

Seminario  
«Modernización del  
Sistema de Financiamiento  
de Salud» 1997

---

ANALISIS DEL GASTO  
PUBLICO EN SALUD

© Ministerio de Salud del Peru  
Av Salaverry Cdra 8 s/n Lima 11 Peru  
Estudio realizado por MACROCONSULT S A entre octubre de 1995 y  
abril de 1996 para el Ministerio de Salud por encargo de USAID/Peru  
Proyecto 2000

***Coordinador***

Gonzalo Tamayo

***Jefe de Investigación***

Pedro Francke

***Investigadores Asociados***

Andres Medina

Elmer Cuba

***Asistente de Investigación***

Augusto Portocarrero

1a edicion abril 1997

Diseño de la caratula Luis Valera

La version completa del presente estudio se encuentra en la Oficina  
de Financiamiento Inversiones y Cooperacion Externa del Minis-  
terio de Salud

El Ministerio de Salud y USAID no comparten necesariamente las opiniones  
vertidas en el presente texto las cuales son de responsabilidad exclusiva de sus  
autores

## Bibliographic Elements

TITLE

#10

Analisis del Gasto Publico en Salud

AUTHOR

Gonzalo Tamayo Pedro Francke Andres Medina Elmer Cuba

PROJECT NUMBER

527 0366 Proyecto 2000

CONTRACT NUMBER

SPONSORING USAID OFFICE

Health Population and Nutrition

CONTRACTOR NAME

MACROCONSULT S A

DATE OF PUBLICATION

Abril 1997

STRATEGIC OBJECTIVE

Improved Health including Family Planning of High Risk Populations

## ÍNDICE

<b>Presentación</b>	<b>9</b>
<b>Introducción</b>	<b>11</b>
<b>1 Consideraciones generales</b>	<b>12</b>
1 1 Salud y gasto en salud	12
1 2 La acción del Estado en la prestación de servicios de salud	14
1 3 Aspectos metodológicos	15
1 3 1 Indicadores para el análisis del gasto público en salud	15
1 3 2 Descripción general de la metodología	16
1 3 3 Instituciones consideradas y período de referencia	17
1 3 4 Selección de la muestra	19
1 3 5 Limitaciones de la información	19
<b>2 El gasto público en salud y su financiamiento</b>	<b>20</b>
2 1 Consideraciones generales	20
2 2 El nivel y la distribución del gasto público en salud	21
2 2 1 El nivel del gasto público en salud	21
2 2 2 El gasto en salud y las necesidades	25
2 2 3 La distribución del gasto público en salud	27
2 3 Las fuentes de financiamiento del gasto público en salud y su comportamiento distributivo	31
2 3 1 Gasto público en salud según fuentes de financiamiento	31
2 3 2 Distribución según fuentes de financiamiento	37
2 3 3 Gasto público en salud según presupuestos de origen	41
2 3 4 Distribución según presupuestos de origen	46

2 4	Como se gasta el gasto por categorias y por rubros	48
2 4 1	Gasto corriente y de inversion	48
2 4 2	Gasto por rubros de personal bienes y servicios	53
2 4 3	Gasto administrativo y asistencial	60
2 5	En que se gasta el gasto por tipo de establecimiento y atencion	62
2 5 1	El gasto por tipo de establecimiento	62
2 5 2	El gasto por tipo de atencion	69
2 6	Una vision global del gasto publico en salud	74
<b>3</b>	<b>Ingresos propios y recuperacion de costos</b>	<b>76</b>
3 1	Ingresos propios segun subregiones de salud	76
3 2	Los conceptos por los cuales se generaron ingresos propios	79
3 3	Tarifarios y tarifas en establecimientos del sector salud	80
3 3 1	Las tarifas en hospitales	82
3 3 2	Las tarifas en centros y puestos de salud	83
3 4	Politica de fijacion de tarifas	84
3 5	Politica de exoneraciones	85
3 6	Generacion de ingresos propios por tipo de establecimiento	87
3 7	Recuperacion de costos por tipo de establecimiento y por tipo de atencion	89
3 8	El uso de los ingresos propios	90
<b>4</b>	<b>Tarifas promedio, exoneraciones y pobreza analisis sobre la base de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida</b>	<b>91</b>
4 1	Tarifas de consulta	92
4 2	Tarifas de hospitalizacion	99
	<b>Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>102</b>
	<b>Bibhografia</b>	<b>108</b>
	<b>Relacion de cuadros</b>	
	Capitulo 2	
II 1	Gasto publico en salud	24
II 2	Indice de necesidades basicas de salud	28
II 3	Gasto corriente en salud segun tipo de establecimiento a nivel nacional 1994	66

II 4	Gasto corriente en salud segun tipo de atencion a nivel nacional - 1994	74
II 5	Estructura del gasto publico en salud	77

#### Capitulo 4

IV 1	Tarifas de consulta por establecimiento	93
IV 2	Tarifas de consulta promedio por establecimiento segun region	94
IV 3	Tarifas de consulta por establecimiento segun tramo	95
IV 4	Tarifas de consulta promedio por quintiles segun establecimiento	96
IV 5	Indicadores de focalizacion para consultas del MINSA	98
IV 6	Pago diario de internamiento por establecimiento	99
IV 7	Pago diario de internamiento por establecimiento segun zona	100
IV 8	Pago diario de internamiento por establecimiento segun tramo	101
IV 9	Indicadores de focalizacion para internamientos en el MINSA	101

#### Relacion de graficos

Grafico 1	Salud gastos y necesidades 1994	30
Grafico 2	Curva de Lorenz del gasto publico en salud respecto de la poblacion total	32
Grafico 3	Curva de Lorenz del gasto publico en salud respecto de la poblacion no asegurada	33
Grafico 4	Salud financiamiento del Tesoro Publico y necesidades 1994	38
Grafico 5	Salud gasto con ingresos propios y necesidades 1994	39
Grafico 6	Salud donaciones y necesidades 1994	40
Grafico 7	Curva de Lorenz por fuentes de financiamiento respecto de la poblacion total	44
Grafico 8	Curva de Lorenz por presupuestos de origen respecto de la poblacion total	50
Grafico 9	Curva de Lorenz por presupuestos de origen respecto de la poblacion no asegurada	51

## **Presentación**

El Ministerio de Salud ha encargado a instituciones nacionales de prestigio la realización de un conjunto de estudios en el área de economía de la salud orientados a generar un mayor conocimiento de los patrones de financiamiento del sector, la distribución de los recursos públicos en salud y las condiciones de demanda y oferta de los servicios de salud.

Como fruto de los estudios desarrollados se puede hoy contar con algunos de los elementos necesarios para el diseño de nuevos mecanismos de financiamiento público de servicios de salud que puedan contribuir a mejorar su equidad, eficiencia y calidad.

En este volumen se pone a disposición del personal de salud, la comunidad académica y el público interesado los resultados del estudio "Análisis del gasto público en salud".

Se espera que los planteamientos expresados en el presente documento promuevan la formulación de propuestas e intercambios de ideas que ayuden a perfeccionar las políticas y acciones de los diversos agentes sociales en el campo de la salud.

**Dr. Marmó Costa Bauer**  
Ministro de Salud

## Introducción

Un análisis del gasto público en salud debe responder básicamente a las siguientes preguntas: ¿cuánto se gasta? ¿quién financia ese gasto? ¿en qué se gasta?

La pregunta cuánto se gasta en salud es sin duda de primera importancia pero como veremos más adelante, por diversas razones no ha sido adecuadamente contestada en el Perú. Estudios a partir de algunas fuentes de financiamiento indican, por ejemplo, que hay grandes diferencias en el gasto per cápita en salud entre regiones y que usualmente las más favorecidas no son las más pobres. Es necesario confirmar o descartar esas diferencias, para poder manejar el presupuesto del sector salud en una forma que reduzca y no incremente las desigualdades existentes en el Perú.

La pregunta ¿quién financia? se refiere a las fuentes de financiamiento, que en el Perú son el Tesoro Público, la cooperación externa y los ingresos propios. En este último caso es de particular relevancia saber qué proporción representan estos ingresos del total, así como por qué conceptos se recaudan estos fondos. Esas fuentes de financiamiento además llegan a las subregiones a través de diversos organismos, por ejemplo, las remesas que realiza el Programa de Salud Básica para Todos (PSBT) o los Programas Nacionales de Salud, en su mayor parte financiados por el Tesoro Público. Necesitamos saber la importancia relativa de esas distintas fuentes de financiamiento y presupuestos de origen, así como saber si distribuyen el gasto de una manera progresiva o regresiva respecto de la situación de pobreza y necesidades de salud de las distintas subregiones.

La pregunta ¿en qué se gasta? es necesario responder en el caso de salud en varios niveles. Un primer nivel se refiere a la distinción entre los gastos de inversión y los gastos corrientes, es decir, a los gastos para el desarrollo amplia-

ción y mejora en los servicios de salud por un lado y a los gastos incurridos en el otorgamiento actual de tales servicios de salud por el otro. La cuestión en este aspecto es saber hasta que punto estamos cuidando no solamente la salud de hoy sino preparándonos para los retos del mañana.

Dentro de los gastos corrientes es importante distinguir los gastos administrativos que no representan servicios directamente otorgados y que son un indicador de los niveles de eficiencia en la administración de estos servicios aunque su interpretación no es directa o lineal.

También es indispensable distinguir los principales componentes de los costos particularmente los gastos en personal y en insumos. Dentro de los gastos de personal hay profesionales con distintos niveles de calificación que de acuerdo a los servicios que se busca otorgar deben guardar determinadas proporciones para ser eficientes y también debe considerarse el problema de las contribuciones laborales a fin de conocer los costos totales por personal.

Un elemento adicional es a través de que establecimientos se gasta. Los distintos establecimientos de salud (hospitales, centros y puestos de salud) responden a atenciones de distinta complejidad y que tienen niveles de costo muy distintos. En función a ello y a las posibilidades de acceso de los pobres las recomendaciones modernas en salud pública insisten en la necesidad de priorizar la salud preventiva y los establecimientos de primer nivel. Necesitamos saber hasta que punto ello se cumple o no en el Perú así como conocer cuáles son los componentes de esos gastos según tipos de establecimiento donde se gasta relativamente más en personal y donde más en insumos.

Una visión más detallada de este mismo problema se presenta a partir de una evaluación por tipos de atención. Las hospitalizaciones o internamientos son las atenciones más caras mientras que las consultas son más baratas. Las atenciones de salud preventiva como las vacunas, los controles del niño sano y de gestantes son las más eficientes de acuerdo a la experiencia internacional.

## **1 Consideraciones generales**

### **1.1 Salud y gasto en salud**

La salud es un fin en sí misma. Es fundamental que toda la población pueda cubrir una necesidad básica como es el cuidado y la conservación de la salud. El

derecho a la salud está considerado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y ha sido incorporado a la política nacional de salud (MINSA 1996)

Sin embargo, hay que tener en consideración que el estado de salud de las personas depende de diversas variables, entre las cuales los servicios de cuidado y conservación de la salud no son los únicos ni probablemente los más importantes. Otros determinantes de carácter socioeconómico, son considerados de principal importancia (BM 1993, Mann et al 1995)

La relación entre el gasto público en salud y el estado de salud pasa por varias relaciones intermedias. En primer lugar, el gasto público en salud es solo una parte del gasto total en salud existiendo adicionalmente el gasto privado. La importancia relativa del gasto público y del gasto privado en salud es muy variable entre países, incluso dentro de aquellos con similares niveles de desarrollo.

También hay una relación que no es tan estrecha como parecería entre el gasto en salud y servicios de salud prestados. El gasto puede ser mayor para similares servicios si es que hay un mayor costo laboral sin que el personal esté más capacitado o si es que hay una oferta que empuja a la demanda hacia servicios de mayor costo pero no más efectivos.

Finalmente, esta es la relación entre servicios de salud y estado de la salud. La determinación del estado de la salud ha sido conceptualizada por los economistas dentro de la teoría de la función de producción familiar, bajo la cual se considera que la familia a partir de la utilización de insumos tales como los alimentos, el agua y los servicios de salud (cuyo consumo depende a su vez de los ingresos de las familias y los precios así como de las preferencias) mediante el uso de determinada tecnología (que depende de la educación tanto general como específica sobre salud) dentro de determinado contexto general (acceso a agua potable, forma de vida, contaminación ambiental) produce la salud de sus miembros.

El Banco Mundial (1993) indica que no se ha encontrado una relación estadística directa fuerte entre el gasto en salud y el estado de la salud. Quaike-Hill (1988), en un estudio para Malasia y Turquía, no encuentra que el gasto en salud sea un buen predictor de los servicios de salud ni que los resultados de salud sean explicados por el gasto en salud, aunque sí hay un cierto nivel de explicación del estado de salud por los servicios de salud (medidos a través de indicadores tales como número de camas o número de médicos). Ello se debe a la existencia de

diferentes sistemas institucionales de salud y a variaciones en cuanto al mayor o menor gasto destinado a intervenciones que sean costo efectivas

## 1.2 La acción del Estado en la prestación de servicios de salud

La acción del Estado en el financiamiento de servicios de salud se considera necesaria por las siguientes razones

- Los servicios de salud son considerados por la sociedad como bienes a los cuales debe tener acceso toda la población sin que su capacidad adquisitiva sea óbice para ello. El derecho a la salud es uno de los derechos elementales contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en sucesivas declaraciones de las naciones del orbe respecto de la situación social como fue el caso de la Cumbre Social de Copenhague de febrero de 1995
- Muchas familias pobres no pueden pagar por el cuidado de su salud a pesar de ser una inversión rentable debido a la falta de recursos inmediatos y a la falta de acceso a mercados de crédito y de seguros.  
Existen externalidades fuertes y características de bienes públicos en los servicios de salud en cuestiones tales como vacunaciones o saneamiento que ameritan una intervención estatal. En esta línea desarrollos recientes de la teoría económica contenidos dentro de la nueva corriente de la teoría del crecimiento endógeno han mostrado la importancia de la inversión en capital humano en el crecimiento y desarrollo de los países. Aun cuando estas teorías han puesto mayor énfasis en el papel de la educación la inversión pública en salud también ha mostrado tener un efecto positivo (ver por ejemplo Behrman 1993)
- Existen economías de escala en la prestación de algunos servicios de salud. Por ejemplo hay zonas donde existe solamente un hospital y no sería rentable ni costo-efectivo que se establezca otro que preste servicios similares de laboratorios o intervenciones de complejidad intermedia debido a la poca frecuencia de ocurrencia de las enfermedades o accidentes que requieren tales servicios para la población cercana. Estas economías de escala producidas por la existencia de altos costos fijos generan monopolios naturales a nivel local los mismos que producen resultados no óptimos desde el punto de bienestar social justificando la intervención estatal.

Adicionalmente, existen otros campos en los que el Estado debe intervenir, referidos al funcionamiento de los mercados del sector salud y de los seguros de

salud que adolecen de fallas tales como poca percepción del riesgo por las familias, altos costos de transacción, información asimétrica y selección adversa. Sin embargo, tales fallas de mercado por lo general ameritan más la adopción de regulaciones por parte del Estado que el financiamiento o la prestación directa de los servicios.

Sin embargo, el Estado se enfrenta a una serie de problemas en su accionar en el terreno de la salud. De acuerdo al Banco Mundial (1993, pag. 3) los principales problemas en la prestación de servicios de salud por parte del Estado se deben a una asignación equivocada de recursos que no privilegia las acciones más eficientes en términos de costos-resultado, a la desigualdad de las acciones que benefician en forma desproporcionada a los que están en mejor situación económica, y a la ineficiencia en la producción de los servicios.

### **1.3 Aspectos metodológicos**

#### **1.3.1 Indicadores para el análisis del gasto público en salud**

Como se ha indicado, un análisis del gasto público en salud debe responder básicamente a las preguntas de ¿cuánto se gasta?, ¿quién financia ese gasto?, ¿en qué se gasta?

Para responder a estas preguntas, se requiere contar con indicadores del gasto público en salud. Los indicadores obtenidos conforman una larga lista que se encuentra detallada en el volumen que contiene los reportes de gasto. Los principales indicadores obtenidos por región/subregión son los siguientes:

- Gasto público en salud total per capita por no asegurado y por atención
- Distribución del gasto en salud entre gasto corriente y de inversión
- Gasto público en salud por fuentes de financiamiento y por cada una de las instituciones y oficinas que envían recursos a las subregiones de salud y que se ha denominado 'presupuestos de origen'
- Gasto en salud por rubros: remuneraciones, medicinas y material médico, mantenimiento, servicios públicos y otros
- Gastos administrativos como porcentaje del total de gastos
- Distribución de gastos por tipo de establecimiento: hospitales, centros y puestos
- Distribución de gastos por tipo de atención (pacientes): salud infantil, salud materna y otros

- Distribución de gastos por tipo de atención programas nacionales consultas e internamientos

También se realizaron diversos cruces de variables por ejemplo gastos de inversión por presupuestos de origen gastos corrientes por rubros por presupuestos de origen gastos por tipo de atención por tipo de establecimiento

### 1.3.2 Descripción general de la metodología<sup>1</sup>

La metodología combina información a dos niveles. Por un lado se obtuvo del nivel central y de los niveles subregionales la mayor información posible de los niveles inferiores. Por otro lado se consiguió información de una muestra a nivel de las Unidades Territoriales de Salud (UTES) y establecimientos de donde se obtuvieron ratios y proporciones que se aplicaron a los datos obtenidos anteriormente para lograr obtener estimados de los indicadores desagregados requeridos. Una descripción sucinta de los procedimientos de cálculo aplicados se presenta a continuación.

En primer lugar se obtuvo el dato del gasto total en salud en cada región/subregión a partir de información obtenida a nivel central de cada presupuesto de origen.

A continuación esta información que de acuerdo a normas presupuestales está clasificada en razón al tipo de bien o servicio en que se gastó se ordenó en rubros que fueran aplicables para el análisis. Por ejemplo se agrupó todo el gasto en trabajo en un solo concepto incluyendo los gastos en remuneraciones y los costos laborales asociados los gastos en las canastas de víveres que en diversos lugares se reparten a los trabajadores -a veces en efectivo- bajo la partida llamada racionamiento y los gastos en servicios no personales que reflejan modalidades especiales de contratación de trabajadores. Otro ejemplo es el de las partidas referidas a gastos administrativos que en el clasificador oficial se encuentran desagregadas en una multitud de conceptos incluyendo por ejemplo útiles de escritorio material de procesamiento de datos y varios más. Las

---

<sup>1</sup> Esta sección presenta un breve resumen de la metodología aplicada. En el marco del subcontrato entre Pathfinder International y Macroconsult SA se entregó un documento detallando con precisión los distintos aspectos de la metodología aplicada.

otras categorías utilizadas fueron 'medicinas y material médico' y 'otros', aunque en este último caso se desagregó por una solicitud particular 'reparaciones' y 'tarifas de servicios públicos'.

A partir de la información que tienen las subregiones acerca de los establecimientos en que prestan servicios los trabajadores y de muestras de las UTES sobre cómo reparten los bienes, se calculó el gasto por tipo de establecimiento, es decir, cuánto se gasta en hospitales y cuánto en centros y puestos.

Los gastos obtenidos a nivel de estos 'centros de costos agregados' que son los establecimientos, se distribuyeron entre los distintos tipos de atención y categorías de gasto de acuerdo a la información de la muestra de establecimientos. Por ejemplo, en la muestra de hospitales se obtuvo información de las áreas en las que presta servicios el personal de donde se calculó cuánto se gasta en personal administrativo, cuánto en atención infantil y materna, cuánto en programas nacionales, consultas externas e internamientos. Algo similar se realizó en centros y puestos de salud, con la diferencia que en muchos de ellos se preguntaba cómo el personal distribuía su tiempo entre varias ocupaciones diferentes. Esto se complementó con información relativa a la distribución de los bienes obtenida de los almacenes u oficinas de logística.

### **1.3.3 Instituciones consideradas y período de referencia**

El presente estudio se refiere al gasto público en salud en las subregiones Andahuaylas-Chanka, Ayacucho, Chavin, Huancavelica, Ica, La Libertad, Lima, Arequipa, Moquegua, Puno, San Martín, Tacna y Ucayali, que son aquellas en las cuales opera el Proyecto 2000 del Ministerio de Salud (MINSa).

Se considera el gasto que por todo concepto y por toda fuente de financiamiento realizan las instituciones y establecimientos que dependen funcionalmente del MINSa, al que por simplicidad se denominará 'gasto público en salud'. Para tal fin se identificó y consideró a todas las posibles instituciones y organismos tanto del sector público nacional como del exterior y del sector privado que canalizan recursos a las subregiones de salud y establecimientos dependientes del MINSa, a los que en forma genérica se ha llamado 'presupuestos de origen'. Así, el gasto público en salud comprende el financiado por el Tesoro Público a través de las distintas instituciones y programas presupuestales del sector salud, el financiado por créditos y donaciones externas canalizadas por

agencias internacionales, y los ingresos propios. Solo en el caso de la cooperación externa que es canalizada directamente a las subregiones o establecimientos de salud, la información se restringió al financiamiento otorgado por la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos de América (USAID).

Adicionalmente, en cuanto al gasto de inversión en salud, se consideró los gastos efectuados por los gobiernos regionales y el Fondo de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) bajo la consideración que, aun cuando tales gastos no siempre son ejecutados por las subregiones de salud o sus establecimientos, constituyen inversiones en infraestructura y/o equipos que sí sean utilizados por la red de establecimientos del sector.

No se ha considerado los gastos en salud realizados por el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), las sociedades de beneficencia, las agencias internacionales u organismos no gubernamentales (ONGs) en forma directa o indirecta -con o por la población en forma comunal- ni cualquier otro gasto en salud realizado al margen de la institucionalidad y establecimientos del sector.

La delimitación anterior responde al objetivo de estimar el nivel del gasto efectuado por el MINSA y realizar un análisis del gasto y financiamiento que contribuya a la reforma de dicha institución, al identificar patrones de gasto que puedan evaluarse en función de los objetivos de eficiencia y equidad deseados. De otro lado, existe de hecho una marcada separación entre el MINSA y el IPSS a tal punto que, en diversos estudios, el gasto de este último no se considera como parte del gasto público o social.<sup>2</sup>

Con relación al período de referencia, el análisis se concentra en el año 1994 debido a que no fue posible obtener la información mínima necesaria que permitiera realizar estimaciones para 1995. En particular, no se dispuso de información relativa a las remesas de los distintos programas presupuestales y nacionales por parte de la Oficina General de Administración (OGA) a las inversiones de FONCODES y del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) ni se obtuvo al cierre del procesamiento y estimación información acerca del Programa Salud Básica para Todos (PSBT) con un nivel de desagregación adecuado.

---

2 Al respecto, a nivel internacional no existen estándares uniformes que establezcan que debe considerarse como gasto social.

### 1.3.4 Selección de la muestra

La muestra estuvo constituida por 24 UTES (incluyendo a Coordinaciones de Servicios Periféricos y a la subregión Chanka que hace también las funciones de UTES), de un total de 60, por 23 hospitales de un total de 61, por 30 centros de salud de un total aproximado de 277 y por 32 puestos de salud de un total aproximado de 1 294 puestos existentes en las doce subregiones que constituyeron el ámbito del estudio. El número de centros y puestos es aproximado porque son datos del Censo de Infraestructura Sanitaria de 1992, habiéndose puesto en funcionamiento o rehabilitado buena cantidad de establecimientos de primer nivel desde esa fecha en virtud del Programa de Salud Básica para Todos.

La selección de las UTES se realizó utilizando tres criterios. El primero fue la situación de salud aproximada a través de la tasa de mortalidad infantil en tres estratos, buscándose que hubiera UTES de diferente situación de salud. El segundo criterio fue el tamaño de la población atendida, buscándose las UTES más representativas. Y el tercer criterio fue el de accesibilidad.

La selección de los hospitales fue directa, ya que se encuestó a todos los hospitales de las UTES y sedes subregionales seleccionadas. La selección de centros y puestos se realizó a sugerencia de las direcciones subregionales de salud, bajo los mismos criterios señalados.

### 1.3.5 Limitaciones de la información<sup>3</sup>

La información obtenida -a partir de los datos recolectados y la aplicación de la metodología- que presenta mayores márgenes de error es la de ingresos propios. En este caso, en algunas subregiones de salud el registro es bueno, dado que los ingresos propios se centralizan a nivel subregional o de las UTES; en otras es aceptable, en la medida que reciben los reportes de los centros y puestos de salud, mientras que en otras no se reciben los datos correspondientes; aparentemente solo se reciben de algunos establecimientos o solo incluyen un determinado porcentaje en sus informes respectivos.

Los registros son informales e inadecuados, y en muchos casos el equipo de campo ha tenido que realizar la clasificación por partidas específicas. Sin embar-

---

3 Esta sección es un resumen del volumen de calidad de la información.

go más allá de ello en el marco de este proyecto no era factible establecer si existían ingresos y/o gastos no registrados destinados -por ejemplo- a aumentos de ingresos del personal o a gastos en útiles de menor cuantía. En tal sentido, la información que se presenta aproxima lo que podría ser un nivel mínimo para los ingresos propios, siendo probable cierto grado de subestimación.

Finalmente, la información obtenida sobre el gasto según tipos de atención probablemente presentaría márgenes de error debido a que se basa en la autodeclaración de la utilización del tiempo del personal. En la medida que se ha tomado una muestra importante de varios establecimientos, se espera que los probables errores tiendan a diluirse, aun cuando pueden subsistir ciertos sesgos en la estimación. El tamaño de la muestra comprende a una tercera parte de las subregiones de salud a nivel nacional, y a más de veinte UTES y hospitales, por lo que los resultados se pueden considerar representativos de lo que sucede en los establecimientos de salud a nivel nacional, exceptuando a los grandes hospitales de Lima Centro.

## **2 El gasto público en salud y su financiamiento**

### **2.1 Consideraciones generales**

El análisis del gasto público en salud y su financiamiento intenta dar respuesta a interrogantes centrales asociadas a la eficiencia en la utilización y equidad en el acceso de la población a los servicios de salud. En efecto, el nivel y composición del gasto en salud, así como los mecanismos de financiamiento de dicho gasto, constituyen indicadores para evaluar los aspectos de eficiencia y equidad mencionados (Suarez, Henderson, Barillas y Vieira, 1995).

En términos de ubicar en perspectiva el presente estudio, cabe anotar que generalmente las discusiones a nivel de política (e incluso a nivel académico) sobre lo que se denomina gasto nacional en salud se han concentrado en el papel del gasto público, soslayándose el correspondiente al gasto privado por asumirlo marginal. Sin embargo, Suarez et al. (1995) señalan que el componente más importante del gasto nacional en salud sería el gasto privado, el mismo que a nivel de América Latina y el Caribe representa el 57 por ciento del total.

