



## **BOLETÍN N° 2**

# **EL PAGO DE BOLSILLO EN EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**Augusto Portocarrero Grados**

**Agosto de 2005**

## Índice

Introducción	3
I. El pago de bolsillo en el gasto nacional de salud	4
II. El pago de bolsillo en el financiamiento de los servicios de salud dependientes del MINSA.	5
III. Las “clínicas” en los hospitales públicos	14
IV. Conclusiones y recomendaciones	15
Bibliografía	17

## **Introducción**

El financiamiento proveniente de los hogares es el que tiene mayor relevancia en el gasto nacional en servicios de salud del país, y dentro de este el pago de bolsillo dirigido a los servicios públicos prestados por el Ministerio de Salud tienen un peso importante.

El presente documento busca analizar el comportamiento de estos fondos en el financiamiento de los servicios que presta la red de servicios del Ministerio de Salud (MINSA). En el primer capítulo se analiza el pago de bolsillo en el gasto nacional a partir de los resultados de las "Cuentas Nacionales de Salud".

En el segundo capítulo se analiza donde la importancia que tiene el pago de bolsillo, registrado como Recursos Directamente Recaudados, en el financiamiento de los servicios del MINSA, donde se generan estos fondos, en que marco se produce, hacia donde se dirigen y que impactos tiene en la organización de los servicios públicos del MINSA.

Adicionalmente se realiza una aproximación al funcionamiento de las clínicas al interior de los institutos y hospitales en la medida que se utilizan recursos públicos para generar ingresos que en teoría deberían ingresar a los fondos de los establecimientos de salud. Finalmente se presenta las principales conclusiones y las propuestas que se derivan del documento.

## I. El pago de bolsillo en el gasto nacional de salud

El aporte de las familias es el principal financiador de los servicios de salud, sean estos públicos o privados. Este aporte puede ser por el pago de bolsillo en los servicios públicos y privados, el aporte a la seguridad social o la compra de seguros privados. A pesar de su reducción entre 1995 y el 2000 periodo en el que se redujo de 46 por ciento al 37 por ciento del gasto nacional de salud no deja de ser el principal financiador<sup>1</sup>. Esta reducción se explica por el cambio de legislación respecto a quien paga los aportes a EsSalud, con lo que dejó de ser responsabilidad del trabajador para ser obligación del empleador (ver cuadro N 1).

**CUADRO N° 1**  
**FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD SEGÚN FINANCIADOR**

	1995	2000
Hogares	45,8	37,3
Empleadores	25,6	35,0
Gobierno	25,2	24,0
Coop. Téc. Internac.	1,4	1,1
Otros	1,3	1,9
Dona. Internas	0,7	0,7
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>S/ millones</b>	<b>5,917</b>	<b>9,193</b>

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud

Este gasto de los Hogares se va de manera importante al pago de bolsillo (69%) y en especial al pago en los servicios prestados por la red del MINSA (26%). Los aportes para la seguridad social y la compra de seguros representan un 31%, en particular es importante el aporte a EsSalud (25%) que está solo un punto porcentual del MINSA.

**CUADRO N° 2**  
**FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD SEGÚN DÓNDE SE EFECTÚA EL GASTO**

	1995	2000
<b>Pago de bolsillo</b>	<b>70.1</b>	<b>69.0</b>
MINSA Nacional	25.4	26.1
Prestador Privado Lucrativo	18.3	23.6
Farmacias y Boticas	24.9	17.7
Prestador Privado no Lucrativos	1.5	1.6
<b>Aporte a la seguridad o pago de primas</b>	<b>29.9</b>	<b>31.0</b>
EsSalud	20.8	25.1
Sanidades y otros públicos	5.8	4.2
Administración de Fondos	3.3	1.7
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud, Perú 1995 - 2000

Elaboración propia

1) Ver Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud 2004 p. 32 – 34.

Está información demuestra la importancia del pago de bolsillo para el financiamiento de los servicios de salud en general y la importancia del MINSA en la captación de este pago. Hay que tomar en cuenta que la red del MINSA tiene tarifas menores que la mayoría de los privados<sup>2</sup> y por tanto se está hablando de un número mucho mayor de prestaciones las que se está atendiendo en el MINSA, que proporciona más de la mitad de las atenciones.

## **II. El pago de bolsillo en el financiamiento de los servicios de salud dependientes del MINSA.**

Desde el punto de vista del presupuesto público el pago de los servicios y las ventas de las farmacias se registran desde 1997 dentro de la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados (RDR)<sup>3</sup>. Este pago se realiza en función de las tarifas de los establecimientos y oficinas de ministerio, las mismas que son fijadas por los hospitales y DIRESA para cada establecimiento.

Actualmente no existe en el MINSA una política de tarifas y exoneraciones que rija los criterios para fijar los montos a cobrar ni las reglas para saber a quien se exonera del pago y a quien se le cobra. Ante esta ausencia son los hospitales o las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA)<sup>4</sup> para el caso de los Centros y Puestos de Salud los que según su discrecionalidad fijan las tarifas y los criterios de exoneración siendo muy variados entre uno y otro.

