debería recibir más recursos, se compara la distribución de estas dos fuentes (RO mas ROGR) con los niveles de pobreza. El gráfico N° 2

muestran una tendencia marcada por una asignación inversa entre los departamentos más pobres y el financiamiento per cápita. Salvo algunos picos como Madre de Dios, Moquegua y Tacna, esta tendencia se mantiene para todos los años.

Gráfico N° 2
Distribución Per Cápita de los RO mas los ROGR 2000 - 2005



Fuente: SIAF – MEF.
 Elaboración propia

Lo constante del comportamiento se explica por el carácter histórico que tiene el proceso de asignación de esta fuente de financiamiento, basándose en la ejecución del presupuesto del año anterior al año de formulación, bajo el sustento que esta ejecución muestra la capacidad de gasto de la unidad ejecutora, “castigando” a las poblaciones cuyas autoridades de salud no tienen la capacidad de administrar los recursos.

III.2. Los Recursos Directamente Recaudados

Los RDR reflejan la parte del financiamiento que aportan directamente al momento de acceder a los servicios, su cálculo se realiza sobre la base de los ingresos generados en el periodo anterior. Hay que tomar en cuenta que en el caso del PIA 2005 sólo refleja las proyecciones realizadas pues la captación real dependerá de la evolución del cobro de tarifas durante el año.

La evolución del financiamiento promedio ha tenido un quiebre en el año 2002, ha tenido una etapa de crecimiento entre el 2000 y el 2002 en que llega hasta los 20 nuevos soles per cápita y de ahí desciende hasta los 14 nuevos soles, pero según sus cálculos para el 2005 sería de 19 nuevos soles. (ver cuadro N° 5)

**CUADRO N° 5
DISTRIBUCIÓN PER CÁPITA DE LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO RECURSOS DIRECTAMENTE
RECAUDADOS SEGÚN REGIONES 2000 - 2005**

Región	En Nuevos Soles						Incremento porcentual					Inc. % 2000-04
	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ¹	2001	2002	2003	2004	2005 ¹	
Huancavelica	2	3	8	4	2	3	30.54	151.71	-54.49	-42.68	39.32	-14.28
Ayacucho	10	13	17	11	8	8	27.64	33.26	-35.35	-30.62	7.04	-23.71
Apurímac	10	12	19	10	7	13	20.97	54.66	-47.48	-28.52	87.57	-29.76
Pasco	15	18	22	12	9	15	20.43	20.48	-46.36	-23.65	69.95	-40.57
Cajamarca	7	5	12	5	5	10	-17.16	125.37	-58.97	2.93	93.64	-21.14
Huánuco	8	10	9	6	5	8	29.73	-10.21	-31.12	-16.79	40.95	-33.23
Loreto	13	16	16	14	13	19	20.28	-3.48	-10.21	-6.76	45.62	-2.80
Amazonas	5	7	15	8	10	10	32.69	103.28	-43.64	18.23	-2.66	79.75
Madre de Dios	19	33	27	30	18	22	74.25	-16.53	8.17	-40.88	27.91	-6.98
Cusco	12	12	14	9	9	10	0.69	17.35	-34.60	-1.24	15.28	-23.67
Puno	6	8	8	6	4	7	24.85	9.95	-23.77	-30.34	54.27	-27.11
Ucayali	15	15	19	12	14	13	-1.73	26.83	-35.62	13.38	-7.06	-9.02
San Martín	11	13	20	10	11	14	10.68	61.25	-52.25	12.68	31.04	-3.97
Piura	11	12	20	11	8	10	15.68	61.29	-46.19	-24.14	24.97	-23.84
Junín	17	18	15	14	12	16	2.73	-13.13	-11.65	-9.10	30.43	-28.34
Ancash	17	18	23	15	14	18	6.38	29.33	-36.12	-5.47	29.67	-16.92
Tumbes	11	17	23	7	10	13	48.49	37.02	-67.71	31.45	31.93	-13.65
La Libertad	17	20	22	20	19	21	12.99	9.64	-5.02	-8.04	13.48	8.20
Lambayeque	12	14	18	11	9	12	15.44	28.24	-36.48	-21.84	38.27	-26.50
Moquegua	27	22	28	35	25	28	-18.86	28.05	26.23	-27.78	10.89	-5.28
Ica	22	24	34	21	18	40	10.86	39.37	-38.28	-14.49	121.68	-18.46
Arequipa	24	20	23	19	18	21	-18.24	16.05	-18.30	-2.48	16.52	-24.41
Tacna	20	16	23	19	19	19	-19.68	41.36	-14.63	-3.18	1.60	-6.16
Lima y Callao	24	25	27	21	22	33	4.72	6.02	-21.86	4.33	50.64	-9.48
Total Regiones	16	17	20	14	14	19	6.27	19.14	-28.15	-4.85	41.12	-13.45

¹ Calculado con el Presupuesto Institucional de Apertura.