De acuerdo a dichos autores, los resultados muestran que los problemas de eficiencia del gasto en salud no solo corresponden al sector público, sino también

comprometen al sector privado debiendo anotarse sin embargo que son de naturaleza distinta -por ejemplo imperfecciones de mercado debido a la existencia de información asimétrica en el sector privado- En tal sentido, en el marco de una perspectiva de reforma global la implicancia de política apunta a redefinir el campo de acción y las funciones rectora y reguladora de las autoridades de salud

## 2.2 El nivel y la distribución del gasto público en salud

### 2.2.1 El nivel del gasto público en salud

En este punto cabe realizar una breve digresión referida al nivel del gasto público en salud y a las comparaciones internacionales de los coeficientes de gasto en salud sobre PBI. En principio, se considera que el gasto debería presentar una relación directa e importante con las necesidades de salud de la población o encontrarse guiado por criterios de costo-efectividad de las intervenciones. Adicionalmente se considera que dicho gasto debería presentar un patrón anticíclico así, en un contexto de recesión económica y de consecuente contracción de los ingresos reales, el gasto público en salud debería aumentar a fin de constituirse en un «colchón» para la población<sup>4</sup>

La definición normativa de un nivel de gasto adecuado trasciende los objetivos del presente estudio. Así por ejemplo generalmente se tiende a sostener que el nivel del gasto en salud en el Perú es relativamente bajo en comparación a las necesidades de salud de la población. Sin embargo ¿cuán bajo es dicho nivel? o ¿qué porcentaje del PBI correspondería a un nivel adecuado de gasto público en salud? En el Perú las elevadas tasas de mortalidad y desnutrición crónica infantiles promedio -las cuales muestran además importantes diferencias a nivel de zonas geográficas- sugerirían que el esfuerzo por parte del Estado aun resulta insuficiente. Sin embargo la situación de salud de la población no depende exclusivamente de la provisión de servicios de salud.

Además en última instancia el gasto se encuentra definido no solo por criterios técnicos y por la existencia de restricciones presupuestarias -las cuales constituyen el marco de referencia obligado para analizar la sostenibilidad de la

---

<sup>4</sup> Referencialmente para un análisis del comportamiento del gasto de la seguridad social en el ciclo económico ver Petrerá (1990)

política de gasto público en salud- sino también por consideraciones de viabilidad política y márgenes de aceptación por parte de la sociedad. Un análisis particularmente interesante desde el enfoque de la elección pública es efectuado por Birdsall y Hecht (1995) aunque no se refiere a la determinación del nivel sino al patrón de distribución desigual de los recursos del sector salud.

Respecto a las usuales comparaciones internacionales de la relación gasto en salud y PBI, se debe tener presente su carácter estrictamente referencial. En efecto, aun si se controlara por niveles de ingreso per cápita -lo que se realiza cuando se compara países de similar desarrollo económico por ejemplo países clasificados en el grupo de ingresos medianos bajos como el Perú- se debería considerar los efectos de la organización de los diferentes sistemas de salud. En consecuencia, cabe tener presente que los diversos «arreglos institucionales» también influyen sobre el monto total del gasto público en salud y su grado de eficiencia.

En 1994, el gasto público en salud en las doce subregiones consideradas en el estudio ascendió a S/ 294 4 millones equivalente a US\$ 133 8 millones. En términos de participación, las subregiones La Libertad, Lima Este, Puno, Chavín e Ica concentraron en conjunto el 64 por ciento del gasto total; a la vez, en estas subregiones residía el 67 por ciento de la población total y el 62 por ciento de la población no asegurada en el IPSS -ver Cuadro II.1.

De otro lado, en el marco del estudio se ha estimado el gasto público en salud como porcentaje del PBI para once de las doce subregiones comprendidas en el análisis, excluyéndose a Lima Este<sup>5</sup>. El rango de variación del indicador comprendió desde menos del 1 por ciento del PBI para Moquegua y La Libertad hasta más del 4.5 por ciento en los casos de Chanka-Andahuaylas y Ayacucho. Las cifras son referenciales y en particular concitan la atención aquellas comparativamente elevadas, las mismas que podrían estar reflejando básicamente un

---

5 Dado que las subregiones coinciden generalmente con los departamentos, en la mayor parte de los casos no se registró dificultades, con excepción de Chavín, Chanka, Andahuaylas y Lima Este. En el caso de las dos primeras, el PBI se distribuyó en función al porcentaje de población; por ejemplo Chanka-Andahuaylas concentra cerca del 50 por ciento de la población de Apurímac, por lo que se le asignó un porcentaje similar del PBI de este último departamento. El procedimiento no se aplicó a Lima Este, ya que podría introducir mayores distorsiones.

bajo nivel de la actividad productiva. Este podría ser el caso de la subregión Chanka-Andahuaylas toda vez que los diversos indicadores -v gr, gasto per capita y por población no asegurada- son inferiores al promedio nacional.

En general, se considera que el gasto público en salud ha disminuido significativamente respecto a los niveles de la década anterior en efecto de acuerdo al MINSU-PFSS-CAFSS (1995) aun cuando el gasto se habría duplicado entre 1992 y 1994 este último sería 38 por ciento inferior al correspondiente a 1980. Sin embargo cabe anotar que el análisis comparativo es referencial y presenta limitaciones asociadas a la definición en sí del gasto así como al efecto del fenómeno hiperinflacionario sobre las variables macroeconómicas<sup>6</sup>. En tal sentido los problemas de medición en un contexto inflacionario se traducirían en una sobreestimación de la contracción real del gasto público en salud. Debido a ello se puede sostener que si bien se ha registrado una importante reducción real del gasto público en salud la magnitud de esta sería inferior a la reportada por las fuentes oficiales.

Otro ángulo de análisis es considerar el gasto promedio por atenciones como una estimación gruesa del costo unitario promedio de los servicios. El gasto promedio por atenciones de salud ascendió a S/ 50 presentando un rango de variación de S/ 28 en la región San Martín a S/ 66 en Ica. Un aspecto a destacar es que en algunas subregiones como Ayacucho, Puno y Chavín, entre otras, que clasifican entre las de menor desarrollo relativo el gasto por atenciones de salud fue superior al promedio e incluso a los estimados para Lima Este y Tacna. Si bien la información es sumamente agregada los resultados podrían sugerir la existencia de insuficiencia de demanda en dichas subregiones y/o mayores costos de atención asociados a la composición de los factores que brindan el servicio de salud o ineficiencia interna.

---

6 Escobar y Castillo (1994) estiman que se habría generado problemas de medición del orden de 40 por ciento en el Índice de Precios al Consumidor del periodo 1988-1990. Ello se refleja en la sobreestimación del PBI nominal y por ende de diversos ratios asociados a dicha variable así como de la evolución de variables reales.

**Cuadro N° II 1**  
**GASTO PÚBLICO EN SALUD**

SUBREGIONES	GASTO TOTAL <sup>1/</sup>	GASTO PER CAPITA	GASTO POR PERSONA NO ASEGURADA <sup>4/</sup>	GASTO POP ATENCIONES	GASTO/PBI
Huancavelica	12 287	30 69	34 85	34 57	2 1
Ayacucho	26 274	51 27	60 02	62 83	5 1
Chanka					
Andahuaylas	6 506	35 43	39 56	47 49	4 5
Puno	36 507	33 08	37 82	54 52	2 4
Chavin	36 275	36 12	48 86	60 81	2 2
Ucayali	17 513	52 78	65 47	62 17	1 9
San Martín	19 471	34 02	39 99	28 41	1 6
La Libertad	42 885	33 31	48 36	47 70	0 8
Moquegua	9 298	71 42	110 03	41 28	0 4
Ica	35 961	62 13	130 36	65 63	1 5
Tacna	13 202	59 00	92 74	52 20	1 3
Lima Este	38 219	45 88	104 33	46 88	
<b>TOTAL</b>	<b>294 398</b>	<b>41 11</b>	<b>56 91</b>	<b>50 03</b>	

SUBREGIONES	INDICE DE NECESIDADES DE SALUD <sup>2/</sup>	POBLACION TOTAL	POBLACION NO ASEGURADA <sup>4/</sup>	NUMERO DE ATENCIONES <sup>6/</sup>
Huancavelica	88 83	400 376	352 526	355 458
Ayacucho	74 43	512 438	437 738	418 168
Chanka				
Andahuaylas	72 54	183 618	164 460	136 991
Puno	68 30	1 103 689	965 367	669 659
Chavin	53 95	1 004 410	742 469	596 488
Ucayali	53 80	331 824	267 513	281 703
San Martín	48 23	572 352	486 848	685 423
La Libertad	42 60	1 287 383	886 829	899 024
Moquegua	33 97	130 192	84 504	225 240
Ica	32 03	578 766	275 866	547 944
Tacna	26 97	223 768	142 355	252 908
Lima Este	25 07	833 084	366 339	815 166
<b>TOTAL</b>		<b>7 161 900</b>	<b>5 172 814</b>	<b>5 884 172</b>

1/ En miles de Nuevos Soles

2/ En Nuevos Soles

3/ En porcentajes

4/ Para su explicación ver texto Detalles en el Cuadro II 2

5/ Población no asegurada en el IPSS

6/ Atenciones por consultas Fuente: HIS

### 2.2.2 El gasto en salud y las necesidades

Una evaluación de los alcances del gasto público en salud tiene que considerar las necesidades de servicios de salud. Una primera aproximación en este sentido es relacionar el gasto con el volumen de población a la que deben atender esos servicios de salud. Así, se obtienen niveles estimados de gasto per capita los cuales son comúnmente utilizados para aproximar las diferencias subregionales; no obstante, se plantea una interrogante respecto a la población de referencia de los servicios de salud del MINSA. En el presente estudio se considera como población objetivo de los servicios públicos de salud a la no adscrita al IPSS. Si bien es cierto que la red de establecimientos del MINSA se encuentra disponible para la población en general independientemente de si esta asegurada o no, se considera que el objetivo prioritario de la institución debiera ser atender a aquel segmento que no posee una cobertura -alternativa- de servicios de salud<sup>7</sup>.

El gasto promedio por persona ascendió aproximadamente a S/ 41 (US\$18,7), en tanto que el gasto promedio por persona no asegurada a S/ 57 (US\$ 25,9). A nivel de subregiones se observan diferencias notables en los valores per capita las que se traducen en coeficientes de variabilidad del orden de 0,33 y 0,58 para dichos indicadores, respectivamente. En términos generales, los diferenciales per capita indican que la asignación del gasto no fue proporcional al tamaño de la población de referencia. Ello refleja la mayor cobertura de la seguridad social en determinadas subregiones -de las doce consideradas en el estudio-, particularmente en las ubicadas en la costa del país.

En el caso del gasto promedio por persona -se encuentre o no asegurada en el IPSS- el rango de variación fue de S/ 31 en la subregión Huancavelica a S/ 71 en Moquegua. Cabe mencionar que las cuatro subregiones de mayor desarrollo relativo -Lima Este, Tacna, Ica y Moquegua- presentaron niveles de gasto per cápita superiores al promedio, además de Ucayali y Ayacucho.

---

<sup>7</sup> En la práctica, sin embargo, se observó que el 13 por ciento de las consultas realizadas en establecimientos del sector en 1994 correspondieron a personas aseguradas en el IPSS. Por otro lado, debería deducirse a la población con seguros privados de salud, sin embargo, menos del 1 por ciento de los que se atendieron en los establecimientos del MINSA en dicho año poseía seguros privados de salud (Francke, 1995).

Por su parte en el caso del gasto promedio por persona no asegurada en el IPSS el rango de variación comprendió de S/ 35 en la subregión Huancavelica a S/ 130 en Ica. Al respecto cabe mencionar los casos de Lima Este e Ica subregiones en las cuales este gasto per capita más que duplicó al promedio. Ello se explica por el alto número relativo de afiliados al IPSS observándose un resultado similar en las subregiones de mayor desarrollo relativo las cuales presentan salarios más formales y por consiguiente una mayor adscripción al régimen de seguridad social.

Sin embargo, los diferentes niveles de morbilidad y mortalidad asociados a los grados de desarrollo y de pobreza llevan a diferentes requerimientos de servicios de salud y por lo tanto de gasto público en salud. A fin de analizar los gastos realizados por las subregiones con relación a sus diferentes necesidades de salud se construyó un Índice de Necesidades Básicas de Salud (INBS) con base en el promedio simple de las tasas de mortalidad infantil, tasas de desnutrición crónica y porcentaje de hogares que no disponen de servicios de desagüe por red de tubería o pozo correspondientes a las subregiones consideradas en el estudio -ver Cuadro II 2-. El INBS intenta aproximar las necesidades diferenciales de salud de la población<sup>8</sup>. Adicionalmente se supone la existencia de una asociación negativa con el nivel de ingresos, es decir, a mayor INBS menor nivel de ingresos.

Los resultados del INBS muestran un ordenamiento de las subregiones de salud similar al encontrado en estudios tales como los Mapas de Pobreza y los Mapas de Salud realizados en el país. Las más necesitadas son las subregiones del centro y sur andino, seguidas de las subregiones de selva y aquellas que incluyen tanto costa como sierra (Chavín, La Libertad), siendo de menores necesidades las de la costa.

Con relación al gasto en salud un aspecto a destacar es que es precisamente la subregión Huancavelica que presenta las mayores necesidades de salud aproximadamente el 40% del total.

---

8 A diferencia del indicador de necesidades básicas insatisfechas del INEI que intenta ser una aproximación más global a las necesidades de la población. Las necesidades básicas insatisfechas para el INEI son las siguientes: carencia de desagüe, viviendas con características físicas inadecuadas, hacinamiento e inasistencia escolar de algún miembro del hogar. Adicionalmente el INEI presenta indicadores de porcentaje de hogares y de población con una, dos, tres, cuatro o más necesidades básicas insatisfechas, mientras que en este trabajo se realiza un promedio simple de los indicadores seleccionados.

mayores a través del INBS la que registra los menores niveles de gasto per capita. El Gráfico 1, que muestra el INBS y el gasto en salud por no asegurado evidencia la existencia de una relación negativa entre ambas variables es decir, cuanto mayores son las necesidades menor es el gasto por no asegurado. La relación entre gasto por no asegurado y el INBS resulta ser negativa y estadísticamente significativa<sup>9</sup>.

Sin embargo, la relación dista de ser fuerte en todos los casos existiendo varias excepciones notables. Ica y Moquegua por ejemplo son subregiones que muestran un pico con el más alto gasto por no asegurado -explicable en parte por un alto porcentaje de asegurados que en Moquegua se relaciona a la presencia de la Southern Peru Copper Corporation- y necesidades de salud relativamente bajas. Sorprende, en cambio, el bajo gasto por no asegurado en La Libertad que se podría asociar a las provincias serranas y de ceja de selva de este departamento. Entre las subregiones de mayor pobreza, Ayacucho tiene un gasto por no asegurado bastante mayor al de sus aledañas Chanka y Huancavelica a pesar de tener necesidades de salud muy similares.

### 2.2.3 La distribución del gasto público en salud

Absuelta la interrogante sobre el monto total del gasto e indicadores relacionados de necesidades, cabe plantear la pregunta sobre el patrón distributivo del gasto público en salud. En el Perú la pobreza y la desigual distribución del ingreso y las posibilidades de acceso a los servicios públicos, en particular a los servicios de salud se explican en buena parte por diferencias geográficas. En tal sentido es particularmente importante el análisis de cómo se distribuye el gasto público en salud entre las distintas subregiones consideradas.

En el presente estudio se diferencia entre los criterios de equidad e igualdad propender a una mayor equidad del gasto público no implica introducir un patrón igualitario en la distribución subregional de los recursos sino incorporar un sesgo a favor de las subregiones que presentan mayores necesidades de salud.

---

9 Una regresión bivariada arrojó un coeficiente de asociación entre ambas variables de 0.59 un R cuadrado de 0.50 y un estadístico t de 3.8 significativo al 99 por ciento de confianza. Si se considera al gasto per capita en vez del gasto por no asegurado y se relaciona con el INBS el coeficiente es de 0.88 el R cuadrado de 0.34 y el estadístico t de 2.26 significativo al 90 por ciento de confianza.

Ello se encuentra en una situación desigual. En consecuencia, el gasto público debería presentar un patrón progresivo orientándose relativamente más a las subregiones más pobres.

**Cuadro N° II 2**  
**INDICE DE NECESIDADES BASICAS DE SALUD**

SUBREGIONES	POBLACION TOTAL	TMI 1/	TDC 2/	% DE HOGARES SIN DESAGUE 3/	INBS 4/	% DE POBLACION CON NBI 5/
Huancavelica	400 376	106.60	71.90	88.0	88.83	92.2
Ayacucho	512 438	84.80	64.20	74.3	74.43	83.3
Chanka						
Andahuaylas	183 618	83.12	70.98	63.5	72.54	80.8
Puno	1 103 689	89.90	53.60	61.4	68.30	73.5
Chavin	1 004 410	58.38	54.73	48.7	53.95	64.8
Ucayali	331 824	69.10	52.30	40.0	53.80	73.3
San Martin	572 352	56.50	52.00	36.2	48.23	71.9
La Libertad	1 287 383	45.50	47.50	34.8	42.60	50.6
Moquegua	130 192	41.90	23.70	36.3	33.97	47.9
Ica	578 766	39.10	29.10	27.9	32.03	44.3
Tacna	223 768	40.30	18.10	22.5	26.97	38.7
Lima Este	833 084	24.56	26.97	23.7	25.07	42.4
TOTAL	7 161 900	61.4	49.4	45.5	51.73	62.4
	22 639 443	58.3	48.3	37.8		56.8

1/ TMI Tasa de mortalidad infantil

2/ TDC Tasa de desnutrición crónica. Primer Censo de Talla en Escolares (INEI 1993).  
Corresponde a niños de 6 a 9 años que asisten a primer grado de primaria.

3/ Considera desague por red o pozo.

4/ INBS Índice de necesidades básicas de salud. Promedio simple de la tasa de mortalidad infantil, la tasa de desnutrición crónica y el porcentaje de hogares sin desague.

5/ NBI Necesidades básicas insatisfechas (INEI 1993). Las necesidades básicas consideradas son: vivienda con características físicas inadecuadas, carencia de desague, inasistencia escolar, hacinamiento y excesiva tasa de dependencia.

Tal como lo señalan Puig y Lopez (1995) aunque una distribución per capita igualitaria de los recursos entre las regiones tiende a eliminar las diferencias en el largo plazo, este principio distributivo contradice el criterio más razonable basado en necesidades, a no ser que dichas necesidades sean homogéneas a nivel regional. Además, dichos autores indican citando a Culyer y Wagstaff (1993) que el criterio basado en necesidades asume implícitamente que aquellos que presentan una 'mala' situación de salud merecen recibir mayores recursos.

El análisis del patrón distributivo del gasto público en salud se ha efectuado ordenando a las subregiones de mayor a menor Índice de Necesidades Básicas en Salud (INBS) para luego calcular el porcentaje del gasto total que recibe cada porcentaje de la población y proceder a su respectiva acumulación. Este análisis es conocido en la literatura como la estimación de curvas de Lorenz generalizadas y coeficientes de concentración.

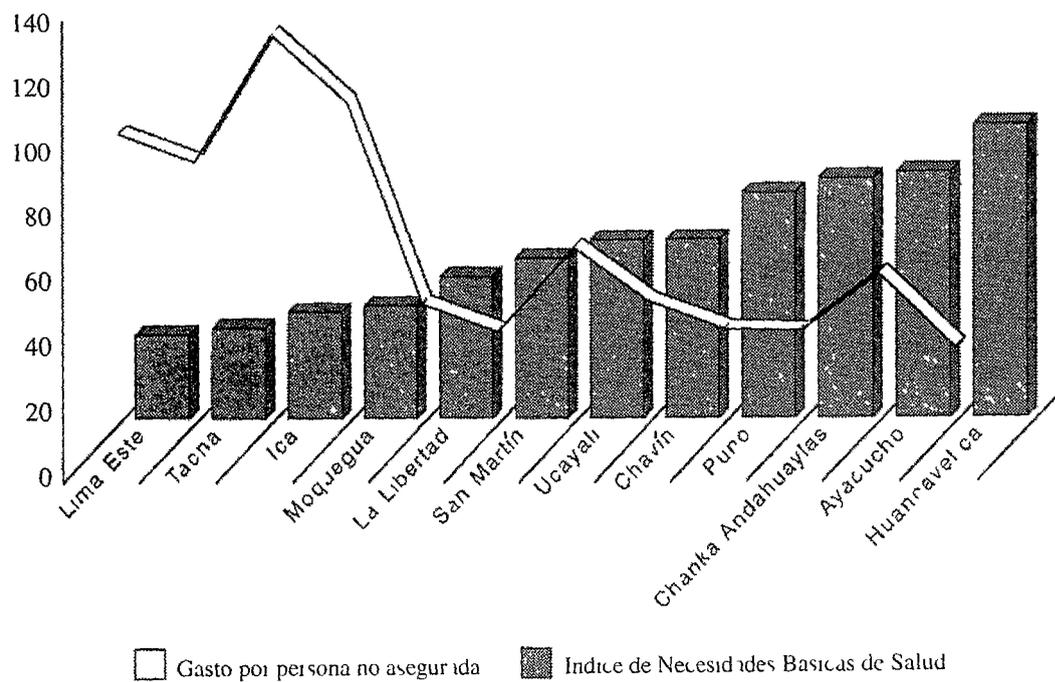
Un patrón igualitario de distribución presupone que esta debería ser proporcional al tamaño de la población, lo cual se traduce en un gasto per cápita uniforme a nivel nacional. Este supuesto subyace a la construcción de la línea «igualitaria» en el análisis de la curva de Lorenz generalizada. Cabe indicar que el coeficiente de concentración varía entre  $-1$  y  $1$ ; es  $0$  en el caso de igualdad perfecta (asignación proporcional al tamaño de la población) y  $1$  en el caso de desigualdad extrema. Adopta un valor negativo si el gasto presenta un patrón progresivo (asignación más que proporcional al tamaño de la población para los estratos más necesitados).

A fin de analizar el patrón distributivo del gasto público total en salud a nivel de subregiones, se debe tener presente que las poblaciones presentan necesidades diferenciales de salud de acuerdo al INBS. En base a la estimación de curvas de Lorenz generalizadas y coeficientes de concentración asociados, se obtiene información respecto a dicho patrón distributivo. En términos normativos, se esperaría una distribución progresiva del gasto público en salud, concentrando más recursos en quienes más lo necesitan.

Tal como se observa en el Gráfico 2, las curvas de Lorenz generalizadas confirman el comportamiento esperado en el caso de que se considere a la población total de cada subregión de salud. A modo de ejemplo, el 31 por ciento de la población con mayores necesidades básicas concentró el 28 por ciento del gasto total. En general, se observa un patrón neutralmente distributivo, lo que se confirma a partir del valor estimado del coeficiente de concentración  $0,06$ .

Por su parte, si se considerara a la población no asegurada en el IPSS como la referencia, la distribución del gasto en salud presentaría un ligero sesgo regresivo. En el Gráfico 3, la curva de Lorenz generalizada se encuentra más alejada de la línea «igualitaria». En consecuencia, el coeficiente de concentración es más elevado, ascendiendo en este caso a  $0,17$ , es decir, el gasto se concentró relativamente más en aquellas subregiones que presentan menores necesidades de salud.

**Grafico N° 1**  
**SALUD GASTO Y NECESIDADES 1994**



Si bien los resultados obtenidos constituyen una evidencia importante cabe tener presente que la definición del gasto público en salud incorpora el componente ingresos propios. Por cierto, el nivel de ingresos propios no solo introduce interrogantes a nivel conceptual. Si se considera el gasto total neto de ingresos propios, se dispone de un nivel que puede ser definido como 'financiamiento público'. Los coeficientes de concentración estimados en base a este último, tanto para la población total como para la no asegurada en el IPSS, ascienden respectivamente a 0.04 y 0.15. Ello muestra un panorama en el cual la acción pública en salud -incluyendo a las fuentes cooperantes- sería algo menos regresiva aunque la diferencia no resulta muy significativa debido a la reducida importancia de los ingresos propios en el gasto total.

## **2.3 Las fuentes de financiamiento del gasto público en salud y su comportamiento distributivo**

### **2.3.1 Gasto público en salud según fuentes de financiamiento**

#### **Apreciaciones generales**

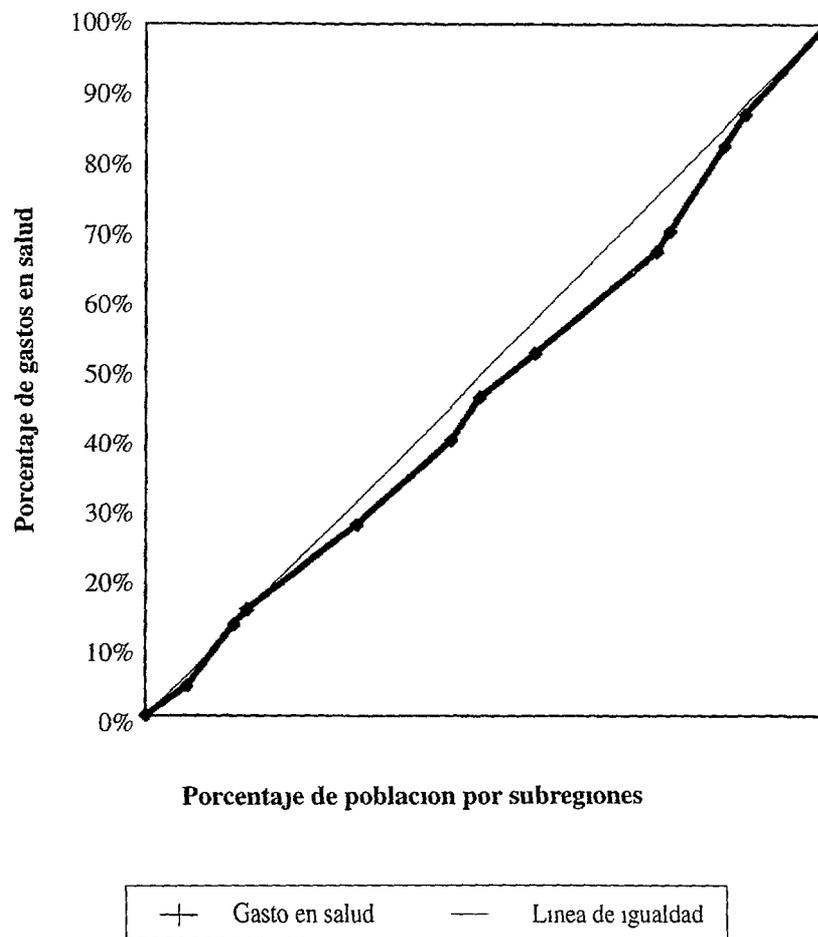
Con relación a la pregunta sobre quien y como se financia el gasto público en salud, el análisis llevado a cabo sirve para identificar quien y de que forma realiza el esfuerzo de sostener determinado nivel de gasto, pudiendo ser el fisco con recursos obtenidos mediante impuestos generales o endeudamiento -fuentes Tesoro Público y endeudamiento- el sector privado mediante el pago parcial por la prestación de servicios de salud -fuente ingresos propios- o la cooperación externa -fuente transferencias o donaciones-<sup>10</sup>

Cabe anotar que, dada la naturaleza de la información, el análisis abstrae las consideraciones sobre la oportunidad en la disposición de los recursos por parte de las subregiones. Este aspecto es de particular importancia si se analiza la dinámica de la ejecución presupuestal, en la cual se ha evidenciado -en la mayoría de los casos- limitaciones en el flujo de recursos por consideraciones de caja fiscal o incapacidad de gasto de las instituciones, lo cual se traduce en la generalmente observada diferencia entre los presupuestos autorizados y ejecutados.

