



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMERICA

Proyecto Políticas en Salud

LA REFORMA DEL FINANCIAMIENTO EN SALUD – VOL. III
**CAMBIOS SISTÉMICOS Y DESEMPEÑO DEL
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN PERÚ: 2010-2013**

2014

CAMBIOS SISTEMICOS Y DESEMPEÑO DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN PERÚ: 2010-2013

1. Antecedentes

La política de financiamiento en salud tiene la tarea de ser instrumental para alcanzar objetivos importantes de la política de salud en el Perú, siendo uno de ellos el del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Dada la magnitud individual de las tres dimensiones más relevantes de dicho aseguramiento - tamaño de población, prestaciones y costos - frente a las restricciones de financiamiento existentes, la Ley de Aseguramiento Universal (Ley N° 29344) del 2009 ha previsto una versión acotada, por la cual “...*toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)*”¹.

Con este acotamiento, de acuerdo al estudio de USAID | Políticas en Salud (2014a), sobre medición del espacio fiscal en salud posible en los próximos años, si bien no se está muy lejos de poder financiar la cobertura que postula la Ley – la brecha sería de 0.6% del PBI², paralelamente es importante hacer una evaluación de la performance del financiamiento global – público y privado – ya existente. Esta evaluación debe considerar indicadores de comparación de niveles, tendencia y composición del financiamiento en salud con otros países, cuanto también de aquellos que describan la situación del desempeño interno, vinculados a los que se consideran los tres objetivos básicos del AUS: equidad en el uso de los servicios de salud, calidad de los servicios y la protección financiera del asegurado.

La medición de estos indicadores, conjuntamente con la actualización de la medición de la capacidad de absorción y efectividad del financiamiento en salud en el Perú de USAID | Políticas en Salud (2014b), permiten consolidar algunas conclusiones sobre aspectos más cualitativos respecto de los cambios sistémicos y las necesidades del financiamiento de la salud en el Perú. Al respecto, el estudio USAID | Políticas en Salud (2011c), que evaluó los cambios en el desempeño del sistema de financiamiento en salud en el Perú entre el 2000 y el 2009, concluía sobre la importancia en lograr más recursos, mejorar la capacidad rectora del Estado respecto del sistema de aseguramiento, la gestión de capacidades y la prestación de los servicios, recomendando acciones específicas; entre ellas:

- Armonización y alineamiento de políticas entre el financiamiento y las otras funciones del sistema (ver Figura 1).
- Articulación entre los agentes del sistema.
- Supervisión del cumplimiento de normas.
- Creación y organización de las principales instituciones.

¹ / Artículo 3 de la Ley N° 29344. El PEAS es el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud que acota el conjunto de enfermedades que quedan cubiertas por el AUS.

² / En este documento se establece que la brecha de financiamiento en salud global es de 2.6% del PBI y la del sub-sector público en salud de 1.1%.

- Rediseño e implementación de procesos claves (e.g. movilización de recursos, mancomunación de fondos y compra estratégica).
- Recursos para los sistemas de soporte (e.g. diseño e implementación de un sistema de información para el financiador público).
- Recursos para la inversión en infraestructura.
- Fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de salud.
- Profundización en la mancomunación de fondos.

Del 2011 a esta parte, es difícil saber cuánto se ha avanzado sobre estas recomendaciones. Solo recientemente (diciembre 2013) el Ejecutivo y el Congreso, bajo los auspicios del Ministerio de Salud (MINSA), promulgaron un conjunto de decretos legislativos y leyes de reforma en el sector salud, que abordan algunos de los temas mencionados, aunque a la fecha solo algunas de estas normas han sido reglamentadas. Incluso, el proyecto de Ley de Presupuesto de la República 2015, a aprobarse en noviembre de este año, considera un aumento del financiamiento del Tesoro al MINSA de 0.4% del PBI - S/. 2,600 millones adicionales-, para financiar principalmente a la reducción de la brecha en infraestructura hospitalaria, el fortalecimiento de los recursos humanos y a la ampliación de cobertura y mejora en la calidad de los servicios.

De un lado, los efectos de las medidas mencionadas no son anticipables en este momento, pero de otro lado, es muy difícil hacer un seguimiento del impacto si los indicadores de desempeño o las mediciones de capacidad de absorción no cuentan con información estadística que pueda capturar diversos aspectos de dichos impactos. Aquí coinciden dos tipos de debilidad institucional: a) falta de planeamiento en integrar una base de información orgánica y sistematizada para mantener actualizados un conjunto de indicadores relevantes para el desempeño y la capacidad de absorción del financiamiento en salud³, y b) falta de una estrategia bien diseñada de cómo abordar los problemas antes listados. En este estudio no se abordan estas debilidades, solamente se evalúa, sobre la base de la actualización de los indicadores medidos el 2011, si el desempeño del financiamiento en salud en el Perú ha mostrado alguna mejora.

Siguiendo una línea similar a la de USAID|Políticas en Salud 2011c, ahora con información estadística previa revisada y también nueva, este trabajo actualiza las estimaciones de impacto del financiamiento de la salud hechas en dicho estudio y, aun cuando ha habido mejoras en los indicadores sanitarios en los últimos años, el Perú se mantiene rezagado respecto a los países latinoamericanos más representativos; asimismo se verifica que ha avanzado poco respecto al impacto del financiamiento en salud sobre la protección financiera, equidad y eficiencia en salud.

La secuencia restante del estudio es la siguiente, en la sección 2 se hace un análisis contextual nacional e internacional de la situación del financiamiento de la salud al 2013;

³ / Por ejemplo, cuando se hizo la medición de la capacidad de absorción del financiamiento en salud y se hizo un índice de restricciones institucionales para usarla en las regresiones de datos de panel como elemento de interacción con el financiamiento en salud, la fuente básica fue la encuesta ENAHO; sin embargo, la mayor parte de componentes del índice eran mediciones indirectas de lo que realmente se quería medir. Finalmente, la inclusión del índice solo fue de relativa significancia en la ecuación de mortalidad infantil, pese que intuitivamente dichas restricciones son importantes en la efectividad del financiamiento y la capacidad de absorción del mismo. Es decir, no es que no sean importantes, sino que no hay indicadores apropiados pero su efecto se refleja finalmente en los límites de efectividad del financiamiento.

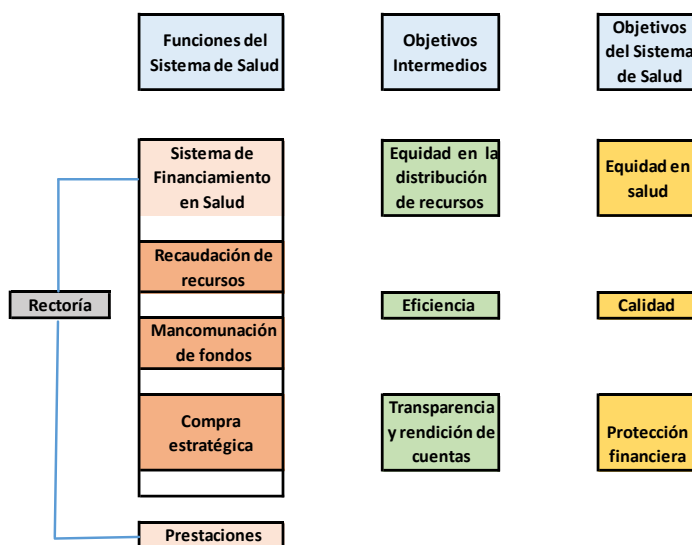
en la sección 3 se presenta la evaluación de desempeño de los indicadores seleccionados, y en la sección 4 se presentan algunas conclusiones.

2. Contexto general de la política de financiamiento en salud

Como se sabe, el sistema de financiamiento en salud incluye tres funciones básicas que son las de recaudación de recursos, mancomunación de fondos y compra estratégica de servicios de salud (ver Figura 1), cuyos objetivos finales son que la población los reciba con equidad (ausencia de brecha entre el acceso deseado a servicios y el efectivo), calidad y adecuada protección financiera (probabilidad mínima de gastos catastróficos por gastos en salud). De ahí que, es necesario un análisis que tome en cuenta el contexto de éstas últimas variables, además del nivel de gastos de salud público y privado para determinar si un mayor espacio fiscal es necesario (Tandon y Cashin, 2010).

De acuerdo a este esquema, una primera evaluación de desempeño del financiamiento de la salud en el Perú es aquella que lo compara con países de Latinoamérica, para luego hacer una evaluación del financiamiento de salud en el Perú y luego ir sobre indicadores internos de equidad⁴.

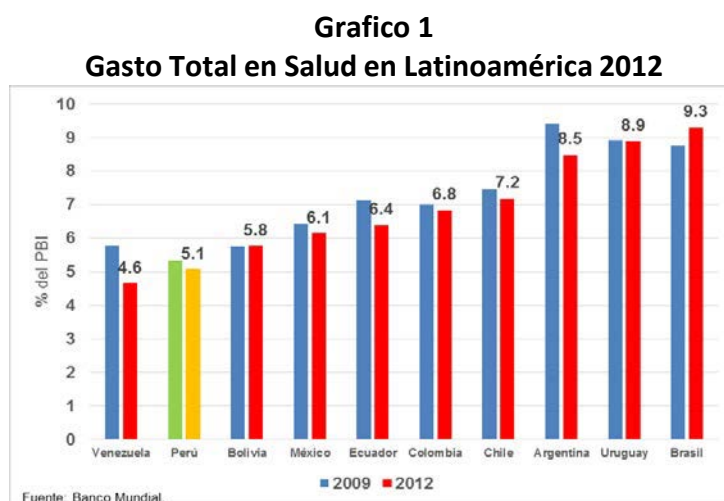
Figura 1
Funciones del Financiamiento y Objetivos del Sistema de Salud



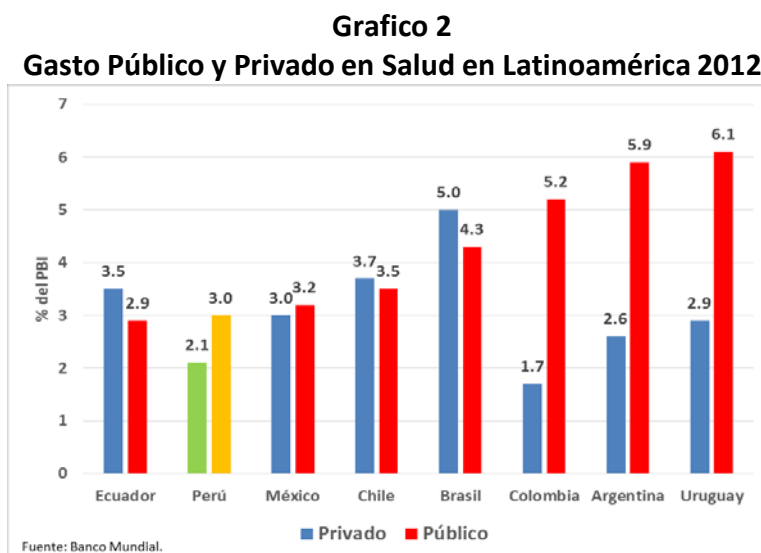
⁴ / No se evalúa en este estudio la comparación de resultados sanitarios específicos como esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil por cada mil niños nacidos vivos o y desnutrición crónica en niños menores de cinco años porque dicha evaluación se hizo en USAID|Políticas de Salud (2014b), quedado claro que el Perú se ha rezagado respecto de los principales países del área Latinoamericana.

