

# Costos de transacción generados en el proceso presupuestario en el Perú<sup>1</sup>

Betty M. Alvarado Pérez

## Resumen

El presente artículo recoge algunos de los resultados del análisis al proceso presupuestal del sector salud en la ciudad de Lima. La metodología no busca solamente discutir los niveles de asignación de recursos al sector, sino que va más lejos y hace un análisis aplicando la metodología del seguimiento del gasto PETS (Public Expenditure Tracking Survey). El objetivo es descubrir las limitaciones institucionales que causan que el gasto del sector salud sea menos efectivo.

Lo novedoso de este estudio es la construcción de tres flujos que se construyen en el momento de ejecutar el presupuesto, relacionados con los flujos de efectivo, de bienes y de salarios, a los que se les sumó el flujo de información. Los temas de análisis son múltiples: para este artículo se privilegió aspectos como el manejo de los recursos propios provenientes de las tarifas, el manejo de los bienes (sobre todo el de medicamentos) y el manejo de caja chica y remesas que son enviadas a los establecimientos de salud.

Se concluye que un mal manejo del presupuesto ocasiona costos al sistema, que en algunos casos son asumidos por la población, y, en otros, por el mismo personal de salud. Los costos se traducen en inequidades, pérdida de oportunidad por retrasos en la llegada de medicamentos y de insumos, y en la falta de transparencia del sector. Lo anterior hace que el sistema genere incentivos perversos en el personal de los establecimientos de salud, incluso mantener el statu quo privilegiando el nivel de sus ingresos frente a la posibilidad de adquirir más bienes.

Palabras clave: salud, presupuesto público, Encuesta de Seguimiento del Gasto Público.

Códigos JEL: I18, H61 y C82.

---

1. Este ensayo está basado en el estudio *The Route of Expenditure and Decision Making in the Health Sector*, preparado por la autora para la red del Transparency and Accountability Project de la Brookings Institution y el Results for Development Institute, Washington D.C., agosto del 2008.

## Abstract

This article presents some of the results obtained from the analysis performed to the health sector budget. The study focused the analysis in the city of Lima. The methodology not only looks for a discussion of resource allocation in the health sector, it goes further and makes an analysis applying a Public Expenditure Tracking Survey (PETS) methodology. The core objective is to discover institutional bottlenecks which make the health expenditures less effective.

The novelty in this type of research is the construction of three main flows, which represent the budget execution process; these flows are related to the transfer process of money, goods and services, and salaries; besides these three flows there is an additional one related to information. The topics of analysis are multiple; this article prioritized aspects such as the management of own collected resources from tariffs, goods management (specifically pharmaceuticals), and finally the management of petty cash and budget transfers received by health facilities.

The study concludes that a poor budget management causes costs to the health system, which sometimes are absorbed by the population and sometimes by the same health staff. The latter is the origin of perverse incentive to the same personnel who even prefer the status quo. The latter allows them to receive part in their salary from tariffs (with bonus), rather than acquiring needed goods for their facility.

Keywords: health, public budget, Public Expenditure Tracking Survey.  
JEL codes: I18, H61 and C82.

## INTRODUCCIÓN

Una de las primeras preocupaciones de los policymakers con respecto a los presupuestos públicos de su sector es el nivel aprobado al inicio del año presupuestal, es decir cuánto le ha asignado el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) como techo presupuestal, el cual es sustentado, hasta ahora, con una lógica casi automática debido a la rigidez de la estructura presupuestal. En el Perú, el Acuerdo Nacional mismo tiene como uno de los indicadores de logros de la política nacional el nivel presupuestal medido por un porcentaje mínimo que deberían tener los presupuestos de los sectores sociales con respecto al producto bruto interno<sup>2</sup>. De otra parte, al finalizar el año presupuestal tradicionalmente se ha tomado el porcentaje de ejecución como indicador de buenas prácticas.

Pero el tema es más complejo. Se ha logrado determinar que no hay necesariamente una relación entre los montos asignados y los resultados obtenidos. Esto último se puede deber a la poca conectividad causal entre las actividades presupuestadas y los logros por obtener, como resultado de la ausencia de un modelo claro de gestión por resultados. Pero también se puede deber a los “cuellos de botella” institucionales o a las pérdidas por mermas o corrupción, o por gastos no relacionados directamente con la función principal que genera los resultados.

Dentro de este enfoque, el objetivo del estudio fue descubrir los cuellos de botella institucionales que puedan estar generando incentivos perversos en la ejecución presupuestal del sector salud, los mismos que se traducen en costos de transacción, inequidades o pérdidas, que reducen la efectividad del gasto público en este sector<sup>3</sup>.

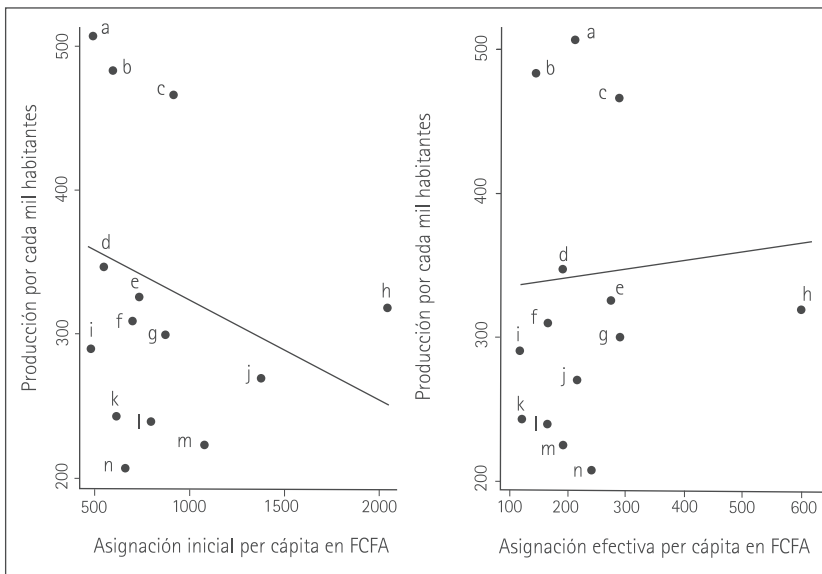
Estudios anteriores<sup>4</sup> también arriban a la conclusión de que no hay un efecto claro del gasto público porque a pesar del incremento de los niveles de gasto no había mejoras en los resultados finales. Como referencia tenemos la evidencia encontrada por Gauthier (2006) cuando cruzó información del monto total de recursos asignados y los resultados esperados en varios países, y descubrió que no había relación directa entre esas dos variables. Incluso,

