

DOCUMENTO DE DISCUSIÓN

DD/11/11

“Análisis del programa presupuestal e
incidencia de beneficiarios: Sector Salud”

Janice N. Seinfeld



UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN

Documento de Discusión

“Análisis del programa presupuestal e incidencia de beneficiarios: Sector Salud”

Janice N. Seinfeld

Septiembre 2010

Resumen Ejecutivo

El crecimiento económico en las décadas pasadas (5% en promedio en los últimos 15 años) permitió importantes avances del Perú en el sector salud. Como consecuencia, los indicadores de desarrollo del sector, tales como mortalidad infantil y materna y la desnutrición crónica muestran una tendencia decreciente. A pesar de los avances, el Perú todavía presenta elevados índices de deficiencia en cuidado de la salud en comparación con otros países, en parte debido a los bajos presupuestos asignados al sector. Aún cuando el presupuesto de éste ha sido aumentado en los últimos años, es todavía limitado (2'263 millones de Nuevos Soles, representando el 5.9% del Presupuesto total-SIAF, 2008; y un presupuesto de salud pública apenas sobre el 1% del PBI), lo cual restringe los avances necesarios en cobertura efectiva y, más aún, limita el avance en la reducción de la brecha entre las áreas rurales y las urbanas. Evidentemente, a esto se suman las ineficiencias del sistema que no permiten un uso óptimo de los recursos. Esa es la razón por la cual, a pesar del progreso alcanzado en el año 2008, el 50% de la población aquejada por una enfermedad no estaba en condición de acceder a consultas médicas y el 46% no contaba con ningún seguro de salud. Este documento analiza el sector salud en términos de análisis de programación presupuestaria (APP) así como análisis de incidencia de beneficiarios (AIB). El documento analiza primero cómo ha sido distribuido el presupuesto entre sus diferentes funciones y programas durante el período 2006-2009. En segundo lugar, analiza el subsidio estatal a las atenciones de la salud y cómo este permite reducir la carga familiar para afrontar los problemas de salud.

Palabras clave: Salud, Presupuesto, Perú.

Correo de los autores: Seinfeld_JN@up.edu.pe

* Las opiniones expresadas en los Documentos de Discusión son de exclusiva responsabilidad de los autores y no expresan necesariamente aquellas del Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Los Documentos de Discusión difunden los resultados preliminares de las investigaciones de los autores con el propósito de recoger comentarios y generar debate en la comunidad académica.

CONTENIDOS

CONTENIDOS	3
INTRODUCCIÓN	4
I. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SECTOR SALUD	7
1. ORGANIZACIÓN DEL SECTOR	7
2. AGENTES, FUENTES Y PROVEEDORES	10
3. DIAGNÓSTICO DEL SECTOR SALUD	11
4. PRESUPUESTO POR RESULTADOS: SALUD MATERNA Y NEONATAL	29
II. ANÁLISIS DE PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL	34
1. ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD (2006-2009).....	34
2. METODOLOGÍA Y SUPUESTOS	36
3. CUADROS DEL ANÁLISIS DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL.....	37
4. CUADROS DE FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	44
III. ANÁLISIS DE INCIDENCIA DE BENEFICIARIOS	47
1. SUBSIDIO UNITARIO.....	47
IV. ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y NEONATAL	52
5. ANÁLISIS DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL PSMN	53
6. ANÁLISIS DE INCIDENCIA DE BENEFICIARIOS: PSMN.....	56
V. CONCLUSIONES	59
VI. RETOS	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	65
1. ANEXO 1: ESPECIFICACIONES DE LAS FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES	65
2. ANEXO 2: BRECHA EN SUMINISTRO E INFRAESTRUCTURA	69
3. ANEXO 3: PRESUPUESTO EN SALUD EN NUEVOS SOLES (2006=100) Y PORCENTAJE PERÚ 2006-2009	70

INTRODUCCIÓN

El progreso en las condiciones de salud de la población se refleja en una mejor calidad de vida, en el bienestar individual así como en el desarrollo de la sociedad. El crecimiento económico en las décadas pasadas (5% en promedio en los últimos 15 años) permitió importantes avances del Perú en el sector salud. Como consecuencia, los indicadores de desarrollo del sector, tales como mortalidad infantil y materna y la desnutrición crónica muestran una tendencia decreciente. Además, en las décadas pasadas se ha logrado progresos en el acceso a los servicios de salud así como un incremento en las tasas de aseguramiento en salud. Estos programas aumentan el bienestar de la población.

A pesar de los avances, el Perú todavía presenta elevados índices de deficiencia en cuidado de la salud en comparación con otros países, en parte debido a los bajos presupuestos asignados al sector. Aún cuando el presupuesto de éste ha sido aumentado en los últimos años, es todavía limitado (2'263 millones de Nuevos Soles, representando el 5.9% del Presupuesto total-SIAF, 2008; y un presupuesto de salud pública apenas sobre el 1% del PBI), lo cual restringe los avances necesarios en cobertura efectiva y, más aún, limita el avance en la reducción de la brecha entre las áreas rurales y las urbanas. Evidentemente, a esto se suman las ineficiencias del sistema que no permiten un uso óptimo de los recursos. Esa es la razón por la cual, a pesar del progreso alcanzado en el año 2008, el 50% de la población aquejada por una enfermedad no estaba en condición de acceder a consultas médicas y el 46% no contaba con ningún seguro de salud.

El presupuesto asignado es particularmente bajo considerando que el gobierno peruano está implementando una política de aseguramiento universal. Ningún país ha sido capaz de aplicar una política de aseguramiento universal con un presupuesto de salud pública menor o por lo menos igual al 6% de su PBI.

Más aún, aunque las políticas de los últimos años intentan enfocarse en los más pobres, la desigualdad es todavía un importante problema a ser resuelto por el sector. Por ejemplo, se han dado grandes avances en la institucionalización de la atención de partos que han permitido que el 81% de las mujeres embarazadas accedan a ella en el 2008. Sin embargo, este resultado es un promedio nacional que esconde fuertes desigualdades entre las áreas rural y urbana. La Encuesta Demográfica de Salud (ENDES, 2008) muestra que mientras en el área urbana el 95% de mujeres embarazadas recibieron atención médica profesional, en el área rural sólo accedió a ella el 58%.

El cuidado de la salud requiere de la intervención estatal con el fin de garantizar el bienestar de la población a un mínimo costo. Sin embargo, en el Perú, el presupuesto familiar representó la más alta fuente de financiamiento por servicios médicos. (37% in 2005, OPS/OMS Perú, 2005). El Estado fue sólo la tercera fuente de financiamiento del gasto médico (24% in 2005). La participación es a través, principalmente, del bolsillo de las familias, en un país donde más de una tercera parte de la población es pobre. Este hecho limita el acceso a los servicios de

salud a sólo aquellos que pueden permitírselo, mientras que las familias de bajos ingresos tienen un alto riesgo de ser excluidos de ellos. En países desarrollados el financiamiento depende principalmente del tesoro público o de la seguridad social para fondos de salud; de este modo, el pago es hecho antes de ocurrir la atención, a través de mecanismos de seguro y de la configuración de fondos que permiten la diversificación del riesgo. (OPS/OMS Perú, 2005).

Este documento analiza el sector salud en términos de análisis de programación presupuestaria (APP) así como análisis de incidencia de beneficiarios (AIB). El documento analiza primero cómo ha sido distribuido el presupuesto entre sus diferentes funciones y programas durante el período 2006-2009. En segundo lugar, analiza el subsidio estatal a las atenciones de la salud y como este permite reducir la carga familiar para afrontar los problemas de salud.

En términos de los resultados del APP, es importante tener en cuenta que el financiamiento del sector público ha sido históricamente decidido por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y se ha mantenido, como ya se ha mencionado, ligeramente sobre el 1% del PBI, que representa alrededor del 5% del gasto total estatal.

El gasto se concentra en programas de salud individual (74.5% in 2008), representados por todas las atenciones en hospitales, centros de salud y postas, atenciones tanto básicas como especializadas. A pesar de ser la salud individual el principal programa, el gasto de capital en esta categoría es significativamente bajo, más aún dada la escasa inversión en capital durante las últimas décadas. La importancia relativa de la salud colectiva, incluyendo las acciones colectivas de prevención e información a las familias, escuelas y comunidades, parece ser menor. Sin embargo, desde el 2007, su importancia ha ido aumentando.

Otro aspecto relevante es que los gobiernos regionales están empezando a aplicar directamente mayores proporciones de recursos del tesoro público, manteniendo esta ejecución en forma autónoma respecto del Ministerio de Salud (MINSa), dado que el MEF se los remite directamente. Este es un importante resultado de la descentralización con consecuencias en la dirección del MINSa e implicaciones en la coordinación entre el MINSa y el MEF.

En el AIB encontramos que el subsidio estatal, en términos per cápita, es regresivo para los centros de salud y las postas pero progresivo para los hospitales, lo que significa que las familias más acomodadas perciben un mayor subsidio hospitalario. El acceso a los servicios especializados de salud de las familias más pobres es muy limitado, especialmente en áreas rurales, debido, entre otros factores, a la brecha existente en la oferta de infraestructura y recursos humanos.

En el documento se analiza, asimismo, el Programa Estratégico de Salud Materno - Neonatal (PSMN), uno de los cinco programas presupuestarios creados en el marco del Presupuesto Básico de Funcionamiento. Dentro del programa, nos hemos enfocado en el presupuesto para partos institucionales. El Estado peruano ha priorizado los partos institucionales al considerar la reducción de la mortalidad infantil como el Primer Objetivo Sanitario Nacional en su Plan

Nacional Coordinado de Salud (2007-2020). Este programa estratégico recibió 361'623,892 nuevos soles en el 2008, lo que representa 0.5% del Presupuesto Nacional y 4% del presupuesto del MINSa. Los partos implican alrededor del 42% del total del PSMN convirtiéndose en el más importante componente particular.

Tres cosas llaman nuestra atención respecto al PSMN. Primero, mientras el presupuesto debe ser asignado de acuerdo a los resultados del año anterior, el MEF sigue asignándolos sobre bases históricas. Segundo, en términos generales no hay coherencia entre lo que fue originalmente planificado para el 2008 y lo realmente ejecutado. En términos de partos institucionales, los resultados indican un más alto nivel de ejecución y parece haber mayor correspondencia entre lo presupuestado y lo ejecutado. De hecho, se ha alcanzado la mayoría de las metas físicas en lo que respecta a nacimientos. Finalmente, no solamente la eficacia para llevar a cabo proyectos de inversión es muy baja sino que el presupuesto destinado a proyectos de capital es pequeño con relación a las necesidades; más aún dado el déficit en infraestructura y equipo.

En términos de acceso y equidad para partos institucionales, la brecha es significativa. Por ejemplo, cuando consideramos la riqueza, 34% de las mujeres del quintil más pobre tienen acceso a partos institucionales mientras que en el más rico lo tiene el 98%. Considerando el área de residencia, casi la mitad de las mujeres que viven en zonas urbanas dan a luz en los hospitales del MINSa, mientras que solo 7% lo hacen en sus casas. La situación es completamente diferente en las áreas rurales donde solo 1 de cada 5 mujeres da a luz en los hospitales del MINSa y la mitad de ellas lo hace en sus propias casas. Otra diferencia relevante es la atención en las postas de salud: una de cada diez mujeres en áreas rurales asiste a las postas de salud para sus partos, tres veces más que las mujeres en áreas urbanas. Más aún, cuando acceden al parto institucional, las mujeres en las áreas rurales frecuentemente son atendidas por una enfermera o un especialista en lugar de un médico o una obstetrix.

El estudio se ha organizado como sigue. La Sección 1 presenta una descripción general del sector salud, incluyendo su organización, agentes y proveedores y un diagnóstico del sector. Dado que este documento incluye un análisis del PSMN, presentamos una descripción de los servicios de parto en el Perú así como una descripción del PSMN. La Sección 2 contiene información sobre el Análisis del Programa Presupuestal. La Sección 3 presenta el Análisis de Incidencia de Beneficiarios. La Sección 4 presenta los resultados del PSMN tanto para análisis de presupuesto como incidencia de beneficiarios. La Sección 5 presenta las conclusiones. Finalmente el documento termina con los retos, las posibles extensiones y los planes de difusión.

I. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SECTOR SALUD

1. ORGANIZACIÓN DEL SECTOR¹

El sector salud es el ambiente social en el que las personas, organizaciones e instituciones realizan diferentes actividades relacionadas, directa o indirectamente, con la salud individual o colectiva en el país. En el Perú, los servicios de salud son proporcionados por dos sectores: el sector público y el sector privado (ver Gráfico 1). El sector público está compuesto por el Ministerio de Salud (MINSa) y sus instituciones descentralizadas tales como las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA); el Seguro Social del Perú (EsSalud) regido por el Ministerio de Trabajo y las sanidades de la Policía, el Ejército y la Marina. Por otro lado, el sector privado está compuesto por las empresas privadas (firmas de proveedores y compañías de seguros), las instituciones sin fines de lucro, los profesionales médicos y paramédicos privados que proporcionan servicios de salud así como los que suministran medicina tradicional o indígena.

A. SUBSECTOR PÚBLICO

El subsector público está dividido en tres niveles geográficos: nacional, regional y local. El primero es dirigido por el MINSa, que es responsable de los lineamientos de la política del sector salud así como de las regulaciones y procesos que controlan las actividades de salud. Además, el MINSa era la más importante entidad proveedora de servicios de salud; hecho que está cambiando con la consolidación del proceso de descentralización. (Ver Gráfico 1).

El campo normativo, de competencia, propósito y organización del MINSa, de sus instituciones descentralizadas y de sus entidades de apoyo se encuentra definido en la ley del MINSa y sus estatutos que le asignan la gestión de los sectores del Sistema Nacional de Salud.

El subsector público ha pasado por dos importantes procesos. El primero es el proceso de descentralización de los servicios de salud, iniciado en el 2003. Este proceso se define como la reubicación del poder desde el nivel central hacia los niveles regionales y locales. Por ser política nacional y estatal, el proceso de descentralización en una forma de organización para el gobierno nacional y sus instituciones, estimulando fuertemente al MINSa y, aunque en menor grado, a los otros actores públicos del sector salud, tales como EsSalud y las sanidades de la Policía, el Ejército y la Marina. El proceso está actualmente en la fase de delegación formal de las tareas de salud a las autoridades de las regiones.

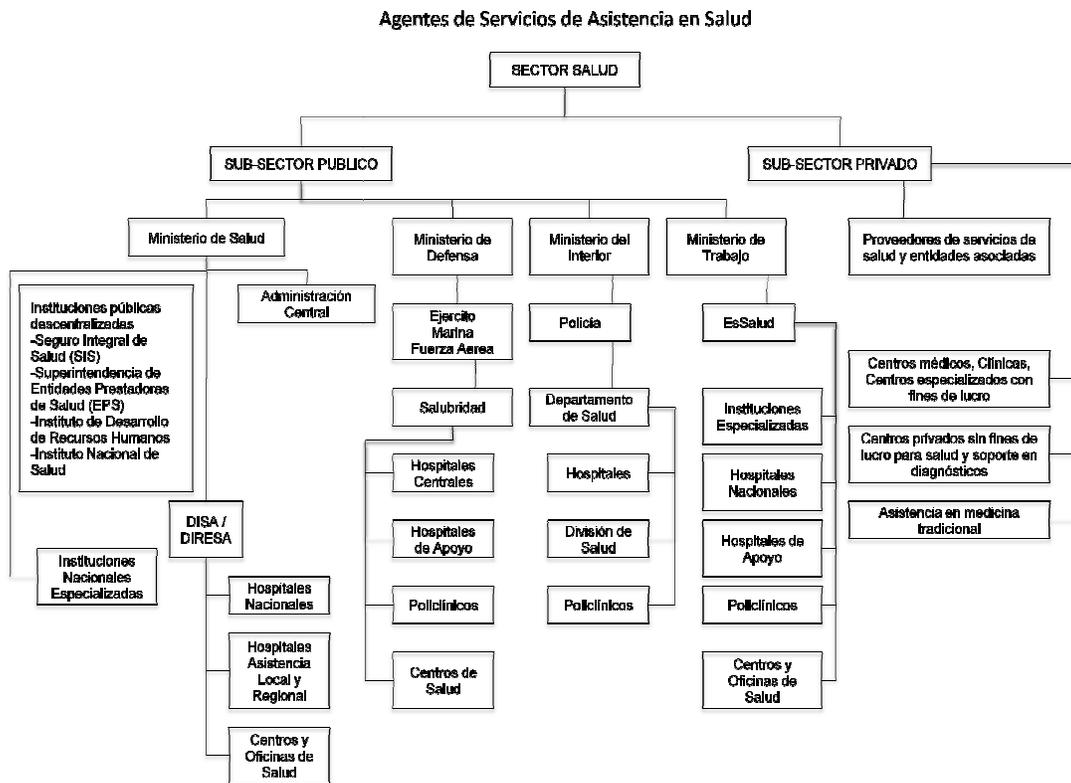
El segundo proceso, recientemente aprobado por el Congreso en marzo del 2009, es el Aseguramiento Universal. Actualmente, el SIS (Seguro Integral de Salud) es un programa

¹ La sección de organización sectorial está basada en MINSa & CIES (2008).

de aseguramiento de salud del Estado, dirigido a la gente pobre con menor acceso a servicios médicos. El SIS fue creado en el 2002 absorbiendo el Seguro Materno Infantil de Salud. Desde entonces ha ampliado su cobertura. Contó, al final del 2008, con 10'358,793 de asegurados (SIS, 2008). El SIS será clave para avanzar en el proyecto del aseguramiento universal.

De acuerdo a la ley marco, Ley 29344 del Aseguramiento Universal, la principal meta es cubrir a todos los residentes peruanos con un mínimo de servicios de salud (incluyendo prevención, promoción, recuperación y rehabilitación); estos servicios están determinados en el Plan Esencial de Asistencia en Salud (PEAS). El PEAS cuenta con 185 beneficios, que incluyen obstetricia, ginecología, pediatría, oncología, enfermedades contagiosas y no contagiosas. La Ley fue publicada en abril del 2009 para ser aplicada progresivamente, empezando por las regiones más pobres del país. El proyecto piloto está programado para empezar en el 2010 en Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, las tres regiones más pobres del Perú. El bastante ambicioso plan del Gobierno es empezar garantizando 140 beneficios, cerca del 65% del peso del PEAS.

Gráfico 1: Agentes: Sector Salud



Fuente: MINSA/CIES, 2008

Las DIRESAs son las organizaciones del sector salud en los gobiernos regionales. Estos gobiernos gozan de cierta independencia en medidas políticas, económicas y administrativas y proporcionan servicios de salud a través de su red de establecimientos organizada en tres niveles de asistencia de acuerdo a la complejidad del caso. En el campo local, la Municipalidad y las organizaciones de caridad son las responsables de la administración y del presupuesto de algunos de los establecimientos de salud.

Las instancias de salud de la Policía, el Ejército y la Marina proporcionan los servicios de salud a sus miembros, familiares directos y trabajadores a través de sus propios establecimientos de salud. Ellos se financian principalmente con fondos del Tesoro y, en una menor proporción, con los recursos directamente recaudados por los servicios brindados.

