



# Gestión presupuestaria del sector salud en el Perú

---

## Desafíos y recomendaciones

## RESUMEN EJECUTIVO

El Movimiento Salud 2030 tiene como objetivo impulsar más y mejores servicios de salud pública en América Latina. En el Perú, este movimiento trabaja para abordar el problema de la ejecución presupuestaria en el sector salud debido a que existen deficiencias de todo tipo que provocan que el dinero presupuestado para la salud pública no se gaste en su totalidad por motivos de retraso. Asimismo, existen preocupaciones sobre la alineación del gasto con las prioridades sanitarias actuales y la eficacia de la asignación presupuestaria. Incluso cuando hay gastos de dinero, los retrasos en la ejecución del presupuesto y la calidad del gasto merecen una mejora urgente.

Se ha relevado y analizado información de la cual se han extraído los retos que se deben afrontar. Asimismo, se realizaron entrevistas a profundidad a un gran número de funcionarios públicos, algunos aún en funciones, desde el nivel ministerial hasta los directores sectoriales, tanto del Gobierno Central como de las regiones.

En general, los principales hallazgos son la fragmentación estructural del financiamiento y la provisión de sistemas de salud, el seguimiento subóptimo de la ejecución presupuestaria y la falta de calidad del gasto, los sistemas de análisis y la retroalimentación para la ejecución del gasto, y la brecha entre las expectativas y el resultado del presupuesto por metas debido a la ausencia de herramientas para imponer su uso eficiente.

Del mismo modo, otros desafíos encontrados en las regiones son los siguientes: el efecto de la rápida transferencia de competencias sin darles la oportunidad de prepararse para ejecutar eficazmente las competencias delegadas, lo que ha dejado un impacto negativo en el sector. Además, se encontró una burocracia excesiva, rigidez presupuestaria, falta de capacitación del recurso humano, falta de datos y sistemas digitales para monitorear la ejecución y la efectividad presupuestaria. Estas y otras razones impiden el uso óptimo de los recursos financieros disponibles para la mejora de los servicios de salud.

En concreto, a partir de las entrevistas a profundidad, hemos confirmado los hallazgos encontrados en la revisión documental y, además, ello también nos ha permitido generar un conjunto de recomendaciones para superar desafíos a nivel regulatorio, institucional, operativo e instrumental. Basados en esos niveles, detallamos los hallazgos y recomendaciones en el informe.

Algunas de las recomendaciones son la nivelación de los sistemas de salud existentes, la unificación y la simplificación del marco regulatorio, la recolección de datos y la implementación de procedimientos digitales, la capacitación, la creación de unidades de monitoreo, así como la transparencia de los procesos de adquisición de bienes y servicios con la capacidad discrecional necesaria y el control efectivo. Se debe tener en cuenta que un elemento muy importante de las recomendaciones es que la solución debe ser sistémica y holística, es decir, los desafíos deben abordarse en conjunto, como un todo; puesto que la solución de un solo desafío no permitirá el uso eficaz y eficiente de los recursos disponibles.

Uno de los principios del Movimiento 2030 es hacer realidad sus planteamientos teóricos, para lo cual se implementará un Plan Piloto que verificará nuestros hallazgos e implementará nuestras recomendaciones en una de las regiones del Perú. Se ha determinado que dicha región será Cusco, ya que sus características constituyen un conjunto representativo de los problemas de salud en todo el Perú. Además, sus autoridades se han mostrado muy dispuestas a implementar el piloto, dado que dentro de su gestión, priorizan la mejora y la eficiencia de los servicios de salud pública.

## TABLA DE CONTENIDO

Presentación .....	3
Agradecimientos .....	5
Introducción .....	6
Metodología .....	7
Países de América Latina: revisión de la literatura .....	8
Perú: revisión de la literatura .....	11
Resultados de las entrevistas en profundidad .....	15
Desafíos y propuestas .....	18
A. Nivel normativo .....	18
B. Nivel institucional .....	19
C. Nivel operativo .....	19
D. Nivel instrumental .....	20
Mejora de la planificación, el desarrollo y la ejecución presupuestaria en el sistema de salud pública: perspectivas mundiales .....	20
Proyecto piloto para mejorar la planificación, el desarrollo y la ejecución presupuestaria en el sistema de salud pública del Perú Justificación .....	21
Ubicación .....	21
Componentes del piloto .....	23
Solución digital .....	24
Proyecciones del Plan Piloto .....	24
Apéndices .....	25

## PRESENTACIÓN

La pandemia ha puesto en evidencia los complejos retos que los sistemas de salud Latinoamericanos vienen arrastrando desde hace décadas. Ello muestra la necesidad de contar con sistemas de salud más resilientes y sostenibles hacia el futuro. Sobre todo en países en los que las desigualdades económicas y sociales acrecientan el impacto negativo de la COVID-19 en la economía y la salud pública<sup>1</sup>.

Para fortalecer los sistemas de salud y garantizar la igualdad de oportunidades a los ciudadanos, los participantes del ecosistema de salud debemos "poner el hombro". La salud pública debe ser una prioridad de la comunidad, puesto que su mejoría depende de la colaboración efectiva entre todos nosotros.

Es así que nace el Movimiento Salud 2030, como plataforma de co-creación que reúne a los sectores público y privado sobre un propósito común: lograr comunidades prósperas a través de la innovación en el cuidado de la salud, impulsado por la colaboración de alianzas estratégicas. En el 2020, iniciamos proyectos en Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia y Perú. Para el 2021, empezaremos a trabajar con Argentina, Uruguay, México y Ecuador, siempre enfocados en la innovación de los sistemas de salud.

En el caso peruano, nuestro proyecto parte como respuesta a los anuncios del Gobierno de lograr la cobertura universal en salud (2019)<sup>2</sup> y aumentar el presupuesto para este año (2020)<sup>3</sup>. Ello catalizó la pregunta pilar de la investigación: ¿aumentar los recursos garantiza una mejor prestación de servicios? Considerando que nunca se ha logrado aprovechar la totalidad del financiamiento previsto<sup>4</sup>, resulta evidente que existen problemas más complejos por abordar. Problemas que debemos priorizar si queremos lograr un sistema de salud de calidad, más aún en un país en el que más de la mitad de la población depende del sistema de salud público<sup>5</sup>. Después de todo, la salud es un derecho fundamental y un pilar trascendental para la igualdad de oportunidades y la sostenibilidad de la democracia.



**Professor Rifat Atun**  
Professor of Global health  
Systems Harvard university



**Bogi Ellasen**  
Director of Health at  
Copenhagen Institute of  
Future Studies



**Roif Hoenger**  
Area Head for Latin  
America at Roche Pharma

<sup>1</sup> Durand et al., (2020). Patologías del sistema de salud peruano. Urna: PUCP.

<sup>2</sup> Anuncio del Presidente de la República, Martín Vizcarra, en el Mensaje a la Nación de 28 de Julio del 2019.

<sup>3</sup> Anuncio del Presidente de la República, Martín Vizcarra, en el Mensaje a la Nación de 28 de Julio del 2020.

<sup>4</sup> Según el Sistema Integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas (SIAD - SP MEF), desde el año 2010, la ejecución de gasto en la función salud ha oscilado entre el 80% y 95%.

<sup>5</sup> Según SUSALUD, para el 2020 el 55% de la población estaba asegurada en el Seguro Integral de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y financiado por el Tesoro Público. democracia.

## NUESTRO CONSEJO ASESOR

El consejo asesor del Movimiento Salud 2030 es una coalición de expertos formados por expertos dentro de la atención médica de América Latina que dirigen la visión y dirección de Movimiento Salud.

El consejo asesor es un grupo de 7 expertos interdisciplinarios que están altamente involucrados y tienen conocimientos sobre la atención médica en América Latina. Son líderes en la academia, el gobierno y las políticas, las organizaciones de impacto social y el sector privado.

Juntos, dirigen la dirección y la visión del Movimiento, elaborando estrategias para los modelos de asociación y las áreas de enfoque.

**MOVIMIENTO SALUD 2030**

# ADVISORY BOARD

**Rifat Atun**  
*Profesor de Sistemas de Salud Global en la Universidad de Harvard*

**Laura Chinchilla Miranda**  
*Expresidenta de Costa Rica, conferencista y consultora*

**Bogi Eliassen**  
*Director de salud del Instituto de Estudios Futuros de Copenhague*

**Rolf Hoenger**  
*Head Área de América Latina para Roche Pharma*

**Luis Fernando Mejía**  
*Director ejecutivo de Fedesarrollo y exministro de Planeamiento de Colombia*

**Anamaria Schindler**  
*Líder global de Ashoka y responsable de América Latina*

**Roberto Tapia Conyer**  
*Director ejecutivo de la Fundación Carlos Slim*

## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer al equipo internacional que ha conducido el trabajo que presentamos a continuación.