Esta ausencia de rectoría por parte del MINSA respecto de las tarifas tiene implicancias fuera del mismo sector público. Esto se produce porque sobre todo en los consultorios privados cercanos a los centros y puestos de salud alejados de las principales ciudades utilizan como referente la tarifa del establecimiento del Ministerio de Salud para fijar sus tarifas.

Para el Ministerio de Salud los Recursos Directamente Recaudados es la segunda fuente de financiamiento en importancia, variando entre el 19 por ciento en el 2002

- 
- 2) Sobre las tarifas que usa el MINSA y los privados se puede ver Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud 1998.
  - 3) Antes se le denominaba Ingresos Propios
  - 4) Salvo en el caso de Lima y Callao se les denomina Direcciones de Salud (DISA) mientras que en el resto del país se les denomina Dirección Regional de Salud (DIRESA). Para efectos de este documento se usará solo DIRESA, salvo en el caso que se hable solo de Lima y Callao.

hasta el 14 por ciento en el 2004 (ver cuadro N° 3). Para las DIRESA y sus redes de establecimiento la importancia es mayor fluctuado entre el 24 por ciento en el 2002 y el 14 por ciento en el 2004. Esto se explica porque la mayor parte de la generación de los ingresos se produce en la red de servicios, siendo el 57 por ciento en el año 2003 el año más bajo. Este porcentaje puede ser muchos mayor si se toma en cuenta, como se verá más adelante, en el grupo de las DIRESA no se encuentran comprendidos los hospitales nacionales ni los institutos especializados de Lima y Callao que tienen una proporción mayor de su financiamiento proveniente del cobro de tarifas.

**CUADRO N° 3  
ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL FINANCIAMIENTO PÚBLICO 2000 - 2005**

<b>Fuente de Financiamiento</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005\1</b>
<b>Total del financiamiento público nacional</b>						
RO + ROGR	77.01	79.27	79.73	77.25	76.14	80.59
RDR	18.46	18.12	19.10	16.60	14.05	16.91
D y T	3.52	1.84	0.68	5.04	8.08	0.32
ROOCE	1.01	0.76	0.49	1.10	1.72	2.17
Privatización \2	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL (miles de S/.)</b>	<b>2,563,401</b>	<b>2,675,831</b>	<b>3,013,312</b>	<b>3,003,939</b>	<b>3,338,902</b>	<b>3,786,841</b>
<b>Total de los recursos dirigidos a las DISA y las DIRESA</b>						
RO + ROGR	77.30	77.03	76.00	76.85	75.46	81.30
RDR	22.63	22.90	23.98	16.14	13.52	18.55
D y T	0.07	0.07	0.02	7.01	11.02	0.15
<b>TOTAL (miles de S/.)</b>	<b>1,303,959</b>	<b>1,354,819</b>	<b>1,608,707</b>	<b>1,754,196</b>	<b>2,052,766</b>	<b>2,151,882</b>
<b>% RDR DIRESA del total RDR</b>	<b>62.35</b>	<b>63.97</b>	<b>67.03</b>	<b>56.81</b>	<b>59.14</b>	<b>62.32</b>

NOTAS: RO: Recursos Ordinarios; ROGR: RO para Gobiernos Regionales; RDR: Recursos Directamente Recaudados; D y T: Donaciones y Tránsferencias; ROOCE: Recursos por Operaciones Oficiales de crédito Externos

1\ Presupuesto Inicial de Apertura.

2\ El único año que existió esta fuente fue el 2003 y fue por un monto de 250 mil nuevos soles.

Fuente: SIAF - MEF. MINSA.