2.1 Evaluación de Desempeño dentro del contexto Latinoamericano

En este marco, al 2012 el gasto total en salud con respecto al PBI en el Perú, pese a su crecimiento económico en los últimos años, se mantuvo entre los más bajos (5.1%), solo por delante de Venezuela (4.6%) y muy por debajo de Brasil (9.3%), Uruguay (8.9%), Argentina (8.5%) y Chile (7.2%). De acuerdo al Gráfico 1, incluso el peso relativo el 2012 fue menor al 5.5% del 2009.



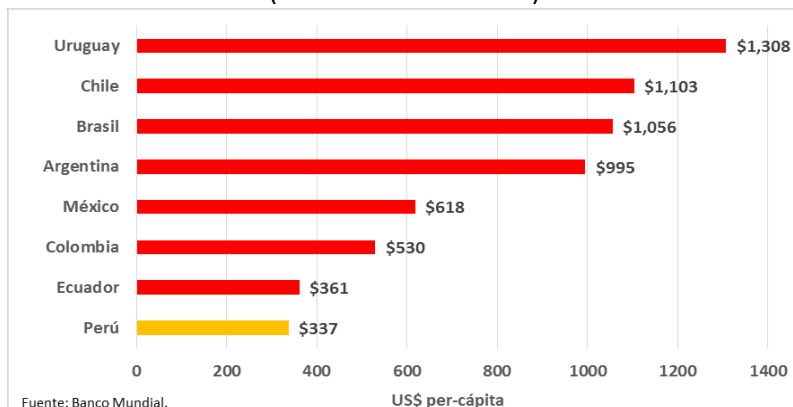
Si descomponemos este gasto entre gasto público y privado (ver Gráfico 2), el 2012 el Perú tuvo un gasto público en salud de 3%, debajo del resto de países (siendo la mitad de lo que gasta Argentina y Uruguay) y solo antes de Ecuador. En cuanto al gasto privado, también es de los más bajos (2.1%), siendo los más altos los de Brasil (5%), Chile (3.7%) y Ecuador (3.5%).



Visto el desempeño desde la perspectiva del gasto total per-cápita en salud, si bien la tendencia de aumento es más clara, elevándose de US\$ 111 (a valores corrientes) el 2004 a US\$ 337 el 2012, también bajo esta perspectiva el Perú está por debajo de los 7 países

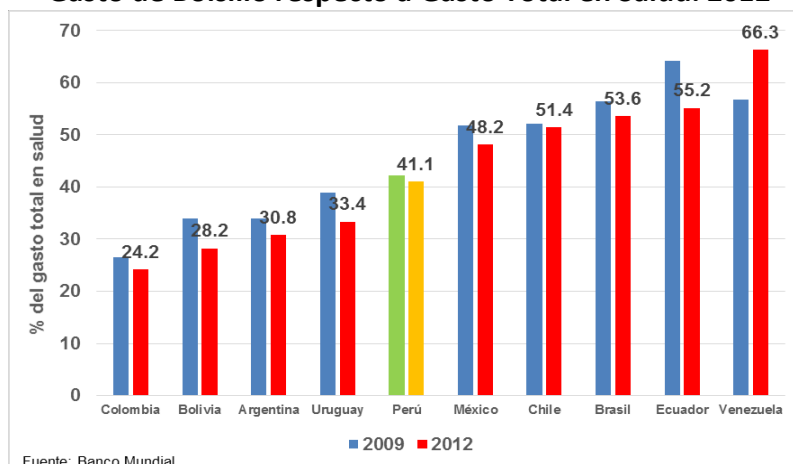
de comparación, muy por debajo de Uruguay, Chile, Brasil y Argentina, que están en un rango de US\$ 995 y US\$ 1,308 (ver Gráfico 3).

Gráfico 3
Gasto en Salud per-cápita en Países Latinoamericanos: 2012
 (US dólares corrientes)



Considerando la composición del gasto total en salud, los ítems más relevantes son el gasto público, el gasto de bolsillo de la población y el aporte de seguridad social que hacen los empleadores (como porcentaje de las remuneraciones de los trabajadores formales). Con relación a la participación del gasto de bolsillo respecto al gasto total en salud, el coeficiente del Perú mostró el 2012 un valor intermedio (41.1%) entre el de mejor desempeño (Colombia, 24.2%) y el peor (Venezuela, 66.3%); así, pese a mostrar cierta mejora desde el 2009, está a 17 puntos de Colombia (ver Gráfico 4).

Gráfico 4
Gasto de Bolsillo respecto a Gasto Total en Salud: 2012

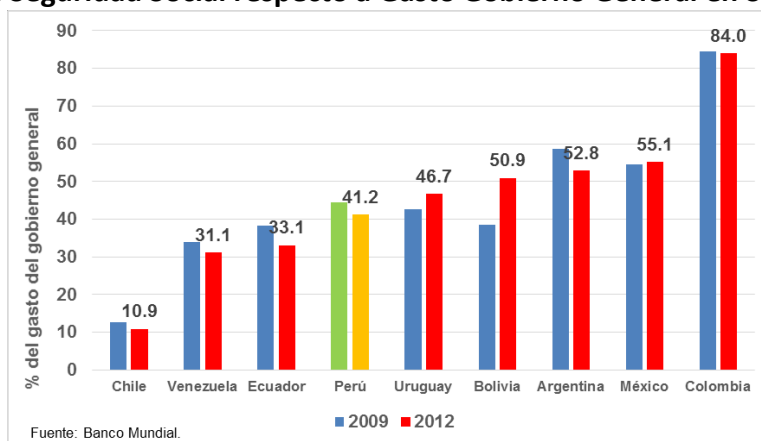


Debe notarse que del conjunto de países mostrados, la reducción del coeficiente de gasto de bolsillo de Perú fue la menor (2.1 puntos) - excepto el caso de Chile (0.7 puntos) -, mientras que la del resto de países estuvo en un rango de 2.4 puntos (Colombia) y 9.0 puntos (Ecuador). La dificultad del Perú en lograr un mejor desempeño de este indicador

refleja a su vez las dificultades del gasto público y la seguridad social en cumplir en contribuir al cumplimiento de los objetivos del sistema de financiamiento de la salud, llevando a que el gasto de bolsillo tenga un peso alto dentro del gasto total en salud.

Finalmente, si comparamos la magnitud del fondo de seguridad social respecto al gasto general en salud de los mismos países latinoamericanos, aquí también el Perú está en una posición intermedia (ver Gráfico 5). Su coeficiente el 2012 fue del 41.2% - menor en 3.3 puntos al del 2009 -, donde el más bajo es Chile (10.9%) y el más alto Colombia (84%). Al respecto, un coeficiente alto de fondo de seguridad social significaría que este **tendría** la robustez para contribuir de manera importante en el cumplimiento de los objetivos del financiamiento público y permitir que el gasto de bolsillo pudiera reducirse; sin embargo, en el caso del Perú los datos no permiten concluir esto.

Gráfico 5
Fondo de Seguridad Social respecto a Gasto Gobierno General en Salud: 2012



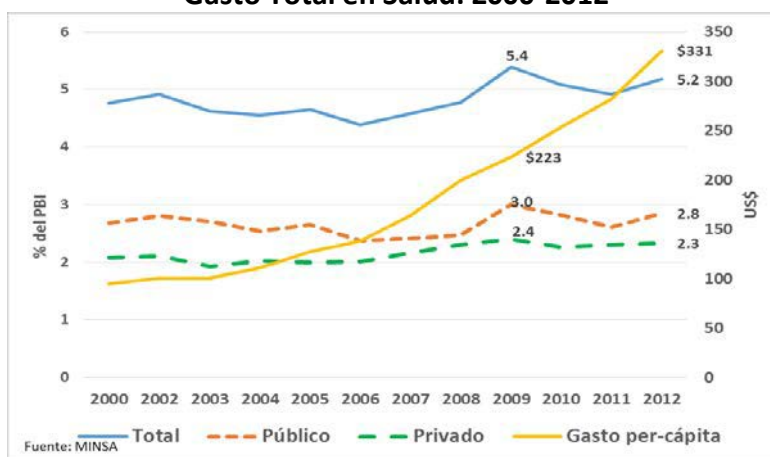
En resumen, la comparación con los países Latinoamericanos estaría diciendo que el Perú no se encuentra entre los de mejor desempeño en cuanto a gasto en salud, cualquiera que sea la métrica, siendo las mejoras logradas solo marginales.

2.2 Evaluación de Desempeño dentro del contexto interno

En el ámbito interno, los esfuerzos más importantes en políticas de salud orientados a mejorar la calidad y cobertura de las prestaciones para la población y las condiciones de equidad y protección financiera, han sido en el 2006 la ampliación del mandato del Seguro Integral de Salud (SIS) - que incluyó a la población pobre sin seguro de salud-, y en el 2009 la creación del régimen acotado de Aseguramiento Universal de Salud (AUS). Sin embargo, esta ampliación de cobertura de asegurados - que implica una ampliación de demanda - mantiene aún una brecha importante respecto con la oferta de servicios. En este contexto, parte del rol del financiamiento de la salud es el de cerrar esa brecha y con una calidad adecuada. Al respecto, en esta sección se hace una evaluación del comportamiento en el tiempo del gasto total en salud y sus componentes, dejándose para la siguiente sección la evaluación de indicadores de desempeño particulares a los objetivos de equidad, protección financiera, eficiencia, entre otros.

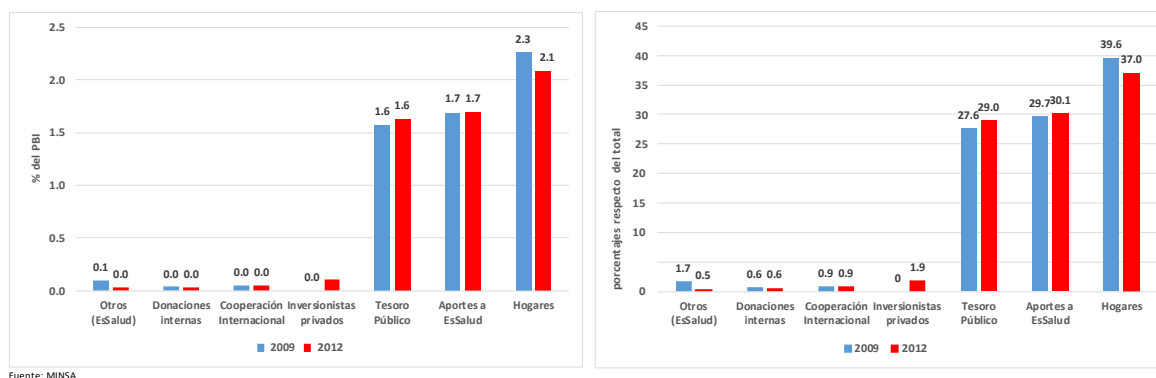
Entre los años 2000 y 2012 el gasto total en salud con respecto al PBI ha tenido un comportamiento relativamente estable. De un coeficiente de 4.8% el 2000, llegó a alcanzar un 5.4% el 2009 y desde entonces fue descendiendo hasta llegar a 5.2% el 2012. En todo el periodo el gasto público ha sido mayor que el privado en menos de un punto, habiendo mostrado también una ligera mayor variabilidad (ver Gráfico 6).