### RIFAT ATÚN

Harvard Faculty Chair Member



Profesor de Sistemas de Salud Global de la Universidad de Harvard y presidente de la facultad del Programa de Liderazgo Ministerial de Harvard. De 2006 a 2013, fue profesor de Gestión Sanitaria Internacional en el Imperial College de Londres y dirigió el Centro de Gestión Sanitaria.

Su investigación se centra en la transformación y la innovación de los sistemas de salud. El profesor Atún ha asesorado a más de 30 gobiernos en políticas y reformas de sistemas de salud. Además, ha trabajado con el Banco Mundial, la OMS y otras organizaciones líderes en temas de salud.

Asimismo, es miembro del Royal College of Physicians, la facultad de Salud Pública y el Royal College of General Practitioners.

COPENHAGEN  
INSTITUTE  
FOR FUTURES  
STUDIES



### BOGI ELIASEN



Bogi Eliassen es director de salud en el Instituto de Estudios del Futuro de Copenhague (CIFS). Durante los últimos 20 años, trabajó como consultor para políticos, el sector público y empresas privadas. Recibió el premio global HIMSS Future 50 por su trabajo en 2019. También es el presidente del Comité de Bioética de la UNESCO de Dinamarca, inició el proceso Nordic Health 2030, tiene un papel clave tanto en el índice global Future Proofing Health Index como en el Movimiento Salud 2030. Tiene una visión holística sobre el futuro de la salud personalizada centrado en los datos, las funciones digitales y la genómica y su integración con la salud, lo que ha plasmado en diversos proyectos y redes de todo el mundo.

# INTRODUCCIÓN

Esta nota informativa presenta un resumen de los desafíos relacionados con el diseño, el desarrollo, la gestión y la ejecución de presupuestos en el sector público del sistema de salud en el Perú. La nota propone posibles soluciones para la consideración de los planificadores de políticas públicas y legisladores para mejorar la eficiencia, la efectividad y la probidad de la gestión presupuestaria con el fin de lograr un mayor impacto presupuestario y un mayor valor para los ciudadanos peruanos.

Los datos utilizados para el desarrollo de esta nota se obtuvieron de 17 entrevistas con actores clave, incluidos exministros, destacados expertos y altos funcionarios del Perú, así como del primer Foro de Innovación en Salud, en el que participaron gobernadores regionales y altos funcionarios técnicos de la salud de los gobiernos regionales. La recopilación de datos primarios se complementó con una revisión de literatura sobre los desafíos de ejecución presupuestaria en relación con el sector salud y las soluciones que se han utilizado para abordarlos en el contexto latinoamericano.

Los desafíos identificados se agruparon en 4 categorías principales. Cada una de las cuales indica el ámbito en el que es necesario realizar cambios para garantizar un proceso presupuestario más eficaz y eficiente, y lograr un mayor impacto presupuestario. La presente nota informativa resume estos desafíos con soluciones propuestas en cada ámbito para abordarlos.

## METODOLOGÍA

El estudio implicó la recopilación y el análisis de datos primarios y secundarios. La recolección de datos primarios involucró entrevistas con actores clave. Estos fueron seleccionados cuidadosamente para incluir a los principales expertos y altos funcionarios del Perú a nivel nacional y regional, líderes de partidos políticos, funcionarios de los ministerios de salud, economía y finanzas, expertos en planificación, así como a los de las principales instituciones de financiamiento de la salud, proveedores de atención médica y gobiernos regionales. Realizamos 17 entrevistas con actores clave, incluidos varios exministros (en el Anexo 1 se incluye la lista de entrevistados). Estas entrevistas se complementaron con el primer Foro de Innovación en Salud en el que participaron gobernadores regionales y altos funcionarios técnicos de salud de casi todas las regiones del Perú.

Los datos de las entrevistas se recopilaron y transcribieron literalmente. Luego, se analizaron de forma inductiva y contemporánea para identificar patrones y temas generales que surgieron de las entrevistas. Se utilizó el análisis de contenido para determinar qué problemas y desafíos se identificaron consistentemente dentro de estos temas generales. La triangulación se utilizó de forma reiterativa en las entrevistas para corroborar y confirmar los hallazgos que emergen de las entrevistas con los actores clave.

La recopilación y el análisis de datos primarios se complementaron con una investigación secundaria que incluyó la revisión de la literatura sobre los desafíos de ejecución presupuestaria en el sector público y, específicamente, en relación con el sector salud en el contexto de los países de América Latina y el Caribe (ALC), incluido el Perú. La revisión de la literatura también identificó ejemplos de buenas prácticas y soluciones que se han implementado en la región de ALC y a nivel mundial para mejorar la planificación, el desarrollo y la ejecución presupuestaria, así como los principios generales para mejorar la gobernanza presupuestaria. Los hallazgos de la revisión de la literatura se utilizaron para triangular y validar los hallazgos que surgieron de las entrevistas con actores clave y para sostener las soluciones propuestas.

## Países de América Latina: revisión de la literatura

Un estudio publicado en 2019 por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), basado en 2 encuestas de la OCDE a altos funcionarios de salud y presupuesto realizadas en 2015 y 2018 en 15 países de América Latina y el Caribe (Argentina, Bahamas, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú y Uruguay), proporciona una descripción detallada de la planificación presupuestaria y los desafíos de la ejecución del desarrollo en la región. La encuesta facilitó el análisis y la evaluación comparativos de buenas prácticas en la elaboración de presupuestos en salud en la región de ALC para los países de la OCDE<sup>6</sup>.

Los resultados de la encuesta indicaron que la implementación de reformas presupuestarias y la implementación de ganancias de eficiencia en la región de ALC, a menudo, resultaron difíciles debido a múltiples factores, los cuales se analizan con más detalle a continuación.

### Fragmentación estructural del financiamiento y la prestación de servicios en los sistemas de salud

La mayoría de los países tienen esquemas de financiamiento coexistentes que apoyan a diferentes grupos socioeconómicos con diferentes paquetes de beneficios atendidos por diferentes redes de proveedores de servicios. Los presupuestos de salud no se agrupan y existen como conductos de financiamiento separados.

Por lo general, los presupuestos de salud no se incluyen en su totalidad en el presupuesto del Gobierno Central, y casi todos los países tienen un presupuesto separado para el sistema de seguridad social. Por ejemplo, en algunos países como Perú, el presupuesto para el Seguro Social de Salud es financieramente independiente del presupuesto público para salud. En el Perú, el Seguro Social de Salud (EsSalud), un sistema contributivo, está separado del Ministerio de Salud y no es financiado por el presupuesto público, sino por las

contribuciones de los empleadores y empleados. Este provee distintos tipos de coberturas para los beneficiarios y sus familias; asimismo, abarca el 28,8% de la población del Perú. En otros países (por ejemplo, Uruguay, Colombia, México, Argentina, Chile, Ecuador y Costa Rica), hay un elemento 'subsidiado' o 'no contributivo' para la seguridad social, basado en transferencias y subsidios del presupuesto del Gobierno Central.

La falta de sistemas de datos digitales y las barreras legislativas ocasionan que la coordinación y el intercambio de datos entre las instituciones financieras y proveedoras de atención médica y los niveles de gobierno sea subóptima. La coordinación deficiente obstaculiza la gestión y asignación efectivas y eficientes de los presupuestos y recursos sanitarios<sup>6</sup>.

### Disposiciones legislativas paralelas

La presupuestación ineficiente e ineficaz, debido a la fragmentación estructural, se ve obstaculizada aún más por la fragmentación legislativa y operativa que impide el desarrollo y la aplicación de políticas integradas, holísticas y transversales para abordar necesidades y desafíos de salud en todo el sistema de salud en su conjunto o en los niveles subnacionales.

Por ejemplo, si bien —en general— el presupuesto de las instituciones de seguridad social no requiere un proceso separado de aprobación legislativa, en algunos países, requiere la aprobación de una entidad pública distinta del Gobierno Central. La aprobación de la recaudación financiera, del planeamiento y del presupuesto enteramente por separado llevaría a una duplicación de las inversiones y de la capacidad en, por ejemplo, hospitales, tecnologías de alto costo y asignación de recursos a áreas que pueden no estar alineadas con las necesidades del país. En cambio, el requerimiento de una entidad pública puede ocasionar rigideces y obstaculizar una respuesta eficiente de la seguridad social a las necesidades de sus beneficiarios.