EsSalud es la institución responsable de la seguridad social en el sector salud, y depende del Ministerio de Trabajo. De acuerdo con la ley de su creación, esta institución proporciona servicios económicos, sociales y de salud que complementan su rol de aseguramiento. En EsSalud están afiliados la mayoría de los trabajadores del sector formal de la economía y sus dependientes directos. Esta entidad está financiada por las contribuciones en planillas y proporciona servicios de salud a través de sus instituciones especializadas y una red de hospitales, policlínicos, centros médicos y de emergencia. El proceso de modernización de la seguridad social en salud ha consistido en la ruptura parcial del sistema monopólico de proveedor de EsSalud. Ahora, la seguridad social se complementa con las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), debidamente acreditadas por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, que proporcionan servicios de salud de baja complejidad en establecimientos privados. La aparición de las EPS en el año 2005, logró el 9.3% de los recursos financieros totales, acumulados en dos y luego tres fondos. Este porcentaje empieza a acercarse al 11% que manejan los seguros privados. Los beneficios del sistema de EPS son básicamente tres:

- Conocimiento de los mecanismos operativos de los proveedores del sector privado.
- Celeridad en la adopción de métodos y mecanismos sugeridos por el MINSA.
- Transparencia y responsabilidad.

De acuerdo al Gráfico 1, queda claro cuán fragmentado y segmentado se encuentra el sector salud en el Perú. Esto indica una pobre coordinación de funciones entre las diferentes instituciones públicas y los entes públicos y privados para adoptar estrategias comunes y compartir infraestructura, recursos financieros y recursos humanos. La coexistencia de la seguridad social, el sector privado y el sector público causa desintegración de los fondos de financiamiento y la estructura de proveedores. Esto condiciona los mecanismos de solidaridad y la capacidad de racionalizar y coordinar la provisión de suministros (CEPAL, 2006). Así mismo, lleva a problemas de efectividad en todo el sistema, debido a la ineficiencia en la asignación de los recursos. Los

recientemente asignados roles de los niveles nacional, regional y local en el proceso de descentralización y en la ley marco del Aseguramiento Universal obligarán a un profundo reordenamiento de la organización de los diferentes niveles de gobierno.

B. SUBSECTOR PRIVADO

Los proveedores privados de servicios de salud formales son las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y dentales, los laboratorios y los servicios de diagnóstico por imágenes. Como proveedores informales, podemos mencionar a los proveedores de medicina tradicional,

2. AGENTES, FUENTES Y PROVEEDORES

Las entidades relacionadas con los servicios de salud están organizadas de acuerdo a sus fuentes de financiamiento (fuentes), intermediarios, (fondos) y proveedores de servicios de salud.

A. ENTIDADES Y FUENTES

El Estado: Es la entidad encargada de la asignación del presupuesto fiscal. Sus fuentes de ingreso son los Recursos Ordinarios (proviene principalmente de los impuestos), los Recursos de Recaudación Directa y los de Deuda y Recursos Determinados (provenientes principalmente del canon de minería y de aduanas).

Empleados en general (públicos y privados): A través de las planillas se asignan las contribuciones a la seguridad social. En el Perú ascienden al 9% de la remuneración. Pueden asignarse también contribuciones voluntarias a seguros de salud privados.

Familias: Financian sus servicios de salud a través de abonos “de su bolsillo” pagando los servicios de salud y las medicinas y adquiriendo seguros de salud. Pueden también participar con sus empleadores en el financiamiento de sus seguros (primas de seguro, copagos deducibles) y adquirir para sí mismos un seguro facultativo en la seguridad social.

Ayuda externa: Asignación de recursos recibidos como donaciones por las diversas entidades internacionales.

Otros: Entidades que efectúan donaciones internas; utilidades obtenidas como resultado de venta de equipo obsoleto o usado de los proveedores de servicios de salud; ingresos generados por la renta de activos (depósitos financieros y renta inmobiliaria) de la seguridad social.

B. PROVEEDORES DE SALUD

Ministerio de Salud y Direcciones Regionales de Salud: Cubren toda la red de establecimientos que proporcionan servicios de salud. Reciben fondos de financiamiento del gobierno, los hogares, la ayuda externa y los donantes internos.

Policía, Ejército y Marina: Cubre toda la red de establecimientos que proporcionan servicios de salud de estas instituciones. Reciben fondos de financiamiento del Gobierno, contribuciones por planillas y por particulares.

Otros proveedores públicos: Esta categoría reúne a los establecimientos que proporcionan servicios de salud de las organizaciones de caridad y los municipios. Reciben fondos de financiamiento del Estado, de particulares y de la ayuda externa.

EsSalud: Incluye toda su red de establecimientos que proveen servicios de salud. Recibe fondos de financiamiento de los trabajadores y en menor medida de la adquisición de planes de seguro de trabajadores independientes.

Privados: Categoría conformada por las clínicas privadas especializadas y no especializadas, centros médicos y policlínicos, consultorios médicos y dentales, laboratorios, servicios de diagnóstico por imagen, y también por establecimientos de salud de algunas compañías (principalmente mineras y refinerías de petróleo o azúcar). Esta categoría también incluye a los proveedores de medicina tradicional y alternativa. Recibe fondos de financiamiento de los particulares y las compañías de seguros privadas.

Privados sin fines de lucro: Esta categoría incluye los centros médicos y de emergencia de iglesias parroquiales y asociaciones misioneras, Cáritas, Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer, Instituto Peruano de Paternidad Responsable, PLANIFAM, comunidades terapéuticas, Cruz Roja Peruana, compañías de bomberos y otras organizaciones no gubernamentales que gastan en servicios de salud. Reciben fondos de financiamiento de la ayuda externa, donantes internos, del gobierno y de particulares.

Farmacias: Incluye las farmacias y boticas ubicadas cerca a los instituciones proveedoras de servicios de salud. Se financian con las compras de particulares.

3. DIAGNÓSTICO DEL SECTOR SALUD

A. PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD

A pesar del importante crecimiento económico del Perú en los últimos quince años², los índices de desarrollo, especialmente los referidos a pobreza y salud, no han experimentado un progreso suficiente. Esto es especialmente cierto respecto a los índices de salud materna e infantil. (Ver Cuadro 1).

² El PBI del país ha crecido 4.15% en promedio desde 1990 y 6.2% en el período 2002-2007.

La Tasa de Mortalidad Materna (TMM) y la proporción de partos atendidos profesionalmente son índices ampliamente aceptados para medir la salud materna. En el Perú, la tasa de mortalidad materna en el 2005 era de 164 por 100,000 nacidos vivos y la proporción de partos que recibieron asistencia de personal sanitario especializado fue de 72%. Ambos índices están muy por encima de aquellos de los países desarrollados e incluso del promedio de Latinoamérica y El Caribe. Por otra parte, existen dramáticas diferencias entre las regiones en el Perú (ver Cuadro 2).

En el 2006, en los países desarrollados la TMM era de 9 por 100,000 nacidos vivos y la proporción de partos atendidos por personal de salud calificado era 99% (Naciones Unidas, 2008). De acuerdo a la misma fuente, la TMM para Latinoamérica y el Caribe, en promedio, es 130 por 100,000 nacidos vivos y 86% de los partos son atendidos por personal de salud calificado.

La atención de nacimientos es sumamente importante para reducir la TMM; el cuidado adecuado durante el parto tiene un impacto relevante en materia de salud materna e infantil en general. Las complicaciones durante el alumbramiento son una importante causa de mortalidad materna. De acuerdo al MINSa (MEF, 2008), en el 2003, las hemorragias fueron la primera causa de muerte materna (43%) seguida por las enfermedades hipertensivas del embarazo (14%), septicemia (8%) y el aborto inseguro (8%); y estas cifras no han cambiado significativamente en los últimos años. Todas estas complicaciones tienen una alta probabilidad de ser resueltas si los partos se dan en un lugar adecuado y con personal de salud calificado.

Cuadro 1: Indicadores de Salud

Indicador	Endes 2000	Endes 2005	Endes 2007	Endes 2008	Endes 2009 (Primer Semestre)
Tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 nacidos vivos)	33		18	20	20
Niños menores de 36 meses que recibieron vacunas (%)	66		64.3	55.8	56.3
Prevalencia de diarrea (% en niños menores de 5 años)	19.8	20.2	17.4	17.9	19.4
Niños con IRA (%)	21.3	18.8	24	19.9	17.5
Tasa de desnutrición crónica (% en niños menores de 5 años)	25	22.9	22.6	21.5	19
Tasa de Mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos)	185	164			
Proporción de embarazadas que tuvieron chequeos prenatales en el primer trimestre (%)	45.2	69.4	71.3	72.2	72.9
Cobertura de alumbramientos institucionales (%)	48.7	72.1	76	80	79.9
Atención de alumbramientos por el plantel de salud (%)	47	71.7	76.5	80.7	83.5
Mujeres que usan métodos modernos de control natal (%)		47.9	47.8	49.2	57.2

Fuente: INEI

Con respecto a la salud neonatal e infantil y de acuerdo a los estudios en el Perú, las principales causas de muerte de los neonatos son los desórdenes respiratorios propios

del período neonatal (en las áreas rurales el 60% de las muertes de neonatos son atribuidas a la asfixia), el bajo peso al nacer, septicemia neonatal y malformaciones congénitas. Los desórdenes respiratorios están relacionados con dos factores: al trabajo de parto y las complicaciones obstétricas, así como al el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro.

Sin embargo, como es común en los países latinoamericanos (OPS-OMS, 2007), los promedios nacionales esconden importantes diferencias entre regiones y sectores socio económicos. Una de las diferencias más importantes se da entre la población rural y la urbana. El Cuadro 2 presenta los indicadores de salud por área de residencia.

Cuadro 2: Indicadores de salud por área de residencia

Indicador	2000		2005		2006		2007		2008	
	Urbano	Rural								
Niños menores de 36 meses que reciben vacunas básicas. (%)					66.8	60.8	57.3	53.2	56.7	55.6
Prevalencia de diarrea (% en niños menores de 5 años)	17.4	22.6	19.5	21.3	16	19.2	16.9	19.6	20.1	18.1
Niños con IRA (%)	20.6	22.3	16.4	22.4	21.6	27.3	19.2	21.3	15.4	21.4
Tasa de desnutrición crónica (% en niños menores de 5 años)	13.4	40.2	11.6	5.6	11.8	35.9	11.8	36	10.3	33.9
Proporción de mujeres embarazadas que han tenido chequeo prenatal en el primer trimestre (%)	57.6	30.5	76.9	58	76.2	63.8	76.2	65.3	78	62.7
Cobertura de partos institucionales	69.9	19.2	91.7	42.2	93.6	49.4	93.5	56.2	93.4	55.4
Atención de alumbramientos por personal de salud (%)	69.5	20.2	93.2	42.4	94.2	52.7	94.8	58.4	95.4	62.1
Mujeres que usan un método moderno de control de natalidad (%)			52.9	38.2	51.9	39.9	52.8	41.4	61.1	48.4

Fuente: INEI

Las diferencias son importantes. Por ejemplo, las tasas de alumbramientos institucionales son bastante diferentes: en el 2008, mientras el 93% de partos fueron en establecimientos de salud en las áreas urbanas, sólo el 55% lo fue en las áreas rurales. Las mujeres en las áreas urbanas asisten a más chequeos prenatales, reciben más atención por personal de salud durante el parto así como usan más los métodos de control de natalidad.

El Estado peruano ha dado prioridad a los partos institucionales al considerar la reducción de la mortalidad materna como el primer Objetivo Sanitario Nacional en su Plan Nacional Coordinado de Salud (2007-2020), con los objetivos específicos de reducir los embarazos de adolescentes; las complicaciones durante el embarazo, parto y post

parto; y ampliar el acceso a los diferentes métodos de control de la natalidad. Más específicamente, los indicadores para estos objetivos son³:

1. Reducir la TMM de 185 a 120 por nacidos vivos para el 2011.
2. Reducir la TMM a 66 por 100,000 nacidos vivos para el 2020.
3. Incrementar la tasa de cobertura de partos institucionales en áreas rurales de 42.9% a 70% para el 2011, con calidad y dentro del contexto cultural de la población.

Dada la importancia para la sociedad peruana de la salud materna y neonatal, en este documento se analiza, como parte del análisis presupuestario y de incidencia de beneficiarios, el programa presupuestario de salud materno - neonatal (ver Sección 4), dentro del marco del presupuesto por resultados.

B. USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El sector público en el Perú es de mayor dimensión que el privado, no sólo considerando la participación en la estructura de la producción sino también por los recursos de infraestructura disponibles (Cuadro 3), con un alto peso del MINSA y las Regiones como proveedores. De acuerdo a ENAHO 2008, del total de personas que realizan consultas de salud, 40% van a los establecimientos del MINSA, mientras 11% y 15% van a EsSalud y a la práctica privada, respectivamente. La situación en la provisión de infraestructura es similar, donde MINSA y las regiones tienen 86% de las postas de salud y 67% de camas. En hospitales y clínicas son el segundo proveedor⁴.

³ Ministerio de Salud del Perú. (2007). Plan Nacional Coordinado de Salud. MINSA, Lima. Página 21.

⁴ La razón por la cual esta información está desactualizada es la ausencia de censos nacionales, siendo la última información disponible de 1996.

Cuadro 3: Importancia relativa de los proveedores públicos y privados (de acuerdo a la participación en producción e infraestructura)

Proveedor		2008	1996		
		Consultas	Postas, centros y consultorios privados	Camas	Hospitales/ clínicas
Institucional		67	100.00%	100.00%	100.00%
	MINSA y Direcciones Regionales de Salud	40	86	67	30.1
	EsSalud	11	3	14	15
	Fuerzas Armadas y Policía	1	2	6	4
	Privados	15	9	13	50.9
No institucional		34			
	Farmacia	31			
	Otros	3			
		100.00%			

Fuentes: ENAHO 2008 y Censo de Infraestructura-MINSA 1996

En cuanto a la utilización de servicios médicos, en el año 2008, del 100% de la población que fue reportada enferma, 64% consideró la consulta médica como necesaria y sólo 32% gestionó llevar a cabo una consulta institucional. Aunque esta cifra ha aumentado entre 1985 y el 2000, desde entonces la tendencia ha sido inestable (ver Cuadro 4). 16% de la población se limitó a una consulta no institucional y 53% no hizo ninguna consulta, de los cuales el 17% consideró que no pudo consultar. Considerando el volumen de población que recibía atención médica, y tomando como el 100% la atención institucional, el MINSA ocupa el primer lugar en atenciones (60%), mientras EsSalud y los proveedores privados atienden el 17% y el 23%, respectivamente. Las consultas no institucionales, principalmente farmacias y boticas, tienen más importancia que la consulta a proveedores privados.

Cuadro 4: Tendencias en el uso de servicios de salud (del 100% de personas que se reportaron enfermas)

	1985	1994	1997	2000	2003	2005	2006	2008
Consulta	40.3	40.8	54	55.9	46.6	36.3	40.6	47.5
<u>Institucional</u>	<u>30.7</u>	<u>31.5</u>	<u>43.5</u>	<u>47.5</u>	<u>36.3</u>	<u>28</u>	<u>29.3</u>	<u>31.7</u>
MINSA	19.3	15.8	25	29.2	22.6	17.1	17.1	18.8
Essalud		8	9.5	10	8	5.9	5.7	5.3
FFAA		0.9	1	0.5	0.8	0.5	0.5	0.4
Privado	11.4	6.8	8	7.8	5	5.1	6.1	7.2
<u>No Institucional</u>	<u>9.6</u>	<u>9.3</u>	<u>10.5</u>	<u>8.4</u>	<u>9.6</u>	<u>7.7</u>	<u>11.3</u>	<u>15.8</u>
Farmacia	4.4	4.5	7.6	5.3	8.2	6.5	10.2	14.5
Otros	5.2	4.8	2.9	3.1	1.4	1.2	1.0	1.3
No consultó	59.7	59.2	46	44.1	54.1	63.7	59.4	52.5
<u>No pudo consular</u>			<u>19.5</u>	<u>25.6</u>	<u>40.3</u>	<u>39.6</u>	<u>25.1</u>	<u>16.8</u>
<u>No fue necesario</u>			<u>26.5</u>	<u>18.5</u>	<u>13.8</u>	<u>24.2</u>	<u>34.4</u>	<u>35.8</u>
TOTAL	100							

Fuentes: ENNIV 1985-2000, ENAHO 2003, 2005, 2006, 2008

Al considerar la atención institucional por nivel de ingresos la ENAHO 2008 muestra fuertes diferencias. Mientras el 43% del quintil de mayores ingresos no usó servicios médicos al enfermarse, 67% no lo hizo en el quintil de menores ingresos.

El Cuadro 5 presenta las razones del no acceso a servicios médicos por niveles de ingreso (2008). La barrera económica es todavía significativa. Mientras en el primer quintil de ingresos, el quintil más pobre, 27% consideraron no haber tenido suficiente dinero para tener acceso a consulta médica, el 7% del quintil más rico consideró esto como una razón importante para no hacerlo. El factor cultural, sea por limitada integración y/o por exclusión, continúa siendo también un reto. Y un indicador indirecto es la selección de medicina casera hecha por parte de la población pobre; 24% la escoge en comparación con el 6% del quintil de más altos ingresos. Los factores de lejanía y desconfianza son también altos entre los más pobres.

Cuadro 5: Razones de no acceso por quintil de ingresos, 2008

Razones	Primer Quintil	Segundo Quintil	Tercer Quintil	Cuarto Quintil	Quinto Quintil	Total
No tenía el dinero	26.8	26.4	21.9	15.0	6.7	19.0
Es muy lejos	8.8	4.8	2.7	1.3	1.1	3.6
Toma mucho tiempo	2.9	4.0	5.2	5.3	5.0	4.5
No confío en doctores	5.8	5.6	4.5	4.1	3.3	4.6
No era serio/no era necesario	28.7	31.4	35.3	38.4	43.7	35.8
Prefiere usar remedios caseros	24.4	17.2	11.1	9.2	6.3	13.3
No está asegurado	2.2	1.5	1.5	1.2	0.6	1.4
Se auto medica o repite recetas anteriores	13.7	18.5	20.1	21.2	27.5	20.4
No tiene tiempo suficiente	11.3	12.7	14.8	15.7	14.7	13.9
Debido al maltrato del personal de salud	1.7	1.3	1.0	0.6	0.6	1.0
Otros	4.0	3.9	3.9	4.0	4.9	4.1

Fuentes: ENAHO 2008

De otro lado, la población pobre que tiene acceso a consultas en el MINSA lo hace principalmente en el primer nivel de atención (postas y centros de salud) (ver Cuadro 6). Las limitaciones en el acceso a servicios de salud especializados se deben, principalmente, a la limitada capacidad de gasto de la población y al tipo de establecimientos de salud que tienen cerca. Por razones de economía de escala, los centros de salud están ubicados en zonas rurales (entre el 72% y el 74%), mientras la mayoría de hospitales se ubican en zonas urbanas (entre el 97% y el 98%) (Du Bois, Chávez y Cusato, 2004). La discriminación se presenta cuando el establecimiento de atención de primer nivel no tiene la requerida capacidad de resolución o una red eficiente de referencia con los hospitales e instituciones especializadas.