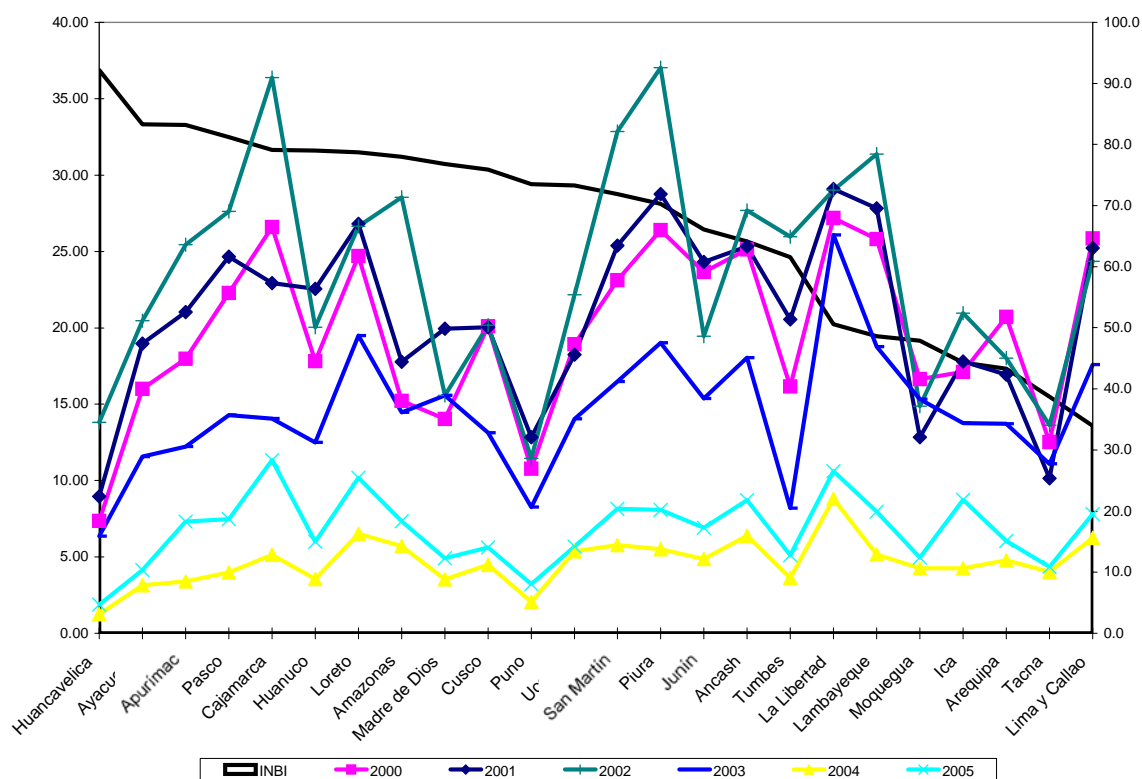
Elaboración propia

Como se puede apreciar en el gráfico N° 1, aunque no hay una relación claramente inversa entre los niveles de pobreza y el porcentaje de los RDR del total del financiamiento, si existe una relación entre ellas. Debería esperarse que en las zonas más pobres el peso de los recursos generados por el cobro a las personas sea claramente menor que en las regiones menos pobres, sin embargo esto no es así.

Esto se no se explica por una política de tarifas y exoneraciones nacional frente a la pobreza sino por la incapacidad de las personas de poder pagar dichas tarifas. Peor

aún, esta ligera tendencia inversa entre pobreza y el peso de los RDR se pierde a partir del 2004 en que las curvas parecen aplanarse favoreciendo a las regiones donde se concentra un menor grado de pobreza.

**GRÁFICO N° 1**  
**LOS RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS COMO PORCENTAJE DEL TOTAL DEL FINANCIAMIENTO SEGÚN REGIONES 2000 - 2005**



Para el 2005 se ha tomado el Presupuesto Inicial de Apertura  
 Fuente; SIAF - MEF, MINSA  
 Elaboración propia

Las Regiones de Cajamarca, Loreto y Pasco, que se encuentran entre las diez regiones más pobres, el porcentaje de los RDR del total del total del financiamiento superan el promedio nacional que es de 18.6 por ciento (ver cuadro N° 4). Las regiones de Pasco Amazonas y Apurímac, que están en el mismo grupo que las anteriores, se encuentran alrededor del promedio nacional. Es decir, seis de las diez regiones más pobres se financian de manera importante cobrándole a su población.

Ciertamente, las regiones de Huancavelica, Ayacucho y Puno se encuentran entre las que el peso de los RDR es menor, pero esto es más, como ya se mencionó líneas arriba, por la incapacidad de su población de pagar las tarifas exigidas.

**CUADRO Nº 4**  
**LOS RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS COMO PORCENTAJE DEL TOTAL DEL**  
**FINANCIAMIENTO SEGÚN REGIONES 2000 - 2005**

<b>Región</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005<sup>1</sup></b>
Huancavelica	7.36	8.97	13.81	6.35	3.09	4.70
Ayacucho	16.01	18.96	20.45	11.56	7.88	10.34
Apurímac	17.97	21.03	25.44	12.23	8.50	18.26
Pasco	22.27	24.65	27.62	14.29	9.99	18.69
Cajamarca	26.60	22.94	36.39	14.06	12.84	28.34
Huanuco	17.83	22.55	20.02	12.51	8.90	14.98
Loreto	24.69	26.81	26.65	19.50	16.32	25.49
Amazonas	15.21	17.77	28.54	14.47	14.26	18.35
Madre de Dios	14.03	19.95	15.56	15.57	8.84	12.28
Cusco	20.11	20.03	20.16	13.12	11.23	14.06
Puno	10.77	12.85	11.45	8.26	5.15	8.06
Ucayali	18.91	18.24	22.15	14.04	13.39	14.23
San Martín	23.12	25.38	32.84	16.49	14.45	20.38
Piura	26.40	28.74	37.04	19.02	13.75	20.21
Junín	23.66	24.30	19.45	15.37	12.18	17.26
Ancash	25.14	25.34	27.70	18.04	15.97	21.77
Tumbes	16.16	20.55	25.96	8.18	9.08	12.77
La Libertad	27.18	29.10	29.03	26.08	22.03	26.56
Lambayeque	25.80	27.82	31.37	18.76	12.93	19.90
Moquegua	16.65	12.84	14.88	15.32	10.65	12.42
Ica	17.11	17.80	20.96	13.77	10.67	21.84
Arequipa	20.71	16.94	18.02	13.72	11.92	15.11
Tacna	12.52	10.14	13.63	11.09	10.05	10.88
Lima y Callao	25.85	25.23	24.36	17.58	15.64	19.54
<b>Total Regiones</b>	<b>22.63</b>	<b>22.90</b>	<b>23.98</b>	<b>16.14</b>	<b>13.52</b>	<b>18.55</b>