<sup>6</sup> James C, Beazley I, Rosato L, Penn C. Budgeting practices to improve health system performance: An OECD survey of countries from the Latin American and Caribbean region. OECD JOURNAL ON BUDGETING VOL-UME 2019/3 - SPECIAL ISSUE ON HEALTH. OECD 2019

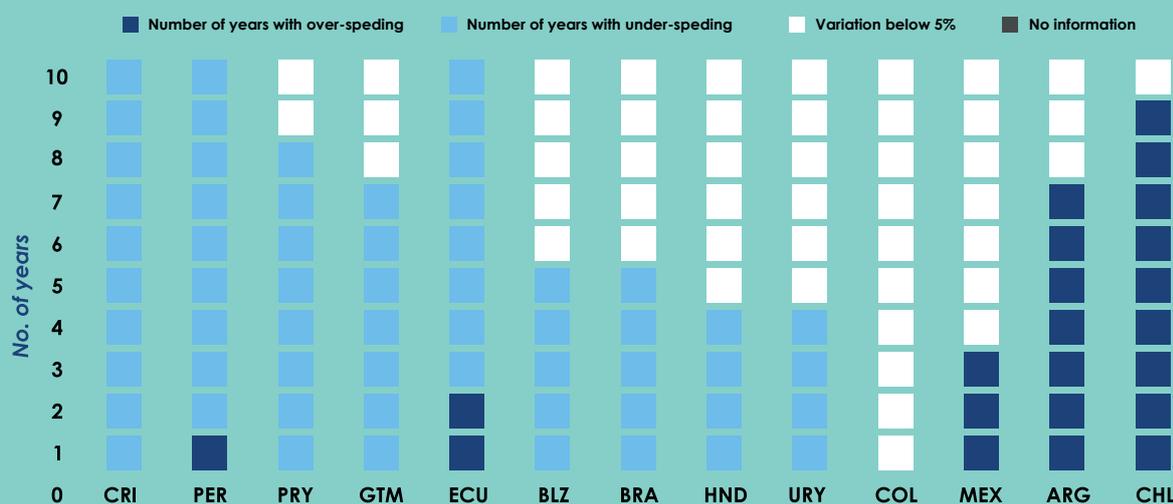
## Sistemas subóptimos y fragmentados para monitorear la ejecución presupuestaria

Si bien la mayoría de los países de ALC informaron que cuentan con un mecanismo para monitorear la ejecución presupuestaria en el sector de la salud a partir de fuentes gubernamentales, la efectividad de estos sistemas varía, ya que faltan informes de datos integrados y en tiempo real. Por ejemplo, los datos y la presentación de informes de los sistemas del seguro social de salud tienden a demorarse y, en algunos casos, no están disponibles.

## Incapacidad para ejecutar plenamente los presupuestos de salud

Hay una ejecución subóptima de los presupuestos de salud en la mayoría de los países con niveles de gasto más bajos que los inicialmente programados en el presupuesto público central. Por ejemplo, de los países encuestados, más de la mitad reportó un gasto insuficiente en al menos 5 de los últimos 10 años (Figura 1).

Figura 1: Número de años con gasto excesivo o insuficiente en salud (2004 a 2013).



Fuente: OCDE (2015), Encuesta de funcionarios presupuestarios sobre prácticas presupuestarias para la salud en países de América Latina y el Caribe

## Las razones informadas por los países de ALC encuestados para la ejecución deficiente de los presupuestos incluyen:

- (A) DÉBIL PLANIFICACIÓN PRESUPUESTARIA DE SALUD
- (B) RETRASOS EN LA LIBERACIÓN DE LOS FONDOS PRESUPUESTADOS
- (C) DEFINICIONES ESTRECHAS DE CATEGORÍAS DE GASTO QUE REDUCEN LA FLEXIBILIDAD
- (D) RIGIDEZ PRESUPUESTARIA Y DIFICULTADES EN LA GESTIÓN PRESUPUESTARIA COMO RESULTADO DE CONDICIONES ASOCIADAS A LAS TRANSFERENCIAS DEL SECTOR SALUD
- (E) COMPLEJIDADES Y DURACIÓN EXCESIVA DE LOS PROCESOS DE ADQUISICIÓN
- (F) BAJA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS CALIFICADOS
- (G) INEFICIENCIA EN LA ASIGNACIÓN Y ALINEACIÓN SUBÓPTIMA DE LOS PRESUPUESTOS DE SALUD CON LAS PRIORIDADES EN SALUD

La elaboración de presupuestos en los países de ALC suele ser incremental e histórica, y no necesariamente refleja los problemas y riesgos de salud actuales y futuros. Los presupuestos tampoco reflejan sistemáticamente la asignación en intervenciones rentables o temas de equidad para lograr mayores y más equitativos beneficios económicos.

Si bien, en algunos países, las autoridades presupuestarias reciben evaluaciones económicas de los beneficios esperados para la salud de las nuevas propuestas de políticas sugeridas por el Ministerio de Salud, estas no son un factor importante en la priorización de políticas ni se traducen en presupuestos de salud. Como resultado, es difícil determinar la efectividad, la eficiencia en la asignación y el impacto poblacional de los presupuestos de salud.

## Aplicación y efecto diferenciados en la presupuestación por desempeño

Aunque alrededor de la mitad de los países encuestados, incluido Perú, ha indicado que utilizó presupuestos por desempeño y acuerdos de desempeño en el sector salud con metas e indicadores de desempeño, no está claro en qué medida se cumplen estas metas, ya que no hay consecuencias para el mal desempeño. Como resultado, aunque se percibe la efectividad del presupuesto por desempeño para la contención de gastos y el aumento de la eficiencia y la efectividad en los sistemas de salud, en la práctica, en algunos países (por ejemplo, Paraguay y Perú), los marcos no han sido muy efectivos para contener gastos, pero sí "algo efectivos" para aumentar la eficiencia y la eficacia.

Las principales barreras que impiden el uso eficaz de las herramientas del presupuesto basado en el desempeño fueron la falta o la mala calidad de los datos y la información sobre el desempeño, así como la falta de capacidad y experiencia técnica. En el Perú, las principales limitaciones para el uso eficaz de las herramientas de presupuestación basadas en el desempeño se conocen como la falta de un análisis correcto.

## Revisiones de los gastos para salud

Si bien algunos de los países encuestados han utilizado revisiones de gastos para identificar áreas de ahorro potencial y proponer opciones de ahorro de costos o reasignación de gastos en salud, la ausencia de marcos y herramientas de monitoreo y la falta de desempeño confiable de alta calidad e integral de la información y de los datos obstaculizaron estas revisiones y la reasignación de los recursos presupuestarios. Otros países, incluidos Paraguay, Perú y El Salvador, no realizaron revisiones periódicas del gasto en salud.

Al identificar estos importantes desafíos, el estudio señaló que la presupuestación eficaz y eficiente se ve obstaculizada por la estructura fragmentada del financiamiento y la prestación de servicios de salud, las cuales requieren una mejor coordinación e intercambio de información entre las instituciones y los niveles de gobierno para mejorar la asignación y la gestión de los presupuestos y los recursos de salud.

El estudio observó una ejecución y aplicación presupuestaria subóptima y propuso un enfoque ascendente para reformar los sistemas presupuestarios con la implementación de sistemas de datos y seguimiento para producir datos precisos y oportunos sobre la aplicación presupuestaria y el desempeño del sistema de salud.



## Perú: revisión de la literatura

La revisión de la literatura sobre las prácticas presupuestarias en el sector salud en el Perú se basa en un estudio realizado en 2016 que involucró una revisión a profundidad de las prácticas presupuestarias y del financiamiento de la salud pública en el país<sup>7</sup>.

El estudio identifica varios desafíos importantes para la planificación, el desarrollo y la ejecución presupuestaria eficaz y eficiente. Estos incluyen la fragmentación estructural y operativa del sistema de salud, la rápida descentralización administrativa en las regiones, la alineación insuficiente de los presupuestos aprobados y ejecutivos, los excesivos procedimientos burocráticos para la gestión presupuestaria y los sistemas de datos débiles. Cada uno de estos desafíos se analiza con más detalle a continuación:

### Fragmentación estructural y operativa del sistema de salud

El sistema de salud peruano está fragmentado, tanto en términos de financiamiento como de prestación de servicios. Existen 3 sistemas principales en paralelo: el sector público, la seguridad social y el sector privado, los cuales cubren diferentes grupos de la población, brindan niveles distintos de beneficios y cobertura, y dependen de redes independientes de proveedores de atención médica para la prestación de servicios de salud. Alrededor de 14,2% de la población no cuenta con ninguna clase de cobertura.

En el sector público, existen 3 subsistemas mayores: el Ministerio de Salud (MINSA), el Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior. Los subsistemas para el Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior son relativamente pequeños. Cada uno funciona como un subsistema vertical y tiene sus propios sistemas cerrados e integrados. El subsistema del Ministerio de Defensa es el más pequeño de los 2 y cubre al 0,4% de la población. Este subsistema es financiado a través del Fondo de Salud de las Fuerzas Armadas y los servicios de salud son provistos por la Red de Proveedores de las Fuerzas Armadas para el Personal de las Fuerzas Armadas y sus Familias. El subsistema del Ministerio del Interior cubre alrededor del 1,1% de la población. Este es financiado a través del

Fondo de Salud de la Policía Nacional y los servicios de salud son provistos por la Red de Proveedores de la Policía Nacional para el Personal de la Policía Nacional y sus familias.