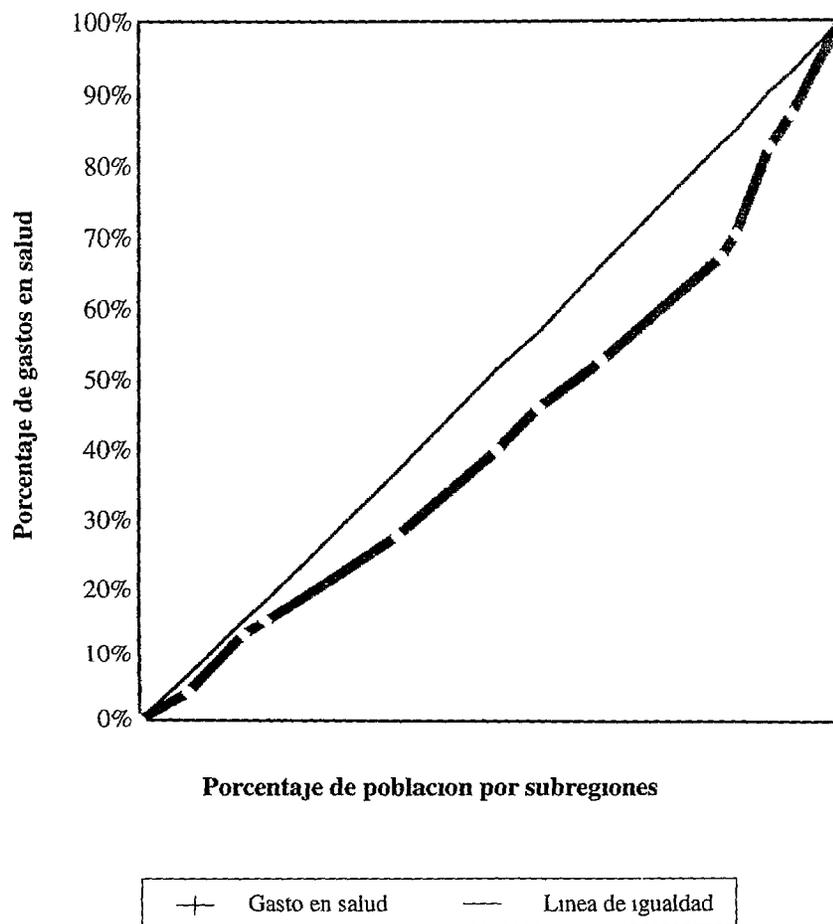
---

<sup>10</sup> El estudio solo considero las donaciones de la USAID realizadas a traves de proyectos como el Programa de Alimentación y Nutrición a Familias en Alto riesgo (PANFAR) y al Programa de Salud Reproductiva (PASARE).

**Gráfico N° 2**  
**CURVA DE LORENZ DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD**  
**RESPECTO DE LA POBLACION TOTAL**



**Gráfico N° 3**  
**CURVA DE LORENZ DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD**  
**RESPECTO DE LA POBLACIÓN NO ASEGURADA**



A nivel global el Tesoro Público constituyó la principal fuente de financiamiento del gasto público en salud (79 por ciento) mientras que en menor medida contribuyeron las transferencias (13 por ciento) e ingresos propios (8 por ciento). Por su parte la fuente endeudamiento externo contribuyó marginalmente en la medida que la ejecución del gasto con cargo a los recursos de endeudamiento se registra mayormente desde 1995.

En forma referencial, se apreciaría una reducción en la importancia relativa del Tesoro Público en el financiamiento del gasto público en salud. En efecto ANSSA Perú (1986) estima que en el periodo 1980-1984 los recursos del Tesoro Público financiaron el 89 por ciento del referido gasto en tanto que Suárez (1987) ubica dicha participación en 86 por ciento para el bienio 1984-1985.

Con relación a la fuente ingresos propios los estudios anteriormente mencionados no permiten establecer un rango de participación que podría ser considerado referencial. Así mientras que ANSSA Perú estima que en el periodo 1980-1984 los ingresos propios financiaron el 7 por ciento del gasto público en salud Suárez et al ubican dicho nivel en 3 por ciento para el lapso 1984-1985.

No obstante, se considera que en los últimos años los ingresos propios han aumentado su participación relativa. Un estudio del MINSA PFSS CAFSS (1995) señala que a nivel nacional dicha participación ha pasado del 6 por ciento en 1990 al 16 por ciento en 1994 aspecto que es interpretado como que esta fuente de financiamiento « ha servido para compensar de alguna manera las limitaciones de recursos por la fuente Tesoro Público ». Para 1994, de Habich (1995) estima que los ingresos propios representaron el 12.5 por ciento del gasto público en salud. Las discrepancias podrían explicarse porque en el presente estudio se ha considerado la ejecución y no el calendario de compromisos, el cual podría sobrestimar los recursos por esta fuente de financiamiento además se ha incluido los recursos canalizados a través del INS USAID y FONCODES<sup>11</sup>.

---

11 La inclusión de estas instituciones como financiadoras del gasto en salud debido a que representan fondos de transferencias en el primer caso y de endeudamiento parcial en el segundo implica una reducción del porcentaje financiado a través de ingresos propios respecto al obtenido en otros estudios. Estos no habrían considerado estas fuentes de financiamiento. Excluyendo estas fuentes para las doce subregiones se obtiene una participación de los ingresos propios del 10 por ciento.

### Financiamiento per cápita y por no asegurado

El financiamiento del Tesoro Público per capita asciende, en promedio a S/ 32 y por no asegurado, a S/ 45. Las variaciones en ambos indicadores son grandes, mayores en el caso del financiamiento por no asegurado, varía entre más de S/ 100 en Ica hasta menos de S/ 30 en Chanka y Huancavelica.

En el caso de los ingresos propios, como era de esperarse, el monto es mayor en las subregiones de mayor desarrollo relativo y mayores ingresos de la población, mientras que las transferencias muestran un comportamiento más bien irregular.

Las diferentes fuentes de financiamiento pueden analizarse de una mejor manera comparándolas con las necesidades de salud de manera similar a lo realizado anteriormente para el gasto total, contrastando los montos per cápita y/o por no asegurado con el Índice de Necesidades Básicas de Salud (INBS).

La relación entre los montos de financiamiento per capita por cada fuente y las necesidades de salud de las diferentes subregiones puede apreciarse en los Gráficos 4, 5 y 6. En el caso de la fuente Tesoro Público, el patrón muestra bastante similitud con el del gasto total. Sin embargo, a diferencia del gasto total, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre financiamiento del Tesoro Público e INBS<sup>12</sup>.

En el caso de la fuente ingresos propios (Gráfico 5), se evidencia una relación negativa muy clara con el INBS, mucho más robusta que las relativas al gasto total y al financiamiento del Tesoro Público. Ello estaría relacionado al hecho de que las regiones con mayores necesidades de salud son simultáneamente las más pobres y por ello, las que tienen menor capacidad de pago por las atenciones de salud.

---

12 Una regresión entre el financiamiento por Tesoro Público por no asegurado y el INBS arrojó un coeficiente negativo de -0.54, pero con un R cuadrado de solo 0.18 y un estadístico t de -1.49 que no resulta significativo para un 90 por ciento de confianza. Al considerar el financiamiento por Tesoro Público per capita y el INBS, el coeficiente fue positivo de 0.32, pero con un R cuadrado de 0.03 y un estadístico t de sólo 0.59 que tampoco resulta significativo.

En el caso de la fuente donaciones o transferencias se muestra una relación positiva entre financiamiento y necesidades pero con oscilaciones importantes (Gráfico 6). Las principales subregiones que se encontrarían fuera de la norma son las de Moquegua con alto financiamiento per capita y bajo nivel de necesidades y Huancavelica con un financiamiento relativamente bajo para su elevado índice de necesidades de salud.

### **Participación de las distintas fuentes por subregiones**

A nivel de las subregiones de salud se observa un amplio rango de variación en la participación relativa de las diversas fuentes de financiamiento en particular Tesoro Público e ingresos propios. En el caso de la primera fuente mencionada se registraron participaciones mínimas del orden de 71 a 72 por ciento para las subregiones Chanka-Andahuaylas, Lima Este y Ayacucho y máximas de 83 a 86 por ciento para las subregiones Ucayali, Moquegua y San Martín.

En Chanka-Andahuaylas y Ayacucho la menor importancia relativa de los recursos del Tesoro Público fue compensada por una mayor participación de las transferencias o donaciones las cuales representaron el 26 y 25 por ciento del gasto público en salud en dichas subregiones respectivamente. Esto refleja el hecho de que los recursos de cooperación externa se dirigieron principalmente a las zonas más pobres siguiendo lineamientos tanto de las fuentes cooperantes como el propio esfuerzo de la administración central del MINSA de poner más énfasis en criterios de equidad y revertir la tendencia no progresiva de los fondos asignados por el Tesoro Público a través de los presupuestales regionales.

Otro ángulo de análisis es el referido a la relación que existe entre la participación relativa del Tesoro Público como fuente de financiamiento del gasto público en salud y el Índice de Necesidades Básicas de Salud (INBS) correspondiente a las subregiones consideradas en el estudio. A priori se esperaría una mayor participación estatal en las zonas que presentan mayores necesidades de atención de salud en particular si se considera las elevadas tasas de mortalidad y desnutrición crónica infantiles de acuerdo a los objetivos de política del sector salud.

Sin embargo si para las nueve primeras subregiones ordenadas ascendente mente con base en el INBS, el Tesoro Público financió el 81 por ciento del gasto en los casos de Chanka-Andahuaylas y Ayacucho dicha contribución disminuyó a 71-72 por ciento para luego aumentar a 80 por ciento en Huancavelica. En

estas tres subregiones las más pobres del Perú el Tesoro Público financio en promedio una proporción menor del gasto que en el resto de unidades

Con relación a las transferencias o recursos de cooperación externa se observa una alta asociación positiva entre la participación relativa de esta fuente de financiamiento y el INBS

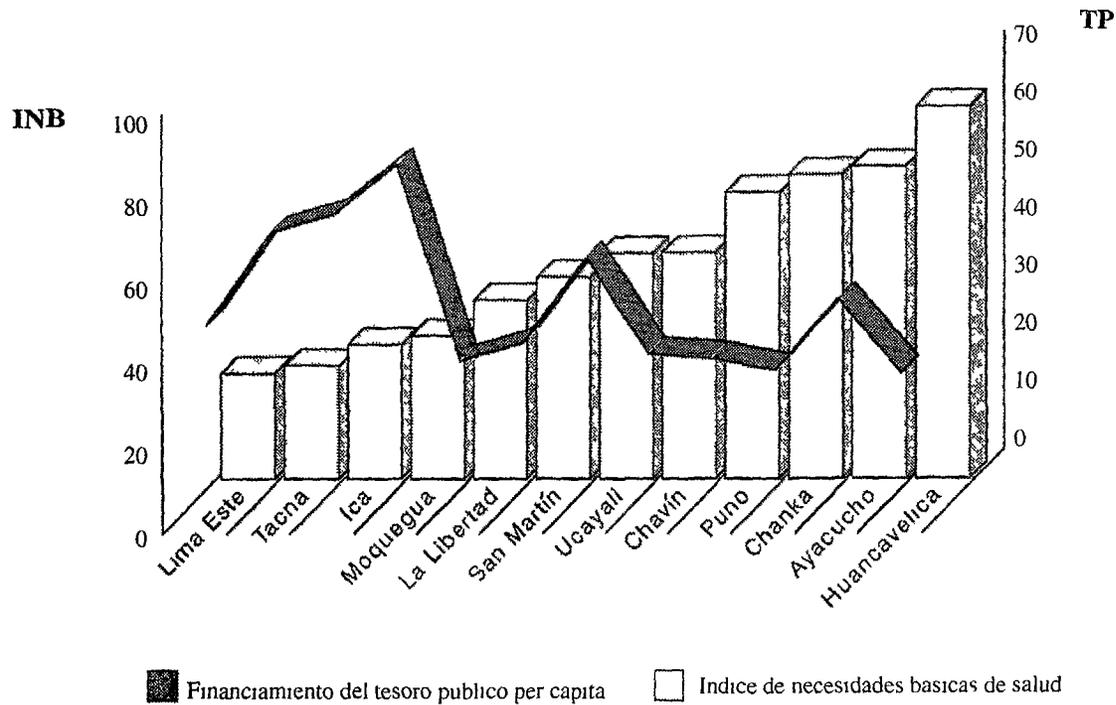
### **2.3.2 Distribución según fuentes de financiamiento**

El análisis de la estructura según fuentes de financiamiento por subregiones de salud permite hacer algunas consideraciones en torno al efecto distributivo de las mismas, en particular del Tesoro Público e ingresos propios. Del total de recursos de la primera fuente mencionada, el 64 por ciento se orientó a cinco subregiones: La Libertad, Puno, Ica, Chavín y Lima Este, las cuales a su vez concentraron un porcentaje de la población total ligeramente mayor (67 por ciento)

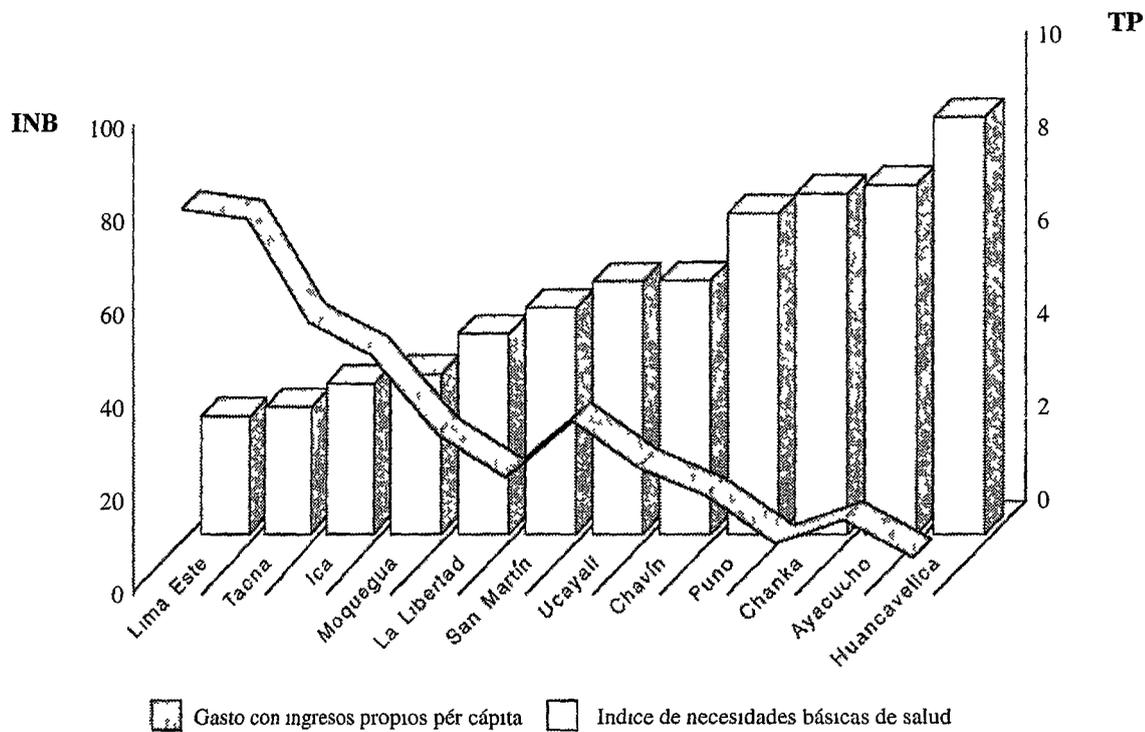
Los valores absolutos deben ser relativizados en términos del tamaño de la población. Por ejemplo, con excepción de Ica y Lima Este, las restantes tres subregiones que concentraron la mayor parte del financiamiento vía Tesoro Público presentaron niveles per cápita inferiores al promedio nacional. Los casos de Puno y Ayacucho son particularmente interesantes: a Puno se orientó un elevado volumen de recursos del Tesoro Público, los cuales a su vez constituyeron la principal fuente de financiamiento del gasto de la subregión, empero dada la magnitud de su población, el gasto per cápita correspondiente resultó 17 por ciento inferior al promedio nacional. Por su parte, a Ayacucho se orientó el 8 por ciento del total de recursos del Tesoro Público, los cuales presentaron una menor importancia relativa en la estructura de financiamiento de la subregión; sin embargo, el gasto per cápita correspondiente superó en 14 por ciento al promedio nacional.

El 69 por ciento de las transferencias se concentró en las subregiones de salud Ayacucho, Chavín, Puno, La Libertad y Lima Este, en las cuales residía el 66 por ciento de la población, presentando así un patrón aparentemente similar al de los recursos del Tesoro Público. En el caso de los ingresos propios, el 28 por ciento del total fue generado en la subregión Lima Este, seguido por la Libertad (17 por ciento) e Ica (13 por ciento), las que en conjunto concentraron el 38 por ciento de la población; en el otro extremo se ubicaron las subregiones Huancavelica, Chanka-Andahuaylas, Ayacucho y Moquegua, que explicaron el 8 y 17 por ciento de los ingresos propios y de la población, respectivamente.

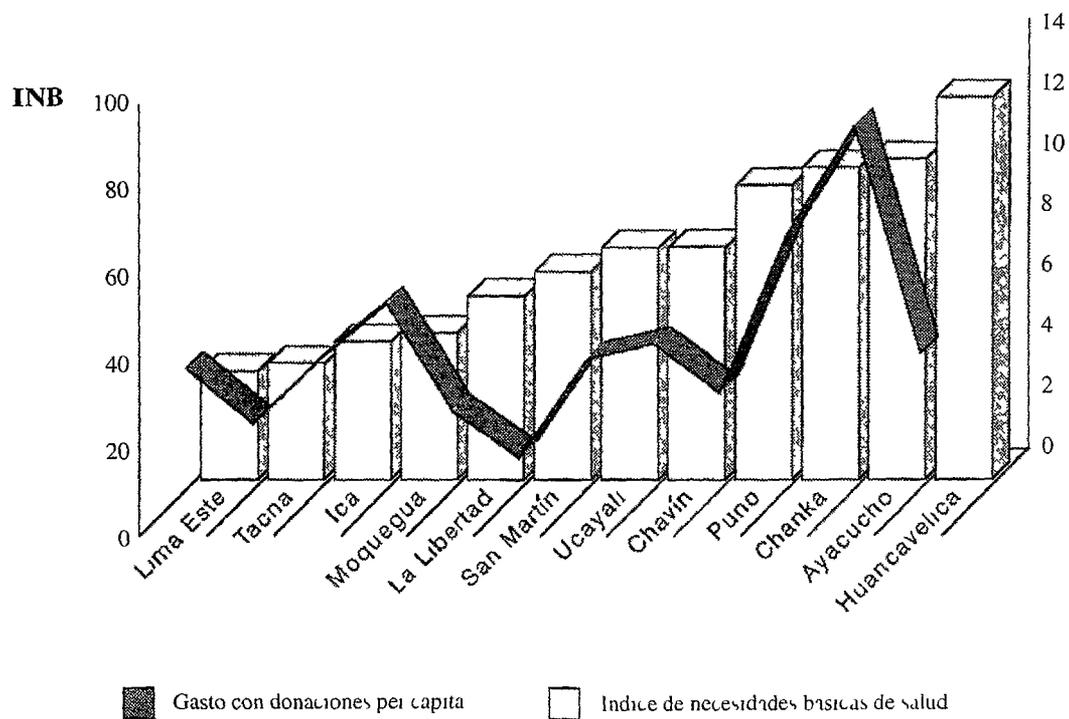
Grafico N° 4  
 SALUD FINANCIAMIENTO DEL TESORO PUBLICO Y NECESIDADES 1994



**Grafico N° 5**  
**SALUD GASTO CON INGRESOS PROPIOS Y NECESIDADES 1994**



**Grafico N° 6**  
**SALUD DONACIONES Y NECESIDADES 1994**



Con base en la estimación de curvas de Lorenz generalizadas y coeficientes de concentración, se obtiene información sobre el patrón distributivo de las diversas fuentes de financiamiento del gasto público en salud. Asimismo se espera una distribución desigual de los ingresos propios y por consiguiente un coeficiente de concentración alto. Por su parte, la evidencia indica que las transferencias presentan un patrón progresivo lo que se traduce en un coeficiente de concentración negativo.

En efecto, las curvas de Lorenz generalizadas muestran el comportamiento esperado para los ingresos propios y las transferencias o donaciones (Gráfico 7). Así, el 15 por ciento de la población con mayores necesidades básicas explicó el 4 por ciento del total de ingresos propios generados, en tanto que el mismo porcentaje de población absorbió aproximadamente el 30 por ciento de las transferencias. En el caso del Tesoro Público, las cinco subregiones de salud que presentaron los mayores INBS y que representan el 45 por ciento de la población solo absorbieron el 39 por ciento del presupuesto.

Los coeficientes de concentración estimados ascienden a 0,06, 0,34 y -0,12 para las fuentes de financiamiento Tesoro Público, ingresos propios y transferencias respectivamente. Ello permite afirmar que i) los recursos del Tesoro Público presentaron un patrón «neutral» en términos de su distribución geográfica, es decir, no exhibieron un sesgo a favor de las subregiones con mayores necesidades de salud; ii) los ingresos propios son generados mayormente en las subregiones que presentaron menores INBS, es decir, mayor desarrollo relativo; y iii) las transferencias o donaciones presentaron un patrón de distribución progresivo.<sup>13</sup>

### 2.3.3 Gasto público en salud según presupuestos de origen

La distinción entre fuentes de financiamiento y presupuestos de origen es particularmente importante, dado que estas últimas constituyen, en la práctica, las fuentes «percibidas» como financiadoras por las subregiones de salud. A través de ellas obtienen efectivamente los recursos financieros y deben reportar la ejecución del gasto, por lo general de acuerdo a diferentes procedimientos.

---

13. Las curvas de Lorenz generalizadas y los coeficientes de concentración se han estimado en base a la población total. Los estimados en base a la población no asegurada muestran un patrón levemente regresivo de la fuente de financiamiento Tesoro Público, neutral de las transferencias y altamente «desigual» de los ingresos propios. Los coeficientes de concentración ascienden a 0,17, 0,03 y 0,45 respectivamente.

administrativos. En el presente trabajo se identificaron hasta 22 presupuestos de origen, lo que ya es indicativo de un sistema administrativo poco eficiente.

Algunos de estos presupuestos de origen pueden tener su inicio en una sola fuente, por ejemplo, el Tesoro Público financia a las subregiones directamente a través del programa presupuestal gobiernos regionales, así como por el Programa de Salud Básica para Todos. Además, por lo general, las subregiones no identifican cuál es la fuente de los presupuestos de origen, por ejemplo, a través de los programas nacionales pueden recibir medicinas adquiridas con recursos del Tesoro Público u obtenidas por donación. Ello pone de manifiesto, de por sí, la necesidad de una reorganización a nivel administrativo que permita la aplicación de políticas de salud de carácter global y coordinadas, a la vez que facilite la administración de los recursos por parte de las subregiones.

Del total del gasto público registrado en las doce subregiones que conforman la población objetivo del estudio, ascendente a US\$ 133,8 millones, el 67 por ciento fue financiado por el presupuesto regional, contribuyendo en menor medida los presupuestos de origen USAID o cooperación externa (13 por ciento) e ingresos propios (8 por ciento). El resto presentó magnitudes marginales en términos de su participación relativa.

Sin embargo, cabe destacar los casos del Programa de Salud Básica para Todos (PSBT) y el Instituto Nacional de Salud (INS)-otros, a través de los cuales el Estado financió el 9 por ciento del gasto. Los fondos enviados por estos dos presupuestos de origen a las subregiones de salud corresponden al Programa de Mejora del Gasto Social Básico, coordinado por la Presidencia del Consejo de Ministros, programa que durante 1994 se llamó Focalización del Gasto Social. Este programa comenzó a funcionar efectivamente en agosto de 1994, por lo que en el registro del total de gastos para ese año aparece con una proporción reducida del total.

A manera de aproximación, puede señalarse que para 1995 el Programa de Salud Básica para Todos elevó sus niveles de remesas a todas las subregiones de salud de S/ 47 millones en 1994 a aproximadamente S/ 220 millones, es decir, prácticamente se quintuplicó.

Suponiendo que el gasto por todos los demás conceptos se hubiera elevado en un 10 por ciento, el Programa de Salud Básica habría pasado de representar el 5

por ciento del gasto en salud en las subregiones, a ser casi el 20 por ciento, y si los fondos del Programa de Alimentación Complementaria (PACFO) del INS también se hubieran quintuplicado, la importancia de estos dos programas juntos habría llegado a más del 30 por ciento

En la medida que los presupuestos de origen ingresos propios y USAID son básicamente los mismos que las fuentes de financiamiento ingresos propios y transferencias o donaciones anteriormente consideradas, el análisis se circunscribe a los presupuestos regionales, PSBT, programas nacionales de salud e INS-otros que son los presupuestos de origen principales del financiamiento del Tesoro Público obviándose FONCODES por su participación relativamente marginal

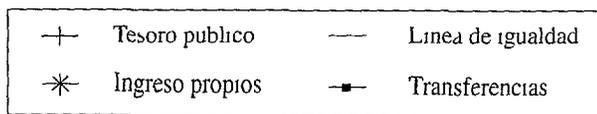
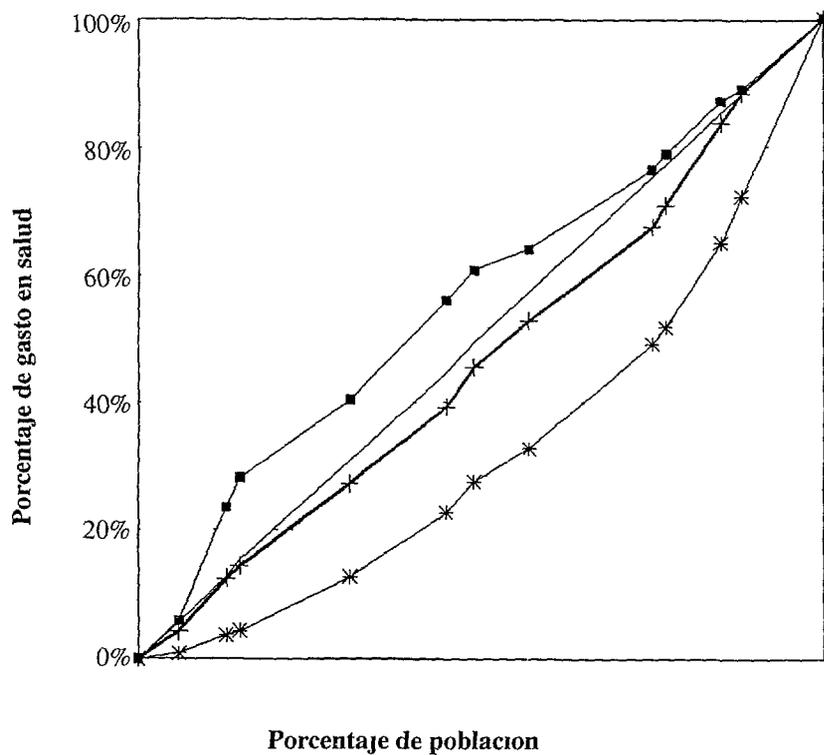
A nivel de las subregiones se observa una amplia variación en la importancia relativa de los diversos presupuestos de origen en el financiamiento del gasto público en salud Así por ejemplo en el caso del presupuesto regional se observó una participación mínima de 33 por ciento para la subregión Chanka-Andahuaylas intermedia del orden de 52 por ciento para las subregiones Ayacucho y Huancavelica y máxima de 77 por ciento en San Martín e Ica

Es interesante destacar la estructura de financiamiento de Chanka-Andahuaylas si bien se observa una menor participación relativa de los recursos del Tesoro Público al interior de las fuentes de financiamiento de esta subregión, el análisis indica que dichos recursos se canalizaron principalmente a través de instancias centrales dado que los presupuestos de origen PSBT programas nacionales de salud e INS-otros más que compensaron la menor contribución relativa del presupuesto regional 33 versus 36 por ciento En los casos de Ayacucho y Huancavelica se observa asimismo un importante dinamismo de los presupuestos de origen PSBT programas nacionales e INS-otros

¿Que determina el patrón de financiamiento diferenciado? ¿Por que en algunas subregiones los recursos provenientes del Tesoro Público se canalizaron principalmente a través del presupuesto regional mientras que en otras caracterizadas por presentar mayores necesidades de salud de acuerdo al INBS, se orientaron vía programas centralmente diseñados de atención de la salud materno-infantil y preventiva?