Gráfico 6
Gasto Total en Salud: 2000-2012



Sin embargo, en términos per cápita en US\$, la tendencia es creciente, elevándose de US\$ 223 el 2009 a US\$ 331 el 2012, 48% en 3 años⁵.

Gráfico 7
Participación en PBI y Estructura de Fuentes de Financiamiento 2009 vs. 2012



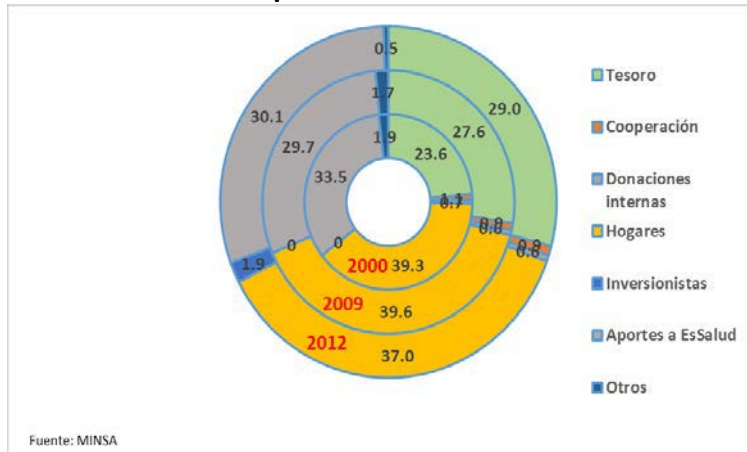
Si de otra parte observamos la participación de las fuentes de financiamiento de la salud respecto al PBI y su distribución de frecuencias, en ambos casos hay un predominio de los gastos de bolsillo. En el primer caso, la participación se ha reducido de 2.3% el 2009 a

⁵ / Los datos para Perú difieren algo según la fuente Banco Mundial y MINSA, tanto en los coeficientes de gasto en salud y el gasto total per cápita en US\$, sin embargo se han usado ambas fuentes por un tema de consistencia de comparaciones, tanto en el ámbito latinoamericano como interno.

2.1% el 2012 mientras que en el segundo su peso respecto al total de financiamiento ha bajado de 39.6% el 2009 a 37.0% el 2012 según el MINSA (ver Gráfico 7)⁶.

A los gastos de bolsillo le siguen en orden de importancia, en ambas variables, los aportes de seguridad social y los recursos de Tesoro Público, mientras que el resto de fuentes tienen contribuciones no significativas (ver Gráfico 8).

Gráfico 8
Estructura de Participación de Fuentes de Financiamiento



Del lado positivo, toda esta información del sistema de financiamiento interno de la salud revela un crecimiento real del financiamiento per-cápita y alguna disminución del gasto de bolsillo. Sin embargo, esta información también muestra que en los últimos años no ha habido una modificación sustantiva de las participaciones de las fuentes de financiamiento, tanto respecto a participaciones del PBI, sea a nivel de componentes privado y público, cuanto respecto al total de los recursos; en particular, aquellos del Tesoro y los aportes a la seguridad social se han mantenido casi invariantes. Resta por ver si, a nivel de objetivos finales e intermedios de dicho financiamiento, han ocurrido o no mejoras entre el 2009 y 2012, lo cual es evaluado en la siguiente sección.

Es importante mencionar que la participación en el total de gastos de bolsillo de 37%, se mantiene alto con relación al 20% que algunos estudios señalan como una magnitud más justa, siendo el exceso un indicador de las fallas del financiamiento público en mejorar las condiciones de acceso de la población pobre a los servicios de salud, suscitando dudas sobre el beneficio marginal de un mayor espacio fiscal; es decir, el relativamente alto gasto de bolsillo estaría asociado a la necesidad del público de subsanar las deficiencias en abastecimiento de medicinas, demoras en atención de citas o mal servicio en general, lo cual podría estar más en conexión con una mala gestión de recursos en el sector salud y no solo con una mera falta de presupuesto.

⁶ / Ver en Anexo 1 la serie histórica 2000-2012.

3. Análisis de desempeño de indicadores en salud

En USAID|Políticas en Salud (2011c) se hizo una medición de un número de indicadores de desempeño del sistema de financiamiento, básicamente comparando resultados de los años 2000, 2005 y 2009. En un contexto en que ha sido los esquemas del SIS y el AUS adolecen de persistentes problemas financieros, institucionales, de recursos humanos, infraestructura, equipamiento, desarticulación entre entidades, claridad de competencias nacionales y dinámica regional (Banco Mundial, 2012), OMS-Essalud (2012), Franke (2013) o Seinfeld et, al. (2013), es relevante actualizar esas mediciones con la información disponible más reciente, a fin de evaluar si se han dado mejoras en el desempeño de indicadores de salud relativos a objetivos finales e intermedios de la Figura 1. Los indicadores a actualizar son los de la Tabla 1.

Tabla 1
Resumen de Indicadores de Desempeño

Dimensión		Indicadores
3.1	Movilización de Recursos	3.1.1 Apropriación de Espacio Fiscal
		3.1.2 Nivel de Recursos Mancomunados
3.2	Protección Financiera	3.2.1 Cobertura efectiva de los Afiliados al SIS
		3.2.2 Cobertura financiera de la Población Pobre
		3.2.3 Exposición a Gastos Catastróficos en Salud
3.3	Equidad en Distribución	3.3.1 Índice de Progresividad en la Asignación de Recursos
3.4	Equidad en el uso de los servicios de salud	3.4.1 Tasa de uso de servicios por Grupos Socio-Económicos
		3.4.2 Tasa de utilización según necesidades de atención
3.5	Eficiencia en el uso de Recursos	3.5.1 Efectividad del Financiamiento

3.1. Cambios en la Movilización de recursos

Apropiación del espacio fiscal y cambios en la magnitud de recursos mancomunados son dos indicadores de desempeño cuya variación en el tiempo miden la capacidad del sector de generar recursos de financiamiento para el sector salud. Mientras que el primero es puramente fiscal, el segundo considera no solo los fondos públicos del Sistema Nacional de Salud (MINSa), seguridad social (EsSalud), fondos privados, gastos de bolsillo, etc.

3.1.1 Apropiación de Espacio Fiscal

Siguiendo a USAID|Políticas en Salud (2011c), la apropiabilidad del espacio fiscal es definida como el cociente (CA) entre el espacio fiscal en salud en un periodo dado ($\sum EF^S_i$) y el espacio fiscal global del presupuesto del sector público en el mismo periodo ($\sum EF^{SP}_i$):

$$CA = \sum_{i=1}^n \frac{EF_i^S}{EF_i^{SP}}$$

Es decir, que porcentaje acumulado del mayor presupuesto fiscal generado en un periodo dado es canalizado al sector salud, como resultado de las negociaciones entre el sector salud y el Ministerio de Economía y Finanzas y vinculado a las diversas fuentes de las que dicho espacio pueda generarse (i.e. mayores recursos por crecimiento económico, reasignación de recursos, mejoras en la administración tributaria, entre otros).

Así, a través del tiempo, el porcentaje de apropiación del espacio fiscal por el sector salud en el presupuesto de la república ha estado en un promedio relativamente estable (ver Tabla 2). En particular, si comparamos el último periodo del que se disponen datos (2010-2012) con el de la medición previa (2005-2009), el coeficiente se elevó en 0.7 puntos (de 15,6% a **(desde)** 14.9%). Sin embargo, en términos de cobertura de la brecha de financiamiento del sector salud o del sub-sector público de salud, los aumentos de espacio fiscal en salud han cubierto solo parcialmente dicha brecha; en particular, la cobertura ha descendido de 36.9% en el periodo 2005-2009 a 21.8% entre el 2010 y 2012 (caída de 15.1 puntos)⁷.

Tabla 2
Coeficiente de Apropiabilidad del Espacio Fiscal

Indicador	2000-2004	2005-2009	2010-2012	cambio
1. Coeficiente de Apropiación	15.6%	14.9%	15.6%	0.7pp
2. Coeficiente de cobertura de brecha del sub-sector público (% del PBI)	23.3%	36.9%	21.8%	-15.1pp

Fuente: Banco Mundial, MINSA y BCRP
Elaboración: propia.

Yendo sobre información más reciente, el documento Espacio Fiscal en Salud 2015-2017 (octubre 2014) calcula una magnitud de dicho espacio entre 0,44% y 0,52% del PBI (S/. 3,0 mil millones a S/. 3,6 mil millones), resultante de la obtención de recursos fiscales provenientes de tres fuentes: a) la mayor recaudación tributaria por mejores condiciones macroeconómicas; b) la captación de recaudación de parte del impuesto a la renta a las ganancias de capital generadas por la venta de las acciones de empresas constituidas en el Perú por parte de accionistas que no están domiciliados en el país y de la eliminación de ciertos gastos tributarios, y c) ingresos tributarios provenientes de las mejoras de eficiencia en la recaudación.

Bajo la situación ideal de que efectivamente se dé una magnitud de espacio fiscal en salud en ese rango, es pertinente contrastarlo con las brechas sanitarias relevantes: la del sector salud, la del sub-sector público de salud y la del aseguramiento universal (AUS). Así, respecto al promedio latinoamericano de gasto público y privado en salud de 7.7% del PBI para el 2012, la brecha sería de 2.6 puntos; si es respecto del gasto promedio

⁷ / Ver Anexo 2 donde se muestran las brechas del sector salud y el sub-sector público en salud, con respecto a los coeficientes respectivos del promedio de países Latinoamericanos y el Caribe (LAC).

latinoamericano en salud del sector público de 4% del PBI en dicho año, la brecha es de 1 punto; y si es respecto del logro de cobertura del aseguramiento universal (1.1% del PBI), la brecha es de 0.6 puntos (ver Tabla 3).

Tabla 3
Cobertura de brechas financieras en salud

	Brechas		Cobertura de Brechas	
	% del PBI	mill. S/.	0.44%	0.52%
1. Total	2.6%	13,208	23%	27%
2. Sector Público	1.0%	5,080	59%	70%
3. AUS	0.6%	2,974	102%	120%

Fuente: USAID|Políticas de Salud (2014a).
Elaboración: propia.

Nótese de la tabla que el alcance de los límites inferior o superior del eventual espacio fiscal permitirían cubrir entre el 23% y 27% de la brecha global; entre 59% y 70% de la brecha del sector público – salto considerable respecto del 21.8% de la tabla 2 -, y excedería entre 2% y 20% la cobertura de la brecha del aseguramiento universal.