En el subsistema del Ministerio de Salud, que es el más grande del Perú, la aseguradora de salud pública —Seguro Integral de Salud (SIS)— cubre al ~51,1% de la población. El SIS se financia con los ingresos del Go-bierno Central. El Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), también financiado con ingresos del Gobierno Central, complementa el financiamiento del SIS y financia servicios de alto costo, como los relacionados al cáncer, las afecciones crónicas de alto costo a largo plazo, como la insuficiencia renal crónica, y las enfermedades raras o huérfanas; aunque la cobertura de estas enfermedades es menor a la demanda actual y los niveles de cobertura deben ser mejorados.

Los gobiernos regionales se encargan de desarrollar políticas regionales y brindar servicios de salud a sus poblaciones. Los gobiernos regionales y locales reciben financiamiento para los presupuestos de salud, principalmente, transferencias del Gobierno Central (~68%), donaciones y transferencias del SIS y otras agencias.



<sup>7</sup> Vammalle C, Rivadeneira AMR, James C, Prieto L, Montañez V. Financing and budgeting practices for health in Peru OECD Journal on Budgeting 2018; Volume 2017/2: 25-64.

Esta separación de los subsistemas del seguro social y el sistema financiado con impuestos públicos, que ha resultado en una gran fragmentación del sistema, es una causa importante de la ineficiencia, inequidad e ineficacia del sistema de salud y de todo el proceso de planificación, desarrollo y ejecución presupuestaria. En efecto, existe un sistema triple y los beneficiarios de EsSalud tienen un paquete de beneficios más integral que el del sistema de salud pública. Una prioridad importante para el sistema de salud peruano es expandir la cobertura del aseguramiento y los servicios de salud a aquellos que actualmente no están cubiertos y aumentar los beneficios del SIS al mismo nivel alcanzado por EsSalud.

La experiencia de Turquía es instructiva para el Perú. Turquía expandió su cobertura de salud a toda la población introduciendo un mecanismo de cobertura no contributivo financiado por el Estado para el 12 % de su población que no contaba con seguro. Luego, el Gobierno unificó 4 diferentes mecanismos de aseguramiento ante la dirección de una organización de la seguridad social unificada aumentando todos los fondos al paquete de beneficios integral más completo. Los múltiples verticales sistemas de aseguramiento públicos y sociales paralelos fueron consolidados en un sector proveedor unificado para superar la fragmentación existente. El Gobierno expandió la atención primaria y usó las compras estratégicas para contratar los servicios de salud del sector privado y así proveer al sector público y aumentar la capacidad del país<sup>8 9 10</sup>.

## Rápida descentralización administrativa

La descentralización administrativa en las regiones, que se introdujo a principios de la década del 2000, fue muy rápida y se aceleró en 2006, cuando se transfirieron 225 responsabilidades a las regiones en solo 6 meses.

Las regiones no estaban completamente preparadas para la rápida descentralización. Carecían de la capacidad de gestión y de recursos humanos para asumir nuevas responsabilidades en la gestión del financiamiento, la planificación, la coordinación y la prestación de servicios de salud y la implementación de políticas y programas de salud. Tampoco existían estructuras unificadas ni sistemas o instrumentos apropiados que permitieran una coordinación eficaz entre el Gobierno Central y los gobiernos regionales a fin de facilitar la gestión integrada de los programas y recursos de salud.

Como resultado de la descentralización, el rol del Ministerio de Salud (MINSa) se ha debilitado. Con excepción de las emergencias de salud pública, el MINSa carece de poderes legislativos e instrumentos para intervenir directamente y garantizar que las políticas y los programas de salud sean implementados de manera efectiva por los gobiernos regionales. También carece de capacidad financiera y recursos humanos para introducir sistemas digitales que podrían ayudar a monitorear el desempeño comparativo y evaluar la implementación de políticas y presupuesto en las regiones.

La rápida descentralización también ha dado lugar a duplicaciones de funciones y posibles conflictos en los mandatos de relación. Por ejemplo, las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) que existían en el período predescentralizado y se enfocan en el "sector público" coexisten con las Gerencias de Desarrollo Social, recientemente establecidas para un ámbito más amplio y geográfico de la salud.

## Excesivos procedimientos burocráticos para la planificación, el desarrollo y la ejecución presupuestaria

El proceso de presupuestación anual en el sector público sigue varios pasos:

- A.** Cada Unidad Ejecutora (UE) estima sus requerimientos presupuestarios y los comparte con los organismos públicos responsables y los gobiernos regionales (pliegos) que formulan sus requerimientos presupuestarios.
- B.** Los requerimientos se comparten con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).
- C.** Los requisitos de las unidades ejecutoras se modifican de acuerdo con los fondos disponibles. Esto implica un ajuste de las solicitudes por parte del MEF, que toma en cuenta el Marco Macroeconómico Multianual (MMM), marco macroeconómico plurianual de 3 años.

<sup>8</sup> Atun R. Transforming Turkey's Health System — Lessons for Universal Coverage. *N Engl J Med* 2015; 373 (14): 1285-89  
<sup>9</sup> Atun R, Aydin S, Chakraborty S, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet* 2013; 382: 65-99  
<sup>10</sup> Tirgil A, Gurol-Urganci I, Atun R. Early experience of universal health coverage in Turkey on access to health services for the poor: regression kink design analysis. *J Glob Health*. 2018;8(2):020412. doi:10.7189

**D.** Los presupuestos ajustados, el 'presupuesto de apertura' (Presupuesto Institucional de Apertura o PIA) se presentan al Consejo de Ministros para su aprobación.

**E.** El PIA se envía al Congreso para su aprobación. Este refleja la cantidad de la que es responsable cada institución, pero no de dónde se deben asignar estos fondos y cómo se deben gastar.

**F.** Luego de la aprobación, el MEF asigna un PIA a cada Unidad Ejecutora para la ejecución presupuestaria.

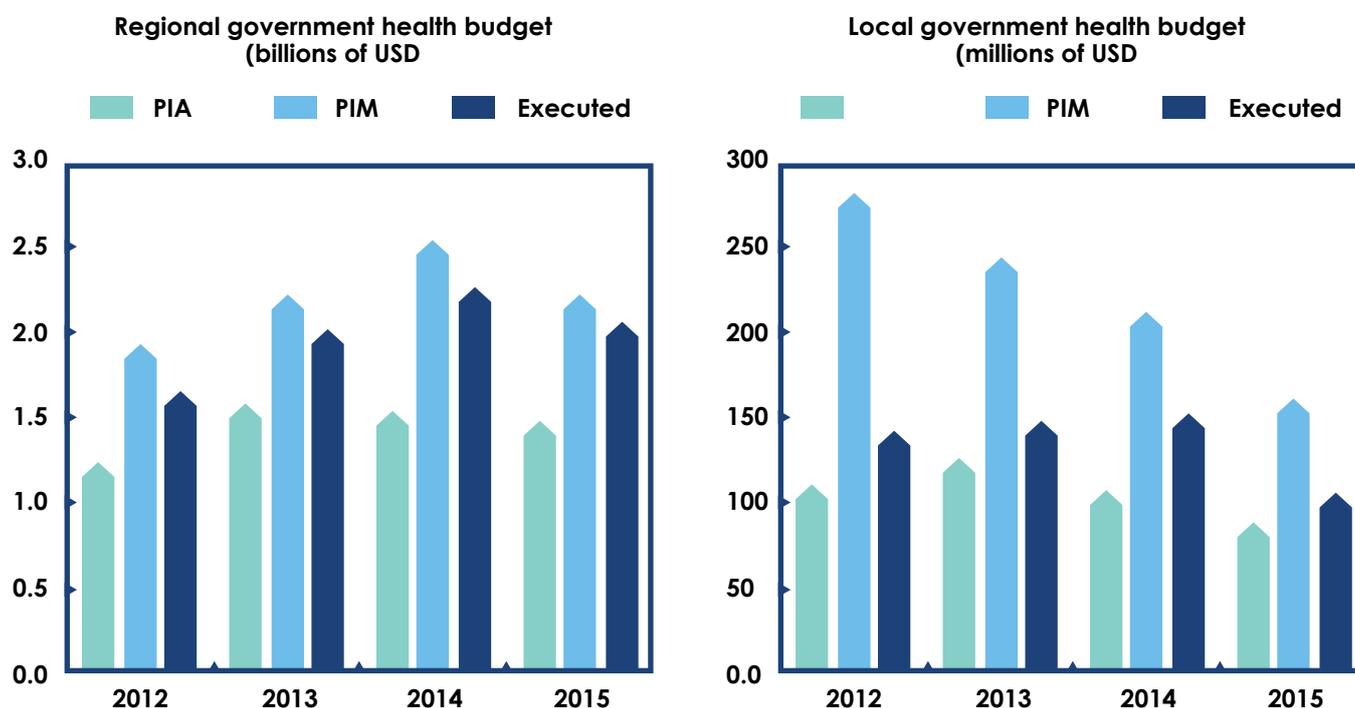
**G.** Durante la ejecución del presupuesto, el presupuesto es 'modificado' por instituciones de nivel superior (Presupuesto Institucional Modificado o PIM). Se trata de la transferencia de líneas presupuestarias de una institución/Unidad Ejecutora a otra de acuerdo con las necesidades y el cumplimiento de criterios específicos como el desempeño. El MEF también puede modificar el presupuesto mediante transferencias, luego de la evaluación del desempeño y el logro de un buen desempeño.