1\ Presupuesto Inicial de Apertura

Fuente; SIAF - MEF, MINSA

Elaboración propia

Las cinco Direcciones de Salud de Lima y Callao, son las que más Recursos Directamente Recaudados recaudan, alcanzando entre el 36 (2002) y el 46 por ciento (2005) del total de los RDR recaudados por las regiones.

Le siguen en importancia las regiones de La Libertad, Ica, Junín y Ancash, pero con un peso de 7 por ciento para La Libertad y de alrededor de 4 por ciento para las restantes. Las demás regiones no superan en ningún caso el 4 por ciento y bajan hasta el 0.29 por ciento de Huancavelica.

**CUADRO Nº 5**  
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO RECURSOS**  
**DIRECTAMENTE RECAUDADOS SEGÚN REGIONES 2000 - 2005**

<b>Región</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005<sup>1</sup></b>
Huancavelica	0.30	0.37	0.75	0.47	0.29	0.29
Ayacucho	1.54	1.87	1.99	1.76	1.37	1.04
Apurímac	1.28	1.47	1.85	1.34	1.08	1.43
Pasco	0.78	0.90	0.92	0.67	0.61	0.74
<b>Cajamarca</b>	<b>2.98</b>	<b>2.34</b>	<b>4.33</b>	<b>2.45</b>	<b>2.70</b>	<b>3.68</b>
Huanuco	1.84	2.28	1.72	1.65	1.42	1.42
<b>Loreto</b>	<b>3.34</b>	<b>3.77</b>	<b>3.10</b>	<b>3.91</b>	<b>3.67</b>	<b>3.78</b>
Amazonas	0.64	0.80	1.38	1.07	1.34	0.93
Madre de Dios	0.42	0.70	0.51	0.78	0.55	0.51
Cusco	3.75	3.59	3.49	3.15	3.30	2.68
Puno	2.11	2.52	2.28	2.40	1.79	1.95
Ucayali	1.70	1.57	1.74	1.59	1.82	1.19
San Martín	2.57	2.68	3.75	2.52	2.72	2.52
<b>Piura</b>	<b>4.45</b>	<b>4.87</b>	<b>6.53</b>	<b>4.86</b>	<b>4.01</b>	<b>3.55</b>
<b>Junín</b>	<b>5.68</b>	<b>5.53</b>	<b>3.96</b>	<b>4.83</b>	<b>4.66</b>	<b>4.29</b>
<b>Ancash</b>	<b>4.85</b>	<b>4.90</b>	<b>5.19</b>	<b>4.56</b>	<b>4.60</b>	<b>4.22</b>
Tumbes	0.57	0.80	0.95	0.43	0.58	0.55
<b>La Libertad</b>	<b>6.68</b>	<b>7.09</b>	<b>6.54</b>	<b>8.64</b>	<b>8.17</b>	<b>6.57</b>
Lambayeque	3.05	3.31	3.65	3.21	2.51	2.45
Moquegua	0.75	0.57	0.61	1.07	0.87	0.69
<b>Ica</b>	<b>2.98</b>	<b>3.08</b>	<b>3.56</b>	<b>3.04</b>	<b>2.84</b>	<b>4.48</b>
<b>Arequipa</b>	<b>5.54</b>	<b>4.22</b>	<b>4.18</b>	<b>4.78</b>	<b>4.74</b>	<b>3.90</b>
Tacna	1.22	0.93	1.15	1.39	1.44	1.05
<b>Lima y Callao</b>	<b>41.01</b>	<b>39.85</b>	<b>35.87</b>	<b>39.43</b>	<b>42.90</b>	<b>46.11</b>
<b>Total Regiones</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