En términos del coeficiente de apropiación de espacio fiscal, el rango de mayor espacio en salud entre 0.44% y 0.52% del PBI, permitiría un CA para el periodo 2015-2017 entre 8% y 10% del espacio fiscal global que figura en el Marco Macroeconómico Multianual 2015-2017 de agosto reciente (ver Tabla 4).

Tabla 4
Coeficiente de Apropiabilidad del Espacio Fiscal

	0.44%	0.52%
1. Espacio Fiscal en Salud	S/. 3,022	S/. 3,562
2. Espacio Fiscal Total	S/. 36,749	S/. 36,749
3. Coeficiente de Apropiación	8%	10%

Fuente: USAID|Políticas de Salud (1914a) y MMM 2015-2017-MEF.
Elaboración: propia.

En la realidad, suele ser difícil políticamente que todo el espacio fiscal potencial que podría destinarse a salud se concrete, sea por razones de dificultades políticas en la distribución del espacio fiscal global entre sectores del Estado, así como de la concreción de algunos de sus componentes, como por ejemplo el que se eliminen los gastos tributarios. Sin embargo, el Proyecto de Presupuesto Público para el Año 2015 remitido al Congreso, contempla una elevación del gasto público en salud en 0,4 puntos del PBI para el 2015 (S/. 2,600 millones), de manera consistente con las reglas fiscales vigentes, que ahora incluyen resultados fiscales estructurales. De confirmarse este monto, al menos en teoría permitiría cerrar 40% de la brecha de salud del sector público o dejaría una brecha de AUS de 0.2% del PBI. Posiblemente, este espacio fiscal para el sector salud está más asociado al efecto de crecimiento económico o eficiencias en recaudación que a cualquier reasignación de recursos. Si como se señala en el sustento del proyecto de Ley,

los recursos se dirigirán principalmente a la reducción de la brecha en infraestructura hospitalaria, el fortalecimiento de los recursos humanos y a la ampliación de cobertura y mejora en la calidad de los servicios, entonces es posible que sirva al cierre de parte significativa de cualquiera de las brechas.

Sin embargo, aun concretándose esta previsión presupuestal, está por verse si la reducción de dichas brechas guardará relación directa con el alivio de las restricciones institucionales y el problema de “insumos faltantes” que limitan tanto la capacidad de absorción del financiamiento público así como la efectividad de dicho financiamiento.

3.1.2 Cambios en magnitud de Recursos Mancomunados

Los recursos mancomunados se constituyen por todas las fuentes de financiamiento de gastos en salud en el país. Viendo la Tabla 5, en términos de disponibilidad de recursos, se aprecia una recuperación reciente en este financiamiento, subiendo el promedio de 5.1% del PBI entre el 2005 y 2009 a 5.5% en el periodo 2010-2012. Asimismo, el gasto per-cápita real se ha venido elevando y, en la comparación de los periodos mencionados, dicho gasto ha crecido 34%.

Tabla 5
Cambios en el Desempeño de Movilización de Recursos

Indicador de Desempeño	2000-2004	2005-2009	2010-2012	cambio
Disponibilidad de recursos				
1. Total de Financiamiento de Salud				
- % del PBI	5.3	5.1	5.5	0.4pp
- Per-cápita (S/. de 1995)	277	358	480	34%
Suficiencia de recursos				
2. Variación del Financiamiento como % de la brecha de Financiamiento				
- Sector Salud	-.-	-8%	16%	
- Sub-sector público	-.-	-11%	15%	

Fuente: Banco Mundial y MINSAs.
Elaboración: propia

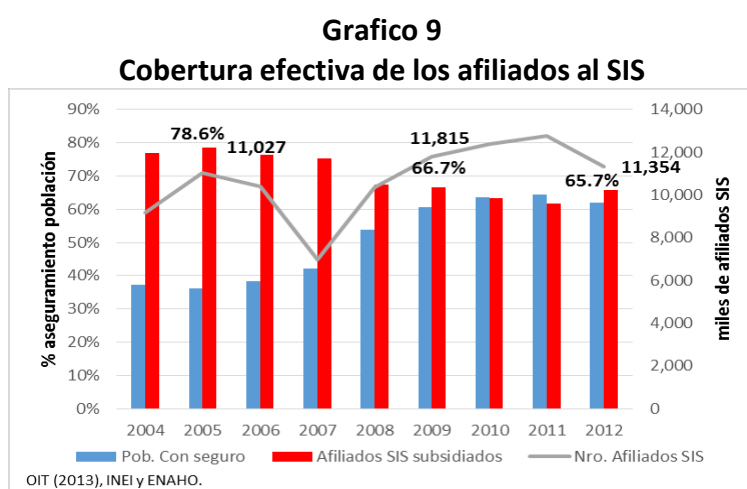
No obstante, desde la perspectiva de la suficiencia de recursos, luego de haber caído el financiamiento en el periodo 2005-2009 desde el promedio 2000-2004 como porcentaje del PBI, y por ende también en cobertura de la brecha de financiamiento - -8% en el sector salud y -11% en el sub-sector público de salud (ver Tabla 5) -, estos valores se han recuperado entre el 2010 y 2012 en 16% y 15%, respectivamente.

3.2 Protección Financiera

La capacidad de protección financiera de un sistema de salud está ligado a evitar que la población se empobrezca o cada vez lo se más al destinar una porción importante de su ingreso o riqueza a financiar gastos de salud familiar. Aquí se evalúa el grado de protección financiera en función de tres indicadores: la cobertura efectiva de los afiliados al SIS, la cobertura financiera de la población pobre y la exposición a gastos catastróficos.

3.2.1 Cobertura efectiva de los afiliados al SIS

Este indicador se refiere al porcentaje de afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) que han utilizado los servicios de salud y cuyo gasto de atención ha sido subsidiado, con relación al total que se han atendido por el SIS. Como muestran el Gráfico 9 y la Tabla 6, hasta el 2007 el indicador anduvo por encima del 70%, cayendo el 2008 a 65.3%, año desde el cual tiende a decrecer, situándose en 65.7% el 2012. Esta tendencia contrasta con el crecimiento en los últimos años del número de afiliados al SIS y en general con el del porcentaje de la población que tiene algún tipo de seguro de salud. Este desarrollo estaría reflejando el problema de que el SIS ha mantenido un presupuesto bajo, sin mejora importante del modo en que se diseña el financiamiento público del programa (Franke 2012).



Notar que en la Tabla 6 se consignan cifras para el año 2013, para el número de afiliados SIS y el porcentaje de los que han sido subsidiados, elevándose en 16% los primeros y solo en 1 punto porcentual los afiliados que han sido subsidiados.

Tabla 6
Cambios en la Cobertura poblacional

	2005	2009	2013*	Cambio 13/09
1. % de población asegurada	36%	61%	62%	1pp
2. Número de afiliados SIS	11,027	11,815	13,725	16%
3. % afiliados SIS subsidiados	79%	67%	68%	1pp

* Para el caso de % de población asegurada corresponde al 2012
Fuente: 1. OIT 2013 y INEI; 2. OIT 2013 y SUSALUD; 3. ENAHO.
Elaboración: propia.

3.2.2 Protección financiera de la población pobre

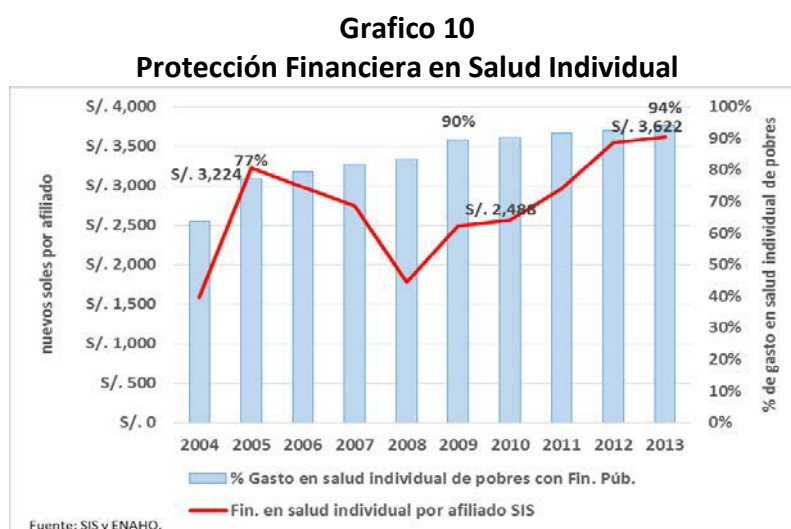
En USAID|Políticas en Salud (2011c), se propuso los siguientes 3 indicadores de protección financiera de los pobres: a) el porcentaje de gasto en salud individual de los pobres, cubierta con financiamiento público y b) el financiamiento en salud individual por afiliado SIS que utiliza los servicios de salud. En lo que sigue, se actualizan las mediciones de estos tres indicadores.

a. Porcentaje de gasto en salud individual de los pobres cubierta con financiamiento público

Este indicador fue definido como el coeficiente entre el monto total de recursos públicos ordinarios y destinados que son canalizados para el financiamiento público de las actividades de salud individual (F^{SI}_T) y la suma de F^{SI}_T con el total de gasto de bolsillo en salud de los hogares pobres (GB^{SI}_T):

$$I_1 = F^{SI}_T / (F^{SI}_T + GB^{SI}_T)$$

En la medida que éste indicador suba, mejorará la protección financiera de los pobres. Considerando este criterio, el Gráfico 10 muestra que en el periodo 2004-2013 el indicador ha crecido continuamente, desde un 64% el 2004 a 94% el 2013.



Consistente con lo anterior, en términos del cambio marginal entre el 2009 y 2013 la Tabla 7 muestra que el porcentaje del financiamiento público total en salud individual de los pobres cubierta con financiamiento público subió 4 puntos entre esos años y 13 puntos entre el 2005 y el 2009.

Tabla 7
Indicadores de Protección Financiera de los Pobres

Indicador de Desempeño	2005	2009	2013	Cambio 13/09
% de gasto total en salud individual de los pobres cubierta con financiamiento público	77%	90%	94%	4pp
Financiamiento en salud individual por afiliado SIS que utiliza los servicios de salud	S/. 3,224	S/. 2,488	S/. 3,622	46%

Fuente: SIS y ENAHO.