El proceso es similar para EsSalud, por ser una entidad del sector público, con la diferencia de que su presupuesto y plan operativo primero es aprobado por su consejo directivo y luego por el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE).

Este proceso de varios pasos crea complejidades para la planificación, el desarrollo y la ejecución del presupuesto en el sistema de salud pública. Primero, muchas de las unidades ejecutoras carecen de la capacidad para desarrollar presupuestos que reflejen las necesidades actuales y futuras. Como resultado, el presupuesto tiende a ser incremental e histórico (reflejando presupuestos pasados). En segundo lugar, el presupuesto inicial aprobado por el Congreso no refleja completamente cómo se van a gastar estos fondos, pero identifica qué institución es responsable de la asignación y el seguimiento del presupuesto. Los cambios repetidos en el presupuesto a lo largo de un año fiscal dificultan la planificación, la programación y la ejecución presupuestaria para los gobiernos regionales y locales. En tercer lugar, la compleja interacción entre el PIA y el PIM crea incertidumbre sobre los presupuestos disponibles.

En consecuencia, la ejecución presupuestaria queda muy por debajo de los fondos disponibles, especialmente, a nivel regional y local, ya que son beneficiarios netos de la modificación presupuestaria, pero la capacidad de gestión presupuestaria es demasiado débil para utilizar estos fondos de manera eficaz y oportuna. Como resultado, los gobiernos regionales y locales no siempre son capaces de gastar el presupuesto total asignado con niveles de ejecución presupuestaria de 65-70 % o asignarlo a las áreas necesarias de manera oportuna (Figura 2).

Figura 2: Presupuesto inicial, presupuesto modificado y ejecución presupuestaria por nivel de gobierno.



## Puntualidad en la transferencia de fondos

Otro desafío para la ejecución presupuestaria se relaciona con el momento de la transferencia de los fondos para los presupuestos aprobados, ya que la ley de presupuesto prevé la transferencia, pero no prescribe un momento para la transferencia. Esto puede provocar retrasos en las transferencias de los presupuestos autorizados, reduciendo el tiempo disponible para que las instituciones receptoras gasten los fondos. Los datos de 2015 sugieren que casi el 25 % del presupuesto distribuido por el SIS se realizó en marzo.

## Rigidez presupuestaria

Con la descentralización, las regiones asumieron responsabilidades funcionales, pero los presupuestos de los gobiernos regionales son capítulos del documento del presupuesto general, que consta de partidas presupuestarias muy detalladas. La variación entre líneas presupuestarias está muy controlada y, por lo general, no es posible. Esto genera rigidez en el uso de los fondos disponibles.

## Insuficiente capacidad de gestión y recursos humanos en las regiones

Este déficit de capacidad puede afectar negativamente a las adquisiciones que se producen en todos los niveles de gobierno. Por ejemplo, existen 2 programas centrales de adquisiciones que están diseñados para lograr precios favorables para equipos, medicamentos, tecnologías sanitarias y otros insumos. El primero, compras centralizadas, implica la compra y distribución de una lista de medicamentos necesarios para implementar estrategias nacionales directamente en las regiones. El segundo, compras corporativas, liderado por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (CENARES), establece un conjunto de proveedores preferentes y mejores precios para cantidades específicas. Posteriormente, cada institución o Gobierno Regional firma contratos de compra con los proveedores seleccionados por el precio negociado para su cantidad particular. Sin embargo, las compras corporativas requieren que las regiones envíen sus requisitos de medicamentos al Gobierno Central y tengan los fondos necesarios para emitir órdenes de compra.

Los bienes que no se compran mediante adquisiciones centrales son adquiridos directamente por los gobiernos subnacionales. Sin embargo, las complejas regulaciones de contratación pública y la falta de capacidad administrativa a nivel subnacional provocan retrasos en las adquisiciones.

## Competencia de EsSalud y el sector privado de profesionales de salud

El Perú tiene escasez de profesionales de la salud y es difícil atraerlos hacia áreas rurales para trabajar. El sector público compite en la captación de profesionales de la salud con EsSalud y el sector privado que pagan salarios más altos y tienen mejores condiciones laborales. Como resultado, el sector público no puede atraer suficientes profesionales de salud en comparación con la cantidad que podría cubrir el presupuesto. Esto provoca una ejecución insuficiente del presupuesto de salud.

## Falta de datos, sistemas y capacidad para monitorear el desempeño del presupuesto de salud

Los sistemas de recopilación y análisis de datos para la medición y gestión del desempeño son débiles. Esto dificulta la revisión y la medición oportuna de los objetivos de desempeño cuando se modifican los presupuestos. Además, los desafíos de medición implican que las UE de bajo rendimiento continúen recibiendo financiamiento con consecuencias adversas para la eficiencia, eficacia y equidad del financiamiento.

Existen importantes iniciativas en el Perú para proporcionar un registro actualizado y transparente de los recursos públicos y mejorar la eficiencia de la administración pública. Estos incluyen el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) y el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA). Sin embargo, la falta de sistemas de datos digitales integrados para presupuestos, actividades y desempeño obstaculiza sustancialmente la aplicación efectiva de estos sistemas a nivel subnacional.

Además, si bien todas las entidades públicas están obligadas a proveer información al SIAF y al SIGA, EsSalud, como institución pública autónoma, no está obligada a hacerlo. De hecho, como EsSalud es una entidad independiente, utiliza un sistema separado que no está integrado con el MEF. Esto crea una barrera importante para comparar y evaluar el desempeño de las instituciones públicas involucradas en el financiamiento y la prestación de servicios de salud con el desempeño de la red de EsSalud para permitir que los sistemas del sector público y de EsSalud aprendan el uno del otro y puedan mejorar su desempeño constantemente en relación del uso de los fondos disponibles y la provisión de servicios de salud.

## Resultados de las entrevistas a profundidad

Los resultados de las entrevistas han identificado desafíos importantes en relación con la planificación, el desarrollo y la ejecución del presupuesto. Muchos de los hallazgos de las entrevistas están en línea con los estudios anteriores.

- El Perú experimentó inestabilidad política durante décadas con el gobierno militar y luego de la transición a la democracia. La estabilización política y la democratización implicaron un proceso de "descentralización" y el establecimiento de regiones, el cual comenzó en 2002 y se implementó rápidamente. Como resultado, el sistema está muy fragmentado y sin herramientas ni sistemas adecuados para gestionar esta fragmentación.

**“ El sistema de salud en el Perú es un sistema multifragmentado ”**

*Extracto de entrevistas con expertos peruanos*

- La rápida descentralización ha hecho que la relación entre las regiones y la administración central no se haya definido claramente a nivel operativo. En la práctica, la relación entre el Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Salud y las regiones es más parecida a la 'desconcentración'. Esto queda claro con las pocas flexibilidades que existen en el presupuesto sanitario asignado, que está predefinido con muchas partidas. Esta rigidez combinada con la volatilidad regulatoria, crea un entorno incierto para la ejecución del presupuesto.

**“ El gobierno nacional mide nuestra ejecución sin darse cuenta de que hay responsabilidad de ambas partes, nacional y regional ”**

*Extracto de entrevistas con expertos peruanos*

- Además, la Ley de Presupuesto y el reglamento restringen severamente la flexibilidad necesaria para aplicar los recursos donde más se necesitan.

**“ Ley de Presupuesto ponía limitaciones legales para mover recursos ”**

*Extracto de entrevistas con expertos peruanos*

- Como resultado de las demoras en la ejecución presupuestaria y la rigidez presupuestaria, los fondos, a menudo, no se pueden utilizar para satisfacer las necesidades y abordar la escasez de capacidad que existe en los sistemas regionales de salud. Por ejemplo, la transferencia tardía del presupuesto implica que una proporción sustancial del personal, los llamados "terceros", sean empleados cuando haya fondos, pero cuyos contratos se terminan cuando se agota el presupuesto.

**“ Tenemos (...) recursos humanos contratados a través de servicios de terceros –informales–. Este contrato es rotativo y no asegura su permanencia. El personal de salud no tiene necesariamente una contratación estable. Gran parte (...) tiene una contratación temporal ”**

*Extracto de entrevistas con expertos peruanos*

- Además, como los presupuestos son históricos e incrementales (en lugar de basados en las necesidades), las demoras en la ejecución presupuestaria significan que hay un gasto insuficiente durante la primera parte del año y, luego, una carrera para gastar la mayor cantidad posible del presupuesto antes de que finalice el año financiero.

