

# NSSA-PERU

## ANALISIS DEL SECTOR SALUD

# Financiamiento y Gasto del Ministerio de Salud del Perú

## Informe Técnico N° 7

Financiado por USAID bajo el acuerdo de Cooperación No. 527-0167-CA-00-5054-00  
con la Research Foundation of the State University of New York.

Característica principal del Proyecto ANALISIS DEL SECTOR SALUD EN EL PERU (ANSSA-PERU) es su concepción integral con participación Multidisciplinaria y Multiinstitucional. En este contexto incluye los siguientes componentes: Estado de la Salud de la Población Peruana, Demanda de la Población por Servicios de Salud, Participación Comunitaria en el Mejoramiento de la Salud, Recursos Físicos, Humanos y Farmacéuticos disponibles en el Sector, y Financiamiento de los Servicios de la Salud del Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social y Sector no Público. El estudio ha sido desarrollado en tres etapas, las mismas que se han iniciado y concluido con Seminarios-Talleres y Reuniones de Trabajo, con participación de funcionarios del Sector, en los cuales se han diseñado las investigaciones y analizado los resultados de cada fase. Estos eventos tuvieron lugar en febrero, mayo, julio y diciembre de 1985 y febrero de 1986.

La primera etapa, realizada entre febrero y julio de 1985, correspondió al ajuste del marco conceptual, a la revisión de la información disponible, la descripción y síntesis de ella y la elaboración de documentos preliminares para cada uno de los iniciales seis Componentes Técnicos del Estudio.

La segunda, efectuada entre agosto de 1985 y febrero de 1986, se orientó a profundizar algunos trabajos y analizar problemas seleccionados por las autoridades del Ministerio de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social, en función a los lineamientos de Política del nuevo Gobierno. En respuesta a lo anterior, y en consideración a su importancia, se incluyó como un nuevo componente la Participación de la Comunidad en Salud. En esta etapa se realizaron 21 estudios, 10 de ellos de enfoque nacional y 11 en dos Regiones de Salud, calificadas como prioritarias -Cusco y Cajamarca- donde se llevaron a cabo seminarios de discusión sobre los resultados obtenidos.

La tercera, llevada a cabo entre febrero y mayo de 1986, comprendió la integración de los análisis y resultados de los 21 estudios, dentro del marco conceptual de los siete Componentes Técnicos, y la preparación de informes finales para su difusión. La lista de estos documentos aparece en la cubierta del presente informe.

Se ha desarrollado un Sistema de Documentación sobre el Sector Salud, en base a información y documentos accesibles, tanto en el país como a nivel internacional, conformándose así un sistema de apoyo a las investigaciones. Las referencias bibliográficas y sus respectivos resúmenes se hallan almacenados en un sistema de microcomputación PBIDS, conectado al Sistema PAHOLINE de la OPS/OMS. El sistema también incluye una base de datos y programas de procesamiento de textos y elaboración de cuadros y gráficos.

En conjunto, ANSSA-PERU proporciona información sistematizada y elementos conceptuales y técnicos que constituyen una base analítica del Sector, que coadyuvan a la planificación y toma de decisiones con criterios de eficacia, eficiencia y equidad; a la vez facilita las actividades de Cooperación Técnica de Gobiernos, Agencias y Organismos Internacionales. Empero, es importante continuar con investigaciones de carácter operativo.

El Proyecto fue ejecutado bajo un Convenio de Cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook. Contó con la aprobación y valioso aporte del Ministerio de Salud y de las siguientes instituciones: Escuela de Administración de Negocios para Graduados, Instituto Peruano de Seguridad Social, Universidad Peruana Cayetano Heredia y de la consultora International Resources Group, Ltd. Fue financiado por la Agencia Internacional para el Desarrollo del Gobierno de los Estados Unidos.

Los responsables de ANSSA-PERU, Coordinador Nacional y Director Técnico, agradecen a todos los participantes por su valiosa contribución al desarrollo y conclusión del Proyecto; a la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú, por su importante apoyo técnico, administrativo y logístico; y la disposición de las autoridades del Ministerio de Salud e Instituto Peruano de Seguridad Social, al brindar acceso a sus fuentes de información.

WALTER TORRES ZEVALLOS  
Coordinador Nacional

DIETER K. ZSCHOCK  
Director Técnico

**ANSSA - PERU**

**INSTITUCIONES PARTICIPANTES**

**MINISTERIO DE SALUD**

**ESCUELA DE ADMINISTRACION DE  
NEGOCIOS PARA GRADUADOS**

**INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD  
SOCIAL**

**INTERNATIONAL RESOURCES GROUP,  
LTD.**

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE  
LA SALUD**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE NUEVA  
YORK EN STONY BROOK**

**UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO  
HEREDIA**

## COMITE DE COORDINACION

Médico	WALTER TORRES ZEVALLOS	MINISTERIO DE SALUD/OPS*
Economista	CESAR PEÑARANDA CASTAÑEDA	REPRESENTANTE DE ESAN
Economista	DAVID TEJADA PARDO	REPRESENTANTE DE UPCH
Sociólogo	LUIS CARLOS GOMEZ	REPRESENTANTE DE IRG
Economista	DIETER K. ZSCHOCK	REPRESENTANTE DE SUNY**

## PARTICIPANTES

### ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS PARA GRADUADOS (ESAN)

Abogado	NISSIM ALCABES AVDALA
Economista	ANDRES BONER BARRAGAN
Economista	OCTAVIO CHIRINOS VALDIVIA
Ingeniera	SUSANA MADRID WOSAN
Economista	OSCAR MILLONES DESTEFANO
Ingeniera	DORA LUZ PAZ CASTAÑAGA
Economista	CESAR PEÑARANDA CASTAÑEDA
Economista	JOSE CARLOS VERA LA TORRE
Secretaria	ROSARIO VERGARA POPPE

### INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IPSS)

Químico-Farmacéutica	ALBERTA ARENAS HORNA
Médica	MARINA LOPEZ
Sociólogo	LUIS MANRIQUE MORALES
Arquitecto	GERMAN MARTINEZ TORRES-LARA
Economista	EDUARDO O'BRIEN NEYRA
Enfermera	JULIA PINEDA GARCIA
Médico	NILO VALLEJO ESPINOZA

### INTERNATIONAL RESOURCES GROUP, LTD. (IRG)

Sociólogo	LUIS CARLOS GOMEZ SERRANO
Ingeniero	JAMES MUNSON
Planificador	PETRA REYES
Asist. Administrativa	MARITZA TORRES GARAZATUA
Bibliotecaria	GIULIANA MAVILA UGARTE

## MINISTERIO DE SALUD (MS)

Nutricionista	MIYARAY BENAVENTE ERCILLA
Ingeniero	JAVIER BOLIVAR
Médico	EDWIN CABRERA
Químico-Farmacéutica	LYDIA CARREON
Arquitecta	MARIA ESPERANZA CASTANEDA
Administrador	BENJAMIN CONDOR
Médico	MANUEL DEL RIO
Arquitecta	MARIA ESTRADA FARFAN
Médico	PETRONIO BYZAGUIRRE
Químico-Farmacéutico	URIEL GARCIA MARQUEZ
Enfermera	RUTH SEMINARIO RIVAS
Administrador	CRISTINA SILVA ALVARADO
Médico	EDUARDO ZAPATA SALAZAR

## ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

### PROYECTO ANSSA-PERU

Economista	MARCO ANTONIO AYRES SICHERI
Sociólogo	MANUEL BERNALES
Médico	JULIO CASTANEDA COSTA*(1ra. etapa)
Psicóloga	TERESA CIUDAD DE IGLESIAS
Enfermera	ELA DIAZ DE VENTURO
Sociólogo	ALFREDO FILOMENO
Químico-Farmacéutica	NELLY GALVEZ DE LLAQUE
Economista	NOEMI MONTES (DESCO)
Antropólogo	LUIS OLIVERA (DESCO)
Demógrafo	HECTOR RAMOS SALAZAR
Médico	WALTER TORRES ZEVALLOS*(2da. y 3ra. etapa)
Sociólogo	JUAN FERNANDO VEGA
Secretaria	SUSANA CAVASSA DE PINEDO
Secretaria	OLGA DIEZ RUIZ ELDREDGE

### FUNCIONARIOS

Médico	EDUARDO AQUINO DEL PUERTO
Médico	ROBERTO BADIA MONTALVO
Médico	JORGE CASTELLANOS
Arquitecta	ASTRID DEBUCHI
Médico	ENRIQUE FEFER
Médico	GUILLERMO LLANOS
Economista	PHILIP MUSGROVE
Médico	DUNCAN PEDERSEN

Médico	DANIEL PURCALLAS CELAYA
Médico	CLOVIS TIGRE
Médico	CARLOS VIDAL
Secretaria	AURORA ESTRADA FALCONI

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE NUEVA YORK  
EN STONY BROOK (SUNY)  
PROFESORES**

Economista	ETHEL CARRILLO ROJAS
Economista	PAUL J. GERTER
Economista	LUIS LOCAY
Economista	WARREN C. SANDERSON
Asis. Administrativa	LYNDA PERDOMO AYALA
Economista	DIETER K. ZSCHOCK

**CONSULTORES CONTRATADOS**

Antropóloga Médica	JUDITH DAVIDSON
Sociólogo	GARY GEREFFI
Economista	EDMUND T. MCTERNAN
Economista	CARMELO MESA-LAGO

**UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA (UPCH)**

Médico	LUIS BENAVENTE ERCILLA
Médico	MIGUEL CAMPOS SANCHEZ
Médico	DIEGO GONZALEZ DEL CARPIO
Médico	JORGE SILVA LEGUIA
Economista	DAVID TEJADA PARDO
Médico	MARIO ZEGARRA COELLO

\*Coordinador Nacional  
\*\*Director Técnico

**ANSSA-PERU**

**FINANCIAMIENTO Y GASTO DEL  
MINISTERIO DE SALUD DEL PERU**

**Informe Técnico No. 7**

Econ. Marco Antonio Ayres	(OPS)
Econ. Octavio Chirinos	(ESAN)
Econ. José Carlos Vera La Torre	(ESAN)

Lima, mayo 1986

## INDICE

	<u>Pág.</u>
1. INTRODUCCION	1
2. RESUMEN Y CONCLUSIONES	3
3. LA PLANIFICACION, PROGRAMACION PRESUPUESTARIA, GESTION Y MECANISMOS DEL PRESUPUESTO PUBLICO EN SALUD	11
3.1 La Planificación de la Salud	11
3.2 Marco Legal respecto al Financiamiento Público	12
3.2.1 Elaboración del presupuesto del sector salud	13
3.2.2 Financiamiento del presupuesto público	13
3.2.3 Ejecución del presupuesto	14
3.3 Gestión y Mecanismo del Presupuesto Público	16
3.3.1 Formulación presupuestaria	16
3.3.2 Dificultades financieras del sector salud	17
4. FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD	19
4.1 Variaciones del Presupuesto de Ingresos del Ministerio de Salud	21
4.2 Ingresos Totales del Ministerio de Salud	24
4.3 Uso de Fondos por Fuentes de Financiamiento	25
4.3.1 Por programas de salud	25
4.3.2 Por partidas genéricas	37
4.4 Cooperación Técnica	40
5. COMPOSICION DEL GASTO POR PARTIDAS GENERICAS Y ESPECIFICAS	46

5.1	Gasto Corriente	46
5.2	Gasto de Capital	48
6.	GASTOS POR PROGRAMAS DE SALUD	52
6.1	Administración Central	53
6.2	Infraestructura Física	55
6.3	Atención Integral de la Salud	55
7.	EJECUCION DEL GASTO POR REGIONES NATURALES	69
8.	LA DESCONCENTRACION DEL GASTO POR REGIONES Y AREAS DE SALUD	75
8.1	Comportamiento del Gasto Programado y Ejecutado	76
8.2	Comportamiento del Gasto Programado por Regiones	87
8.2.1	Nivel global por regiones	87
8.2.2	Análisis por partidas genéricas y específicas	91
8.3	Análisis a Nivel de Areas de Salud para las Regiones de Cajamarca y Cusco	96
8.3.1	Región de Cajamarca. Areas de salud de Cajamarca y Chota-Cutervo	96
8.3.2	Región de Cusco	104
8.3.3	Análisis comparativo por áreas hospitalarias de las regiones de Cusco y Cajamarca	119
9.	COMPARACION DE COSTOS UNITARIOS	123
10.	EL GASTO Y LOS SERVICIOS DE SALUD POR REGIONES	131
10.1	Estructura de Gastos por Servicios	131
11.	LA CRISIS ECONOMICA Y EL GASTO EN SALUD	148
11.1	Nivel del País	149

11.2 Nivel de Regiones	154
11.3 A Nivel de Areas de Salud	155
11.4 Fuentes de Financiamiento	156
12. SITUACION SOCIO-ECONOMICA Y DE SALUD FRENTE AL GASTO PUBLICO EN SALUD	158
ANEXOS 1 y 2	161
BIBLIOGRAFIA	186

## INDICE DE CUADROS

1	PRESUPUESTO INICIAL, FINAL Y EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD, POR TODA FUENTE	20
2	VARIACIONES DE LOS PRESUPUESTOS AUTORIZADO FINAL Y EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD	22
3	INGRESOS TOTALES DE SALUD. (MINISTERIO DE SALUD MAS ORDES)	24
4	RELACIONES ENTRE PRESUPUESTOS DE SALUD Y VARIABLES MACROECONOMICAS	26
5	INGRESOS DEL MINISTERIO DE SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO	27
6	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA ADMINISTRACION CENTRAL, POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO	28
6.1	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA PROGRAMAS ESPECIALES, POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO	29
6.2	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA CAPACITACION DE PERSONAL, POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO	30
6.3	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO	31
6.4	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA INFRAESTRUCTURA FISICA, POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO	32
6.5	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA MEDIO AMBIENTE, POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO	33
6.6	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO	34

6.7	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA ASISTENCIA ALIMENTARIA, POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO	35
6.8	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA ATENCION PRIMARIA, POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO	36
7	PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS, TODA FUENTE	38
7.1	PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS, TESORO PUBLICO	39
7.2	PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS, INGRESOS PROPIOS	41
7.3	PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS, ENDEUDAMIENTO	42
7.4	PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS, INGRESO POR TRANSFERENCIAS	43
8	DISTRIBUCION DE COOPERACION TECNICA, POR REGIONES	44
9	FUENTES DE COOPERACION TECNICA	45
10	PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD	47
11	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS ESPECIFICAS DEL MINISTERIO DE SALUD	49
12	MEDICAMENTOS, CONSUMO Y COSTO	50
13	PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD POR UNIDADES PRESUPUESTARIAS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO	54
14	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS, UNIDAD PRESUPUESTARIA: ADMINISTRACION CENTRAL	56