Elaboración: propia.

b. Financiamiento en salud individual por afiliado SIS que utiliza los servicios de salud

Este indicador es definido como el cociente entre financiamiento de las actividades de salud individual (F^{SI}_T) y el total de afiliados al SIS que utilizan los servicios públicos de salud (A^{SIS}_T). Si el indicador sube implica que el monto per-cápita en nuevos soles por afiliado SIS que usa los servicios de salud en un periodo determinado,

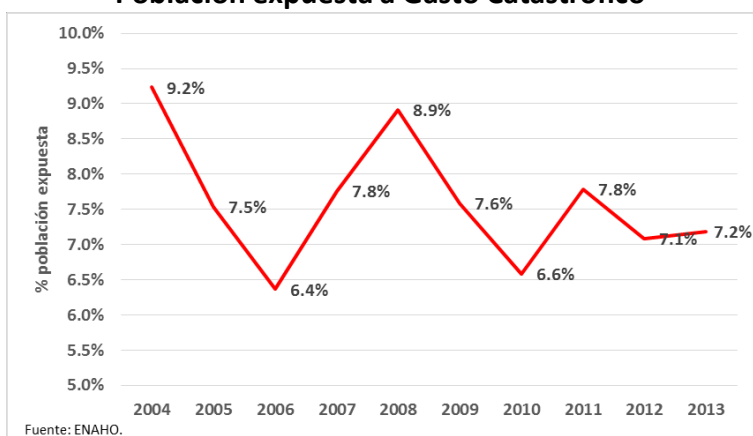
$$I_2 = F^{SI}_T / A^{SIS}_T$$

De acuerdo a datos de la ENAHO, luego de un punto bajo el 2008, este indicador ha crecido continuamente hasta el 2003, en particular de S/. 2,488 el 2009 a S/.3,612 el 2013 (46%). Pese a estas mejoras, el problema subsistente está más relacionado con la calidad y oportunidad de la prestación de los servicios de salud, más que con el financiamiento de ésta.

3.2.3 Exposición a gastos catastróficos en salud

En este estudio, y siguiendo a aquel de USAID|Políticas en Salud (2011c), la exposición a gastos catastróficos está medida por el producto del porcentaje de población que destina más del 10% de su gasto familiar en salud (incidencia) y el exceso medio sobre ese 10%, como porcentaje del gasto (intensidad). El Gráfico 11 muestra que en el lapso 2004-2013, este indicador ha ido descendiendo desde 9.2% en el 2004 a 7.2% el 2013 con cierta volatilidad, sobre todo asociada al exceso medio de 10% sobre el gasto.

Grafico 11
Población expuesta a Gasto Catastrófico



La comparación de medición de la exposición a gasto catastrófico de la población entre el 2009 y el 2013 señala una mejoría de solo 1 punto de reducción. En particular, esta mejora estuvo asociada a la disminución de 17% a 16% en el porcentaje de hogares con gasto en salud mayor a 10%, mientras que el porcentaje de exceso medio respecto del 10% ha estado básicamente invariante.

Tabla 8
Cambios en la exposición a Gasto Catastrófico

Indicador de Desempeño	2005	2009	2013	Cambio 13/09
Población expuesta a Gasto Catastrófico	8%	8%	7%	-1pp
- % de hogares con gasto en salud > a 10%	16%	17%	16%	-1pp
- % de exceso medio	46%	44%	44%	0pp

Fuente: ENAHO.
Elaboración: propia.

Si consideramos que a medida que el umbral sube, menor porcentaje de población estaría sujeta a gasto catastrófico, los cálculos de este estudio serían consistentes con los de otros hechos para muestras de países. Por ejemplo, Naciones Unidas (2008) estima que para un umbral entre 20% y 30% de “cota de capacidad de pago”, el porcentaje de población peruana sujeta a este riesgo sería de 2.4%, mientras que Wagstaff (2008) para un umbral de 40% calcula una magnitud algo mayor a 3%. Sin embargo, hay que tener cierta cautela en las comparaciones de cálculos porque, por ejemplo, en el caso de Wagstaff, la variable de ingreso es neta de gasto de alimentos - Naciones Unidas (2008) no dice nada al respecto.

3.3 Equidad en la Distribución

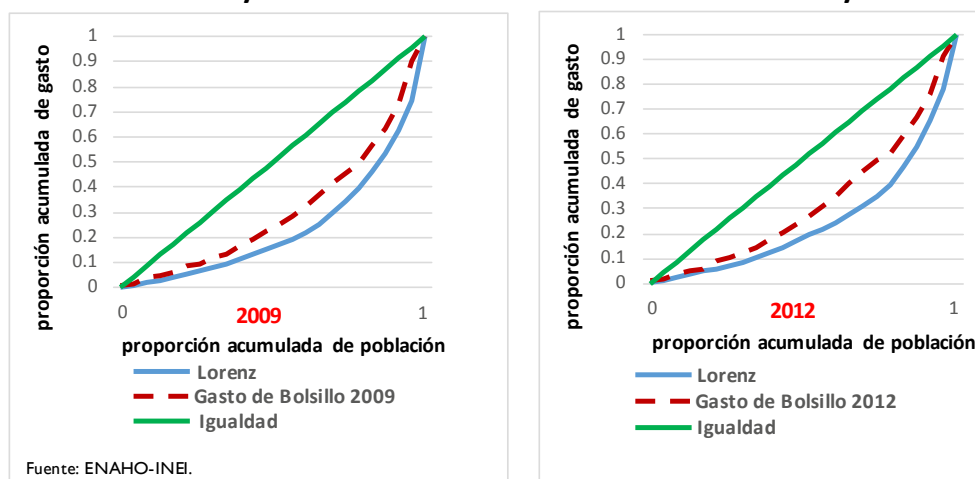
Desde el punto de vista de equidad, es importante saber si variables de salud, sea gasto de bolsillo en salud, gastos en vacunas, primas de seguros privados, contribuciones a la seguridad social, entre otros, son con respecto a una variable de capacidad de pago o medida de nivel de vida, progresivos o regresivos. Esto es si la proporción de pago de la variable de salud en cuestión crece proporcionalmente con la variable de capacidad de pago (pago progresivo), o los pagos son una proporción decreciente de la capacidad de pago (pago regresivo).

Para O'Donell et. al. (2008) la "...identificación de la naturaleza empírica de la relación y cuantificación del grado de cualquier progresividad o regresividad es de interés, no solamente desde un amplio rango de perspectivas de equidad, sino también para el análisis macroeconómico y político del sistema del cuidado de la salud."⁸ Así, por poner un ejemplo, un gasto de bolsillo regresivo es inequitativo y podría generar iniciativas de política social que comprometan gestiones de mayor espacio fiscal y ulteriormente gasto público adicional, que podrían o no comprometer la sostenibilidad de las cuentas fiscales.

Para medir el grado de progresividad se usa el índice de progresividad de Kakwani, cuyo valor está entre -2 y 1. Los valores negativos indican regresividad, los positivos progresividad y el valor de cero proporcionalidad. Para la medición de este estudio se han utilizado los gastos de bolsillo en salud reales per-cápita de las 25 regiones de los años 2009 y 2012 y como variable de capacidad de pago el PBI real per-cápita de los mismos años.

Visualmente, viendo el Gráfico 12, el índice de Kakwani es dos veces el área entre la curva de concentración de gasto de bolsillo (roja punteada en 2009 y 2012) y la curva de Lorenz (celeste continua).

Gráfico 12
Curvas de Lorenz y de Concentración de Gasto de Bolsillo 2009 y 2012



En ambos casos la curva de concentración de gastos de bolsillo queda entre la línea recta de igualdad y la curva de Lorenz, el cual es un indicador de regresividad. Sin embargo, para medir los cambios del grado de regresividad de los gastos de bolsillo necesitamos las magnitudes del índice de Kakwani para los años 2009 y 2012, los cuales figuran en la Tabla 9.

Tabla 9
Desempeño del Índice de Progresividad de Gasto de Bolsillo

	2009	2012	cambio
Índice de Progresividad (Kakwani)			
Gasto de bolsillo	-0.1622	-0.1665	-0.004pp

Fuente: ENAHO y INEI.

Elaboración: propia

⁸ / O'Donell et. al. (2008), página 187.

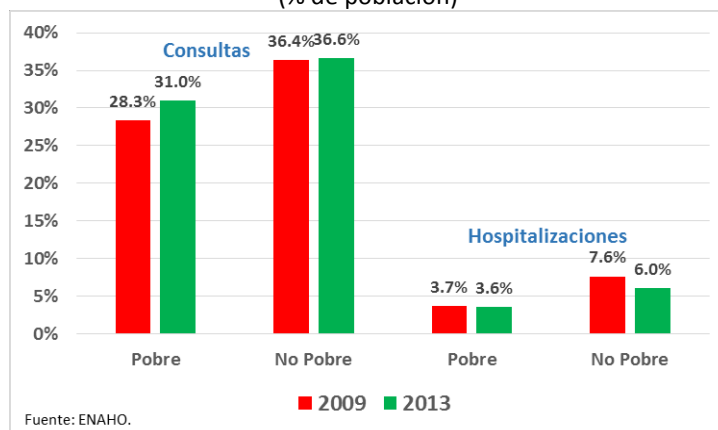
Como se observa, el índice señala que la regresividad ha aumentado ligeramente (0.004 puntos), al pasar éste de -0.1622 a -0.1665⁹.

3.4 Equidad en el uso de los Servicios de Salud

3.4.1 Tasa de uso de servicios de salud entre pobres y no pobres

Una forma de medir el grado de equidad en el uso de los servicios de salud es a través del coeficiente entre la tasa de uso de estos servicios por parte de la población pobre respecto de la no pobre. En esta sección se presentan resultados actualizados de la medición de este indicador para los casos de servicios de consultas externas y hospitalización.

Grafico 13
Tasa de uso de servicios entre Pobres y No Pobres
(% de población)



En el caso de las consultas externas, se aprecia un mejoramiento de los niveles de equidad en el 2013. En el segmento pobre la tendencia general desde el 2004 ha sido de ascenso, siendo 25.9% el 2004, 28.3% el 2009 y 36.4% el 2013. Esto ha permitido que el diferencial de uso se vaya estrechando respecto de la población no pobre. En este último caso, la tasa de uso de consultas externas se ha mantenido relativamente estable siendo los datos respectivos para los mismos tres años de 38.1%, 36.4% y 36.6%.

Respecto a las hospitalizaciones, se ha dado cierto descenso en el tiempo en ambos casos, en particular en el caso del segmento no pobre. Mientras que en el caso de los pobres, la tasa descendió de 4.2% el 2004 a 3.7% el 2009 y se mantuvo prácticamente igual el 2013 (3.6%), en el caso de los no pobres se mantuvo estable entre el 2004 y 2009 (7.5% y 7.6%, respectivamente), pero descendió a 6.0% el 2013. El efecto conjunto de estos desarrollos es que si bien ambos coeficientes de tasa de uso de servicios de salud entre pobres y no pobres han favorecido relativamente al primer grupo en términos de equidad, tal como se aprecia en el gráfico 13, la mejora ha sido mayor para el caso de

⁹ / Como se señaló antes, se pueden usar otras variables de gastos en salud, aunque lamentablemente no muchas son disponibles. Para el caso de la capacidad de pago, se usó el PBI real per-cápita del 2012 por no existir datos del 2013 para dicha variable por regiones. Como alternativa se usó también los gastos totales de la población por región, extraídos de la ENAHO y puestos en términos reales per-cápita; en este caso los índices también resultaron regresivos (-0.012 en 2009 y -0.0037 en 2013), pero con una ligera disminución de la regresividad en 0.008).

hospitalización – por caída de la tasa de uso del grupo no pobre -, en que el coeficiente subió entre el 2009 y el 2013 en 11 puntos, mientras que en consulta externa el alza fue de 7 puntos (ver Tabla 10).