**En todas las regiones, en los primeros 3 meses del año, el gasto de bienes y medicamentos para salud no se ejecutaba**

*Extracto de entrevistas con expertos peruanos*

- Los encuestados identificaron la corrupción como una preocupación importante debido a la falta de transparencia y trazabilidad, ya que no existen sistemas digitales de información. Las reglas de contratación pública se implementan cuando hay un caso de corrupción expuesto por los medios de comunicación<sup>11</sup>. En consecuencia, se añaden cada vez más procedimientos y reglamentos a los ya existentes, lo que da lugar a un sistema de contratación demasiado complejo y, a menudo, contradictorio<sup>12</sup>.

**Hay que considerar que este proceso es cada vez más complejo**

*Extracto de entrevistas con expertos peruanos*

- La liberación tardía de los fondos presupuestados se ve agravada por reglas complejas relacionadas con las adquisiciones, en las que se necesitan entre 10 y 15 aprobaciones antes de gastar los fondos, lo que genera más retrasos en la ejecución del presupuesto.

**El primer retraso (...) [del] presupuesto (...) es el traslado del Gobierno Central —MEF— al GORE y luego a las unidades ejecutoras. La razón de demora del GORE a nivel central es básicamente por procedimientos, se tiene que llenar una serie de formatos distintos. El año pasado, sí tuvo problemas los primeros 3 meses, no teníamos dinero para comprar las cosas**

*Extracto de entrevistas con expertos peruanos*

- En el Perú, el Gobierno Central tiene los poderes legales y la autoridad para imponer y recaudar impuestos. La recaudación de impuestos lo lleva a cabo la Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria (SUNAT), una agencia del Gobierno Central. Las regiones administrativas no recaudan ingresos por impuestos locales. Debido a ello, casi la totalidad del presupuesto de salud se asigna de forma centralizada. La asignación centralizada de los fondos en salud, que usa un enfoque presupuestario histórico, presenta múltiples desafíos para los sistemas regionales de salud. Las regiones del Perú son notablemente diversas con necesidades únicas que exigen autonomía en la ejecución de la prestación de servicios de salud para satisfacer las necesidades locales en lugar de asignar presupuestos basados en datos históricos o en la noción del sistema central de lo que se necesita.

**Todo se basa en lo histórico y lo histórico no es lo real**

*Extracto de entrevistas con expertos peruanos*

- Debido a la fragmentación del sistema y el reporte de la información del Gobierno Central, suele haber muy poca información integrada y comparable sobre el gasto de las instituciones de la seguridad social y el sector público. Esto dificulta el hecho de contar con políticas transversales efectivas que aseguren la sostenibilidad fiscal del sistema de salud en su conjunto.

**Se ha de tener información real para el gasto efectivo del presupuesto**

*Extracto de entrevistas con expertos peruanos*

<sup>11</sup> Santos, M. 2011. "La economía política de las reformas de los sistemas de compras públicas en Chile, Brasil y Filipinas." In G. Rozenwurcel and G. Bezchinsky. La economía política de las reformas de los sistemas de compras públicas en América Latina y el Caribe. International Development Research Centre. Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín.

<sup>12</sup> OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development). 2007. Integrity in Public Procurement, Good Practice from A to Z. Paris: OECD Publishing.

- Los constantes cambios en el presupuesto a lo largo del año dificultan la planificación, la programación y la ejecución presupuestaria para los gobiernos regionales y locales que no siempre pueden gastar la cantidad total de recursos asignados. Esto se ve agravado por la falta de recursos humanos, especialmente, de economistas en salud y especialistas en finanzas públicas, en particular, fuera de las capitales. Esto afecta el intento de aplicar los presupuestos de manera efectiva y de implementar de manera significativa el financiamiento basado en resultados.

**Los Presupuestos Por Resultados son ejecutados casi en su totalidad, pero la calidad del gasto es mala**

Extracto de entrevistas con expertos peruanos

- El constante cambio de ministros y viceministros de salud agrava esta incertidumbre y falta de continuidad.

**Cada ministro, cada Gobierno, cada director de Planeamiento y Presupuesto cambia de directores, que cuando ingresan, cambian las cosas**

Extracto de entrevistas con expertos peruanos

- La discontinuidad que resulta de los nombramientos políticos y la tradición de utilizar médicos como líderes administrativos se suma a la limitación de capacidad, lo que crea una necesidad urgente de capacitación y desarrollo de capacidad del personal en todos los niveles. Esto es fundamental para la gestión intersectorial.

**La capacitación y articulación intersectorial es importante para la ejecución**

Extracto de entrevistas con expertos peruanos

- La ejecución efectiva del presupuesto y el desempeño del sistema fragmentado y descentralizado con limitaciones de capacidad se ven obstaculizados aún más por la falta de infraestructura digital adecuada, datos digitales y funciones analíticas. Los sistemas de datos digitales son necesarios para proporcionar inteligencia en tiempo real sobre la ejecución del presupuesto para una gestión eficaz de los fondos disponibles, su alineación con las prioridades, la satisfacción de las necesidades y la mejora del rendimiento. Los encuestados consideraron que un sistema digital ayudaría a garantizar una mayor transparencia, trazabilidad y responsabilidad.

**Un sistema de monitoreo es sumamente importante para tener el feedback de cómo vamos avanzando en cada región**

Extracto de entrevistas con expertos peruanos

- Los participantes de la entrevista señalaron el uso ineficiente de fondos en el sistema de salud y la incapacidad y la capacidad para ejecutar los presupuestos de salud asignados. Como resultado, hay un gasto insuficiente o excesivo. Los encuestados sintieron que aumentar el presupuesto por sí solo sin abordar los problemas sistémicos no resolvería los desafíos identificados. Un enfoque por partes tampoco ayudaría a resolver estos desafíos. Se necesita una solución integral. Los participantes de la entrevista sintieron que una solución integrada y holística podría lograrse mejor a través de un piloto regional que estuviera respaldado por un sistema digital de gestión de datos digitales en tiempo real, donde los desafíos identificados por los encuestados puedan abordarse de manera integral, integrada y holística.

**Tenemos que ir a las regiones a ayudar a ejecutar este presupuesto**

Extracto de entrevistas con expertos peruanos

Con el fin de brindar una visión sistémica, hemos agrupado estos desafíos en 4 categorías:

**I. NIVEL LEGISLATIVO:** donde los desafíos surgen debido a cambios legislativos y necesitan cambios legislativos para abordarlos.

**II. NIVEL INSTITUCIONAL:** donde los desafíos se relacionan con las instituciones y unidades administrativas y donde se encuentran las soluciones.

**III. NIVEL OPERATIVO:** donde los desafíos se relacionan con los sistemas, los mecanismos y la gestión diaria, y deben abordarse para simplificar la administración del presupuesto y la ejecución presupuestaria.

**IV. NIVEL INSTRUMENTAL:** donde los desafíos se relacionan con el proceso presupuestario en sí y obstaculizan la ejecución efectiva y oportuna, así como la aplicación adecuada de los fondos para atender las principales necesidades y lograr resultados.

## Desafíos y propuestas

Presentamos un resumen de los principales desafíos y posibles soluciones para abordarlos:

### A. NIVEL NORMATIVO

#### Principales desafíos

Los desafíos a este nivel son estructurales y requieren cambios en la ley. Surgen debido a la descentralización administrativa rápida e incompleta en 26 regiones y centros presupuestarios, así como en diferentes fuentes de financiamiento de salud. Esto ha provocado:

1. Presupuesto fragmentado con múltiples fuentes de financiamiento y reglas. Cada una de las 3 fuentes principales de financiamiento (Seguro Social, Ministerio de Salud y Fondos Regionales) tiene un conjunto diferente de requisitos para la gestión y ejecución del presupuesto.
2. Múltiples requisitos para decisiones de ejecución presupuestaria con regulaciones en conflicto, que dificultan la ejecución eficiente del presupuesto.

#### Soluciones propuestas

1. Revisar las regulaciones para identificar áreas de conflicto en las regulaciones relacionadas con la gestión presupuestaria de fondos de múltiples fuentes y perfeccionarlas para agilizar el proceso de gestión presupuestaria con el fin de mejorar la eficacia y eficiencia presupuestaria.
2. Establecer un fondo unificado de financiamiento para la salud en el sector público, en el sistema del Ministerio de Salud, con un solo 'conducto' de financiamiento para canalizar fondos con un conjunto estandarizado de reglas para la ejecución presupuestaria. Esto debería comenzar con áreas prioritarias, como recursos humanos y adquisiciones que están experimentando retrasos.
3. Establecer mecanismos que permitirían la nivelación de los servicios de salud al mismo estándar de compras transversales y de provisión de servicios entre los subsistemas para utilizar la capacidad disponible y los recursos, y para reducir la fragmentación.