La composición al interior del presupuesto regional muestra que la participación relativa promedio del presupuesto subregión de salud ascendió a 91 por

**Gráfico N° 7**  
**CURVA DE LORENZ POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO**  
**RESPECTO DE LA POBLACIÓN TOTAL**



ciento frente a un 9 por ciento del correspondiente a gobiernos regionales, el cual se destinó exclusivamente a inversión. Cabe destacar los casos de Ucayali y La Libertad en donde los gobiernos regionales contribuyeron al financiamiento del gasto en una proporción importante: 42 y 27 por ciento del total del presupuesto regional, respectivamente.

El presupuesto de origen MINSÁ-INS presentó una importante contribución relativa en el financiamiento del gasto público en salud de las subregiones de menor desarrollo relativo, aunque también exhibió una notable participación en Tacna. En particular, merece destacar la importancia del presupuesto de origen PSBT en el financiamiento del gasto en las subregiones Chanka-Andahuaylas, Huancavelica y Ayacucho, con participaciones relativas del orden de 10 por ciento y más, y del presupuesto de origen INS-otros, principalmente del Programa de Alimentación Complementaria (PACFO) que constituye una vía de financiamiento focalizada en la sierra sur.

Por su parte, cabe mencionar la baja participación relativa del presupuesto de origen programas nacionales de salud, no obstante el énfasis asignado al interior de la política nacional de salud. Ello se debe, por un lado, a que por este mecanismo solo se financian algunos insumos claves y montos muy pequeños de "propinas" o gastos de movilidad. Además, existen otros presupuestos de origen que financian este tipo de materiales, tales como los insumos de planificación familiar enviados por la USAID. Por otro lado, dentro del presupuesto regional financiado por el Tesoro Público, están incluidos una buena parte de los gastos laborales y de servicios generales requeridos por los programas nacionales. Todo ello lleva a que el gasto en programas nacionales sea mucho mayor que el financiamiento otorgado directamente por estos programas. Cabe señalar también la existencia de una hipótesis que señala que « una vez que todos estos programas costo-efectivos están plenamente accesibles a toda la población, pueden razonablemente requerir solo una pequeña parte del gasto público » (Birdsall y Hecht 1995) hipótesis que, sin embargo, no se puede contrastar con la evidencia existente.

Tal como se indicara, las magnitudes relativas soslayan el aspecto del nivel absoluto del gasto en la medida que una alta participación en la distribución según presupuestos de origen para cada una de las subregiones de salud podría estar reflejando el bajo nivel de gasto total en sí. Cabe anotar, sin embargo, que a través del presupuesto de origen MINSÁ-INS se orientó volúmenes importantes de recursos a las subregiones más pobres.

La importancia de las remesas del MINSA INS en las subregiones con mayores necesidades de salud y más pobres podría explicarse por la existencia de una nueva política que pone mayor énfasis en los aspectos de equidad y que se implementa desde el nivel central posiblemente por temor a que los niveles descentralizados subregiones no orienten esos recursos a las prioridades establecidas -establecimientos de primer nivel intervenciones de salud básicas

### **2.3.4 Distribución según presupuestos de origen**

La finalidad del acápite es identificar el patrón distributivo de los diferentes presupuestos de origen a nivel de subregiones de salud excluyéndose el análisis de los ingresos propios y de USAID dado que ya han sido considerados

Con relación al presupuesto de origen gobierno regional las subregiones La Libertad e Ica en las cuales residía el 26 por ciento de la población concentraron el 30 por ciento del total de recursos mientras que en el otro extremo se ubicó Chanka Andahuaylas que solo absorbió el 1 por ciento Asimismo destacaron las subregiones Chavín Puno y Lima Este que en conjunto dieron cuenta del 37 y 41 por ciento del presupuesto considerado y la población respectivamente

Por su parte el 33 por ciento del presupuesto de origen Programa Salud Básica para Todos (PSBT) se concentró en las tres subregiones de salud más pobres Huancavelica, Ayacucho y Chanka-Andahuaylas en las cuales residía el 15 por ciento de la población Cabe mencionar que Lima Este también absorbió un volumen importante de los recursos de este presupuesto de origen (10 por ciento) El 30 por ciento de los recursos del presupuesto de origen programas nacionales de salud se orientó a La Libertad y Ucayali mientras que el 28 por ciento se destinó a las subregiones de la sierra del país Puno Chanka Andahuaylas Ayacucho y Huancavelica En estas seis subregiones residía el 44 por ciento de la población nacional

Con relación a los recursos del presupuesto de origen Instituto Nacional de Salud (INS) otros estos se orientaron fundamentalmente a las subregiones de salud más pobres lo que se explica por la focalización del Programa de Alimentación Complementaria (PACFO) en las subregiones de la sierra del país así el 71 por ciento de los recursos presupuestales se canalizó al 31 por ciento de la población

A fin de aproximar el patrón distributivo de los diversos presupuestos de origen se procedió a estimar curvas de Lorenz generalizadas y coeficientes de concentración. En los casos de los presupuestos de origen PSBT e INS-otros se espera a priori un patrón claramente progresivo, ello en la medida que se han definido con un alto contenido de focalización en los sectores o áreas geográficas más pobres. Asimismo, dada su cobertura, el presupuesto de programas nacionales de salud debería tender a presentar un patrón progresivo o, en el extremo, «igualitario».

Las curvas de Lorenz generalizadas con respecto a toda la población reflejan el comportamiento esperado para los casos de PSBT, programas nacionales de salud e INS-otros. En el primer análisis se refieren a la población total. En este caso, el presupuesto de origen gobierno regional presentó un patrón de distribución regresivo. En efecto, el coeficiente de concentración ascendió a 0,11 frente al 0,06 registrado para la fuente de financiamiento Tesoro Público. Ello refleja que los presupuestos agrupados bajo el rubro MINSA-INS, financiados fundamentalmente por el Tesoro Público, introducen una cierta progresividad en la distribución de los recursos fiscales. Los coeficientes de concentración estimados confirman lo observado, ascendiendo a -0,13 y -0,43 para los presupuestos de origen PSBT e INS-otros, respectivamente. Por su parte, los programas nacionales de salud exhibieron un patrón distributivo neutral (Gráfico 8).

También se presentan los resultados para la población no asegurada. En este caso, los estimados de los coeficientes de concentración muestran un patrón regresivo del presupuesto de gobiernos regionales, progresivo de INS-otros, neutral de PSBT y levemente regresivo de programas nacionales. Los respectivos coeficientes de concentración fueron 0,22, -0,35, -0,03 y 0,14. La observación de las Curvas de Lorenz generalizadas para estos casos (ver Gráfico 9) muestra, en el caso de PSBT, un comportamiento peculiar: el gasto de este presupuesto de origen se concentra en una proporción importante en las tres subregiones más pobres, las de la sierra central sur, pero se destinan en una proporción menor a su población a un gran grupo 'medio' de subregiones para volver a destinarse en forma importante a las subregiones más desarrolladas. En otras palabras, se estaría otorgando mayores recursos a los extremos: los más pobres y los más desarrollados, y menos al grupo medio. Debido a que existe un nivel de concentración en los más pobres, un análisis que priorice los conceptos de pobreza antes que los de distribución, indicaría que el programa PSBT sí puede ser calificado como anti-pobreza.

## **2.4 Como se gasta el gasto por categorías y por rubros**

### **2.4.1 Gasto corriente y de inversión**

Una interrogante particularmente importante se refiere al destino del gasto es decir en que se gasta. La respuesta comprende diferentes niveles de análisis por ejemplo según categorías y rubros establecimientos del sector y servicios de salud. Un primer nivel corresponde a la distinción entre categorías del gasto corriente e inversión es decir entre el gasto incurrido en la prestación actual de los servicios de salud y el orientado a la mejora y/o construcción de infraestructura o dotación de equipo. En última instancia al desarrollo y ampliación de dichos servicios.

En términos de análisis de costos a un nivel agregado es muy difícil estimar a cuanto asciende el valor de la infraestructura física y los equipos su depreciación y los costos financieros asociados por lo que en muchos casos el análisis se limita a los gastos corrientes<sup>14</sup>

#### **Gasto corriente**

La mayor parte del gasto público en salud en las doce subregiones corresponde a gasto corriente que ascendió en 1994 a S/ 270 millones y representa un 92 por ciento del total.

En promedio dos terceras partes del gasto corriente son financiadas por el Tesoro Público a través del presupuesto subregional en salud el 8 por ciento por ingresos propios el 12 por ciento por remesas del sector salud y el 14 por ciento restante por cooperación externa.

El presupuesto de la subregión de salud financiado por el Tesoro Público representa una proporción bastante menor en Andahuaylas Chanka (solo un tercio del total) y en Ayacucho (cerca de la mitad del total) regiones donde las transferencias de USAID tienen un peso muy importante, así como los progra

---

<sup>14</sup> Es el caso por ejemplo de los estudios sobre efectos distributivos del gasto público. Véase por ejemplo Selowsky (1977) para un estudio global sobre Colombia de Habich (1991) para un análisis sobre salud en el Perú y Rodríguez (1993) y Francke (1994) en relación al gasto educativo en el Perú.

mas de Mejora del Gasto Social Básico tanto en lo referido a Salud Básica para Todos como del Programa de Alimentación Complementaria llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud

### **Gastos de inversión**

Los gastos de inversión fueron de S/ 23 7 millones, representando un 8 por ciento del total

De acuerdo a MINSA-PFSS-CAFSS (1995) los gastos de inversión se redujeron notoriamente durante la crisis, disminuyendo su participación en el gasto total en salud. En efecto, de 11 por ciento entre 1980-85 pasaron a 9 por ciento entre 1986-90. Este comportamiento se ha observado en general dentro del gasto público en los países que atraviesan periodos de ajuste.

No se dispone de cifras nacionales de inversión en salud para 1990-1995 pero en 1994, en el nivel central el gasto de inversión fue de 13.5 por ciento del total<sup>15</sup>

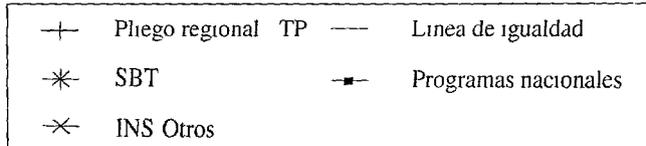
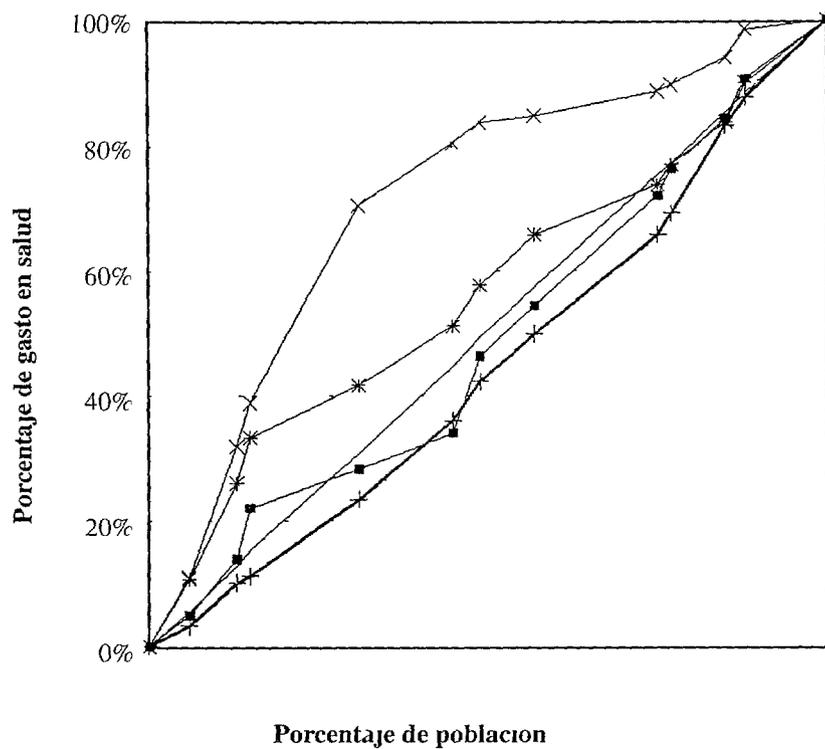
Aunque las cifras obtenidas no pueden extrapolarse el 8 por ciento de inversión encontrado estaría indicando que hasta 1994 los niveles de inversión en salud se mantenían relativamente reducidos y que en las regiones había niveles de inversión bastante inferiores a los del nivel central.

Cabe señalar que esta situación probablemente se haya modificado en 1995 con el inicio de la entrega de equipos por parte del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS) los cuales representan montos bastante significativos. Los efectos de considerar esa información serían bastante variables por subregiones debido a que la forma de operación del PFSS consiste en entregando los equipos por «redes» similares a las subregiones de tal manera que para un determinado periodo algunas subregiones han recibido montos importantes mientras que otras no han recibido nada aún. La inclusión de esta información elevaría el porcentaje de gastos de inversión sobre el total y reduciría la importancia de los otros presupuestos de origen en el financiamiento del gasto de inversión.

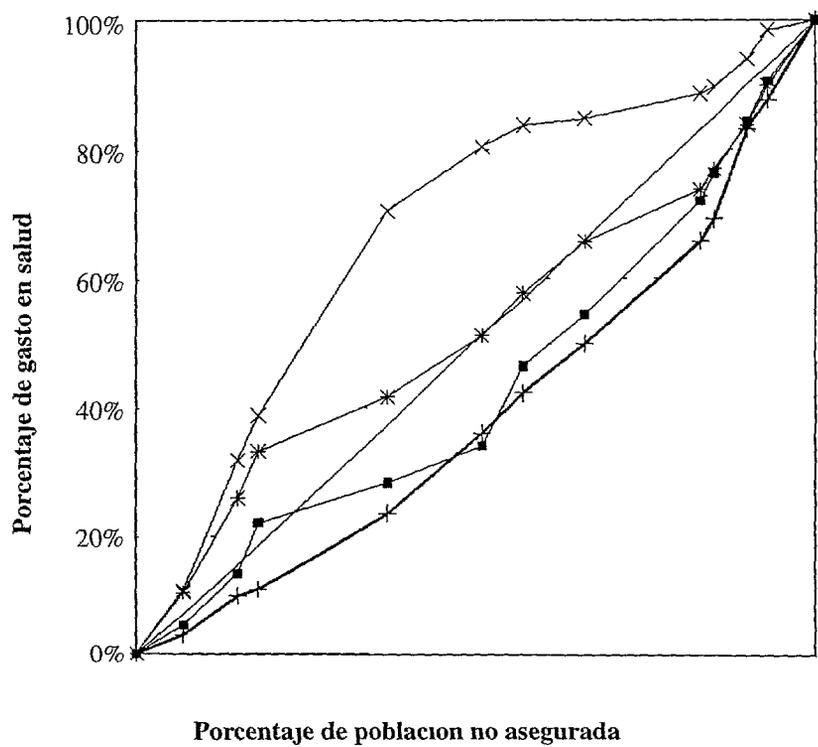
---

15 Aunque esta cifra no estaría incluyendo las inversiones de FONCODES en salud en Lima y Callao incluye todo el plego MINSA.

**Gráfico N° 8**  
**CURVA DE LORENZ POR PRESUPUESTO DE ORIGEN**  
**RESPECTO DE LA POBLACIÓN TOTAL**



**Gráfico N° 9**  
**CURVA DE LORENZ POR PRESUPUESTO DE ORIGEN**  
**RESPECTO DE LA POBLACIÓN NO ASEGURADA**



+ Pliego regional TP	— Línea de igualdad
* SBT	■ Programas nacionales
x INS Otros	

El porcentaje de gasto en inversiones es mayor en las subregiones de Ucayali, La Libertad y San Martín. En el primer caso, ello se debe a la existencia de recursos provenientes del canon petrolero que recibe la región y que, por ley, deben destinarse a inversión, recibiendo el sector salud una parte de esos recursos<sup>16</sup>.

En el caso de La Libertad, se trata de recursos del Tesoro Público canalizados a través del gobierno regional. En San Martín, son recursos tanto del gobierno regional como de la subregión de salud, y su monto relativamente alto podría explicarse por una gestión que destina recursos humanos y tiene capacidad para generar proyectos.

En general, los porcentajes de gasto público en salud destinados a inversión son muy variables, ya que van desde un 31 por ciento en Ucayali a menos del 2 por ciento en Puno y Andahuaylas. Destacan los bajos niveles de inversión en las regiones más pobres de la sierra (menores a 2,6 por ciento en Huancavelica, Ayacucho, Andahuaylas y Puno). Sin embargo, exceptuando las tres subregiones de Ucayali, La Libertad y San Martín, mencionadas en el párrafo anterior, todas las demás destinan menos del 5 por ciento del gasto público en salud a inversiones.

El gasto en inversión en las doce subregiones durante 1994 se ejecutó en un 74 por ciento por los gobiernos regionales y en un 15 por ciento por FONCODES. Sin embargo, los porcentajes fueron muy variables entre subregiones. Por ejemplo, a pesar de la importancia de la inversión de los gobiernos regionales en el total, dicha inversión fue nula en las subregiones de Lima Este<sup>17</sup>, Andahuaylas, Chanka y Huancavelica, y representó apenas el 14 por ciento del total en Puno. En estas subregiones, FONCODES tiene un peso importante en el financiamiento de inversiones de salud.

También hay algunas subregiones en las cuales los ingresos propios responden en parte importante a la inversión, es el caso de Lima Este y Moquegua.

---

16. Es posible, sin embargo, que parte de estos recursos realmente estén siendo destinados a gastos corrientes pero contabilizados como gastos de inversión por exigencias legales. En el caso de una subregión, se encontraron formatos de reporte de gasto en los cuales se presentaban actividades (v.g. campañas contra la malaria) como proyectos de inversión.

17. En este caso, ello se debe a la inexistencia de gobierno regional. Las inversiones en esta subregión están a cargo de los programas presupuestales «Programa Nacional de Mantenimiento y Equipos» y «Mantenimiento Básico» del pliego MINSA, los que, sin embargo, no se utilizaron en inversiones significativas en la misma en el período bajo estudio.

donde entre un 30 por ciento y un 40 por ciento de las inversiones son financiadas por esa vía. A un menor nivel se encuentran las subregiones de Ayacucho y Puno con poco más de la décima parte de las inversiones financiadas con ingresos propios. Esto estaría reflejando por un lado, la capacidad de sustentar sus gastos corrientes sin necesidad de utilizar la totalidad de sus ingresos propios y por otro lado las dificultades en obtener financiamiento de otras fuentes para realizar sus inversiones.

#### **2.4.2 Gasto por rubros de personal, bienes y servicios**

Generalmente el gasto corriente constituye el componente principal del gasto total. Per-se tal composición no es necesariamente inadecuada debiendo analizarse la estructura de dicho gasto entre los rubros remuneraciones, bienes y servicios. Al interior del gasto en personal se registran distintos niveles de calificación, los que de acuerdo a los servicios que se busca otorgar a la población deben presentar determinadas proporciones para ser eficientes.

##### **Personal**

Dentro del gasto corriente el principal rubro es el de gastos en personal<sup>18</sup> que asciende a S/ 154 millones en las doce subregiones y representa un 57 por ciento del total. En medicinas y material médico se destina un 7 por ciento en promedio y en un gran rubro de «otros» se gasta el 36 por ciento del total.

A modo de comparación para Guatemala Meerhoff (1992) encuentra que 58 por ciento del gasto corresponde a personal, un 10 por ciento en medicinas y un 32 por ciento en «otros». Estos porcentajes no son interpretados por el autor como un exceso de gasto en remuneraciones sino como un reducido nivel de gasto en insumos que se habría visto afectado por el ajuste. Otro dato similar se conoce para Malawi donde el 65 por ciento del gasto es en remuneraciones y apenas el 2 por ciento en medicinas (Griffin 1988).

---

<sup>18</sup> El estudio calculó bajo este rubro todos los gastos en personal incluyendo los realizados bajo las modalidades de servicios no personales y las bonificaciones otorgadas mediante el rubro de financiamiento. En el texto para referirse a este concepto evitando redundancias se utilizan indistintamente los términos gasto en personal, gasto laboral o remuneraciones.

Cabe señalar que es usual que las experiencias de ajuste vengan acompañadas con una reducción del gasto en salud (tal como sucedió en el Perú) y que ello signifique una reducción mayor en el gasto en insumos que en el gasto de personal. El Banco Mundial (1993) presenta al respecto la experiencia de Costa de Marfil donde durante el ajuste entre 1980 y 1984 se redujo el gasto en salud en 12 por ciento real pero sobre la base de la reducción del gasto en medicinas y material médico. Luego de ello una etapa de recuperación económica suele traer consigo el proceso inverso es decir de una recuperación del gasto en salud dentro del cual aumenta más el gasto en insumos. En Costa de Marfil entre 1991 y 1993 el gasto en insumos aumentó de 20 por ciento a 24 por ciento del total del gasto público en salud. Es probable que eso mismo haya pasado en el Perú en los últimos años si bien no existe información que permita confirmar dicha hipótesis.

El gasto en remuneraciones representa un porcentaje más elevado del gasto corriente en las subregiones de Ica y San Martín donde supera los dos tercios del total segundas de Moquegua y La Libertad. Entre estas las subregiones de Ica y Moquegua tienen niveles de gasto total per capita y por no asegurado relativamente altas así como índices de necesidades de salud insatisfechas relativamente bajas lo que sugiere que podría haber exceso de personal (considerando necesidades más apremiantes en otras subregiones).

Los menores porcentajes de gasto en remuneraciones se observan en Chanka Andahuaylas (37 por ciento) y en Ayacucho (48 por ciento). Como se recorda a estas dos subregiones son también las que reciben una mayor proporción de recursos de PSBT y USAID que como veremos se destinan a remuneraciones en una proporción menor al promedio o nula.

Los diferentes tipos de personal también tienen importancia en el análisis del gasto en salud. La información recogida permite tener datos del personal de las planillas debiendo tenerse en cuenta que la no inclusión en el análisis subsiguiente del personal contratado por PSBT estaría sesgando los datos hacia una menor proporción de trabajadores asistenciales.

En las doce subregiones se ha encontrado que trabajan 1 450 médicos y 4 370 profesionales de la salud (enfermeras obstétricas, etc.)

Las remuneraciones de los médicos se encuentran desde mediados de 1994 entre S/ 1 344 y S/ 1 649. A esta cantidad se suma un monto variable por

concepto de guardias hospitalarias cuya cifra se ubica entre S/ 8 y S/ 12 por guardia. Más del 95 por ciento de la remuneración regular corresponde al concepto 'Nivelación con el IPSS', mientras que la llamada 'remuneración básica' varía entre 4 y 6 centimos y la llamada 'remuneración unificada' entre S/ 37 y S/ 46. No hay mayores diferencias entre nombrados y contratados ni para los médicos ni para otros cargos. Los médicos contratados por el Programa de Salud Básica para Todos perciben montos que están dentro del rango indicado sin embargo existen algunos médicos nombrados que ganan por horas extraordinarias y son pagados y contratados por PSBT tanto por la jornada regular de trabajo como por horas adicionales con lo que elevan substancialmente sus ingresos.

La remuneración de los médicos puede compararse con la de otros profesionales en la actividad privada: en octubre de 1995 los abogados (que trabajaban como dependientes de empresas con más de 10 trabajadores) ganaban en promedio más de S/ 2 600 mensuales y los economistas más de S/ 3 000 mensuales.

Un análisis de las planillas<sup>19</sup> muestra que, debido a sus remuneraciones relativamente mayores, los médicos que constituyen el 9 por ciento de todo el personal que trabaja en los establecimientos del MINSA reciben el 21 por ciento de los pagos de remuneraciones.

Las enfermeras y otros profesionales de la salud (obstetrices, odontólogos, etc.) tienen remuneraciones totales que varían entre S/ 470 y S/ 570 mensuales. Ellos constituyen el 26 por ciento de quienes trabajan en estas subregiones de salud y perciben el 37 por ciento de las remuneraciones de la planilla.

La diferencia entre médicos y otros profesionales de la salud se manifiesta también en las remuneraciones a los serujistas: los de medicina ganan S/ 1 300 mientras que los de otras profesiones perciben S/ 450 y los de enfermería S/ 300 mensuales. En total, en las doce subregiones, los serujistas son el 2 por ciento de la planilla y perciben el 1 por ciento de los haberes.

También es interesante anotar que entre los empleados privados la progresión de los ingresos con la experiencia es bastante más marcada que entre los profe-

---

19 Debe tenerse en consideración que, al ser un análisis de las planillas, se está dejando de lado al personal contratado por Salud Básica para Todos: ingresos propios u otro presupuesto de origen que pudiera haber.

sionales del MINSA un trabajador con más de 5 años en la empresa gana dos veces y media lo que uno con menos de tres meses mientras que en el MINSA esa relación es de 1 2 veces

Por su parte, los técnicos y administrativos ganan entre S/ 320 y S/ 880 aunque si se exceptúa a los funcionarios y cargos de confianza el máximo solo llega a S/ 400 Estos profesionales y técnicos no reciben el concepto nivelación con el IPSS que reciben los médicos en virtud de ley

Se ha encontrado que 9 por ciento del personal lo constituirían técnicos en enfermería técnicos sanitarios u otros técnicos en salud (laboratoristas auxiliares de farmacia etc) representando en total al 5 por ciento de la planilla

### **Medicinas y material médico**

El gasto total en medicinas en las doce subregiones asciende a S/ 8 5 millones lo que representa menos de S/ 1,50 por atención El gasto en material médico es algo superior al gasto en medicinas pero debe señalarse que este rubro incluye tanto bienes fungibles cuya venta es similar a la de las medicinas y operan dentro de PAC FARM -como los inyectables o las gasas- y bienes no fungibles como los bisturíes que responden más a la categoría de equipo médico

El gasto en medicinas y material médico<sup>20</sup> es una proporción similar del total en todas las subregiones excepto en Tacna En esta subregion la proporción del gasto en medicinas sobrepasa el doble del promedio Esto se debería en parte a los ingresos propios que representan una proporción importante del gasto total y que en buena parte se destinan a estos rubros Tal resultado probablemente se explique por el funcionamiento en esta subregion de un fondo rotatorio de medicinas que no solamente incluye el PAC FARM, sino que ha sido extendido a las medicinas comerciales y que funciona con bastante fluidez

Adicionalmente cabe anotar que el gasto en medicinas es algo menor al promedio en La Libertad mientras que el gasto en material médico es mayor en Lima Este

---

20 Considera las medicinas y material médico comprados por toda fuente de financiamiento y presupuesto de origen incluyendo los donados y de Programas Nacionales También incluye los de PAC FARM excepto en Chavin y Ayacucho donde estos gastos no se incluyen en los formatos de ejecución de gasto correspondientes

## Alimentos

La desnutrición es uno de los principales problemas de salud pública que afronta el país ya que afecta de manera crónica a cerca de la mitad de los niños, de acuerdo al Censo de Talla llevado a cabo entre los niños de 6 a 9 años del primer grado de primaria en 1993. En contra de lo que podría pensarse, las zonas rurales pobres a pesar de su cercanía al sector agropecuario, son las más afectadas. Debido a esta situación, los alimentos deben considerarse un insumo clave en la lucha contra este problema de salud, si bien una política nutricional sostenible responde más a otros factores como los ingresos, la educación y la productividad agrícola.