15	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS, UNIDAD PRESUPUESTARIA: ADMINISTRACION CENTRAL (Porcentajes)	57
16	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS, UNIDAD PRESUPUESTARIA: INFRAESTRUCTURA FISICA (Porcentajes)	58
17	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS, UNIDAD PRESUPUESTARIA: ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD (Regiones)	60
18	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS, UNIDAD PRESUPUESTARIA: ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD (Porcentajes)	61
19	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS, UNIDAD PRESUPUESTARIA: PROGRAMAS ESPECIALES (Porcentajes)	62
20	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS, UNIDAD PRESUPUESTARIA: CAPACITACION DE PERSONAL (Porcentajes)	63
21	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS, UNIDAD PRESUPUESTARIA: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (Porcentajes)	64
22	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS, UNIDAD PRESUPUESTARIA: MEDIO AMBIENTE (Porcentajes)	65
23	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS, UNIDAD PRESUPUESTARIA: ASISTENCIA NUTRICIONAL Y ALIMENTARIA (Porcentajes)	66
24	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS, UNIDAD PRESUPUESTARIA: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (Porcentajes)	67
25	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS, UNIDAD PRESUPUESTARIA: ATENCION PRIMARIA (Porcentajes)	68
26	DISTRIBUCION GEOGRAFICA DEL GASTO EN ATENCIONES DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD	72

27	GASTO PER CAPITA, MINISTERIO DE SALUD	73
28	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	74
29	GASTO PROGRAMADO (Autorizado Final) Y EJECUTADO POR REGIONES DE SALUD	78
30	GASTO PROGRAMADO (Autorizado Final) Y EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS 1982	80
31	GASTO PROGRAMADO (Autorizado Final) Y EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS 1983	81
32	GASTO PROGRAMADO (Autorizado Final) Y EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS 1984	82
33	GASTO PROGRAMADO (Autorizado Final) Y EJECUTADO EN REGIONES DE SALUD, POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO	86
34	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS, 1982	88
35	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS, 1983	89
36	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS, 1984	90
37	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD POR PARTIDAS ESPECIFICAS DE BIENES Y SERVICIOS, 1982	93
38	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD POR PARTIDAS ESPECIFICAS DE BIENES Y SERVICIOS, 1983	94
39	PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD POR PARTIDAS ESPECIFICAS DE BIENES Y SERVICIOS, 1984	95
40	REGION DE SALUD DE CAJAMARCA, PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS Y AREAS DE SALUD	97
41	REGION DE SALUD DE CAJAMARCA, PARTIDAS ESPECIFICAS DE BIENES Y SERVICIOS POR AREAS DE SALUD	100

42	PRESUPUESTO EJECUTADO EN REMUNERACIONES POR AREAS DE SALUD, REGION DE SALUD DE CAJAMARCA	101
43	PERSONAL NOMBRADO Y CONTRATADO, REGION DE SALUD DE CAJAMARCA	102
44	DISTRIBUCION DE PROFESIONALES DE LA SALUD POR HABITANTE EN LA REGION DE SALUD DE CAJAMARCA, 1984	103
45	RELACIONES DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA REGION DE CAJAMARCA, ENFERMERAS/MEDICOS	107
46	REGION DE SALUD DEL CUSCO, PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS	108
47	PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS RSPECIFICAS, REGION DE SALUD DEL CUSCO	111
48	REGION DE SALUD DEL CUSCO, PRESUPUESTO EJECUTADO EN REMUNERACIONES POR AREAS DE SALUD	113
49	REGION DE SALUD DEL CUSCO, PERSONAL	117
50	ALGUNOS INDICADORES RELACIONADOS A LA SALUD EN LA REGION DEL CUSCO. 1984	118
51	INDICADORES SELECCIONADOS DE LAS AREAS HOSPITALARIAS DE CUSCO Y CAJAMARCA, 1984	122
52	EVOLUCION DE COSTOS UNITARIOS DE SERVICIOS SELECCIONADOS	125
52.1	EVOLUCION DE COSTOS UNITARIOS DE SERVICIOS SELECCIONADOS	126
53	EVOLUCION DE COSTOS UNITARIOS DE SERVICIOS SELECCIONADOS	129
53.1	EVOLUCION DE COSTOS UNITARIOS DE SERVICIOS SELECCIONADOS	130
54	PRESUPUESTO EJECUTADO EN ACTIVIDADES, 1982	132
55	PRESUPUESTO EJECUTADO EN ACTIVIDADES, 1983	133

56	PRESUPUESTO EJECUTADO EN ACTIVIDADES, 1984	134
57	ELASTICIDADES DEL PRESUPUESTO EJECUTADO	150
57.1	PRESUPUESTO EJECUTADO, 1980	151
57.2	PRESUPUESTO EJECUTADO (En Millones de Soles)	152
58	NIVELES SOCIO-ECONOMICOS (Por Departamentos)	160

## 1. INTRODUCCION

El objetivo central del análisis sistemático del financiamiento del Sector Público, ha sido determinar la situación actual y las tendencias prevaletientes del gasto en salud, tanto a nivel nacional, regional y de área, como por programas de salud y sus fuentes de financiamiento. Para ello, se ha establecido una metodología que permita analizar las fuentes y usos del recurso financiero en la atención pública de la salud, así como las características de su administración. Para tal efecto se ha recabado información que incluye una serie histórica de cinco años, la misma que se inicia en 1980. Los datos considerados han sido los siguientes: fuentes de financiamiento, asignación de gastos por partidas genéricas y específicas y por programas de salud a nivel de regiones y áreas, así como programación y ejecución de metas.

La hipótesis central que guía el trabajo, se sustenta en la apreciación de que se asigna un porcentaje muy reducido del Presupuesto Nacional al Sector Salud, lo que no guarda relación ni con las reales necesidades del sector, ni con la dinámica poblacional. Asimismo, pese a lo anterior, también se tiene conocimiento de que la reducida asignación presupuestal no es distribuida eficientemente en la fase de planificación y programación del gasto, ni es utilizada adecuadamente en la fase de la administración misma de los recursos; todo ello a nivel de programas y regiones, así como frente a los objetivos y políticas diseñadas para el Sector Salud.

En la perspectiva de lo anterior, el estudio ha sido elaborado y es presentado en tres partes. La primera es un análisis de la Planificación, Programación, Mecánica y Gestión Presupuestal, la misma que se desarrolla en el capítulo tercero.

La segunda es un análisis descriptivo del flujo de fuentes de ingresos y uso de fondos en el Ministerio de Salud, la

que se presenta en los siguientes capítulos: Fuentes de Financiamiento del Sector Salud, Gastos por Programas de Salud, Gastos por Componentes Presupuestarios, la Desconcentración del Gasto por Regiones y Areas de Salud, y Costos Unitarios de Servicios.

La tercera y última parte es fundamentalmente analítica y está orientada a conocer la distribución regional del gasto en salud, por acciones específicas, frente a los requerimientos de la población; luego a estudiar el comportamiento de las principales variables que afectan la atención de salud frente a un cambio en la asignación presupuestal y a la situación de crisis económica que sufre el Perú. Asimismo, intenta analizar la distribución del gasto regional frente a la dimensión poblacional, situación de salud y socio-económica de cada ámbito; y, finalmente, comparar la evolución del gasto frente a los planteamientos de políticas y objetivos diseñados para el Sector Salud, que se presenta en el capítulo de Resumen y Conclusiones.

## 2. RESUMEN Y CONCLUSIONES

El crecimiento de la población y su disímil distribución en el territorio, influyen directamente en la demanda de servicios de salud, propiciando un desequilibrio cada vez mayor entre la oferta y la demanda por el desarrollo limitado de la infraestructura sanitaria y distribución de recursos a lo largo del territorio. A ello se agrega la dispersión de la población en pequeñas localidades, la topografía accidentada del territorio y la escasez de vías de comunicación que limitan la accesibilidad de la población a los servicios de salud.

Asimismo, tanto el elevado índice de crecimiento de la población, con una estructura joven, como la alta carga de dependencia de la Población Económicamente Activa, determinan un aumento acelerado en la demanda de servicios. Frente a este panorama las principales conclusiones del estudio son las siguientes:

- 2.1 La Política Global de Desarrollo del quinquenio 1980-1985 consideró prioritarios a los sectores sociales y dentro de ellos a salud; sin embargo, la distribución de recursos financieros no ha traducido esta prioridad. La coyuntura económica por la que atravesó, y aún atraviesa el país, caracterizada por un acelerado proceso inflacionario y un insuficiente crecimiento de la producción, obligó al Gobierno a atender prioritariamente los objetivos económico-coyunturales, en detrimento de los sociales.

En este contexto, se aprecia que existe cierta incongruencia entre lo planteado en los objetivos y políticas para la salud señalados en los Planes de Desarrollo, y el gasto efectuado en el periodo 1981-1984. Lo más saltante se refiere a que el mayor gasto no estuvo dedicado, como las políticas lo señalan, a atender las áreas urbano-marginales y rurales sino que

por el contrario, éste se ha concentrado en los grandes hospitales de los centros urbanos, lo que significa que sólo tienen acceso los pobladores urbanos; y por lo tanto el buscar una mayor cobertura de salud no se está cumpliendo. Esto se refleja, no sólo en lo que concierne al gasto en Atención de Salud a través de los centros hospitalarios, sino también al programa de inversiones cuyo mayor monto, 85% estuvo concentrado en la construcción de cuatro grandes hospitales.

Esto se aprecia claramente observando el gasto per cápita en salud. En el área de Lima y Callao y en las áreas urbanas, es muy superior al de las otras regiones, en muchos casos hasta 4 veces más. Asimismo, el gasto que se efectúa en la Costa es aproximadamente 80%, en tanto que el resto corresponde a las regiones naturales de Sierra y Selva.

Por otro lado, el gasto en salud tampoco está orientado, en forma relevante, a otros objetivos y políticas planteadas. Así, se ha notado que se presta escasa atención a medicina preventiva, pues el gasto aproximado en este rubro sólo alcanza el 10%. Otro aspecto es el relacionado con la educación orientada a la nutrición y cuidado de la salud de las personas. Está ausente en la educación formal y en el uso de los medios de comunicación social todo lo referente a educar a la población sobre calidad nutritiva de los alimentos, combinación de los mismos, el uso de los autóctonos y educación de la salud. Asimismo, el gasto dedicado a programas orientados al uso de tecnologías apropiadas para la alimentación, participación comunitaria, autocuidado de la salud, medicina tradicional, vigilancia epidemiológica, etc., no es suficiente y lo poco que existe no da los resultados esperados debido -entre otros factores- a falta de organización y personal calificado.

- 2.2 La multiplicidad institucional con incipientes mecanismos de coordinación, los insuficientes recursos y la inadecuada distribución geográfica e institucional, hacen que el Sistema de Servicios de Salud no responda a las necesidades reales de la población, dando una baja cobertura de salud, con producción de servicios preferentemente recuperativos, orientados a grupos poblacionales y áreas no prioritarias.

Del mismo modo, se ha dejado de lado o ha sido escasa la participación del sector privado en programas de Salud Pública, lo que se refleja en la ausencia de proyectos o acciones al respecto. Ello indica, además, que la actividad médica privada tiene objetivos diferentes a los que plantea el Ministerio de Salud.

- 2.3 La gestión presupuestal: elaboración, aprobación y ejecución, es sumamente tediosa y complicada, y muchas veces hasta frustrante, debido a la infinidad de leyes, normas, directivas, formatos, etc., lo que obliga a que prácticamente participe en su gestión, toda la administración central y regional, durante todo el año. Este hecho hace que, debido a todos los trámites que se tienen que realizar, los fondos necesarios para el financiamiento y ejecución de proyectos, no siempre estén disponibles en el momento oportuno ni en la cantidad adecuada.

Asimismo, dada la escasa disponibilidad de fondos por parte del Tesoro Público, el presupuesto que se programa y luego se aprueba por ley, carece de significado pues en la práctica su ejecución depende sobre todo de la decisión última del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); es decir, el gasto presupuestal no se efectúa con criterios de planificación y programación presupuestaria, sino con criterios de liquidez, lo que repercute necesariamente en la cantidad y calidad de los servicios de salud.

Por ello, en los informes de evaluación presupuestaria y balances, aparecen tres cifras para cada programa o partida: presupuesto original, autorizado final y ejecutado. Como es de prever, el presupuesto original dista mucho y es bastante menor que lo ejecutado. Esto se debe sobre todo a que las directivas para la formulación del presupuesto son muy rígidas y sólo permiten un aumento de cada partida para el próximo año, bastante menor que la tasa de inflación anual, lo que obliga a presentar ampliaciones presupuestarias, las que siempre se aprueban luego de haberse ejecutado el gasto, y por ende, retrasan la ejecución de acciones y proyectos. De otro lado, la existencia de normas y procedimientos tan complicados, conduce a que tanto a nivel central como regional y de área, no exista suficiente capacidad y conocimiento sobre todo este proceso, dando como resultado una gestión presupuestal

deficiente. En este marco es sumamente importante que el MEF reformule los procedimientos y requisitos presupuestarios y lleve a cabo acciones de entrenamiento de personal en las Areas de Salud.

- 2.4 El ingreso del Sector Público en Salud (Ministerio de Salud + ORDES 1980-1981), a soles constantes de 1980, fue menor en 1984 que en 1980, lo que dio como resultado que, frente al incremento de la población y al mayor número de atenciones que tuvo que afrontar el sector, debido a que cada vez una mayor población tuvo que atenderse en centros públicos al verse afectada por la crisis económica, la calidad de los servicios disminuyera notablemente. Aquello se refleja, de otro lado, en la participación del gasto en salud respecto al presupuesto total que decayó en todo el periodo, pasando de 4.90 en 1980 a 4.18 en 1984. El mismo fenómeno se aprecia al comparar el gasto en salud con el PBI del país. En 1980 este índice representó 1.35, en tanto que en 1984 sólo fue 1.23.
- 2.5 Analizando con mayor detalle el gasto público en salud, en su relación con variables macroeconómicas, se ha encontrado que en años de crecimiento económico, o cuando el presupuesto total del sector público se ha incrementado, el gasto en salud se incrementó en mayor proporción; por el contrario, cuando las variables macroeconómicas decrecen, el gasto en salud decrece en mayor proporción. En otras palabras, cuando se genera una crisis económica, se ajusta más a los sectores sociales, en este caso al Sector Salud. Es decir, cuando la capacidad de gasto de la población se reduce, el Gobierno asigna menor proporción del presupuesto al sector, por tanto la situación de salud sufre un doble efecto negativo.
- 2.6 La principal fuente de financiamiento del Ministerio de Salud es Tesoro Público, 86% en 1984. Sin embargo la participación de la fuente de ingresos propios, si bien aún es limitada, muestra un incremento constante a través de los años. Este hecho está señalando, que la población está pagando cada vez más por los servicios de salud, proporcionados por el Estado, lo que contradice el espíritu de la Constitución. En la práctica, por el servicio el paciente paga el costo de medicinas, utensilios y otros, dejando de cubrir solamente el salario del personal de salud, la infraestructura y equipo hospitalario.

- 2.7 La Participación de los Gastos en Operación respecto al total del Presupuesto, se ha incrementado de 84% en 1980 a 90% en 1984. Sin embargo, esto no ha significado una mejor atención en los centros hospitalarios, pues esto se ha debido sobre todo a una mayor proporción de gastos en remuneraciones, que pasó de 44% a 62% en el mismo periodo, en tanto que bienes y servicios decayó de 24% a 17%. En este aspecto también se ha comprobado que cuando el gasto total de salud es aumentado, las remuneraciones se incrementan en mayor medida que el total y bienes y servicios; y cuando decrece el gasto total, el gasto en remuneraciones decrece en la misma medida, en tanto que bienes y servicios decrece en mayor proporción. Sin duda esta realidad refleja la menor calidad en los servicios de salud, así como el deterioro de los centros hospitalarios.