La explicación de este resultado podría estar asociado a los cambios en la cobertura del SIS antes revisada y por la que el número de afiliados SIS y el porcentaje de los que han sido subsidiados se han incrementado entre el 2009 y el 2013.

Tabla 10
Cambios en las Tasas de Uso de Servicios de Salud Pobres-No Pobres

	2004	2009	2013	Cambio 13/09
Tasa de Uso de servicios de Salud de la Población Pobre y No Pobre				
- Servicios de Consulta Externa	67.8	77.8	84.6	7 pp
- Servicios de Hospitalización	55.2	48.1	59.0	11pp

Fuente: ENAHO.

Elaboración: propia.

3.4.2 Tasa de uso de servicios de salud entre regiones

Existe amplia heterogeneidad entre regiones en aspectos económicos y sociales, lo cual influye sobre los resultados sanitarios en ellas. Para el cálculo del coeficiente de tasas de uso de la población según necesidades de atención en servicios de consulta y hospitalización por regiones más necesitadas y menos necesitadas, se toma en cuenta la división regional que hace el documento Situación de la Salud en el Perú (OIT-EsSalud 2013). En dicho documento, basado en Índices de Desarrollo Humano (IDH) correspondientes al año 2007, se agrupan las 25 regiones en 4 grupos:

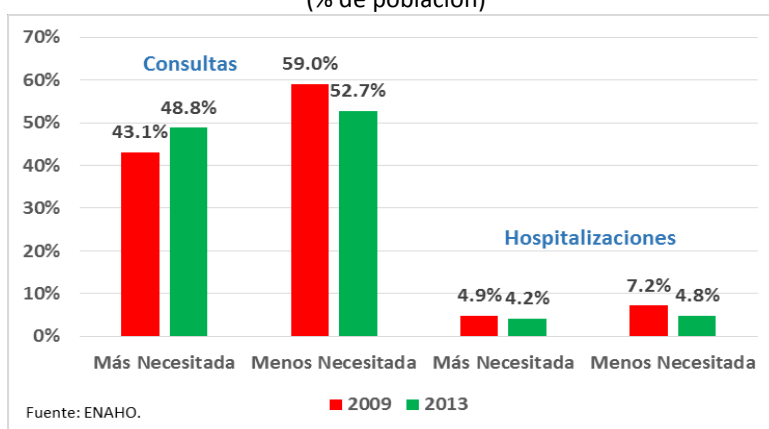
- Grupo I: Arequipa, Callao, Ica, Lima, Moquegua y Tumbes.
- Grupo II: Áncash, Junín, La Libertad, Lambayeque, Madre de Dios, Tacna y Ucayali.
- Grupo III: Amazonas, Cusco, Loreto, Pasco, Piura y San Martín.
- Grupo IV: Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco y Puno.

Al describir los grupos, señala el documento que “...los departamentos con mayor Índice de Desarrollo Humano coinciden con los de menor nivel de pobreza, mayor acceso al agua potable y mayores recursos productivos, a la vez que tienen menor tasa de mortalidad infantil y mayor esperanza de vida (Grupo I). Esto contrasta de manera evidente con lo que se observa para los departamentos de menores recursos productivos, mayor pobreza y menor acceso al agua potable (Grupo IV). El grupo III no se diferencia mucho del IV, mientras que los departamentos del grupo II se encuentran en una situación intermedia.”¹⁰

¹⁰ / OIT-EsSalud (2013), página 35.

Para fines prácticos del ejercicio de medición de la tasa según necesidades de atención se ha considerado contrastar el desempeño de la tasa de uso de consultas y hospitalización de las regiones del Grupo 1 (las menos necesitadas) versus el resto (las más necesitadas). Tal como se ve en el Gráfico 14, la tasa de uso en consultas externas de las regiones más necesitadas ha mejorado en términos relativos, aumentando de un 43.1% el 2009 ha a 48.8% el 2013, mientras que el grupo menos necesitado ha descendido de 59.0% a 52.7%. En términos de hospitalizaciones, hay un deterioro relativo en el uso de cada grupo entre el 2009 y el 2013; en el caso del grupo más necesitado de 4.9% a 4.2% y en el s menos necesitado de 7.2% a 4.8%.

Gráfico 14
Tasa de uso de servicios entre Regiones más y menos necesitadas
(% de población)



En términos del coeficiente de tasas de uso de estos servicios del grupo más necesitado al menos necesitado (ver Tabla 11), éste se ha elevado en 20 puntos, en tanto que le de hospitalización lo ha hecho en 14 puntos. Al igual que en el caso del coeficiente de tasas de uso de estos servicios entre pobres y no pobres, en el caso de regiones el aumento del número de afiliados SIS y del porcentaje de los que han sido subsidiados bajo este esquema pueden haber tenido algún rol en la mejora de los coeficientes, sobre todo en el caso de las consultas externas. En el caso de hospitalizaciones ha sido más relevante la menor tasa de uso del grupo de regiones menos necesitado.

Tabla 11
Cambios en las Tasas de Uso de Servicios de Salud Regiones más y menos necesitadas

	2004	2009	2013	Cambio 13/09
Tasa de Uso de servicios de Salud de la Población por tipo de región				
- Servicios de Consulta Externa	87.1	73.1	92.6	20pp
- Servicios de Hospitalización	75.5	73.1	87.5	14pp

Fuente: ENAHO.
Elaboración: propia.

3.5 Efectividad del Financiamiento

La *efectividad del financiamiento* es un concepto ya abordado en USAID|Políticas en Salud (2014b), el cual se define como lo que un nivel específico de financiamiento público puede comprar en servicios de salud o lograr como resultado sanitario, sin variar las restricciones físicas e institucionales existentes, aunque dicha efectividad puede variar ante cambios en dichas restricciones; así por ejemplo, si la infraestructura de saneamiento – e.g mejoras en conexión a la red pública de agua potable o en mejoras en el servicio de alcantarillado – ello mejorará la productividad de un mismo financiamiento público sobre el resultado de variables sanitarias. En dicho estudio se hizo una medición de esta efectividad para tres resultados sanitarios: esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos y el porcentaje de desnutrición crónica en niños menores a 5 años.

En el caso de la esperanza de vida los resultados generales mostraron una relativa baja *efectividad del financiamiento* en el tiempo, pese a mejoras en saneamiento; mientras que en los casos de mortalidad infantil y desnutrición crónica la efectividad del financiamiento si fue importante en el tiempo, sobre todo ante aumentos del porcentaje de población con acceso de agua a la red pública.

En la tabla 12 se muestra, para cada una de las tres variables sanitarias mencionadas, los cambios reales y estimados en años de vida ganados en esperanza de vida, muertes evitadas en mortalidad infantil y puntos reducidos de la tasa de desnutrición crónica. Asimismo, en la última columna se muestra la porción del cambio exclusivamente debida a cambios del financiamiento manteniendo constante cualquier otra variable que haya influido en el resultado global.

Tabla 12
Cambios en la efectividad del Financiamiento

Variable Sanitaria	Parámetro de mejora	cambio 13/09	
		Total	Parcial Fin.
Esperanza de Vida	años de vida ganados		
	- real	0.8	
	- estimado	0.6	0.3
Mortalidad Infantil	mueres evitadas		
	- real	-5.0	
	- estimado	-5.8	-0.8
Desnutrición Crónica	puntos reducidos		
	- real	n.d.	
	- estimado	-4.0	-1.4

Fuente: INEI y USAID|Políticas de Salud (2014b).

Elaboración: propia.

Como son datos estimados a partir de los cálculos econométricos, la comparación se hace con los cambios globales provenientes de dicha estimación. Así, del aumento de años de vida ganados de 0.6 (poco más de 7 meses) entre el 2009 y el 2013, 0.3 años de dichos 0.6 (poco más de 3 meses) se deberían al mero aumento de financiamiento público real en salud.

En el caso de mortalidad infantil, de 5.8 muertes evitadas por cada 1000 nacidos vivos, 0.8 muertes evitadas se atribuirían a solo cambios del financiamiento mencionado. Finalmente, en desnutrición crónica, de 4 puntos de caída en la tasa de esta variable, 1.4 puntos se deberían al aumento real del financiamiento público en salud. De acuerdo a las proyecciones hechas en USAID|Políticas en Salud (2014b), la efectividad del financiamiento público tendería a estar muy limitada por restricciones en la capacidad de absorción de éste debido a las rigideces existentes en la infraestructura física y legal. Sobre estas dificultades se discute en la siguiente sección de conclusiones.

4. Conclusiones

Este estudio ha revisado un número de indicadores relacionados al desempeño del financiamiento en salud en Perú en los contextos de comparación internacional, el interno a nivel macro y en otros más específicos de protección financiera, equidad y eficiencia del uso del financiamiento.

La evidencia de la comparación internacional muestra que el financiamiento total en salud del Perú es de los más bajos en la región latinoamericana y que la magnitud de los gastos de bolsillo es relativamente alta. Sin embargo, este resultado puede ser algo engañoso porque pareciera entonces que la solución básica podría ser elevar sustantivamente el gasto público en salud con miras a cerrar las brechas existentes, sea respecto a los promedios de financiamiento total o del sub-sector público de la región, o inclusive de aquella para lograr el AUS.

Sin embargo, el estudio previo USAID|Políticas en Salud (2014b) ya mostró las limitaciones en la efectividad del financiamiento público en salud, debido a rigideces en la capacidad de absorción asociadas a restricciones en infraestructura y aspectos institucionales. Esto induciría a pensar que, **bajo las condiciones actuales**, la ganancia de un mayor espacio fiscal en salud tendría efectos muy limitados en cuanto a resultados sanitarios. Si a esto añadimos que del 2009 a 2013 los indicadores de protección financiera y equidad muestran algún deterioro o mejoras poco significativas, esto apoyaría más las conclusiones ya mencionadas.

En esta línea, la evidencia empírica en otros países ya ha visto este tipo de situación, y al respecto Tandon y Cashin (2010) bien señalan que *“Mejoramientos en la eficiencia de los desembolsos de recursos corrientes pueden ser necesarios si, por ejemplo, ineficiencias estructurales en el sistema limitan la efectividad sea de la capacidad de absorción o los niveles corrientes de gasto...La necesidad articulada por espacio fiscal adicional en salud tendría mayor credibilidad si es respaldada por un cuidadoso costeo de los insumos requeridos.”*¹¹.

Estos insumos requeridos son en buena cuenta los “insumos faltantes” que menciona Lamb (2013), entre los que se cuentan en el caso de Perú no solo el insuficiente equipamiento e infraestructura hospitalaria en cantidad y calidad, sino fundamentalmente las **insuficiencias** en capacidades a niveles de gestión gerencial,

¹¹ Tandon y Cashin (2010), página 17.

profesionales médicos, enfermeras, técnicos y burocracia pública en sector salud en general –vinculados a las funciones de financiación, adquisición y prestación de los servicios–, que perjudican tanto el ejercicio individual del personal sanitario en su sentido más amplio –desde las instancias altas de gestión, pasando por el personal sanitario y llegando al resto de la burocracia– y la forma de interactuar entre éstos. De no resolver estos **problemas**, no será posible atacar los aspectos críticos de eficiencia y congestión que hoy agobian al sistema de salud.