El estudio encontró que los alimentos tienen una importancia insospechada en los gastos de salud de las subregiones. Este rubro, que se considera dentro de la partida específica 02.01, corresponde básicamente a dos tipos de actividades. Por un lado, está la alimentación que se entrega en los hospitales a los internados y, en muchos casos, también al personal que allí labora. Por otro lado, están los alimentos entregados por los programas nutricionales que lleva a cabo el INS que en el periodo de estudio eran dos: el Programa de Alimentación Complementaria que forma parte del programa de mejora del Gasto Social Básico de la Presidencia del Consejo de Ministros conocido como PACFO y financiado por el Tesoro Público y el Programa de Alimentación Complementaria a familias en alto riesgo - PANFAR, financiado por la USAID y cuya ejecución corre a cargo de la ONG Prisma-

En las doce subregiones, los gastos en alimentos ascienden al 19 por ciento de los gastos corrientes en salud con un total de S/ 51 millones, más del doble del gasto en inversión y casi el triple del gasto en medicinas y material médico. Esto da indicios de un alto costo de las intervenciones nutricionales.

De acuerdo al INBS, las subregiones con mayores necesidades de salud y que, como vimos, tienden a tener un mayor financiamiento de donaciones, son las que destinan un mayor porcentaje del gasto a estos rubros y las que muestran mayores tasas de desnutrición crónica infantil. En la subregión Chanka, el gasto en alimentos alcanza un impresionante 37 por ciento del total, mientras que en Ayacucho y Huancavelica llegan al 33 por ciento y 27 por ciento, respectivamente. Pero incluso en subregiones menos pobres como Lima Este e Ica, este porcentaje supera el 10 por ciento.

### **Mantenimiento, servicios públicos y otros gastos**

En las doce subregiones, los gastos promedio en mantenimiento y reparación son del orden del 2 por ciento del gasto corriente. De acuerdo al documento «Política de Salud 1995-2000» del MINSA, un 40 por ciento de las áreas físicas y equipos médicos está en situación verdaderamente crítica. Se señala que el estándar internacional es de un gasto del 12 por ciento para mantenimiento, mientras que en el Perú este gasto ascendería solamente al 3 por ciento (pág. 15).

Este gasto en mantenimiento se destina a conservar en buenas condiciones los equipos e infraestructura que han sido resultado del gasto en inversión. Debe existir por ello una cierta relación entre estos dos conceptos, sobre todo en el largo plazo. Lo razonable es que los equipos requieran gastos en mantenimiento que guarden cierta proporción con el valor de los mismos.

Esto puede compararse con el gasto de inversión, del cual el gasto de mantenimiento representa el 18 por ciento. Suponiendo que un equipo médico o infraestructura de salud se deprecia en 20 años en promedio<sup>21</sup> y que ese porcentaje de inversión ha sido relativamente constante en el tiempo, entonces el valor total del «capital» en salud sería del orden del 80 por ciento del gasto anual en salud, y el gasto en mantenimiento y reparaciones estaría representando menos del 2 por ciento del valor del capital, monto que parece bastante reducido.

En Lima, este se gasta proporcionalmente más (3 por ciento) y en Puno, Chanka, Andahuaylas, La Libertad, Ayacucho, Ica y Huancavelica se gasta menos (1 por ciento) en mantenimiento y reparaciones.

En cuanto a las tarifas de servicios públicos, estas representan entre 1 por ciento y 2 por ciento del gasto corriente en todas las subregiones.

El rubro «otros» resulta muy importante, representando el 14 por ciento del gasto corriente en promedio. En este gran grupo se incluyen todos los insumos administrativos (materiales de escritorio, servicios profesionales), insumos de servicios generales (material de limpieza, servicios de seguridad, etc.) y una

---

<sup>21</sup> Se busco una aproximación muy gruesa al problema de la relación entre gastos de mantenimiento y valor del capital invertido en salud. En la realidad, hay grandes diferencias en la velocidad de depreciación de los equipos y de la infraestructura, pero no se tiene datos como para diferenciar entre estos.

diversidad de rubros menores. Es difícil de analizar por su misma característica de agrupar elementos relativamente disímiles.

El porcentaje de este rubro «otros» varía entre 27 por ciento en Tacna y 10 por ciento en Puno. En la mayoría de subregiones se encuentra entre el 12 por ciento y el 17 por ciento.

### **Rubros y presupuestos de origen**

Las remuneraciones, en una elevada proporción, son pagadas por el Tesoro Público a través del presupuesto de la subregión de salud. En promedio, el 94 por ciento de las remuneraciones es pagado a través de este presupuesto de origen, con otro 2 por ciento por ingresos propios y 3 por ciento por Salud Básica para Todos. Este último porcentaje debe haber aumentado durante 1995 cuando el programa de PSBT funcionó durante los doce meses, a diferencia de 1994, cuando estuvo operativo apenas medio año y en menor magnitud.

El porcentaje más bajo de remuneraciones pagadas por el presupuesto subregional financiado por el Tesoro Público se registra en la subregión Chanka-Andahuaylas, donde es del 81 por ciento, siendo importante Salud Básica para Todos que responde por el 13 por ciento de las remuneraciones de la subregión. En Tacna, el presupuesto subregional del Tesoro Público financia el 88 por ciento de las remuneraciones, siendo importante ingresos propios con el 5 por ciento. En todas las demás subregiones, el presupuesto subregional financiado por el Tesoro Público responde por más del 90 por ciento de las remuneraciones pagadas.

En cuanto a las medicinas y material médico, estos provienen principalmente del presupuesto regional financiado por el Tesoro Público (26 por ciento en promedio), ingresos propios (29 por ciento), Salud Básica (21 por ciento) e INS-otros. En el caso de ingresos propios, ello se debe referir principalmente a medicinas a través del sistema PAC-FARM.

Los ingresos propios tienen una mayor importancia en el financiamiento de medicinas y material médico en Lima Este, Tacna y Chavín, y poca importancia en Ayacucho y Chanka-Andahuaylas. Esto probablemente se relacione con distintos niveles de eficacia en el funcionamiento y registro de los sistemas de PAC-FARM. Por su parte, Salud Básica para Todos financió una proporción importante de las medicinas y material médico en Ayacucho, Chanka-Andahuaylas

Huancavelica y San Martín subregiones que pueden considerarse en general entre las de menor desarrollo relativo

### **El destino de los recursos de cada presupuesto de origen**

El presupuesto subregional de salud financiado por el Tesoro Público se destina en un 82 por ciento en promedio a remuneraciones y apenas 3 por ciento a medicinas y material médico. Los porcentajes más elevados destinados a remuneraciones se registran en Chanka Andahuaylas (90 por ciento) y Ayacucho (88 por ciento) regiones relativamente pobres y con mayores necesidades de salud.

Los ingresos propios se destinan en baja proporción a remuneraciones (12 por ciento en promedio) aunque con grandes variaciones mientras en muchas subregiones se destina a ingresos propios menos del 5 por ciento esta proporción alcanza el 26 por ciento en Moquegua el 21 por ciento en Lima Este y el 20 por ciento en Tacna. En promedio se destina una cuarta parte de los ingresos propios a medicinas y material médico lo que debería guardar relación con la importancia de los ingresos propios generados a través del PAC FARM. También en este caso se registran fuertes variaciones entre 8 por ciento en Chanka y 70 por ciento en Huancavelica. La mayor parte de los ingresos propios se destinan al rubro «otros» con casi dos tercios partes en promedio.

Los recursos del Programa de Salud Básica para Todos se destinan en una cuarta parte a remuneraciones otra cuarta parte a medicinas y material médico y la mitad restante al rubro «otros».

## **2.4.3 Gasto administrativo y asistencial**

### **Gasto administrativo**

Es importante considerar el nivel de los gastos administrativos dado que al no representar servicios directamente otorgados a la población generalmente tienden a asociarse a un indicador de eficiencia de la gestión de los servicios de salud. Cabe anotar que el tema de los costos administrativos es un tópico escasamente estudiado en las políticas sociales aun en el caso de programas de envejecimiento como los sistemas de pensiones.<sup>22</sup> En términos referenciales a nivel de

---

22 Al respecto ver Valdes (1995)

países se observa un alto grado de variación de estos gastos lo que se explicaría -entre otros factores- por la existencia de distintos sistemas de seguros de salud que imponen requerimientos administrativos diferenciados<sup>2</sup>

A nivel de regiones geográficas al interior del país los requerimientos administrativos pueden variar en función a la densidad y dispersión de la población, a la complejidad de los establecimientos y a problemas de salud específicos, cuyo enfrentamiento podría exigir relativamente más a la administración de los servicios. Sin embargo dada la situación actual del sector un nivel elevado de gastos administrativos probablemente se encuentre más asociado a una ineficiente asignación de recursos. En tal sentido el establecimiento de mecanismos -sistemas de presupuestos basados en costos y manejo eficiente del sector en base a intervenciones costo/efectivas- que asignen mejor los recursos podría darse en forma simultánea a la introducción de métodos modernos de gerencia que impliquen un ahorro de gastos administrativos.

El gasto administrativo que incluye tanto las subregiones y UTEs como la administración de los hospitales y establecimientos asciende en las doce subregiones consideradas a S/ 33 millones que en promedio representan el 12 por ciento del gasto corriente.

El porcentaje de gasto destinado a labores administrativas se encuentra muy por encima del promedio en las subregiones de Ucayali y Tacna donde es de 25 por ciento y 22 por ciento y es menor en Chanka-Andahuaylas (apenas 2 por ciento) Lima Este (7 por ciento) y Puno (8 por ciento).

Las razones de las diferencias pueden ser variables y como se señaló en la parte conceptual un gasto administrativo elevado puede deberse a ineficiencias o a la aplicación de métodos más complejos pero también más eficientes de asignación del gasto.

Contrastar las subregiones de Andahuaylas y Tacna parece ser aleccionador al respecto. En Andahuaylas el gasto administrativo es bajo pero ello parece responder a que casi no existen aparatos administrativos lo que se refleja por ejemplo, en que los centros y puestos no informan ni sus ingresos propios. En

---

<sup>23</sup> A modo de ejemplo el porcentaje gastado en unidades administrativas diferentes de los establecimientos de salud a mediados de los 70 s para los países de la OCDE variaba entre 2 y 2.5 por ciento en Inglaterra y Canadá a aproximadamente 11 por ciento en Bélgica y Francia.

Tacna en cambio cuentan con un sistema bastante interesante de planificación de salud con reuniones periódicas con los establecimientos para preparar sus acciones y el manejo dinámico de los ingresos propios y es probable que por problemas metodológicos dentro del gasto administrativo se estén incluyendo iniciativas de salud pública o las llamadas «visitas itinerantes» que se realizan para llegar a las zonas alejadas del departamento

### **Gasto asistencial**

El gasto directamente asistencial es decir el destinado directamente a prestar servicios de salud sean estos preventivos o recuperativos se ha calculado descontando del gasto corriente los gastos administrativos

El gasto asistencial en las doce subregiones de salud consideradas asciende a S/ 223 millones equivalentes al 86 por ciento del gasto corriente total. Este porcentaje es menor en la subregión de Tacna donde dos terceras partes del gasto corriente son gasto asistencial y es máximo en la subregión Chanka donde asciende al 98 por ciento

De este gasto asistencial S/ 120 millones el 54 por ciento corresponde a remuneraciones. Es interesante anotar que este porcentaje es menor al que representan las remuneraciones en el gasto corriente total lo que indica que las otras actividades los gastos administrativos son relativamente más intensivos en trabajo que el gasto asistencial

El 8 por ciento del gasto asistencial corresponde a gasto en medicinas y material médico porcentaje que lógicamente es mayor que el que representan estos rubros en el gasto corriente porque los mismos se orientan exclusivamente al gasto asistencial. El gasto en el rubro otros (incluyendo alimentos para personas) representa el 38 por ciento del gasto asistencial, ligeramente menor al 36 por ciento que representa del gasto corriente total

## **2.5 En que se gasta el gasto por tipo de establecimiento y atención**

### **2.5.1 El gasto por tipo de establecimiento**

Una interrogante importante que el presente estudio busca responder es a través de que establecimientos del sector se gasta. Los diferentes establecimien-

tos del sector -hospitales centros y puestos de salud- responden a atenciones de distinto grado de complejidad y costo. En función al perfil epidemiológico de la población y a consideraciones de salud pública las recomendaciones de política propugnan la necesidad de priorizar el gasto en los establecimientos de primer nivel y en salud preventiva.

El Banco Mundial (1990) resalta que « casi todos los servicios eficaces en función de costos se prestan mejor en establecimientos de nivel más bajo», y « el gasto público en salud beneficia en forma desproporcionada a los que están en mejor situación económica, en forma de atención gratuita o por debajo del costo en modernos hospitales de nivel terciario ». En virtud de estas consideraciones la Conferencia Internacional de Alma Ata estableció a nivel mundial la priorización de la atención primaria de salud que se brinda principalmente en los establecimientos de menor complejidad, como parte del compromiso de brindar «salud para toda la humanidad en el año 2000».

El Banco Mundial (1993) recomienda como la reforma más importante para los países de ingresos medianos como el Perú reorientar el gasto de centros especializados a servicios de menor complejidad, indicando que ello elevaría el acceso de los pobres y coadyuvaría a controlar los costos. De esta manera el porcentaje del gasto en hospitales aparece asociado tanto a la problemática de la ineficiencia como de la falta de equidad. Sin embargo cabe indicar que para el caso peruano la información reciente muestra que contrariamente a lo que se asumía de acuerdo a la experiencia internacional los internamientos se concentran más en los pobres y son ligeramente más progresivos -en términos redistributivos- que las consultas (Francke, 1995).

Finalmente es interesante presentar el argumento de Birdsall y Hecht (1995) quienes señalan que « datos indicando gastos desproporcionadamente grandes en hospitales en grandes ciudades no necesariamente significan falta de equidad por dos razones. Primero muchos de tales gastos benefician potencialmente a toda la población. Segundo muchos de los programas de salud más costo-efectivos que el Estado puede financiar no requieren internamiento hospitalario. Una vez que todos estos programas costo-efectivos están plenamente accesibles a toda la población pueden razonablemente requerir solo una pequeña parte del gasto público y el resto de este gasto para cuidado médico crítico referido puede efectuarse en hospitales urbanos que con costos unitarios elevados pueden constituir una proporción grande del gasto total. Sin

embargo cuando los servicios básicos no están plenamente accesibles a los pobres rurales -como es el caso en Kenya, Pakistán y Perú- una alta proporción de los recursos públicos dirigida a hospitales sugeriría un problema de falta de equidad»

### **El gasto en hospitales, centros y puestos**

En cuanto al gasto corriente por tipo de establecimiento, las doce subregiones gastan S/ 124 millones en hospitales, S/ 98 millones en centros, S/ 25 millones en puestos y S/ 22 millones en administraciones subregionales y de UTES.

En promedio, el gasto se dirige en un 46 por ciento a hospitales, el 37 por ciento en centros, el 9 por ciento en puestos y el 8 por ciento en la administración de la subregión y las UTES<sup>24</sup>.

A partir de esta información se ha realizado un estimado a nivel nacional (Cuadro II 3). Para ello se ha supuesto que la estructura de distribución del gasto por tipo de establecimiento de las doce subregiones del estudio se mantiene para las demás subregiones del país. Se incluye dentro de este supuesto a las subregiones de Lima Norte y Lima Sur, dado que este estudio incluyó a la subregión de Lima Este. Sin embargo, para los niveles de la administración central, la atención especializada de la salud y las subregiones de Lima Este y Callao (que llamaremos nivel central) se trabajó con la información presupuestal que en estos ámbitos tiene una estructura de subprogramas que permite diferenciar entre tipos de establecimiento.

A nivel nacional se encuentra una proporción de gasto en hospitales y unidades administrativas bastante mayor que en las subregiones. Los hospitales aumentan de 46 por ciento en las subregiones a 54 por ciento a nivel nacional, debido a que en el nivel central el 70 por ciento del gasto se destina a hospitales.

---

<sup>24</sup> Este gasto se refiere únicamente al gasto de las subregiones y UTES, a diferencia del señalado en el acápite anterior, donde se incluye también el gasto administrativo de los hospitales, centros y puestos de salud. Debe recordarse también que por problemas metodológicos existen dificultades en la asignación de los gastos administrativos entre «administración SRS-UTES» y «hospitales» en aquellas localidades en las cuales el aparato administrativo de la UTES o subregión es el mismo que el del hospital.

Por su parte los gastos en unidades administrativas se elevan de 8 por ciento en las subregiones a 13 por ciento a nivel nacional debido a que en el nivel central ascienden a 21 por ciento. Ello hace reducir el gasto en establecimientos de primer nivel de 46 por ciento en las subregiones a 33 por ciento a nivel nacional.

En la OCDE a mediados de la década de los 70's un 52 por ciento del gasto público en salud se destinaba a hospitales, proporción muy similar a la que se encuentra en el Perú a pesar de que este tiene un nivel de desarrollo económico y social mucho menor. Sin embargo, en el seno mismo de la OCDE este indicador muestra grandes variaciones de 65 por ciento en Suecia a 29 por ciento en Alemania. En Venezuela y Jordania ese porcentaje se encuentra entre 70 por ciento y 75 por ciento y en Brasil, en 70 por ciento, lo que, a juicio del Banco Mundial (1993) es demostrativo de que «numerosos gobiernos gastan demasiado en servicios hospitalarios avanzados de escasa eficacia en función de los costos». Para Papua-Nueva Guinea el gasto en hospitales se limitó, como parte de una política para reorientar el gasto a 40 por ciento del total (BM 1993). En Malawi los hospitales reciben el 89 por ciento del gasto, frente a 7 por ciento de los centros y 4 por ciento de los puestos de salud (Griffin).

En comparación con estas cifras el 54 por ciento de gasto que se obtiene en hospitales en el Perú si bien resulta elevado no resulta excepcional ni fuera de la norma internacional.

El gasto en hospitales también puede contrastarse con la distribución de las consultas que a nivel nacional de acuerdo al Plan de Salud 1994-1995 (MINSA-OGP 1994) se realizan en un 80 por ciento en hospitales.

En general suele asociarse un mayor gasto en hospitales a un mayor grado de urbanización y desarrollo. Efectivamente el gasto en hospitales representa un mayor porcentaje en Ica (66 por ciento) y Lima Este (60 por ciento) regiones de relativamente mayor desarrollo y en las cuales además se ha identificado que existe un gasto por no asegurado mayor al promedio a pesar de que tienen menores necesidades de salud. El porcentaje del gasto en hospitales es también relativamente alto en La Libertad (54 por ciento) y Chavín (52 por ciento).

El fenómeno se observa también para las subregiones de menor grado de desarrollo relativo en Chanka, Ayacucho y Huancavelica el porcentaje del gasto en hospitales es bastante menor al promedio.

**Cuadro N° II 3**  
**GASTO CORRIENTE EN SALUD SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO**  
**A NIVEL NACIONAL 1994 (\*)**  
 (En miles de Nuevos Soles y porcentajes)

	MONTOS			DISTRIBUCION		
	CENTRAL <sup>1</sup>	REGIONES	TOTAL	CENTRAL <sup>1</sup>	REGIONES	TOTAL
Unidades administrativas	59 819	44 494	104 313	21	8	13
Hospitales	198 123	254 331	452 454	70	46	54
Centros y puestos	24 712	250 485	275 197	9	46	33
Total	282 654	549 310	831 964	100	100	100

1/ Incluye administración central atención especializada de salud Lima Ciudad y Callao

2/ Incluye Lima Norte Sur Este así como las remesas enviadas del nivel central a las regiones (aproximadamente S/ 50 millones)

( ) No incluye organismos descentralizados del sector

Hay algunos casos que se salen de la regla Chavin podría ser uno de ellos por su alta proporción de gasto en hospitales aunque el peso de la zona costera y Chimbote influyen en ese resultado Pero los casos fuera de lo esperado mas notorios son los de Moquegua y Tacna subregiones bastante urbanas con alto desarrollo relativo y buena situación de salud pero que dedican un porcentaje del gasto en hospitales menor al promedio En el caso de Moquegua ello se explica porque los hospitales del MINSA han sido integrados al IPSS existiendo además los hospitales de la Southern Peru Copper Corporation SPCC En Tacna en cambio, podría deberse mas a decisiones explicitas de la dirección de la subregion de salud

### El gasto por tipo de establecimiento por presupuestos de origen

Los hospitales reciben la mayor parte de sus fondos del presupuesto regional financiado por el Tesoro Público (82 por ciento en promedio) Un 13 por ciento de sus recursos los obtienen de ingresos propios mientras que apenas un 5 por ciento de otros presupuestos de origen

25 El gasto en hospitales de Moquegua se explica por personal pagado por el MINSA que presta servicios en los hospitales integrados

La situación es muy diferente para los centros y puestos<sup>26</sup>. En estos el presupuesto regional-Tesoro Público les financia en promedio un 44 por ciento del total y los ingresos propios apenas un 5 por ciento. Un porcentaje de alrededor de la mitad proviene de otras fuentes.

Estas diferencias se explican por la prioridad otorgada por los programas nacionales Salud Básica para Todos y la cooperación externa en llegar a las zonas rurales más alejadas y empobrecidas a través de establecimientos de primer nivel.

También es de esperar que los centros y puestos financien menos gastos con ingresos propios que los hospitales, dadas sus menores posibilidades de financiamiento por este mecanismo al prestar atenciones de menor complejidad y recibir a población de menores ingresos.

En las subregiones en las cuales el gasto con ingresos propios tiene más peso en el financiamiento de los hospitales, es en Lima Este (28 por ciento) y Tacna (36 por ciento). El menor peso lo tienen en Chanka, Huancavelica, Ayacucho y La Libertad.

### **El gasto por presupuestos de origen por tipo de establecimiento**

Debido a las mencionadas recomendaciones sobre la priorización de los establecimientos de primer nivel, se han generado diversos programas y organismos que han hecho suya esta orientación, en el intento de revertir la tendencia de distribución del gasto por tipo de establecimientos que se ha producido mediante el mecanismo tradicional de asignación de recursos del Tesoro Público.

En efecto, el gasto del presupuesto regional financiado por el Tesoro Público se destina en un 58 por ciento a los hospitales y 12 por ciento a las administraciones subregionales, dejando solo 30 por ciento para los centros y puestos. Ello muestra como este mecanismo tradicional de financiamiento sigue privilegiando los establecimientos más complejos sobre los de primer nivel.

---

<sup>26</sup> En el análisis de esta sección consideraremos centros y puestos de manera conjunta, debido a que problemas metodológicos hacen que la separación del gasto por rubros entre estos dos tipos de establecimientos no sea muy exacta.

Los recursos de ingresos propios se gastan principalmente en los hospitales que son los que más los generan añadiendo así a la concentración del gasto en estos establecimientos

Los presupuestos de Salud Básica programas nacionales y cooperación externa, en cambio se concentran fuertemente en los establecimientos de menor nivel, en más del 90 por ciento. Estos son los nuevos organismos que buscan revertir la tendencia preexistente e impulsar los principios de la Conferencia de Alma Ata

### **El gasto por tipo de establecimiento por rubros**

La distribución de los gastos entre hospitales y establecimientos del primer nivel se relaciona con sus distintas estructuras de costos

Respecto de los rubros de gasto en los hospitales de las doce subregiones en promedio el 69 por ciento se destina a remuneraciones porcentaje mayor al promedio así como el 9 por ciento a las medicinas y material médico porcentaje que también es superior al promedio

En todos los casos el gasto en los hospitales está concentrado en las remuneraciones con porcentajes que en la mayoría de los casos son cercanos al 80 por ciento. Las excepciones más importantes son Lima Este (59 por ciento) Ucayali (44 por ciento) y Tacna (52 por ciento)

En los centros y puestos en conjunto el gasto en remuneraciones en promedio es del orden del 40 por ciento. La proporción de gasto en medicinas y material médico es también significativamente menor que en los hospitales teniendo un peso mucho mayor el rubro de «otros» lo que se explicaría básicamente por la entrega de alimentos en programas nutricionales (PANFAR PACFO). Probablemente también influya el que en los establecimientos de primer nivel el personal tiende a ser menos calificado con más técnicos y enfermeras lo que tiende a reducir el gasto en remuneraciones

En las administraciones subregionales y de UTES el peso más importante es el de las remuneraciones, que superan en promedio el 75 por ciento correspondiendo el resto al rubro «otros» (la administración no gasta en medicinas ni material médico)

A modo de comparación para Guatemala se encontró que las remuneraciones eran un porcentaje más alto que el promedio en los hospitales y centros de salud y un porcentaje más bajo en los puestos de salud (61 por ciento vs 58 por ciento) aunque las diferencias no eran tan grandes como las que se presentan en las subregiones estudiadas

## 2.5.2 El gasto por tipo de atención

### El gasto por tipo de paciente: salud infantil y salud materna

En este acápite se presentan las cifras relativas al gasto por tipo de paciente particularmente para la salud infantil y la salud materna. Antes de presentar los datos, sin embargo, es necesario hacer algunas precisiones metodológicas

La primera es relativa a los gastos en medicamentos. Dado que estos son mayormente vendidos a un precio mayor al de su costo por el programa PAC-FARM, tales gastos se han considerado como correspondientes al servicio de «farmacia». Las únicas medicinas y material médico considerados dentro de los gastos en salud infantil y materna (así como en otros pacientes) son aquellos que son donados a este tipo de paciente, ya sea por ser exonerados dentro del programa PAC-FARM (porcentaje muy reducido) o porque son medicamentos de programas nacionales o donaciones extranjeras que se destinan a ese fin.

La segunda es relativa al ámbito de lo que se entiende por salud materna y salud infantil. En el caso de los hospitales, en particular, esta se refiere al gasto en aquellos servicios directamente relacionados con estos grupos poblacionales, tales como pediatría y gineco-obstetricia. No se considera, sin embargo, los gastos por servicios especializados brindados a estos grupos poblacionales, por ejemplo, atención en neumología o neurología a niños o mujeres.<sup>27</sup> En el caso de los programas nacionales, se ha considerado como salud materna la totalidad de los programas de planificación familiar y como salud infantil la totalidad de los programas de inmunización.

La salud infantil responde por el 25 por ciento del gasto corriente no administrativo en las doce subregiones, en promedio. El promedio del gasto en salud

---

27 Si se considera, sin embargo, la parte relativa a gastos de servicios intermedios, tales como laboratorio.

infantil por niño menor de 5 años asciende a S/ 67 en las subregiones nivel superior al promedio general del gasto asistencial per capita que es de S/ 32. Esto probablemente se deba principalmente a la mayor demanda por atenciones de salud infantil que por atenciones de adultos debido a la mayor prevalencia de enfermedades entre los menores así como en alguna medida a acciones preventivo-promocionales (los controles del niño sano en el Perú son bastante bajos ver Francke 1995).