- 
2. Por ejemplo, para el caso de educación se espera que el gobierno invierta anualmente el 6% del PBI.
  3. Desde otra perspectiva, la limitada efectividad del gasto en salud se incrementa si se consideran además las limitaciones ejecutivas para formular los presupuestos. Las fallas en la programación de coberturas de los servicios se hizo evidente, por ejemplo, en la última ronda de programación presupuestal de las regiones para el año 2009. La ausencia de estándares y metodología clara en el sector es uno de los factores. En opinión de algunos expertos, la desconexión entre agentes financiadores se incrementa debido a la falta de estándares de costos unitarios. Este informe complementa esa visión revisando los flujos, es decir, siguiendo al dinero.
  4. Sistematizados por Gauthier (2006).

cuando se refiere a un estudio realizado sobre Uganda en el año 1996, encontró que aun ante un incremento de recursos, los resultados eran menos positivos.

Sin embargo, si se consideran solo los montos netos gastados en los servicios de salud y los resultados sanitarios, se halla una relación positiva al comparar el monto neto del presupuesto con los resultados. Este monto neto se obtiene luego de descontar todo tipo de pérdidas mencionadas arriba, como mermas, corrupción, distracción en actividades sin objetivo concreto para el logro de resultados. El siguiente gráfico muestra la evidencia proporcionada por Gauthier al sistematizar una serie de estudios de esta naturaleza. La conclusión fue que sí hay una relación positiva entre montos efectivamente gastados y mejores resultados; es decir que además de conseguir mayores montos para financiar los sectores prioritarios, hay cuidar que estos montos no se desvanezcan a lo largo del proceso presupuestario. Este es un alcance metodológico importante para los analistas y funcionarios que reclaman mayor presupuesto sin mirar las posibles pérdidas e ineficiencias en el proceso presupuestal.

Gráfico 1  
Relación entre asignación inicial con desempeño y relación entre el gasto efectivo con desempeño, el caso de Chad, 2005



Fuente: tomado de Gauthier (2006:39).

Nota: Las observaciones identificadas con las letras "a" a la "n" corresponden a establecimientos de salud en Chad.

FCFA = Francos de la Comunidad Financiera Africana.

Para entender mejor el alcance de los resultados de este artículo, cabe anotar que los motivos por los que una política pública no tiene el impacto deseado podrían ser los siguientes:

- Gasto en bienes que los beneficiarios hubieran comprado de todas maneras, competencia innecesaria con el gasto privado.
- Identificación errónea de los beneficiarios (filtraciones).
- Recursos asignados que no llegan a manos del proveedor final.
- Falta de incentivos monetarios y no monetarios de los proveedores para ofrecer servicios de calidad, más aun si están mal pagados o no supervisados.
- Falta de información a los usuarios.

Asimismo, de acuerdo con la evidencia encontrada por Gauthier (2006)<sup>5</sup> y otros, hay transacciones típicas en el proceso presupuestal que tienen más posibilidades de generar pérdidas:

- Recursos dirigidos y fijados por normas claras y transparentes tienen menos pérdidas que fondos con gastos discrecionales y donde pueden intervenir relaciones de poder.
- Salarios que normalmente son pagados por el gobierno directamente a los trabajadores, tienen menos problemas de pérdidas que los otros gastos. Los burócratas o políticos pueden tener más manejo discrecional de los fondos que no están vinculados a salarios<sup>6</sup>.
- Mientras más niveles de gobierno intervienen en las transacciones, las pérdidas pueden ser mayores. Esta situación se puede extrapolar a la situación peruana cuando hay varias agencias manejando una transacción o por donde pasan los recursos.
- Transacciones con bienes tienen pérdidas más grandes que las transacciones de efectivo debido a que el que recibe los bienes (proveedor final) puede recibir menos bienes en comparación con lo que salió del almacén, o desconocer el precio de compra y recibir bienes de menor valor.

## 1. METODOLOGÍA

Para identificar y distinguir los tipos de gastos y las posibles pérdidas o distracciones de recursos, el Banco Mundial desarrolló la metodología de Encuesta de Seguimiento del Gasto Público<sup>7</sup>, conocida como PETS por sus siglas en inglés<sup>8</sup>. Esta metodología requiere

5. El texto incluye alusiones al Perú para hacerlo más aplicado.
6. En el caso del sector salud en el Perú, el personal es pagado por las direcciones de salud y las redes de salud en su mayoría; los establecimientos rara vez pagan salario.
7. Public Expenditure Tracking Survey.
8. En el Perú se han aplicado dos estudios utilizando esta metodología, financiados por el Banco Mundial y ejecutados por el Instituto Apoyo: uno al Programa del Vaso de Leche y el segundo al sector educación en el año 2002.

un trabajo muy meticuloso y capacidad para interpretar acciones y costumbres que pueden estar incluso enmarcadas dentro del marco legal y que no representan necesariamente actividades ilícitas, pero que representan u ocasionan desincentivos en el comportamiento de los agentes.

