



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS
“JUEVES ECONÓMICOS”**

EL FINANCIAMIENTO PÚBLICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

**Econ. AUGUSTO PORTOCARRERO GRADOS
Presidente APESM**

24 de Agosto de 2006

Asociación de Profesionales Economistas Sanmarquinos APESM




CONTENIDO

1. Desarrollo Económico y Salud
2. Cuentas Nacionales en Salud
3. El Financiamiento Público en Salud
4. Características del Gasto Público en Salud



DESARROLLO ECONÓMICO Y SALUD

- 
- No hay desarrollo sin salud.
 - No hay salud sin desarrollo
 - No todos los modelos de desarrollo son “buenos para la salud”
 - Es necesario plantear un desarrollo que sea armónico y saludable.

CORRIENTES DEL PENSAMIENTO MÉDICO

ESCULAPIO

PANACEA

ARTE DE CURAR

DIOS DE LA
ENFERMEDAD

- MEDICINA CLINICA
- SE CENTRA EN EL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD

HIGIA

ARTE DE MANTENER
LA SALUD

DIOSA DE LA
SALUD

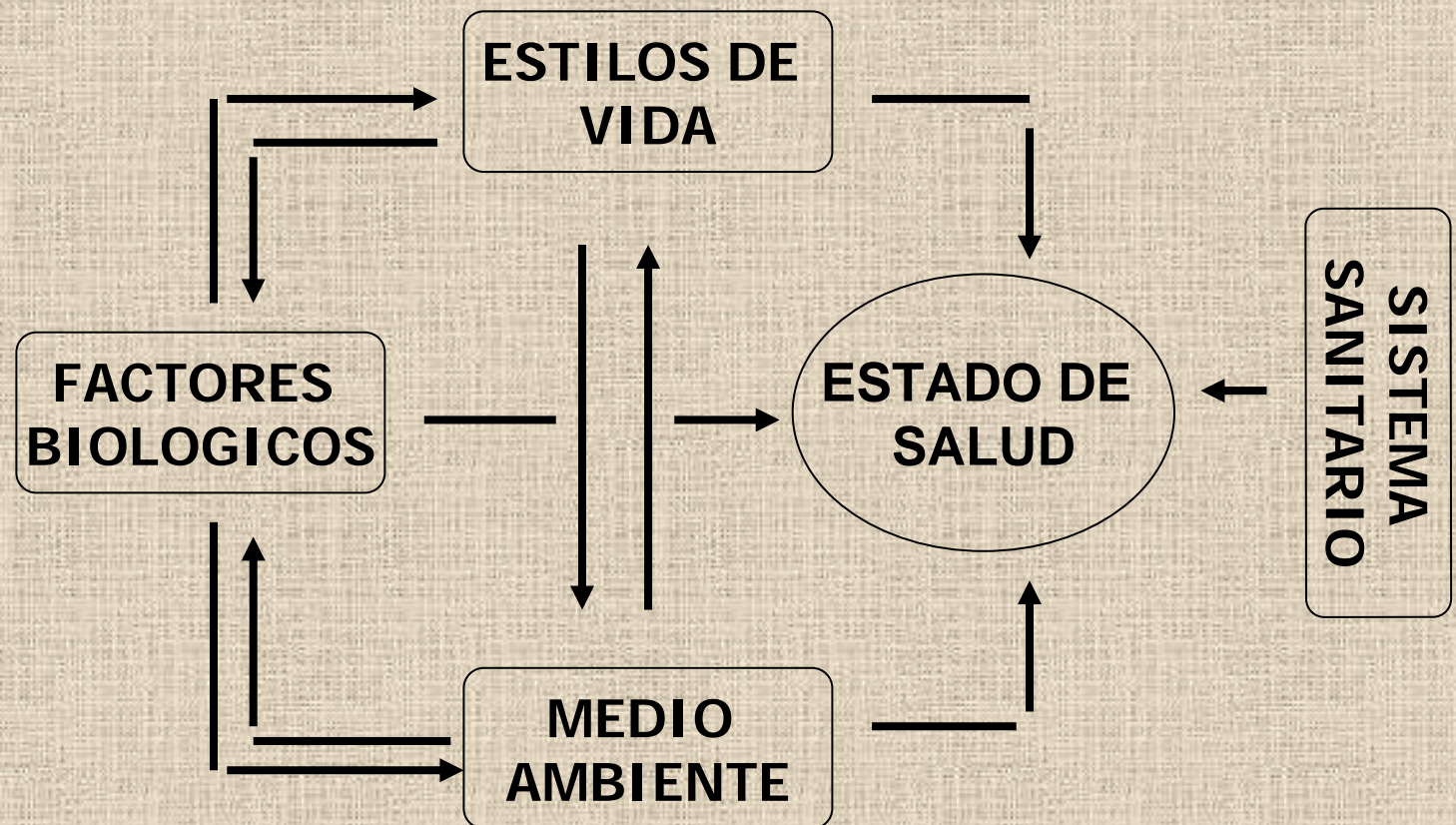
- SALUD PUBLICA
- SE CENTRA EN LOS PROCESOS QUE DETERMINAN LA SALUD



¿QUÉ ENTENDEMOS POR SALUD?

La salud es el medio para la realización personal y colectiva, constituye un índice de éxito de una sociedad en la búsqueda del bienestar como sentido último del desarrollo.

DETERMINANTES DE LA SALUD





CUENTAS NACIONALES EN SALUD

Gasto en Salud como % del PBI

Perú y regiones geopolíticas mundiales, 2000

Grupo de Países	% del PBI
Estados Unidos de Norte América	13.0
Canadá	9.3
Unión Europea	9.3
Mundo	7.5
América Latina y el Caribe	7.3
Europa Oriental y Asia Central	5.6
Perú	4.7
África del Norte y Medio Oriente	4.7
África al sur del Sahara	4.3
Asia Sur Oriental y el Pacífico	4.1



Fuente: Gasto Nacional de Salud en las Américas: Situación Actual y Tendencias. Organización Panamericana de la Salud. Washington, Febrero 2002.

¿Quiénes financian la atención de salud?