Al interior de los gastos corrientes, se ve que también tuvo especial significación en el Ministerio, el incremento del gasto real en medicamentos, lo que en cierta forma refleja la preocupación de las autoridades de salud en este rubro; sin embargo, el mayor gasto no se debió a una mayor cantidad, sino que en muchos casos, por falta de crédito de los laboratorios, se tuvo que recurrir a la compra de medicamentos de marca en farmacias privadas.

De otro lado, un rubro que decrece, es el que corresponde a los gastos en alimentos en hospitales, lo que obliga a que en la mayoría de los casos, los familiares de los enfermos tengan que llevar alimentos adicionales.

- 2.8 En lo que se refiere a programas de salud, se ha observado que la administración central sólo absorbe un 8.9% del gasto total y de este porcentaje solamente el 20% está dedicado a remuneraciones, lo que significa que aproximadamente 2% del gasto total en el Ministerio de Salud está dirigido a remuneraciones de la administración central.

Asimismo, se ha observado que en este programa, el gasto de operación dedicado a bienes y servicios (medicinas y otros), decrece a lo largo del periodo, lo que quiere decir que la compra de medicamentos y otros bienes, está cada vez más supeditado a los ingresos que obtengan los establecimientos de salud por el cobro de servicios.

El rubro más importante de gasto del presupuesto de salud, corresponde al Programa de Regiones (atención de la salud a través de centros hospitalarios), que absorbe aproximadamente el 73% del total y en el que el gasto real se ha mantenido en el periodo, lo que en cierta forma puede indicar que el Gobierno ha dado una alta prioridad a este programa. Sin embargo, también en él, la mayor proporción del gasto está dedicada a remuneraciones, 80%. Lo anterior no significa que el salario haya sido incrementado o mantenido para todos los profesionales de salud, por lo contrario, sólo el personal médico es el que ha visto aumentado sus remuneraciones. Otros rubros significativos son los que corresponden a la compra de bienes (medicamentos y otros), que suman algo menos que el 20%, aunque -en una mayor proporción- está financiado por los ingresos que genera el propio centro de salud. En este caso, también se ha dado un menor gasto real de 1980 a 1984.

- 2.9 A nivel de regiones, el gasto es bastante desigual. Se ha observado que una mayor proporción del mismo está concentrado en primera instancia en Lima y Callao, y luego en la Costa, siendo mínimo lo que se dedica a Sierra y Selva. Esto se constata aún más, al compararse el gasto per cápita en salud; se ha apreciado que éste es significativamente alto para Lima y bastante menor para las otras regiones, en algunos casos hasta cuatro veces más.
- 2.10 Igual fenómeno se aprecia al compararse el gasto regional frente a otros indicadores de salud y la situación socio-económica regional. Es decir, se está gastando más, donde hay menor población que atender y la situación de salud y la económica es relativamente mejor.
- 2.11 El análisis a nivel de regiones ha demostrado que, en momentos en que se ha dado una menor asignación del gasto público al sector salud, se ha asignado una menor proporción a las regiones de salud más deprimidas del territorio nacional, en tanto que se ha concentrado el gasto en las regiones que poseen mayor nivel de ingreso y en donde existen otras alternativas de servicio de salud.

Esto ha sido constatado fehacientemente al efectuar el análisis a nivel de áreas hospitalarias en las regiones de Cusco y Cajamarca. En efecto, allí se ha observado que se da una concentración de recursos

(financieros, humanos y de infraestructura) en las sedes regionales.

Aún más, cuando la asignación a la región decrece, el gasto efectuado en la periferia sufre un descenso sustantivo, sucediendo lo contrario en la sede regional.

Asimismo, se ha detectado ineficiencia en la administración y manejo de recursos, lo que se ve reflejado en los siguientes hechos:

- El personal médico por lo general no cumple con el horario establecido.
- Excesivo periodo de estancia de pacientes.
- Evasión de pago por parte de pacientes, tanto en lo que se refiere a análisis como hospitalizaciones.
- Llamadas de larga distancia sin autorización.
- Tarifas reducidas en comparación a costos de servicios.
- Hospitalización prolongada de falsos indigentes.
- Pérdida de equipos, enseres hospitalarios y otros.
- Excesivo número de personal administrativo en las direcciones regionales.
- Retraso en el pago, y éste no guarda relación con el costo del servicio, por parte del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), por atención a asegurados.

2.12 El análisis de costos unitarios ha demostrado que no existe ninguna relación entre el presupuesto asignado regionalmente y las reales necesidades de atención de la salud, medido en términos de producción de servicios. Se ha visto que en todos los Servicios se da una gran diferencia de sus costos entre regiones. Eso ha demostrado que la asignación a cada unidad de servicio responde a criterios contables y no a programas de salud; es decir, priman los rubros presupuestales (remuneraciones, bienes, servicios, etc.) al momento de asignar fondos a las regiones.

En otras palabras, no se elaboran presupuestos, ni calendarios de compromiso, en base a costos de actividades. Por ello, los presupuestos no son concordantes con la realidad de ejecución del gasto.

2.13 La distribución regional de recursos financieros, en función a la producción de servicios, no es equitativa, siendo más desigual en servicios

reparativos que es el rubro que tiene un mayor presupuesto asignado. De otro lado, el análisis también ha demostrado que el gasto es distribuido regionalmente de manera menos equitativa, cuando el presupuesto del sector es reducido por efecto de la crisis económica; en tanto cuando se da un aumento real del presupuesto, su distribución es más equilibrada.

- 2.14 Si bien es importante lograr mayor eficiencia en la administración de los recursos en las respectivas áreas de salud y programas, el análisis efectuado permite tener elementos de juicio muy importantes para la toma de decisiones tanto de carácter político como de orden de planificación y programación presupuestaria. En primer término es fundamental que el Gobierno asigne una mayor proporción del presupuesto público al Sector, pues los recursos son cada vez más exiguos frente a las crecientes necesidades de salud. Luego es importante que el MEF y el Ministerio de Salud racionalicen y simplifiquen todo el proceso de gestión de recursos y que difundan hasta nivel de área de salud conocimientos sobre planificación, programación, presupuesto y gestión financiera. Es importante que la asignación de fondos responda a criterios de programación de actividades y no contables, esto debe conducir necesariamente a incrementar las partidas de bienes y servicios y priorizar las áreas de la periferia.

De otro lado, los datos analizados han señalado que es necesario una mejor distribución de los recursos financieros entre las áreas de salud, dado que algunas de ellas tienen relativamente más fondos que otras, en función de las necesidades y población a atender. Esto se traduce sobre todo en una mejor distribución de recursos humanos y presupuestos de bienes y servicios, así como ampliación de cobertura en la periferia. Finalmente, es sumamente importante mejorar la administración de los establecimientos hospitalarios, tanto en lo que se refiere a los recursos financieros, como humanos. Se estima que los costos de los servicios pueden reducirse en un porcentaje significativo de aplicarse medidas correctivas en aquellos rubros.

### 3. LA PLANIFICACION, PROGRAMACION PRESUPUESTARIA, GESTION Y MECANISMOS DEL PRESUPUESTO PUBLICO EN SALUD

#### 3.1 La Planificación de la Salud

Por Mandato Constitucional, todas las acciones de orden económico-social que se han de llevar a cabo en un periodo determinado, deben estar enmarcadas en un Plan Global de Desarrollo. Esto incluye tanto al Sector Público como al No Público. Respecto al primero, las acciones que se programen a mediano y corto plazo, tienen carácter obligatorio; y en lo que concierne al segundo, su carácter es orientador y obligatorio cuando se ejecutan acciones de coordinación entre la Administración Pública y los Agentes Económicos Privados.

Para tal efecto en 1980, el Gobierno del Perú, mediante el Decreto Legislativo No. 177, ha modernizado el Sistema Nacional de Planificación (1), encargado de elaborar los planes de desarrollo. Este Sistema tiene como ente central, al Instituto Nacional de Planificación (INP) y como órganos desconcentrados a las Oficinas de Presupuesto y Planificación que están subordinadas a los Ministerios, Corporaciones Departamentales, Empresas e Instituciones Públicas.

Para lograr la participación del sector privado, se han creado los Consejos Consultivos de Planificación, que existen tanto a nivel central como en cada sector. A través de ellos, traslada sus inquietudes y programas de acción con el propósito de que se genere una concentración de acciones entre el aparato público y el sector privado.

---

(1) El Sistema Nacional de Planificación fue creado mediante la Ley No. 14270 en la década del sesenta.

El proceso de elaboración de los Planes de Desarrollo, tanto anuales como de mediano plazo (nacional y sectoriales), está normado por el Instituto Nacional de Planificación, a través de dos documentos básicos.

El primero es la "Orientación General del Plan Nacional de Desarrollo y del Presupuesto Público", en el que se presenta un reducido diagnóstico de la situación económico-social del Perú y a partir de él, se establecen orientaciones y políticas de desarrollo, que cada sector debe tomar en cuenta para elaborar sus planes a fin de superar -en el plazo correspondiente- la situación descrita en el diagnóstico; y el segundo es la "Directiva Anual", en la que se precisa la estructura de los planes sectoriales y regionales, así como los responsables de su elaboración.

Utilizando estos documentos, el Ministerio de Salud concretamente elabora el Plan Nacional de Desarrollo del Sector, para los periodos correspondientes.

### **3.2 Marco Legal respecto al Financiamiento Público**

El Presupuesto Público en el Perú es un instrumento fundamental, mediante el cual el Gobierno asigna recursos financieros a todas las instituciones del Sector Público encargadas de ejecutar proyectos de inversión, prestar servicios, producir bienes, etc.

En los últimos años, se ha visto la necesidad de un uso más exhaustivo y eficiente de las técnicas de programación, pues se considera que el Presupuesto del Gobierno debe ser el instrumento idóneo de la planificación, ya que sirve de eslabón, hace operativo o permite que los objetivos, políticas y metas se traduzcan en acciones específicas o proyectos de inversión. Por medio del presupuesto, el Plan del Sector Público encuentra su vía de realización práctica, permitiendo determinar metas concretas de producción de bienes y servicios, señalar unidades ejecutoras responsables y estimular simultáneamente los recursos humanos, materiales y financieros de la actividad privada; asimismo, por ser un instrumento fundamental de la política económica.

Empero, debido a sus matices de carácter político, está sujeto a que en algunos casos la asignación de recursos no responda estrictamente a criterios de orden técnico, sino más bien a aspiraciones o apetitos de orden particular o personal.

Por todo lo anterior, en el Perú la asignación anual de recursos financieros por toda fuente (Gobierno Central, ingresos propios, endeudamiento externo, etc.), está regida por Leyes específicas aprobadas por el Congreso, dispositivos de menor nivel como Decretos, aprobados por el Poder Ejecutivo y disposiciones ministeriales y directorales aprobadas por cada Ministerio o institución.

Estas disposiciones son aprobadas anualmente. Todo este marco legal que determina la Gestión Financiera Gubernamental, está orientado a tres instancias concretas: elaboración, financiamiento y ejecución. Sobre esta última, existe una mayor legislación, cuya razón es controlar y cautelar los fondos asignados, pero en la práctica burocratiza y demora la ejecución de actividades y proyectos.

### **3.2.1 Elaboración del presupuesto del Sector Salud**

El Ministerio de Salud debe elaborar su presupuesto anual, teniendo como marco de referencia el "Plan de Desarrollo del Sector", "La Directiva para la Formulación del Presupuesto del Sector Público" y la Directiva que para el efecto elabora el propio Ministerio.

Del primero, las unidades de base y programas del Ministerio extraen las principales prioridades del sector, y a partir del segundo y tercero, precisan la estructura y forma de organización del presupuesto, tanto en lo que se refiere a unidades presupuestales y programas como a la forma de clasificarlo: remuneraciones, bienes, servicios, transferencias, pensiones, intereses, estudios, obras, bienes de capital, préstamos, amortización de deudas, etc.

De otro lado, la "Directiva para la formulación del Presupuesto del Sector Público", establece una metodología de asignación de fondos, en la que se señalan dos grupos de gastos: compromiso ineludible y gasto adicional. El primero se refiere -como su nombre lo indica-, a gastos que no se pueden dejar de hacer en el siguiente año, tales como: pago de remuneraciones, continuación en la ejecución de proyectos. El segundo trata sobre proyectos y acciones que se iniciarían en el siguiente ejercicio presupuestal, siempre y cuando estén debidamente justificados y exista disponibilidad de fondos.

### **3.2.2 Financiamiento del presupuesto público**

Para financiar el Presupuesto Público, existe una Ley específica. Anualmente se elabora y aprueba la "Ley de

Financiamiento del Presupuesto del Sector Público", en la que se precisa, en forma genérica y en algunos casos específica, cuáles son las fuentes de financiamiento del presupuesto, así como las de los proyectos y acciones concretas. Sobre salud, ciertas veces se señala la creación de tributos orientados a la atención del Sector y concreción de préstamos para ejecución de obras tales como hospitales, centros de salud, etc. (2)

### 3.2.3 Ejecución del presupuesto

La ejecución del Presupuesto se rige por un dispositivo fundamental: la "Ley General del Presupuesto del Sector Público", mediante la cual se asignan recursos, y se establecen pautas orientadas al control, evaluación y seguimiento del Presupuesto programado. A través de todo su articulado, se establecen los procedimientos a seguirse respecto a la ejecución, modificación, evaluación y justificación del gasto, de cada uno de los ministerios e instituciones.

El Presupuesto General de la República de cada año tiene pliegos específicos para el Ministerio de Salud y para el IPSS, y otros para Organismos de carácter Departamental y Local, que también ejecutan proyectos relacionados a la salud. En estos presupuestos está precisado con detalle cuánto se ha asignado para las partidas: remuneraciones, bienes, servicios, estudios, obras, equipos, etc.; cuánto es la asignación por regiones de salud, cuánto por cada proyecto específico y cuáles son las fuentes de financiamiento para cada caso.

El análisis del presupuesto ejecutado del Ministerio de Salud, es el que se efectúa a continuación, pues en él se encuentra la evolución y la real situación financiera respecto a la atención pública de salud en el Perú, tanto en lo que se refiere a fuentes de financiamiento, como al gasto en programas que responden a prioridades establecidas.

De la Ley de Presupuesto, se desprenden diversos Decretos Supremos, Resoluciones Ministeriales y Directorales,

---

(2) Para mayor detalle, ver documento Síntesis de Información sobre Financiamiento, preparado para el Segundo Taller de ANSSA-PERU, realizado en el Hotel El Pueblo, agosto 1985.

y Directivas, todos ellos orientados a garantizar un manejo racional de lo que significa el gasto del sector público en el territorio nacional. Unos son orientados al manejo del Presupuesto de Operación y otros al de Inversión. Respecto al primero, el más importante es el "clasificador por objeto de gasto", que se aprueba por Resolución Directoral de la Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Aplicando este dispositivo, el presupuesto que es aprobado en forma global, es desagregado en partidas específicas con el propósito de lograr una mejor ejecución presupuestal y control del mismo. Así por ejemplo, los gastos corrientes se desagregan en remuneraciones (básica al cargo, transitorias), bienes (compra de medicamentos, material de laboratorio), etc. Su propósito es evitar que una partida señalada para un fin sea utilizada en otro. Sin embargo, su elaboración toma los tres primeros meses del año, por lo que en el primer trimestre la ejecución del presupuesto no alcanza ni el 10% de lo programado.