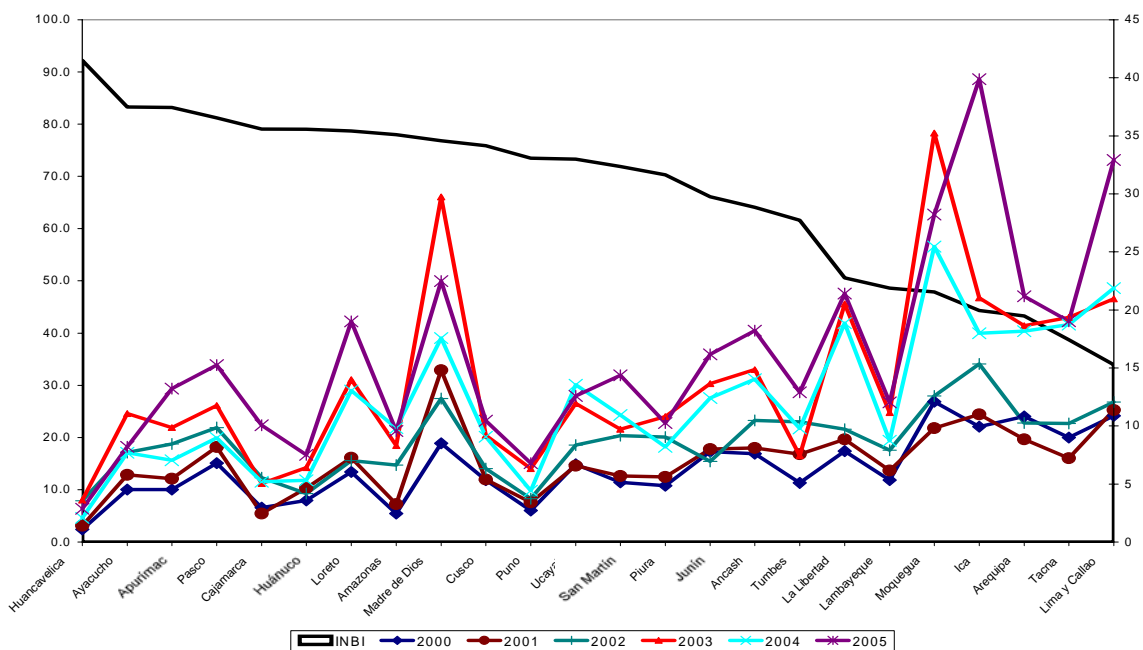
Fuente: SIAF - MEF.

Elaboración propia

Como en el caso de los RO, los RDR no muestran un comportamiento homogéneo. Y es que esta fuente no responde solamente a la voluntad de los establecimientos de captar más recursos con el fin de cubrir los déficit que le deja lo que reciben de RO¹¹, también está limitado por las posibilidades reales de la gente de pagar las tarifas puestas por los servicios. Cabe señalar, que aunque no existen estimados es conocido que existe un subregistro de los ingresos de los establecimientos por falta de sistemas en las cajas, es decir, pagos que realizan las personas y que no siempre ingresan a las arcas del establecimiento.

El gráfico N° 3 muestra esta heterogeneidad en el comportamiento de los RDR entre las regiones y que esta la reducción producida en los últimos años no responden a una política nacional pro pobre. Los RDR se ha convertido en la forma con la que los establecimientos consiguen los recursos que el gobierno no les proporciona y su comportamiento difiere en cada establecimiento.

Gráfico N° 3
Distribución Per Cápita de los RDR 2000 - 2005



Fuente: SIAF – MEF.
Elaboración propia

11) Como el MINSA no tiene una política de fijación de tarifas y exoneraciones, los tarifarios y los criterios de exoneración son determinados por los establecimientos de salud o sus DIRESA.