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

¿A dónde va el financiamiento de los hogares?

	1995	2000
Boticas y Farmacias*	49,8	45,1
Prestadores privados	34,0	37,9
Prestadores públicos	5,6	12,0
Prestación EsSalud (no afiliado)	0,6	0,4
Aportes a EsSalud	8,5	0,6
Seguros privados	1,5	2,1
Aportes a EPS	---	1,9
Total	100,0%	100,0%

* Ubicadas fuera del prestador



EL FINANCIAMIENTO PÚBLICO EN SALUD

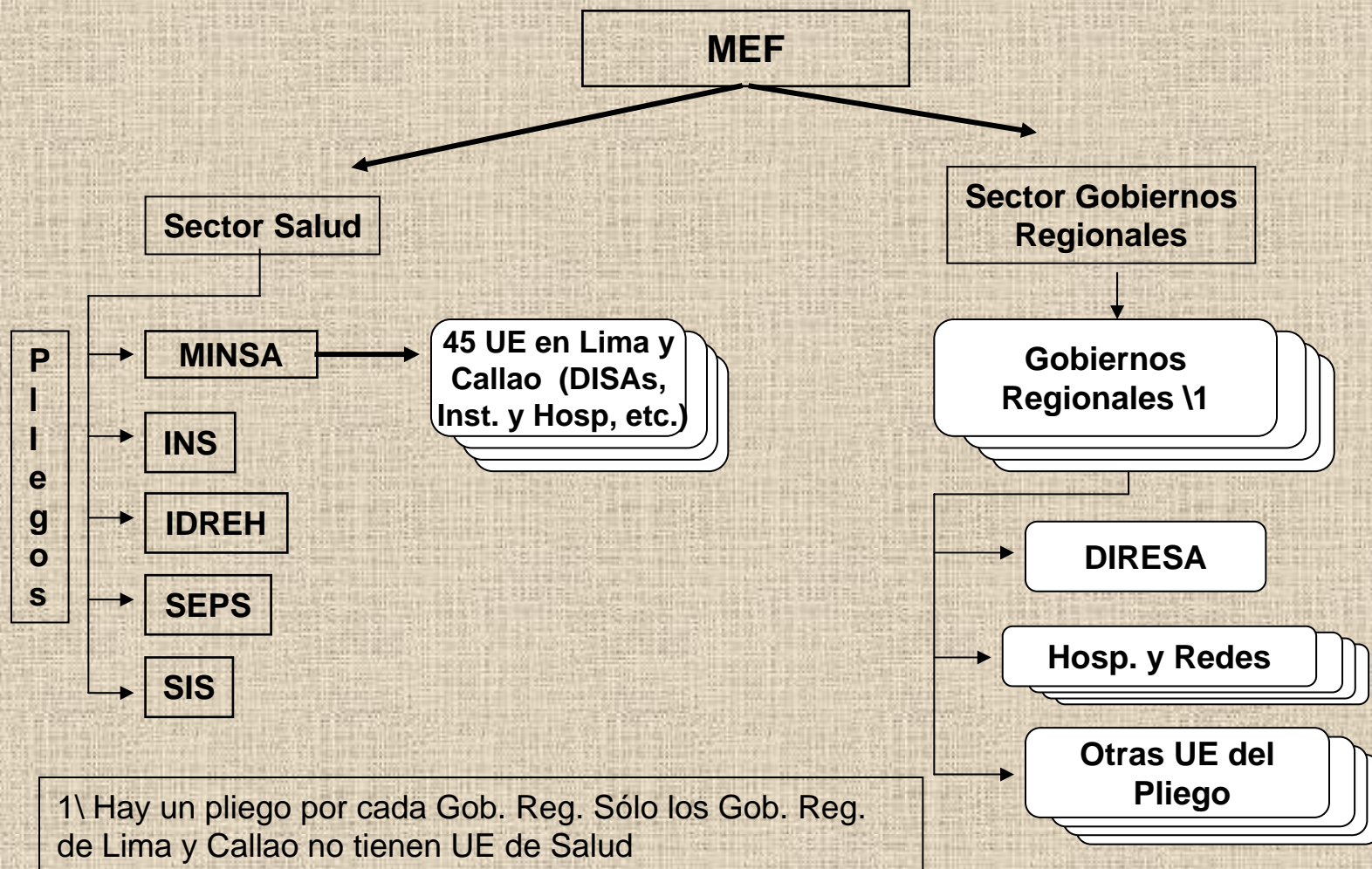
¿CÓMO ESTÁ ORGANIZADO EL PRESUPUESTO PÚBLICO?

- Según los organismos que reciben presupuesto (Sectores, Pliegos y Unidades Ejecutoras).
- Según las actividades que se realizan (Función, Programa, Subprograma, Actividad o Proyecto y Componente).
- Según tipo de gasto (Categoría de gasto, Modalidad de gasto, Genérica de gasto y Específica de gasto).
- Por el tipo de financiamiento (R. Ordinarios, R. Directamente Recaudados, Donaciones y Transferencias. (10 en total)