## B. NIVEL INSTITUCIONAL

### Principales desafíos

A nivel institucional, los desafíos surgen de la falta de integración entre las instituciones involucradas en la planificación, el financiamiento y la ejecución presupuestaria. Como resultado:

1. No existe un proceso sistemático de establecimiento de prioridades para alinear el presupuesto con las necesidades actuales y futuras, y para garantizar la eficiencia de la asignación.
2. La ejecución presupuestaria es transaccional: los presupuestos están vinculados con objetivos a nivel macro de resultados a nivel nacional, pero no existen sistemas para llevarlos en cascada al nivel institucional, definir la responsabilidad, garantizar la rendición de cuentas con el fin de lograr resultados y gestionar el desempeño.
3. Los ciclos de presupuestación y adquisiciones están desalineados con una capacidad diferenciada para las adquisiciones. Esto provoca retrasos en proyectos importantes.

### Soluciones propuestas

1. Establecer una unidad de evaluación de necesidades y un establecimiento de prioridades para alinear los presupuestos con las necesidades.
2. Llevar a cabo una revisión del proceso de gestión del presupuesto y los flujos de trabajo para identificar áreas de duplicación, cuellos de botella y desalineación.
3. Establecer sistemas de datos digitales y análisis para establecer un proceso de gestión presupuestaria óptimo e integrado, y realizar un seguimiento de los flujos presupuestarios, la ejecución y el logro de los objetivos.
4. Establecer una 'Unidad de Seguimiento' interdisciplinaria para facilitar la planificación, el desarrollo y la ejecución presupuestarios integrados, y gestionar la adquisición de proyectos grandes y complejos.

## C. NIVEL OPERATIVO

### Principales desafíos

Los desafíos a este nivel surgen debido a la falta de sistemas y capacidad para una gestión presupuestaria eficiente y eficaz a nivel central y regional. Como resultado:

1. No hay sistemas de datos y análisis para vincular planes, presupuestos y objetivos, visualizar los flujos de procesos comerciales, evaluar retrasos en la ejecución del presupuesto o evitar gastos ineficientes al final del año fiscal.
2. La capacidad de presupuestación varía sustancialmente en las regiones e instituciones de salud porque (i) no todos los equipos involucrados en la ejecución presupuestaria están capacitados en presupuestación y, por lo tanto, no tienen una visión holística o comprensión del proceso presupuestario y (ii) existe una alta rotación de equipos.

### Soluciones propuestas

1. Crear un 'piloto de demostración' para mostrar cómo se podrían implementar nuevas soluciones digitales y enfoques presupuestarios en las regiones.
2. Desarrollar un curso digital en línea sobre planificación, desarrollo y ejecución presupuestaria para pro-fesionales en todos los niveles del sector salud.

## D. NIVEL INSTRUMENTAL

### Principales desafíos

Hay varios desafíos relacionados con el presupuesto como instrumento no óptimo:

1. Los presupuestos son incrementales históricos: reflejan las necesidades del pasado.
2. Los presupuestos son rígidos con una flexibilidad limitada para el cambio, lo que impide la capacidad de respuesta a circunstancias cambiantes.
3. Una alta proporción de los presupuestos son gastos indiscrecionales, lo que impide el uso de los presupuestos como instrumentos de cambio.

### Soluciones propuestas

1. Establecer un plan de transición de 3 a 5 años para reemplazar en todo el país la presupuestación incremental histórica por una presupuestación flexible basada en resultados y vinculada a las prioridades.
2. Crear procedimientos operativos estándar para permitir una mayor flexibilidad para la variación entre las partidas presupuestarias y un mayor gasto discrecional.
3. Establecer revisiones presupuestarias trimestrales para verificar la ejecución presupuestaria y el logro de resultados con la flexibilidad de reprogramar presupuestos.

## Mejora de la planificación, el desarrollo y la ejecución presupuestaria en el sistema de salud pública: perspectivas mundiales

La Recomendación del Consejo sobre Gobernanza Presupuestaria de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos ha propuesto 10 principios para una buena gobernanza presupuestaria<sup>19</sup>.

Estos principios reúnen la experiencia del Grupo de Trabajo de Altos Funcionarios Presupuestarios de la OCDE y sus redes asociadas, las contribuciones y los conocimientos del Comité de Gobernanza Pública y otras áreas de la OCDE, y los conocimientos de la comunidad presupuestaria internacional. Estos 10 principios, que están en línea con las soluciones recomendadas proporcionadas en este informe, incluyen:

- A.** Gestionar presupuestos dentro de límites claros, creíbles y predecibles para la política fiscal.
- B.** Alinear estrechamente los presupuestos con las prioridades estratégicas del gobierno a mediano plazo.
- C.** Diseñar el marco de presupuestación de capital a fin de satisfacer las necesidades de desarrollo nacional de manera rentable y coherente.

**D.** Garantizar que los documentos y los datos presupuestarios sean abiertos, transparentes y accesibles.

**E.** Facilitar un debate inclusivo, participativo y realista sobre las opciones presupuestarias.

**F.** Presentar una cuenta completa, precisa y confiable de las finanzas públicas.

**G.** Planificar, administrar y monitorear activamente la ejecución presupuestaria.

**H.** Asegurar que el desempeño, la evaluación y la relación calidadprecio sean parte integral del proceso presupuestario.

**I.** Identificar, evaluar y gestionar con prudencia la sostenibilidad a largo plazo y otros riesgos fiscales.

**J.** Promover la integridad y la calidad de las proyecciones presupuestarias, los planes fiscales y la implementación presupuestaria a través de un riguroso aseguramiento de la calidad, incluida la auditoría independiente.

<sup>19</sup> OCDE. Recomendación del Consejo de Gobernanza Presupuestaria. Dirección de Gobernanza Pública y Desarrollo Territorial. París, 2015.

## Proyecto piloto para mejorar la planificación, el desarrollo y la ejecución presupuestaria en el sistema de salud pública del Perú



### Justificación

Los desafíos y recomendaciones están planteados en el plano teórico, basados en las entrevistas a profundidad y el análisis de la documentación existente. Sin embargo, para el correspondiente proceso de validación se requiere aplicar las recomendaciones en un entorno real, no solo para la determinación de la idoneidad de los planteamientos, sino también para cuantificar en tiempo y recursos lo que se requiere para su implementación.

En tal sentido, se sugiere un plan piloto para desarrollar lo que el informe recomienda en un escenario controlado. Dicha entidad debe ser representativa de la problemática de salud, materia de este estudio, cubriendo todas las fases desde la presupuestación inicial hasta la ejecución final. Dentro de las opciones disponibles hemos considerado un piloto en un Gobierno Regional, debido a los siguientes motivos:

- Si bien recibe los fondos presupuestales del Gobierno Central, es autónomo en la gestión de salud pública de la región.
- Los problemas de relación entre la región y el Gobierno Central en cuanto al presupuesto público es común y prácticamente idéntico en las 24 regiones del Perú.
- Las regiones tienen a su cargo los hospitales públicos, los centros asistenciales, los programas de prevención sanitaria, la gestión de campañas y, por supuesto, la gestión de pandemias y epidemias. En una palabra, toda la administración del sistema público de salud.

Vale recordar que hemos realizado un Foro de Innovación en Salud con la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, con la participación del 80% de los gobiernos regionales (a través de sus Directores Regionales de Salud y sus especialistas de presupuesto tanto a nivel de pliego como de unidad ejecutora en salud), en la cual se relevó las conclusiones que compartieron los expertos internacionales y pusieron de manifiesto su intención para participar en pilotos regionales.

### Ubicación

Se ha seleccionado la región Cusco para el Plan Piloto con el acuerdo del Gobernador Jean Paul Benavente y sus principales directivos, quienes han acogido con entusiasmo nuestra intervención. Cusco es una región ubicada al sureste del Perú. Es la cuarta región más extensa, luego de Loreto, Ucayali y Madre de Dios. Sus principales recursos agrícolas son el maíz, la cebada, la quinua, el té y el café. En minería, sobresale el oro y en energía el gas. Cusco se divide en 13 provincias y 112 distritos. Asimismo, cuenta con una población de 1 205 527 habitantes.

Debido a que Cusco, una región emblemática en la historia y la cultura peruana, está acostumbrada a acoger a gran número de turistas, la mayoría extranjeros, se esmera en poder dar servicios de salud adecuados, no solo a su población, también a los visitantes. Es una región con mucha historia y, al mismo tiempo, está abierta a los cambios tecnológicos que la modernidad nos trae gracias a una gestión regional altamente motivada por dar más y mejores servicios a su población con énfasis en salud pública.