Cuadro 6: Consulta institucional por quintiles de gasto, 2008

Lugar de atención	Primer Quintil	Segundo Quintil	Tercer Quintil	Cuarto Quintil	Quinto Quintil	Total
Postas de salud	64.6	53.7	38.1	22.9	7.7	32.2
Centros de salud	25.8	25.7	18.7	13.8	7.3	16.4
Hospitales del MINSA	5.1	8.0	13.6	13.1	11.6	10.8
Essalud	0.7	4.4	11.7	22.6	29.6	16.6
Fuerzas Armadas	0.2	0.1	0.2	2.0	2.8	1.4
Práctica privada	3.6	8.2	17.8	25.5	41.0	22.7
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: ENAHO 2008

No obstante, el análisis de las cifras mostradas en los cuadros 3 a 6 requiere considerar los siguientes puntos:

- La ENAHO ha tenido cambios metodológicos que pueden generar incompatibilidad en el análisis de series de tiempo.
- En la ENAHO se observa una continua falta de respuesta en el módulo de salud de la población encuestada que podría comprometer sus resultados. Mientras en el 2002 la falta de respuesta era sólo del 0.6% de los sujetos encuestados, en el 2003 creció a 3.5%, en el 2004 a 6.5% y en el 2005 11.4% de los sujetos encuestados no respondieron el módulo de salud. En el 2008 la ENAHO parece haber corregido este problema ya que tiene una tasa de falta de respuesta del 4.7%, menor a la existente en el 2004 y 2005.
- La caída en los diferentes proveedores de atención institucional mostrada por la ENAHO no es compatible con la expansión de la economía o con los niveles de consumo registrados entre los años 2002 y 2008.
- La información de la ENDES muestra una importante alza en la atención materna e infantil ocurrida entre los años 2000 y 2004, lo cual evidencia una tendencia opuesta a la de la ENAHO, como se mostrará más adelante. La ENDES toma en cuenta características sociales y demográficas de mujeres en edad fértil y de niños menores de 5 años. Son datos establecidos con detallada información sobre características de embarazos, partos y post parto y está representada en niveles nacional, regional y por área de residencia urbana y rural.

C. SEGUROS DE SALUD

La proporción de la población asegurada es también un indicador de la cobertura y accesibilidad de los servicios de salud. El Cuadro 7 muestra las tendencias por tipo de seguro desde 1985.

Cuadro 7: Tendencias de los seguros de salud

Condición de seguro (%)	1985	1994	1997	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2008
Con seguro	17.6	25.4	22.7	32.3	40.5	40.5	36.9	35.9	37.9	54.1
EsSalud		21	18.9	19.7	16.4	16.5	17.1	16.8	17.5	18.7
EsSalud y seguro privado		0.9	0.5	0.4	0.5	0.7	0.7	0.5	0.6	1.1
Seguro privado		1.6	1.7	1.6	1.6	1.2	1.2	1.4	1.7	2
Fuerzas armadas y policía		1.8	1.6	1.3	1.8	1.9	1.9	1.9	1.7	1.9
Seguro público				9.3	20.2	20.3	16	15.3	16.4	30.5
Sin seguro	82.4	74.6	77.3	67.7	59.5	59.5	63.1	64.1	62.1	45.9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: ENAHO

Entre 1985 y el 2008, las perspectivas de los seguros de salud han cambiado marcadamente con el estancamiento de EsSalud y el desarrollo del aseguramiento público. Mientras la población cubierta por la seguridad social en salud (EsSalud) se ha detenido, el SIS, de cobertura parcial, ha presentado un desarrollo importante. De hecho

cuenta con el 31% de la población asegurada al 2008. El SIS comenzó como un seguro materno infantil y ha evolucionado hacia un seguro más completo que cubre todas las edades, siempre enfocado en las familias pobres. Las afiliaciones al SIS se duplicaron en el período 2005-2008, lo que refleja el éxito del seguro en términos de población asegurada. Así, la afiliación al SIS ha devenido en un importante medio de acceso a los servicios de salud por parte de la población pobre. En el quintil más pobre, el 41% de afiliados al SIS fue atendido en los servicios de salud, principalmente concentrados en la población rural.

Para efectuar los avances hacia el seguro de salud universal, se ha diseñado una lista priorizada de intervenciones sanitarias, PEAS, (Decreto Supremo 004 2007-SA), las cuales se espera puedan formar parte de un paquete en expansión de garantías universales necesarias y explícitas. Este paquete debe ser ofrecido a toda la población, sin tener en cuenta el riesgo y el nivel de ingreso. Lo importante es que la asistencia que debe darse ya ha sido establecida, basada en las prioridades sanitarias de la población. Estas permitirán, en cierto modo, la especificación de los beneficios a ser financiados y también ayudarán a establecer la lista de precios de las atenciones.

Cuadro 8: Tendencias de los seguros de salud, por área de residencia

Condición de seguro	2006		2008	
	urbano	rural	urbano	rural
Con seguro	39.9	33.4	51.3	60.5
EsSalud	23.51	4.07	24.97	3.88
EsSalud y seguro privado	0.93	0.01	1.57	0.03
Seguro privado	2.4	0.19	2.7	0.2
Fuerzas armadas y policía	2.39	29.07	2.58	0.23
Seguro público	10.7	29.07	19.51	56.12
Sin seguro	60.06	66.56	48.66	39.55
Total	100	100	100	100

Fuente: ENAHO

Las diferencias urbanas y rurales muestran la desigual importancia de EsSalud entre áreas de residencia (EsSalud es básicamente un seguro de salud para trabajadores formales). El SIS representa a casi toda la población asegurada en áreas rurales y más de la mitad de la población rural. El SIS ha contribuido a cambiar la composición urbano/rural de la población asegurada, como puede verse en el Cuadro 8. Por otra parte, al considerar los quintiles de gasto es importante tener en cuenta que entre la población más pobre, el 63% está afiliada al SIS (ENAHO, 2008). El SIS es la alternativa de seguro para la población más pobre.

Es en esta medida, y con la perspectiva del aseguramiento universal, que la Dirección General de Presupuesto Público del MEF ha aumentado el presupuesto asignado al SIS, aunque este presupuesto sigue siendo insuficiente dados los objetivos y mandatos no financiados.

Cuadro 9: Evolución del Gasto del Seguro Integral de Salud (SIS) (2002-2008)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Valor de producción (en Nuevos Soles)	228,936,715	275,709,570	205,961,722	237,332,136	266,458,536	300,254,743	411,255,050
Transferencias (en Nuevos Soles)	166,229,736	207,290,816	280,366,257	251,053,416	266,481,036	283,366,532	419,586,451
Atenciones	15,170,607	18,603,827	13,068,769	14,915,217	17,430,217	21,537,406	27,615,099
Transferencias por atención (en Nuevos Soles)	11.0	11.1	21.5	16.8	15.3	13.2	15.2

Fuente: SIS

D. PARTOS INSTITUCIONALES^{5,6}

Este estudio considera también el análisis de uno de los cinco programas presupuestarios creados en el marco de la ejecución del presupuesto básico. Esto se refiere al Programa estratégico de Salud Materno - Neonatal (PSMN). Respecto al PSMN, el incremento de partos institucionales es considerado de manera especial. A continuación se revisa el actual estado de la atención de nacimientos en el Perú. Ello permitirá sugerir intervenciones dirigidas a ampliar las atenciones de partos institucionales, enfocándolas especialmente en la población más pobre.

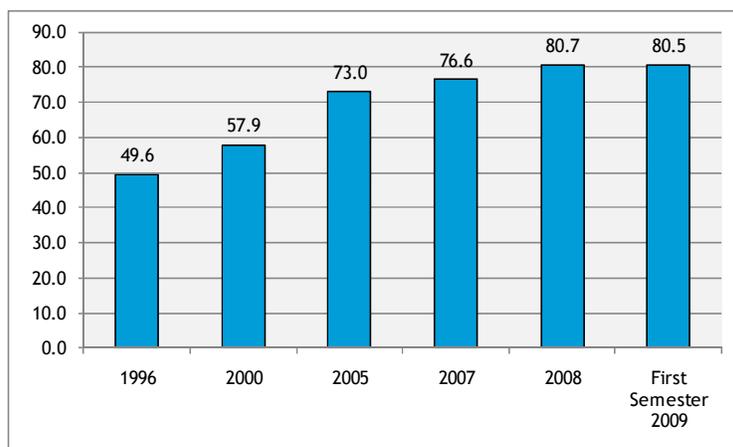
Las cifras oficiales de partos institucionales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) muestra una tendencia creciente de los partos institucionales en los últimos años (ver

Gráfico 2).

⁵ Parto institucional se considera cuando el nacimiento tiene lugar en una hospital, un centro de salud o posta, una clínica o consultorio privado. Se considera alumbramiento no institucional cuando tiene lugar en casa (de la mujer o de la partera) o en otros lugares.

⁶ La sección de parto institucional está basada en el documento "Nuevas Tendencias en los servicios de parto institucional en el Perú", Seinfeld, 2009.

Gráfico 2: Proporción de alumbramientos en establecimientos de salud



Fuente: INEI-ENDES

El último estimado muestra una tasa de 80.5% de nacimientos institucionales, lo cual es un progreso significativo respecto al 50% en 1996.

Nuevamente, sin embargo, hay grandes disparidades entre los diferentes lugares de residencia. El Cuadro 10 muestra las diferencias entre los hogares rurales y urbanos. De acuerdo a la ENDES, mientras en las áreas urbanas más de 9 de cada 10 mujeres tiene un parto atendido en un establecimiento de salud, menos de la mitad de las mujeres de las áreas rurales lo tiene.

Cuadro 10: Distribución de los tipos de alumbramiento por área de residencia⁷

	ENDES
<i>Total</i>	<u>100%</u>
Partos no institucionales	26.6
Partos institucionales	73.5
<i>Urbanos</i>	<u>100%</u>
Partos no institucionales	7.6
Partos institucionales	92.4
<i>Rurales</i>	<u>100%</u>
Partos no institucionales	51.5
Partos institucionales	48.5

Fuentes: ENDES Continua 2004-2007, ENAHO 2007

Si bien la situación en el área rural ha mejorado en comparación al año 2000, cuando de acuerdo a la ENDES, solo el 24% de los partos rurales tuvieron lugar en establecimientos

⁷ 57% del total de partos son urbanos mientras que el 43% son rurales.

de salud, aún en el año 2007 de cuatro a cinco de cada 10 mujeres en esta zona no tienen un parto institucional y la brecha urbano/rural está todavía lejos de ser cerrada.

El Cuadro 11 diferencia los alumbramientos por lugares específicos de alumbramiento y lugar de residencia.

Cuadro 11: Alumbramientos por lugar de alumbramiento y lugar de residencia

	ENDES		
	Total	Urbanos	Rurales
Hospital MINSA	35.0	46.3	20.2
Hospital Essalud	9.8	14.8	3.3
Hospital FFAA/PNP	0.8	1.5	0.0
Centro de Salud del MINSA	13.8	13.9	13.7
Posta de Salud del MINSA	5.6	3.1	8.9
Centro/Posta CLAS	-	-	-
Centro/Posta Essalud	1.4	2.3	0.3
Práctica Privada	7.0	10.7	2.2
Casa de la parturienta o de la partera	25.7	7.0	50.2
Otros	0.9	0.6	1.3
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: ENDES Continua 2004-2007.

De acuerdo a la ENDES 2004-2007, 35 mujeres de cada 100 dan a luz a sus hijos en los hospitales del MINSA; el segundo lugar en importancia es, sin embargo, la casa de la mujer o de la partera, donde 25 de cada 100 mujeres dan a luz. Este hecho implica un alto riesgo para las mujeres y sus bebés debido a complicaciones no atendidas por personal profesional en un ambiente adecuado. Adviértase también que 6 de cada 100 mujeres da a luz en las postas médicas del MINSA, las cuales, según la categorización del MINSA, no están en capacidad de atender este tipo de intervenciones debido a su bajo nivel de complejidad y baja capacidad de resolución.

El cuadro 11 también muestra que casi la mitad de las mujeres de zonas urbanas da a luz en los hospitales del MINSA y sólo 7% lo hace en sus propias casas. La situación es completamente diferente en las áreas rurales, donde sólo el 20% de mujeres da a luz en los hospitales del MINSA y la mitad de ellas lo hace en sus propias casas. Otra diferencia relevante es la atención en las postas médicas: una de cada 10 mujeres de las zonas rurales acude a las postas de salud para sus alumbramientos, tres veces más que las mujeres de zonas urbanas.

El establecimiento de salud donde se lleva a cabo el parto es un punto de partida para medir la calidad de la atención recibida en partos institucionales. Asumiendo que el mejor lugar para dar a luz es un hospital y el peor la propia casa u otro lugar, entonces

las mujeres de zonas urbanas no solamente tienen mayor acceso a los servicios de salud para alumbrar sino también tienen mejor acceso en términos de calidad que las de zonas rurales.

Otro aspecto para medir la calidad es la capacidad del personal que atiende el parto. Los doctores y los obstetras son los primeros en el ranking, seguidos por enfermeros, especialistas en salud (sanitarios), parteras tradicionales y el resto de posibles encargados, incluyendo personal auxiliar de salud, técnicos, amigo o familiares, entre otros.⁸

Cuadro 12: Tipo de alumbramiento según profesional que atiende el parto

			Doctor	Obstetrix	Enfermero(a)	Especialista en salud	Partero(a)	Otro	Nadie	Total
ENDES	Parto no institucional	Total	3.7	4.8	4.6	0.4	45.9	39	1.7	100
		Urbano	7.55	8.35	3.21	1.51	47.6	30.25	1.54	100
		Rural	2.92	4.15	4.88	0.18	45.56	40.63	1.69	100
	Parto institucional	Total	61.2	35.6	2.3	0.1	0	0.8	0	100
		Urbano	66.2	32.7	0.9	0.02	0	0.2	0	100
		Rural	48.6	43	6	0.2	0.1	2.1	0	100

Fuente: ENDES Continua 2004-2007

El cuadro 12 muestra una esperada mayor participación de médicos y obstetras para los partos institucionales. La importancia de la categoría “otros” es bastante relevante entre los partos no institucionales; por la desagregación de la encuesta, lamentablemente no se sabe con exactitud el nivel de habilidades de las personas en la categoría “otros”.

El Cuadro 12 muestra que aún cuando el parto es institucional, las mujeres de zonas rurales suelen ser atendidas por una enfermera o un especialista en salud en vez de por un doctor o una obstetrix. Cuando el parto es no institucional, las mujeres en áreas urbanas tienen más acceso a un doctor o una obstetrix (dos veces más que las de zonas rurales). La categoría “otros” es mayor para mujeres de zonas rurales.

Los Cuadros 13 a 15 resumen la situación de los partos según tres características: mayor nivel de educación alcanzado por la madre, lengua materna y el quintil de riqueza del hogar.

⁸ Si la mujer reportó más de un profesional de la salud para su alumbramiento (en ENDES) se considera que el alumbramiento estaría a cargo del más calificado tipo de profesional disponible.

NIVEL DE EDUCACION

Cuadro 13: Tipo de parto según nivel educativo alcanzado

	Partos no institucionales			Partos institucionales		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Sin educación - Pre escolar	50.9	30.8	54.8	15.8	8.4	34.3
Primaria	38.1	42.0	37.4	27.6	23.4	38.3
Secundaria	8.7	18.0	6.9	29.3	33.3	19.4
Superior	2.3	9.2	0.9	27.3	35.0	8.0
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fuente: ENDES Continua 2004-2007

La mayoría de mujeres que dan a luz en establecimientos institucionales han completado la educación secundaria o superior (57% de alumbramientos institucionales), mientras el 51% de mujeres que dan a luz en lugares no institucionales no tienen ninguna educación, de acuerdo a la ENDES. Esto muestra una correlación entre nivel educativo y tipo de parto, en donde, a más educación de la mujer mayor probabilidad de tener un parto institucional.

LENGUA MATERNA

Cuadro 14: Tipo de parto según la lengua materna

	Total		Urbano		Rural	
	PNI	PI	PNI	PI	PNI	PI
Español	21.6	78.4	6.4	93.6	46.8	53.2
Quechua	32.3	67.7	13.6	86.4	39.2	60.8
Aymara	60.3	39.7	0.0	100.0	74.6	25.4
Otra lengua autóctona	89.9	10.1	65.0	35.0	100.0	0.0

*PNI= Partos no institucionales

*PI= Alumbramientos institucionales
 Fuente: ENDES Continua 2004-2007

La lengua materna es una característica importante debido al gran número de culturas diferentes existentes en el Perú. El Cuadro 14 muestra la proporción de partos institucionales y no institucionales por categorías de lengua materna. Según la información de la ENDES, las mujeres que hablan español como primer idioma suelen dar a luz en establecimientos (78%); igualmente, aquellas que hablan quechua, aunque en una menor proporción (68%); sin embargo, la situación es diferente para las mujeres de lengua aymara (sólo 40% da a luz en un establecimiento de salud), y las mujeres de otras lenguas nativas -usualmente lenguas de la selva- (90% tienen partos no institucionales). Una posible explicación es que las regiones selváticas tienen la menor proporción de médicos, obstetras y establecimientos de salud por cada 10,000 habitantes; no hay suficientes profesionales de salud para hacer frente a la demanda. Por otra parte, los establecimientos en zonas de lenguas aymara o selváticas cuentan, mayormente, con técnicos de la salud y auxiliares en sus postas de salud. A pesar de que éstos hablan lenguas nativas, no están calificados ni autorizados para atender partos. Aún cuando existen claros problemas de abastecimiento para atender partos para esta población, tradicionalmente las mujeres aymaras o selváticas también prefieren dar a luz en sus pueblos y no suelen acudir a los establecimientos de salud.

QUINTILES DE INGRESOS

Cuadro 15: Tipo de parto según quintil de ingresos familiares

	Total		Urbano		Rural	
	PNI	PI	PNI	PI	PNI	PI
Primer quintil - más pobre	66.1	33.9	45.4	54.6	67.9	32.1
Segundo quintil	46.2	53.8	28.4	71.6	50.8	49.2
Tercer quintil	12.0	88.0	8.6	91.4	21.5	78.5
Cuarto quintil	4.0	96.0	3.0	97.0	15.3	84.7
Quinto quintil - más rico	1.6	98.4	1.6	98.5	8.4	91.6

*PNI= Partos no institucionales

*PI= Partos institucionales

Fuente: ENDES Continua 2004-2007

Para analizar las inequidades en el acceso a partos institucionales consideramos la distribución de los partos institucionales y no institucionales por nivel de ingresos (Cuadro 15).

Al considerar los ingresos vemos amplias diferencias entre los quintiles más ricos y los más pobres. Mientras que en el quintil más pobre, 34% de las mujeres tiene un parto institucional, en el quintil más rico 98% de las mujeres lo tienen.

AFILIACION AL SIS

Respecto a la efectividad del SIS para ampliar la cobertura de alumbramientos institucionales, el Cuadro 16 muestra categorías de mujeres parturientas afiliadas al SIS por zona de residencia.

Cuadro 16: Tipo partos, según afiliación al SIS y área de residencia

	Endes
Total	
Parto no Institucional	36.8
Parto institucional	63.2
Urbanos	
Parto no Institucional	10.7
Parto institucional	89.3
Rurales	
Parto no Institucional	52.8
Parto institucional	47.2

Fuente: ENDES Continua 2004-2007, ENAHO 2007

Si bien la mayoría de mujeres afiliadas al SIS (63%) tienen un parto institucional, una -o más- de cada tres afiliadas prefieren dar a luz en casa o con la ayuda de una partera. La situación es particularmente crítica en las zonas rurales donde más de la mitad de las mujeres afiliadas al SIS tienen partos no institucionales. En el Cuadro 17 se muestran las atenciones del SIS en servicios de salud materna desde el año 2005 al 2007.