En su versión inicial, las PETS comparan información sobre el monto de dinero y/o los bienes entregados por unidades superiores de la organización pública (ministerios, direcciones regionales) a las unidades intermedias y luego enviadas y recibidas por los proveedores finales (por ejemplo: colegios, establecimientos de salud). La recopilación se hace por medio de encuestas y se consigue información vinculada a todos los factores de producción, como mano de obra (salarios), bienes (compras, entregas al establecimiento y entrega al beneficiario) y capital (compra y entrega de equipos). Lo que se realiza es una triangulación<sup>9</sup> y verificación de la información entre las diferentes fuentes de información. Si se encuentran diferencias, pueden deberse a pérdidas por mermas, a un débil sistema de información o diversos motivos que incluyen corrupción.

Pero la PETS ha ido evolucionando desde su primera aplicación y, de acuerdo con Savedoff (2008), hay por lo menos tres tipos de PETS: (i) aquellas que aplican la metodología inicial y que requieren gran manejo de la información contable, la cual no necesariamente está disponible o existe; (ii) las que aplican un proceso de investigación académica y estudian áreas vinculadas; y (iii) las que solo analizan los arreglos institucionales que afectan el proceso presupuestario.

La investigación que se presenta en este ensayo es similar a los modelos de los grupos (ii) y (iii), aunque también se hizo triangulación de información. El objetivo principal, como se indicó párrafos arriba, es identificar los cuellos de botella institucionales, que forman parte del día a día institucional del sector, que causan incentivos perversos en el funcionamiento del sistema y que reducen la efectividad del gasto.

El estudio fue de carácter exploratorio, pero los resultados han sido importantes. Se seleccionó una muestra de Lima Metropolitana dentro de una red de servicios de salud que representaba un conglomerado, el mismo que está formado por establecimientos de salud (EE.SS.) y una unidad de gestión administrativa. Los datos se triangularon comparando la información de la unidad de administración de la red con la información de los establecimientos de salud. La limitación del estudio es que sus resultados no pueden ser

---

9. "Triangulación" es un método de cotejo de información y resultados que compara dos métodos de investigación o fuentes.

totalmente extrapolados a otras redes descentralizadas, pero muchos de los procesos, sobre todo los relacionados al SIS, son similares en el ámbito nacional. Algo similar se puede decir de los procesos que se generan en la relación entre la administración de la red y las direcciones de salud.

Para el análisis se consideran las variables:

- Oportunidad: si los bienes, insumos médicos, medicamentos, salarios, caja chica o fondos de programas llegan a tiempo al establecimiento de salud.
- Transparencia: si los funcionarios que reciben los bienes, insumos médicos, medicamentos, caja chica y fondos de programas conocen las cantidades que llegarán y las fechas en que llegarán al establecimiento de salud.
- Volatilidad: si los montos que llegan de bienes, insumos médicos, medicamentos, salarios, caja chica o fondos de programas cambian de un mes a otro sin haberlo planificado.
- Incentivos: esta variable se deduce durante el análisis; se refiere a la conducta resultado de daño moral por los incentivos generados por los procesos o instrumentos, y es tal vez la variable más importante.
- Autonomía: percepción del nivel de autonomía del médico jefe del EE.SS.

### **Proceso de recopilación de información**

A pesar de que los diversos estudios que aplican PETS han utilizado encuestas, estas tienen que ser diseñadas para cada caso, debido a que los arreglos institucionales son diferentes en cada país y porque cada estudio puede tener objetivos diferentes así como variables de análisis igualmente diferentes.

Las tareas, en orden secuencial, fueron:

- a. Entrevistas a profundidad a especialistas en gestión de la salud y en presupuesto. Las entrevistas sirvieron para identificar los problemas que, en opinión de los encuestados, existían en recursos humanos, bienes e inversiones y en temas de logística.
- b. Construcción de los flujos de fondos. Se construyeron los flujos para representar cómo los recursos presupuestales se transfieren y llegan a los establecimientos de salud. Se elaboraron tres flujos que simulaban las modalidades posibles de transferencias: en efectivo, como salarios de los recursos humanos y como bienes y equipos. Entre los bienes se encuentran los medicamentos e insumos médicos así como bienes de escritorio y limpieza.
- c. Identificación de los puntos críticos. A lo largo de los flujos, y con información de las entrevistas, se identificaron los puntos críticos que representan los cuellos de botella.

- d. Revisión cuantitativa del presupuesto. Se revisó información secundaria del Sistema de Información de Administración Financiera (SIAF) de manera simultánea al desarrollo de la encuesta, para triangular la información proporcionada por las entrevistas.
- e. Diseño de la encuesta. Se consideraron los puntos críticos y las variables de análisis mencionadas arriba: oportunidad, transparencia, incentivos, volatilidad y autonomía. Las áreas encuestadas fueron: gerencia, logística, caja, farmacia, laboratorio, seguro integral de salud, programa de inmunizaciones, programa de prevención y lucha contra la tuberculosis. Otros aspectos cubiertos fueron: recursos humanos, almacenamiento, manejo de caja chica y tarifas.
- f. Administración de la encuesta. Se visitaron catorce establecimientos de salud de primer nivel y se encuestó a alrededor de 100 profesionales y técnicos de la salud en Lima Metropolitana. Asimismo, se aplicó una encuesta en la red de servicios de salud<sup>10</sup>.
- g. Procesamiento y análisis.

## 2. ANÁLISIS

### Los flujos presupuestales

Los flujos representan las rutas o caminos que siguen los recursos presupuestales desde el MEF, pasando por una serie de entidades intermedias, hasta el proveedor final, ya sea en forma de efectivo o en bienes y equipos (medicamentos, insumos, otros). Se construyeron tres flujos principales: dinero, bienes y salarios. Asimismo, se agregó un cuarto flujo de información (básicamente la información que necesita el SIS para aprobar los desembolsos). Una vez que salen los recursos del MEF, pueden llegar a los establecimientos de salud (pasando por la organizaciones intermedias) de tres maneras: como efectivo, que se puede gastar en el EE.SS.; como salario del recurso humano (pero que es recibido directamente por el personal sin pasar por la caja del establecimiento); o como equipo y bienes, incluyendo los medicamentos.