Otro dispositivo importante, es la Directiva Metodológica para la Ejecución y Control del Presupuesto. Está orientado a sistematizar la información y controlar el gasto, así como a señalar la participación de los responsables de la ejecución. Asimismo señala cómo se establece el calendario de compromisos -es decir cómo se han de gastar mes a mes las partidas asignadas a un proyecto o actividad- los informes sobre valorizaciones, gasto mensual -tanto corriente como de capital- estado de captación de ingresos y el balance presupuestario, todo ello a través de formatos específicos. Este dispositivo obliga a cada unidad presupuestaria, tanto a nivel nacional como regional y de área, a presentar documentos frondosos, tanto de justificación como de solicitudes para gastos futuros. La elaboración inadecuada de estos documentos permite justificar al MEF, la no remisión de fondos para los meses siguientes.

Finalmente, una norma adicional establece los procedimientos de pago por partidas o conceptos, la misma que es aprobada por Resolución Ministerial. Este dispositivo también señala la obligatoriedad de abrir cuentas para cautelar la ejecución del presupuesto, los responsables y sus responsabilidades en el manejo de recursos y el registro de sus firmas para la obtención y giro de fondos.

Sin duda alguna, todo este frondoso marco legal repercute en todas las actividades del Sector Salud, tanto en la ejecución de programas como de proyectos, sobre todo cuando es usado no sólo para fiscalizar el gasto sino para

restringirlo, dado el déficit financiero del sector público. Todo ello será analizado en el siguiente punto.

### **3.3 Gestión y Mecanismo del Presupuesto Público**

#### **3.3.1 Formulación presupuestaria**

El proceso de formulación del Presupuesto para el Sector Salud es arduo, tedioso y muchas veces hasta frustrante. Este comienza medio año antes del inicio del periodo presupuestal, con la emisión por parte del MEF de la Directiva para la Formulación del Presupuesto. En sujeción a esta norma, la Oficina Sectorial de Presupuesto y Planificación del Ministerio de Salud, imparte directivas a las unidades de base y programas, en las que se señalan pautas precisas para la elaboración de sus programas presupuestales. Uno de los aspectos repetitivos de este documento, es el concepto de compromiso ineludible y solicitud de gasto adicional descritos en el capítulo anterior. Sobre el primero, además, se fija un monto máximo de aumento anual, por partida genérica, el que es significativamente menor que la tasa de inflación, lo que repercute necesariamente en la prestación de servicios del Sector.

Cada Programa elabora su presupuesto, haciendo uso de estas directivas las que obligan -tanto a nivel nacional como regional- a repetir el monto de los gastos previos, lo que no guarda relación con las reales necesidades de atención en salud. Estos programas son compatibilizados en la Oficina de Presupuesto y Planificación del Sector, dando lugar a un monto presupuestal definido. Esta cifra y el Presupuesto del Sector Salud son aprobados por el Ministerio de Salud y luego presentados al MEF. En esta instancia, Economía compatibiliza los presupuestos de todos los sectores, y de acuerdo a las posibilidades del país, los aumenta o disminuye. Es decir, se fijan montos diferentes en las partidas, sin mayor consulta al Sector. Luego el MEF presenta el Proyecto de Presupuesto de la República al Congreso, en agosto.

Desde ese mes hasta el momento de aprobación de la Ley de Presupuesto que define proyectos, acciones y montos, se realiza una serie de reuniones entre políticos, parlamentarios y técnicos, con el propósito de introducir nuevos proyectos y ampliar o reducir el presupuesto, sin mayor criterio técnico. Una vez aprobado por ley el Presupuesto de la República, cada sector presenta al MEF un calendario de compromisos por meses y solicitudes de giro

para cada mes, con el propósito de obtener los fondos necesarios para la ejecución de proyectos y acciones. Economía, dadas las restricciones presupuestarias, proporciona sólo una parte de los fondos mensuales solicitados; lo que en la práctica significa aprobar mes a mes un nuevo presupuesto.

Todo este tedioso proceso está indicando claramente que los presupuestos no se programan y ejecutan con criterios de planificación o programación presupuestaria, debido por un lado, a que a nivel de programa no existe capacidad de elaborar presupuestos en base a costos y por otro, a la disponibilidad financiera por parte del MEF. Es decir, no existe participación de la planificación en la ejecución de los presupuestos. Esto se puede apreciar más claramente constatando algunos hechos.

La definición por parte del MEF de dos grupos de gastos: ineludible y adicional, determina la asignación de fondos; pues en la práctica lo adicional está sujeto a la existencia de recursos adicionales, que nunca existieron en los últimos 5 años, y el monto de lo ineludible está precisado por el aumento anual que es menor que la tasa de inflación.

Es decir, que en este proceso no se acepta nuevas necesidades de dinero para un proyecto o acción ya iniciado, lo que puede deberse a ampliaciones de servicios, ni tampoco crear nuevos servicios en áreas donde son absolutamente necesarias.

### 3.3.2 Dificultades financieras del sector salud

El tratamiento estricto del gasto ineludible, ha significado que el Ministerio de Salud tropiece con serias dificultades. El rubro remuneraciones es determinado mediante una proyección de la planilla de un mes, lo que no contempla los aumentos sucesivos que proporciona el Gobierno; los rubros bienes y servicios son calculados haciendo uso de la tasa de aumento señalada por el MEF, la que es menor a la inflación del año anterior, lo que ocasiona una total carencia de bienes para el funcionamiento del sector por el cierre de créditos de parte de los proveedores, generando a su vez una crítica situación en la prestación de servicios. Por la misma razón, los proyectos son ejecutados a un ritmo menor cada año, lo que da lugar a que éstos sean concluidos en el doble de tiempo, o paralizados, incidiendo directamente en mayores costos de ejecución y en toda la economía. Durante el periodo 1981-1985 el sector tropezó con muchas dificultades por la insuficiente liquidez de caja del Tesoro

Público, o porque los ingresos recaudados no se ajustaron a lo presupuestado, dando lugar al déficit fiscal. Es así, que cuando el sector presenta su solicitud de giro, ésta no es atendida en su totalidad. En materia de gasto corriente, hay bastante exactitud en el desembolso de remuneraciones y pensiones, sin embargo, en materia de bienes y servicios, las transferencias se ejecutan normalmente fuera de tiempo, y no en los montos solicitados. Lo mismo sucede con relación a las solicitudes para gasto de inversión, desembolsos que son ejecutados, a veces con meses de retraso, lo que origina incluso paralización de obras.

Para justificar la menor dotación de recursos, el MEF recurre a infinidad de trámites, lo que obliga a que gran cantidad de técnicos esté dedicado exclusivamente a llenar formularios, personal que muchas veces, a nivel calificado, no existe en las regiones o áreas hospitalarias. Por todo ello, en la mayoría de los casos las solicitudes de giro para el siguiente mes fueron aprobadas con retraso, dando lugar a que la cantidad girada no cubriera el costo de las obras debido a la alta tasa de inflación, por lo que se tuvo que iniciar de nuevo todo el trámite. Este fenómeno es típico en las áreas de salud.

Además de estos problemas, existen otros significativos que traban el proceso de ejecución presupuestaria:

- Excesiva cantidad de documentos que se tienen que presentar mensualmente para la evaluación del avance de la ejecución presupuestaria. El incumplimiento ocasiona la no aprobación o recorte de los fondos solicitados para el siguiente mes.
- Retraso en la utilización de los mayores ingresos propios captados, debido a que se necesita aprobación de ampliación presupuestaria por parte del MEF y del Congreso. Muchas veces llega la aprobación cuando el año presupuestal ha fenecido, lo que da lugar a que no se utilicen los fondos.
- Multiplicación de directivas, tanto del MEF como del Ministerio de Salud, en ocasiones contradictorias entre ellas, las cuales no son difundidas hasta el nivel de área, dando lugar a un desconocimiento de las técnicas presupuestales, ocasionando deficiencias en la elaboración de rendiciones de cuentas y solicitudes de giro para el mes siguiente, por lo que a veces las áreas de salud no obtienen fondos necesarios para un funcionamiento normal.

#### 4. FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD

Todo presupuesto, tanto el de la República como el del Ministerio de Salud, presenta a su vez dos rubros: Ingresos y Gastos. Ambos, año a año deben coincidir en su suma total.

El presupuesto de Ingresos consigna las cifras y fuentes que financian los programas, partidas, rubros, etc. del Ministerio de Salud, es decir, las remuneraciones, compra de bienes y servicios, los estudios, obras, equipos, etc. Por los aspectos ya analizados en el capítulo anterior, el Presupuesto en el Perú sufre una serie de modificaciones en todas sus partidas desde el momento en que se programa y aprueba hasta la fecha en que se ejecuta.

El análisis que se inicia trata de reflejar esa situación, utilizando para el efecto cifras de presupuesto original, autorizado final y ejecutado. Estas tres cifras son siempre diferentes, siendo la mayor la que corresponde al autorizado final. La razón de estas diferencias estriba en lo siguiente: la cifra presupuestada originalmente siempre es la menor y se debe a las restricciones de carácter presupuestario que impone el MEF, lo que se traduce en una cifra muy lejana a las mínimas necesidades del Sector Salud (ver Cuadro No. 1). Por ello, durante el año, dadas las crecientes necesidades del Ministerio -por la constante subida de precios que está sufriendo el país durante los últimos años (mayores salarios, equipos, materiales de construcción, etc.)- se ve en la necesidad de solicitar ampliaciones presupuestarias que permitan cubrir un mínimo de su programa de acciones e inversiones. Esta cifra da lugar al presupuesto autorizado final. Sin embargo, toda esta cantidad finalmente autorizada no se llega a ejecutar, debido entre otros factores, a la existencia de largos trámites burocráticos que dificultan la ejecución oportuna de los recursos, a la falta de organización, o porque los contratistas no cumplen con el cronograma de obras aprobado.

Quadro No. 1

PRESUPUESTO INICIAL, FINAL, Y EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD  
POR TODA FUENTE  
(Miles de Soles)

	Tesoro Público			Ingresos Propios			Endeudamiento			Ingresos por Transferencias			Total Fuente		
	Presupuesto Original	Autorizado Final	Presupuesto Ejecutado	Presupuesto Original	Autorizado Final	Presupuesto Ejecutado	Presupuesto Original	Autorizado Final	Presupuesto Ejecutado	Presupuesto Original	Autorizado Final	Presupuesto Ejecutado	Presupuesto Original	Autorizado Final	Presupuesto Ejecutado
1980	33,382,600	46,497,935	43,603,479	1,500,000	3,419,466	3,306,678	2,283,500	2,927,126	1,954,956	30,000	204,717	151,862	37,196,100	53,049,244	49,016,975
1981	7,153,900	87,282,520	75,469,594	2,149,000	6,322,141	5,184,486	7,443,000	8,433,626	2,362,990	80,000	319,249	183,741	81,211,000	102,357,536	83,200,811
1982	119,138,000	147,051,846	147,171,940	5,576,000	16,657,377	13,709,804	4,451,000	3,062,233	2,450,906	12,743,000	10,052,553	2,984,060	141,906,000	176,824,009	166,316,709
1983	189,094,000	293,300,000	301,044,667	8,462,000	28,522,977	24,173,967	6,195,000	26,610,437	9,700,475	8,084,000	8,685,771	6,609,859	211,835,000	357,119,185	341,528,988
1984	402,740,000	618,903,617	628,862,038	13,905,000	52,639,151	52,137,560	40,461,000	69,327,000	33,419,998	15,167,000	17,200,467	11,139,142	472,273,000	758,070,235	725,559,038

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, AMSSA-PERU, 1985.

Esta cantidad sobrante no se queda en el sector, sino que es devuelta al MEF, quien la usa para otros fines. Esta circunstancia no sólo se da anualmente sino que se repite mes a mes, y de esta manera el presupuesto autorizado se va reduciendo paulatinamente.

#### 4.1 Variaciones del Presupuesto de Ingresos del Ministerio de Salud

Del periodo 1980 a 1984, es posible inferir algunas características significativas de este movimiento presupuestal, que ilustran el proceso. Se apreció en todos los años una considerable diferencia entre el presupuesto original y el finalmente autorizado. Este último siempre fue mayor y alcanzó a ser un 68% superior en 1983; en tanto que esta diferencia fue menor en 1982. Se observa en el cuadro, que ambas cantidades tienden a ser cada vez más diferentes en los dos últimos años (68 y 60%), esto en razón a que en 1983 y 1984, los presupuestos fueron aprobados bajo estrictas orientaciones del MEF, y debido también a que la inflación en aquellos años fue significativamente mayor. Sin embargo, ambas cantidades son sustantivamente menores a las de la tasa de inflación (125 y 111%) por lo que se puede inferir que el presupuesto finalmente autorizado, no alcanzó a cubrir las necesidades mínimas de los programas de salud aprobados.

En lo que respecta a la ejecución de los presupuestos anuales, se puede ver en el Cuadro No. 2, que la cifra final autorizada siempre es superior a la ejecutada y el porcentaje de la ejecución es como promedio un 91% en el Ministerio de Salud. La menor ejecución presupuestaria fue de 81% en 1981. Se aprecia que el grado financiero de ejecución tiende a mejorar en los últimos años; sin embargo, esto no se debe a una mayor eficiencia en la ejecución de acciones y proyectos, sino al incesante aumento del costo de vida, lo que hace que los requerimientos de fondos, por parte de los ejecutantes, sean cada vez mayores.

El comportamiento de cada una de las fuentes de financiamiento no es pareja, como se aprecia en el Cuadro No. 1, existiendo algunas partidas que muestran mayores diferencias que otras.

En lo que se refiere a las diferencias entre el presupuesto aprobado y el autorizado final, se puede ver que en todas las fuentes, lo autorizado final siempre es mayor que lo original, excepto en el año 1982, para las fuentes endeudamientos y transferencias. Esto se debe a que durante

Cuadro No. 2

VARIACIONES DE LOS PRESUPUESTOS AUTORIZADO FINAL  
Y EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD

	Final/Inicial	Ejecutado/Inicial	Ejecutado/Final
1980	42.62	31.78	92.39
1981	26.04	2.45	81.28
1982	24.60	17.20	94.05
1983	68.58	61.22	95.63
1984	60.51	53.63	95.71

Fuente: Ministerio de Salud,  
Oficina General de Administración  
Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6,  
ANSSA-PERU, 1985.

el transcurso de aquel año ambas fuentes han mostrado una lenta ejecución, por lo que lo autorizado disminuyó en lugar de aumentar.

Las mayores diferencias aparecen en los rubros de ingresos propios, en donde las disimilitudes son mayores al 100%. Esto responde a que las tarifas de los servicios que prestan los centros de salud, tienden a ser mayores año a año debido al incremento del costo de vida. Si bien este hecho significa un aumento de ingresos para salud, su utilización no es inmediata ya que, al no estar programado, se requiere ampliación presupuestaria por ley de parlamento, la que muchas veces se promulga muy tardíamente, originándose de esta manera la no utilización de estos mayores ingresos. Se aprecia un comportamiento similar en la fuente de transferencia, en especial en los años 1980 y 1981 en que lo autorizado final respecto al presupuesto original era hasta 300% mayor. Esta distorsión se ha corregido en los últimos años, lo que significa que se está realizando una mejor programación presupuestaria.