Cuadro 17: Atenciones del SIS 2005-2007

Atenciones del SIS	2005	2006	2007
Partos	290,476	281,123	275,782
Cesáreas	51,762	56,671	58,752
Atenciones prenatales	1,587,762	1,710,545	1,779,591
Atenciones de cuidado intensivo	722	696	663
Transferencias	22,742	24,313	25,787
Hierro para embarazadas	905,939	1,171,043	1,277,151
Complicaciones del embarazo o el post parto	160,993	179,747	188,428
Atenciones de post parto	294,221	304,296	310,590

Fuente: SIS

Aunque las atenciones de partos han caído desde el 2005, el número de cesáreas se ha incrementado considerablemente, así como también el número de atenciones pre natales y la provisión de hierro para embarazadas. Esto demuestra, probablemente, que el cuidado materno se ha vuelto más completo en el sentido de atender a mujeres no sólo durante el alumbramiento sino durante todo el proceso de embarazo, parto y post parto. Los chequeos prenatales pueden ser más frecuentes ahora debido al programa Juntos, programa gubernamental de entrega de dinero que tiene como condición para recibir los beneficios la asistencia a estos chequeos. El programa Juntos se inició en el 2006.

Recursos de Salud

Para analizar la disponibilidad de infraestructura especializada en cuidado materno, tanto MINSA como de las Regiones, el Cuadro 18 presenta la última evaluación de las FON (Funciones Obstétricas y Neonatales). El MINSA efectúa evaluaciones de la calidad de los establecimientos con FON (autorizados a efectuar intervenciones obstétricas y neonatales) desde el 2007.

Hay cuatro tipos de FON según su nivel de complejidad, desde el más simple hasta el más complejo: Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP), Funciones

Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE) y Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI)⁹.

El Cuadro 18 presenta los resultados de la evaluación del FON por calidad de resolución (CR) a nivel nacional para todas las direcciones de salud del MINSA existentes.

Cuadro 18: Resultados de la evaluación de FON en todas las Direcciones de Salud existentes 1/

		2007	2008
<i>Total de establecimientos del MINSA</i>		6486	
<i>Número de establecimientos con FON evaluados</i>	<i>FONP</i>	3611	3773
	<i>FONB</i>	455	472
	<i>FONE</i>	72	85
	<i>FONI</i>	1	1
	<i>TOTAL</i>	4139	4331
<i>Capacidad de Resolución (CR)</i>	<i>CR mayor del 80% para FONP</i>	852	955
	<i>CR mayor del 80% para FONB</i>	164	187
	<i>CR mayor del 80% para FONE</i>	38	49
	<i>CR mayor del 80% para FONI</i>	1	1
	<i>CR mayor del 80% para FON</i>	1055	1192
<i>% de Establecimientos de Salud con FON con adecuada CR</i>	<i>FONP</i>		25.31
	<i>FONB</i>		39.62
	<i>FONE</i>		57.65
<i>% de Establecimientos de Salud que aplican la evaluación de FON</i>		63.80	66.77
<i>% de Establecimientos de Salud con más de 80% de CR</i>		25.50	27.50
<i>Porcentaje de avance en la aplicación de FON</i>		2.98	
<i>Porcentaje de incremento de Establecimientos de Salud con FON adecuadas</i>		2.00	

1/ Las Direcciones de Salud de Tumbes, Lima Norte y Ayacucho no presentaron información.

Fuente: MINSA

⁹ Ver en Anexo 1 una descripción más completa de los niveles de FON.

A nivel nacional, el porcentaje de establecimientos de salud con una CR por FON mayor del 80% es de 27.5%, lo cual implica que casi tres de cada cuatro establecimientos de salud que pueden, legalmente, atender alumbramientos, no cuentan con suficiente CR para hacerlo¹⁰. Esta situación es predominante entre los establecimientos con FON primarias que son los más numerosos y, generalmente, los más cercanos a la gente más pobre o a aquellos con acceso limitado a los servicios institucionales de salud más complejos o de medicina alternativa.

Estos resultados muestran la deficiencia en el suministro de servicios e infraestructura que el gobierno peruano debería ofrecer en el cuidado materno. En los últimos años se han efectuado algunas mejoras, incluso del 2007 al 2008, cuando la proporción de establecimientos con una adecuada CR aumentó dos puntos porcentuales. Sin embargo se lograrían muchas mejoras si los Objetivos Sanitarios Nacionales y las Metas de Desarrollo del Milenio se completaran a tiempo; así la mortalidad materna y la infantil podrían reducirse significativamente.

En cuanto a recursos humanos, dos problemas son importantes. El primero es la deficiencia en el número de profesionales necesario para cubrir los requerimientos. El segundo es un problema de distribución: hay una mala distribución de profesionales y este es un problema tanto administrativo como legal. Actualmente, la legislación del sector público respecto a recursos humanos es inadecuada. Por ejemplo, no es posible transferir a profesionales de un lugar (distrito o región) a otro sin el consentimiento del profesional; otro ejemplo, es el de los despidos, que son prácticamente imposibles debido a las trabas legales.

4. PRESUPUESTO POR RESULTADOS: SALUD MATERNA Y NEONATAL

En el 2008, se crearon cinco programas presupuestarios en el marco del Presupuesto por Resultados, Uno de ellos, el programa estratégico de Salud Materno - Neonatal ha continuado durante el 2009 y el 2010. Este programa estratégico recibió 361'623,892 nuevos soles en el 2008, lo que representa el 0.5% del Presupuesto Nacional y 4% del presupuesto del Ministerio de Salud para ese año. Este presupuesto fue distribuido entre el Ministerio de Salud (34%), el Seguro Integral de Salud (23%) y las autoridades regionales (43%) para llevar a cabo actividades específicas a fin de cumplir las metas establecidas. Las actividades programadas incluyen la ampliación de la atención de partos en establecimientos institucionales, mejoras en

¹⁰ Como puede verse en el Cuadro 18, el punto de corte para determinar una "adecuada" CR es 80%, lo que significa que si un establecimiento tiene esa Capacidad de Resolución (CR) es considerado capaz de atender adecuadamente los alumbramientos institucionales. El punto de corte es el estándar con el que trabaja el MINSa.

hemoterapias, aumento de afiliación al SIS de mujeres fértiles y la elaboración de guías técnicas en atención materna y neonatal.

El PSMN busca mejorar la salud de mujeres y niños. Las principales intervenciones de este programa se enfocan en tres momentos diferentes del ciclo de vida¹¹:

Antes del embarazo: El programa busca aumentar la población con conocimiento de salud sexual y reproductiva y que tenga acceso a métodos de control de la natalidad a través de:

- Brindar consejos de salud en pueblos, comunidades, escuelas y familias, que estimulen la salud sexual y reproductiva.
- Incrementar la disponibilidad y el acceso a asesoría en salud reproductiva y sexual y a métodos de control de la natalidad.

Durante el embarazo y la labor de parto: El programa busca reducir la mortalidad y morbilidad materna a través de:

- Aumentar el acceso de las embarazadas a servicios prenatales de calidad. Estos incluyen el diagnóstico y tratamiento apropiado de las complicaciones que aparecen durante el embarazo, tales como anemia, enfermedades de transmisión sexual e infecciones urinarias.
- Aumentar la proporción de alumbramientos en establecimientos de salud calificados.
- Incrementar el acceso a establecimientos con la apropiada capacidad para resolver emergencias básicas, esenciales e intensivas.
- Elevar el acceso a la red de centros de hemoterapia.
- Consolidar los sistemas de referencia respecto a su organización, operación y financiamiento.

Durante el período neonatal (primeros 28 días del neonato): El programa busca reducir la mortalidad y morbilidad neonatal a través de:

- Aumento de la proporción de alumbramientos en establecimientos de salud calificados.
- Aumento del acceso a establecimientos con adecuada capacidad para resolver emergencias neonatales básicas, esenciales e intensivas.

A. OBJETIVOS

Los cuatro principales objetivos del programa son (ver Cuadro 19):

¹¹ MEF. Programa Estratégico de Salud Materna y Neonatal

Conducción de la gestión estratégica

Este objetivo puede ser considerado como el nexo entre gobierno y sociedad. A medida que el programa vaya avanzando, la información del respectivo progreso debe estar al alcance de la población. Para este programa la información es recopilada a través de tres diferentes medios: informes de las instituciones responsables de la ejecución de las actividades y servicios sobre los avances y problemas que han enfrentado durante la aplicación del programa, reportes del MEF respecto a la aplicación del presupuesto y al cumplimiento de las metas específicas establecidas en el programa estratégico y reportes de la efectividad de rendimiento de los servicios locales en los territorios designados.

Población en edad reproductiva con conocimiento y acceso a métodos de control de la natalidad

La ENDES 2000 reportó que en el Perú:

- Casi todas las mujeres saben o han oído acerca de por lo menos un método de control de natalidad, siendo el más conocido la píldora (95%) y la inyección (96%).
- Los menores porcentajes de uso de métodos de control de la natalidad se ubican en las zonas rurales, en los departamentos de Huancavelica y Ayacucho donde apenas la mitad de las mujeres usa un método de control de natalidad.
- Una de cada diez mujeres requiere mayor conocimiento acerca de métodos de control de natalidad. La mayor parte de este requerimiento es para limitar el tamaño de la familia, lo cual es más frecuente en zonas rurales (15%).

Reducción de mortalidad y morbilidad materna

El Estado peruano ha dado prioridad a los nacimientos en establecimientos de salud al considerar la reducción de la mortalidad materna como el primer Objetivo Sanitario Nacional en su Plan Nacional Coordinado de Salud (2007-2020), con el objetivo específico de reducir los embarazos de adolescentes; las complicaciones durante el embarazo, parto y post parto; y ampliar el acceso a los diferentes métodos de control de la natalidad.

Reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal¹²

De acuerdo a la información del MEF, la tasa de mortalidad neonatal (producida en el primer mes de vida) es de 10.6 por mil nacidos vivos en las zonas urbanas y de 18.7 en las zonas rurales. El MEF y el MINSA han propuesto tomar como indicadores las tasas

¹² (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza). Seguimiento de monitoreo del Programa Estratégico de Salud Materna y Neonatal. Reporte de Junio 2008.

de mortalidad neonatal por miles de nacidos vivos y la cobertura institucional de nacimientos en mujeres embarazadas de las zonas rurales.

Cuadro 19: Principales objetivos del Programa de Salud Materno - Neonatal

Meta	Objetivos	Objetivos Específicos	Indicadores
Mejorar la salud de mujeres y niños	Conducciones de Gestión de la estrategia	Gestión de la estrategia	Proporción de establecimientos supervisados con servicios materno neonatales
		Regulación del financiamiento y provisión de los servicios de atención materna y neonatal	Número de regulaciones sobre salud materna y neonatal
	Población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que accede a métodos de planificación familiar	Población informada en salud sexual y reproductiva	Proporción de mujeres en edad fértil con conocimiento de algún método de planificación familiar
		Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	Proporción de mujeres con demanda no satisfecha de métodos de planificación familiar
	Reducción de la morbilidad y mortalidad materna	Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidades resolutivas	Proporción de gestantes con 6 atenciones prenatales
			Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el primer trimestre
		Acceso de gestantes a servicios de atención del parto calificado y puerperio, normal y complicado según capacidad resolutiva	Proporción de partos atendidos en EE.SS. que cumplen funciones obstétricas y neonatales
			Proporción de partos complicados atendidos en EE.SS. que cumplen funciones obstétricas y neonatales
	Acceso de gestantes a sangre segura y sus componentes	Número de perfiles de inversión viables	
		Proporción de gestante con diagnóstico de hemorragia que reciben transfusión de sangre segura	

		Acceso de gestantes a referencia y contra referencia materna y/o neonatal según capacidad resolutive	Proporción de gestantes referidas que fueron atendidas en EE.SS. FONB, FONE, FONI
			Proporción de neonatos complicados referidos que fueron atendidas en EE.SS. FONB, FONE, FONI
	Reducción de la morbilidad y mortalidad materna	Acceso de neonatos a servicios de atención neonatal normal	Porcentaje de atención institucional de Recién nacidos
		Acceso de neonatos a servicios con capacidad para atender complicaciones	Proporción de neonatos complicados atendidos en FONB, FONE, FONI

Fuente: MEF

Debido a la importancia del PSMN y de los partos institucionales, en este documento se efectuará un APP y un AIB para complementar los correspondientes al sector salud. El APP respecto del PSMN tomará en cuenta el presupuesto ejecutado para alcanzar la meta de “reducción de la mortalidad y morbilidad materna”. El AIB considerará específicamente el acceso de las mujeres embarazadas al parto calificado y a los servicios de puerperio normales o complicados de acuerdo a la capacidad de resolución.

Los indicadores considerados son:

1. Proporción de partos atendidos en establecimientos de salud que cumplen funciones obstétricas y neonatales, y
2. Proporción de partos con complicaciones atendidos en establecimiento que cumplen funciones obstétricas y neonatales.

II. ANÁLISIS DE PROGRAMACION PRESUPUESTAL

1. ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD (2006-2009)

Luego de la desaceleración del gasto en salud experimentado al final de la década de los ochenta (que pasó de 4.5% del PBI entre 1980-1983 a 3.1% en 1990), empezó una gradual recuperación del nivel de gasto en salud, alcanzando el 4.5% del PBI en el 2005¹³, o aproximadamente US\$ 3.500 millones¹⁴. Este porcentaje de gasto está todavía por debajo del promedio Latinoamericano (alrededor del 8%) y es insuficiente dado el tamaño de la economía y las necesidades de cuidados médicos que el país está afrontando.

Presentamos en el Cuadro 20 los resultados del documento de Cuentas Nacionales de Salud (MINSAL & CIES, 2008) del período 1995-2005. El gasto público en servicios de salud creció 115.6%. Este aumento debe ser analizado en términos del PBI y de la capacidad de pago per cápita de servicios de salud.

¹³ La última información consistente sobre los flujos financieros y gastos es del 2005: Cuentas Nacionales (MINSAL-OPS/OMS Perú 2004).

¹⁴ El Cuadro 20 considera como gastos en salud todos los gastos efectuados para la provisión de servicios de salud públicos, privados e informales. Comprende la participación de todos los recursos incluyendo inversión en infraestructura. En lo que se refiere al componente de financiación pública, éste es siempre menor al presupuesto ejecutado no sólo porque cuenta únicamente con los fondos del tesoro público y el endeudamiento, sino también porque se deducen los pagos de pensiones de los ex trabajadores. Más definiciones y metodología puede ser encontrada en el texto "Cuentas Nacionales en Salud" (MINSAL-OPS/OMS Perú 2004).

Cuadro 20: Principales indicadores de gasto en salud, 1995-2005

Gasto en servicios de salud	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Total (Millones de Nuevos Soles)	5413	6173	6849	7484	8483	8738	9611	9628	10389	11671
Total (Millones de dólares)	2404	2521	2575	2558	2509	2510	2739	2774	3050	3548
PBI en millones de nuevos soles	120928	137081	157533	166282	174422	186141	199650	213425	238015	261907
Porcentaje del PBI nominal	4.48	4.5	4.35	4.5	4.86	4.69	4.81	4.51	4.36	4.46
Porcentaje del PBI (S/. de 1995)	4.48	4.38	4.04	4.09	4.19	3.88	3.85	3.64	3.63	3.73
Población (millones)	23.78	24.16	24.52	24.89	25.23	25.59	26.26	26.58	26.9	27.22
Gasto nominal per cápita (S/.)	228	256	279	301	336	342	366	362	386	429
Gasto real per cápita (S/. de 1995)	228	225	218	216	220	207	211	205	213	230
Gasto nominal per cápita (US\$)	101	104	105	103	99	98	104	104	113	130
Índice de Precios Salud	100	114.76	128	139.1	152.6	164.9	173.35	176.57	181.75	186.11
Índice de Precios al Consumidor	100	111.84	119.07	126.22	130.92	135.81	137.7	141.12	146.03	148.21

Fuente: MINSA/CIES, 2008

Expresado en términos de PBI, podemos apreciar una tendencia creciente durante la mitad del período, que se explica por el menor crecimiento real del PBI. Luego, cambia la tendencia y se vuelve decreciente, cuando el PBI real se incrementa; así se obtiene al final del período casi el mismo resultado del principio: 4.48% en 1995; 4,46% en 2005.

En términos reales, comparado con el principio del periodo, el gasto per cápita en servicios de salud no se elevó. Esto fue atribuido principalmente al alza en el Índice de Precios de Salud y el aumento de la población (14.5%). Si comparamos la evolución de precios durante el periodo, el Índice de Precios de Salud creció cerca del doble (86.1%) que el índice general de precios (48.2%), expresado a través del Índice de Precios al Consumidor (IPC).

Para el periodo 2006-2009 no se cuenta con información sobre las cuentas nacionales en salud (como las presentadas por MINSA & CIES para el periodo 1995-2005). Por ello, analizamos el presupuesto en base a la información del SIAF. Más específicamente, la información presupuestal ha sido obtenida del MEF, del programa en línea administrado por el Sistema Integrado de Administración de Finanzas (SIAF).

2. METODOLOGÍA Y SUPUESTOS

Para clasificar los diferentes tipos de intervenciones del gobierno elegimos los Programas Presupuestarios. Para diferenciar entre los niveles de establecimientos usamos el tipo de Unidad Ejecutora. Las Unidades Ejecutoras del Sector Público de Salud están ubicadas debajo del MINSA en el Gráfico 1. Este análisis permite la diferenciación de los fines de los gastos por nivel de complejidad de los establecimientos e instituciones que los ejecutaron.

Hemos considerado los siguientes programas presupuestarios como parte del Sector Público de Salud:

- **Salud Colectiva:** Se define como las acciones orientadas a la promoción de la salud y prevención de riesgos en la población. Entre las principales categorías dentro de este grupo se encuentran: Entrenamiento de recursos humanos (32% del gasto en salud colectiva en el 2008), control de riesgos y daños de salud (26%) y regulación y control sanitario (15%).
- **Salud Individual:** Acciones de salud orientadas a la recuperación de la salud y rehabilitación individuales. Dentro de este grupo de gastos, la Atención Médica Básica y Especializada son las principales categorías (41% y 43% respectivamente del total de Salud Individual en el 2008).
- **Otros gastos:** incluyen los programas referidos a gastos de sostenimiento de la administración de la salud pública. La principal fuente del gasto es el Programa de Administración con 93% de esta categoría. También se incluye el Plan de Gobierno (Supervisión y Coordinación Superior y Control Interno) y Ciencia y Tecnología (Investigación y Desarrollo financiados por el MINSA: 0.7% de los otros gastos).

Hemos clasificado, para cada programa, el tipo de establecimiento e institución a los cuales se ha destinado los gastos:

- Centro y puestos de Salud: los cuales se consideran establecimientos para atenciones de primer y segundo nivel; las intervenciones no complejas.
- Hospitales: Incluye institutos. Se considera el nivel más complejo de intervenciones (estos establecimiento son especializados y tienen mayor capacidad resolutive)
- OPDs (Organismos Públicos Descentralizados): incluimos la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (EPS), el Seguro Integral de Salud (SIS, que representa el 87% del presupuesto de los OPDs del 2008), el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos y el Instituto Nacional de Salud.
- Administración Ministerial: Incluye los gastos de administración del MINSA en sus oficinas en Lima y el presupuesto de PARSALUD¹⁵.