El cambio de la tendencia en el creciente hasta el 2003 se explicaría en gran medida por el ingreso del SIS, ya que personas que antes se veían obligadas a pagar hoy se acogen al seguro. Lo que es más o menos evidente es que si bien el financiamiento del SIS ayuda a cambiar la composición del financiamiento en la región, este es insuficiente para cambiar la tendencia marcada por los RO y que como se verá más adelante tampoco tiene un comportamiento marcadamente pro pobre.

También se puede apreciar que hay una mejor relación respecto al INBI, sin embargo esto no se produce por una política explícita de exoneración, sino por la incapacidad de la población de poder cubrir las tarifas fijadas por los establecimientos.

III.3. Las Donaciones y Transferencias

Esta fuente de financiamiento está fuertemente influenciada por la entrada en vigencia del SIS. Hasta antes del ingreso del seguro en esta fuente se registraban básicamente las pocas donaciones y que muchas veces no eran adecuadamente registradas, sean por que eran en bienes y sus fichas registraban un valor simbólico o porque no siempre eran ingresadas al presupuesto. Es a partir del 2003 que bajo esta fuente se registran, por disposición del MEF, las transferencias que desde Lima realiza el SIS como pago por la atención de los asegurados en que esta fuente toma importancia financiera (ver cuadro N° 6).

**CUADRO N° 6
DISTRIBUCIÓN PER CÁPITA DE LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO DONACIONES Y
TRANSFERENCIAS SEGÚN REGIONES 2000 - 2005**

Región	En Nuevos Soles						Inc. % 2003-04
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Huancavelica				4.65	8.99		93.17
Ayacucho				10.40	16.38		57.51
Apurímac				7.81	13.80		76.76
Pasco				7.53	14.79		96.47
Cajamarca				5.49	9.94		81.03
Huánuco				5.77	12.11		109.93
Loreto				8.26	12.47		51.04
Amazonas				8.95	16.43		83.58
Madre de Dios				6.96	10.55		51.58
Cusco				4.67	8.74		87.18
Puno				3.40	7.93		133.31

Ucayali				7.13	12.19	1.54	70.83
San Martín				6.73	13.68	1.84	103.35
Piura		0.25		8.09	10.99		35.80
Junín				6.99	11.83		69.22
Ancash	0.18			4.95	7.62		54.12
Tumbes				8.93	13.39	1.02	49.92
La Libertad		0.01	0.34	4.37	7.42		69.66
Lambayeque				6.38	12.73	0.87	99.37
Moquegua				7.68	15.44		101.16
Ica				3.72	11.29		203.61
Arequipa				7.36	14.17		92.59
Tacna		0.06		8.10	11.39	2.18	40.69
Lima y Callao	0.14	0.13	0.00	5.96	10.90		82.84
Prom. Regiones	0.05	0.05	0.02	6.17	11.02	0.15	78.64

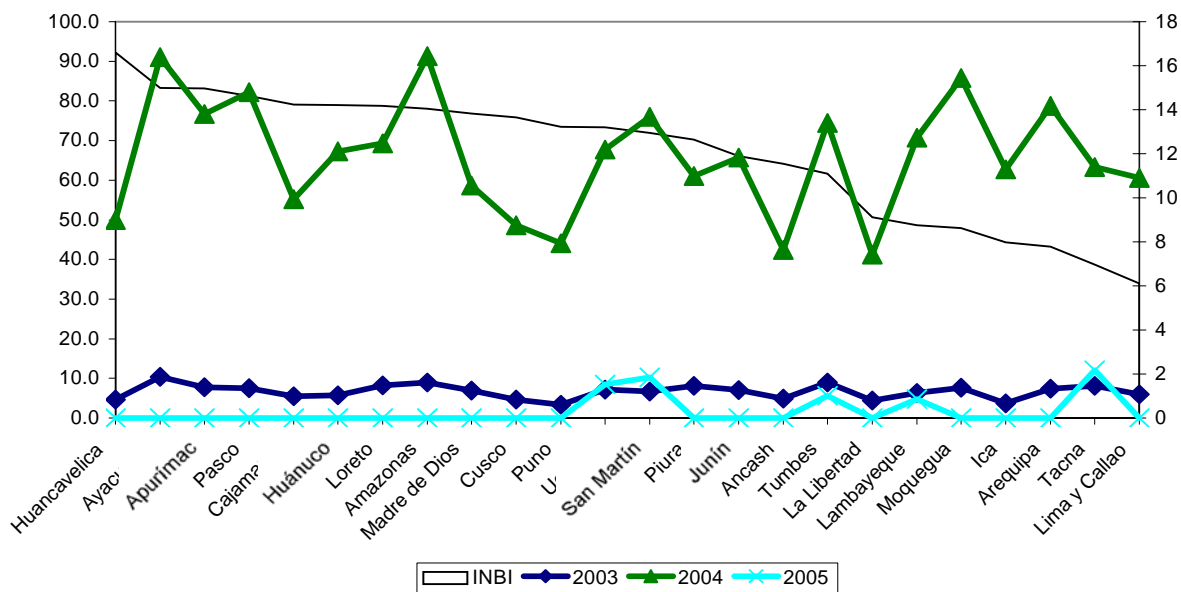
1\ Calculado con el Presupuesto Institucional de Apertura.