El menor nivel de gasto por niño como proporción del gasto total se encuentra en Moquegua y Ayacucho en términos de gasto por niño el menor gasto corresponde a San Martín y La Libertad.

En el otro extremo las subregiones que destinan una mayor proporción de su gasto a salud infantil son las de Huancavelica, Chanka y Ucayali pero el mayor gasto por niño corresponde a Ica y Tacna.

En general el ordenamiento del gasto per capita es diferente al de gasto por niño sobre todo frente a las subregiones de menor gasto total per capita y las de gasto medio per capita las de mayor gasto total se mantienen con un alto gasto por niño.

La fórmula que permite comparar el gasto per capita con el gasto por niño sería la siguiente:

$$\text{Gasto por niño} = \text{Gasto per capita} \times \frac{\text{Porcentaje del gasto en salud infantil}}{\text{Porcentaje de niños en la población}}$$

Así hay un mayor gasto por niño si el gasto per capita es mayor si el porcentaje gastado en salud infantil es mayor y si el porcentaje de niños en la población es menor. Debido a ello las variaciones en el gasto por niño pueden deberse a estos tres factores, el mayor gasto por niño en zonas como Lima e Ica no se debe a un alto porcentaje del gasto destinado a este sector de la población sino a que el gasto per capita y la proporción de niños son relativamente bajos por ser zonas con mayor grado de urbanización y educación donde la tasa de fecundidad se ha reducido desde años atrás.

En promedio, los hospitales y centros gastan un porcentaje similar de su gasto (26 por ciento) en salud infantil. Sin embargo, si se considera que la salud infantil

debería tener un mayor componente de acciones preventivo-promocionales en los centros y puestos el gasto en salud infantil tendría que ser mayor. El que no suceda así podría estar reflejando un insuficiente énfasis en este tipo de acciones.

En términos de rubros de gasto, el 59 por ciento del gasto en salud infantil es por remuneraciones y el 4 por ciento por medicinas y material médico, mientras que el 38 por ciento es por «otros».

Esta composición del gasto infantil es muy distinta según los tipos de establecimiento. En los hospitales, el 74 por ciento del gasto corresponde a remuneraciones, mientras que en los centros y puestos este porcentaje se reduce a 42 por ciento. Ello se debe a que en los centros y puestos hay un mayor gasto en medicinas y material médico, debido a que hay un mayor alcance de los bienes enviados por los programas nacionales, ya que los de PAC FARM son casi en su totalidad vendidos y se consideran como gasto en farmacia. El gasto en «otros» es también mayor debido a alimentos para personas otorgados por los programas de alimentación complementaria.

En cuanto a la salud materna, esta responde por el 33 por ciento del gasto asistencial, porcentaje que es relativamente elevado. El gasto en salud materna por mujer en edad fértil asciende a S/ 50, también superior al gasto asistencial per cápita.

Los mayores porcentajes de gasto en salud materna se encuentran en las subregiones de San Martín, Ayacucho y Chanka, mientras que el mayor gasto por mujer en edad fértil se encuentra en Ica, Tacna y Lima Este. Las mismas consideraciones matemáticas presentadas para el caso del gasto por niño se aplican a este caso con las analogías respectivas.

En términos de rubros de gasto, el 59 por ciento correspondiente a salud materna es por remuneraciones y el 1 por ciento por medicinas y material médico, mientras que el 40 por ciento es por «otros». El relativamente menor gasto en medicinas y material médico se podría deber a un mayor énfasis en controles prenatales que en programas de planificación familiar, donde la utilización de materiales sería mayor.

Esta composición del gasto en salud materna es muy distinta por tipos de establecimiento. En los hospitales, el 76 por ciento del gasto corresponde a

remuneraciones mientras que en los centros y puestos este porcentaje se reduce al 44 por ciento. Ello se debe a que en los centros y puestos hay un mayor gasto en medicinas y material médico, debido a que hay un mayor alcance de los enviados por los programas nacionales ya que los de PAC FARM son casi en su totalidad vendidos y se consideran como gasto en farmacia.

### **El gasto en programas nacionales, consultas e internamientos**

Los programas nacionales corresponden a las prioridades en atención de salud. En ese sentido son las principales intervenciones en salud pública las que responden a los principales problemas de salud del país y que exigen la atención estatal debido a consideraciones epidemiológicas de equidad y de eficiencia. Por ejemplo el Banco Mundial (1993) estima que el gasto en salud pública tiene un costo de US\$ 6 80 per capita anuales por AVAD ganado mientras que este costo se eleva a US\$ 14 70 en el caso del conjunto mínimo de servicios clínicos.

El gasto en estos programas se explica fundamentalmente por las medicinas y materiales financiados por los programas nacionales de salud del nivel central así como a las remuneraciones del personal profesional y técnico dedicado a estas atenciones. Incluye también los programas nutricionales.

En promedio, las doce subregiones de salud gastan en programas nacionales el 30 por ciento de su gasto corriente no administrativo, el 32 por ciento del mismo en consultas por demanda, el 27 por ciento en internamientos y el 11 por ciento en farmacia.

El porcentaje de gasto en programas nacionales varía entre 56-58 por ciento en las subregiones de Chanka y San Martín hasta 14-16 por ciento en Lima Este e Ica. A medida que las subregiones tienen niveles de gasto per capita relativamente menores y un mayor peso de financiamiento de donaciones, el gasto destinado a programas nacionales tiende a ser mayor aunque dicha relación no es tan estrecha (por ejemplo Moquegua tiene un importante peso del gasto en programas nacionales, lo que se relaciona con la inexistencia de hospitales administrados por el MINSA en esa subregión).

En efecto, mientras los hospitales de las doce subregiones gastan en promedio el 1 por ciento de su gasto corriente no administrativo en programas nacionales, los centros y puestos gastan el 59 por ciento.

Es importante nuevamente resaltar que el gasto en programas nacionales calculado no considera solamente los insumos otorgados sino también el tiempo dedicado del personal así como el prorrateo de los gastos en servicios generales. Los gastos de personal, por ejemplo representan el 78 por ciento de los gastos en programas nacionales de los hospitales (que como se han señalado son bastante reducidos) y el 40 por ciento de los gastos en programas nacionales en centros y puestos. Aun cuando esta proporción resulta menor a la mitad, ello resalta la importancia de contar con una buena estimación del tiempo dedicado a estas atenciones para un cálculo de costos, lo que se subraya si además esos tiempos son utilizados para la asignación del gasto de algunos servicios generales.

Las consultas por demanda responden por el 32 por ciento del gasto asistencial en salud de las doce subregiones consideradas. En este caso, las variaciones entre subregiones son aun mayores que en el caso de programas nacionales, encontrándose porcentajes muy reducidos en subregiones como San Martín, Ucayali, Chanka y Ayacucho. Ello tendría relación con un mayor peso de los establecimientos de menor nivel en esas subregiones, principalmente rurales, los que estarían atendiendo la demanda básicamente con recursos de los programas nacionales.

Las consultas por demanda representan el 32 por ciento del gasto de hospitales frente a 26 por ciento en centros de salud y puestos de salud. En ambos casos el principal componente del costo es el gasto en personal que asciende a 83 por ciento en los hospitales y a 68 por ciento en los centros y puestos.

El tipo de atención de mayor complejidad y que por ello resulta usualmente el más caro es el de los internamientos. En este tipo de atención, las subregiones de salud responden por el 27 por ciento del gasto corriente no administrativo. La mayor parte del gasto en internamientos corresponde a personal que responde por un 71 por ciento de dicho gasto, porcentaje que es ligeramente mayor en centros y puestos.

El servicio de farmacia se ha considerado un servicio final en la medida que en virtud del programa PAC-FARM, la mayoría de medicamentos actualmente son vendidos. Los fármacos que son exonerados y los que forman parte de programas nacionales se han asignado a los distintos tipos de atención a los que se destinan. El gasto en farmacia auto-financiada asciende a 11 por ciento del total de las doce subregiones.

## 2.6 Una visión global del gasto público en salud

En esta sección se presenta una visión de conjunto muy resumida del gasto público en salud. Una primera forma de tener esta apreciación es agrupando las categorías de gasto en los cuatro tipos de atenciones más el gasto administrativo total. Para ello se ha realizado un cálculo tanto de las subregiones consideradas como a nivel nacional que se muestra en el Cuadro II.4. El cálculo a nivel nacional se ha realizado suponiendo que los establecimientos de las subregiones fuera de la muestra y del nivel central distribuyen su gasto entre estas cinco categorías de manera similar a los establecimientos de la muestra. Este supuesto se aplica también a los hospitales especializados.

Lo que se ha encontrado es que a nivel de las subregiones del total del gasto corriente 12 por ciento es administrativo, 26 por ciento se destina a Programas Nacionales, 29 por ciento a consultas por demanda, 24 por ciento a internamientos y 10 por ciento a farmacia.

A nivel nacional estos porcentajes cambian debido al peso de la administración central y de los hospitales centrales en el gasto. De esta manera, en todo el país la estimación indica que 16 por ciento sería gasto administrativo, 19 por ciento programas nacionales, 28 por ciento consultas por demanda, 27 por ciento internamientos y 9 por ciento farmacia.

**Cuadro N° II.4**  
**GASTO CORRIENTE EN SALUD SEGUN TIPO DE ATENCION**  
**A NIVEL NACIONAL 1994 (\*)**  
(En miles de Nuevos Soles y porcentajes)

	MONTOS			DISTRIBUCION		
	CENTRAL <sup>1/</sup>	REGIONES <sup>2/</sup>	TOTAL	CENTRAL <sup>1/</sup>	REGIONES	TOTAL
Administración	69 026	66 912	1 5 938	24	12	16
Programas nacionales	15 917	143 171	159 087	6	26	19
Consultas externas	78 403	156 600	235 002	28	29	28
Internamientos	96 085	129 860	225 945	34	24	27
Farmacia	25 221	52 771	75 992	8	10	9
Total	282 654	549 510	831 966	100	100	100

1/ Incluye administración central atención especializada de salud Lima Ciudad y Callao

2/ Incluye Lima Norte Sur Este así como las remesas enviadas del nivel central a las regiones (aproximadamente S/ 50 millones)

(\*) No incluye organismos descentralizados del sector

Como se puede observar, el gasto administrativo es relativamente elevado, mientras que el gasto en programas nacionales, que corresponde a las prioridades de salud pública, recibe apenas la quinta parte del total.

Si bien estos son los destinos finales del gasto, hay dos aspectos sobre los que es necesario realizar una revisión conceptual. Por un lado, los gastos administrativos si bien pueden tener algún nivel de exceso respecto del mínimo necesario para una operación eficiente lo que también se aplica a los gastos asistenciales también es cierto que son imposibles de evitar. Puede considerarse por ello que son parte de los costos generales que enfrenta el sector público de salud para hacer llegar su servicio a la población.

Por otro lado como se ha señalado los gastos que se han considerado en farmacia son gastos realizados por la población: compras de medicamentos por los usuarios pagadas a un precio que se relaciona a su costo y que además son gastos que se destinan a complementar la atención de salud otorgada en consultas o en internamientos (mas no en programas nacionales que tienen su propio abastecimiento de insumos).

Bajo esta conceptualización se puede realizar una estimación que considere solo tres rubros finales de gasto por tipo de atención, prorrateando los gastos administrativos por igual entre los tres tipos de atención. En este caso el estimado indica que, a nivel nacional los programas responderían por el 24 por ciento del gasto, las consultas por el 38 por ciento y los internamientos por otro 38 por ciento.

A modo de comparación Meerhoff encuentra para Guatemala que un 17 por ciento del gasto se dedica a atención primaria de salud aunque el nivel de concordancia entre el concepto de atención primaria y el de salud pública no es exacto y habría que conocer con mayor precisión que es lo que Meerhoff considera dentro del concepto de atención primaria. El porcentaje de gasto en Perú en programas nacionales resulta relativamente elevado nivel que se podría explicar en parte por el peso de fuentes de financiamiento como las donaciones que se destinan casi exclusivamente a este fin así como algunos otros presupuestos de origen tales como los programas nacionales del MINSA, el programa de Alimentación Complementaria del INS y otros. A ello tiene que añadirse buena parte del gasto en personal sobre todo en centros y puestos, que se dedica a estas labores.

Una segunda aproximación a una visión global más compleja incorpora los elementos del gasto en inversión y de los rubros que sustentan el gasto corriente. Una presentación de resultados de esta forma se muestra en el Cuadro II 5 a nivel nacional. Éste muestra la desagregación del gasto en salud en las doce subregiones estudiadas a varios niveles. La primera columna de porcentajes del cuadro indica que respecto del gasto total el gasto administrativo asciende al 11 por ciento. Esta debería ser la comparación más adecuada para el gasto administrativo en tanto este gasto debería atender también la administración de las inversiones. Sin embargo, ello no es así en este caso ya que la mayoría de las inversiones es realizada directamente por los gobiernos regionales o por FONCODES y los gastos administrativos en que dichas instituciones incurren para realizar las inversiones en salud no han sido incorporados en los estimados realizados.

Otra observación interesante que se encuentra es que en las subregiones el gasto no administrativo se reparte en forma casi equitativa entre los hospitales y los establecimientos de primer nivel: el 51 por ciento es para hospitales.

Finalmente, este resumen permite observar cómo utilizan su gasto los establecimientos. En los hospitales, los que tienen mayor importancia son el gasto laboral en consultas (31 por ciento del total) e internamientos (33 por ciento del total), así como el gasto en 'otros' en internamientos (14 por ciento del total influido por el gasto en alimentos y en material médico).

En los centros y puestos de salud, el rubro de gastos más importante es el de 'otros' en programas nacionales, con un 40 por ciento del total, que resulta muy elevado y que estaría reflejando la importancia de los programas alimentarios. Siguen en importancia los gastos laborales en programas nacionales (16 por ciento del total) y en consultas (18 por ciento del total).

### **3 Ingresos propios y recuperación de costos**

#### **3.1 Ingresos propios según subregiones de salud**

En 1994, el total de ingresos propios reportados por las doce subregiones de salud consideradas en el estudio ascendió a S/ 24.2 millones, equivalente a aproximadamente US\$ 10,8 millones. Los ingresos propios representaron el 8 por ciento del gasto público en salud, presentando importantes diferencias en

**Cuadro N° II 5**  
**ESTRUCTURA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD <sup>1/</sup>**  
 (En miles de Nuevos Soles y porcentajes)

	S/	% de (I)	% de (II)	% de (III)	% de (IV)
GASTO TOTAL (I)	294 440	100			
GASTO CORRIENTE (II)	270 725	92	100		
Administrativo	33 287	11	12		
No administrativo (III)	237 631	81	88	100	
Hospitales (IV 1)	120 358	41	44	51	100
Programas nacionales	1 299			1	1
Laboral	1 012				1
Med y mat medico	176				
Otros	111				
Consultas	45 634	15	17	19	38
Laboral	37 876	13	14	16	31
Med y mat medico	228				
Otros	7 530	3	3	3	6
Hospitalizaciones	60 364	21	22	25	50
Laboral	40 277	14	15	17	33
Med y mat medico	704				1
Otros	16 584	6	6	7	14
Farmacia	13 059	4	5	5	11
Centros y puestos (IV 2)	117 273	40	43	49	100
Programas nacionales	69 147	23	26	29	59
Laboral	19 042	6	7	8	16
Med y mat medico	3 504	1	1	1	3
Otros	46 597	16	17	20	40
Consultas	31 523	11	12	13	27
Laboral	21 465	7	8	9	18
Med y mat medico	103				
Otros	9 955	3	4	4	8
Internamientos	3 671	1	1	2	3
Laboral	2 704	1	1	1	2
Med y mat medico	3	1			
Otros	960				1
Farmacia	12 936	4	5	5	11
INVERSION	23 715	8			

1/ En las doce regiones/subregiones del estudio

terminos de su participacion relativa como fuente de financiamiento del gasto de las diferentes subregiones de salud

De acuerdo a Griffin (1988) la recuperacion de costos promedio en 34 paises en desarrollo ascendio a 7 por ciento del gasto total siendo escasos los paises donde supero el 15 por ciento por su parte Jimenez (1987) menciona un porcentaje similar para una muestra de 28 paises en desarrollo En el caso especifico de Guatemala los denominados «fondos privados» solo representaron el 1.2 por ciento del presupuesto de salud ejecutado en el periodo 1986-1990 con una clara tendencia decreciente asociada principalmente a la no actualizacion de tarifas en un contexto inflacionario (Meethoff 1992)

En el Peru se considera que los ingresos propios habian aumentado su participacion relativa al interior de las fuentes de financiamiento del gasto en los ultimos años, explicandose dicha evolucion por las limitaciones de recursos fiscales (MINSA-PFSS-CAFSS 1995) Al respecto cabe mencionar que los resultados obtenidos en el presente estudio son comparativamente bajos lo que se explicaria por la cobertura del estudio y diferencias metodologicas así como por un probable grado de subestimacion En tal sentido la informacion presentada aproxima lo que podria ser un nivel minimo de ingresos propios

La ejecucion de gastos de los ingresos propios calculada como el monto de ingresos propios generados entre el monto de gasto realizado por la fuente de financiamiento «ingresos propios» es en promedio de 101 por ciento Existen sin embargo variaciones relativamente importantes, que van desde 68 por ciento en Huancavelica 87 por ciento en Tacna y 89 por ciento en La Libertad hasta 116 por ciento en Ayacucho y 107 por ciento en Ucayali En La Libertad el gasto con ingresos propios es S/ 470 mil menor a los ingresos generados mientras que en Ayacucho es S/ 100 mil mayor

Estas diferencias son posibles por la existencia de un lapso entre la generacion del ingreso la programacion del gasto y la ejecucion del mismo Este lapso seria mucho mayor en la medida que los recursos tengan que ser transferidos a mas instancias superiores Así la ejecucion del gasto seria mas agil donde cada establecimiento realiza sus gastos, medianamente agil donde los recursos se centralizan en las UDES o subregiones y mas lento donde esos recursos son depositados en las cuentas del Tesoro Publico y debe tramitarse una autorizacion de giro para gastarlos

Sin embargo en la medida en que ese lapso y los ingresos propios sean constantes ese problema debería salvarse por el hecho de que así como en un año no se gastan todos los ingresos propios generados en el mismo, también sucede que se gastan ingresos propios generados en años anteriores. Las discrepancias se generarían si los ingresos propios aumentaran o disminuirían de un año a otro o si el lapso requerido para la ejecución del gasto variaran.

Es probable, sin embargo, que exista también un significativo nivel de discrepancias, producto de problemas de registro. Como se ha señalado en varios casos no hay un registro adecuado de los ingresos propios.

### **3.2 Los conceptos por los cuales se generaron ingresos propios**

En términos promedio, los principales conceptos por los cuales se generaron ingresos propios fueron venta de medicinas, análisis de laboratorio, consultas, internamientos y emergencia, los que en conjunto representaron el 91 por ciento del total de ingresos propios, mientras que las tasas y otros servicios explicaron el 9 por ciento. Los porcentajes mayores corresponden a medicinas (24 por ciento) y consultas (21 por ciento), mientras análisis de laboratorio, internamientos y emergencias representan cerca de 15 por ciento cada uno.

A nivel subregional, cabe destacar la amplia variación de la participación relativa de todas las fuentes de origen de los ingresos propios, las cuales podrían ser explicadas en base a las políticas aplicadas por las subregiones, así como a problemas de registro y clasificación según fuentes generadoras de ingresos propios. Por ejemplo, en Huancavelica las consultas generan apenas el 5 por ciento de los ingresos propios, mientras que en la región Chavín ascienden al 37 por ciento.

Dado que no existen lineamientos de política explícitos a nivel nacional, es probable que algunas subregiones privilegien determinadas fuentes de ingresos propios respecto a otras mediante mayores tarifas y/o un menor grado de exoneraciones. De otro lado, en algunos casos las diferencias observadas podrían ser explicadas por la estructura de la red de servicios de salud de las subregiones, aproximada a través de la importancia relativa de los hospitales respecto a centros y puestos de salud, la cual a su vez presenta cierto grado de asociación con la composición urbano-rural de la población.

Es altamente probable que se registre un problema serio de registro así como de clasificación de fuentes generadoras de ingresos propios en particular en lo que se refiere a medicinas y análisis de laboratorio y rayos X. En efecto, el funcionamiento del PAC FARM ha determinado que en algunos establecimientos no se registre la venta de medicinas en los formatos de reporte de ingresos propios bajo la idea de que se trata de un fondo rotatorio ajeno a la contabilidad presupuestal por ser de administración compartida con la comunidad. Ello sucede en las subregiones Ayacucho, Chanka-Andahuaylas y Chavín, cuyos ingresos propios por concepto de venta de medicinas se reportan como nulos.

La clasificación de las fuentes generadoras de ingresos propios no es uniforme. Por ejemplo, las ecografías se incluyen ya sea en «otros servicios» o en la fuente generadora análisis de laboratorio y rayos X. Asimismo, las atenciones dentales pueden figurar en consultas o en «otros servicios».

### **3.3 Tarifarios y tarifas en establecimientos del sector salud**

Las tarifas son los precios de los servicios prestados por los establecimientos de salud. Cumplen por ello una función esencial en ser señales tanto para los agentes de la demanda como para los de la oferta y determinan, dado un nivel de costos por atención, el monto de subsidio que se otorga a los pacientes por cada atención. Lógicamente, este razonamiento es válido en tanto las atenciones son pagadas y no para aquellas exoneradas.

Considerando el objetivo de eficiencia, los subsidios deberían concentrarse en aquellas atenciones que sean más costo-efectivas, es decir, que produzcan una mayor mejora en la situación de salud por el costo gastado. Esta consideración de eficiencia parte del objetivo de la mejora de la situación de salud de la población, pero podrían considerarse también objetivos más restringidos, como el de concentrarse en los problemas de salud pública, es decir, en las acciones que tengan mayores externalidades. Bajo el supuesto que la asignación de recursos de los individuos a servicios de salud que no tengan tales externalidades es óptima, coincidiendo las valoraciones individuales con las sociales.

En este marco, el objetivo de equidad podría producirse exclusivamente mediante las exoneraciones -parciales o totales- a los más pobres, las que se calcularían como porcentajes manteniendo los criterios globales de asignación de recursos en función al costo-efectividad. Sin embargo, una posibilidad alternativa

va es considerar la utilización más o menos intensiva por los pobres de las distintas atenciones como un factor adicional en la fijación de las tarifas. En otras palabras, un factor que podría considerarse en la fijación de tarifas es subsidiar más no solamente a las más costo-efectivas sino también a las más utilizadas por los pobres. Esto sería particularmente válido en ausencia de un sistema adecuado para la exoneración del pago.

En el caso de los establecimientos hospitalarios, existe un problema de clasificación de las fuentes generadoras de ingresos propios debido a que cada hospital presenta un tarifario con diferentes niveles de desagregación y especificidad. Es decir, no existe un tarifario «modelo» que permita una comparación directa y sencilla entre los distintos hospitales, independientemente de su grado de complejidad. Aunque en menor medida, una situación similar se presenta en los centros y puestos de salud.

Además, se observa problemas asociados a que un mismo servicio es clasificado bajo diferentes rubros. Así, por ejemplo, el lavado gástrico aparece a veces bajo «procedimientos médicos» y otras bajo el rubro «gastroenterología». Una situación similar se presenta en el caso del lavado de oídos, al que a veces se le clasifica bajo «procedimientos médicos» y otras bajo «otorrinolaringología» e incluso bajo el rubro «emergencia».

Si bien existen tarifarios completos, también existen otros que se encuentran incompletos y que se presentan a manera de una lista sin clasificación alguna que facilite la búsqueda de una tarifa específica. Además, no todos los establecimientos hospitalarios cuentan con una tarifa única sino que pueden presentar escalas diferenciadas para la misma atención de salud. A modo de ejemplo, en algunos casos, Otuzco, se registró una tarifa única mientras que en otros, Huamanga, tarifas diferenciadas hasta en tres categorías para los diversos tipos de atención o en dos categorías, hospital Belén de Trujillo, social y particular. En otros hospitales se diferenciaron las tarifas para algunos tipos de atención según se tratara de pacientes niños o adultos. Es decir, se aplican políticas uniformes o que intentan discriminar a la población según presente determinadas características tales como la edad, entre otras.

En este esquema existirían subsidios cruzados según tipos de atención o más probablemente, dado el bajo nivel de recuperación de costos, diferentes niveles de subsidio para diferentes tipos de atención sin un respaldo de estudios de costo y

efectividad que hagan que el esquema de subsidios implícito sea óptimo en función de algún objetivo de política. Del mismo modo, habrían subsidios diferenciados según el tipo de paciente o su categorización por estratos sociales, sin que ello necesariamente implique en la práctica una política favorable a la equidad.

Para el presente análisis se ha seleccionado 24 atenciones consideradas comunes para el caso de los hospitales y 12 atenciones para el caso de los centros y puestos de salud. De esta manera, a pesar de la ausencia de una taxonomía adecuada entre tarifarios, se logra tener una visión general de lo que actualmente sucede en el tema de las tarifas<sup>28</sup>.

### 3.3.1 Las tarifas en hospitales

El análisis comparativo a nivel de hospitales se ha llevado a cabo en base a las tarifas mínima y máxima, correspondientes a diversos servicios de salud en los 18 hospitales que conformaron la muestra del estudio. El rango de variación de las mismas, el valor promedio y el coeficiente de variabilidad de las tarifas. Los coeficientes de variabilidad muestran una importante heterogeneidad tarifaria entre los hospitales del sector. En los casos de las consultas externas y hospitalización, los coeficientes son comparativamente menores a los de otras atenciones: 0.3 y 0.5 respectivamente, aunque no por ello dejan de ser importantes. En particular, en los establecimientos ubicados en las zonas más pobres del país, el rango de variación de las tarifas por consultas externas fue desde S/ 1 en el hospital de Cangallo hasta S/ 3 en los hospitales Puno y Andahuaylas; en el caso de internamiento, la tarifa fluctuó de S/ 2 a S/ 5 diarios en los hospitales Azangaro y Puno respectivamente.

En los casos de los grupos emergencia y procedimientos médicos conformado por los servicios lavado gástrico, flebotomía, lavado de oídos y debudación de abscesos, y ambulancia, los coeficientes de variabilidad presentaron valores de 0.7 a 0.8. Por su parte, los grupos laboratorio, radiología, ginecología, gastroenterología, cardiología, odontología y consulta externa, registraron coeficientes del orden de 0.2 a 0.4.

---

<sup>28</sup> Además se ha considerado solamente las tarifas más bajas, en el caso de existir más de una, porque es de interés conocer cuánto paga la población más pobre por los servicios de salud.

La información obtenida sugiere la ausencia de un análisis de costos consistente para la fijación de tarifas. Presumiblemente, las diferencias geográficas y económicas -costos de transporte, demanda y pobreza relativa, entre otras- no pueden explicar razonablemente la importante dispersión observada. Así, la magnitud de la dispersión para las mismas atenciones es significativa, incluso si se consideran hospitales ubicados en las subregiones más pobres del país -en otros términos, aun cuando se intenta comparar subregiones de similares características- como Huancavelica, Ayacucho, Chanka-Andahuaylas y Puno.