En el año 1983 la partida endeudamiento sufrió un incremento sustantivo por la concreción de un préstamo, pero normalmente las diferencias son coincidentes con las del presupuesto total.

En lo que respecta a la ejecución del presupuesto, se aprecia que tanto las fuentes de Tesoro Público como Ingresos Propios son las que muestran mayor eficiencia, en especial la primera, cuya realización es superior al 100% de lo autorizado final en los dos últimos años. No ocurre lo mismo con las fuentes de endeudamiento e ingresos por transferencias, sobre todo la primera, en la cual la ejecución en los cinco últimos años es sumamente baja.

Este hecho se debe a que la fuente de endeudamiento está destinada a proyectos, los mismos que muestran un lento ritmo de ejecución debido, entre otros factores, a que el MEF recorta con mayor avidez las partidas hacia estos rubros, lo que da lugar a que la contrapartida extranjera sea menor. De otro lado influye la cantidad de documentos que se tiene que presentar para conseguir partidas adicionales.

#### 4.2 Ingresos Totales del Ministerio de Salud

Los ingresos totales del Ministerio de Salud (3) a soles de 1980 pasaron de S/. 67,226 millones en 1980 a S/. 58,054 millones en 1984 (4), es decir hubo un decrecimiento de 13%, lo que significa un gasto sustantivamente menor frente al incremento de la población que aumentó en un 11% en el periodo. Esto quiere decir que se está atendiendo a una mayor población con un menor ingreso, y que por lo tanto la calidad y cantidad de servicios de salud han disminuido (ver Cuadro No. 3).

#### Cuadro No. 3

##### INGRESOS TOTALES DE SALUD (Ministerio más ORDES)

Millones de soles 1980

<u>Años</u>	<u>Monto</u>
1980	67226
1981	68685
1982	61537
1983	58059
1984	58054

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración. MEF, Cuenta General de la República.

(3) Los datos del Cuadro No. 3 en lo que se refiere a los años 1980-1981, no coinciden con los otros de este documento, salvo que se exprese específicamente, debido a que en éste se incluye a los departamentos que pertenecieron a los Organismos Regionales de Desarrollo, presupuestos que no estuvieron considerados en el Ministerio de Salud. En los otros cuadros no se incluye esta información en razón a que no ha sido posible desagregar esos rubros por partidas genéricas y específicas, salvo que se especifique.

(4) Con el propósito de efectuar un análisis coherente, se han establecido todos los datos a valores de 1980. Para ello se ha utilizado el deflactor implícito del PBI.

el transcurso de aquel año ambas fuentes han mostrado una lenta ejecución, por lo que lo autorizado disminuyó en lugar de aumentar.

Las mayores diferencias aparecen en los rubros de ingresos propios, en donde las disimilitudes son mayores al 100%. Esto responde a que las tarifas de los servicios que prestan los centros de salud, tienden a ser mayores año a año debido al incremento del costo de vida. Si bien este hecho significa un aumento de ingresos para salud, su utilización no es inmediata ya que, al no estar programado, se requiere ampliación presupuestaria por ley de parlamento, la que muchas veces se promulga muy tardíamente, originándose de esta manera la no utilización de estos mayores ingresos. Se aprecia un comportamiento similar en la fuente de transferencias, en especial en los años 1980 y 1981 en que lo autorizado final respecto al presupuesto original era hasta 300% mayor. Esta distorsión se ha corregido en los últimos años, lo que significa que se está realizando una mejor programación presupuestaria.

En el año 1983 la partida endeudamiento sufrió un incremento sustantivo por la concreción de un préstamo, pero normalmente las diferencias son coincidentes con las del presupuesto total.

En lo que respecta a la ejecución del presupuesto, se aprecia que tanto las fuentes de Tesoro Público como Ingresos Propios son las que muestran mayor eficiencia, en especial la primera, cuya realización es superior al 100% de lo autorizado final en los dos últimos años. No ocurre lo mismo con las fuentes de endeudamiento e ingresos por transferencias, sobre todo la primera, en la cual la ejecución en los cinco últimos años es sumamente baja.

Este hecho se debe a que la fuente de endeudamiento está destinada a proyectos, los mismos que muestran un lento ritmo de ejecución debido, entre otros factores, a que el MEF recorta con mayor avidez las partidas hacia estos rubros, lo que da lugar a que la contrapartida extranjera sea menor. De otro lado influye la cantidad de documentos que se tiene que presentar para conseguir partidas adicionales.

#### 4.2 Ingresos Totales del Ministerio de Salud

Los ingresos totales del Ministerio de Salud (3) a soles de 1980 pasaron de S/. 67,226 millones en 1980 a S/. 58,054 millones en 1984 (4), es decir hubo un decrecimiento de 13%, lo que significa un gasto sustantivamente menor frente al incremento de la población que aumentó en un 11% en el período. Esto quiere decir que se está atendiendo a una mayor población con un menor ingreso, y que por lo tanto la calidad y cantidad de servicios de salud han disminuido (ver Cuadro No. 3).

#### Cuadro No. 3

##### INGRESOS TOTALES DE SALUD (Ministerio más ORDES)

Millones de soles 1980

<u>Años</u>	<u>Monto</u>
1980	67226
1981	68685
1982	61537
1983	58059
1984	58054

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración. MEF, Cuenta General de la República.

(3) Los datos del Cuadro No. 3 en lo que se refiere a los años 1980-1981, no coinciden con los otros de este documento, salvo que se exprese específicamente, debido a que en éste se incluye a los departamentos que pertenecieron a los Organismos Regionales de Desarrollo, presupuestos que no estuvieron considerados en el Ministerio de Salud. En los otros cuadros no se incluye esta información en razón a que no ha sido posible desagregar esos rubros por partidas genéricas y específicas, salvo que se especifique.

(4) Con el propósito de efectuar un análisis coherente, se han establecido todos los datos a valores de 1980. Para ello se ha utilizado el deflactor implícito del PBI.



Lo anterior se corrobora al ver la relación que existe entre el ingreso destinado a salud frente al presupuesto total y el PBI. Se aprecia en el Cuadro No. 4 que el porcentaje de gasto público en salud frente al del Gobierno Central, fue de la siguiente forma: MS/GC decrece de 4.90% a 4.18% de 1980 a 1984. De otro lado, la relación presupuestal frente al PBI señala lo siguiente: MS/PBI decreció de 1.35 a 1.23. Todas estas cifras indican claramente el deterioro de ingresos que ha sufrido el Ministerio de Salud.

La mayor fuente de financiamiento es Tesoro Público, aunque su participación tiende a decrecer en el período, del 89% en 1980, al 85% en 1984.

De otro lado, las fuentes de financiamiento del Ministerio revelan a lo largo del período, un decremento paulatino de todas ellas, a excepción de la de endeudamiento que aumenta significativamente a partir de 1983 (82% de 1982 a 1983 y 62% de 1983 a 1984). Este hecho en cierta forma está revelando que, paulatinamente, esta fuente se está convirtiendo hasta en financiadora de salarios sobre todo cuando no existe la contrapartida nacional necesaria; sin embargo su participación frente al total de ingresos es aún insignificante (4.6% en 1984). (Ver Cuadro No. 5)

#### 4.3 Uso de Fondos por Fuentes de Financiamiento

##### 4.3.1 Por programas de salud

Los ingresos de los diferentes programas de salud (Cuadro No. 6), no son necesariamente financiados por las cuatro fuentes que presenta el Presupuesto Global.

Así, en el Programa de Administración Central, la principal fuente de financiamiento a través de los años ha sido Tesoro Público (96.4% en 1980 y 96.9% en 1984), siendo una cifra constante, en tanto que la participación de las otras fuentes ha sido sustantivamente menor. El mismo fenómeno sucede en el Programa de Capacitación de personal.

En Programas Especiales, que existió solamente en los años 1980 y 1981, Tesoro Público también fue la principal fuente de financiamiento, aunque en menor medida que el caso anterior, pues sólo fue 83% y 80% respectivamente, lo que es bastante menor que el total del sector. El siguiente rubro en importancia es endeudamiento, el que alcanzó 12.6% y 9.5% respectivamente, para los mismos años. Una situación similar acontece en los programas Instituto Nacional de

Cuadro No. 4

RELACIONES ENTRE PRESUPUESTOS DE SALUD  
Y VARIABLES MACROECONOMICAS

Años	Gob. Cent.	PBI
1980	4.90	1.35
1981	4.95	1.32
1982	4.58	1.18
1983	4.46	1.29
1984	4.18	1.23

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente  
No. 6, ANSSA-PERU 1985.

Cuadro No. 5

INGRESOS DEL MINISTERIO DE SALUD POR FUENTE DE  
FINANCIAMIENTO  
(Millones de Soles 1980)

	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%
MINISTERIO DE SALUD	49,016	100.00	50,752	100.00	61,537	100.00	58,059	100.00	58,044	100.00
Tesoro Público	43,603	88.96	46,036	90.71	54,453	88.49	51,177	88.15	50,308	86.67
Ingresos Propios	3,306	6.74	3,162	6.23	5,072	8.24	4,109	7.08	4,171	71.19
Endeudamiento	1,954	3.99	1,441	2.84	906	1.47	1,649	2.84	2,673	4.61
Ingresos por Transferencias	151	0.31	112	0.22	1,104	1.79	1,123	1.93	891	1.54

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración.

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No.6, AMSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 6

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA  
ADMINISTRACION CENTRAL POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO  
(Miles de Soles de 1980)

Fuentes	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Tesoro Público		9,020,657	7,834,626	4,159,769	4,229,713	5,002,462
Ingresos Propios		9,840	739	223,990	138,731	140,324
Endeudamiento		253,591	309,976	134,065	151,714	0
Transferencias		65,216	15,941	93,929	98,374	19,200
Total		9,349,304	8,161,282	4,611,753	4,618,532	5,161,986

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984.

Elaborado : Grupo de Trabajo Componente No.6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 6.1

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA  
PROGRAMAS ESPECIALES POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO  
(Miles de Soles de 1980)

Fuentes	1980	1981	1982	1983	1984
Tesoro Público	10,919,589	9,952,858	0	0	0
Ingresos Propios	846,301	757,801	0	0	0
Endeudamiento	1,701,365	11,314,447	0	0	0
Transferencias	31,639	7,303	0	0	0
<b>Total</b>	<b>13,498,894</b>	<b>11,849,409</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984.

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No.6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 6.2

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA  
 CAPACITACION DE PERSONAL POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO  
 (Miles de Soles de 1980)

Fuentes	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Tesoro Público		0	94,527	82,881	0	56,902
Ingresos Propios		0	938	1,426	0	3,653
Endeudamiento		0	0	0	0	0
Transferencias		0	0	0	0	0
Total		0	95,465	84,307	0	60,555

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
 Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984.

Elaborado : Grupo de Trabajo Componente No.6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 6.3

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA  
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO  
 (Miles de Soles de 1980)

Fuentes	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Tesoro Público		0	0	568,804	538,634	553,400
Ingresos Propios		0	0	160,619	237,091	155,825
Endeudamiento		0	0	0	0	0
Transferencias		0	0	0	0	1,859
<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>729,423</b>	<b>775,725</b>	<b>711,084</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
 Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984.

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

Ministerio de Salud  
 Oficina General de Administración  
 Lima, Perú

Cuadro No. 6.4

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA  
 INFRAESTRUCTURA FISICA POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO  
 (Miles de Soles de 1980)

Fuentes	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Tesoro Público		0	0	2,771,420	1,490,170	2,559,905
Ingresos Propios		0	0	14,614	2,985	4,274
Endeudamiento		0	0	695,938	979,603	1,707,421
Transferencias		0	0	610,800	340,806	23,211
Total		0	0	4,092,772	2,813,564	4,294,811

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
 Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 6.5

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA  
 MEDIO AMBIENTE POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO  
 (Miles de Soles de 1980)

Fuentes	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Tesoro Público		0	0	986,914	438,814	456,822
Ingresos Propios		0	0	54,044	48,446	36,333
Endeudamiento		0	0	126,668	279,144	395,911
Transferencias		0	0	369,563	286,688	239,952
Total		0	0	1,537,189	1,053,092	1,129,018

33

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
 Balance General Años 1980, 1981, 1982, 1983, 1984  
 Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PRRU, 1985.

Cuadro No. 6.6

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA  
 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO  
 (Miles de Soles de 1980)

Fuentes	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Tesoro Público		0	0	0	807,451	925,956
Ingresos Propios		0	0	0	0	0
Endeudamiento		0	0	0	238,619	0
Transferencias		0	0	0	179,360	0
Total		0	0	0	1,225,430	925,956

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
 Balance General Años 1980, 1981, 1982, 1983, 1984  
 Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 6.7

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA  
ASISTENCIA ALIMENTARIA POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO  
(Miles de Soles de 1980)

Fuentes	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Tesoro Público		0	0	2,885,796	3,139,773	1,935,263
Ingresos Propios		0	0	589,273	375,646	240,458
Endeudamiento		0	0	0	0	0
Transferencias		0	0	0	0	0
Total		0	0	3,475,069	3,515,419	2,175,721

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
Balance General Años 1980, 1981, 1982, 1983, 1984

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

-----  
 Cuadro No. 6.8  
 -----

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA  
 ATENCION PRIMARIA POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO  
 (Miles de Soles de 1980)

Fuentes	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Tesoro Público		0	0	0	0	236,203
Ingresos Propios		0	0	0	0	0
Endeudamiento		0	0	0	0	570,268
Transferencias		0	0	0	0	599,665
Total		0	0	0	0	1,406,136

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
 Balance General Años 1980, 1981, 1982, 1983, 1984

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

Salud, Asistencia Nutricional, Medio Ambiente y Regiones de Salud. A excepción del último, los otros aparecen a partir de 1982.

En lo que se refiere al Programa de Infraestructura Física, que se inicia en 1982, la principal fuente de financiamiento también es Tesoro Público, aunque en menor medida que en los programas anteriores, pues su participación sólo alcanza a 67% en 1982 y tiende a decrecer, llegando a 52.9% en 1983; en tanto que el rubro endeudamiento crece paulatinamente, de 17% en 1982 a 40% en 1984. Estas cifras están señalando que se recurre cada vez más a préstamos para poder financiar la construcción y equipamiento de centros de salud, aunque aún no se ha alcanzado el nivel de financiamiento externo que han logrado otros sectores, como es el caso de Agricultura, Energía, etc.

En lo que respecta al Programa de Enfermedades Transmisibles (programa que aparece en 1983), también la principal fuente fue Tesoro Público (65% en 1983 y 100% en 1984). Las otras fuentes de financiamiento sólo aparecerán en 1983, endeudamiento 20% y transferencias 15%, lo que está significando que la Cooperación Financiera para este concepto, sólo existió para ese año.

Finalmente el Programa de Atención Primaria parece ser financiado mayormente por endeudamiento externo (40%) y se inicia como programa en 1984. Tesoro Público sólo financia un 20%.

Como se aprecia, la principal fuente de financiamiento es Tesoro Público, en especial en Administración Central y Regiones de Salud, donde la mayor parte del gasto está destinado a remuneraciones. En la medida en que los programas están más dedicados a la ejecución de proyectos, el componente del Tesoro disminuye y aumenta el de endeudamiento.