1\ Presupuesto Inicial de Apertura

Fuente; SIAF - MEF, MINSA

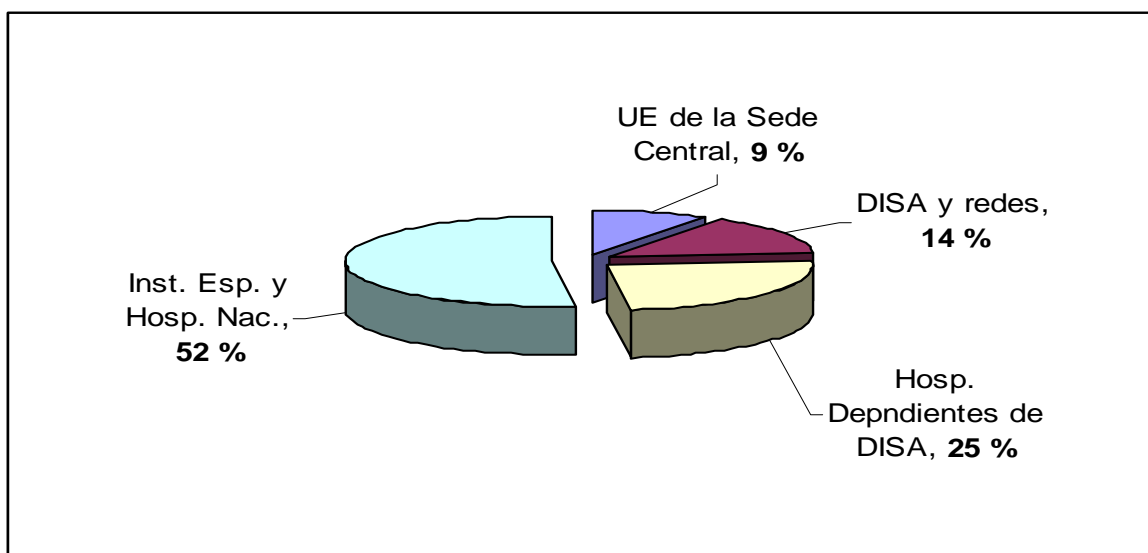
Elaboración propia

Para poder apreciar el peso de los Recursos Directamente Recaudados en los hospitales nacionales y los institutos especializados se va a tener una mirada a través del Pliego MINSA, que tiene dentro de sus 44 unidades ejecutoras, además de las redes de Lima y Callao, a los hospitales nacionales y a los institutos especializados.

Los RDR captados por el pliego Ministerio de Salud (MINSA) representan el 60 por ciento del total del financiamiento nacional por esta fuente en el Presupuesto Inicial de Apertura de 2005. Para facilitar el análisis se han hecho cuatro grupos: Las unidades ejecutoras ligadas a la administración central (la OGA MINSA, el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión y el Par Salud), el grupo de las DISA y las redes de salud, los hospitales que dependen de las DISA y el grupo de los hospitales nacionales e institutos especializados.

Para efectos de este análisis se está tomando el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) al mes de junio del presente año. Como se aprecia en el gráfico N° 2 son los hospitales nacionales e institutos especializados los que más captan RDR con el 52 por ciento de lo recibido por el Pliego MINSA, los que agrupados a los demás hospitales (25%) alcanzan el 77 por ciento. Siguen en importancia las DISA y sus redes captan (14%) y las tres unidades ejecutoras de la Sede Central.

**GRÁFICO N° 2**  
**PRESUPUESTO DE LOS RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS SEGÚN**  
**AGRUPACIÓN DE LAS UNIDADES EJECUTORAS DEL PLIEGO MINSA 11**  
**En porcentaje**



1\ Presupuesto Institucional Modificado al mes de junio de 2005.

Fuente: SIAF

Elaboración propia

Los menores porcentajes de las DISA se explica fundamentalmente por tres razones:

1) Por el nivel de complejidad en las redes es menor que en los hospitales, 2) Porque la ubicación de las redes se encuentran en sectores más pobres, y 3) Porque sus tarifas son inferiores a la de los hospitales.

Para poder entender el comportamiento de los Recursos Directamente Recaudados hay que tener en cuenta que esta fuente de financiamiento sirve de complemento al

financiamiento que se recibe por las fuentes Recursos Ordinarios y Recursos Ordinarios para los Gobiernos Regionales<sup>5</sup>.

Estos recursos son utilizados fundamentalmente para el gasto de la categoría de gasto Bienes y Servicios. Como se aprecia en el cuadro N° 6 el gasto en esta categoría de gasto concentra el 62 por ciento, seguido del pago en personal agrupado en la categoría Personal y Obligaciones Sociales que alcanza el 29 por ciento.

**CUADRO N° 6**  
**PRESUPUESTO DE LOS RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS SEGÚN**  
**CATEGORÍA DEL GASTO Y AGRUPACIÓN DE LAS UNIDADES EJECUTORAS DEL**  
**PLIEGO MINSA 11**  
**Estructura porcentual**

<b>Categoría de gasto</b>	<b>UE de la Sede Central</b>	<b>DISA y redes</b>	<b>Hosp. Dependientes de DISA</b>	<b>Inst. Esp. y Hosp. Nac.</b>	<b>TOTAL</b>
<b>1</b> Personal y Oblig. Soc.	13.07	34.53	32.21	27.88	28.53
<b>3</b> Bienes y servicios	69.26	60.81	58.40	62.76	62.00
<b>4</b> Otros gastos corrientes	0.22		0.11	0.02	0.06
<b>5</b> Inversiones	4.21				0.39
<b>7</b> Otros gastos de capital	13.25	4.67	9.28	9.33	9.03
<b>TOTAL</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

1\ Presupuesto Institucional Modificado al mes de junio de 2005.