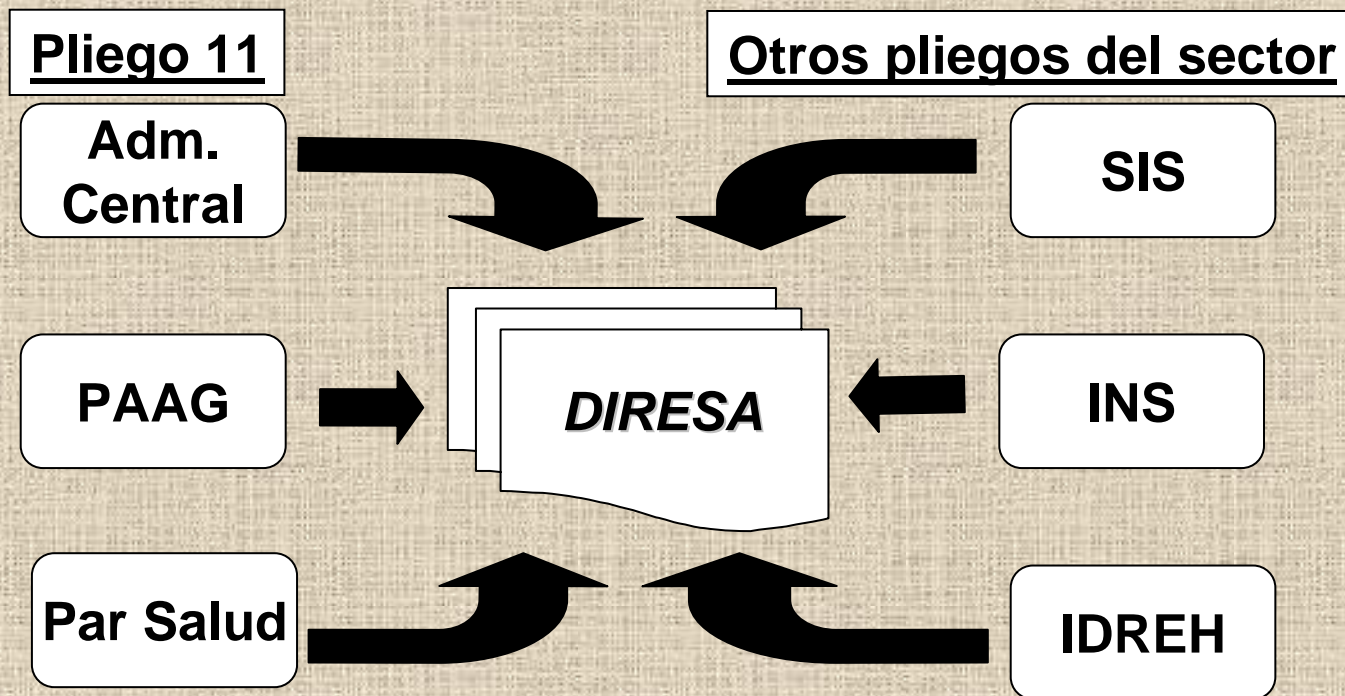
CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PRESUPUESTO PARA SALUD

- La organización del presupuesto no corresponde a la administrativa.
- La organización administrativa no agrupa a todo el sector público de salud (MINSA, Sanidades, EsSalud).
- El presupuesto no está ligado a un plan nacional sectorial (Por ejemplo, el PESEM).
- El criterio de asignación del presupuesto es la ejecución histórica: “lo que gastaste el año anterior y un poco mas”.

FLUJO DE RECURSOS EN EL SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD



FONDOS DE LOS PLIEGOS Y UE DEL SECTOR SALUD QUE SE EJECUTAN EN LAS DIRESA Y SUS UE



Alrededor del 80% del Sector se ejecuta en las DIRESA
Alrededor del 20% del Sector es en las DIRESA fuera de Lima

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FINANCIAMIENTO PÚBLICO 2000 - 2005

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

1\ 2005 Corresponde al Presupuesto Institucional de Apertura.

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

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

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

Fuente: SIAF – MEF. MINSA.

Elaboración propia

ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL FINANCIAMIENTO PÚBLICO 2000 - 2005

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

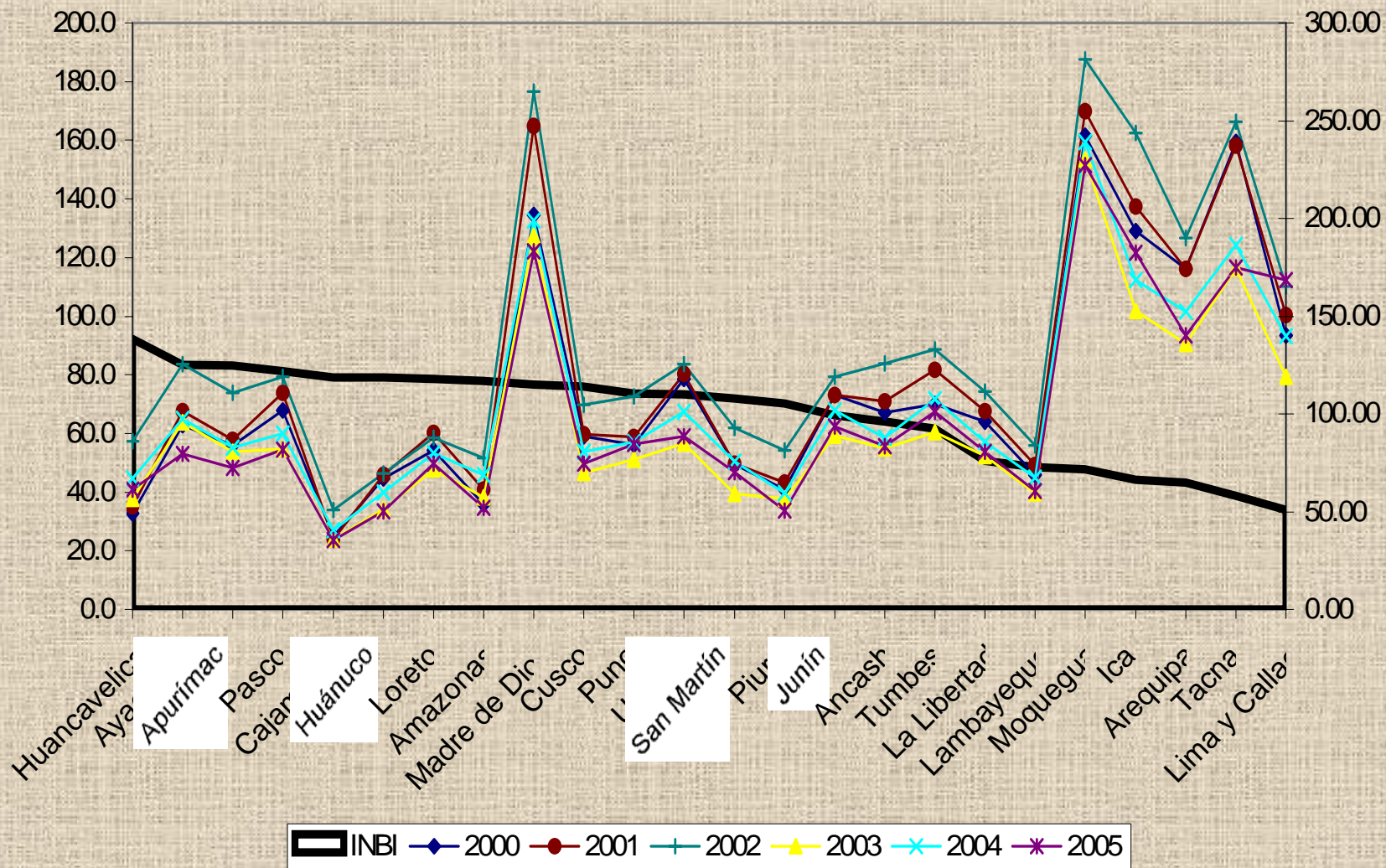
1\ Presupuesto Inicial de Apertura.