En el sector público de salud hemos considerado sólo los gastos del Ministerio. El análisis no incluye a EsSalud, a pesar de representar parte importante de los gastos en salud. Sin embargo, al no estar considerada en el presupuesto público (por ser financiada enteramente por recursos recaudados directamente), no es posible tener información. Asimismo hemos dejado fuera los gastos en salud de las Fuerzas Armadas y Policía y los gastos que se realizan en las universidades públicas (como apoyo a sus estudiantes).

De otro lado, consideramos los servicios no personales como parte de los salarios (originalmente incluidos en el rubro de Bienes y Servicios).

3. CUADROS DEL ANALISIS DE EJECUCION PRESUPUESTAL

El cuadro 21 muestra los mayores indicadores de gastos en salud del período 2006-2008. No es comparable con el Cuadro 20, pues solo considera los gastos del MINSA.

¹⁵ PARSALUD es el Programa de Apoyo de la Reforma del Sector Salud. El programa es manejado por el MINSA.

Cuadro 21: Indicadores principales de gastos en salud, 2006-2008

Gasto en Servicios de salud	2006	2007	2008
Total (millones de soles)	3978	4434	4264
Total (millones de dólares)	1215	1417	1457
PBI nominal	302255	335730	372793
Gasto como porcentaje del PBI nominal	1.32	1.32	1.14
Población (millones)	27.71	28.22	28.75
Gasto per cápita (S/.)	143.57	157.13	148.32
Gasto per cápita (US\$)	43.84	50.22	50.69

Fuente: INEI, SIAF

Los gastos en salud del MINSa para el periodo 2006-2008 no presentan una tendencia positiva; por el contrario, los gastos caen en el 2008. El gasto per cápita fue de 50 dólares. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el cuadro 21 no incluye los gastos de EsSalud o privados. EsSalud representa un monto de gasto más alto que el del MINSa (en el 2006, EsSalud gastó 4,191 millones de Nuevos Soles).

El cuadro 22 presenta el presupuesto de salud pública como un porcentaje del presupuesto público total. La proporción del gasto en salud es baja. De hecho los países desarrollados gastan alrededor del 10%-14% del gasto total gubernamental en salud.

Los gobiernos regionales están empezando a ejecutar directamente mayor proporción de recursos del tesoro público, manteniendo su ejecución con autonomía del MINSa debido a que el MEF transfiere recursos directamente. Este es un importante resultado de la descentralización, con consecuencias en la rectoría del MINSa y la clara necesidad de una mayor coordinación entre el MINSa y el MEF.

Cuadro 22: Presupuesto Público de Salud como porcentaje del Presupuesto Público Total**(Millones de Nuevos Soles)**

	2004	2005	2006	2007	2008*
Presupuesto público general	44,113	44,728	50,692	61,627	71,657
Presupuesto de Salud	3,215	3,338	3,763	4,078	4,264
% del Presupuesto Público General	7.3	7.5	7.5	6.6	5.9
Presupuesto del Ministerio de Salud	2,041	2,226	2,448	2,665	2,348
% del Presupuesto Público General	4.6	5.0	4.8	4.3	3.3
Presupuesto de Salud – Gobiernos Regionales	1,174	1,112	1,335	1,413	1,916
% del Presupuesto Público General	2.7	2.5	2.7	2.3	2.7

Fuente: Desarrollado por O. Ugarte con información del MEF y MINSA,

*Presupuesto Institucional de apertura 2008. Incluye actualizaciones basadas en la ejecución de gastos.

A pesar de la reducción en el financiamiento del MINSA a las regiones, aun permanece un importante nivel de atomización en los gastos del MINSA. Estos deberían ser organizados de acuerdo a funciones determinadas y explicitadas, lo cual también permitiría mejorar la capacidad de negociación para una ampliación del presupuesto. De hecho, uno de los objetivos que no han sido alcanzados todavía es la reestructuración integral de los sistemas administrativos y operativos del MINSA.

Por otro lado, una preocupación importante de atender es la capacidad de ejecución en salud de las regiones, especialmente aquellas regiones más pobres. Así mismo, la capacidad de las regiones de ejecutar sus ingresos propios -provenientes de los proyectos mineros o agrícolas- depende sustancialmente de la concepción de desarrollo del presidente de la región y de su entorno.

Algunos comentarios generales sobre el presupuesto público de salud¹⁶:

- El financiamiento del sector público ha sido históricamente determinado por el MEF. En los últimos años, el gasto público en salud se ha mantenido ligeramente por encima del 1% del PBI total y alrededor del 5% del gasto total del gobierno. En el año 2004, 86% del gasto en salud del MINSA fue financiado con recursos del tesoro público, mientras 14% fue financiado con recursos obtenidos directamente. En el 2008, 12% del gasto del MINSA fue financiado por los hogares particulares.
- La estructura organizativa no concuerda con la estructura presupuestal. La planificación termina sujetándose a la lógica presupuestal, es decir, por unidades ejecutoras¹⁷, y no al revés. Por ejemplo, una DISA tiene el mismo rango presupuestal que un hospital, cuando el segundo depende de la DISA en términos de organización¹⁸. Esto también dificulta hacer un seguimiento a los gastos de salud en los gobiernos regionales.
- El MINSA no puede identificar los gastos en partidas específicas que permitan estimar los desempeños –y resultados- de las funciones básicas de producción. El manejo del Sistema Integrado de Administración y Finanzas (SIAF) permite obtener información hasta el nivel de partida genérica, la cual no es siempre detallada y no muestra claramente en qué se ha hecho el gasto. Un problema que se ha detectado es que las partidas en el SIAF, a pesar de que se suponen estandarizados, son muy discrecionales, especialmente para los gobiernos regionales.
- Aunque los recursos humanos son uno de los recursos estratégicos para la atención de la salud, su rendimiento depende de la disponibilidad y calidad de otros insumos (principalmente medicinas e insumos médicos) y de la infraestructura. Dados los movimientos sindicales y cierta inflexibilidad en el crecimiento del gasto público en salud, la asignación presupuestal ha cambiado su composición, incrementando la participación de recursos humanos, sumando el 60% del total de gasto en salud de las regiones. Es también importante puntualizar que la legislación del sector público no deja margen para un buen manejo de los recursos humanos. El D.L. 276 no permite, por ejemplo, transferir recurso humano de un lugar a otro sin el consentimiento del trabajador, no permite reducir puestos de trabajo en un lugar para aumentarlo en otro y el procedimiento para penalizar malas prácticas es extremadamente complicado. Por eso se requiere un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos a fin de establecer qué tipo de especialistas se requieren y dónde.
- El Cuadro 23 presenta los Gastos en Salud divididos en gastos corrientes y de capital. Para gastos corrientes, se ha dividido los recursos en cargas salariales y cargas no salariales (mayormente bienes). Como gastos de capital consideramos:

¹⁶ Basado en Petrer y Seinfeld (2007). Repensando la Salud en el Perú.

¹⁷ Mínima Unidad de desintegración en la ubicación y ejecución del presupuesto público.

¹⁸ Aún cuando en el año 2004 se hizo una guía sobre el desarrollo de los planes operativos, donde es requisito que la aprobación de los mismos se dé de acuerdo con la estructura organizacional, se ha dado prioridad a la lógica del presupuesto.

- Doméstico: recursos provenientes del tesoro público
- RDR (Recursos directamente recaudados): financiación particular.
- Préstamos: préstamos internos y externos.
- Donantes: fuentes internacionales y nacionales. Incluye también transferencias de una unidad ejecutiva a otra (no implican consideración alguna a cambio).
- RD (Recursos determinados): Canon Minero y tarifas especiales (ej. de aduanas en zonas portuarias).

Cuadro 23: Gastos corrientes y de capital en Salud, monto real en Nuevos Soles (2006=100):

SALUD	2006		2007		2008		2009	
	(Monto)	(%)	(Monto)	(%)	(Monto)	(%)	(Monto)	(%)
TOTAL	3,977,774,324	100%	4,266,627,328	100%	3,846,609,377	100%	4,515,021,912	100%
Corriente	3,698,635,537	93%	3,806,228,133	89%	3,389,235,895	88%	3,949,869,897	87%
Salariales	2,296,545,402	62%	2,287,630,068	60%	2,057,727,952	61%	2,275,599,026	58%
No salariales	1,402,090,135	38%	1,518,598,064	40%	1,331,507,942	39%	1,674,270,871	42%
Capital	279,138,787	7%	460,399,195	11%	457,373,482	12%	565,152,015	13%
Doméstico	113,077,926	41%	363,454,732	79%	294,614,100	64%	413,938,378	73%
RDR	41,068,016	15%	23,565,043	5%	17,728,878	4%	58,620,827	10%
Préstamos	31,009,337	11%	3,841,166	1%	0	0%	0	0%
Donantes	36,669,909	13%	34,275,648	7%	41,724,450	9%	0	0%
RD	57,313,599	21%	35,262,606	8%	103,306,055	23%	92,592,810	16%

Fuente: SIAF

- El gasto en salud subió en el 2007, pero cayó en el 2008. El presupuesto para el 2009, sin embargo, muestra un alza significativa. Casi 90% de los recursos se concentran en el gasto corriente, y, de ellos, la mayor parte se destina a financiar salarios (60%). La proporción parece estarse reduciendo ligeramente a través de los años, mientras que la inversión y otros gastos de capital se incrementan lentamente. No obstante, dada la escasa inversión en infraestructura y equipamiento de las últimas décadas, esta alza resulta insuficiente. De hecho, la infraestructura es antigua e insuficiente (los locales de los centros de salud no están bien conservados, las instalaciones de redes de agua y desagüe son deficientes, los residuos médicos no reciben el tratamiento correcto, entre otros). Al mismo tiempo, el equipo es también obsoleto e insuficiente (59% está operativo, del cual el 33% funciona pero necesita ser reemplazado y el 8% debe ser reparado). Se requiere un Plan Nacional de Inversión y Mantenimiento para

infraestructura y equipo; para ello, se necesita un plan coordinado entre el gobierno central y las regiones. El gasto de capital debería tender a duplicarse en importancia en el presupuesto de salud.

El Cuadro 24 presenta el gasto organizado por programas.

Cuadro 24: Gastos en salud por programa de gasto, monto en nuevos soles reales (2006=100)

SALUD	2006 (Monto)	2006 (%)	2007 (Monto)	2007 (%)	2007 (Monto)	2008 (%)	2007 (Monto Presupuestado)	2009 (%)
Salud Colectiva	376,779,253	9%	503,199,954	12%	469,536,699	12%	490,056,681	11%
Corriente	359,700,986	95%	439,544,309	87%	437,473,297	93%	466,226,426	95%
Salariales	219,701,743	61%	272,175,047	62%	276,007,022	63%	165,469,859	35%
No Salariales	139,999,242	39%	167,369,262	38%	161,466,275	37%	300,756,567	65%
Capital	17,078,267	5%	63,655,645	13%	32,063,402	7%	23,830,255	5%
Domestico	5,491,561	32%	48,928,275	77%	13,034,816	41%	10,286,117	43%
RDR	8,169,101	48%	584,985	1%	1,875,243	6%	4,893,745	21%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	2,799,869	16%	11,226,738	18%	14,888,661	46%	0	0%
RD	617,737	4%	2,915,648	5%	2,264,683	7%	8,650,393	36%
Salud Individual	3,068,720,100	77%	3,236,093,094	76%	2,880,853,578	75%	3,363,501,218	74%
Corriente	2,822,301,866	92%	2,850,356,749	88%	2,469,470,915	86%	2,855,231,227	85%
Salariales	1,704,206,615	60%	1,638,788,562	57%	1,425,570,717	58%	1,633,124,088	57%
No Salariales	1,118,095,252	40%	1,211,568,187	43%	1,043,900,198	42%	1,222,107,140	43%
Capital	246,418,234	8%	385,736,345	12%	411,382,664	14%	508,269,990	15%
Domestico	102,081,452	41%	308,147,014	80%	273,072,754	66%	391,973,510	77%
RDR	22,808,154	9%	18,803,712	5%	12,551,583	3%	32,465,910	6%
Préstamos	31,009,337	13%	3,841,166	1%	0	0%	0	0%
Donantes	33,847,929	14%	22,660,538	6%	26,589,577	6%	0	0%

RD	56,671,362	23%	32,283,915	8%	99,168,750	24%	83,830,570	16%
Otros Gastos	532,274,970	13%	527,334,280	12%	496,219,100	13%	661,464,013	15%
Corriente	516,632,685	97%	516,327,075	98%	482,291,683	97%	628,412,244	95%
Salariales	372,637,044	72%	376,666,459	73%	356,150,213	74%	477,005,079	76%
No Salariales	143,995,641	28%	139,660,616	27%	126,141,470	26%	151,407,164	24%
Capital	15,642,285	3%	11,007,205	2%	13,927,417	3%	33,051,770	5%
Doméstico	5,504,914	35%	6,379,443	58%	8,506,530	61%	11,678,751	35%
RDR	10,090,760	65%	4,176,346	38%	3,302,052	24%	21,261,172	64%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	22,111	0%	388,373	4%	246,213	2%	0	0%
RD	24,500	0%	63,043	1%	1,872,622	13%	111,846	0%
GASTO TOTAL	3,977,774,324	100%	4,266,627,328	100%	3,846,609,377	100%	4,515,021,912	100%

Fuente: SIAF

La mayor parte del gasto se concentra en el Programa de Salud Individual (74.5% en el 2008), que representa todas las atenciones en hospitales, centros de salud y postas, tanto atenciones básicas como especializadas. La relativa importancia de la salud colectiva (el programa que incluye acciones colectivas de prevención) parece ser bajo. No obstante, desde el 2007, la importancia de la salud colectiva está aumentando no sólo en el presupuesto sino también en la planificación del sector. La inclusión de presupuestos por resultados que fomentan acciones colectivas para mejorar la salud así como la modificación de las tarifas del SIS para favorecer la prevención¹⁹ implica una mayor importancia (y mayor presupuesto a futuro) en salud colectiva. Las metas en Salud Colectiva son la prevención y el control de posibles amenazas a la salud pública, dar aviso e información a las familias, escuelas y comunidades para mejorar la salud de sus miembros. Dadas estas metas, los funcionarios del MINSA estiman un aumento constante en el presupuesto de salud colectiva -hasta alcanzar el 25% del presupuesto total del sector salud.

A pesar de que la salud individual es el principal programa, los gastos de capital en esta categoría son significativamente bajos. Como ya se ha mencionado, el gobierno peruano no ha

¹⁹ Los establecimientos de salud del SIS reembolsan aproximadamente el 30% de las atenciones de sus asegurados individuales. La proporción de los reembolsos se ha reducido a fin de fomentar más acciones preventivas. Adicionalmente, se asigna más dinero a cuidados preventivos.

invertido suficiente en capital durante las últimas décadas. El gasto de capital necesario para cerrar la brecha de infraestructura y equipo es más alto.

En el Cuadro 25, se lista los gastos por programa y establecimiento de salud del 2008. Los hospitales ejecutan, en general, más recursos que cualquier otro tipo de establecimiento; en segundo lugar, y no muy lejos, vienen los centros de salud, hospitales de menor complejidad y las postas de salud. De acuerdo a la ENAHO 2008, 20% de la gente que fue atendida en los establecimientos del MINSA lo hizo en hospitales. No obstante, los hospitales tienen mayores costos de atención debido a sus mayores costos administrativos y de infraestructura. Adicionalmente, los hospitales atienden problemas de salud más complejos que cuestan más tratar y curar.

Cuadro 25: Gasto en salud por tipo de establecimiento y programa presupuestal

Monto en Nuevos Soles, 2008

Salud	Salud Colectiva		Salud Individual		Otros gastos		TOTAL	
	(Monto)	(%)	(Monto)	(%)	(Monto)	(%)	(Monto)	(%)
TOTAL	520,430,185	100%	3,193,111,770	100%	550,004,714	100%	4,263,546,668	100%
Centros y puestos de Salud	149,963,173	29%	1,114,152,182	35%	243,950,131	44%	1,508,065,486	35%
Hospital	28,474,946	5%	1,432,908,418	45%	200,591,341	36%	1,661,974,704	39%
OPDs	43,932,940	8%	264,354,059	8%	32,191,151	6%	340,478,149	8%
Administración Ministerial	291,151,646	56%	131,732,381	4%	73,272,091	13%	496,156,118	12%
Gobierno Regional	6,907,480	1%	249,964,730	8%	0	0%	256,872,210	6%

Fuente: SIAF

De las OPDs, el SIS es la que obtiene la parte mayor, 87%, lo que significa que alrededor del 7% del gasto total en salud va al SIS. Si bien la proporción es alta, con los montos actuales, debería representar por lo menos el 10% del gasto total en salud, para garantizar suficiente financiamiento a todos los asegurados del SIS, dados sus objetivos SIS y su amplia cobertura.

4. CUADROS DE FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Cuadro 26 muestra la estructura de financiamiento de los servicios de salud por el período 1995-2005. Las familias continúan siendo la principal fuente de financiamiento de los servicios

de salud. Sin embargo, a lo largo del periodo de análisis, el financiamiento de las familias decrecieron de 45.8% a 34.2% mientras que el realizado por el Estado a través del tesoro público se incrementó (de 25.2% a 30.7%). Este cambio podría estar relacionado con el programa de SIS.

Cuadro 26: Estructura de financiamiento de la atención en salud, 1995-2005 (Porcentajes)

Agentes	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Estado	25.2	26.0	23.1	24.3	24.3	24.1	28.1	28.7	28.9	30.7
Ayuda externa	1.4	1.1	1.2	1.2	1.3	1.1	0.9	2.1	2.8	2.6
Donantes internos	0.7	0.7	0.6	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
Familias	45.80	39.90	40.10	37.70	38.50	37.90	38.40	35.90	35.50	34.20
Empleados	25.60	29.70	32.40	31.80	32.40	35.00	30.90	31.80	30.90	30.50
Otros	1.30	2.60	2.60	4.30	2.90	1.90	0.90	0.80	1.10	1.30
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total Millones de Nuevos Soles	5,917	6,799	7,803	8,444	8,851	10,122	10,332	11,243	12,195	12,195
Total Millones de Nuevos Soles de 1995	5,917	5,992	6,096	6,070	5,800	5,720	5,619	5,973	6,371	6,371
Total Millones Dólares americanos	2,627	2,776	2,933	2,886	2,618	2,885	2,977	3,301	3,708	3,708

Fuente: MINSA/CIES, 2008

En relación al gasto de las familias, 45% se destina directamente a la compra de medicinas en farmacias y boticas. Más aún, las familias no sólo adquieren medicinas en farmacias y boticas, sino también en las farmacias ubicadas en los establecimientos públicos y privados. El gasto total en medicinas, de acuerdo a la ENAHO 2008, alcanza el 82% del gasto en salud de las familias. Sólo el 5% del gasto se asigna a diversas formas de seguros de salud (Cuadro 27).