La ventaja de diagramar estos flujos es que brinda un panorama general, como un mapa, y permite ver por dónde va el dinero, por qué instituciones pasa, incluso las "idas y vueltas" del mismo y cómo llega hasta el establecimiento de salud. Para el caso del Perú, como se aprecia en el gráfico 2, el sistema presupuestal visto como un conjunto de flujos, es un sistema de flujos muy complejo y puede muy bien ganarse el nombre de "espagueti presupuestal"<sup>11</sup>. Esta complejidad sin lugar a dudas reduce la transparencia y la efectividad del presupuesto.

---

10. La encuesta se realizó en mayo del 2008.

11. El término "espagueti" fue usado en la década de 1990 para identificar el modelo de transferencias intergubernamentales en Argentina.



Para facilitar el seguimiento de los flujos y centrar el análisis, se han incluido unos puntos<sup>12</sup> que marcan la ubicación de las limitaciones o cuellos de botella en los flujos, de tal manera que se puede ubicar fácilmente dónde se encuentran los problemas detectados.

Con respecto al flujo de efectivo no hay sorpresas al iniciarse el proceso. El MEF aprueba los fondos y se monitorean por el SIAF. Cada vez que se efectúa un gasto, este se registra en el sistema; con este método es muy difícil gastar sin haberse asignado los recursos. Los fondos llegan a las agencias intermedias o a las unidades ejecutoras como las direcciones de salud, red de servicios de salud y hospitales. Como unidades ejecutoras<sup>13</sup>, pueden contratar y hacer compras de bienes y servicios. Los establecimientos de salud de primer nivel no están autorizados a comprar bienes o servicios, excepto con caja chica debido a una emergencia o de pequeño monto que no hayan sido programados. En este flujo, el aspecto que se analizó fue la manera en que los recursos provenientes de las tarifas y la fijación de la caja chica son manejados en el establecimiento de salud y en la red de salud.

El próximo flujo es el de bienes, relacionado con medicamentos, insumos médicos y otros como bienes de limpieza y escritorio. Las dos entidades principales que adquieren medicamentos e insumos médicos son el Ministerio de Salud y las direcciones de salud. Las redes de salud son responsables de comprar bienes de limpieza, escritorio, mobiliario y equipos. Una de las preocupaciones y molestias que se mencionaron con frecuencia durante las entrevistas y encuestas fue la escasez de medicamentos e insumos. Como se explica más adelante, esta situación lleva al personal a tomar medidas no óptimas. De acuerdo con la información recopilada, los puntos críticos se encuentran en los procesos de compra, adquisición y distribución de los medicamentos e insumos, que involucra a varios niveles, desde el establecimiento de salud hasta el ministerio.

El tercer flujo está relacionado con los salarios y beneficios al personal. El recurso humano es pagado directamente por la DISA y/o la red; el SIS puede contratar a personal digitador con recursos recaudados por planes semicontributivos. Los salarios son depositados en cuentas bancarias individuales y se registran en el sistema SIAF, lo que permite su seguimiento. Uno de los puntos por considerar es que hay una parte de los pagos que se decide en el nivel de la red con fondos provenientes de la recaudación de tarifas, lo que puede llevar

---

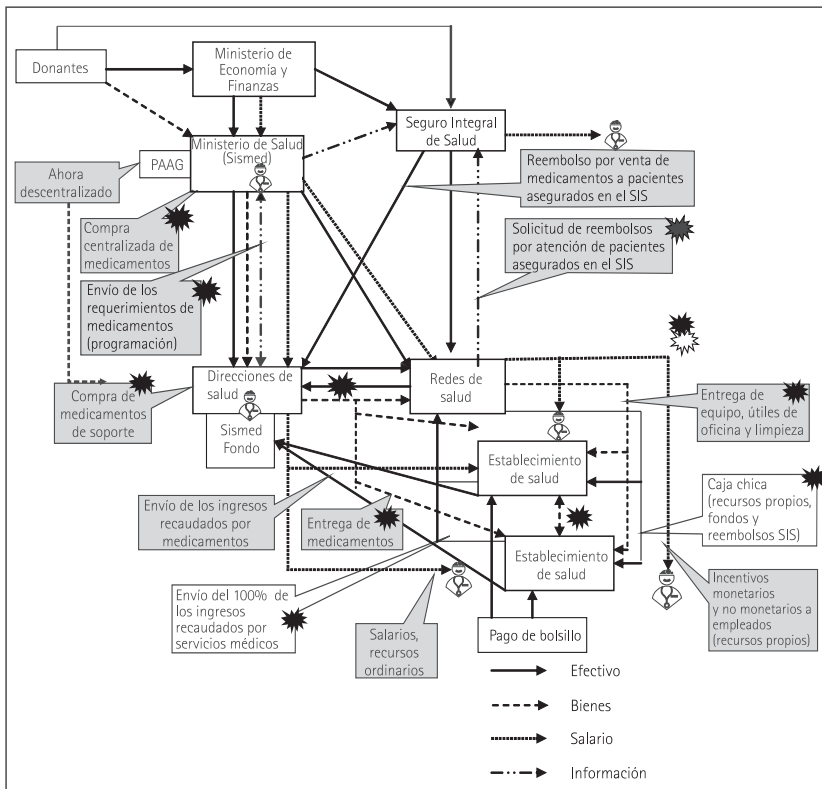
12. Como este: ❁.

13. En la organización presupuestal el primer nivel está conformado por los pliegos presupuestales, como los ministerios; en segundo nivel están las unidades ejecutoras, con autoridad para contratar personal y comprar bienes. En el sector de salud pública los pliegos son el Minsa y el SIS, y las unidades ejecutoras en Lima Metropolitana son las direcciones de salud, las redes de servicios de salud y los hospitales.

a inequidades y subsidios cruzados, intencionados o no. El aspecto central del análisis es la política de salarios y los incentivos al personal provenientes de recursos recaudados en los establecimientos de salud.