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

Fuente: SIAF - MEF. MINSA.

Elaboración propia

DISTRIBUCIÓN PER CÁPITA DEL FINANCIAMIENTO Y EL INBI 2000 - 2005



PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD POR PLIEGO 2005 - 2006

En millones de Nuevos Soles

Pliego	2004	2005		Proy. 2006
	PIM	PIA	PIM (1)	
Sector Salud	2.386,0	1.927,4	2.652,0	2.431,0
Sector Público	46.628,0		50.424,0	50.692,0
% del S. Público	5,12		5,26	4,80

Pliego	Vs. PIA 2005	Vs. PIM 2005
Sector Salud	26,13	-8,33
Sector Público		0,53

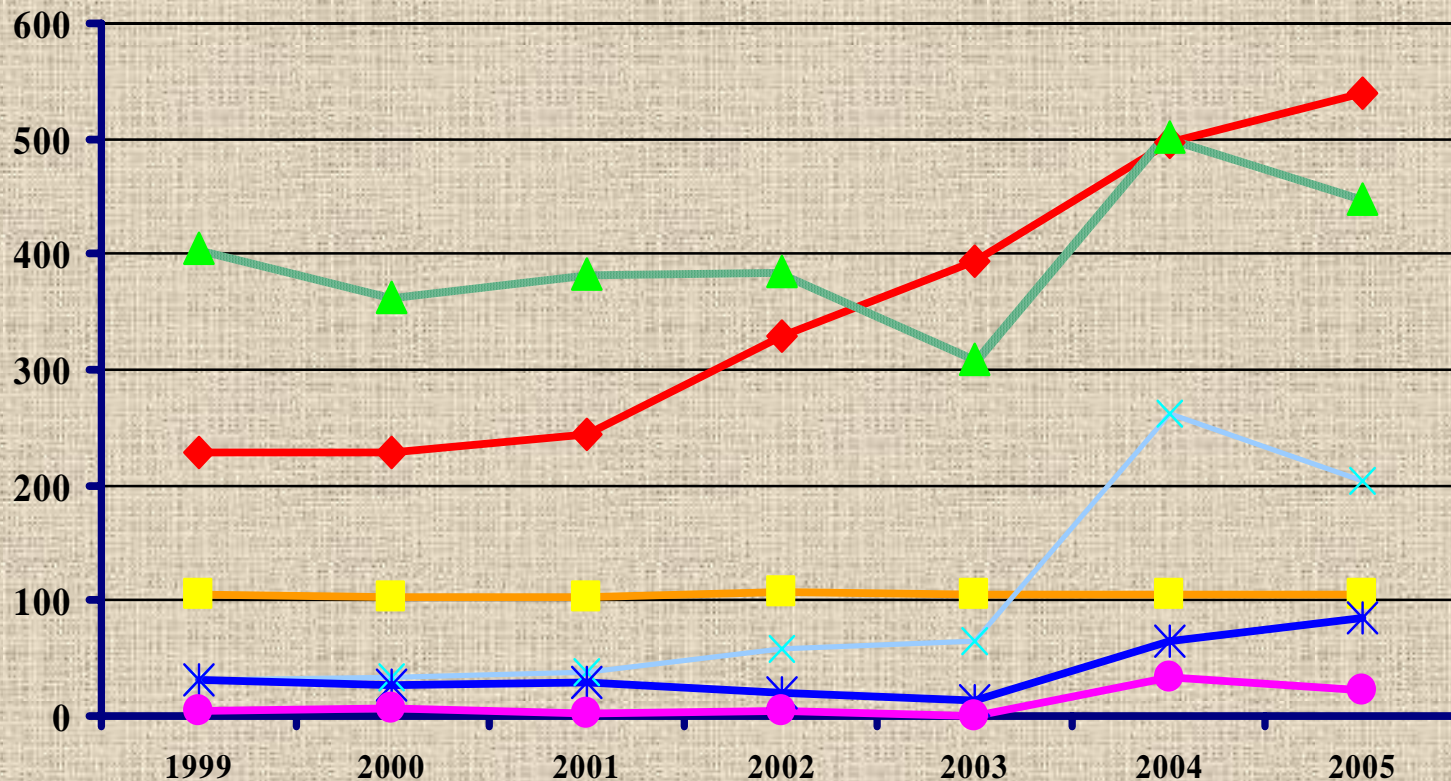
**Variación
porcentual**

Fuente: Ministerio de Salud