#### 4.3.2 Por partidas genéricas

En 1980 Tesoro Público financiaba el 49% de las remuneraciones, en tanto que en 1984 alcanzó un 72%. Este mayor incremento es a costa de rubros, bienes y servicios, que pasaron de 18% a 12% y otros que disminuyeron de 11% a 2.1%. Estas cifras nos indican que el mayor incremento de la fuente de Tesoro Público, que se registra año a año, está sirviendo solamente para financiar remuneraciones (Cuadros Nos. 7 y 7.1).

## Cuadro No. 7

PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS  
TODA FUENTE  
(Miles de Soles)

	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%
Remuneraciones	21,653,821	44.18	40,462,202	48.63	105,966,308	63.71	226,740,820	66.39	452,714,614	62.40
Bienes	10,353,693	21.12	19,361,172	23.27	32,091,214	19.30	58,241,017	17.05	108,178,694	14.91
Servicios	1,293,108	2.64	2,945,128	3.54	5,350,485	3.22	15,423,904	4.52	23,494,577	3.24
Transf. Corr.	6,114,866	12.47	8,701,348	10.46	2,482,348	1.49	3,965,156	1.16	9,084,320	1.25
Pensiones	1,829,315	3.73	2,796,062	3.36	5,526,062	3.32	17,031,572	4.99	56,538,718	7.79
Estudios	197,637	0.40	321,310	0.39	526,167	0.32	274,188	0.08	2,484,091	0.34
Obras	6,593,515	13.45	7,258,928	8.72	12,294,503	7.39	12,935,439	3.79	42,992,804	5.93
Bs. Capital	581,272	1.19	1,046,775	1.26	2,079,038	1.25	6,766,892	1.98	29,471,220	4.06
P. Adq. Val. y Otro	0	0.00	0	0.00	24,	0.00	0	0.00	0	0.00
Transf. Capital	399,748	0.82	305,888	0.37	0	0.00	150,000	0.04	600,000	0.08
<b>Total</b>	<b>49,016,975</b>	<b>100.00</b>	<b>83,200,811</b>	<b>100.00</b>	<b>166,316,709</b>	<b>100.00</b>	<b>341,528,988</b>	<b>100.00</b>	<b>725,559,038</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
Estado Consolidado del Balance General Años 1980, 1981, 1982, 1983, 1984  
Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANNSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 7.1

PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS  
FUENTE: TESORO PUBLICO  
(Miles de Soles)

Partidas Genericas	Años		1981		1982		1983		1984
	1980	%		%		%		%	
Remuneraciones	21,627,483	49.60	40,452,360	53.60	105,913,885	71.97	226,580,082	75.26	452,287,618
Bienes	7,169,566	16.44	14,415,639	19.10	21,278,984	14.46	38,254,612	12.71	64,945,128
Servicios	938,649	2.15	2,258,074	2.99	3,275,257	2.23	10,935,298	3.63	15,184,897
Transf. Corr.	6,107,239	14.01	8,673,034	11.49	2,277,485	1.55	3,868,380	1.28	8,776,688
Pensiones	1,829,315	4.20	2,796,062	3.70	5,525,921	3.75	17,031,572	5.66	56,538,718
Estudios	190,205	0.44	320,064	0.42	510,529	0.35	6,880	.00	689,207
Obras	4,840,410	11.10	5,369,309	7.11	7,913,541	5.38	4,149,749	1.38	16,459,724
Bs. Capital	500,864	1.15	879,164	1.16	476,338	0.32	218,094	0.07	13,380,058
Transf. Capital	399,748	0.92	305,888	0.41	0	0.00	0	0.00	600,000
<b>Total</b>	<b>43,603,479</b>	<b>100.00</b>	<b>75,469,594</b>	<b>100.00</b>	<b>147,171,940</b>	<b>100.00</b>	<b>301,044,667</b>	<b>100.00</b>	<b>628,862,038</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
Estado Consolidado del Balance General Años 1980, 1981, 1982, 1983, 1984  
Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6 ANSSA-PERU, 1985.

El rubro ingresos propios, financia mayormente la compra de bienes y servicios y equipamiento (bienes de operación), no dedicándose a remuneraciones u otros de índole salarial. Dado el continuo crecimiento de esta partida, y que la fuente de Tesoro se orienta mayormente a remuneraciones, en tanto que la de Endeudamiento a obras y bienes de capital, se puede afirmar que esta fuente, en los últimos años, ha pasado a ser la que financia el funcionamiento de los Centros Hospitalarios. De hecho, el paciente financia todo, excepto salarios, equipos e infraestructura (Cuadro 7.2).

El rubro Endeudamiento está destinado sobre todo a obras de capital, ya sea construcciones o equipamientos, y la tendencia de 1980 a 1984 señala que cada vez más esta partida está siendo dedicada a estos menesteres (ver Cuadro No. 7.3).

#### **4.4 Cooperación Técnica**

Una fuente adicional de recursos financieros con que cuenta el Sector Salud, sobre todo en los últimos años, es la Cooperación Técnica, tanto de países como de organismos internacionales. Por ejemplo en 1983, el Sector ha manejado aproximadamente 33 proyectos de Cooperación Técnica, los que están dedicados a diversos objetivos y programas de salud, y localizados en distintas regiones.

Todos ellos están orientados a incrementar la calidad y cobertura de los servicios, en especial en lo que se refiere a la atención primaria, la protección de la madre y el niño, aumento de la eficiencia de los centros de salud mediante un mejor mantenimiento. También la Cooperación Técnica apoya el Programa Nacional de Medicamentos Esenciales, amplía la cobertura de salud en áreas rurales, a través de los proyectos de complementación alimentaria, desarrollo comunal, planificación familiar, saneamiento básico (instalación de letrinas, agua potable rural y sistemas no convencionales de eliminación de basura), vacunación y la capacitación de recursos humanos del nivel primario (parteros, promotores y auxiliares de salud) y el intercambio y capacitación de profesionales en el campo de la salud mental, nutrición y otros.

La evaluación de la Cooperación Técnica desde 1981 a 1983 señala que ésta ha pasado de \$ 3,987 mil a \$ 5,655 mil, es decir que hubo un incremento de 41.8%.

Estos montos están aproximadamente distribuidos en las siguientes formas:

Cuadro No. 7.2

PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS  
FUENTE : INGRESOS PROPIOS  
(Miles de Soles)

	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%
Remuneraciones	5,469	0.17	0	0.00	21,820	0.16	0	0.00	0	0.00
Bienes	2,952,311	89.28	4,473,939	86.29	10,525,214	76.77	19,508,541	80.70	42,662,485	81.83
Servicios	279,651	8.46	606,016	11.69	1,915,625	13.97	3,702,222	15.31	8,093,823	15.52
Transf. Corr.	5,732	0.17	9,350	0.18	40,323	0.29	13,637	0.06	24,235	0.05
Pensiones	0	0.00	0	0.00	653	.00	0	0.00	0	0.00
Estudios	7,432	0.22	1,246	0.02	10,038	0.07	0	0.00	0	0.00
Obras	20,101	0.61	22,812	0.44	41,344	0.30	0	0.00	81,899	0.16
Bs. Capital	35,982	1.09	71,123	1.37	1,554,763	11.34	949,587	3.93	1,275,418	2.45
Préstamo Adq. Val	0	0.00	0	0.00	24	.00	0	0.00	0	0.00
Transf. Capital	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
<b>Total</b>	<b>3,306,678</b>	<b>100.00</b>	<b>5,184,406</b>	<b>100.00</b>	<b>13,709,804</b>	<b>100.00</b>	<b>24,173,987</b>	<b>100.00</b>	<b>52,137,860</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
Estado Consolidado del Balance General 1980, 1981, 1982, 1983, 1984  
Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 7.3

PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS  
 FUENTE : ENDEUDAMIENTO  
 (Miles de Soles)

	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%
Remuneraciones	64	0.00	391	0.02	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Bienes	192,130	9.83	362,593	15.34	159,474	6.51	135,633	1.40	0	0.00
Servicios	21,714	1.11	39,640	1.68	33,037	1.35	369,801	3.81	0	0.00
Transf. Corr.	1,888	0.10	16,165	0.68	8,276	0.34	49,194	0.51	0	0.00
Pensiones	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Estudios	0	0.00	0	0.00	0	0.00	112,000	1.15	1,272,364	3.81
Obras	1,701,365	87.03	1,854,832	78.50	2,088,567	85.22	3,903,475	40.24	18,488,200	55.32
Bs. Capital	37,795	1.93	89,369	3.78	161,551	6.59	5,130,372	52.89	13,659,414	40.87
Transf. Capital	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
<b>Total</b>	<b>1,954,956</b>	<b>100.00</b>	<b>2,362,990</b>	<b>100.00</b>	<b>2,450,905</b>	<b>100.00</b>	<b>9,700,475</b>	<b>100.00</b>	<b>33,419,998</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
 Estado Consolidado del Balance General 1980, 1981, 1982, 1983, 1984

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

NOTA: Es importante señalar que existe mayor cantidad de recursos financieros externos comprometidos para el Sector Salud. Sin embargo, en estos cuadros no está considerada debido a que los datos son los oficialmente consignados en la Cuenta General de la República. La discrepancia estriba en que los compromisos externos contraídos se desembolsan en los períodos que estipulan los contratos o de acuerdo a su velocidad de ejecución. De otro lado, existen donaciones que no se consignan en la Cuenta General, sino en la Cuenta Patrimonial.

Cuadro No. 7.4

PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD POR PARTIDAS GENERICAS  
FUENTE INGRESO POR TRANSFERENCIAS  
(Miles de Soles)

	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%
Remuneraciones	20,805	13.70	9,451	5.14	30,603	1.03	160,738	2.43	426,996	3.83
Bienes	39,686	26.13	109,001	59.32	127,542	4.27	342,231	5.18	571,081	5.13
Servicios	53,094	34.96	41,398	22.53	126,566	4.24	416,583	6.30	215,857	1.94
Transf. Corrientes	7,	0.00	2,799	1.52	156,312	5.24	33,945	0.51	283,397	2.54
Pensiones	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Estudios	0	0.00	0	0.00	5,600	0.19	155,308	2.35	522,500	4.69
Obras	31,639	20.83	11,973	6.52	2,251,051	75.44	4,882,215	73.86	7,962,981	71.49
Bs. Capital	6,631	4.37	9,119	4.96	286,386	9.60	468,839	7.09	1,156,330	10.38
Transf. Capital	0	0.00	0	0.00	0	0.00	150,000	2.27	0	0.00
<b>Total</b>	<b>151,862</b>	<b>100.00</b>	<b>183,741</b>	<b>100.00</b>	<b>2,984,060</b>	<b>100.00</b>	<b>6,609,859</b>	<b>100.00</b>	<b>11,139,142</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
Estado Consolidado del Balance General Años 1980, 1981, 1982, 1983, 1984  
Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, AMSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 8

DISTRIBUCION DE COOPERACION TECNICA POR REGIONES

<u>Año 1983</u>	<u>Miles de Dólares</u>
Nivel Nacional	3516
Lima/Callao	1054
Norte	131
Centro	191
Sur	559
Oriente	202
TOTAL	5655

Fuente: Instituto Nacional de Planificación.  
Evaluación Anual del Programa de  
Cooperación Técnica.

Como se aprecia, un 18.6% está concentrado en el área Metropolitana de Lima y Callao, lo que está señalando que se da una mejor distribución de estos fondos a lo largo del territorio nacional, ya que esa área contiene el 30% de la población. Las fuentes cooperantes del sector en 1983 aparecen en el Cuadro No. 9.

Las mayores fuentes de Cooperación son la República Federal de Alemania -cuyo mayor monto está dedicado a fomentar un servicio de mantenimiento de hospitales mediante la formación de personal técnico y el establecimiento de centros de mantenimiento y capacitación- y el Fondo de las Naciones Unidas para la planificación familiar. Les siguen en orden de importancia, el Gobierno de Suiza y la Organización Panamericana de la Salud.

En el periodo 1981 y 1983, el Sector Salud recibió aproximadamente \$13,766 mil dólares que representan el 6.2% de lo aportado a Perú, lo cual es bastante menor a lo que obtuvieron otros sectores como Agricultura, Educación, Energía y Minas y Pesquería.

Cuadro No. 9

FUENTES DE COOPERACION TECNICA - 1983

<u>Fuente</u>	<u>Monto (miles de dólares)</u>
Alemania Federal	1016
Checoslovaquia	30
Holanda	250
Japón	880
Suiza	400
USA	709
BID	27
OPS	899
PNUD	230
UNFPA	1045
Asociación OBU	19
Instituto Cooperación Universitaria	9
Médico sin frontera	21
The Save the Children Fund	105
Vecinos Mundiales	15
TOTAL	5655

Fuente: Instituto Nacional de Planificación.  
Evaluación Anual del Programa de  
Cooperación Técnica.

## 5. COMPOSICION DEL GASTO POR PARTIDAS GENERICAS Y ESPECIFICAS

### 5.1 Gasto Corriente

En el Ministerio de Salud los gastos corrientes respecto al total, representaron un 86.01% en 1980, pasando a un 90% en 1984, aunque el nivel máximo fue en 1983, que llegó a un 94%. Es decir que paulatinamente, una mayor proporción del presupuesto está siendo destinado a Gastos Corrientes, o sea en Operación. Por el contrario, el gasto en Inversión decrece de 14% en 1980 a 10% en 1984. (Ver Cuadro No. 10).

En lo que respecta a la estructura de gastos corrientes, se encontró que el porcentaje dedicado a remuneraciones se incrementó de 1980 a 1984, pues pasó de 57.52% a 69.65%; en tanto que lo dedicado a bienes y servicios decreció de 27.22% a 20.26%. Es decir que paulatinamente mayor proporción de este gasto está siendo dedicado a atender planillas y por tanto la calidad y cantidad de los servicios tiende a decrecer.

A precios constantes (1980), los gastos corrientes decrecieron en un 10%, en tanto que el rubro remuneraciones aumentó de S/. 33,258 millones en 1980 a S/. 39,207 millones en 1982, y luego empieza a decrecer hasta S/. 36,217 millones en 1984. En el periodo, este rubro ha aumentado un 18% en tanto que las partidas de bienes y servicios han decrecido de S/. 15,744 millones en 1980 a S/. 10,534 millones en 1984, es decir que a precios constantes ha habido una disminución del 33% en el periodo. Lo anterior indica claramente que la atención a personas ha decaído notablemente, pues una cantidad importante de bienes y servicios (70%), es dedicada a hospitales.