Fuente: SIAF

Elaboración propia

En el caso del gasto de personal está referido al pago de beneficios complementarios de los trabajadores que se encuentran en planilla de la unidad ejecutora que lo capta, por ello es importante para estos trabajadores generar mayores ingresos sea por atender a más gente que si puede pagar las tarifas fijadas o por reducir el nivel de exoneraciones. Los establecimientos con mayores ingresos pueden pagar más días de “productividad” a sus trabajadores y que estos pagos sean mayores. Esta situación genera un incentivo perverso porque anima a los trabajadores a cobrar lo más posible cuando el objetivo institucional debería ser el de atender a una mayor población con mayor preocupación en los que no tienen accesos a los servicios de salud.

Visto por categoría de gasto, son los institutos especializados y en los hospitales, sean nacionales o dependientes de las DISA, donde se concentra el gasto en “Personal y

5) Si bien las dos fuentes tienen su origen en la captación de impuestos desde el 2004 el MEF separó la parte de los Recursos Ordinarios que dirige a las regiones y creó una nueva fuente Recursos Ordinarios para los Gobiernos Regionales.

Obligaciones Sociales” (79%). Situación similar sucede con el gasto de Bienes y Servicios (76%). (Ver cuadro N° 7).

**CUADRO N° 7**  
**PRESUPUESTO DE LOS RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS SEGÚN**  
**CATEGORÍA DEL GASTO Y AGRUPACIÓN DE LAS UNIDADES EJECUTORAS DEL**  
**PLIEGO MINSA \1**  
**Distribución porcentual**

<b>Categoría de gasto</b>	<b>UE de la Sede Central</b>	<b>DISA y redes</b>	<b>Hosp. Dependientes de DISA</b>	<b>Inst. Esp. y Hosp. Nac.</b>	<b>TOTAL</b>
<b>1</b> Personal y Oblig. Soc.	4.20	16.90	28.08	50.83	100.00
<b>3</b> Bienes y servicios	10.24	13.69	23.42	52.64	100.00
<b>4</b> Otros gastos corrientes	34.93		47.03	18.05	100.00
<b>5</b> Inversiones	100.00				100.00
<b>7</b> Otros gastos de capital	13.45	7.22	25.57	53.75	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>9.17</b>	<b>13.96</b>	<b>24.87</b>	<b>52.00</b>	<b>100.00</b>

1\ Presupuesto Institucional Modificado al mes de junio de 2005.

Fuente: SIAF

Elaboración propia

Hay que tener en cuenta que al interior de la categoría de gasto Bienes y Servicios hay una parte que se dirige al pago de personal y que son también los institutos y hospitales los que conducen una parte mayor de los RDR a esta categoría de gasto.

Cuando se analiza el detalle del gasto en Bienes y Servicios encontramos el pago de de trabajadores bajo la modalidad de Servicios No Personales (8%), el pago de la Asignación Extraordinaria por Trabajo Asistencial (AETA) (17%) que es una forma de pago de incentivos a los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, etc.) y el pago de Subvenciones Sociales que también sirve para el pago de bonos de productividad (11%), entre los tres suman 36 por ciento que es superior al 32 por ciento del gasto destinado a medicamentos (22%) y a Insumos médicos, quirúrgicos u odontológicos y de laboratorio (10%) (Ver cuadro N° 8).

El financiamiento de las AETA<sup>6</sup> y de Subvenciones Sociales vía la fuente RDR trae además una diferencia importante entre lo que pueden ganar los médicos y los demás profesionales de la salud en los grandes establecimientos con mayores ingresos y lo que ganan en los otros establecimientos con menores captaciones. Mientras que

6) El pago por AETA se realiza contra horas extraordinarias o mayor producción en un día y se paga por día trabajado. Los que tienen más recursos pagan más días.

algunos logran pagar más días por este concepto en los otros solo pueden ganar solo por algunos días al mes. Esto induce a los médicos y demás profesionales de la salud a querer trabajar en los grandes hospitales e institutos y abandonan los hospitales más chicos y sobre todo los Centros y Puestos de Salud. Por lo que una vez más se convierte en un incentivo perverso pues se abandona los establecimientos de primer nivel (Centros y Puestos de Salud) que es donde la gente más los necesita.