CARACTERÍSTICAS DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

LA COMPOSICIÓN POR GENÉRICA DEL GASTO 1999 - 2005



◆ Personal y obligaciones sociales

▲ Bienes y servicios

✱ Inversiones

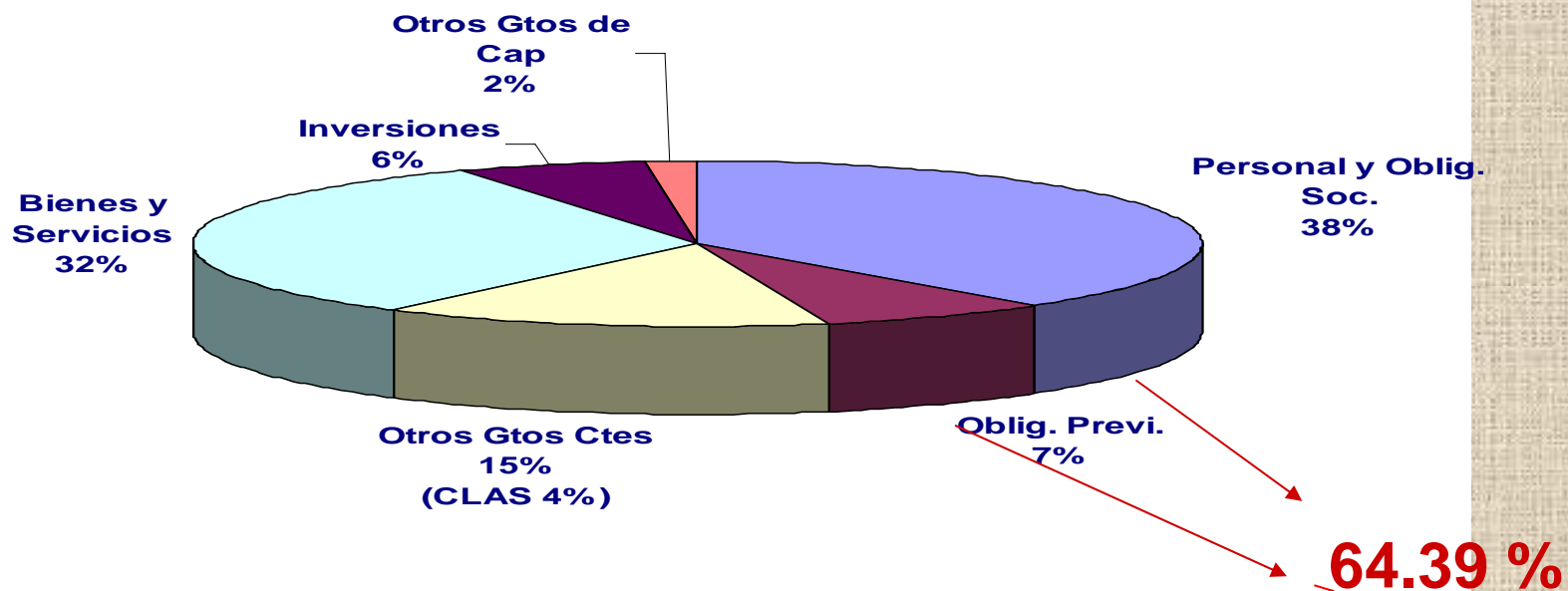
■ Obligaciones previsionales

✕ Otros gastos corrientes

● Otros gastos de capital

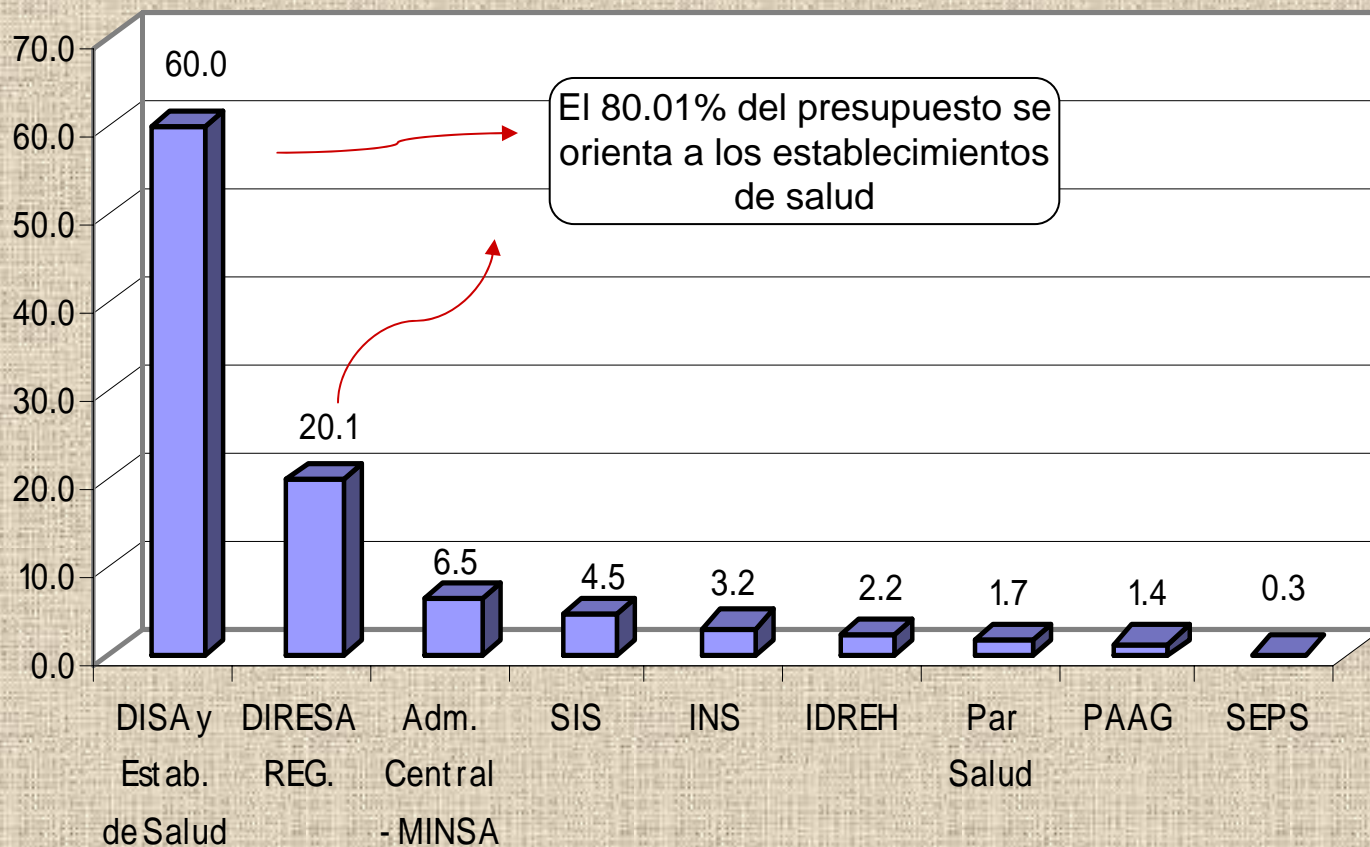
Deflactado con índice de inflación con base 1994

LA DISTRIBUCIÓN POR GENÉRICA DE GASTO, 2005



En la genérica Bienes y Servicios, aproximadamente el 14% se destina a Servicios No Personales, Servicios de Terceros y Servicios de Consultoría.

DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR EJECUTORA DE DESTINO, 2005



EL PAGO DE BOLSILLO EN EL MINSA (1)

- Se registra en el presupuesto como Recursos Directamente recaudados (RDR).
- Los RDR son una fuente complementaria a los RO y a los ROGR, que se produce por el cobro de tarifas.
- El MINSA no cuenta con una política de tarifas y exoneraciones. Las tarifas y los criterios para la exoneración son fijadas en las DIRESA y en los hospitales. Existe un gran vacío en el seguimiento a las “clínicas” en hosp. e Inst.

EL PAGO DE BOLSILLO EN EL MINSA (2)

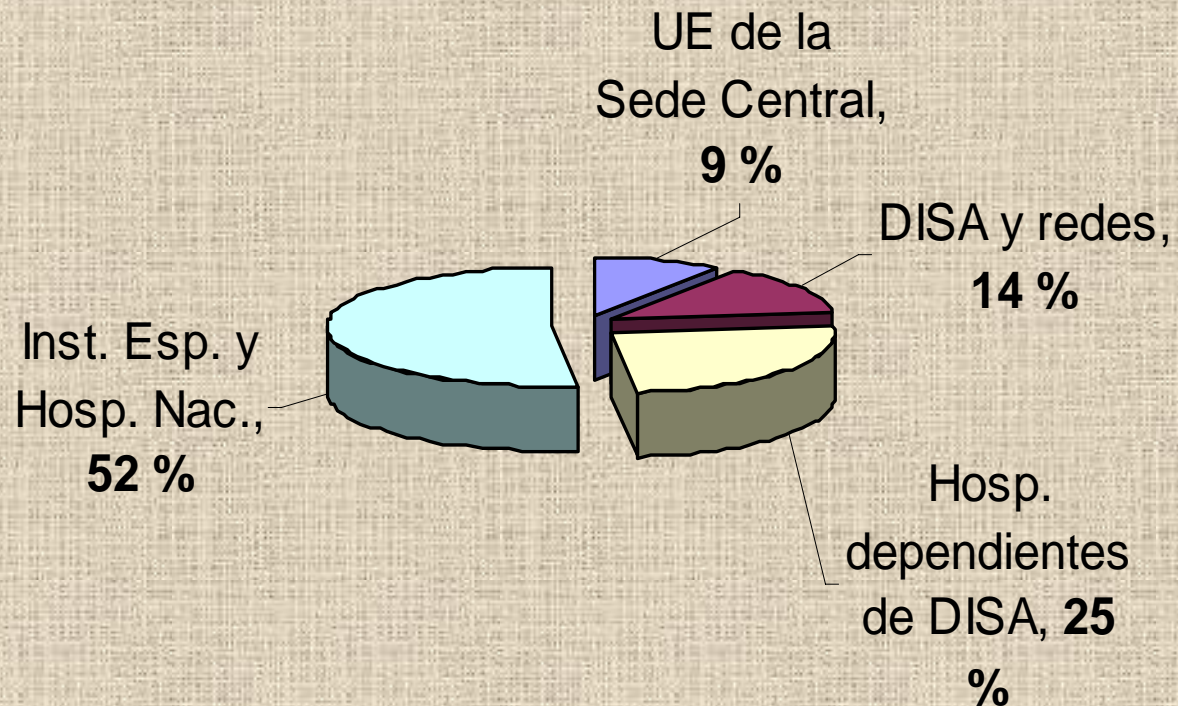
- Tampoco regula sobre el uso de los RDR. Parte importante se va al pago de personal, distorsionando la política remunerativa y generan estímulos para que el personal se transfiera a los grandes hosp. e Inst.
- Este uso de los RDR también estimula a que el personal busque generar mayores recursos: reduciendo las exoneraciones, buscando a quienes puedan pagar más o siendo derivados a las “clínicas”.

EL PAGO DE BOLSILLO EN EL MINSA (3)

- Visto por Pliegos Presupuestales es el Pliego MINSA quien concentra el 60% de los RDR.
- Son los Inst. y los hosp. los que más ingresos generan por la complejidad de sus servicios y su ubicación urbana.
- Visto por DISA/DIRESA las DISA de Lima y Callao concentran más del 40% de los RDR.
- Le siguen en importancia La Libertad con alrededor del 7% e Ica, Junin y Ancash con menos del 4.5%.

PRESUPUESTO DE LOS RDR SEGÚN AGRUPACIÓN DE LAS UE DEL PLIEGO MINSA 1

En porcentaje



1\ Presupuesto Institucional Modificado al mes de junio de 2005.
Los RDR del Pliego MINSA son el 60% del total de los RDR.
Fuente: MINSA. Elaboración propia.