Fuente: SIAF - MEF.

Elaboración propia

Las Donaciones y Transferencias muestran una distribución más homogénea pero que sin embargo no se correlaciona con la situación de pobreza de las Regiones. Esta situación se explica en buena parte por la filtración que aún se produce en la asignación del SIS.

Gráfico N° 4
Distribución Per Cápita de las Donaciones y Transferencias 2000 - 2005



Fuente: SIAF - MEF.

Elaboración propia

Sin embargo, esta distribución no guarda relación con el INBI, y es que aún el SIS tiene problemas de filtración y porque su forma de asignar es donde la población que conoce el SIS se va a atender.

IV. Conclusiones y recomendaciones

Las principales conclusiones a las que se pueden arribar son las siguientes:

- ❑ No existe una política de asignación nacional del financiamiento de salud lo que permite que esta asignación sea inequitativa en perjuicio de las zonas más pobres. Ante este vacío es el Ministerio de Economía y Finanzas quien a través de la fijación de “techos presupuestales” quien termina determinando la forma en que se asigna. Esta asignación tiene un fuerte sesgo histórico manteniendo la situación de inequidad.
- ❑ El MINSA no tiene una política clara para compensar las desigualdades producto de las asignaciones económicas del MEF.
- ❑ La organización fragmentada y la falta de un órgano rector dentro del sector facilita la aplicación de los criterios del MEF y hace más complejo las posibilidades de un eficaz seguimiento por parte de la ciudadanía del financiamiento y su ejecución.
- ❑ No es posible afirmar que los mayores recursos vayan a contribuir a que la población reciba mayores servicios y que estos sean de mejor calidad debido a que se han dirigido fundamentalmente al pago de remuneraciones del personal sanitario y no está acompañado de un cambio en el modelo de atención o de la organización de los servicios.
- ❑ La implementación del Seguro Integral de Salud ha contribuido a la reducción de financiamiento vía el pago del bolsillo de los ciudadanos. Sin embargo, los problemas de filtración y porque su forma de asignación está en función de que la población pobre conozca y acceda a los servicios.
- ❑ La forma de presentar la información del Portal de Transparencia no permite de manera directa hacer un seguimiento del financiamiento nacional de salud.

Sobre la base de estas conclusiones proponemos las siguientes recomendaciones:

- ❑ Hay que construir un fondo único que permita una mejor asignación del financiamiento en función de pobreza. Es necesario acompañar esta reorganización del financiamiento con

mayores recursos hacia el sector que permita reducir la participación del pago del bolsillo del financiamiento de la salud.

- ❑ Esto debe ir acompañado de introducción de instrumentos como el cálculo de costos de las actividades sanitarias que permita una asignación por metas costeadas así como de mejoras en instrumentos como la ficha de identificación de usuarios que permita focalizar mejor la asignación en los lugares donde se mezclen los bolsones de pobreza con personas que podrían financiar parte de la atención. Cabe señalar que hay zonas que por el nivel de pobreza existentes cualquier intento de identificar a los que deben pagar se hace inútil y oneroso.
- ❑ En tanto se producen estos cambios el Ministerio de Salud debe promulgar una política de tarifas y exoneraciones con perspectiva de equidad que ordene el caos hoy existente en esta materia.
- ❑ Es necesario evaluar el impacto de la intervención del SIS en el financiamiento de los establecimientos de salud para que el paso del financiamiento vía los Recursos Directamente Recaudados no reduzca la capacidad operativa de los mismos.
- ❑ Es necesario cambiar el modelo actual de pago por atención a un modelo de asignación por grupos poblacionales (capitado) que obligue a los establecimientos a hacerse responsables de la salud de estos grupos.
- ❑ Hay que mejorar el Portal de Transparencia introduciendo agrupaciones por sectores temáticos (salud, educación, etc.) que permita acceder a la información al margen del Pliego en que se encuentre. Debe poder tener información de las posibles duplicidades que se puedan estar produciendo al momento de la agregación.