**CUADRO Nº 8**  
**PRESUPUESTO DE LOS RDR DIRIGIDO A LA CATEGORÍA BIENES Y SERVICIOS SEGÚN**  
**ESPECÍFICA DEL GASTO Y AGRUPACIÓN DE LAS UE DEL PLIEGO MINSA \1**

<b>Específica de gasto</b>	<b>UE de la Sede Central</b>	<b>DISA y redes</b>	<b>Hosp. Dependientes de DISA</b>	<b>Inst. Esp. y Hosp. Nac.</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Estructura porcentual</b>					
45 Medicamentos	5.03	25.77	17.94	25.28	21.67
17 Asignación extraordinaria por trabajo asistencial (AETA)	0.00	18.17	21.09	18.27	17.28
40 Subvenciones sociales	13.07	15.84	11.22	9.62	11.20
39 Otros servicios de terceros	18.48	5.96	7.13	11.15	10.10
46 Insumos médicos, quirúrgicos u odontológicos y de laboratorio	1.28	6.70	11.14	11.51	9.81
51 Equipamiento y bienes duraderos	15.99	4.67	9.21	9.33	9.26
27 Servicios No personales	17.84	10.88	9.51	3.99	7.60
Otras específicas de gasto	28.31	12.02	12.75	10.85	13.08
<b>TOTAL</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>
<b>Distribución porcentual</b>					
45 Medicamentos	2.13	16.61	20.59	60.67	100.00
17 Asignación extraordinaria por trabajo asistencial (AETA)	0.00	14.68	30.35	54.97	100.00
40 Subvenciones sociales	10.70	19.74	24.92	44.64	100.00
39 Otros servicios de terceros	16.78	8.24	17.56	57.43	100.00
46 Insumos médicos, quirúrgicos u odontológicos y de laboratorio	1.20	9.53	28.24	61.03	100.00
51 Equipamiento y bienes duraderos	15.83	7.04	24.73	52.40	100.00
27 Servicios No personales	21.53	20.00	31.14	27.32	100.00
Otras específicas de gasto	19.84	12.82	24.23	43.11	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>9.17</b>	<b>13.96</b>	<b>24.87</b>	<b>52.00</b>	<b>100.00</b>

1\ Presupuesto Institucional Modificado al mes de junio de 2005.

Fuente: SIAF.

Elaboración propia

El Ministerio de Salud no ha reglamentado el uso de estos recursos al interior de los servicios de salud lo cual tiene un fuerte impacto en los incentivos que tiene el personal para transferirse de un lado a otro sin tomar en cuenta las necesidades de la población.

Como es evidente el uso de los RDR tienen un gran impacto en la política de remuneraciones del personal, y reduce transparencia en el manejo de esta

información, pues pocos pueden saber realmente cuanto gana un médico, una enfermera o cualquier otro profesional de la salud y lo que se muestra a la ciudadanía solo es una parte.

Esto lleva consigo un tema colateral que aunque no es motivo del presente estudio cabe mencionarlo. No es transparente para población el personal que tiene asignado o los movimientos de plazas que se realizan en el establecimiento de su jurisdicción y por lo tanto no pueden opinar cuando se producen los cambios del personal de los establecimiento de primer nivel a los hospitales dejándolos sin los profesionales necesarios para su atención.

### **III. Las “clínicas” en los hospitales públicos**

Otro elemento que distorsiona el manejo de los ingresos que se generan en los hospitales es la existencia de las llamadas “clínicas”<sup>7</sup>. Estas “clínicas” surgen simultáneamente con los hospitales y apuntaban a que en espacios separados se pudiera atender a personas en mejor situación económica, implícito estaba el objetivo de poder subsidiar con estos recursos a los pacientes de menores ingresos.

Este objetivo se hace implícito en el reglamento que se publica en 1990<sup>8</sup>, donde además se fijan las normas técnicas y administrativas para el funcionamiento de las mismas. Si bien, en el 2002 se promulga la nueva Ley del Ministerio de Salud (Ley N° 27657 del 29/01/2002) este no hace mención explícita al funcionamiento de las “clínicas” ni a los ingresos que estos generan.

Dentro de las normas técnicas que señala el reglamento de las clínicas se encuentran entre otros temas el número de camas a destinar (20% de las camas y no exceder las 100 camas), el horario de atención y otros puntos, también señala que sólo atenderán los médicos del cuerpo médico del hospital.

Otra ventaja para el personal que trabaja en la “clínica” es que dentro de las normas administrativas se establece que el 50 por ciento de lo que se cobra es para los profesionales que brindan el servicio y la otra mitad para el establecimiento. Esta

---

7) Margarita Petrera 2004.

8) Resolución Ministerial 071-90-SA/DM del 20/02/1990

posibilidad para los profesionales de la salud en los hospitales generan un estímulo adicional para pasarse del Centro o Puesto de Salud al hospital o al instituto.