PRESUPUESTO DE LOS RDR SEGÚN CATEGORÍA DEL GASTO Y AGRUPACIÓN DE LAS UE DEL PLIEGO MINSA \1

Estructura porcentual

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

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

Fuente: SIAF

Elaboración propia

PRESUPUESTO DE LOS RDR DIRIGIDO A LA CATEGORÍA BIENES Y SERVICIOS SEGÚN ESPECÍFICA DEL GASTO Y AGRUPACIÓN DE LAS UE DEL PLIEGO MINSA \1

Específica de gasto	UE de la Sede Central	DISA y redes	Hosp. Depend. de DISA	Inst. Esp. y Hosp. Nac.	TOTAL
45 Medicamentos	5.03	25.77	17.94	25.28	21.67
17 Asignación extraordinaria por trabajo asistencial (AETA)	0.00	18.17	21.09	18.27	17.28
40 Subvenciones sociales	13.07	15.84	11.22	9.62	11.20
39 Otros servicios de terceros	18.48	5.96	7.13	11.15	10.10
46 Insumos médicos, quirúrgicos u odontológicos y de laboratorio	1.28	6.70	11.14	11.51	9.81
51 Equipamiento y bienes duraderos	15.99	4.67	9.21	9.33	9.26
27 Servicios No Personales	17.84	10.88	9.51	3.99	7.60
Otras específicas de gasto	28.31	12.02	12.75	10.85	13.08
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

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

Fuente: SIAF

Elaboración propia

36.8%

EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

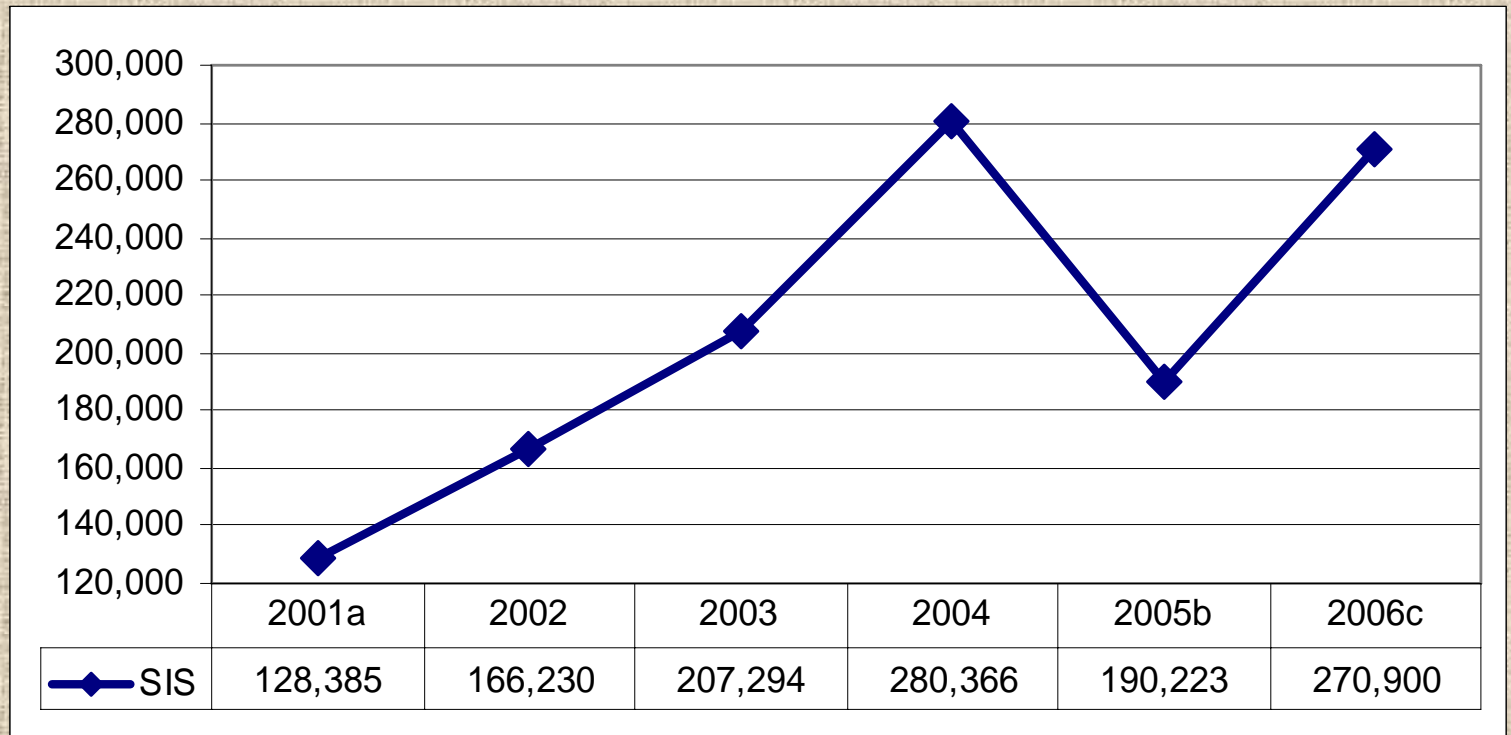
- El SIS se crea en el 2002.
- Se basa sobre el SEG (1997) y el SMI (1998).
- Se redefine la población objetivo.
- Se amplía el ámbito de intervención.

EL MECANISMO DE PAGO DEL SIS

- El SIS deja el criterio de asignación histórica que tiene el MEF.
- El SIS “paga” por atención realizada.
- Tiene definido 5 planes de aseguramiento.
- En julio de 2005 el Congreso amplió el seguro a todos los pobres y pobres extremos pero no ha asignado presupuesto.
- El SIS está teniendo una experiencia para cambiar de “mecanismo de pago”.