Cuadro 27: Destino de los fondos familiares, 2005 (en porcentajes)

Directamente en farmacias	45,1
Proveedores privados	37,9
Proveedores públicos	12,0
Adquisición de seguros privados	2,1
EPS (proveedores privados)	1,9
Contribuciones a Essalud	1,0
Total	100%
Total (millones de Nuevos Soles)	3430
Total (millones de dólares)	985

Fuente: MINSA-OPS/OMS Perú

El Cuadro 28 muestra las fuentes de gasto del sector salud (MINSA). 77% del gasto se realiza con recursos del tesoro público. El gasto familiar es más bajo, alrededor del 12%. Sin embargo, estas cifras no incluyen gastos en establecimientos privados y establecimientos de EsSalud. El cuadro 28 no es comparable con el Cuadro 27.

Cuadro 28: Fuentes de gasto del Sector Salud

SALUD	Gastos	Porcentaje de gastos
TOTAL	4,263,546,668	100
Doméstico	3,292,185,258	77.2
Familiar	498,590,807	11.7
Donantes	354,650,934	8.3
Canon minero y Similares	118,119,669	2.8

Fuente: SIAF

Cotlear (2006) arguye que aún dentro de los establecimientos del MINSA, varía la relativa importancia del financiamiento de las familias. Por ejemplo, el presupuesto de los hospitales de Lima depende fuertemente de los recursos recaudados directamente a través de las tarifas -en promedio representan el 25% de sus ingresos. Hay, sin embargo, casos extremos, como los de las instituciones especializadas y los hospitales más grandes, donde los recursos recolectados directamente alcanzan más del 60% de sus ingresos.

III. ANALISIS DE INCIDENCIA DE BENEFICIARIOS

1. SUBSIDIO UNITARIO

Una medida importante de cómo el gasto público llega efectivamente a cada individuo es el monto del subsidio por usuario del sistema público. Este es un modo de determinar cuánto contribuye el Estado al gasto familiar en salud y si la distribución es equitativa entre los diferentes quintiles de gasto y niveles de las instalaciones. A través del Análisis de Incidencia de Beneficiarios es posible aproximarse a cómo el gasto del Estado beneficia a determinados grupos para afrontar sus gastos en salud.

A) METODOLOGIA Y SUPUESTOS

Con la finalidad de calcular el subsidio por usuario, hemos usado dos procedimientos:

1. A través del Sistema de Información de Salud tenemos el número de atenciones individuales y salidas hospitalarias de los establecimientos del MINSA divididos en tres categorías, en relación al nivel de complejidad: hospitales, centros de salud y postas de salud. Se suma a las salidas hospitalarias al número de atenciones individuales para así contar con el número total de atenciones individuales ofrecidas por los establecimientos del MINSA y las regiones. Dada la información disponible, suponemos el mismo subsidio por usuario por egreso hospitalario en un hospital que por otras consultas en un hospital.

Con la información del SIAF tenemos el presupuesto del MINSA por tipo de unidad ejecutora. Para el subsidio hospitalario, se ha usado el gasto de los hospitales que son, a su vez, unidades ejecutoras (más alto nivel de complejidad). Para el subsidio en centros de salud y postas usamos el gasto de las direcciones regionales que son unidades ejecutoras. Ello nos permite aproximarnos al gasto de dichos establecimientos.

Todos los otros gastos en salud pública (administración del MINSA, SIS, gobiernos regionales) están distribuidos siguiendo la misma proporción del gasto, por tipo de establecimiento de salud. Así, si el gasto de los hospitales es tres veces el de establecimientos de menor nivel de complejidad; por tanto, el resto del presupuesto público es distribuido siguiendo la proporción de tres a uno entre estas dos categorías de establecimientos.

2. Con la finalidad de calcular los subsidios por nivel de ingreso, usamos la Encuesta Nacional de Hogares-ENAH0. En el módulo de salud, a las personas se les pregunta acerca del tipo de establecimiento de salud en el que se atendieron la última vez que estuvieron enfermos o heridos. Usando esta información es posible aproximar cuantas de las atenciones realizadas en cada tipo establecimiento de salud han sido otorgadas a individuos de cada quintil de gastos. Los quintiles fueron contruidos usando información sobre el gasto familiar provista por la ENAH0. Se está asumiendo que las personas de distintos quintiles de gasto reciben atenciones en los establecimientos de salud con la

misma frecuencia. Además se supone que las personas de diferentes quintiles de gasto reciben el mismo subsidio por cada atención si asisten al mismo establecimiento de salud.

La ENAHO también pregunta a los encuestados cuánto les costó su última atención o, cuando no pagaron por ella directamente, cuánto piensan que podría haberles costado. Con esta información y la información sobre financiamiento del gasto en salud, se estimó el subsidio por quintil de gastos del SIS. Un supuesto importante para realizar estos cálculos es que el monto declarado por las personas respecto a lo que piensan que cuesta el servicio recibido, es un buen cálculo de cuánto realmente costaría el servicio.

B) SUBSIDIOS POR USUARIO

El cuadro 29 presenta el subsidio estimado por usuario usando la información del Sistema Informativo de Salud. Se incluye presupuesto de hospitales, direcciones regionales (DISA) y el SIS. Estas tres categorías son las asignadas con más precisión a cada nivel de atenciones: hospitales y primer y segundo nivel de complejidad. Los hospitales suponen el 25% de las atenciones totales y ejecutan el 48% del total del gasto. El subsidio por usuario es 2.7 veces mayor en los hospitales que en los establecimientos de menor complejidad. Sin embargo, los hospitales tienen costos de atención más altos debido a sus mayores costos administrativos y de infraestructura y a los problemas más complejos que atienden.

Cuadro 29: Subsidio por usuario (hospitales, direcciones regionales y SIS) por nivel de instalaciones, 2008

	Subsidio Unitario	Atendidos	Presupuesto (en Nuevos Soles)
Hospitales	493.8	3,326,078	1,642,278,310
Primer y Segundo Nivel	183.5	9,861,384	1,809,884,938
TOTAL	261.8	13,187,462	3,452,163,248

Fuentes: Sistema de Información de Salud y SIAF

El Cuadro 30 muestra el mismo subsidio por usuario pero incluyendo todo el presupuesto del MINSA; es decir, incluyendo los costos administrativos, los de gobiernos regionales y los otros de las OPDs, distribuidos proporcionalmente, como se indicó en la sección de metodología.

Cuadro 30: Subsidio por usuario (hospitales, direcciones regionales, OPDs, y gastos del gobierno regional y administrativos) por nivel de instalaciones, 2008

	Subsidio Unitario	Atendidos	Presupuesto (en Nuevos Soles)
Hospitales	609.8	3,326,078	2,028,273,206
Primer y Segundo Nivel	226.7	9,861,384	2,235,273,462
TOTAL	323.3	13,187,462	4,263,546,668

SIAF

El número de atenciones (incluyendo egresos hospitalarios) suman más de 13 millones. El subsidio promedio es 323.3 Nuevos Soles (casi 110 dólares). Mientras el subsidio por atención hospitalaria es 609.8 Nuevos Soles (casi 210 dólares), el subsidio de centros y postas de salud es 226.7 Nuevos Soles (cerca de 75 dólares) por atención.

El Cuadro 31 muestra la distribución de las atenciones por quintiles de gasto. El Cuadro 32 muestra la distribución de beneficios por quintiles de gasto y nivel de complejidad de los establecimientos.

Cuadro 31: Estimado del uso de establecimientos de salud por quintil de gasto y tipo de establecimientos, 2008

	Quintil de Gastos				
	1 (más bajo)	2	3	4	5 (más alto)
Hospitales	250,975	534,844	848,083	842,513	849,663
Primer y Segundo Nivel	2,994,396	2,751,181	2,042,421	1,452,805	671,342
TOTAL	3,195,371	3,286,025	2,890,504	2,294,557	1,521,005

Fuentes: Sistema de Información de Salud

Cuadro 32: Distribución del gasto en salud por quintil de gasto familiar y tipo de establecimientos, 2008

	Quintil de Gastos				
	1 (el más bajo)	2	3	4	5 (el más alto)
Hospitales	7.55%	16.08%	25.50%	25.33%	25.55%
Primer y Segundo Nivel	29.86%	27.90%	20.71%	14.72%	6.81%
TOTAL	19.24%	22.28%	22.99%	19.77%	15.72%

Fuentes: Sistema de Información de Salud y SIAF

Aunque el número de atenciones y la distribución de beneficios parecen ser regresivas, lo que significa que la población pobre se beneficia más que la rica, los Cuadros 31 y 32 muestran una importante diferencia cuando se consideran los hospitales versus las instalaciones de primer y segundo nivel. Mientras las atenciones y el monto gastado son regresivos en los niveles de atención más simple, para los hospitales la situación se revierte; la atención y distribución de beneficios parecen ser progresivas. Esto probablemente se debe al hecho que la mayoría de hospitales están ubicados en zonas urbanas, mientras las instalaciones de primer y segundo nivel están ubicadas principalmente en zonas rurales. Esta diferencia implica que los hospitales

son usados por los habitantes de mayor nivel de ingreso de las zonas urbanas y, por contraste, los centros de salud y las postas atienden a la población más pobre que vive en zonas rurales.

El Cuadro 33 presenta el desgajado por quintil de gasto familiar para el SIS.

Cuadro 33: Gasto por usuario afiliado al SIS, según quintil de gasto en Nuevos Soles, 2008

	Gasto por usuario	Atenciones estimadas
SIS	175	5,800,831
Primer Quintil	108	2,412,514
Segundo Quintil	165	1,692,496
Tercer Quintil	211	1,030,379
Cuarto Quintil	303	496,223
Quinto Quintil	640	169,219

Fuente: ENAHO

El SIS presenta una estructura regresiva en el número de atenciones de acuerdo al Cuadro 33. Sin embargo, las atenciones en el quintil más rico (quinto quintil) reciben un subsidio seis veces más alto que las atenciones a las familias del quintil más pobre. Para determinar la naturaleza de este subsidio más alto, la información de la ENAHO se ha desgajado por servicios de salud (cuadro 34).

Cuadro 34: Gasto por usuario afiliado al SIS, según quintiles de gasto familiar y tipo de servicio, Nuevos Soles, 2008

	Quintiles de gasto					Promedio
	1	2	3	4	5	
SIS (total)	108	165	211	303	640	175
Consultas	15.02	23.58	26.97	30.15	36.07	21.55
Medicinas	29.81	46.22	54.52	83.41	163.80	47.48
Análisis	1.34	4.61	7.93	16.50	63.61	6.58
Rayos X	0.48	0.96	1.91	13.52	28.78	2.82
Otros exámenes	0.08	0.03	0.09	0.63	80.11	2.45
Servicios Dentales	1.67	2.72	4.15	4.73	4.65	2.77
Servicios Oftalmológicos	0.19	0.22	0.21	0.31	0.48	0.22
Compra de lentes	0.15	0.14	0.03	0.26	0	0.13
Vacunas	34.35	45.79	56.37	72.89	67.01	45.85
Controles de salud infantil	7.52	7.35	7.72	7.14	6.88	7.45
Anticonceptivos	3.58	5.65	6.63	6.93	15.41	5.36
Otros gastos	3.85	4.20	6.11	5.82	13.81	4.81
Hospitalización y cirugías	5.71	19.03	28.89	52.14	145.50	21.76
Control Prenatal	1.65	1.55	3.22	3.51	2.95	2.09
Atención de parto	2.42	2.83	5.91	5.35	11.50	3.67

Fuente: ENAHO

El Cuadro 34 muestra que las diferencias más importantes entre los quintiles más ricos y los más pobres se dan en las hospitalizaciones y cirugías, medicinas, análisis y otros exámenes. La

población pobre con acceso a las consultas del MINSA lo hace principalmente en el primer nivel de atención (postas y centros de salud) y demanda servicios más simples.

Estas diferencias son compatibles con el Cuadro 35, donde el gasto del SIS es analizado por zona de residencia. El subsidio del SIS es 10.5 veces mayor en áreas urbanas que en las rurales. Es importante notar que muchas de las zonas llamadas urbanas son de hecho zonas marginales, que usualmente están ubicadas lejos de los hospitales pero cerca de otras instalaciones de salud.

Cuadro 35: Gastos per cápita del SIS y de donaciones públicas, según área de residencia,

Nuevos soles, 2008

	Gasto por usuario	Atenciones estimadas
SIS	175	5,800,831
Urbano	133	2,576,423
Rural	126	3,224,408

Fuente: ENAHO

IV. ANALISIS DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y NEONATAL

Según data de la ENDES, en el periodo 2000-2008 la tasa de mortalidad neonatal estimada continúa decreciendo a un ritmo de una muerte menos por año, y se ubica en diez muertes de neonatos (de menos de un mes de vida) por 10,000 nacidos vivos. Mientras, el acceso a los servicios de salud para mujeres embarazadas continúa incrementándose. De acuerdo con la ENDES 2008 (1^{er} Trimestre), casi el 73% de mujeres embarazadas recibieron su primer control prenatal durante el primer trimestre de su periodo de embarazo, lo cual muestra un incremento anual promedio de 1% -comparado con la ENDES 2007. En términos de acceso a los servicios de salud, el 82% de las mujeres embarazadas asistieron a seis o más controles prenatales, 1.5% más que el consignado en la ENDES 2007.

En este contexto, el Programa Estratégico de Salud Materno -y Neonatal ofrece recursos al MINSA, el SIS y los gobiernos regionales para el logro de metas específicas, presentadas en el Cuadro 19. El presupuesto es distribuido entre el MINSA, el SIS y las autoridades regionales, para realizar sus actividades específicas que permitan cumplir con las metas establecidas.

Ministerio de Salud: 135.1 millones de Nuevos Soles fueron asignados en el 2008. Sólo 106.8 fueron efectivamente ejecutados (80%). El propósito de este presupuesto era:

- Dar acceso a los servicios de atención prenatal calificada y atender las complicaciones implicadas, a través de la asistencia de 69,675 alumbramientos normales, 14,257 alumbramientos complicados, entre otros.
- Tener una población bien informada en temas sexuales y reproductivos, cuyo plan es trabajar consensualmente con 81 ayuntamientos, 125 comunidades, 529 instituciones educativas y 5,084 familias.

Seguro Integrado de Salud: 82.9 millones de Nuevos Soles fueron asignados al SIS en el 2008 para ofrecer atención a 191,799 mujeres embarazadas, a nivel nacional, (sin embargo, al final del año el SIS había excedido el presupuesto original, gastando 90.5 millones de Nuevos Soles). El programa también ofrecía asistencia a 277,969 recién nacidos con complicaciones o en salas de emergencia.

Autoridades Regionales: En el 2008 el total de recursos asignados a los gobiernos regionales fue de 122.2 millones; el monto ejecutado fue de 162.5. De ellos, 41 millones de Nuevos Soles fueron asignados a la construcción y equipamiento de:

- Tres “Centros Hemodadores Macroregionales” de la Red Nacional de Hemoterapia en Lima, La Libertad y Arequipa.
- Diez centros de hemoterapia y bancos de sangre en los departamentos de Loreto, Madre de Dios, Ucayali, San Martín, Amazonas, Cusco, Junín y Ancash. Con estos establecimientos, habrá una mayor disponibilidad de sangre segura para la asistencia de labor de partos a nivel nacional, reduciendo de esta forma el riesgo de hemorragias - primera causa de muerte materna.

5. ANÁLISIS DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL PSMN

El cuadro 36 plantea dos cuestiones importantes. Primero, no hay coherencia entre lo que fue originalmente planificado para el 2008 y lo que fue realmente ejecutado. El presupuesto fue incluso ampliado pero la ejecución fue menor a lo originalmente planificado, especialmente en componentes de capital, lo cual demuestra la escasa eficacia del Estado para llevar a cabo proyectos de inversión. Segundo, no solo la eficacia en realizar proyectos de inversión es bastante baja, el presupuesto destinado a capital es, en general, pequeño con relación a las necesidades; dado el déficit en infraestructura y equipamiento.

El gobierno ha calculado el monto de inversión necesaria para cerrar la brecha en infraestructura sanitaria: 178,337 miles de dólares con un plan de inversión a 10 años para mejorar los establecimientos existentes y construir nuevos solo en los distritos donde el seguro universal va a ser aplicado a manera de piloto.

Cuadro 36: Gastos del PSMN, Nuevos Soles reales (2006=100)

	2008 (presupuestado)	2008 (presupuesto modificado)	2008 (ejecutado)	2008 (ejecutado %)	2009 (presupuestado)	2009 (presupuesto modificado)	2009 (presupuesto modificado)
PSMN TOTAL	307,288,967	386,821,530	325,782,980	100%	320,727,174	442,482,946	100%
Corriente	274,245,643	354,506,593	318,000,815	98%	308,911,192	421,003,254	95%
Salarial	140,927,136	166,628,273	161,415,516	51%	163,423,528	206,833,546	49%
No salarial	133,318,508	187,878,320	156,585,299	49%	145,487,664	214,169,707	51%
Capital	33,043,324	32,314,937	7,842,294	2%	11,815,981	21,479,693	5%
Domestico	31,727,903	26,346,188	4,618,194	59%	10,956,188	20,025,894	93%
Donantes	0	4821896.5	3163971.42	40%	0	329539.362	2%
RDR	1,315,420	1,146,853	60,129	1%	859,793	1,124,259	5%

Fuente: SIAF

Cuadro 37: PSMN por Programa, Monto en Nuevos Soles reales (2006=100)

PSMN	2009	2009	2009 (presup.)	2009 (presup.)
------	------	------	----------------	----------------

	(presupuestado) Monto	(presupuestado) %	modificado) Monto	Modificado) - %
Salud colectiva	10,147,631	100%	15,317,083	100%
Corriente	10,133,339	100%	15,243,717	100%
Salarial	7,285,144	72%	10,923,590	72%
No salarial	2,848,195	28%	4,320,127	28%
Capital	14,292	0%	73,367	0%
Domestico	14,292	100%	9,814	13%
Donantes	0	0%	63552.1247	87%
Préstamos	0	0%	0	0%
RDR	107,193	750%	107,193	146%
Salud Individual	299,594,566	100%	413,557,529	100%
Corriente	288,663,169	96%	393,535,652	95%
Salarial	150,661,918	52%	189,684,091	48%
No salarial	138,001,252	48%	203,851,561	52%
Capital	10,931,397	4%	20,021,877	5%
Domestico	10,931,397	100%	15,315,116	76%
Donantes	0	0%	4706760.85	24%
Préstamos	0	0%	0	0%
RDR	681,138	6%	631,931	3%
Otros gastos	10,196,645	100%	12,484,075	100%
Corriente	10,114,684	99%	12,223,885	98%
Salarial	5,476,466	54%	6,225,866	51%
No salarial	4,638,218	46%	5,998,019	49%
Capital	81,961	1%	260,190	2%
Domestico	10,499	13%	21,665	8%
Donantes	0	0%	238525.251	92%
Préstamos	0	0%	0	0%
RDR	71,462	87%	385,135	148%

Fuente: SIAF

De acuerdo al MEF, el PSMN ejecutó 67% de sus metas físicas, un nivel muy bajo de avance, especialmente cuando se compara al 91% de avance de la ejecución del presupuesto total asignado. Esto implica que el dinero ha sido gastado a pesar de que las metas no están siendo cumplidas completamente.

Dado que el programa ha sido dividido en componentes y que a cada componente le han sido asignadas diferentes metas, en el Cuadro 38 presentamos la ejecución presupuestaria por cada componente principal. En general, el presupuesto ha sido sub ejecutado.