Si bien la misma norma señala que el funcionamiento estará sujeto al mismo control que el resto del Ministerio, en la práctica estas “clínicas” han devenido en un espacio con poco o escaso control por parte del MINSA. Hay evidentes distinguos en el trato a los pacientes que van a las “clínicas” respecto a los que se atienden en el hospital, se destinan más camas a las “clínicas” que las fijadas por el reglamento y no hay un control eficiente sobre los ingresos que se generan.

La falta de información detallada sobre el funcionamiento de estas “clínicas” no permite hacer mayores precisiones o análisis más profundos. Hasta la fecha no se ha realizado un estudio que permita evaluar si este uso de un bien público, como es el hospital o el instituto, está ayudando a financiar el funcionamiento del establecimiento de salud, o es el establecimiento de salud quien financia la práctica privada del personal que labora en la “clínica”.

#### **IV. Conclusiones y recomendaciones**

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

- ❑ Los Recursos Directamente Recaudados (RDR) son una fuente complementaria a los Recursos Ordinarios (RO) y a los RO para los Gobiernos Regionales (ROGR), que se generan a partir del cobro de tarifas por los servicios brindados.
- ❑ Son los Institutos y los hospitales los que más ingresos generan dada la complejidad de sus servicios y su ubicación en zonas urbanas.
- ❑ El Ministerio de Salud (MINSA) no tiene una política respecto de las tarifas que se cobran en los establecimientos de salud, ni los criterios para la exoneración, dejando estas materias a los propios establecimientos y a las Direcciones Regionales de Salud.
- ❑ Tampoco regula sobre la utilización de los Recursos Directamente Recaudados que generan los establecimientos. Lo que se está produciendo es que parte importante de estos recursos se destinan al pago de personal distorsionando la política remunerativa y que se generen estímulos para que el personal se transfiera a los grandes hospitales y a los institutos.

- Este uso de los RDR también estimula a que el personal busque generar mayores recursos reduciendo las exoneraciones y buscando ganar pacientes que pueden pagar las tarifas fijadas o siendo derivados a las “clínicas” donde los profesionales de la salud pueden tener ingresos adicionales a sus sueldos.
- Existe un gran vacío en el seguimiento a las “clínicas” dentro de los hospitales e institutos que terminan distorsionando la función principal de estos establecimientos. La posibilidad que los profesionales de la salud tengan ingresos adicionales a través de las “clínicas” es otro incentivo para que los profesionales de la salud busquen ubicarse en los institutos y los grandes hospitales en desmedro de los establecimientos de primer nivel (Centros y Puestos de Salud).

Sobre la base de estas conclusiones se propone las siguientes recomendaciones:

- El Ministerio de Salud debe emitir a la brevedad posible una política de tarifas que incluya criterios para la determinación de las exoneraciones. Para la política de exoneraciones se puede tomar como base la ficha de identificación de usuarios que utiliza actualmente el Seguro Integral de Salud.
- El MINSA debe reglamentar el uso de los Recursos Directamente Recaudados para que estos permitan ampliar la cobertura de atención de los establecimientos.
- Con el fin de que se pueda evitar el pagar incentivos con RDR, es necesario aumentar los recursos por la fuente Recursos Ordinarios, que acompañado de una política de remuneraciones evite las distorsiones actuales y que más bien se oriente a incentivar el trabajo en Centros y Puestos de Salud poniendo énfasis en las zonas rurales.
- Se hace necesario estudiar el impacto de las llamadas “clínicas” en los institutos y hospitales con el fin de evaluar las modificaciones a su funcionamiento, los mecanismos de control y eventualmente su continuidad.

## **Bibliografía**

### **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.consortio.org/ba.asp>). Lima.

### **Ministerio de Economía y Finanzas**

- 2005 "Clasificadores y maestro del clasificador de ingresos y financiamiento para el año fiscal 2005". Resolución Directoral N° 010-2005-EF/76.01.

### **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**

- 1998 "Mercado de servicios de salud en el Perú (1998). Estudio exploratorio de tarifas. (Documento de circulación restringida).

### **Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud**

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

### **Ministerio de salud**

- 1998 "Focalización del gasto público en salud". Estudio realizado por Pedro Francke y financiado por USAID (Partnership for Health Reform). Lima. 209 pp.

### **Ministerio de Salud**

- 1997 "Análisis del gasto público en salud". Estudio realizado por Macroconsult S. A. para el MINSa por encargo de USAID/Perú, Proyecto 2000. Lima. 113 pp.

### **Petrera, Margarita**

- 2004 "Efectos en la equidad y eficiencia del funcionamiento de las clínicas al interior de los hospitales públicos MINSa. Problemática y lineamientos metodológicos". Documento elaborado dentro del Plan de Cooperación Técnica OPS/MINSa.

### **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 pp.

**Portocarrero Grados, Augusto**

2005 “La Equidad en la Asignación Regional del Financiamiento del Sector Público de Salud 2000 - 2005”. Consorcio de Investigación Económica y Social. (<http://www.consortio.org/Observatorio/alertas.asp>) Lima. 22 pp.