III. TRANSFERENCIAS DEL SIS

En millones de Nuevos Soles



a) Transferencias a los Ex Seguros Materno Infantil y Escolar

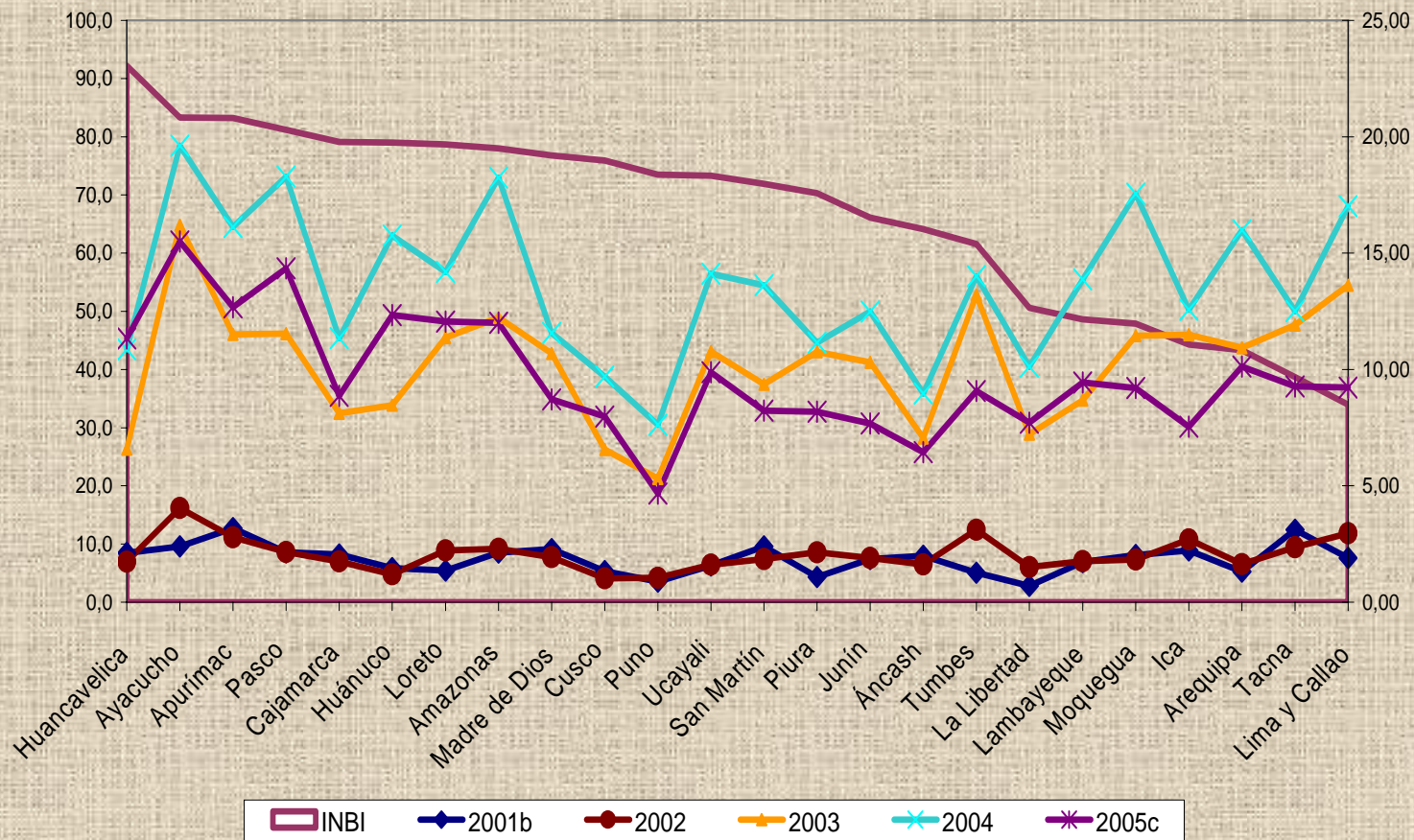
b) Transferencias a septiembre 2005

c) Proyecto de Presupuesto 2006

Fuente: Gerencia de Financiamiento SIS

Elaboración propia

ASIGNACIÓN PER CAPITA DEL SIS POR REGIONES 2001 - 2005



a Para el cálculo se ha tomado en consideración a la población no asegurada.

b Transferencias a los Ex Seguros Materno Infantil y Escolar

c Transferencias a septiembre 2005

Fuente: Gerencia de Financiamiento, SIS. Elaboración propia.

RETOS DEL SECTOR

- Superar la barrera de acceso económico de los más pobres a la salud.
- Mejorar la asignación de recursos entre regiones.
- Ampliar las intervenciones del Sector.

En el punto 5.1. del Acuerdo de Partidos Políticos en Salud se señala:

“Incrementar el financiamiento en salud a lo largo de los próximos cinco años para el cumplimiento de los objetivos sanitarios nacionales, con el ideal de acercarnos al promedio latinoamericano de participación en el porcentaje del PBI.”

http://www.ombudsman.gob.pe/modules/Downloads/electoral/2006/Consenso_Salud.pdf



EL GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PRODUCTO BRUTO INTERNO, 2000

Grupo de Países	% PBI	Del PBI Perú Millones S/.
EE. UU. de Norte América	13,0	24.069
Canadá	9,3	17.218
Unión Europea	9,3	17.218
Mundo	7,5	13.886
América Latina y el Caribe	7,3	13.515
Europa Oriental y Asia Central	5,6	10.368
Perú	4,7	8.739
África del Norte y Medio Oriente	4,7	8.702
África al sur del Sahara	4,3	7.961
Asia Sur Oriental y el Pacífico	4,1	7.591

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud, Perú 1995 - 2000

ALTERNATIVA N° 3: PROPUESTA DE CRECIMIENTO DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD 2006 – 2011

En millones de Nuevos Soles

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Evol. Pto. Salud	2.859	3.802	4.811	5.876	6.699	7.068
Reducción del déficit	-4.124	-3.181	-2.172	-1.107	-284	85
Inc. Adicional sobre el % de crecimiento del PBI.	100	800	800	800	500	0
% del adicional del Crédito Suplementario promedio	7,8	62,1	62,1	62,1	38,8	0,0

Supuestos:

El presupuesto crece igual del PBI a lo largo del periodo

Se da incrementos adicionales entre el 2006 y el 2010.

http://www.consortio.org/observatorio/publicaciones/Estimacion_requerimientos_presupuestales.pdf

RECOMENDACIONES (1)

- Incrementar los recursos de tesoro público para el sector.
- Hay que construir un fondo único y darle más recursos.
- Esto debe ir acompañado de introducción de instrumentos como el cálculo de costos, fichas de identificación de usuarios, política tarifaria, etc.

RECOMENDACIONES (2)

- Es necesario evaluar el impacto del SIS en el financiamiento de los establecimientos de salud.
- Es necesario cambiar el modelo actual de pago por atención a un modelo de asignación por grupos poblacionales (capitado).



EL FINANCIAMIENTO PÚBLICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

<http://www.apesm.com/>

<http://www.consorcio.org/observatorio/>