El gráfico 2 muestra los flujos mencionados arriba incluyendo el flujo de información necesario para hacer efectivo el reembolso del SIS.

Gráfico 2  
Flujos presupuestales: la complejidad reduce la transparencia



## Principales hallazgos en el flujo de efectivo

Recursos humanos. Los recursos humanos absorben gran parte del presupuesto del sector salud, y consideran todo tipo de contrataciones<sup>14</sup>. El personal nombrado representa el grupo mayoritario. Los fondos que cubren el salario de este personal provienen básicamente de recursos ordinarios; sin embargo, parte de las gratificaciones y bonos se cubre con recursos que se recaudan de tarifas.

El monto que se distribuye al personal por bonos (conocidos algunos como Aeta)<sup>15</sup> no está directamente relacionado con el monto que se recauda en su establecimiento porque pasa por un proceso de redistribución efectuada por la red de servicios. Los recursos recaudados se registran en cada establecimiento y en la red y se depositan cada día en una cuenta bancaria de la red. Del monto depositado una parte regresa al establecimiento como caja chica (aproximadamente 12%), a la cual se hará referencia luego. La diferencia, es decir 88%, se separa para el pago de beneficios como gratificaciones o bonos de personal y para la compra de bienes, y se redistribuye entre todos los centros y puestos de la red dependiendo del número y tipo de contratos del personal. La otra parte, es decir, el salario principal y parte de las gratificaciones, se paga con los recursos ordinarios. Los incentivos han sido el resultado de derechos adquiridos por acuerdos y pactos entre la administración de la red y los trabajadores. Cada red negocia con el gobierno central<sup>16</sup> qué parte de los bonos se puede pagar con recursos ordinarios y qué parte con los recursos directamente recaudados. Como esto se determina por red, depende de la situación gerencial y financiera de cada red y de su negociación con los niveles superiores de gobierno.

El tema en discusión aquí es: ¿qué tan equitativo puede ser pagar bonos o gratificaciones (adicionales a los pagados por recursos ordinarios) al personal, con fondos provenientes del pago de bolsillo de los pacientes? Para entender la trascendencia de esta situación hay que recordar que los recursos ordinarios (considerando todo el Presupuesto Nacional) se están financiando en 47% con el impuesto a la renta y en 48% con el impuesto general a las ventas, lo que los hace menos regresivos en comparación con fondos provenientes del pago de bolsillo, que no discrimina por nivel de pobreza. A esto hay que sumarle el hecho de que, de acuerdo con los datos de la Enaho 2006, 48% de pobres y 52% de pobres

14. Para entender las complejidades de la estructura de contratos y regímenes laborales en el sector salud, véase Jaramillo, Escalante, Polarollo y Rubio (2006).

15. Aeta son las "asignaciones extraordinarias por trabajo asistencial".

16. Para el caso de Lima Metropolitana; para los otros casos el rol deberían tenerlo las regiones.

extremos se atienden en el Minsa, y que muchos de ellos no están afiliados al SIS por diversas razones<sup>17</sup>.

La pregunta que surge aquí, entonces, es si es equitativo para los usuarios pagar con tarifas bonos al personal que ni siquiera está atado a un sistema de meritocracia. Pero el problema no solo es para los usuarios sino también para el personal, porque al no haber una política clara de tarifas y con la expansión del SIS y la concreción del seguro universal, esos fondos son realmente volátiles y no representan una seguridad para el personal.

El sistema puede haber generado un incentivo perverso aquí, porque existe la necesidad de seguir cobrando tarifas y no expandir el SIS para mantener el statu quo.

Subsidios cruzados entre establecimientos. Como se mencionó arriba, el dinero recolectado por tarifas va a un solo fondo en la red, que se usa tanto para el pago de bonos del personal como para comprar bienes y servicios y equipos. Este modelo asume que los establecimientos con alta recaudación aporten mayor cantidad de recursos al fondo. No hay fórmula explícita de redistribución entre establecimientos, pero aun así la redistribución genera malestar entre quienes aportan más como resultado de ser más activos. Lo cierto es que estos establecimientos "aportadores" prefieren mantener el statu quo porque por lo menos parte de los fondos recaudados regresa a su personal como bonos.

No hay manera de asegurar que los pobres de zonas relativamente mejores no estén subsidiando a la población beneficiaria de un establecimiento de una zona relativamente más pobre dentro de la red; pero tampoco se puede asegurar lo contrario.

Salarios compiten con bienes y servicios. Como se explicó en los puntos anteriores, parte de la recaudación de las tarifas retorna a los establecimientos de salud como caja chica para la compra de bienes o servicios por una emergencia o porque no fueron programados. Las visitas de observación a los establecimientos de salud que fueron encuestados revela una necesidad de bienes o servicios para mejorar el ambiente y el confort tanto de los pacientes como del personal; los mismos que podrían comprarse con los recursos propios que estos establecimientos recaudan. Sin embargo, esto no es así. ¿Cómo entonces el personal no presiona para que se les otorgue mayores recursos que ellos mismos recaudaron y que les permitirían mejorar su ambiente laboral? La respuesta que podemos dar en este nivel de

---

17. Por falta de una campaña agresiva de afiliación, por presentar cuadros de enfermedad no cubiertos en los planes de salud del SIS o por género y edad.

la investigación es que esta necesidad entra a competir con los pagos por bonos que ellos reciben también de la misma fuente.

Diferencias de incentivos en el personal. Hay dos factores que inciden en que un profesional con las mismas calificaciones pueda recibir dos remuneraciones por todo concepto (salarios y todo tipo de bono o gratificación) en el territorio. El primero está relacionado con el tipo de vínculo laboral (nombrados, contratados o por servicios no personales) y el otro es que las redes de salud ubicadas en el área rural no tienen tanta capacidad para recaudar tarifas como para pagar bonos. En el primer caso, el personal nombrado y algunos contratados reciben más bonos que el resto y las redes en las zonas rurales no pueden hacer un pool para mejorar el nivel de los salarios como una red en las zonas urbanas.