Al interior de las partidas de bienes y servicios se encuentran datos adicionales que ilustran más este panorama. Se observa, por ejemplo, que a precios constantes la partida

Cuadro No. 10

PRESUPUESTO EJECUTADO MINISTERIO DE SALUD  
(Millones de soles 1980)

	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%
Min. de Salud	67,226	100.00	68,685	100.00	61,537	100.00	58,059	100.00	58,044	100.00
Gastos Corrientes	57,823	86.01	61,628	89.72	56,024	91.04	54,638	94.11	52,001	89.59
Remuneraciones	33,258	57.52	36,109	58.59	39,207	69.98	38,546	70.55	36,217	69.65
Bienes	13,866	23.98	15,269	24.78	11,874	21.17	9,901	18.12	8,654	16.64
Servicios	1,878	3.24	2,373	2.85	1,980	3.53	2,622	4.60	1,880	3.62
Transferencias	6,387	11.05	5,576	9.05	918	1.64	674	1.23	727	1.40
Pensiones	2,434	4.21	2,301	3.73	2,045	3.65	2,895	5.30	4,523	8.70
Gastos de Capital	9,403	13.99	7,057	10.28	5,513	8.96	3,421	5.89	6,043	10.41
Estudios	256	2.72	253	3.58	195	3.54	47	1.37	199	3.29
Obras	7,940	84.44	5,754	81.54	4,549	82.51	2,199	64.28	3,439	56.91
Bienes	808	8.59	864	12.24	769	13.95	1,150	33.63	2,357	39.00
Transferencias	399	4.24	186	2.63	0	0.00	25	0.73	48	0.79
Otros	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

NOTA: Para los años 1980 y 1981, los totales incluyen lo ejecutado por los GRDES. Las partidas genéricas han sido estimadas por el grupo 6.

que decrece significativamente es alimento para personas en Centros de Salud, pues pasó de S/. 5,103 millones en 1980 a S/. 3,319 millones en 1983 (5), es decir que el gasto fue 45% menor; el rubro vestuarios permanece constante, en tanto que suben racionamiento, material médico y medicinas, materiales de laboratorio, mantenimiento y reparaciones. Es significativo ver el rubro medicamentos, pues pasa de S/. 2,390 millones en 1980 a S/. 4,066 millones en 1982, decreciendo a S/. 2,850 millones en 1984. Hubo un incremento importante en el gasto de este rubro hasta 1982, para luego decrecer en 1983 y 1984 (6). Sin embargo, hubo un incremento de 19% de 1980 a 1984, lo cual muestra que su gasto aparentemente se ha incrementado en una proporción mayor al crecimiento de la población (7). (Cuadro No. 11)

## 5.2 Gasto de Capital

En lo que respecta a inversión, el rubro más importante es el que corresponde a obras en infraestructura hospitalaria, siguiéndole en orden de importancia, bienes de capital y estudios. Es importante notar que en 1980, la partida de obras representaba el 84% del presupuesto de inversión, porcentaje que tiende a alcanzar un 57% en 1984, en tanto que la partida de bienes de capital -que en 1980 representaba un 8%- en 1984 alcanzó un 39%.

Esta modificación en la estructura de gastos de inversión, está señalando que en los últimos años se ha dado mayor énfasis al equipamiento de los hospitales que se han estado

- 
- (5) Las cifras por partidas específicas no incluyen a los ORDES para los años 1980 y 1981. Sin embargo, por los resultados, el análisis no queda invalidado.
- (6) Es importante señalar que a partir de 1983, la cifra que se refiere a material médico y medicamentos no corresponde al consumo de medicinas, esto debido a que se permitió manejar este rubro en todas las áreas, en un fondo rotatorio. Lo anterior significaría que también en los años 1983-84 el consumo de medicamentos en establecimientos hospitalarios se incrementó.
- (7) Se ha observado que el costo unitario en US\$ pasó de 1.08 a 1.26, es decir que hubo un incremento de 21% que es más o menos similar al incremento del gasto efectuado por el Ministerio (Cuadro No. 12).

Cuadro No. 11

PRESUPUESTOS EJECUTADOS POR PARTIDAS ESPECIFICAS DEL  
 MINISTERIO DE SALUD  
 (Miles de Soles 1980)

	Alimentos para Personas 02.01	Raciona- miento 02.02	Vestuario 02.03	Mat.Med. y Medicinas 02.08	Materiales de Laborat. 02.09	Mantenimiento y Reparación 03.11
1980	5,103,768	12,056	146,310	2,390,414	157,708	250,185
1981	5,426,675	12,655	192,625	3,348,788	270,913	504,827
1982	5,057,747	37,860	397,317	4,066,898	461,592	532,229
1983	3,319,897	33,869	154,410	3,160,550	298,559	442,183
1984	0	0	0	2,850,500	0	0

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración,  
 Balance General Años 1980, 1981, 1982, 1983, 1984.

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 12

MEDICAMENTOS  
CONSUMO Y COSTO

Concepto	1980	1981	1982	1983	1984	Variación Porcentual 1980-1984
Total Vendido Miles US\$	175,780	174,080	159,500	146,370	144,370	(-) 17.9
Miles Unidades	168,260	140,200	126,790	117,550	105,340	(-) 37.4
Población	17'295,300	17'754,800	18'225,700	18'707,000	19'197,900	(+) 11.0
Costo Unitario US\$	1.04	1.24	1.26	1.25	1.37	(+) 31.7
Consumo Per cápita US\$	10.16	9.80	8.75	7.82	7.52	(-) 26.0
Unidades vendidas por Habitante	9.73	7.90	6.96	6.28	5.49	(-) 43.6

Fuente: INE

Elaborado: Grupo de Trabajo No. 5, AMSSA-PERU, 1985.

NOTA: Tipo de cambio fin de año.

construyendo en el periodo. De otro lado, también la partida de estudios ha sido incrementada, aunque en menor cantidad. A precios constantes se observa que el gasto en inversión ha decrecido, pues pasó de S/. 9,403 millones a S/. 6,043 millones de 1980 a 1984, es decir, se ha dado un decremento de 36%. Asimismo, corroborando lo señalado anteriormente, la partida de obras decreció de S/. 7,940 millones en 1980 a S/. 3,439 millones en 1984; dándose una disminución de 57%. (Ver Cuadro No. 10)

## 6. GASTOS POR PROGRAMAS DE SALUD

Si bien el presupuesto del Ministerio de Salud está desagregado en programas, lo que permite realizar algún análisis sobre el objetivo del gasto, su intención responde a consideraciones presupuestales antes que a criterios de atención de salud. Por otro lado, los programas no son constantes en el tiempo, pues aumentan y disminuyen de acuerdo a aspectos de carácter presupuestal y de atención de la salud. En el Ministerio, en 1980 existían tres programas: Administración Central, Programas Especiales y Regiones de Salud. Luego se crea Capacitación de Personal (1981); y a partir de 1982 el Instituto Nacional de Salud; y la Unidad Presupuestaria de Programas Especiales, es dividida paulatinamente en otros tres, éstos son: Infraestructura Física, Asistencia Nutricional y Alimentaria y Medio Ambiente, en tanto que Enfermedades Transmisibles y Atención Primaria se desprenden de Administración Central a partir de 1983. La desagregación de estos programas, permite realizar un análisis un poco más coherente. Sin embargo, por distintas razones, Administración Central ejecuta algunas acciones y proyectos que corresponderían a otros, por ejemplo: compra de medicamentos para las regiones de salud, atención de epidemias localizadas en el interior del país, ejecución de obras o proyectos que debería realizar la Dirección de Infraestructura. Todos estos aspectos hacen que el análisis que se efectúa, no muestre una realidad absoluta aunque las conclusiones señalan claramente tendencias que son útiles para tomar decisiones sobre el particular.

Habiendo aclarado lo anterior, a continuación se procederá a efectuar un análisis por programas. El presupuesto del Ministerio de Salud para 1984, es el que está más desagregado, por lo que el análisis se empezará por ese año.

La participación del Programa de Administración Central alcanza el 8.9% del presupuesto total, en tanto que el resto

está dedicado directa o indirectamente a la atención de la salud, ya sea en prevención, protección o recuperación (ver Cuadro No. 13).

El rubro más importante corresponde al Programa de Regiones de Salud, que está dedicado casi en su totalidad a la atención de personas a través de los centros hospitalarios, y alcanzó a un 72.8% del Presupuesto del Ministerio de Salud, que es un porcentaje significativamente alto. Le sigue en orden de importancia el Programa Nutricional y Alimentario (3.7%) y el de Atención Primaria (2.4%), ambos como sus nombres indican, están más bien, dedicados a la prevención de enfermedades. Los otros se encuentran en porcentajes que fluctúan entre el 1 y 2%.

El programa que corresponde a la Administración Central en términos constantes, disminuye de S/. 9,349 millones en 1980 a S/. 5,162 millones en 1984, un 45% menos. Este decremento se debe, sobre todo, a que la partida de bienes y servicios pasa a ser responsabilidad de confianza de los centros hospitalarios, como veremos más adelante. El resto de los programas también muestran una tendencia decreciente, aunque no tan dramática como Administración Central. Su disminución fluctúa entre el 1% y 5% en el periodo 1980 a 1984 (8).

### 6.1 Administración Central

La composición del gasto de administración central a lo largo del periodo, señala que el rubro de remuneraciones no es el más importante, pues su participación porcentual sólo es 17% en 1980, 31% en 1982 y 20% en 1984, mostrando una tendencia creciente en el lapso aunque disminuyendo hacia el final del periodo. Aún más, el gasto en remuneraciones de Administración Central frente al presupuesto total, sólo representa el 1.7%. El rubro que aumenta en 1984 es pensiones pues pasó de 19% en 1980 a 60% en 1984, en tanto que transferencias corrientes disminuyó de 40% a 13% en el mismo periodo, lo que significa que paulatinamente estos montos transferidos a instituciones sin Fines de Lucro, no

---

(8) No ha sido posible efectuar una comparación a través de los años en los otros programas, debido a que estos estaban incorporados en los presupuestos de los ORDES, 1980 y 1981.

PRESUPUESTOS EJECUTADOS DEL MINISTERIO DE SALUD POR UNIDADES PRESUPUESTARIAS  
FUENTES DE FINANCIAMIENTO  
(Miles de Soles)

	Administración Central	Programas Especiales	Capacitación Personal	Infraest. Física	Instituto Nac. de Salud	Asistencia Nut. y Alim.	Hedio Ambiente	Regiones de Salud	Enfermedades Transmisibles	Atención Primaria	Total
1980	9,349,304	13,498,894	0	0	0	0	0	26,168,777	0	0	49,016,975
Tesoro Público	9,020,657	10,919,589	0	0	0	0	0	23,663,233	0	0	43,603,479
Ingresos Propios	9,840	846,301	0	0	0	0	0	2,450,537	0	0	3,306,678
Endeudamiento	253,591	1,701,365	0	0	0	0	0	0	0	0	1,954,956
Transferencias	65,216	31,639	0	0	0	0	0	55,007	0	0	151,862
1981	13,379,150	19,425,261	156,500	0	0	0	0	50,239,900	0	0	83,200,811
Tesoro Público	12,043,649	16,316,160	154,962	0	0	0	0	46,154,823	0	0	75,469,594
Ingresos Propios	1,211	1,242,296	1,538	0	0	0	0	3,939,441	0	0	5,184,486
Endeudamiento	508,158	1,854,832	0	0	0	0	0	0	0	0	2,362,990
Transferencias	26,132	11,973	0	0	0	0	0	145,636	0	0	183,741
1982	12,464,199	0	227,855	11,061,544	1,971,414	9,392,075	2,519,985	128,679,637	0	0	166,316,709
Tesoro Público	11,242,620	0	224,002	7,490,325	1,537,308	7,799,449	1,617,892	117,260,344	0	0	147,171,940
Ingresos Propios	605,378	0	3,853	39,496	434,106	1,592,626	88,598	10,945,747	0	0	13,709,804
Endeudamiento	362,338	0	0	1,880,913	0	0	207,654	0	0	0	2,450,905
Transferencias	253,863	0	0	1,650,810	0	0	605,841	473,546	0	0	2,984,060
1983	27,167,837	0	0	16,550,376	4,563,091	20,678,937	6,194,663	259,165,675	7,208,409	0	341,528,988
Tesoro Público	24,880,662	0	0	8,765,704	3,168,436	18,469,255	2,581,260	238,429,640	4,749,710	0	301,044,667
Ingresos Propios	816,065	0	0	17,556	1,394,655	2,209,682	284,975	19,451,054	0	0	24,173,987
Endeudamiento	892,437	0	0	5,762,373	0	0	1,642,025	0	1,403,640	0	9,700,475
Transferencias	578,673	0	0	2,004,743	0	0	1,686,403	1,284,981	1,055,059	0	6,609,859
1984	64,524,820	0	756,927	53,685,136	8,888,550	27,196,523	14,112,731	527,243,195	11,574,457	17,576,699	725,559,038
Tesoro Público	62,530,769	0	711,270	31,998,813	6,917,496	24,190,794	5,710,283	482,275,616	11,574,457	2,952,540	628,862,038
Ingresos Propios	1,754,053	0	45,657	53,425	1,947,818	3,005,729	454,159	44,877,019	0	0	52,137,860
Endeudamiento	0	0	0	21,342,758	0	0	4,948,891	0	0	0	33,419,998
Transferencias	139,998	0	0	290,140	23,236	0	2,999,398	90,560	0	7,128,349	11,139,142

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

han sido considerados para los años sucesivos (9). (Ver Cuadros Nos. 14 y 15).

El porcentaje dedicado a bienes y servicios también decrece, pasando de 17% en 1980 a sólo 6% en 1984. Esta situación se aprecia en todo su dramatismo si se observa su comportamiento a precios constantes (Cuadro No. 14).

Así los rubros bienes y servicios decrecen de S/. 1,623 millones a S./ 305 millones de 1980 a 1984, una disminución de 81%, lo que significa que el gasto en medicamentos y otros es cada vez menor, y está más supeditado a los ingresos propios que pueda generar cada área de salud a través de su fondo rotatorio. De otro lado, los funcionarios tienen menos material para trabajar.

## **6.2 Infraestructura Física**

En el Programa de Infraestructura, la mayor proporción del gasto corresponde a los rubros obras y bienes de capital que fluctúan entre el 70 y 90% en el período; sin embargo, lo significativo de este programa es la concentración del gasto en pocos proyectos. Así en 1983, el 80% del gasto corresponde a 3 hospitales mayores, el 10% a la construcción de hospitales de 50 camas y sólo el 10% a la construcción de centros y puestos de salud. También se debe mencionar que este Programa es el que muestra el menor ritmo de ejecución de lo autorizado, aproximadamente en promedio un 70%, existiendo proyectos que se presupuestan y no se ejecutan. Las razones son varias, sobresaliendo entre ellas, la carencia de organización y la falta de contrapartida nacional, lo que a su vez impide que los fondos de endeudamiento sean proporcionados (ver Cuadro No. 16).

## **6.3 Atención Integral de la Salud**

El Programa de Atención Integral de la Salud (regiones) también señala datos significativos. Este es el Programa que dedica mayor porcentaje del gasto a remuneraciones, 70% en 1980 y 80% en 1984, orientándose mayormente a la planilla

---

(9) Esta partida ha sido utilizada para transferir fondos del Ministerio de Salud a instituciones privadas voluntarias, empero, en los últimos años el Gobierno adoptó la decisión de disminuir la magnitud de fondos para estos fines.