Un ejemplo simple que puede muy bien ilustrar las dificultades institucionales resalta las diferencias de percepción o perspectiva –muchas veces rígida– entre la gestión burocrática y la gestión médica. Es frecuente que en los hospitales de la seguridad social (**Essalud**) el estamento gerencial exija mayor eficiencia y **que los pacientes internados tengan estadías cortas, por ejemplo de 8 días**, aunque muchas veces éstos pacientes suelen quedarse un número bastante mayor de días, lo cual por lo general está vinculado a una combinación de ineficiencia, congestión y “realidad nacional.”

Así, se dan casos en que llegan pacientes a los que hay que someter a ciertos **exámenes auxiliares** o de laboratorio para realizar un diagnóstico adecuado. Lo general es que luego de internado esos exámenes iniciales tomen algunos días; si hay alguna biopsia, la muestra tendrá que ir a patología, las muestras de fluidos **al laboratorio; o el paciente puede requerir un examen auxiliar adicional** – e.g. **ecografía, tomografía, resonancia magnética, etc.** - lo cual, dependiendo de la combinación de ineficiencia o congestión para tramitar y llevar a cabo la gestión, toma **más días** adicionales. Llegados los resultados, los tiene que evaluar el especialista, el cual dependiendo de su carga de pacientes da cita para dentro de unos días más y así el plazo sigue alargándose. Este escenario es más crítico si se trata de pacientes de provincias, que tendrán que permanecer con mayor probabilidad en el hospital porque de lo contrario tendría que incurrir en un gasto de bolsillo mayor pagando un hotel. En resumen, difícilmente estos pacientes tendrán su diagnóstico y receta en 8 días; sin embargo, el estamento gerencial insiste en tener más rotación de camas en no más de ese número de días.

En este contexto, el mayor financiamiento, dependiendo adonde se dirija en mayor medida, aliviará algún tipo de problema. Si es a salarios de médicos u otro tipo de personal, lo que posiblemente cause es un trabajo relativamente más motivado, pero las diferencias de enfoque de medida de eficiencia entre los estamentos médico y gerencial, o la falta de equipos y la congestión subsistirán. Esto se ha visto claro en hospitales donde se ha expandido significativamente la infraestructura y equipamiento de las áreas de emergencia, pero la congestión continua con pacientes en los pasillos y salas de espera porque se mantiene un exceso de demanda por servicios de salud **del resto del hospital**.

La solución no es simple y por eso requiere de una estrategia muy bien diseñada de cómo atacar el problema de los “insumos faltantes”. Aquí solo se mencionarán algunos elementos básicos de evaluación del desempeño que deben servir a la estrategia mencionada. Entre otros están los siguientes:

- a. Sobre la base de este estudio, establecer una línea de base del desempeño del financiamiento, protección financiera, equidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud¹².
- b. Los insumos de estos indicadores han de ser recogidos sobre una base sistemática y periódica, debiendo éstos ser difundidos oficialmente con la mayor transparencia, tal como hacen por ejemplo el Banco Central de Reserva o la Superintendencia de Banca y Seguros sobre las variables económicas y financieras de la economía peruana.
- c. La preparación de la línea de base y la definición de metas tangibles de un plan de monitoreo y evaluación de los indicadores de desempeño debe ser asignada formalmente a una oficina específica del MINSA, SUSALUD u otra entidad afín.
- d. Todas las actividades del plan de monitoreo y evaluación deben tener fechas ciertas de publicación de reportes.

Si bien está no es una solución directa a todos los problemas que reflejan los indicadores, lo cierto es que la institucionalización de la producción de métricas del desempeño del financiamiento en salud es un insumo importante de la misma; el riesgo es que, sin ellos, la discusión probablemente se seguirá centrando en lograr mayores espacios fiscales sin que ello necesariamente resuelva nada estructural.

¹² / El cual ha visto numerosas dificultades de falta de información básica para construir indicadores, indicadores o sus insumos discontinuados, cambios metodológicos en la medición de indicadores, falta de información sobre cómo se han construyeron en el pasado ciertos indicadores, etc.

5. Bibliografía

AID/Políticas de Salud; 2014a. *Espacio Fiscal en Salud: 2015-2017*. Preparado por Javier Illescas.

AID/Políticas de Salud; 2014b. *Capacidad de Absorción del Financiamiento en Salud en el Perú: 2000-2013*. Preparado por Javier Illescas.

AID/Políticas de Salud; 2011a. *Espacio Fiscal en Salud: 2011-2013*. Preparado por Miguel Madueño.

AID/Políticas de Salud; 2011b. *Capacidad de Absorción del Financiamiento en Salud en el Perú: 2000-2009*. Preparado por Miguel Madueño.

AID/Políticas de Salud; 2011c. *Cambios en el Desempeño del Sistema de Financiamiento de la Salud en el Perú: 2000-2009*. Preparado por Miguel Madueño.

Berman, Peter y Ricardo Bitran; *Health Systems Analysis for Better Health System*. HNP Discussion Paper 65927. Banco Mundial, Washington D.C.

Gottret, Pablo y George Schieber; 2006. *Estudio del Financiamiento de la Salud*. Banco Mundial-Mayol Ediciones.

Kutzin, Joseph, Cheryl Cashin y Melitta Jakab editores; 2010. *Implementing Health Financing Reform: lessons for countries in transition*. World Health Organization- Europe y European Observatory on Health System and Policies.

Lamb, Robert; 2013. *Measuring Absorptive Capacity (MAC): A New Framework for Estimating Constraints*. Centre for Strategic and International Studies (CSIS).

Naciones Unidas; 2008. *Objetivos de Desarrollo del Milenio: la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*.

O'Donnell, Owen, Eddy van Doorslaer, Adam Wagstaff y Magnus Lindelow; 2008. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Banco Mundial, Washington D.C.

Perticara, Marcela; 2008. *Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos*. Serie Políticas Sociales 141. CEPAL, Santiago de Chile.

Peters, David H., Sameh El-Saharty, Banafsheh Siadat, Katja Janovsky, Marko Vujicic, Editores; (2009). *Improving Health Service Delivery in Developing Countries: From Evidence to Action*. Banco Mundial, Washington D.C.

Tandon, Ajay y Cheryl Cashin; 2010. *Assesing public expenditure on health from a fiscal space perspective*. HNP Discussion Paper 56053. Banco Mundial, Washington D.C.

Wagstaff, Adam; 2008. *Measuring Financial Protection in Health*. Policy Research Working Paper 4554. Banco Mundial, Washington D.C.

Wagstaff, Adam, Marcel Bilger, Zurab Sajaia y Michael Lokshin; 2011. *Health Equity and Financial Protection*. Banco Mundial, Washington D.C.

ANEXOS

Anexo 1
Financiamiento de la salud en el Perú según fuentes: 2000-2012

Estructura del Financiamiento

(Porcentajes)

Fuentes	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tesoro Público	23.6	26.8	27.1	28.4	26.5	23.5	23.3	22.4	27.6	28.2	27.1	29.0
Cooperación Internacional	1.1	0.9	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.1	0.9	0.8	0.7	0.9
Donaciones internas	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6
Hogares	39.3	39.6	38.6	36.9	37.7	40.6	41.5	42.5	39.6	38.9	38.8	37.0
Inversionistas privados	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	2	1.9
Aportes a EsSalud	33.5	31.2	31.9	32.0	32.7	32.4	31.7	32.0	29.7	29.0	30.0	30.1
Otros (EsSalud)	1.9	0.9	0.8	1.1	1.3	1.7	1.6	1.2	1.7	2.5	0.4	0.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Estructura del Financiamiento

(% de PBI)

AGENTES	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tesoro Público	1.2	1.5	1.5	1.4	1.3	1.1	1.2	1.2	1.6	1.5	1.4	1.6
Cooperación Internacional	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Donaciones internas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hogares	2.0	2.2	2.1	1.9	1.8	2.0	2.1	2.2	2.3	2.1	2.1	2.1
Inversionistas privados	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	0	0.1
Aportes a EsSalud	1.7	1.7	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.7	1.6	1.6	1.7
Otros (EsSalud)	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
TOTAL	5.2	5.5	5.3	5.0	4.8	4.9	5.0	5.1	5.7	5.4	5.3	5.6

Fuente: MINSA.

Anexo 2

Brechas de Financiamiento respecto a países de LAC: 2000-2012 (% de PBI)

	LAC		Perú		Brechas	
Promedios	Gasto Total	Gasto Público	Gasto Total	Gasto Público	Gasto Total	Gasto Público
2000-2004	6.5	3.1	5.3	2.7	1.26	0.46
2005-2009	7.2	3.5	5.1	2.6	2.06	0.88
2010-2012	7.6	3.9	5.5	2.8	2.16	1.18

Fuente: Banco Mundial y MINSa

Elaboración: propia.

Anexo 3
Gasto Publico Devengado Real per-cápita: 2000-2013
(nuevos soles de 1995)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Amazonas	26.7	39.1	40.1	44.2	63.0	68.6	71.0	64.1	80.4	84.6	100.2	111.0	157.8	145.2
Ancash	30.2	46.5	53.3	39.2	50.1	49.1	50.3	62.4	60.9	91.0	88.7	85.6	112.7	124.9
Apurimac	53.0	57.6	64.2	66.3	84.9	96.4	97.5	106.9	115.8	139.3	156.1	185.4	200.3	251.2
Arequipa	36.7	36.9	43.8	48.7	64.0	63.5	66.3	77.8	72.0	86.4	94.1	98.0	110.0	121.7
Ayacucho	52.0	55.5	58.1	53.9	74.1	81.5	79.5	78.6	56.9	117.5	154.6	142.0	155.2	180.0
Cajamarca	19.2	27.7	36.2	25.1	35.8	38.7	39.5	45.5	39.1	75.9	83.9	72.1	90.5	107.8
Callao	49.3	63.6	77.4	68.8	73.1	90.8	106.0	106.8	106.2	140.5	132.2	131.8	186.9	183.7
Cusco	39.3	40.6	41.0	34.0	48.5	54.5	59.4	60.0	70.1	90.1	95.9	109.6	131.8	196.3
Huancavelica	44.5	46.9	53.0	44.9	63.1	68.6	69.4	59.5	88.4	98.6	121.4	133.1	165.2	193.2
Huánuco	25.3	40.0	37.5	34.7	53.3	56.3	58.9	64.1	65.6	81.6	94.6	115.0	120.3	182.1
Ica	35.1	44.7	48.9	41.8	56.6	60.0	63.2	69.9	89.3	129.3	126.5	156.6	113.5	163.4
Junin	30.7	35.5	37.6	39.3	54.5	48.4	54.3	47.5	48.5	61.5	68.8	77.8	105.4	120.6
La Libertad	23.5	29.1	31.6	33.2	42.1	44.4	48.5	54.3	54.1	66.2	71.8	80.8	88.8	104.5
Lambayeque	17.5	19.9	24.2	25.2	35.0	35.4	38.3	39.2	45.7	68.0	80.6	91.5	66.0	94.7
Lima	73.7	121.6	129.6	118.2	112.6	116.5	121.1	140.6	119.2	170.8	165.3	183.8	177.6	191.8
Loreto	37.6	39.2	37.4	40.9	51.3	57.5	61.2	69.1	70.7	92.3	88.5	104.0	115.6	128.7
Madre de Dios	69.8	96.9	100.3	109.7	123.5	127.9	133.8	121.4	132.9	202.5	156.4	206.5	226.9	252.3
Moquegua	50.0	59.2	64.8	82.4	113.7	102.0	118.6	130.0	108.2	219.6	165.6	140.4	176.7	285.2
Pasco	33.8	46.4	46.0	37.0	52.2	51.3	54.6	58.9	66.3	106.8	97.2	126.6	136.7	142.2
Piura	22.0	25.1	29.5	29.3	39.0	39.4	41.7	46.9	39.9	52.2	55.2	61.3	78.3	89.8
Puno	38.2	46.1	50.0	40.5	55.7	52.0	51.4	56.2	51.4	67.2	80.8	84.5	93.0	107.4
San Martín	28.6	34.5	43.7	39.1	57.1	51.1	54.6	57.9	50.6	71.6	72.8	76.1	115.4	171.2
Tacna	57.9	54.3	65.5	68.6	81.2	83.2	82.9	101.6	80.3	112.7	141.6	115.9	140.1	139.6
Tumbes	32.0	35.0	44.3	44.2	61.7	56.0	60.2	62.6	69.2	71.9	179.9	211.5	262.4	173.4
Ucayali	44.7	46.0	47.6	44.9	67.0	69.0	63.6	67.8	64.5	85.8	84.5	114.1	121.6	131.8
Total	971.4	1188.0	1305.7	1254.1	1613.1	1662.0	1746.0	1849.6	1846.3	2583.9	2756.9	3014.8	3448.8	3982.7