#### Flujo de bienes

Provisión de medicamentos. La provisión de medicamentos e insumos médicos está organizada mediante el Sismed (Sistema Integrado de Medicamentos y Suministros Esenciales), el cual incorpora al Ministerio de Salud, las direcciones de salud, las redes de salud y los establecimientos de salud. El sistema fija las normas y las responsabilidades de cada miembro de acuerdo con siete etapas: selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución, uso y evaluación. Aun cuando cada etapa tiene problemas, este estudio se centró en cuatro de ellas: programación, adquisiciones, almacenamiento y distribución.

La programación de los medicamentos e insumos experimenta demoras. La debilidad encontrada en los establecimientos para programar hace que la Dirección General de Medicamentos (Digemid) del Minsa demore en consolidar los pedidos de compras de todas las direcciones de salud, a pesar de los eventos y actividades de asistencia técnica<sup>18</sup>. La compra la realiza el Ministerio de Salud. Por otra parte, las direcciones de salud compran los medicamentos de soporte, los cuales tienen que programarse en los establecimientos de salud y en las direcciones mismas; la falta de capacidad se vuelve a hacer evidente, y causa demoras en las compras y en la distribución. La etapa de programación puede demorar varias semanas. El cuadro 1 muestra el promedio de demora y escasez de los medicamentos más usados en la muestra de establecimientos encuestados.

Otra manera de ilustrar el mismo problema es por el nivel de almacenamiento de los medicamentos. De acuerdo con el indicador de disponibilidad de medicamentos del Sismed, hay un nivel crítico de disponibilidad cuando se cubre la demanda por menos de un mes.

---

18. Según manifiestan los técnicos de Digemid.

Considerando la muestra de establecimientos encuestados, los establecimientos que más problemas han experimentado son los centros de salud de nivel I-3.

Cuadro 1

Desabastecimiento promedio de los medicamentos más usados en la muestra de los establecimientos de salud

Medicamentos	Número de establecimientos de salud	Tiempo promedio (días)	Periodo máximo de desabastecimiento (días)	Periodo mínimo de desabastecimiento (días)
Amoxicilina (500 o 250 mg, diferentes presentaciones)	13 (93%)	46	90	30
Amoxicilina	4 (29%)	60	90	30
Dicloxaciclina 500 mg tableta	3 (21%)	50	60	30
Paracetamol 500 mg tableta	2 (14%)	45	60	30
Ibuprofeno 400 mg tableta o jarabe	2 (14%)	45	45	45
Amoxicilina 250 ml	2 (14%)	37.5	45	30

Fuente: encuestas a los establecimientos de salud en Lima, mayo del 2008.

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

La Estrategia Nacional de Lucha contra la Tuberculosis también experimenta problemas en el abastecimiento de los medicamentos. Los pacientes son altamente vulnerables y corren el riesgo de empeorar su estado físico ante la falta de medicamentos, lo que los obliga a cortar su tratamiento. Lo mismo ocurre con otros insumos médicos, como la falta de vasos de esputo, que pone en peligro a los trabajadores de salud dedicados a la estrategia y a la población que acude al establecimiento<sup>19</sup>.

Más aun, la comunicación entre establecimientos de salud y las redes de salud dejan entrever otros problemas de gestión. Por ejemplo, las redes de salud indican que los establecimientos saben con anticipación las fechas de recojo, mientras que un número importante de establecimientos de salud (6 de 14 en el Plan Primario y 8 de 14 del Plan MDR) dijeron lo contrario. Si bien es cierto que las demoras de medicamentos son un problema, el caso del Plan MDR es tan común que hasta la red misma acepta el problema. El cuadro 2 indica la triangulación de la información entre la red y los establecimientos.

19. La estrategia tiene dos planes: el Plan Primario y un Plan para Pacientes Multidrogoresistentes (MDR).

Cuadro 2

Triangulación de las respuestas dadas por la red y los establecimientos de salud con referencia a los medicamentos en TBC

Preguntas	Según la Red de Salud		Según los establecimientos		
	Plan primario	MDR		Plan primario	MDR
¿Conocían los establecimientos las fechas de recojo con anticipación?	Sí	Sí	Sí	7 (58%)	5 (42%)
			No	5 (42%)	7 (58%)
¿Hubo demoras en la llegada de los medicamentos en los últimos doce meses?		Sí	Sí	4 (33%)	8 (67%)
	No		No	8 (67%)	4 (33%)
¿Hubo escasez de los medicamentos de lucha contra la TBC durante los últimos doce meses?		Sí	Sí	8 (67%)	7 (58%)
	No		No	4 (33%)	5 (42%)

Fuente y elaboración: encuestas a los establecimientos de salud en Lima, mayo-junio del 2008. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

### Flujo de efectivo

Volatilidad de los montos de la caja chica. Cada establecimiento recauda tarifas por dos conceptos. Primero, de pacientes no asegurados para cubrir gastos de operación y reemplazar los medicamentos vendidos en farmacia; los recursos de los medicamentos vendidos se cobran en la caja de farmacia. Segundo, por concepto de consultas, rayos X, laboratorio u otros servicios de soporte a pacientes no asegurados; este pago se hace en la caja general.

Los fondos recaudados en la caja general son depositados en una cuenta única de la red de salud. Una parte es retornada al establecimiento como caja chica para compras de bienes y servicios no programados y por emergencias, como muebles pequeños, fotocopias, movilidad y papel. Los montos que la red retorna al establecimiento no son una cantidad fija, hay una alta volatilidad. El Seguro Integral de Salud también envía un monto de caja chica como reembolso por los gastos ocasionados al atender a los asegurados, independientemente de los medicamentos que envía; este también es volátil, incluso más que la caja chica que proviene de los fondos recaudados. Como no hay una fórmula explícita en la red, no se sabe exactamente cuánto recibirá el establecimiento. Un caso de la muestra que llamó poderosamente la atención fue el incremento logrado por un establecimiento de un mes a otro, de 100%. Esto último fue posible gracias al poder de negociación y capacidades del médico jefe.