Existe suficiente infraestructura de comunicaciones y transporte aéreo, indispensables para el desarrollo del piloto. Además, su población es menos concentrada en su capital, como es el caso en otras regiones grandes del Perú:

PROVINCIA	CAPITAL	DISTRITOS	POBLACIÓN (2017)
Cusco	Cusco	8	447,588
Acomayo	Acomayo	7	22,940
Anta	Anta	9	56,206
Calca	Calca	8	63,155
Canas	Yanaoca	8	32,484
Canchis	Sicuani	8	95,774
Chumbivilcas	Santo Tomás	8	66,410
Espinar	Yauri	8	57,582
La Convención	Quillabamba	14	147,148
Paruro	Paruro	9	25,567
Paucartambo	Paucartambo	6	42,504
Quispicanchi	Urcos	12	87,430
Urubamba	Urubamba	7	60,739

**NOTA. FUENTE: INEI (2017)**

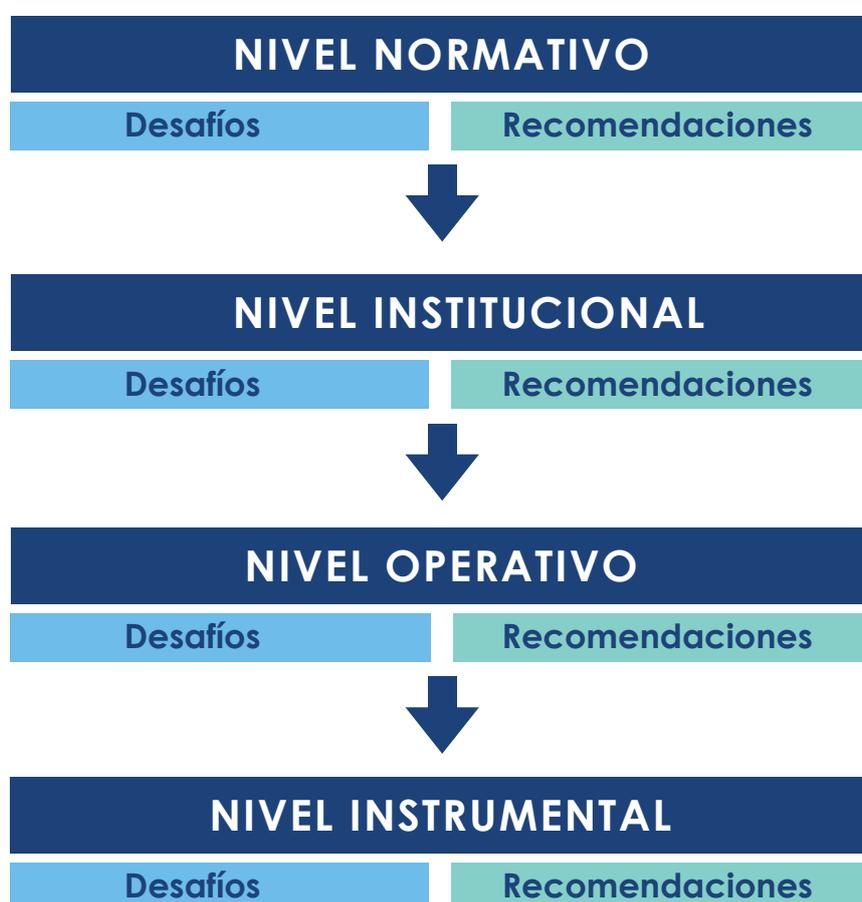
## Componentes del piloto

El trabajo se divide en componentes; a los cuales se aplicará de manera transversal lo siguiente:

- **Validación de los hallazgos** que presentamos en el informe, especificando de manera objetiva cómo y dónde se manifiestan los mismos. Se especificarán casos concretos para sostener nuestros argumentos y se medirá el daño en recursos y tiempo que dichos desafíos representan.
- En lo posible, **implementar las recomendaciones** de nuestro estudio, adaptándolas al entorno particular de cada caso.

Los componentes en sí serán los siguientes:

- **Nivel normativo:** los desafíos a este nivel son estructurales y requieren cambios en la ley, y surgen debido a la descentralización administrativa rápida e incompleta en 26 regiones y centros presupuestarios, así como en diferentes fuentes de financiamiento de salud.
- **Nivel institucional:** los desafíos surgen de la falta de integración entre las instituciones involucradas en la planificación, financiamiento y ejecución presupuestaria.
- **Nivel operativo:** los desafíos surgen debido a la falta de sistemas y capacidad para una gestión presupuestaria eficiente y eficaz a nivel central y regional.
- **Nivel instrumental:** hay varios desafíos relacionados con el presupuesto como una herramienta no óptima.



## Énfasis en el presupuesto

Asimismo, se pondrá especial énfasis en la gestión de la formulación presupuestal como una suerte de hilo conductor a través de todos los componentes, produciendo así productos valiosos para la aplicación en el corto plazo de mejoras en su gestión.

Es importante revisar el presupuesto para que sea coherente y consistente con lo que se necesita en la gestión de los servicios de salud en la región. Además, esto debe ir acompañado de la adecuada y suficiente capacidad administrativa para agilizar la gestión y propender a que esta sea eficaz y eficiente. En función de lo cual, se pueden hacer reasignaciones, modificaciones, ajustes, realineamientos e innovaciones en la gestión presupuestaria. Se deberán identificar las necesidades reales en la salud de la población. Por otro lado, se fomentará la eficiencia en los programas presupuestales.

Para ello, consideraremos lo estipulado en el artículo 31 del Decreto Legislativo n.º 1140 del Sistema Nacional de Presupuesto Público:

### Aprobación del Presupuesto Institucional de Apertura.

31. 2. Los Presupuestos Institucionales de Apertura correspondientes a los Pliegos del Gobierno Nacional se aprueban a más tardar el 31 de diciembre del año fiscal anterior a su vigencia (...)

Para una revisión presupuestal efectiva, se considerarán 7 actividades que se detallan a continuación:

1. Mapeo de partidas presupuestarias
2. Apoyo al Gobierno Regional en la programación presupuestaria 2021
3. Mejora de metas presupuestarias en atención a servicios de salud prioritarios
4. Modificatorias presupuestarias a nivel de pliegos y unidades ejecutoras
5. Sistema de alertas y oportunidades
6. Diseño e implementación del aplicativo informático (*dashboard*)
7. Validación de hallazgos

Luego de la revisión presupuestal, será importante hacer un análisis de dicha revisión para poder identificar el flujo de la ejecución y los cuellos de

botella que se presentan en la región. La experiencia de los expertos internacionales y locales ayudará a mejorar el flujo y alivianará los cuellos de botella.

## Apoyo en prioridades del Gobierno Regional de Cusco

Naturalmente, estaremos atentos a la identificación de otras problemáticas específicas que encontremos, inclusive consideraremos lo que los directivos del gobierno de Cusco identifiquen y las incorporaremos a nuestro trabajo en función a su relevancia.

## Solución digital

Una de las soluciones más comentadas por los especialistas es desarrollar la infraestructura digital. En este sentido, se pensaron en medidas que pueden ser implementadas en el corto plazo, teniendo en cuenta que para encontrar una solución sostenible para los sistemas de información deficientes en las regiones se van a requerir de medidas más prolongadas.

La implementación de la solución digital, en el corto plazo, se hará a través de una línea de intervención asociada a la gestión presupuestaria que contemplará la creación de una base de datos en línea para los diferentes actores institucionales de la gestión de la salud en el Gobierno Regional y la implementación del software que dé soporte a la gestión de la información para aumentar el conocimiento de la gestión y apoyar la toma de decisiones. Esta es la sexta actividad del primer componente que consiste en la revisión presupuestal.

Para que esto sea posible, se deberá realizar un análisis previo en el que se determinará qué se debe reparar, qué se debe mejorar y qué se debe cambiar. Se analizarán los sistemas existentes para activar funciones que no estén siendo utilizadas. Asimismo, se identificarán oportunidades para la interoperabilidad.

## Proyecciones del Plan Piloto

El proyecto piloto tiene una importancia particular. Esto se debe a que no hay iniciativas que promuevan la generación de evidencia en la implementación de soluciones para la problemática de la baja ejecución presupuestaria en el sector salud del Perú a nivel subnacional. En ese sentido, se pueden generar alianzas con instituciones que estén interesadas en este tipo de evidencia, como la Presidencia del Consejo de Ministros, el Ministerio de Economía, la Asociación Nacional de Gobiernos Regionales, entre otros. Asimismo, la implementación del piloto en Cusco será el punto de partida para analizar la replicabilidad del proyecto en otras regiones del país.

## APÉNDICES

---

### **Actores estratégicos entrevistados por cargos desempeñados**

1. Ministros de Salud (3)
2. Viceministros (2)
3. Directores Generales (2)
4. Directores Regionales de Salud (3)
5. Especialistas con experiencia en gasto público, presupuesto en salud y gestión hospitalaria (3)
6. Especialistas parlamentarios (1)
7. Funcionario de Tecnologías de la Información (1)
8. Funcionaria de seguimiento de ejecución de metas en la PCM (1)
9. Congresista y vocero de bancada (1)