La evidencia sugeriría que los hospitales H. Unanue y de Apoyo de Chosica de la subregion Lima Este presentaron tarifas consistentemente superiores al promedio. Sin embargo, en términos generales, el análisis indica que un hospital puede ofrecer una prestación a una tarifa comparativamente baja -en relación al resto de hospitales- y a su vez, brindar otro servicio a una tarifa relativamente alta. A modo de ejemplo, en el hospital de Lamas de la subregion San Martín se cobraba S/ 150 por una operación de apéndice, precisamente el valor máximo registrado para este tipo de intervención, mientras que por hospitalización se cobraba S/ 4,5 diarios, nivel inferior al promedio.

Un caso particularmente interesante corresponde al cobro por servicios de ambulancia, el cual presentó un rango de variación de S/ 15 a S/ 20 para el servicio más barato y de S/ 8 a S/ 705 para el más caro. Este resultado depende de la localización del establecimiento respecto a su población objetivo y a otros establecimientos de salud y centros urbanos más grandes -capital de departamento o incluso Lima- por ello, las tarifas más altas por concepto de traslado por ambulancia se registraron en los hospitales de Andahuaylas y Huancavelica.

### 3.3.2 Las tarifas en centros y puestos de salud

Los coeficientes de variabilidad de las diversas prestaciones de los centros y puestos de salud reflejan la diferenciación tarifaria existente entre ellos, en particular en los casos de los servicios de parto, sutura y curación menor, los cuales presentaron coeficientes de variación de 0,6. Por su parte, las consultas, ya sea en los establecimientos o en el propio domicilio de las personas, mostraron coeficientes de variación ligeramente menores, 0,4 y 0,3, respectivamente. No obstante, los niveles y rangos de variación de estas últimas son diferentes: las consultas a domicilio son relativamente más caras y fluctúan de S/ 2 a S/ 5, mientras que las realizadas en los establecimientos comprendieron de S/ 0,5 a S/ 3,5.

A partir de los resultados obtenidos se puede aproximar la problemática del acceso de la población a los servicios de salud. Así si se considera la tarifa mínima por consulta de salud ascendente a S/ 0.5 puesto de salud Impuchi de la subregión Puno en la medida que en las zonas rurales de extrema pobreza el gasto familiar en alimentación ascendió a S/ 2 diarios (ENNIV 1994) se pone de manifiesto las restricciones de acceso a los servicios de salud de la población en situación de pobreza, más aun si se incluyen los costos adicionales involucrados en la búsqueda de atención -tiempo de viaje, espera y costo de transporte- entre otros.

De otro lado, aunque su importancia relativa es menor, cabe mencionar el caso de la emisión de certificados, el cual constituye en la práctica una actividad monopolística que requería una regulación especial. Este no solo presentó un coeficiente de variación relativamente alto, lo que reflejaría que las tarifas cobradas no corresponden a los costos, sino que en promedio fueron marcadamente superiores a las correspondientes a consultas en establecimientos y curaciones.

El análisis comparativo de las tarifas en establecimientos hospitalarios y centros y puestos de salud muestra que estos últimos presentaron niveles promedio inferiores. Así las tarifas promedio por consultas en centros y puestos de salud ascendieron a S/ 1.8 frente a S/ 2.6 en el caso de los hospitales. Ello puede explicarse porque los establecimientos de menor nivel enfrentan menores costos operativos y atienden a una población que -en general- tiene un menor nivel de ingresos.

### 3.4 Política de fijación de tarifas

En general, el tarifario y las decisiones vinculadas con el establecimiento de tarifas se encuentran a cargo de las UTEs y subregiones de salud, aunque a veces se presentan excepciones como en Huancavelica, subregión donde los centros y puestos de salud adoptaron sus propias decisiones respecto a los niveles tarifarios.

En promedio, la última modificación de tarifas de consultas se registró hace aproximadamente 2 años y 2 meses, con un incremento promedio del orden de 29 por ciento.<sup>9</sup> El referido aumento no parece elevado ya que entre 1994 y 1995

---

<sup>9</sup> Se restringió la pregunta a las tarifas de consulta, por cuanto resultaba difícil para el entrevistado estimar el aumento promedio de todo el tarifario, el cual, además, registró cambios porcentuales no proporcionales.

la inflación acumulada ascendió a 27 por ciento es decir las tarifas promedio de consultas se habrían mantenido constante en términos reales. Sin embargo, cabe anotar que la modificación de tarifas presentó una alta variabilidad así en algunas subregiones se produjo una reducción del orden de 50 por ciento en el monto de las tarifas establecidas mientras que en otras un aumento de cerca de 100 por ciento.

Los criterios más utilizados para la fijación de tarifas fueron las tarifas registradas en otros establecimientos del MINSA (57 por ciento) la opinión de profesionales (43 por ciento) el nivel de ingresos de la población (40 por ciento) y, en menor medida, la necesidad de ingresos y el cálculo de costos (34 por ciento cada uno). En la medida que la respuesta más común correspondió a «tarifas en otros establecimientos del MINSA», ello probablemente refleje la existencia a nivel nacional y subregional de ciertas entidades líderes en la fijación de tarifas. Este liderazgo podría depender de una diversidad de factores: la ubicación geográfica del establecimiento, la calidad de su capital humano y el nivel de equipamiento entre otros, empero este comportamiento podría no guardar una relación con la estructura de costos propia de cada establecimiento.

En relación a la persona que decide la utilización de los ingresos propios, la responsabilidad recae principalmente en el director del establecimiento (77 por ciento) y el jefe de economía (54 por ciento).

### **3.5 Política de exoneraciones**

En los hospitales las decisiones de exoneración del pago -parcial o total- de consultas, medicinas e internamientos son adoptadas en su mayoría por el servicio de asistencia social y en menor medida por el director. En los centros y puestos de salud estas decisiones son adoptadas principalmente por el director y el médico usualmente la misma persona.

Si bien en los hospitales se observa un mayor control de las exoneraciones que en los centros y puestos de salud no deja de llamar la atención el alto porcentaje de hospitales que no efectúan un control de las exoneraciones de consultas. Ello probablemente se explique por el alto costo que implicaría realizar el seguimiento de un número grande de consultas. En general puede afirmarse que los hospitales llevan a cabo un mayor control de las exoneraciones de internamientos y en menor medida de consultas y medicinas en tanto que el

resto de establecimientos controla más efectivamente las exoneraciones de consultas y medicinas

Un resultado aparentemente no intuitivo es el referido al porcentaje de exoneración del pago. Así, los resultados obtenidos para los hospitales frente a los de centros y puestos de salud son contrastantes. En líneas generales, se registró un porcentaje mínimo de exoneraciones de pago por servicios que fluctuó entre 1 y 3 por ciento, empero en el caso de los hospitales los porcentajes máximos superaron claramente a los registrados en los centros y puestos de salud con excepción de las consultas.

Se observa un mayor grado de formalidad en los hospitales respecto a los mecanismos utilizados para decidir las exoneraciones. En efecto, en estos se recurre a una entrevista personal según formulario (48 por ciento) o en su defecto sin formulario (45 por ciento). Por su parte, en el resto de establecimientos predomina la entrevista personal (61 por ciento) y el criterio de la persona que adopta la decisión (29 por ciento). En caso de no utilizar formularios, los establecimientos adoptan decisiones de exoneración en base a criterios indirectos tales como la necesidad de atención, lugar de residencia de la persona y visita domiciliaria, entre otros. En los hospitales predominan estos tres criterios, mientras que en los centros y puestos de salud adicionalmente se considera el conocimiento directo propio por parte del personal del MINSA.

En relación a la existencia de topes o límites en las exoneraciones, se observa que los centros y puestos enfrentan menos restricciones que los hospitales en el caso de las consultas, revirtiéndose este resultado en el caso de las medicinas. Finalmente, cabe anotar que según las entrevistas personales realizadas existen distintas percepciones sobre la «bondad» de las exoneraciones. Así, algunos directores consideran positivo tener altos porcentajes de exoneración, mientras que para otros lo mejor es mantener bajos porcentajes.

El análisis de las encuestas confirma la gran heterogeneidad existente en materia de tarifarios y tarifas, la cual, si bien en principio no es necesariamente inadecuada, refleja la falta de criterios técnicos comunes y de análisis de costos consistentes. En efecto, los altos diferenciales observados probablemente no pueden ser explicados satisfactoriamente por consideraciones geográficas y/o económicas. En líneas generales, se puede concluir que los hospitales presentan un mayor grado de control y formalidad sobre sus exoneraciones, lo cual esta

asociado a su mayor grado de organización respecto a unidades de menor grado de complejidad. No obstante, se observa un nivel elevado de «discrecionalidad» en la adopción de decisiones relativas a la fijación de tarifas y exoneraciones.

Finalmente, si bien esta información es sugerente, no permite evaluar si los niveles de las tarifas y los criterios de exoneración son efectivos en términos de orientarse efectivamente a la población más pobre. Este tópico se desarrolla en el Capítulo IV en base a evidencia empírica adicional proporcionada por la Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENNIV) 1994.

### **3.6 Generación de ingresos propios por tipo de establecimiento**

En promedio, poco más de la mitad de los ingresos propios son generados por los hospitales y un 45 por ciento entre centros y puestos. Las administraciones subregionales responden por sólo el 4 por ciento de los ingresos propios.

Existen, sin embargo, grandes variaciones tanto entre establecimientos como entre orígenes de los ingresos propios.

El porcentaje de ingresos propios generados en hospitales es elevado en las subregiones de Ucayali, Tacna, Chanka-Andahuaylas (100 por ciento), La Libertad, Ayacucho y Huancavelica, en las cuales supera las dos terceras partes. Dicho porcentaje es bastante reducido en Moquegua, Chavín y San Martín. En los casos de Moquegua y San Martín, el resultado puede explicarse en parte por el hecho de que varios de los hospitales del MINSA se encuentran como «hospitales integrados» con el IPSS, por lo que no estarían generando ingresos propios para la subregión de salud (aunque en ambos casos sí generan cierto nivel de costos por personal asignado a dichos hospitales). En las subregiones de Lima Este e Ica, los ingresos propios se generan en alrededor del 55 por ciento en hospitales, el hecho de que este porcentaje sea menor que el de la mayoría de subregiones podría estar asociado al mayor desarrollo relativo de las subregiones, que podría estar permitiendo mayores tarifas y cobros por los establecimientos de menor nivel.

En cuanto a los ingresos propios por origen, estos se asocian de manera bastante lógica a los establecimientos que prestan más cada tipo de servicio. Por ejemplo, los hospitales responden por un porcentaje mayoritario de los ingresos por análisis de laboratorio (71 por ciento) y los internamientos (67 por ciento), mientras que los ingresos por consultas se encuentran mucho más distribuidos (33

por ciento en hospitales 31 por ciento en centros, 30 por ciento en puestos) Las medicinas se venden en un 55 por ciento en hospitales porcentaje que resulta relativamente elevado pero que puede responder al mayor uso de medicamentos provenientes de los programas nacionales en los establecimientos de menor nivel

La forma como se distribuyen los ingresos propios por consultas es interesante de analizar Si como se ha señalado las tarifas en los centros y puestos son menores que en hospitales y además hay más exoneraciones la relativa igualdad en las contribuciones de cada uno de estos tipos de establecimiento a los ingresos propios se estaría explicando por un mayor porcentaje de consultas en los centros y puestos de salud<sup>30</sup>

Llama la atención el hecho que los centros y puestos de salud generen un porcentaje de los ingresos propios por internamientos que si bien es minoritario no deja de ser significativo 18 por ciento en centros y 16 por ciento en puestos Respecto de los puestos de salud cabe señalar que el trabajo de campo muestra que en varias subregiones existían puestos que prestaban servicios de internamiento que no se registraban como casos de emergencias

Viendo los mismos datos de otra manera se observa que en los hospitales el 21 por ciento de los ingresos propios se generan por análisis de laboratorio y rayos X y otra proporción similar por internamientos mientras que solo el 16 por ciento responde a consultas A diferencia de los hospitales en los puestos de salud el 33 por ciento de sus ingresos responde a consultas mientras que solo el 8 por ciento a análisis

Cabe señalar que son pocas las subregiones que tienen un sistema de registro que les permita conocer con facilidad como generan ingresos propios los diversos establecimientos a su cargo En muchos casos si se entregan fondos de ingresos propios a la UTES o subregion se registran como un ingreso de caja adicional sin que exista un sistema que permita hacer un seguimiento de como genera ingresos propios cada establecimiento Algunas excepciones a esta situación son las subregiones de Tacna la UTES Hospital Regional Docente en La Libertad y las UTES Puno y Azangaro en Puno

---

30 Efectivamente de acuerdo a la ENNIV 1994 habría 30 por ciento más consultas en centros y puestos que en hospitales del MINSA

### 3.7 Recuperación de costos por tipo de establecimiento y por tipo de atención

La recuperación de costos ha sido calculada como la proporción que los ingresos propios representan de los gastos totales. Como se ha señalado, existe un nivel de ejecución promedio de los ingresos propios que es muy cercana al 100 por ciento y los indicadores a nivel agregado resultan muy similares a los referidos al análisis del gasto por fuente de financiamiento, en lo relativo al gasto financiado con ingresos propios. Debido a ello, el análisis se centra en otros indicadores de recuperación de costos, particularmente los que se obtienen por tipo de establecimiento y por tipo de atención.

La recuperación de costos, en promedio, es de 5 por ciento en las administraciones subregionales y de 9 por ciento tanto en hospitales como en centros y puestos. Es interesante observar que se logra el mismo nivel de recuperación de costos en establecimientos de muy diferente nivel; ello probablemente se asocia al hecho de que los hospitales, así como tienen mayores tarifas y atenciones más complejas por las que se cobra más, también tienen mayores gastos por la misma complejidad de su labor. Adicionalmente, debe considerarse que los centros y puestos tienen un mayor porcentaje de su gasto financiado por programas nacionales, los que otorgan medicinas y material médico que no se cobran; lo que indicaría que tienen una mayor recuperación de costos en sus otras actividades.

Como en la mayoría de indicadores analizados, también en este caso se encuentran importantes diferencias entre las regiones. En los hospitales de Tacna, La Libertad, Lima Este y Ucayali, la recuperación de costos es bastante más elevada, entre 16 por ciento y 20 por ciento. En el caso de Lima, este nivel de recuperación de costos ya se había encontrado en estudios previos. Simultáneamente, sin embargo, se han encontrado subregiones en las cuales la recuperación de costos en hospitales es muy baja, como sería el caso de las regiones Chavín y San Martín (en Moquegua la recuperación de costos en hospitales es cero porque se trata de hospitales integrados administrados por el IPSS).

En la mayoría de casos, la recuperación de costos es más alta en hospitales que en centros y puestos; las excepciones son las subregiones de Ica, Chavín y San Martín.

En el caso de los centros y puestos de salud, la recuperación de costos también muestra una alta variabilidad, que va desde más de 16 por ciento en Ica y

Lima Este hasta cero y 1 por ciento en Chanka y Ayacucho respectivamente. Referencialmente se ha calculado la recuperación de costos en centros y puestos excluyendo los gastos de programas nacionales. En este caso los porcentajes de recuperación de costos se elevan sustancialmente sobre todo en aquellas subregiones donde los centros y puestos se orientan más a programas nacionales llegando hasta el 58 por ciento en San Martín y con un promedio de 18 por ciento mayor al de los hospitales. Sin embargo probablemente en algunos casos parte de los ingresos propios puede corresponder a atenciones generadas por programas nacionales por ejemplo se cobra la atención pero se entregan medicinas de programas nacionales.

De manera aproximada se ha calculado un indicador de recuperación de costos por tipo de atención. Se dice «manera aproximada» porque como se ha señalado una parte significativa de los ingresos propios se genera por servicios tales como laboratorio y rayos X que en el análisis de gasto han sido considerados servicios intermedios cuyo costo se ha prorrateado entre los tipos de atenciones finales. Debido a ello se ha aplicado este mismo criterio de prorrateo para la recuperación de costos de tal manera que se incluye dentro de por ejemplo la recuperación de costos en consultas una parte de los ingresos provenientes de laboratorio.

La recuperación de costos en consultas es de 13 por ciento en promedio siendo mayor en los centros de salud. En el caso de los internamientos esta recuperación sería de 10 por ciento en promedio también bastante más alta en centros y puestos -aunque debe recordarse que el gasto en este tipo de atención es muy reducido de tal manera que la importancia de esta recuperación de costos de internamientos en centros y puestos es pequeña-

### **3.8 El uso de los ingresos propios**

Los ingresos propios se destinan en promedio en un 7.5 por ciento a inversiones proporción similar a la que representa el gasto en inversión en promedio para todas las fuentes de financiamiento y presupuestos de origen. Moquegua es la subregión donde se destina un mayor porcentaje a inversiones (más del 25 por ciento) seguida de Ayacucho con 11 por ciento. En las subregiones Chanka y Huancavelica los ingresos propios se destinan exclusivamente a gastos corrientes.

En cuanto a los ingresos propios destinados a gastos corrientes la mayor parte se va al gran rubro «otros» con el 64 por ciento en promedio. En la mayoría

de subregiones ese porcentaje está entre 50 y 70 por ciento. Sin embargo, hay excepciones: en Huancavelica solo el 28 por ciento se gasta en otros y la mayoría se destina a medicinas y material médico, lo que podría explicarse por bajos ingresos propios por atenciones, siendo las medicinas su principal fuente de ingresos. Por otro lado, en Ayacucho el porcentaje de gasto en medicinas es particularmente bajo, lo que se debería a la no contabilización del PAC-FARM y en Chanka a su generación exclusiva en el hospital.

La relación entre la generación y el uso de ingresos por establecimientos es muy diversa. Mientras que en algunas subregiones los hospitales gastan más por ingresos propios que lo que generan, en otras es a la inversa.

#### **4 Tarifas promedio, exoneraciones y pobreza: análisis sobre la base de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida**

El trabajo de campo permitió obtener datos sobre los niveles de las tarifas según tipos de atención de salud en los establecimientos comprendidos en la muestra del estudio. Sin embargo, los datos recolectados no permiten obtener información que pueda ser considerada un promedio global, ni estimar la cobertura poblacional de las políticas aplicadas.

Debido a ello, se optó por recurrir a una fuente auxiliar de información: la Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENNIV) 1994. Esta encuesta, llevada a cabo entre junio y agosto de 1994 por el Instituto Cuánto con financiamiento del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), captó información de aproximadamente 3 620 hogares y 20 000 personas. La ENNIV incluyó un módulo específico de salud en el cual se preguntó a las personas si presentaron síntomas de enfermedad, efectuaron consultas o estuvieron internadas, y cuánto pagaron en total por las atenciones de salud: hospitalización y compra de medicinas. Además, provee información sobre las características socioeconómicas de los hogares, tales como niveles de ingresos y gastos, entre otros.

Cabe señalar algunas limitaciones de la ENNIV, las cuales deben ser consideradas a fin de relativizar los resultados presentados. En el caso de las tarifas de consulta, la pregunta se refiere al pago por todas las consultas realizadas, pero en la medida que no se preguntó cuántas se efectuaron, las tarifas estimadas podrían registrar un cierto grado de sobreestimación. De otro lado, se dispone de un

número relativamente reducido de casos de internamiento a lo que se suma el hecho de que aunque se pregunta por el número de días de hospitalización -lo que posibilita calcular una tarifa diaria- probablemente se este incluyendo el costo de las intervenciones quirúrgicas, medicinas y análisis entre otros

#### 4.1 Tarifas de consulta

La tarifa promedio de consulta que incluye aquellas realizadas en establecimientos del MINSA, IPSS y sector privado- ascendió a S/ 5<sup>31</sup> Ratificando lo observado en el trabajo de campo las tarifas promedio son mayores a mayor grado de complejidad de los establecimientos del sector público de salud Así la tarifa en hospitales superó en 38.5 y 100 por ciento a las observadas en los centros y puestos de salud respectivamente El comportamiento es razonable ya que los establecimientos de menor nivel de complejidad enfrentan a su vez menores costos y atienden por lo general a los segmentos de población más pobres (Francke 1995)

Las tarifas obtenidas a partir del procesamiento de la ENNIV son superiores a las del trabajo de campo probablemente porque la ENNIV incluye a Lima Metropolitana y áreas urbanas adicionales en las cuales las tarifas son mayores En dichas zonas en particular en Lima Metropolitana se concentran los hospitales de mayor grado de complejidad y en términos relativos la población presenta mayores niveles de ingreso

Por otro lado las tarifas cobradas en los hospitales del MINSA solo representaron el 22 por ciento de las aplicadas en las clínicas privadas entidades donde el promedio ascendió a S/ 16.3 Por su parte en el IPSS las tarifas fueron prácticamente nulas

A nivel de las zonas urbana y rural se observa una relativa homogeneidad en las tarifas cobradas por los establecimientos del sector público de salud Es notorio que las diferencias entre zonas geográficas resultaran menores que las diferenciales según tipos de establecimiento aun cuando las tarifas en las áreas rurales son consistentemente menores que las de áreas urbanas

---

31 Incluye a los que declaran haber pagado 0

**Cuadro N° IV 1**  
**TARIFAS DE CONSULTA POR ESTABLECIMIENTO <sup>1/</sup>**  
 (En Nuevos Soles)

LUGAR DE CONSULTA	PROMEDIO	CASOS
Hospital Ministerio de Salud	3 6	463
Centro de salud	2 6	379
Puesto sanitario/comunitario	1 8	187
Clinica	16 3	365
Promedio	5 0	1 394

1/ Elaboración propia con base en ENNIV 94

No obstante, a nivel de dominios geográficos de la ENNIV se registraron casos particularmente interesantes. Por ejemplo, las tarifas promedio de consulta en hospitales en los dominios sierra urbana y costa rural superaron en cerca de 60 y 17 por ciento, respectivamente, a la tarifa promedio nacional. Por su parte, el nivel promedio correspondiente a Lima Metropolitana resultó incluso inferior a la tarifa promedio existente en las zonas rurales del país.

Este comportamiento se revierte si se considera los centros y puestos de salud, establecimientos para los cuales la tarifa promedio en Lima Metropolitana superó a los respectivos promedios nacionales, en particular en el caso de los puestos de salud. Por su parte, los resultados indican que el dominio sierra urbana presenta niveles comparativamente altos de tarifas para los diversos tipos de establecimientos. Así, por ejemplo, resultaba más barato atenderse en un hospital de la costa urbana que en un centro de salud de la sierra urbana. En principio, si se asume que los hospitales exhiben un mayor grado de complejidad -aproximado a través de personal y equipo relativamente más calificado y sofisticado respectivamente- el resultado observado es no intuitivo.

El 15 por ciento de los pacientes que se atendieron en los hospitales y centros de salud del MINSA fue exonerado del pago de las consultas, elevándose dicho porcentaje a 28 por ciento en el caso de los que se atendieron en puestos de salud.

**Cuadro N° IV 2**  
**TARIFAS DE CONSULTA PROMEDIO POR**  
**ESTABLECIMIENTO SEGUN REGION <sup>1/</sup>**  
 (En Nuevos Soles)

LUGAR DE CONSULTA	Hosp MINSa	Centro de salud	Puesto sanitario/ comunitario	Clinica
Lima Metropolitana	3 3	2 8	2 5	18 4
Costa urbana	2 8	2 5	2 1	14 1
Costa rural	4 2	2 2	1 4	18 0
Sierra urbana	5 7	3 2	2 3	15 6
Sierra rural	3 2	2 8	1 8	13 7
Selva urbana	3 3	2 8	0 0	19 5
Selva rural	3 3	1 9	0 9	8 1
Urbano	3 7	2 8	2 2	17 0
Rural	3 4	2 5	1 6	13 2
Promedio	3 6	2 6	1 8	16 3

1/ Elaboración propia con base en ENNIV 94

Ello refleja la menor complejidad de atención y menor capacidad de pago de quienes concurren a este tipo de establecimientos

En general, los porcentajes de exoneración fueron relativamente bajos si se considera que el 67 por ciento de las atenciones en hospitales y el 75 por ciento de las atenciones en centros y puestos de salud corresponden a los tres primeros quintiles de la distribución del ingreso. En otros términos, las personas que buscaron atención en los establecimientos del MINSa fueron los pobres o cercano a los pobres (Francke 1995). Mas aun incluso si el total de exoneraciones hubiese sido focalizado en los hogares pobres o cerca de serlo mas de las dos terceras partes de ellos no habrían accedido a la exoneración del pago por consultas en establecimientos del sector público de salud.

En general en los establecimientos del MINSa el grueso de la población atendida paga menos de S/ 10 mientras que en las clínicas la mayoría paga mas de S/ 20. Por su parte, la comun consulta al «farmaceutico» -una decima parte del total de consultas fue realizada en farmacias- es practicamente gratuita, en términos del pago por consulta de salud.

**Cuadro N° IV 3**  
**TARIFAS DE CONSULTA POR ESTABLECIMIENTO SEGÚN TRAMO<sup>1/</sup>**  
 (En porcentajes)

CANTIDAD PAGADA	LUGAR DE CONSULTA						
	Hosp MINSA	Hosp IPSS	Hosp FFAA	Centro de salud	Puesto sanitario/comunitario	Clinica	Farmacia
S/ 0	15	93	78	14	28	14	98
Hasta S/ 10	73	5	18	80	69	11	2
Hasta S/ 20	7	1	4	4	2	21	0
Mas de S/ 20	5	1	0	2	1	54	0
Total	100	100	100	100	100	100	100

1/ Elaboración propia con base en ENNIV 94

En general se observa una ligera tendencia creciente de las tarifas promedio pagadas por consultas de salud según quintiles de gasto la cual se hace más patente para el 20 por ciento superior de la distribución del ingreso. En el caso de los hospitales del MINSA, mientras el quintil de población más pobre asumió una tarifa de S/ 3.2 el quintil de mayores ingresos pagó S/ 5.4. En los centros y puestos de salud se observa una evolución similar aunque más acentuada en el caso de los puestos así mientras que en los hospitales y centros de salud la tarifa promedio asumida por el quintil de mayores ingresos superó en aproximadamente 70 por ciento a las pagadas por el quintil más pobre en los puestos dicha diferencia ascendió a más de 150 por ciento. En el caso particular de los hospitales las tarifas fueron comparativamente bajas representando el 25 por ciento de la tarifa promedio equivalente establecida en clínicas privadas.

La relación positiva entre las tarifas cobradas por los establecimientos del sector público de salud y los quintiles de ingreso puede explicarse por diversos factores. Así puede ser resultado de la aplicación de tarifas diferenciadas entre establecimientos de un mismo grado de complejidad donde se cobra menos en aquellos ubicados en zonas más pobres. Esto puede deberse a que al interior de un mismo establecimiento se aplican criterios de exoneración que reducen el pago que debe efectuar la población pobre o a que aquellos más pobres demandan atenciones de menor nivel de complejidad precisamente porque la tarifa es menor.

Las tarifas promedio pagadas aunque ilustrativas no permiten analizar cómo se encuentran funcionando los criterios de pago de tarifas reducidas y exoneraciones según estratos de ingresos. El procesamiento de la ENNIV permite aproximar una evaluación de los criterios mencionados en términos de su eficiencia para focalizar las tarifas reducidas o las exoneraciones en los estratos de menores ingresos.