Aparte de los montos volátiles que se recibe, también hay demoras en el envío de caja chica. Las demoras pueden ser de entre una y cuatro semanas. Esta situación varía incluso al considerar un mismo establecimiento. Es un síntoma de un trato discrecional de parte de la red. Normalmente, los recursos llegan dos semanas después de efectuados los gastos. La mayoría de gastos reportados fueron movilidad, acciones de salud preventiva y campañas, mantenimiento y fotocopias.

Para el caso del SIS, la situación es más inestable. El reembolso llega cuatro semanas después de realizados los gastos, y, de acuerdo con la información obtenida en los establecimientos encuestados, estos tienen una semana para rendir cuenta de sus gastos. Para ambos casos, caja chica general y caja chica SIS, los establecimientos tienen que proveer pruebas de los gastos mediante facturas y recibos. El jefe del establecimiento y los encargados del área de logística hacen seguimiento para constatar que todos los documentos entregados por el personal sean verdaderos.

El cuadro 3 muestra la distribución del número de establecimientos de acuerdo con el tiempo de demora. Cabe destacar que todos los establecimientos, independientemente de cuándo llegan los recursos a ellos, rinden cuentas a la red en una semana.

Cuadro 3

Demora en la llegada de caja chica y período para rendir cuentas

Promedio de demora	Nº de establecimientos (período para rendir cuentas)	Nº de establecimientos (demoras en la llegada de caja chica)
Una semana o menos	2 (15%)	13 (100%)
Dos semanas	5 (39%)	0
Tres semanas	4 (31%)	0
Cuatro semanas o más	2 (15%)	0

Fuente: encuestas a los establecimientos de salud en Lima, mayo-junio del 2008.

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

La pregunta que surge es: ¿cómo los establecimientos solucionan su problema de falta de recursos de caja chica durante el tiempo de demora? Los establecimientos logran solucionar la situación consiguiendo crédito de proveedores, usando horas extras de personal para realizar trabajos de mantenimiento, o utilizando los recursos personales de los trabajadores, quienes esperan la llegada de los recursos para recuperar los gastos efectuados. En las visitas de observación realizadas, en dos casos incluso no se encontró durante varios días a las personas que manejan la caja chica; eso indica que no es necesario que la persona se encuentre presente, ya que, como no hay recursos que manejar, el personal gasta de



su bolsillo o utiliza otras estrategias. Ni siquiera los jefes de los establecimientos tenían acceso a los files con los comprobantes de pago.

Los médicos jefes desconocen si existe una formula de distribución de la caja chica; sin embargo, según el staff de la red de salud, la red establece un monto fijo para cada establecimiento de acuerdo con dos elementos: (1) información histórica considerando un monto mínimo según tamaño del establecimiento de salud; y (2) su capacidad para gastar.

Asimismo, el peso de caja chica (monto que retorna al establecimiento) con respecto a lo recaudado por tarifas varía de un establecimiento a otro. En la muestra estudiada el mismo varió entre 5% y 40%. Los centros de salud de nivel I-3 tuvieron menos variación, y recibieron por caja chica entre 5% y 9% de lo recaudado por tarifas.

Otro hallazgo importante fue que las remesas para las campañas de vacunación no arribaron de acuerdo con lo anunciado o normado. Las remesas financian el transporte, los refrigerios, el pago al personal y las actividades de promoción. Los fondos se envían a las direcciones de salud, estas envían los fondos a las redes, y estas, a su vez, los envían a los establecimientos de salud. De acuerdo con la información obtenida durante las entrevistas, desafortunadamente en la mayoría de casos las remesas llegan solo al final de la campaña o algunas veces no llegan. La triangulación con la información provista por la red mostró que no hay control sobre las remesas. Durante el tiempo de las entrevistas, solo uno de catorce establecimientos había recibido las remesas al inicio de la campaña. El cuadro 4 muestra mayor información con respecto a las demoras en la última campaña.

Cuadro 4

Triangulación de las respuestas de la red y los establecimientos acerca del tiempo de envío de las remesas para las campañas de vacunación

¿Cuándo le llegaron las remesas en la última campaña de vacunación?		
Según la red de servicios	Según los establecimientos de salud	
	Antes o al comienzo de la campaña	1 (11%)
Durante la campaña (*)	Durante la campaña	2 (14%)
	Al final o después de la campaña	11 (79%)

Fuente y elaboración: encuestas a los establecimientos de salud en Lima, mayo-junio 2008. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

(\*) 30 días después de haberse iniciado la campaña.

Las demoras en la llegada de la caja chica del SIS son también un indicador de las demoras en el reembolso de las atenciones a los proveedores. Esta demora es consecuencia también de las debilidades de las unidades ejecutoras del presupuesto al ejecutar los recursos, lo que arrastra luego demoras en las asignaciones del MEF. Las propuestas de pasar a un esquema de pago anticipado<sup>20</sup> y capitado podría en parte solucionar este problema, pero habría que considerar que este nuevo modelo de pago tiene los siguientes efectos:

- Reducción de los costos de transacción al contar con recursos anticipadamente y con montos conocidos.
- El proveedor podrá programar sus actividades de manera efectiva considerando los montos con que cuenta, y planificar mejor su cartera de atenciones preventivas.
- Sin embargo, también existen riesgos, especialmente si cambia la demanda. Si el costo de las atenciones por una emergencia epidemiológica en el ámbito de acción del establecimiento es diferente al histórico, se tendrá que considerar quién absorbe los costos adicionales.
- Otro riesgo para el Estado y los pacientes es la disminución de la calidad de atención si es que los recursos asignados per cápita no alcanzan, justamente debido al incremento del número de visitas por paciente, por lo que serán necesarias visitas de auditoría de la calidad y previsiones de quién va a correr con el riesgo.