Fuente: SIAF, INEI, BCRP.

Elaboración: propia

Anexo 4
Gasto de Bolsillo por Regiones: 2004-2013
(nuevos soles)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Amazonas	45,227,653	52,205,429	58,898,391	74,384,285	93,230,975	91,920,399	77,728,065	109,278,658	98,506,648	76,438,854
Ancash	117,688,546	121,915,693	160,675,234	169,988,752	229,260,570	192,206,360	256,660,979	261,744,550	303,692,385	300,989,401
Apurímac	23,068,782	22,270,033	28,121,150	27,503,886	45,282,470	41,069,154	40,213,821	47,522,870	62,820,665	68,268,785
Arequipa	195,562,897	226,700,189	250,109,374	318,365,833	335,977,446	341,523,832	357,563,688	394,785,513	433,999,614	461,491,477
Ayacucho	39,095,290	26,900,101	41,793,542	64,742,080	73,411,007	72,875,782	103,573,070	99,543,013	124,129,000	133,665,485
Cajamarca	135,789,064	137,080,144	162,327,794	198,996,253	260,010,110	252,010,851	269,556,202	263,727,301	275,238,528	349,966,803
Callao	133,175,452	115,872,491	203,813,458	232,779,975	299,161,876	332,132,004	280,590,115	328,550,670	348,610,945	337,077,837
Cusco	105,965,759	124,266,361	172,233,827	190,587,600	209,611,961	218,700,499	181,993,979	297,858,504	388,298,025	354,075,395
Huancavelica	9,343,055	7,539,136	15,693,202	14,298,155	20,545,064	20,594,941	28,012,890	29,368,554	45,904,012	40,917,114
Huánuco	32,837,367	48,577,038	53,834,546	73,445,021	89,443,194	72,424,257	93,799,401	98,047,831	141,086,193	143,070,152
Ica	102,382,123	127,237,994	151,191,473	139,946,237	184,834,951	177,005,234	226,464,842	230,896,177	232,942,874	266,983,741
Junín	160,950,187	138,551,257	180,548,874	230,728,694	253,408,692	299,175,810	306,645,934	351,681,864	397,492,740	384,127,810
La Libertad	241,121,711	365,494,711	384,535,342	476,551,095	420,316,962	412,195,497	489,294,980	532,415,803	570,332,383	566,761,576
Lambayeque	157,960,351	179,796,742	191,615,104	217,956,231	263,817,559	249,426,152	289,790,184	278,140,310	317,629,074	343,289,235
Lima	1,851,294,567	1,799,540,475	2,558,480,608	2,972,756,096	3,421,491,109	3,858,883,250	3,866,402,253	4,114,979,403	4,530,780,662	4,181,321,718
Loreto	61,607,570	64,899,720	74,773,856	115,334,670	117,403,521	132,580,183	156,083,754	157,385,446	149,054,904	142,717,492
Madre de Dios	11,927,572	12,485,282	16,450,080	15,539,915	16,935,450	22,926,429	30,321,293	40,046,757	49,090,911	51,614,940
Moquegua	17,738,788	26,973,543	27,148,230	34,718,158	22,159,441	29,708,833	35,668,893	42,410,827	40,760,124	49,055,479
Pasco	23,762,530	24,100,145	31,251,203	29,324,437	37,962,553	43,643,270	49,869,415	45,281,341	41,365,275	38,530,086
Piura	192,685,131	183,804,302	230,172,889	289,922,259	322,055,840	335,669,409	356,957,737	396,812,336	458,526,698	388,172,280
Puno	77,748,120	81,040,032	104,622,488	112,995,491	150,534,420	137,357,132	182,513,545	232,856,906	246,739,973	275,674,002
San Martín	91,374,987	110,149,336	100,371,430	141,274,172	196,636,182	179,088,928	224,589,988	219,307,306	249,215,861	241,537,009
Tacna	39,236,087	45,195,260	45,783,221	47,721,833	70,641,941	77,078,097	73,143,829	83,848,412	113,908,255	103,766,528
Tumbes	25,840,072	40,120,887	32,958,276	40,407,131	37,267,913	44,445,856	49,078,016	57,928,456	64,797,036	68,219,753
Ucayali	53,861,420	47,674,164	49,113,117	66,404,356	75,491,465	84,897,113	91,629,226	105,373,611	112,939,861	109,819,921
Total	3,947,245,082	4,130,390,468	5,326,516,710	6,296,672,616	7,246,892,672	7,719,539,268	8,118,146,097	8,819,792,419	9,797,862,644	9,477,552,871

Fuente: ENAHO

Elaboración: propia.

Anexo 5
Población por Regiones: 2000-2013
(personas)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Amazonas	385,241	388,720	391,938	394,959	397,848	400,668	403,428	406,087	408,629	411,043	413,314	415,466	417,508	419,404
Ancash	1,049,379	1,056,484	1,063,510	1,070,450	1,077,295	1,084,038	1,090,637	1,097,098	1,103,481	1,109,849	1,116,265	1,122,792	1,129,391	1,135,962
Apurímac	419,585	422,361	425,104	427,826	430,539	433,256	436,000	438,761	441,507	444,202	446,813	449,365	451,881	454,324
Arequipa	1,084,725	1,100,094	1,114,590	1,128,454	1,141,933	1,155,267	1,168,238	1,180,683	1,192,932	1,205,317	1,218,168	1,231,553	1,245,251	1,259,162
Ayacucho	571,739	578,465	586,290	594,733	603,311	611,542	619,437	627,317	635,167	642,972	650,718	658,400	666,029	673,609
Cajamarca	1,404,767	1,416,728	1,427,948	1,438,547	1,448,651	1,458,379	1,467,758	1,476,708	1,485,188	1,493,159	1,500,584	1,507,486	1,513,892	1,519,764
Callao	788,961	805,478	821,283	836,622	851,739	866,877	882,066	897,144	912,065	926,788	941,268	955,385	969,170	982,800
Cusco	1,173,757	1,185,457	1,196,650	1,207,423	1,217,862	1,228,055	1,237,955	1,247,503	1,256,770	1,265,827	1,274,742	1,283,540	1,292,175	1,300,609
Huancavelica	435,491	439,405	443,404	447,455	451,519	455,562	459,598	463,651	467,700	471,720	475,693	479,641	483,580	487,472
Huánuco	747,309	756,187	764,559	772,600	780,483	788,380	796,330	804,220	811,989	819,578	826,932	834,054	840,984	847,714
Ica	657,255	666,976	676,667	686,254	695,663	704,822	713,692	722,321	730,767	739,087	747,338	755,508	763,558	771,507
Junín	1,198,307	1,209,950	1,221,386	1,232,569	1,243,455	1,253,996	1,264,050	1,273,648	1,283,003	1,292,330	1,301,844	1,311,584	1,321,407	1,331,253
La Libertad	1,519,967	1,544,794	1,568,885	1,592,392	1,615,464	1,638,251	1,660,535	1,682,213	1,703,617	1,725,075	1,746,913	1,769,181	1,791,659	1,814,276
Lambayeque	1,084,317	1,099,245	1,113,080	1,126,116	1,138,651	1,150,982	1,163,003	1,174,519	1,185,684	1,196,655	1,207,589	1,218,492	1,229,260	1,239,882
Lima	7,767,873	7,913,690	8,057,558	8,199,172	8,338,208	8,474,342	8,605,145	8,730,820	8,855,022	8,981,440	9,113,684	9,252,401	9,395,149	9,540,996
Loreto	847,288	862,190	876,497	890,388	904,035	917,618	931,218	944,717	957,992	970,918	983,371	995,355	1,006,953	1,018,160
Madre de Dios	89,018	92,185	95,420	98,690	101,962	105,205	108,412	111,604	114,791	117,981	121,183	124,404	127,639	130,876
Moquegua	152,129	154,339	156,420	158,407	160,334	162,237	164,090	165,871	167,616	169,365	171,155	172,995	174,859	176,736
Pasco	267,286	269,807	272,355	274,919	277,491	280,061	282,660	285,291	287,913	290,483	292,955	295,315	297,591	299,807
Piura	1,609,027	1,628,074	1,645,795	1,662,570	1,678,777	1,694,797	1,710,456	1,725,502	1,740,194	1,754,791	1,769,555	1,784,551	1,799,607	1,814,622
Puno	1,223,955	1,238,294	1,252,654	1,266,832	1,280,629	1,293,843	1,306,226	1,317,911	1,329,272	1,340,684	1,352,523	1,364,752	1,377,122	1,389,684
San Martín	662,052	675,190	687,427	699,146	710,732	722,567	734,689	746,844	758,974	771,021	782,932	794,730	806,452	818,061
Tacna	269,033	274,878	280,596	286,166	291,563	296,767	301,728	306,461	311,038	315,534	320,021	324,498	328,915	333,276
Tumbes	184,866	188,601	192,336	196,063	199,771	203,452	207,125	210,798	214,439	218,017	221,498	224,895	228,227	231,480
Ucayali	390,261	398,941	407,027	414,704	422,158	429,576	436,967	444,209	451,284	458,177	464,875	471,351	477,616	483,708
Total	25,983,588	26,366,533	26,739,379	27,103,457	27,460,073	27,810,540	28,151,443	28,481,901	28,807,034	29,132,013	29,461,933	29,797,694	30,135,875	30,475,144

Fuente: INEI

Elaboración: propia.