Cuadro 38: Presupuesto del PSMN modificado y ejecutado, por componente

	2008 Presupuesto modificado	2008 Presupuesto ejecutado
Conducción de la gestión de la estrategia	16,155,768	14,184,116
Población con conocimiento de salud sexual y reproductiva que tiene acceso a métodos de control natal	37,346,614	30,393,982
Reducción de mortalidad y morbilidad materna	262,784,972	239,560,909
Reducción de mortalidad y morbilidad neonatal	86,256,816	77,276,867
TOTAL	402,544,170	361,415,874

Fuente SIAF

El Cuadro 39 muestra el presupuesto y el nivel de la ejecución del 2008 solo para partos y atenciones de puerperio, respecto a los indicadores necesarios para cumplir con la reducción de la mortalidad y morbilidad materna (ver Cuadro 19).

Cuadro 39: Presupuesto del PSNM- partos en establecimientos y atención durante el puerperio, 2008

Salud	PIA (Monto)	PIA (%)	PIM (Monto)	PIM (%)	Ejecutado (Monto)	Ejecutado (%)
PSMN	106,736,739	100%	151,475,172	100%	137,406,206	100%
Corrientes	104,993,487	98%	147,444,786	97%	134,587,012	98%
Salariales	60,827,794	58%	67,558,475	46%	65,880,427	49%
No salariales	44,165,693	42%	79,886,311	54%	68,706,585	51%
Capital	1,743,252	2%	4,030,386	3%	2,819,194	2%
Domestico	926,753	53%	1,715,607	43%	1,583,734	56%
Donantes	0	0%	1,500,067	37%	1,189,075	42%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%
RDR	816,499	47%	814,713	20%	46,385	2%

Fuente: SIAF

Los resultados generales indican que para este componente del programa, la ejecución es más alta y parece haber mayor correspondencia entre lo presupuestado y lo ejecutado.

Los alumbramientos implican alrededor del 42% del total del PSNM, siendo su más importante componente. Más específicamente, como puede verse en el Cuadro 40, la ejecución de las metas físicas para los sub componentes relacionados a la atención materna es alta. Los ítems resaltados son los relacionados a partos.

Cuadro 40: Metas físicas, ejecución de cada meta y presupuesto modificado y ejecutado, 2008

Meta de reducción de morbilidad y mortalidad materna	Metas reconocimientos médicos	Metas ejecutadas	2008 Presupuesto modificado	2008 Presupuesto ejecutado
Atención Prenatal Reorientada	3,285,148	1,554,877	44,962,894	40,775,956
Atención de embarazos con complicaciones	677,870	641,090	38,489,127	35,844,032
Atención de partos normales	525,753	545,925	73,696,668	67,432,891
Atención no quirúrgica de partos con complicaciones	76,734	72,870	25,085,917	23,508,800
Atención quirúrgica de partos con complicaciones	112,138	129,681	40,613,941	36,811,186
Atención puerperal	537,467	628,998	16,549,035	14,633,494
Atención de puerperios con complicaciones	39,924	22,653	6,590,445	5,799,257
Atención obstétrica en la Unidad de Cuidados Intensivos	7,386	1,578	5,357,690	4,684,919
Pre-Inversión en la implementación de la red de Centros de Hemoterapia de tipo I y tipo II	1,312	43	1,386,645	1,341,363
Acceso al Centro Institucional de Referencias	291,181	127,561	10,052,610	8,729,009
Total	5,554,913	3,725,275	262,784,972	239,560,909

Fuente: MEF

Como puede apreciarse en el Cuadro 40, se ha cumplido y sobrepasado las metas de exámenes médicos por partos. Por ejemplo, las metas de atención de partos normales eran de 525,753 alumbramientos, mientras que al 2008 se atendieron 545,925. El programa parece haber tenido problemas en otras metas, tales como la baja ejecución de chequeos prenatales.

6. ANÁLISIS DE INCIDENCIA DE BENEFICIARIOS: PSMN

Estimamos el subsidio por usuario usando dos diferentes procedimientos:

1. Usando el cumplimiento de las metas de exámenes médicos y la ejecución de gastos, obtuvimos el número de partos atendidos en el marco del PSMN. Con esta información, calculamos el subsidio promedio por usuario por intervención para diferentes clases de intervenciones. Esta información, sin embargo, no es suficiente para clasificar los subsidios por quintiles de gasto o por establecimientos de salud.

2. Para calcular los subsidios por nivel de ingreso usamos la ENAHO de manera similar a la utilizada para determinar el subsidio general de salud para usuarios del SIS. Por ello, en este caso, se enfrentan las mismas limitaciones que en el análisis previo.

En el Cuadro 41 presentamos el subsidio del PSMN del 2008 por tipos de intervención en alumbramientos: partos normales y complicados, con y sin intervenciones quirúrgicas.

Cuadro 41: Gasto por usuario PSMN, por tipo de intervención en el parto, 2008

	Número de atenciones	Presupuesto ejecutado (monto en nuevos soles)	Gasto por usuario (monto en nuevos soles)
Atención de partos normales	545,925	67,432,891	123.52
Atención no quirúrgica de partos complicados	72,870	23,508,800	322.61
Atención quirúrgica de partos complicados	129,681	36,811,186	283.86
TOTAL por todos los tipos de parto	748,476	127,752,878	170.68

Fuente: MEF

En promedio, el programa subsidia 170.68 nuevos soles por usuario (casi 60 dólares por usuario). En el caso de partos complicados, los partos complicados no quirúrgicos tienen un subsidio de 322 nuevos soles (más de 100 dólares) mientras las complicaciones quirúrgicas 283 nuevos soles (casi 95 dólares). Parece haber una inconsistencia en la política de subsidios.

De acuerdo a la información de PEAS/PRAES, un parto normal debería costar alrededor de 80 nuevos soles, significativamente menos que el subsidio actual de 123 nuevos soles. Sin embargo, cuando se incluyen más servicios, la información de costos estándares del PEAS determina que el parto cuesta más de 250 nuevos soles. De la misma manera, una cesárea cuesta 182 nuevos soles mientras que un parto con complicaciones, incluidos todos los servicios, cuesta, en promedio, más de 420 nuevos soles. Esta información debería ser considerada por el MINSA a fin de reorganizar su esquema de subsidio por partos.

Cuadro 42: Gasto en partos por usuario, según quintil de gasto, 2008

	Gasto por usuario (en nuevos soles)	Estimado de atenciones

SIS	195	181,758
Primer Quintil	126	48,082
Segundo Quintil	157	55,037
Tercer Quintil	222	40,707
Cuarto Quintil	246	30,905
Quinto Quintil	597	7,027

Fuente: ENAHO

El Cuadro 42 muestra, con información de la ENAHO, el promedio de gasto per cápita para usuarios del SIS: 195 nuevos soles. El Cuadro 42 muestra también que el subsidio del quintil más rico es casi cinco veces mayor que el del quintil más pobre; quizás debido al tipo de servicios -mayor incidencia de partos complicados en establecimientos de mayor complejidad.

En efecto, los partos institucionales según quintiles de gasto muestran diferencias significativas: mientras que en el quintil más pobre, 34% tienen un parto institucional, el 98% en el quintil más rico lo tiene. Un análisis distinguiendo zonas de residencia establece que casi la mitad de las mujeres que viven en zonas urbanas da a luz en los hospitales del MINSA y sólo 7% lo hace en sus propias casas. En las zonas rurales, sólo 1 de cada 5 mujeres da a luz en los hospitales del MINSA y la mitad de ellas lo hace en sus propias casas. Correspondientemente, uno de cada diez mujeres en zonas rurales asiste a postas de salud para sus partos, tres veces más que las mujeres en zonas urbanas. Más aún, para partos institucionales, las mujeres del campo suelen ser atendidas por una enfermera o por un especialista en salud antes que por un médico o una obstetrix.

Sin embargo, y lamentablemente, no se puede indagar más sobre esta hipótesis pues la información sobre partos en la ENAHO no puede ser desagregada para determinar las razones de las diferencias en la unidad de subsidio; la ENAHO no tiene información sobre tipo de partos.

V. CONCLUSIONES

- ⇒ El crecimiento económico de las décadas pasadas (5% en promedio en los últimos 15 años; BCR) permitió importantes avances en el sector salud en el Perú. No sólo han mejorado muchos indicadores de salud sino que hay también avances en relación al acceso a los servicios y seguros de salud. Sin embargo, dos hechos siguen siendo una preocupación:
- i) A pesar de los avances desde 1985, parece haber un estancamiento en algunos indicadores, especialmente en términos del uso de los servicios de salud: en el año 2008, del 100% de la población que consideró necesaria la consulta médica, sólo el 32% consiguió una consulta institucional. A pesar de que esta cifra ha mejorado claramente entre 1985 y el 2001, desde el 2001 la tendencia ha ido disminuyendo. El 16% se limitó a una consulta no institucional y el resto (53%) no realizó consulta alguna.
 - ii) Los promedios nacionales esconden importantes diferencias entre regiones y sectores socio-económicos. Una de las diferencias importantes es entre la población de zonas rurales y urbanas. Por ejemplo, en la tasa de partos institucionales, mientras el 93% de partos son institucionales en las áreas urbanas, sólo el 55% lo es en las zonas rurales.
- ⇒ El uso de establecimientos de salud varía significativamente entre los quintiles de gastos. Las personas de los quintiles más ricos son atendidas generalmente en establecimientos de más alta complejidad y tienen usualmente mejor acceso a consultas médicas que las personas pobres. Esto no es solamente un problema de oferta. El Cuadro 5 muestra que la desconfianza en los médicos y el uso de remedios caseros hace que la gente del quintil más pobre no asista a consultas institucionales.
- ⇒ El Perú todavía presenta altos indicadores de deficiencia en salud en comparación con otros países, en parte debido a la baja asignación presupuestal con que cuenta el sector público de salud: 4'264 millones de nuevos soles en el 2008, 5% del presupuesto total (SIAF) y 1% del PBI nacional. Este hecho restringe los avances necesarios en cobertura efectiva y, más aún, limita el avance en reducir la brecha existente entre zonas rurales y urbanas.
- ⇒ Aún cuando el cuidado de la salud requiere la intervención estatal a fin de garantizar el bienestar de la población, en el Perú el financiamiento de los servicios públicos por los hogares ocupa la primera posición como fuente de financiamiento (37% en el 2005). La contribución de los jefes de familia es hecha, principalmente, de su bolsillo, en un país donde más de un tercio de la población es pobre. Este hecho limita el acceso a los servicios de salud a sólo aquellos que pueden permitírselos, mientras los hogares de bajos ingresos corren el riesgo de ser excluidos.
- ⇒ Los gastos de salud del MINSa por el período 2006-2008 no presentan una tendencia positiva; al contrario, los gastos cayeron en el 2008. El gasto per cápita fue de 50 dólares en el 2008.

- ⇒ Al presupuesto deficiente se suman las ineficiencias que tienen lugar en el sistema. Algunas de las ineficiencias son:
- i) El financiamiento del sector público ha sido históricamente establecido por el MEF. Esta institución asigna los fondos siguiendo tendencias históricas, aún para los programas de presupuesto por resultados recientemente introducidos; no existe una correspondencia entre la eficiencia para aplicar los recursos y el presupuesto asignado.
 - ii) La estructura organizacional no está bien relacionada con la estructura presupuestal. Los planes terminan siendo ajustados a la lógica del presupuesto, es decir, por unidades ejecutivas y no al revés. Esto también dificulta realizar un seguimiento de los gastos en salud de los gobiernos regionales.
 - iii) Aún cuando los recursos humanos son uno de los recursos estratégicos para la asistencia sanitaria, su buen rendimiento necesita de insumos - como medicinas- y de infraestructura. Dados los movimientos sindicales y la inflexibilidad del gasto público en salud, la participación de los recursos humanos en el presupuesto es, en promedio, el 60% del gasto total en salud.
- ⇒ Al diferenciar el presupuesto según programas de gastos, la mayoría de los gastos de salud se concentra en el Programa de Salud Individual (74.5% in 2008), que representa todas las atenciones en hospitales centros de salud y postas, tanto básicas como especializadas. A pesar de que la salud individual es el principal programa, el gasto de capital en esta categoría es muy bajo.
- ⇒ La relativa importancia de la Salud Colectiva parece ser baja (12% en el 2008). Las metas de Salud Colectiva son prevenir y controlar las posibles amenazas a la salud pública, proporcionar consejo e información a las familias, escuelas y comunidades para mejorar la salud de sus miembros. Teniendo en cuenta estos objetivos los funcionarios del MINSA calculan un incremento en el programa de salud colectiva que deberá llegar hasta el 25% del presupuesto total del sector.
- ⇒ Al revisar el presupuesto por tipo de establecimientos, los hospitales ejecutan, en general, más recursos que cualquier otro tipo de instalación; en segundo lugar y no muy lejos, vienen los centros de salud, hospitales de menor complejidad y postas de salud. De acuerdo a la ENAHO, 20% de la gente que asiste a los establecimientos del MINSA lo hace en hospitales (aproximadamente 610 mil personas). Sin embargo, los hospitales tienen costos de atención más altos debido a los mayores costos de administración e infraestructura. Adicionalmente, los hospitales tratan problemas más complejos y más caros de salud.
- ⇒ Los gobiernos regionales están empezando a ejecutar directamente mayor proporción de recursos del tesoro público. Esto es un importante resultado de la descentralización que pone de manifiesto la necesidad de una mayor coordinación entre el MINSA y el MEF.

- ⇒ Para tener un mejor entendimiento de cómo se utiliza el gasto público se ha calculado los subsidios unitarios del SIS. El total de atenciones financiadas por el SIS es de 13 millones. El subsidio promedio es de 323.3 Nuevos Soles (casi 110 dólares). Mientras el subsidio por atenciones hospitalarias es de 609.8 Nuevos Soles (casi 210 dólares), el subsidio por atenciones en centros y postas es de 226.7 Nuevos Soles (cerca de 75 dólares) por atención.
- ⇒ La distribución de este subsidio varía según el quintil de gasto familiar. Mientras los quintiles más ricos tienen mayor uso de los subsidios hospitalarios, el quintil más bajo tiene un mayor uso de los subsidios en postas y centros de salud.
- ⇒ Un análisis similar de subsidios unitarios se ha realizado utilizando la información de la ENAHO. Si bien la cobertura del SIS es mayor en los quintiles de menores gastos familiares, los usuarios de los quintiles más altos reciben mayores subsidios per cápita.
- ⇒ En el documento se analiza el PSMN, uno de los cinco programas presupuestales creados en el marco del Presupuesto por Resultados. Dentro del Programa nos enfocamos en el presupuesto de los partos institucionales.
- ⇒ Tres puntos llamaron nuestra atención respecto al PSMN: primero, mientras el presupuesto debería ser asignado de acuerdo al rendimiento del año anterior, el MEF todavía lo asigna sobre bases históricas. Segundo, no hay coherencia entre lo que fue planificado originalmente para el 2008 y lo que fue realmente ejecutado. Finalmente, no sólo es bastante baja la eficacia para llevar adelante proyectos de inversión sino que el presupuesto destinado a capital es, en general, bajo en relación a las necesidades, especialmente dado el déficit en infraestructura y equipamiento.
- ⇒ Sobre el componente parto institucional del PSMN, los resultados indican que su ejecución es más alta y parece haber más correspondencia entre lo que fue presupuestado y lo ejecutado. La mayoría de las metas fueron cumplidas.
- ⇒ Considerando solo el PSMN, en promedio el programa subsidia 170.68 nuevos soles por parto (casi 60 dólares por usuario). En el caso de partos complicados, los no quirúrgicos obtienen un subsidio de 322 nuevos soles (más de 100 dólares) mientras las complicaciones quirúrgicas tienen 283 nuevos soles (casi 95 dólares). Parece haber una inconsistencia en la política de subsidios.
- ⇒ De acuerdo a la información de PEAS/PRAES, un alumbramiento normal cuesta 80 nuevos soles, significativamente menos que el actual subsidio de 123 nuevos soles. Sin embargo, cuando se incluyen más servicios, debido a posibles complicaciones, los partos pueden costar más de 250 nuevos soles.

VI. RETOS

A través del estudio han surgido una serie de retos:

- ⇒ La principal fuente de información presupuestal, el SIAF, presenta una serie de problemas. El principal es que la información está ordenada por tipo de servicio provisto. Por ejemplo, para determinar el gasto en hospitales es necesario agregar el presupuesto para hospitales de cada programa, tales como salud individual, colectiva y gobiernos regionales.
- ⇒ De hecho, la estructura organizativa no concuerda con la estructura presupuestal. Los planes terminan siendo ajustados a la lógica presupuestal, es decir, por unidades ejecutoras y no al revés. Por ejemplo, una DISA tiene el mismo nivel presupuestal que un hospital cuando el segundo depende de la DISA en cuanto a organización.
- ⇒ Dada la estructura presupuestal del SIAF es difícil hacer un seguimiento de los gastos de salud en los gobiernos regionales.
- ⇒ Muchos indicadores de gasto han sido descontinuados o la metodología para calcularlos ha cambiado. Por ejemplo, no hay información sobre los gastos privados en salud desde 2006 en adelante. Esto hace difícil analizar las tendencias de gastos de largo plazo.
- ⇒ Igualmente, aun cuando EsSalud representa una cifra mayor que el MINSA en gastos totales, la información respecto a los gastos de EsSalud no está actualizada.
- ⇒ Calcular el subsidio unitario es complejo. Requiere de supuestos porque el MINSA no tiene información de los gastos por usuario.
- ⇒ En la ENAHO, es difícil separar el financiamiento del SIS de algún otro subsidio público. Para el AIB usamos la afiliación al SIS como una manera de separar ambos financiamientos; sin embargo, esto puede esconder problemas como filtraciones del programa.

BIBLIOGRAFIA

Costello A, Osrin D, Manandhar D (2004) Reduciendo la mortalidad materna y neonatal en las comunidades más pobres. *BMJ* 329: 1166–8. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/content/extract/bmj;329/7475/1166>

Cotlear, Daniel (2006) *Un nuevo contrato social para el Perú: ¿cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?* Lima: Banco Mundial.

Huamán, Lizardo (2009). *Herramientas de Gestión del campo de Recursos Humanos en Salud: Construcción de Rectoría para la Gobernanza de la implementación del Aseguramiento Universal y la Descentralización en Salud*. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos MINSA. Dirección de Gestión de Capacidades en Salud.

MINSA (2009). *SERUMS 2009 – Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud*. Página web del Ministerio de Salud del Perú. Recuperados el 15 de agosto, 2009 de: <http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/default.asp>

Petrera, Margarita y Seinfeld, Janice (2007). *Repensando la Salud en el Perú*. CIUP, Proyecto Amares. Lima.

Román, José Antonio (2008). México duplica estándar de nacimientos por cesárea recomendados por la OMS. *La Jornada*. México. Mayo 9, 2008. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/05/09/index.php?section=sociedad&article=050n1soc>

SDC (2004). *Millenium Development Goals for Peru: Goal 5: Improving Maternal Care*. Agencia Suiza de Desarrollo y Cooperación. Disponible en: http://www.cosude.org.pe/es/Pagina_principal/ressources/resource_es_24680.pdf

UN (2008). *The Millennium Development Goals Report: 2008*. Naciones Unidas. Ginebra, 2008. Disponible en: http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/newsroom/mdg%20reports/MDG_Report_2008_ENGLISH.pdf

Seinfeld, Janice (2009). Recent trends on institutional birth services in Peru. Reporte del Banco Mundial. Mimeo.