### 3. CONCLUSIONES

Un mal manejo del presupuesto ocasiona costos al sistema, que en algunos casos los asume la población y en otros, el mismo personal de salud. De lo descrito en este artículo se puede identificar algunos incentivos perversos e inequidades creadas, los mismos que crean costos monetarios y no monetarios.

Las limitaciones fiscales para mejorar los salarios del personal de salud con recursos ordinarios fueron tal vez una de las causas que permitieron que parte del pago de personal se hiciera con los recursos directamente recaudados a través de las tarifas. Por otra parte, la evaluación de quienes se atienden en mayoría en el sistema público de salud, indica que, incluso en Lima, los pobres y pobres extremos eligen atenderse en establecimientos del Minsa. Una fuente de ingresos regresiva, como las tarifas, acaba pagando parte de los bonos del personal, que ni siquiera está vinculado a un sistema meritocrático. Sin embargo, la eventual ampliación del Sistema Integrado de Salud puede significar una disminución de los ingresos por las tarifas, lo que llevaría al sector a la necesidad de financiar estos bonos con recursos ordinarios.

Otro tema en el manejo de los recursos propios por tarifas es su poca transparencia en

la redistribución de los fondos a través de las redes de salud, y los incentivos perversos creados alrededor de esa redistribución y usos de los fondos. Los establecimientos de salud se ven en la disyuntiva de pagar gratificaciones a su personal con parte de los recursos propios o solicitar más fondos para comprar bienes o servicios con la caja chica, también proveniente de las tarifas. Como se ha concluido, los establecimientos o su personal prefieren mantener el statu quo de la redistribución con tal de seguir recibiendo parte de los fondos como gratificaciones.

La pérdida de oportunidad es uno de los mayores costos en el proceso presupuestal. Escasez y demoras en el arribo de medicamentos e insumos médicos ponen en peligro la salud de la población. El proceso de compras estatales en el sector salud tiene fallas desde el momento de la programación hasta la distribución. Un ejemplo simbólico de ello es el caso de la Estrategia de Lucha contra la Tuberculosis. Otro de los problemas, aparentemente menor, pero no para los investigadores, son las tardanzas en el envío de las remesas en la Estrategia Nacional de Inmunizaciones, que al final reduce la efectividad de dicha estrategias.

Como parte de la mejora de gestión del sector, es necesario que los sistemas de información funcionen. No es saludable que las redes manejen una información diferente a la que manejan los establecimientos de salud. Pero este aspecto es solo la punta del iceberg; refleja la ausencia de un modelo de gestión y articulación de todos los niveles de atención del sector. Sería un gran aporte la construcción del sistema de monitoreo, que apoyará el presupuesto por resultados y permitirá transparentar mejor los cuellos de botella mencionados aquí.

Por último, cabe destacar que en el proceso presupuestal no solo interesa el monto asignado a los diferentes servicios y programas, sino cómo y cuánto llega a los mismos mediante los establecimientos de salud. Esta última afirmación está muy relacionada a las demoras en el arribo de los recursos por reembolso del SIS. Como se mencionó anteriormente, se debe sopesar la posibilidad de implantar el pago anticipado capitado, por lo que es interesante la aplicación de los modelos piloto del SIS capitado, cuya evaluación dará luces sobre la viabilidad de expandir el modelo.

---

20. El SIS está en proceso de implementar este modelo de manera piloto en algunas regiones.

## BIBLIOGRAFÍA

ALTOBELLI, Laura C.; Ana U. SOVERO y Ricardo DÍAZ R.

2004 "Cost-efficiency Study of CLAS Associations". En: ALTOBELLI, Laura C.; Ana U. SOVERO y Ricardo DÍAZ R. Future Generations – Peru. Perú.

ALVARADO, Betty M. y Rony LENZ

2006 "Health Service for the Poor". En: COTLEAR, Daniel. A New Social Contract for Peru. Washington, D.C.: The World Bank.

ALVARADO, Betty y Eduardo MORÓN

2008 Towards a Result Based Budget: Strengthening Transparency and Accountability. Documento de Discusión. Lima: Universidad del Pacifico.

GAUTHIER, Bernard

2006 "PETS-QSDS in Sub-Saharan Africa: A Stocktaking Study". Disponible en: <<http://siteresources.worldbank.org/INTPUBSERV/Resources/477250-1165937779670/Gauthier.PETS.QSDS.Africa.STOCKTAKING.7Sept06.pdf>>.

INSTITUTO APOYO

2002 Public Expenditure Tracking Survey. The Education Sector in Peru.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

2007 Encuesta Nacional de Hogares 2006. Lima.

JARAMILLO, Miguel; Giovanni ESCALANTE, Pierina POLLAROLO y Arturo RUBIO

2006 Estudio sobre los recursos humanos en salud en Perú: gestión, distribución, normatividad, regulación, condiciones laborales y salariales y formación. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo (Grade). Julio. Documento inédito.

MILGROM, Paul Robert y John ROBERTS

1990 "Bargaining Costs, Influence Costs and the Organization of Economic Activity, Perspectives on Positive Political Economy". En: ALT, James E. y Kenneth A. SHEPSLE (Eds.). Perspectives on Positive Political Economy. Cambridge: Cambridge University Press.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

s.f. Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF). <<http://www.mef.gob.pe>>.

MINISTERIO DE SALUD

1999 El impacto económico de la tuberculosis en el Perú. Instituto Nacional de Salud (INS) y Proyecto Vigía.

s.f. Informes de prevención y control de los programas de lucha contra la tuberculosis e inmunizaciones. <<http://www.minsa.gob.pe>>.

SAVEDOFF, William

2008 Presentación en la Conferencia de la Brookings Institution y Results for Development Inc. sobre PETS. Washington D.C. Junio 16-19.

UGANDA MINISTRY OF HEALTH y WORLD BANK

2003 Uganda District Health Questionnaire.

Páginas web

Consejo Superior de Contrataciones y Compras del Estado (Consucode)

<http://www.consucode.gob.pe>