ORGANIZACIÓN DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

El presupuesto de la República está organizado en diferentes niveles de agrupación, el primer nivel de agrupación es el llamado “Sector”, y para el año 2005 tiene 27 sectores donde podemos encontrar entre otros “Salud”, “Educación”, “Gobiernos Regionales”. Cada “Sector” agrupa un número determinado de “Pliegos Presupuestarios” y varía en número entre cada uno de ellos. A su vez, los Pliegos están divididos en “Unidades Ejecutoras”, que es el núcleo menor de ejecución presupuestal.

La asignación del presupuesto es aprobada por Pliegos Presupuestarios y son los responsables del cumplimiento de las metas que se han propuesto para ese año o Ejercicio Presupuestal (ver <http://www.mef.gob.pe/propuesta/DNPP/glosario.php>). Entre otras facultades para poder cumplir sus metas, según la Ley de Presupuesto, el Pliego puede realizar modificaciones presupuestales entre las Unidades Ejecutoras que la componen.

Los diferentes organismos de salud se encuentran distribuidos en dos sectores: Sector Salud y Sector Gobiernos Regionales. El sector Salud a su vez está compuesto por cinco Pliegos Presupuestarios: el “Ministerio de Salud” (Pliego 011), el “Instituto Nacional de Salud” (Pliego 131), el “Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos” (Pliego 133), la “Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud” (Pliego 134) y el Seguro Integral de Salud (Pliego 135). A su vez el Pliego “Ministerio de Salud” se subdivide en 44 Unidades Ejecutoras.

Por su lado el sector Gobiernos Regionales tiene un Pliego por cada uno de los 26 Gobiernos Regionales, de ellos 23 tienen entre sus Unidades Ejecutoras entidades de salud. Actualmente los Gobiernos Regionales de Lima, Municipalidad Metropolitana de Lima y la del Callao, no tiene dependencias de Salud, sin embargo, esta situación será modificada cuando se transfiera las entidades de salud, hoy en manos del Pliego MINSA, a la región correspondiente.

Dentro de las entidades de salud que se encuentran dentro del Pliego de los Gobiernos Regionales se encuentran las Unidades Ejecutoras referentes a las Direcciones Regionales de Salud ^(*), los hospitales y las redes de salud, su número y criterio de clasificación en cada una de las regiones es muy variada respondiendo más a como cada entidad ha ido logrando su

reconocimiento frente al MEF a lo largo del tiempo y a los criterios que en cada momento a tenido el MINSA.

(*) Está denominación puede variar según la norma a la que se haga referencia. Según las normas del MINSA se les llaman “Direcciones de Salud - DISA”. Según las normas de regionalización las que no están dentro del Pliego MINSA se le llama “Direcciones Regionales de Salud - DIRESA” y es como ellas se asumen. Según las normas de presupuesto las Unidades Ejecutoras que les corresponde según cada región se les llama “Región [nombre de la región] – Salud”. En cualquiera de los tres casos se están refiriendo a la misma entidad.

Bibliografía

Instituto Nacional de Estadística e Informática

2005 Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida en el Perú, Diciembre 2004. Informe Técnico N° 03 febrero 2005. (<http://www.inei.gob.pe/web/BoletinFlotante.asp?file=5598.pdf>)

Foro Salud

2005 "Hacia una Reforma Sanitaria por el Derecho a la Salud". Documento de la II Conferencia Nacional de Salud, Declaración Política. Lima 216 p.

Francke Balve, Pedro y Portocarrero Grados, Augusto

2004 "Balance de la Política de Salud 2001 – 2004". Consorcio de Investigación Económica y Social (<http://www.consorcio.org/ba.asp>).

Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud

2003 "Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud, Perú 1985 - 2002". Lima. 62 p.

Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud

2004 "Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995 - 2000". Lima. 81 p.

Portocarrero Grados, Augusto

2000 "Perú: Redistribución del Gasto Público en Salud 1995 - 1998". Tesis para optar el Título de Economista en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Mayor de San Marcos. Lima. 95 p.