**Cuadro N° IV 4**  
**TARIFAS DE CONSULTA PROMEDIO POR QUINTILES**  
**SEGUN ESTABLECIMIENTO <sup>1/</sup>**  
 (En Nuevos Soles)

LUGAR DE CONSULTA	PROMEDIO	QUINTIL				
		I	II	III	IV	V
Hosp MINSA	3.6	3.2	3.1	3.2	3.7	5.4
Centro de salud	2.6	2.2	2.1	2.7	3.0	3.8
Puesto sanitario/comunitario	1.8	1.1	2.1	2.1	1.7	2.8
Clinica	16.3	9.1	11.5	10.5	13.8	21.8

<sup>1/</sup> Elaboración propia con base en ENNIV 94

La teoría de la focalización de los programas sociales indica que la eficiencia de estos puede ser evaluada en función a dos tipos de errores en el acceso a los programas diseñados. El error tipo I o de subcobertura consiste en que no reciben el subsidio todos los que deberían recibirlo por formar parte del grupo objetivo, el cual puede ser definido en base a criterios de pobreza u otros. El error tipo II o de filtración consiste en que reciben el subsidio personas que no deberían recibirlo por no formar parte del grupo objetivo.

Por cierto, se requiere definir dos cuestiones previas: ¿Cuáles son los grupos que deben ser focalizados? y, para el caso de los servicios de salud, ¿qué nivel de tarifas se debe considerar como «crítico» en el marco de un programa social dado que otorga un elevado nivel de subsidio? Francke (1995) presenta un análisis

sis que asume que todos los servicios de salud del MINSA son materia de focalización independientemente de las tarifas pagadas y considera como población objetivo al 20 y 60 por ciento de los hogares de menor nivel de gasto

En esta oportunidad se refina el análisis relativo a las tarifas. Para ello se utiliza dos criterios de corte para las tarifas de consulta: la exoneración total y las tarifas menores a S/ 2, nivel que habitualmente se considera incluso los pobres podrían pagar. Adicionalmente se considera dos criterios para definir el grupo objetivo: el 20 y 40 por ciento de hogares más pobres. Los resultados se presentan en el Cuadro IV 5.

Existe un error tipo I o de subcobertura elevado. Para el quintil de menores ingresos, que se aproxima a los pobres extremos -aquellos cuyo ingreso no les alcanza siquiera para cubrir una canasta básica de alimentos que satisface necesidades nutricionales-, el grado de subcobertura promedio ascendió a 77 por ciento. Es decir, de cada 100 personas pertenecientes al primer quintil que se atendieron en los establecimientos del MINSA, 77 tuvieron que efectuar algún pago por consulta de salud. El grado de subcobertura resultó mayor en los hospitales que en los centros y puestos de salud.

A pesar de que el bajo nivel de exoneraciones generó la fuerte subcobertura de los servicios de salud del MINSA, se registró niveles de filtración significativamente altos, especialmente en los hospitales. En los centros y puestos de salud los niveles de filtración fueron menores, en particular si se considera como la población objetivo al 40 por ciento de hogares de menores ingresos. En efecto, en este caso, el grado de filtración en estos establecimientos ascendió a 37 por ciento.

Si se considera el total de consultas cuya tarifa fue menor que S/ 2, incluyendo las exoneraciones totales, el nivel de subcobertura para las poblaciones objetivo definidas se reduce en forma significativa: 35-37 por ciento en promedio, manteniéndose las diferencias entre hospitales y centros y puestos de salud. Cabe anotar que, en caso del primer quintil, se registró un leve aumento de las filtraciones, mientras que para los dos primeros quintiles en conjunto disminuyó ligeramente. Este resultado es interesante dado que usualmente se encuentra en los programas sociales un cierto grado de «trade-off» o conflicto entre los dos tipos de errores: asociándose mayores niveles de cobertura a mayores niveles de filtración (Baker y Gosh 1995, Francke y Guabloche 1995).

**Cuadro N° IV 5**  
**INDICADORES DE FOCALIZACION PARA CONSULTAS DEL MINSA<sup>1/</sup>**  
 (En porcentajes)

	HOSPITALES	CCSS y PPSS	TOTAL
<b>PARA EXONERACIONES TOTALES</b>			
<b>SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTIL I</b>			
Error tipo I Subcobertura	84	73	77
Error tipo II Filtración	82	65	72
<b>SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTILES I y II</b>			
Error tipo I Subcobertura	88	77	81
Error tipo II Filtración	72	37	51
<b>PARA TARIFA MENOR DE S/ 2</b>			
<b>SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTIL I</b>			
Error tipo I Subcobertura	45	29	35
Error tipo II Filtración	80	72	75
<b>SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTILES I y II</b>			
Error tipo I Subcobertura	50	28	37
Error tipo II Filtración	61	43	50

1/ Elaboración propia con base en ENNIV 94

A modo de ejemplo para el primer quintil de ingresos la vacuna antisarampión muestra una subcobertura de solo el 4 por ciento y un nivel de filtraciones del 64 por ciento la educación primaria presenta una subcobertura del 8 por ciento y una filtración del 60 por ciento y el Programa del Vaso de Leche tiene una subcobertura del 69 por ciento y filtraciones del 45 por ciento (Fiancke 1996) En tal sentido los resultados obtenidos si bien no constituyen una evidencia concluyente, sugieren que para los niveles actuales de subcobertura y filtraciones el «trade-off» no sería operativo, pudiéndose por tanto realizar esfuerzos por reducir el error tipo I sin el costo de incurrir en un mayor nivel de error tipo II

## 4.2 Tarifas de hospitalización

En el Cuadro IV 6 se observa que la tarifa promedio diaria por concepto de hospitalización varía entre S/ 18.5 - S/ 19.0 en los hospitales y centros de salud del MINSA. Estas tarifas resultaron significativamente inferiores a las registradas en las clínicas privadas, entidades en las que el promedio ascendió a S/ 78 diarios. Cabe anotar, sin embargo, que los resultados obtenidos a partir de la ENNIV son claramente superiores a las tarifas de cama hospitalaria por día recolectadas en el trabajo de campo, presumiblemente por que estaría incluyendo costos adicionales como operaciones, medicinas y análisis, entre otros.

Dado el bajo número de casos de internamiento, solo se presenta la información a nivel de áreas geográficas urbana y rural. La tarifa promedio diaria en los hospitales ubicados en las zonas urbanas superaron en cerca de 50 por ciento a la registrada en hospitales rurales, mientras que, a nivel de centros de salud, la situación se revirtió: las tarifas en zonas rurales resultaron significativamente mayores a sus equivalentes en áreas urbanas. Tal como se indicó, estos resultados se presentan en forma referencial y deben ser considerados con cautela debido al bajo número de casos y problemas de definición: es probable que los datos no solo reflejen el costo de 'hoteles' sino también incorporen -en algunos casos- el costo de las operaciones y la adquisición de medicinas y realización de exámenes asociados a la intervención quirúrgica.

**Cuadro N° IV 6**  
**PAGO DIARIO DE INTERNAMIENTO POR ESTABLECIMIENTO <sup>1/</sup>**  
(En Nuevos Soles)

LUGAR DE CONSULTA	PROMEDIO	CASOS
Hospital MINSA	18.5	46
Centro de salud	19.0	9
Clinica	77.9	13
Otro	3.7	4
Promedio	20.2	103

1/ Elaboración propia con base en ENNIV 94

Las exoneraciones por concepto de internamiento ascendieron a 15 y 11 por ciento en los hospitales y centros de salud del MINSA respectivamente. La mayor parte de los que se internaron en un hospital del sector público asumieron un costo menor a S/ 20 diarios mientras que en los centros de salud un porcentaje relativamente importante de personas asumieron un pago superior a dicho nivel. Por otro lado, en el caso de las clínicas, la mayoría de personas pagó una tarifa diaria superior a S/ 20 aunque un alto porcentaje fue exonerado del pago debido a la cobertura de los seguros privados de salud.

**Cuadro N° IV 7**  
**PAGO DIARIO DE INTERNAMIENTO POR**  
**ESTABLECIMIENTO SEGUN ZONA<sup>1/</sup>**  
 (En Nuevos Soles)

LUGAR DE CONSULTA	Hosp. MINSA	Centro de salud	Clínica
Urbano	24.1	13.0	93.4
Rural	9.7	20.7	26.0
Promedio	18.5	19.0	77.9

1/ Elaboración propia con base en ENNIV 94

A fin de analizar la eficiencia de focalización por concepto de internamiento en los establecimientos del MINSA, se estableció un nivel de tarifa diaria reducida de S/ 10. En relación a las exoneraciones totales, los resultados indican que los niveles de subcobertura son elevados. Para los más pobres -primer quintil- el error tipo I o de subcobertura en hospitales y centros de salud resultó mayor que el correspondiente a las consultas ubicándose en un nivel de 85 por ciento, mientras que para el 40 por ciento de hogares de menores ingresos, la subcobertura fue menor a la registrada en las consultas, en particular en el caso de los centros de salud. Cabe indicar que los niveles de filtración aun se mantienen relativamente altos, observándose que en ambos ejercicios, con exoneración total y pago de una tarifa diaria de S/ 10, la ampliación de la cobertura se presenta simultáneamente con la reducción de las filtraciones.

**Cuadro N° IV 8**  
**PAGO DIARIO DE INTERNAMIENTO POR**  
**ESTABLECIMIENTO SEGUN TRAMO <sup>1/</sup>**  
 (En porcentajes)

CANTIDAD PAGADA	DONDE SE INTERNO		
	Hosp MiNSA	Centro de salud	Clinica
S/ 0	15	11	23
Hasta S/ 10	46	33	8
Hasta S/ 20	22	11	8
Mas de S/ 20	17	44	61
Total	100	100	100

<sup>1/</sup> Elaboración propia con base en ENNIV 94

**Cuadro N° IV 9**  
**INDICADORES DE FOCALIZACION PARA INTERNAMIENTOS EN EL MINSA <sup>1/</sup>**  
 (En porcentajes)

	HOSPITALES	CCSS y PPSS	TOTAL
PARA EXONERACIONES TOTALES			
SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTIL I			
Error tipo I Subcobertura	86	83	85
Error tipo II Filtración	71	93	86
SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTILES I y II			
Error tipo I Subcobertura	83	56	75
Error tipo II Filtración	43	71	62
PARA TARIFA MENOR DE S/ 10 DIARIOS			
SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTIL I			
Error tipo I Subcobertura	43	50	45
Error tipo II Filtración	71	82	76
SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTILES I y II			
Error tipo I Subcobertura	35	33	34
Error tipo II Filtración	46	65	53

<sup>1/</sup> Elaboración propia con base en ENNIV 94

## Conclusiones y recomendaciones

- 1 El sistema presupuestal no es funcional al análisis del gasto público en salud

Los programas y subprogramas mezclan distintos tipos de establecimientos y niveles de atención existiendo solo en algunos casos una separación entre hospitales y establecimientos de primer nivel y no existiendo en ningún caso diferencias según tipos de atención

Las partidas genéricas comprenden conceptos que forman parte de diferentes rubros siendo necesario remitirse a las partidas específicas que tienen un alto grado de desagregación complicando innecesariamente la tarea

La existencia de más de veinte organismos e instituciones a través de los cuales llegan recursos a las subregiones de salud aun sin desagregar las distintas ONGs ni incluir la diversidad de organismos de cooperación externa también dificulta enormemente el análisis. Sobre todo si cada uno de estos presupuestos de origen distribuye los recursos bajo diferentes mecanismos, a diferentes niveles y con diferentes sistemas de evaluación e información

La organización de los establecimientos tampoco se realiza de acuerdo a los mismos criterios en todos los casos y dificulta la tarea de identificar el gasto de acuerdo a los conceptos relevantes

Debido a ello resulta necesario diseñar un nuevo sistema de categorías presupuestales y de organización de la administración y de los servicios de salud

- 2 Se ratifica la existencia de niveles relativamente bajos de gasto público en salud en las subregiones del orden de los S/ 41 (US\$ 18) per capita al año insistiéndose en la necesidad y conveniencia de su elevación
- 3 Los datos obtenidos indican que, manteniéndose la fuente de financiamiento del Tesoro Público como la principal las donaciones de la coope-

ración externa representan un porcentaje importante superior al 10 por ciento a pesar de no haberse considerado sino los aportes de la USAID. El endeudamiento externo, por su parte, se evidenció reducido como fuente de financiamiento, situación que debe haberse modificado sustancialmente en 1995 dado el inicio de los desembolsos en subregiones del programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud con financiamiento del BID.

Esta situación remarca la necesidad de tener una adecuada política de cooperación externa que oriente tales recursos en función de las prioridades de la reforma sectorial.

- 4 En cuanto a los mecanismos a través de los cuales el MINSA otorga recursos a las subregiones, el Programa de Salud Básica para Todos si bien tiene una importancia pequeña en 1994 debido a que recién entro en funcionamiento en la segunda mitad de ese año, se proyecta que podría estar representando una quinta parte del gasto de las subregiones en 1995.

Esta situación revela que las subregiones han ampliado considerablemente la porción de su presupuesto que no deriva del gobierno regional, lo que al mismo tiempo que ha permitido una mayor orientación de sus recursos hacia atención primaria de salud, resalta la necesidad de una reformulación de los sistemas presupuestales que permita integrar, bajo una misma orientación, los recursos obtenidos a través de diversos organismos para distintos usos y con diferentes requisitos administrativos.

Simultáneamente se encontró que la importancia del presupuesto de origen «Programas nacionales» es bastante reducida, mucho menor que el gasto total en estos programas nacionales que incluye el gasto del personal financiado por el Tesoro Público y los alimentos e insumos donados por la cooperación externa. Ello indica que las directivas y orientaciones de los programas nacionales tienen una importancia mucho mayor a la que podría reflejar el gasto directamente financiado por ellos.

- 5 El patrón distributivo del gasto público en salud no refleja que se esté otorgando la prioridad adecuada a las subregiones más pobres y con mayores necesidades de salud. Los gastos en salud financiados a través de los pliegos regionales por el Tesoro Público muestran un patrón regresivo.

El financiamiento del Programa de Salud Básica para Todos para 1994 aunque llega en mayor medida a los más pobres también tiene un nivel de relativa concentración en los de menores necesidades de salud en perjuicio de los de necesidad media

El programa de alimentación complementaria que administra el INS dentro del programa de Mejora del Gasto Social Básico sí resulta fuertemente redistributivo en la medida que solo se otorga en los departamentos del sierrandino que son los más pobres del país

También resultan fuertemente redistributivos los aportes de la cooperación externa

Ello ratifica la necesidad de una reforma del sector que considere el objetivo de la equidad -que en el caso de servicios de salud no debe confundirse con igualdad frente a necesidades claramente desiguales como uno de sus norte fundamentales

- 6 El estudio encontró también ratificando anteriores estimaciones que la mayor parte del gasto público en salud es gasto laboral

Aunque este resultado era esperado y refleja las características de un servicio intensivo en mano de obra debe hacernos reflexionar sobre la importancia de una adecuada política laboral

Esta política debe incorporar elementos de capacitación e incentivos al personal. En el caso de la capacitación una primera estimación de los gastos al respecto indican que estos son solo el 2 por ciento del total la cuarta parte de la inversión en infraestructura física lo que no guardaría relación adecuada con la importancia relativa de estos dos factores a pesar del reducido nivel de la inversión fija

En el caso de los incentivos al personal se observa que las escalas salariales no tienen mayores diferencias y tampoco existe un sistema de promociones que permita a los trabajadores elevar su nivel por una mayor calificación o una mayor productividad (en cantidad o calidad). Debido a ello no se estaría remunerando adecuadamente a los profesionales y trabajadores más calificados sea esta calificación por estudios realizados o por experiencia en el trabajo

Es necesario frente a ello revisar la política laboral de los trabajadores de salud a fin de mejorar la calidad de los recursos humanos que se convierten en elemento fundamental para el éxito de la reforma

- 7 En cuanto al gasto en medicinas y material médico, se encontró que este era algo menor a la décima parte de los gastos corrientes porcentaje similar al de algunos otros países subdesarrollados para los que se obtuvo información. Ello sería resultado del éxito del programa PAC-FARM que ha permitido dotar de un paquete de medicinas genéricas que permite cubrir un espectro importante de necesidades de fármacos

La experiencia ha mostrado también sin embargo que esta política ha llevado a restringir al máximo las exoneraciones de medicamentos, habiéndose encontrado numerosos establecimientos que no exoneran en absoluto lo que podría estar afectando las posibilidades de acceso de los más pobres a elementos básicos para la recuperación de la salud

- 8 El gasto en alimentos para personas resultó ser un porcentaje elevado del gasto corriente en salud bastante mayor incluso que el gasto en medicinas y material médico. Ello está reflejando la importancia que tanto el fisco como fuentes de cooperación externa están otorgando al problema de la desnutrición infantil que es uno de los principales problemas de salud pública del país dado que se ha encontrado que cerca de la mitad de los niños de primer grado de primaria padecen de desnutrición crónica

La necesidad de una mayor integración entre estos programas nutricionales y los demás programas y servicios de salud resulta indispensable

- 9 La asignación del gasto en salud a establecimientos de primer nivel y a atenciones primarias de salud son internacionalmente considerados criterios básicos para lograr los objetivos de salud básica para todos

El estudio encuentra que una proporción importante aunque no mayoritaria, del gasto público en salud de las subregiones se destina a centros y puestos de salud y que otra proporción se orienta significativamente a los llamados «programas nacionales» que asumen las atenciones básicas

El porcentaje del gasto público en salud que se destina a estos establecimientos y atenciones sin embargo es menor si se hace una aproximación

a nivel nacional dado que los grandes hospitales de la UDES Lima ciudad y de la atención especializada concentran importantes recursos

Tal realidad indica que una política que busque reforzar la atención primaria pasa en buena medida por insistir en un mayor nivel de desconcentración del gasto en salud otorgando mayor proporción de los fondos a las subregiones

- 10 Los ingresos propios en las subregiones son bastante menores que los encontrados en Lima alcanzando solo un 8 por ciento en promedio. Se comprueba que en las regiones más pobres los ingresos propios son menores. Ello refleja la menor capacidad de gasto de la población de las regiones que tiene menores recursos que los de la capital e indica también las limitaciones de una política de recuperación de costos

- 11 Se encontró también que los tarifarios resultaban sumamente heterogéneos y que la estructura de los tarifarios no respondía a consideraciones de eficiencia. Asimismo, aun cuando por lo general se cobra un poco menos en zonas más pobres, tales diferencias no son muy grandes y la estructura de los tarifarios tampoco responde a criterios de equidad. De esta manera, si bien el establecimiento de tarifas ha contribuido a la generación de recursos y a la mejora del servicio, no puede asegurarse que no esté impidiendo el acceso de algunos sectores ni que esté promoviendo los servicios que tienen una mayor efectividad en relación a su costo.

Se resalta por ello la necesidad de establecer sistemas que permitan realizar cálculos de costo-efectividad y que, junto a consideraciones de equidad, puedan servir para el establecimiento de tarifarios con sustento técnico que permitan apoyar el logro de los objetivos de la reforma sectorial.

- 12 Un análisis de las exoneraciones a partir de una encuesta de hogares encontró que las mismas no se focalizaban adecuadamente en los más pobres, existiendo una proporción elevada de los dos tipos de errores que puede tener la focalización: cobro a los que deberían estar exonerados y no cobro a quienes no deberían estar exonerados.

Esto se explica por el hecho que son los propios establecimientos los que, sin un criterio común, sin apoyo técnico y sin tener necesariamente en

cuenta las diferencias en la situación de pobreza entre zonas geográficas deciden las exoneraciones

Esta situación pone en evidencia la urgencia de establecer políticas de exoneraciones con diferenciación geográfica, pero bajo criterios comunes a nivel nacional, y que además puedan operativizarse de manera sencilla por los establecimientos de salud. Esta política debería complementar una política de asignación del gasto entre subregiones y UTEs que tenga en cuenta la necesidad de incorporar un sesgo a favor de las subregiones con mayores necesidades de salud y una política de recuperación de costos para lograr los objetivos de eficiencia y equidad.

### Bibliografía

- ANSSA-PERU Financiamiento y gasto del Ministerio de Salud del Perú *Informe Técnico* No 7 Lima Perú 1986
- Arrow Kenneth «Uncertainty and the welfare economics of medical care» en *American Economic Review* Vol LIII No 5 1963
- Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo mundial 1990 La pobreza* Washington D C EE UU 1990a
- Banco Mundial *Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo Programa de reformas Estudio de políticas del Banco Mundial* Washington DC EE UU 1990b
- Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo mundial 1993 Invertir en salud* Washington D C , EE UU 1993
- Baker Judy y Margaret Grosh «Proxy Means Test for Targeting Social Programs Simulation and Speculation», en *Living Standards Measurement Study*, No 118 Washington D C EE UU 1995
- Behrman Jere «Inversión en recursos humanos» en *Progreso económico y social en América Latina informe* 1993 BID Washington D C EE UU 1993
- Bridsall Nancy «Strategies for Analyzing User's Charges in the Social Sectors» en *Country Policy Department Discussion Paper*, No 9 Banco Mundial, D C EE UU 1987

- Birdsall Nancy y Robert Hecht «Swimming Against the Tide Strategies for Improving Equity in Health» en *Working Paper Series* No 305 BID Washington D C , EE UU , 1995
- Cari-Hill R «Equidad para los pobres» en *Salud Mundial* Revista de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Año 47 No 5 1994
- Comisión Económica para América Latina, «El gasto social en América Latina un examen cuantitativo y cualitativo» en *Cuadernos de la CEPAL*, No 73, diciembre, 1994
- De Habich, Midori *Gasto público en salud y sus efectos distributivos*, mimeo, Trabajo presentado al VIII Encuentro de Economistas de la Gerencia de Investigación Económica Banco Central de Reserva del Perú, Lima, 1991
- De Habich Midori, *Gasto público en salud 1994* mimeo 1995
- Development Group, The *Analysis del sector salud en el Perú*, mimeo elaborado para USAID 1991
- Escobal, Javier y Marco Castillo, «Sesgos en la medición de la inflación en contextos inflacionarios el caso peruano» en *Documento de Trabajo* No 21 Grupo de Análisis para el Desarrollo-GRADE Lima Perú 1994
- Fogel Robert «Economic Growth, Population Theory and Physiology The Bearing of Long-Term processes on the Making of Economic Policy» Discurso por Premio Nobel de Economía 1993 en *American Economic Review* Vol 84 No 3 1994
- Foster J, J Greer, J y E Thorbecke «A Class of Decomposable Poverty Measures», en *Econometrica*, Vol 52 No 3 1984
- Francke Pedro *La educación pública los pobres y el ajuste*, APRODEH CEDAL, Lima, Perú 1994
- Francke Pedro *Distribución del ingreso y atención de salud Perú 1994* mimeo, Investigación realizada para el III Concurso Nacional de Investigaciones en Salud CONCYTEC-MINSA-OPS 1995

- Francke Pedro *Políticas sociales en el Perú Alcance actual y retos a futuro* mimeo 1996
- Francke Pedro y Judith Guabloche «Focalización Identificando a los pobres según características socioeconómicas de los hogares» en *Documento de Trabajo* No 4 Banco Central de Reserva del Perú 1995
- Fundación Mexicana para la Salud «Las Cuentas Nacionales de Salud y el financiamiento de los servicios» Economía y Salud *Documentos para el análisis y la convergencia* No 7 1994
- Garnica G *Estudio de costos de hospitales del Ministerio de Salud en Lima Metropolitana* mimeo Ministerio de Salud Dirección General de Salud de las Personas setiembre 1994
- Gertler Paul Luis Locay y Warren Sanderson «Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru» en *Journal of Econometrics* Vol 36 No 67-68 1987
- Griffin Charles «User Charges for Health Care in Principle and Practice» en *EDI Seminar Paper* No 37 Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial 1988
- Hertera J L M Fukumoto B Palomino y V Gamarra *Evaluación de los servicios de salud materno infantil y planificación familiar en 5 regiones de salud* CONAPO-MINSA 1985
- Jimenez Emmanuel *Pricing Policy in the Social Sector Cost Recovery for Education and Health in Developing Countries* John Hopkins Press Washington D C EE UU 1987
- Kakwani Nanak «Applications of Lorenz Curves in Economic analysis» en *Econometrica* Vol 45 No 3, 1977
- Kakwani, Nanak, *Income Inequality and Poverty Methods of Estimation and Policy Applications* Oxford University Press 1980

- Kakwani Nanak, «On a Class of Poverty Measures», en *Econometrica* Vol 48 No 2 1980
- Loza Gloria *El nivel de la mortalidad infantil en el Perú Censos Nacionales 1993* mimeo 1994
- Mann J L Gostin, F Guskin Z Lazzarini y H Fineberg «Health and Human Rights», en *Health and Human Rights Quarterly Journal* Vol 1 No 1, 1994
- McGuire Alistair John Henderson y Gavin Mooney *The Economics of Health Care* Routledge & Kegan Paul UK 1988
- Medina Andres *Pobreza crecimiento y desigualdad Perú 1994* Tesis de Maestría ILADES/Georgetown University 1995
- Meerhoff R Guatemala *Financiamiento y gastos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y costos operativos de los servicios de atención primaria* mimeo investigación realizada para el USAID y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala 1992
- Ministerio de Salud *Un sector salud con equidad eficiencia y calidad Lineamientos de Política de Salud 1995 2000*, 1996
- Ministerio de Salud - Oficina de Estadística *Mortalidad infantil registrada en el Perú 1986 1992* mimeo 1994
- Ministerio de Salud - Oficina General de Planificación *Plan de Salud 1994 1995* 1994
- MINSA-Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud *La reforma del sector salud en el Perú* mimeo febrero 1995a
- MINSA-Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud *La reforma del sector salud Viabilidad y factibilidad* mimeo s/f 1995b
- MINSA Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud *Reforma económica financiera del sector salud* mimeo setiembre 1995c

- MINSA Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud-Componente Análisis del Financiamiento del Sector Salud *Análisis y evaluación de los mecanismos de asignación de recursos* mimeo informe final preparado por Ascarza Ilich, agosto 1995
- Mostajo Patricia *El contexto en el que desciende la mortalidad infantil en el Perú* mimeo 1994
- Musgrove Philip «La equidad del sistema de servicios de salud Conceptos indicadores e interpretación» en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* setiembre 1983
- OECD «Public Expenditure on Health» en *OECD Studies on Resource Allocation* julio 1977
- Petrrera Margarita, «Eficacia y eficiencia de la seguridad social en relación con el ciclo económico el caso peruano» en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* número especial sobre economía de la salud Vol 103 No 6 1990
- Presidencia del Consejo de Ministros-Banco Interamericano de Desarrollo *Informe de diagnóstico normativo institucional* Ministerio de Salud mimeo abril 1995
- Quaile Hill K «Public Expenditures and Services as Policy Outcome Predictors A Two Nation Analysis for Health and Education» en *Rice University Program for Development Studies Paper* No 65 1995
- Sen Amartya «Poverty An Ordinal Approach to Measurement» en *Econometrica* Vol 44 No 2 1976
- Suarez Ruben «Financing the Health sector in Peru» en *Living Standards Measurement Study Working Paper* No 31 Banco Mundial Washington D C EE UU 1987
- Suarez R P Henderson E Barillas y C Vieira *Gasto nacional y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe Desafíos para la década de los noventa*, OPS OMS, Washington D C , EE UU 1995

Tobin, James, «On Limiting the Domain of Inequality» en *Journal of Law and Economics*, Vol 13, 1980

Van de Walle D «The Distribution of Subsidies through Public Health Services in Indonesia» 1978-87 en *The World Bank Economic Review*, Vol 8, No 2, 1994