WHO (2005). *The world health report 2005 - make every mother and child count*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2005. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/en/>

MINSA / CIES (2008). *Cuentas Nacionales de Salud 1995-2005*. Observatorio de la Salud. Lima

Data

- Censo de Población y Hogares, 2007
- ENAHO, 2007. INEI.
- ENDES Continua 2004-2007. INEI.

- FONCODES clasificación de quintiles distritales (Mapa de pobreza por distritos)
- Metas de Exámenes Médicos para los Programas del Presupuesto Básico de Funcionamiento (2008) del MEF
- Datos del MINSA sobre establecimientos de salud, 2006.
- Datos del MINSA sobre recursos humanos en salud, 2006 and 2007

1. ANEXO 1: ESPECIFICACIONES DE LAS FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES**Funciones Obstétricas y Neonatales (FON)**

Las FON son actividades relacionadas con la identificación, atención, monitoreo y cuidado de la gestación, alumbramiento y salud del recién nacido, de acuerdo a los niveles de complejidad de los establecimientos de salud y al rol que éstos cumplen en el sistema de salud local. Están tipificados como sigue:

Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP)

Comprenden actividades de control materno, perinatal y natal que deben ser dadas por establecimientos que cuentan con personal técnico de salud y que pueden o no contar con profesionales de salud. Estos establecimientos de salud generalmente brindan 12 horas de atención y eventualmente 24 horas, no tienen sala de partos, laboratorio, área de atención inmediata para el recién nacido ni área de hospitalización. (Son en su mayoría postas de salud)

Esas actividades son:

- Atenciones básicas de control prenatal y natal.
- Alumbramiento inminente y atención básica de recién nacidos vigorosos.
- Identificación y transferencia oportuna de mujeres embarazadas y puerperales y de recién nacidos complicados.
- Emergencias obstétricas y neonatales (DET)²⁰.
- Control natal post parto (Orientación/consejo, provisión de barreras por métodos hormonales, orales o inyectables- las transferencias deberán hacerse por otros métodos)

Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB)

Comprende actividades en las intervenciones maternas y perinatales que deben ser hechas por todos los establecimientos de salud que cuentan con plantel profesional médico; obstetrix y enfermera. Estos establecimientos de salud generalmente brindan 24 horas de atención y tienen una sala de partos, laboratorio, área de atención inmediata para recién nacidos y área de hospitalización: no tienen centro de cirugía (Sobre todo centros de salud)

Esas actividades son:

- Atención focalizada prenatal y control natal.
- Alumbramiento eutócico y atención básica normal o de problemas menores del recién nacido.

²⁰ DET: Diagnóstico – Estabilización - Transferencia.

- Alumbramiento distócico o complicado (IET).
- Recién nacido con complicaciones (IET)
- Retención de placenta no complicada.
- Retención de placenta con complicaciones (IET).
- Hipertensión leve inducida por el embarazo.
- Hipertensión grave inducida por el embarazo (IET).
- Hemorragia leve.
- Hemorragia grave y shock hipovolémico (IET).
- Septicemia materna o neonatal (DET).
- Aborto incompleto (DET)²¹.
- Desgarro vaginal de nivel I y II.
- Desgarro vaginal de nivel III y IV (IET).
- Reparación de desgarro cervical.
- Cirugía obstétrica (IET).
- Control natal post parto/post aborto (orientación/consejo, provisión de barreras por métodos hormonales, orales o inyectables y DIU- las transferencias deberán hacerse por otros métodos.

Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE)

Comprenden las actividades en las intervenciones maternas y perinatales que deben ser hechas en todos los establecimientos de salud que cuenten con un plantel profesional especializado en ginecología-obstetricia; pediatría, cirugía, anestesiología, internos y otros especialistas tales como una enfermería neonatal. Estos establecimientos de salud generalmente brindan 24 horas de atención especializada y tienen sala de partos, laboratorio, área de atención inmediata de recién nacidos, área de hospitalización y pabellón de cirugía (sobre todo hospitales) Esas actividades son:

- Atención focalizada prenatal y control natal.
- Alumbramiento distócico o complicado (DET).
- Recién nacidos con complicaciones.
- Retención complicada de placenta.
- Aborto incompleto.
- Moderada-severa hipertensión inducida por el embarazo y eclampsia.

21 No es DET si el establecimiento FONB cuenta con equipo y personal con competente para realizar la Aspiración Manual Endouterina.

- Hemorragia severa y shock hipovolémico.
- Septicemia materna o neonatal.
- Desgarro vaginal de nivel III y IV.
- Cesáreas
- Laparatomías
- Histerectomía abdominal.
- Cirugía no complicada de patologías neonatales.
- Control natal Post-parto / post aborto (orientación/consejo, provisión de todos los métodos, incluyendo cirugía para control natal voluntario).

Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI)

Comprende actividades de las intervenciones maternas y perinatales que deben ser dadas por todos los establecimientos de salud que cuentan con plantel profesional especializado en Ginecología-obstetricia; pediatría, cirugía, anestesiología, internado, encargados de cuidados intensivos y otras especialidades tales como enfermeras para neonatos. Estos establecimientos de salud brindan una atención especializada las 24 horas y cuentan con sala de partos, laboratorio, área de atención inmediata para los recién nacidos, área de hospitalización, pabellón de cirugía y tienen Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en funcionamiento.

Esas actividades son:

- Atención prenatal refocalizada intensiva (APRI).
- Alumbramientos de mujeres con APRI.
- Recién nacidos con complicaciones que requieren UCI.
- Aborto incompleto con complicaciones.
- Hipertensión inducida por el alumbramiento, síndrome HELLO atendido en UCI.
- Hemorragia grave y shock hipovolémico que requieren UCI.
- Sepsia materna o neonatal que requiera cuidados intensivos.
- Cesárea en mujeres con APRI.
- Laparotomía complicada.
- Histerectomía abdominal complicada.
- Cirugía neonatal complicada que requiere UCI.
- Control de natalidad post-parto / post aborto (orientación/consejo, provisión de todos los métodos, inclusive cirugía voluntaria de control natal de acuerdo a la condición del paciente)

Fuente: MINSA-2007

2. ANEXO 2: BRECHA EN SUMINISTRO E INFRAESTRUCTURA

Con respecto a la infraestructura y el suministro de servicios de salud, el estado peruano tuvo una iniciativa de lanzamiento de un seguro universal, para lo cual preparó un reporte técnico del déficit de suministro de recursos humanos e infraestructura, enfocado en los 880 distritos más pobres del país. Los resultados indicaron que, en lugar de incrementar el número de establecimientos de salud, los ya existentes deberían ser reformados con mejor equipados y categorizados para atender necesidades de mayor complejidad. Existe también un importante déficit en la cadena de frío y en el número de profesionales de la salud en estos distritos. El informe calculó que se necesitaría una inversión de 517.18 millones de nuevos soles en un período de 10 años para cerrar la brecha estimada (ST-CIAS, 2009).

3. ANEXO 3: PRESUPUESTO EN SALUD EN NUEVOS SOLES (2006=100) Y PORCENTAJE PERÚ 2006-2009

	2006 (Monto)	2006 (%)	2007 (Monto)	2007(%)	2008 (Monto)	2008 (%)	2009 (Monto presupuestado)	2009 (%)
Salud	3,977,774,324		4,266,627,328		3,846,609,377		4,515,021,912	
Salud Colectiva	376,779,253		503,199,954		469,536,699		490,056,681	
Centros de Salud/Dispensarios	118,931,107	31.6%	148,221,409	29.5%	135,298,096	28.8%	134,825,129	27.5%
Corriente	118,486,145	99.6%	147,861,609	99.8%	132,457,378	97.9%	132,133,718	98.0%
Salarial	99,143,826	84%	125,930,485	85%	105,085,625	79%	102,182,351	77%
No salarial	19,342,319	16%	21,931,124	15%	27,371,752	21%	29,951,366	23%
Capital	444,962	0.4%	359,800	0.2%	2,840,719	2.1%	2,691,411	2.0%
Domestico	227,789	51%	251,537	70%	2,504,927	88%	2,354,646	87%
RDR	128,673	29%	108,263	30%	335,791	12%	336,765	13%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	88,500	20%	0	0%	0	0%	0	0%
RD	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Hospital	22,512,657	6.0%	25,483,448	5.1%	25,690,347	5.5%	36,941,639	7.5%
Corriente	22,303,317	99%	24,539,502	96%	23,287,446	91%	35,877,881	97%
Salarial	17,195,350	77%	18,949,089	77%	17,625,523	76%	25,559,101	71%
No salarial	5,107,967	23%	5,590,414	23%	5,661,923	24%	10,318,780	29%
Capital	209,339	1%	943,946	4%	2,402,901	9%	1,063,758	3%
Domestico	16,346	8%	807,588	86%	2,379,663	99%	481,856	45%
RDR	54,599	26%	13,744	1%	23,238	1%	581,901	55%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	138,394	66%	122,614	13%	0	0%	0	0%
RD	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

OPDs	118,448,814	31.4%	64,607,248	12.8%	39,636,685	8.4%	52,492,239	10.7%
Corriente	104,727,883	88%	61,355,644	95%	36,917,614	93%	43,514,815	83%
Salarial	78,061,897	75%	39,465,309	64%	18,147,067	49%	15,212,567	35%
No salarial	26,665,986	25%	21,890,335	36%	18,770,547	51%	28,302,248	65%
Capital	13,720,930	12%	3,251,604	5%	2,719,071	7%	8,977,424	17%
Domestico	4,024,458	29%	405,059	12%	341,065	13%	5,538,312	62%
RDR	7,583,847	55%	434,300	13%	1,300,485	48%	3,439,113	38%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	2,112,625	15%	2,412,245	74%	1,077,522	40%	0	0%
RD	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Administración Ministerial	115,676,527	30.7%	257,116,813	51.1%	262,679,581	55.9%	251,829,646	51.4%
Corriente	114,067,393	99%	205,038,635	80%	242,815,101	92%	251,397,300	100%
Salarial	25,184,424	22%	87,554,649	43%	134,693,070	55%	20,465,007	8%
No salarial	88,882,970	78%	117,483,986	57%	108,122,031	45%	230,932,293	92%
Capital	1,609,134	1%	52,078,177	20%	19,864,480	8%	432,346	0%
Domestico	746,802	46%	43,357,621	83%	5,837,612	29%	432,346	100%
RDR	401,982	25%	28,678	0%	215,729	1%	0	0%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	460,350	29%	8,691,878	17%	13,811,139	70%	0	0%
RD	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Gobierno Regional	1,210,149	0.3%	7,771,036	1.5%	6,231,989	1.3%	13,968,028	2.9%
Corriente	116,247	10%	748,918	10%	1,995,758	32%	3,302,712	24%
Salarial	116,247	100%	275,516	37%	455,737	23%	2,050,832	62%
No salarial	0	0%	473,403	63%	1,540,022	77%	1,251,880	38%
Capital	1,093,902	90%	7,022,118	90%	4,236,231	68%	10,665,316	76%
Domestico	476,165	44%	4,106,470	58%	1,971,548	47%	1,478,957	14%
RDR	0	0%	0	0%	0	0%	535,966	5%

Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
RD	617,737	56%	2,915,648	42%	2,264,683	53%	8,650,393	81%
Salud Individual	3,068,720,100		3,236,093,094		2,880,853,578		3,363,501,218	
Centros de Salud/Dispensarios	1,079,258,055	35.2%	1,146,321,202	35.4%	1,005,197,917	34.9%	1,014,618,377	30.2%
Corriente	1,035,129,823	96%	1,047,763,938	91%	966,062,232	96%	977,432,816	96%
Salarial	730,472,549	71%	687,774,743	66%	621,488,780	64%	736,685,043	75%
No salarial	304,657,274	29%	359,989,195	34%	344,573,452	36%	240,747,773	25%
Capital	44,128,232	4%	98,557,264	9%	39,135,686	4%	37,185,561	4%
Domestico	24,842,587	56%	83,994,765	85%	24,026,159	61%	27,507,131	74%
RDR	5,151,496	12%	3,221,156	3%	1,844,147	5%	7,811,483	21%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	14,134,150	32%	11,341,344	12%	11,059,257	28%	0	0%
RD	0	0%	0	0%	2,206,122	6%	1,866,947	5%
Hospital	1,309,351,331	42.7%	1,386,742,938	42.9%	1,292,782,602	44.9%	1,422,916,761	42.3%
Corriente	1,250,265,123	95%	1,303,717,509	94%	1,187,461,850	92%	1,264,400,068	89%
Salarial	872,809,858	70%	877,273,244	67%	788,376,973	66%	850,193,590	67%
No salarial	377,455,265	30%	426,444,265	33%	399,084,877	34%	414,206,478	33%
Capital	59,086,207	5%	83,025,429	6%	105,320,753	8%	158,516,693	11%
Domestico	32,471,335	55%	60,775,236	73%	81,168,857	77%	134,308,904	85%
RDR	16,348,800	28%	15,060,873	18%	10,707,436	10%	24,207,789	15%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	10,266,073	17%	6,202,745	7%	13,444,459	13%	0	0%
RD	0	0%	986,575	1%	0	0%	0	0%
OPDs	290,866,221	9.5%	289,177,052	8.9%	238,502,562	8.3%	367,754,004	10.9%
Corriente	290,827,092	100%	289,177,052	100%	238,502,562	100%	367,307,366	100%
Salarial	20,086,435	7%	2,488,146	1%	732,945	0%	1,517,586	0%

No salarial	270,740,657	93%	286,688,907	99%	237,769,617	100%	365,789,780	100%
Capital	39,129	0%	0	0%	0	0%	446,638	0%
Domestico	39,129	100%	0		0		0	0%
RDR	0	0%	0		0		446,638	100%
Préstamos	0	0%	0		0		0	0%
Donantes	0	0%	0		0		0	0%
RD	0	0%	0		0		0	0%
Administración Ministerial	280,424,655	9.1%	286,820,938	8.9%	118,850,115	4.1%	364,999,995	10.9%
Corriente	228,618,547	82%	207,904,688	72%	74,544,549	63%	238,183,466	65%
Salarial	66,938,526	29%	70,002,315	34%	12,773,510	17%	40,616,845	17%
No salarial	161,680,021	71%	137,902,373	66%	61,771,039	83%	197,566,621	83%
Capital	51,806,108	18%	78,916,250	28%	44,305,565	37%	126,816,529	35%
Domestico	20,958,530	40%	71,253,909	90%	43,853,660	99%	126,816,529	100%
RDR	1,306,359	3%	520,144	1%	0	0%	0	0%
Préstamos	24,039,529	46%	3,685,555	5%	0	0%	0	0%
Donantes	5,501,691	11%	3,456,642	4%	451,905	1%	0	0%
RD	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Gobierno Regional	108,819,838	3.5%	127,030,963	3.9%	225,520,382	7.8%	193,212,081	5.7%
Corriente	17,461,281	16%	1,793,562	1%	2,899,722	1%	7,907,511	4%
Salarial	13,899,247	80%	1,250,115	70%	2,198,509	76%	4,111,023	52%
No salarial	3,562,034	20%	543,447	30%	701,213	24%	3,796,488	48%
Capital	91,358,557	84%	125,237,401	99%	222,620,660	99%	185,304,570	96%
Domestico	23,769,871	26%	92,123,105	74%	124,024,078	56%	103,340,947	56%
RDR	1,500	0%	1,540	0%	0	0%	0	0%
Préstamos	6,969,808	8%	155,610	0%	0	0%	0	0%
Donantes	3,946,015	4%	1,659,808	1%	1,633,955	1%	0	0%
RD	56,671,362	62%	31,297,339	25%	96,962,627	44%	81,963,623	44%

Otros Gastos *	532,274,970		527,334,280		496,219,100		661,464,013	
Centros de Salud/dispensarios	237,113,806	44.5%	237,366,311	45.0%	220,093,958	44.4%	227,280,914	34.4%
Corriente	232,701,539	98%	233,777,827	98%	214,097,051	97%	221,982,303	98%
Salarial	171,819,072	74%	172,968,056	74%	162,413,558	76%	168,215,131	76%
No salarial	60,882,468	26%	60,809,771	26%	51,683,493	24%	53,767,173	24%
Capital	4,412,267	2%	3,588,484	2%	5,996,908	3%	5,298,611	2%
Domestico	2,016,436	46%	1,922,070	54%	2,494,512	42%	1,675,568	32%
RDR	2,370,621	54%	1,574,532	44%	1,629,774	27%	3,623,043	68%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	800	0%	28,839	1%	0	0%	0	0%
RD	24,410	1%	63,043	2%	1,872,622	31%	0	0%
Hospital	199,822,698	37.5%	190,377,287	36.1%	180,975,275	36.5%	179,133,390	27.1%
Corriente	195,883,772	98%	185,700,849	98%	174,858,826	97%	166,611,049	93%
Salarial	150,319,363	77%	143,309,904	77%	135,664,341	78%	129,453,210	78%
No salarial	45,564,409	23%	42,390,945	23%	39,194,484	22%	37,157,839	22%
Capital	3,938,925	2%	4,676,438	2%	6,116,450	3%	12,522,341	7%
Domestico	796,780	20%	2,739,318	59%	4,597,248	75%	8,406,294	67%
RDR	3,142,145	80%	1,580,477	34%	1,272,989	21%	4,116,047	33%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	0	0%	356,644	8%	246,213	4%	0	0%
RD	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
OPDs	15,275,072	2.9%	28,224,788	5.4%	29,043,140	5.9%	43,894,010	6.6%
Corriente	14,626,636	96%	28,023,038	99%	28,173,789	97%	41,779,219	95%
Salarial	8,938,115	61%	21,551,640	77%	20,143,644	71%	26,113,878	63%
No salarial	5,688,521	39%	6,471,398	23%	8,030,145	29%	15,665,341	37%
Capital	648,436	4%	201,749	1%	869,351	3%	2,114,792	5%
Domestico	466	0%	58,740	29%	588,629	68%	1,355,507	64%

RDR	647,970	100%	143,009	71%	280,722	32%	759,285	36%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
RD	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Administración Ministerial	76,519,900	14.4%	71,365,895	13.5%	66,106,726	13.3%	190,523,210	28.8%
Corriente	69,906,209	91%	68,825,361	96%	65,162,018	99%	177,760,412	93%
Salarial	39,099,552	56%	38,836,859	56%	37,928,670	58%	141,193,249	79%
No salarial	30,806,657	44%	29,988,502	44%	27,233,348	42%	36,567,163	21%
Capital	6,613,691	9%	2,540,534	4%	944,708	1%	12,762,798	7%
Domestico	2,681,232	41%	1,659,315	65%	826,141	87%	0	0%
RDR	3,911,148	59%	878,329	35%	118,567	13%	12,762,798	100%
Préstamos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Donantes	21,311	0%	2,890	0%	0	0%	0	0%
RD	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Gobierno Regional	3,543,494	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	20,632,489	3.1%
Corriente	3,514,529	99%	0		0		20,279,261	98%
Salarial	2,460,943	70%	0		0		12,029,612	59%
No salarial	1,053,586	30%	0		0		8,249,649	41%
Capital	28,966	1%	0		0		353,228	2%
Domestico	10,000	35%	0		0		241,382	68%
RDR	18,876	65%	0		0		0	0%
Préstamos	0	0%	0		0		0	0%
Donantes	0	0%	0		0		0	0%
RD	90	0%	0		0		111,846	32%