Cuadro No. 14

PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS  
 UNIDAD PRESUPUESTARIA: ADMINISTRACION CENTRAL  
 (Miles de Soles 1980)

Partidas	Años				
	1980	1981	1982	1983	1984
Remuneraciones	1,580,340	1,830,470	1,449,426	1,379,189	1,025,613
Bienes	1,277,038	1,033,376	488,540	228,803	140,990
Servicios	346,824	238,815	194,899	207,339	165,706
Transf. Corrientes	3,787,074	2,669,088	892,009	666,546	685,244
Pensiones	1,784,149	1,623,862	1,524,143	2,052,530	3,096,433
Estudios	0	0	1,954	0	0
Obras	0	0	0	0	0
Bienes de Capital	174,131	579,078	60,783	58,625	0
Transf. Capital	399,748	186,592	0	25,500	48,000
<b>Total</b>	<b>9,349,304</b>	<b>8,161,281</b>	<b>4,611,754</b>	<b>4,618,532</b>	<b>5,161,986</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración.  
 Balance General años 1980, 1981, 1982, 1983, 1984.  
 Elaborado: Grupo de Trabajo, Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 15

PRESUPUESTO EJECUTADO  
UNIDAD PRESUPUESTARIA: ADMINISTRACION CENTRAL  
PORCENTAJES

Partidas	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Remuneraciones		16.90	22.43	31.43	29.86	19.87
Bienes		13.66	12.66	10.59	4.95	2.73
Servicios		3.71	2.93	4.23	4.49	3.21
Transf. Corrientes		40.51	32.70	19.34	14.43	13.27
Pensiones		19.08	19.90	33.05	44.44	59.99
Estudios		0.00	0.00	0.04	0.00	0.00
Obras		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Bienes de Capital		1.86	7.10	1.32	1.27	0.00
Transf. de Capital		4.28	2.29	0.00	0.55	0.93
<b>Total</b>		<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, AMSSA-PERU, 1985.

Quadro No. 16

PRESUPUESTO EJECUTADO  
 UNIDAD PRESUPUESTARIA: INFRAESTRUCTURA FISICA  
 PORCENTAJES

Partidas	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Remuneraciones		0.00	0.00	6.24	14.65	8.26
Bienes		0.00	0.00	1.16	9.82	4.79
Servicios		0.00	0.00	0.44	4.08	4.12
Transf. Corrientes		0.00	0.00	0.01	0.01	0.00
Pensiones		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Estudios		0.00	0.00	3.88	1.06	4.19
Obras		0.00	0.00	88.24	40.11	32.50
Bienes de Capital		0.00	0.00	0.03	30.28	46.14
Transf. de Capital		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Prest. Adq. Valores y Otros		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Total</b>		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración  
 Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, AMSSA-PERU, 1985.

de personal de los centros hospitalarios (Cuadro No. 18). Estos hechos se constatan al analizar este Programa a cifras constantes (Cuadro No. 17). Así, se ve que el rubro de remuneraciones se ha incrementado de 1980 a 1983, pues ha pasado de S/. 29,922 millones a S/. 33,284 millones. La razón del incremento radica sobre todo en el aumento de salarios del personal médico (10).

Los otros rubros significativos son bienes y servicios, cuyo porcentaje del gasto respecto al total fue de 21% en 1980 y 17% en 1984, mostrando una tendencia decreciente, aunque no en la misma medida que la reducción de gasto en este rubro en el Programa de Administración Central, lo que está significando que cada vez una mayor proporción de los gastos para estos rubros, son financiados por las mismas regiones.

La menor participación de bienes y servicios en el total del gasto en este programa, concuerda con la menor asignación que año a año se da a estas partidas. En efecto, la asignación en 1980 fue de S/. 9,110 millones, en tanto que en 1984 ha sido de S/. 7,282 millones, lo que ha significado un menor gasto de 20%. Sin duda este hecho está repercutiendo significativamente en la atención a personas y en el equipamiento y mantenimiento de centros hospitalarios.

Información sobre los otros programas aparecen en los Cuadros Nos. 19 a 25.

---

(10) Esta conclusión se observará más nitidamente cuando se analice el gasto por profesionales de la salud en Areas Hospitalarias.

Cuadro No. 17

PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS  
 UNIDAD PRESUPUESTARIA: ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD (REGIONES)  
 (Millones de soles 1980)

Partidas	Años				
	1980	1981	1982	1983	1984
Remuneraciones	29,922	32,091	35,450	35,112	33,284
Bienes	8,079	4,884	9,349	6,789	6,305
Servicios	1,031	1,533	1,446	1,079	977
Transf. Corrientes	2,409	2,621	17	6	11
Pensiones	650	678	475	749	1,305
Estudios	0	0	0	0	0
Obras	283	116	317	97	0
Bienes de Capital	371	49	557	219	210
Transf. Capital	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>42,745</b>	<b>46,972</b>	<b>47,611</b>	<b>44,058</b>	<b>42,092</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración.  
 Balance General años 1980, 1981, 1982, 1983, 1984.

Elaborado: Grupo de Trabajo, Componente No. 6, AMSSA-PERU, 1985.

NOTA: Partidas genéricas para años 1980 y 1981 son estimadas.

Cuadro No. 18

PRESUPUESTO EJECUTADO  
 UNIDAD PRESUPUESTARIA: ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD (REGIONES)  
 PORCENTAJES

Partidas	Años				
	1980	1981	1982	1983	1984
Remuneraciones	70.20	68.34	74.46	79.69	79.07
Bienes	18.90	21.04	19.64	15.41	14.98
Servicios	2.41	3.26	3.04	2.45	2.32
Transf. Corrientes	5.63	5.58	0.03	0.01	0.02
Pensiones	1.52	1.44	0.10	1.70	3.10
Estudios	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Obras	0.66	0.24	0.67	0.22	0.00
Bienes de Capital	0.82	0.16	1.17	0.50	0.50
Transf. Capital	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Ministerio de Salud,  
 Oficina General de Administración.  
 Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 19

PRESUPUESTO EJECUTADO  
 UNIDAD PRESUPUESTARIA: PROGRAMAS ESPECIALES  
 PORCENTAJES

Partidas	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Remuneraciones		13.00	17.87	0.00	0.00	0.00
Bienes		33.41	36.68	0.00	0.00	0.00
Servicios		3.70	5.03	0.00	0.00	0.00
Transf. Corrientes		1.41	2.28	0.00	0.00	0.00
Pensiones		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Estudios		1.46	1.65	0.00	0.00	0.00
Obras		46.75	36.39	0.00	0.00	0.00
Bienes de Capital		0.26	0.10	0.00	0.00	0.00
Transf. de Capital		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total		100.00	100.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Ministerio de Salud,  
 Oficina General de Administración  
 Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984.

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERÚ, 1985.

Cuadro No. 20

PRESUPUESTO EJECUTADO  
 UNIDAD PRESUPUESTARIA: CAPACITACION DE PERSONAL  
 PORCENTAJES

Partidas	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Remuneraciones		0.00	73.01	77.77	0.00	76.20
Bienes		0.00	5.63	4.82	0.00	4.63
Servicios		0.00	5.50	6.24	0.00	5.57
Transf. Corrientes		0.00	15.86	11.17	0.00	11.83
Pensiones		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Estudios		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Obras		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Bienes de Capital		0.00	0.00	0.00	0.00	1.76
Transf. de Capital		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total		0.00	100.00	100.00	0.00	100.00

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración,  
 Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984.

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 21

PRESUPUESTO EJECUTADO  
 UNIDAD PRESUPUESTARIA: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
 PORCENTAJES

Partidas	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Remuneraciones		0.00	0.00	65.64	52.24	53.03
Bienes		0.00	0.00	18.21	24.87	14.82
Servicios		0.00	0.00	9.84	8.39	8.05
Transf. Corrientes		0.00	0.00	0.01	0.04	0.03
Pensiones		0.00	0.00	6.29	12.05	17.11
Estudios		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Obras		0.00	0.00	0.00	2.41	0.40
Bienes de Capital		0.00	0.00	0.00	0.00	6.50
Transf. de Capital		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Prest. Adq. Valores y Otros		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total		0.00	0.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración,  
 Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984.

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 22

PRESUPUESTO EJECUTADO  
 UNIDAD PRESUPUESTARIA: MEDIO AMBIENTE  
 PORCENTAJES

Partidas	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Remuneraciones		0.00	0.00	27.01	23.51	16.86
Bienes		0.00	0.00	1.68	12.11	1.57
Servicios		0.00	0.00	1.13	10.42	2.65
Transf. Corrientes		0.00	0.00	0.01	0.02	0.00
Pensiones		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Estudios		0.00	0.00	3.62	0.00	0.00
Obras		0.00	0.00	66.54	53.18	78.33
Bienes de Capital		0.00	0.00	0.00	0.76	1.59
Transf. de Capital		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Prest. Adq. Valores y Otros		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total		0.00	0.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración,  
 Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984.

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, AMSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 23

PRESUPUESTO EJECUTADO  
UNIDAD PRESUPUESTARIA: ASISTENCIA NUTRICIONAL Y ALIMENTARIA  
PORCENTAJES

Partidas	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Remuneraciones		0.00	0.00	36.16	30.18	36.89
Bienes		0.00	0.00	52.84	45.99	52.88
Servicios		0.00	0.00	6.68	23.81	10.21
Transf. Corrientes		0.00	0.00	0.00	0.02	0.02
Pensiones		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Estudios		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Obras		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Bienes de Capital		0.00	0.00	4.32	0.00	0.00
Transf. de Capital		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Total</b>		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>0.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración,  
Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984.

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERÚ, 1985.

Cuadro No. 24

PRESUPUESTO EJECUTADO  
 UNIDAD PRESUPUESTARIA: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES  
 PORCENTAJES

Partidas	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Remuneraciones		0.00	0.00	0.00	8.46	8.55
Bienes		0.00	0.00	0.00	43.26	64.38
Servicios		0.00	0.00	0.00	14.17	27.07
Transf. Corrientes		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Pensiones		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Estudios		0.00	0.00	0.00	1.38	0.00
Obras		0.00	0.00	0.00	32.27	0.00
Bienes de Capital		0.00	0.00	0.00	0.46	0.00
Transf. de Capital		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total		0.00	0.00	0.00	100.00	100.00

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración,  
 Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984.

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 25

PRESUPUESTO EJECUTADO  
 UNIDAD PRESUPUESTARIA: ATENCION PRIMARIA  
 PORCENTAJES

Partidas	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Remuneraciones		0.00	0.00	0.00	0.00	4.09
Bienes		0.00	0.00	0.00	0.00	3.02
Servicios		0.00	0.00	0.00	0.00	1.10
Transf. Corrientes		0.00	0.00	0.00	0.00	0.25
Pensiones		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Estudios		0.00	0.00	0.00	0.00	1.32
Obras		0.00	0.00	0.00	0.00	74.59
Bienes de Capital		0.00	0.00	0.00	0.00	15.63
Transf. de Capital		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total		0.00	0.00	0.00	0.00	100.00

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración,  
 Balance General Años 1980, 1982, 1983, 1984.

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

## 7. EJECUCION DEL GASTO POR REGIONES NATURALES

Las regiones administrativas del Ministerio de Salud a lo largo del período de análisis, han sufrido modificaciones. La razón principal fue la existencia de los Organismos Regionales de Desarrollo en los años 1980 y 1981. Por esa normatividad, todo tipo de inversión y servicios de los sectores fueron manejados a nivel regional, a excepción de los ámbitos de Lima, Cajamarca, Moyobamba y Huancayo. De otro lado, con el propósito de descentralizar más las actividades, el mismo Ministerio en los últimos años, ha creado nuevas Regiones de Salud. Agregando la información de ORDES y Ministerio, es posible efectuar un análisis que involucre a las 17 Regiones; sin embargo, con el propósito de comparar la información financiera con otros componentes, se las agrupa por Regiones Naturales de acuerdo a lo siguiente:

<u>Región</u>	<u>Departamentos</u>
Lima	Lima, Callao
Norte	Piura, Tumbes, La Libertad, Ancash, Lambayeque
Norte Medio	San Martín, Amazonas, Cajamarca
Centro	Junín, Huancavelica, Huánuco, Pasco, Ucayali
Sur	Ica, Arequipa, Moquegua, Tacna
Sur Medio	Ayacucho, Cusco, Apurímac, Madre de Dios, Puno
Oriente	Loreto

Como se puede apreciar, si bien la división no es lo suficientemente amplia, permite efectuar algunas comparaciones interesantes, sobre todo entre Regiones Naturales: costa, sierra y selva, entre el norte centro y sur y todos ellos frente a Lima y Callao; pese a que los departamentos de Madre de Dios y Ucayali están asimilados a Regiones típicamente serranas, su inclusión en estos ámbitos no modifica sustantivamente el análisis, dado que su asignación presupuestal no es significativa.

El gasto total en salud por las regiones antes señaladas, debería ser el resultado de la suma del gasto, tanto en atención de personal como en capital. Sin embargo, dado que no existe información desagregada de la ejecución de la inversión por regiones, no será posible utilizarla. Por ello, el análisis sólo se efectuará utilizando el gasto en atención a personas, que representa más del 90% del total del gasto.

Lo primero que se puede afirmar es que la distribución de los gastos por partidas, se presenta más o menos homogéneamente en todas las regiones. Es decir que el rubro remuneraciones fluctúa entre 78 y 82%, y bienes y servicios concuerdan con el de la suma total de los programas regionales, aproximadamente 20%.

Como se aprecia en el Cuadro No. 26, la mayor asignación estuvo centralizada en Lima y Callao, que concentró el 48% en 1982, 50% en 1983 y 48% en 1984, lo que significa que en el periodo la proporción del gasto se mantuvo constante. Le sigue en orden de importancia la región norte, con 15% en 1984; luego el sur con el 12%.

La distribución porcentual del gasto en el periodo 1982 a 1984, se ha mantenido igual para el área de Lima y Callao (48%), en tanto que ha descendido en el norte medio (sierra norte), pues pasó de 7.1% a 3.9%, lo que traducido a cifras absolutas y constantes significa que su asignación en dos años ha descendido a la mitad. De otro lado se aprecia que este decremento sufrido por esta región ha sido distribuido de manera más o menos homogénea en el resto de las regiones.

El gasto per cápita del Ministerio, es más alto en Lima y Callao, siendo un 45% mayor que el promedio nacional; asimismo, es un 41% más alto que el norte y norte medio, sur medio y oriente, lo que demuestra que se da una distribución irracional del gasto por parte del Ministerio (Cuadro No. 27).

Un resultado similar se aprecia al comparar esta asignación financiera frente a la categoría de estratos establecidos en el Mapa de la Salud elaborado por el Banco Central de Reserva y la esperanza de vida al nacer (Cuadro No. 28). Se observa que a los estratos I y II que son los más bajos y las áreas donde la esperanza de vida es menor, se asigna una menor cantidad de recursos.

Cuadro No. 26

DISTRIBUCIÓN GEOGEOGRAFICA DEL GASTO EN ATENCIONES DE SALUD  
MINISTERIO DE SALUD  
(Miles de Soles)

Región	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Lima		20,876,896	39,802,993	62,863,064	129,243,204	252,581,733
Norte		0	0	15,771,280	39,860,838	82,494,773
Norte-Medio		1,937,121	3,860,901	9,095,501	9,390,958	20,581,101
Centro		3,354,760	6,576,006	11,151,617	21,534,979	48,671,358
Sur		0	0	15,375,467	31,758,970	62,842,792
Sur-Medio		0	0	11,574,549	21,951,592	49,080,696
Oriente		0	0	2,848,159	5,425,134	10,990,742
Total		26,168,777	50,239,900	128,679,637	259,165,675	527,243,195

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración,  
Balance General

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 27

GASTO PER CAPITA - MINISTERIO DE SALUD  
(Miles de Soles)

Region	Años	1980	1981	1982	1983	1984
Lima		3,971	7,310	11,162	22,188	41,950
Norte		0	0	3,506	8,639	17,433
Norte-Medio		1,728	3,378	7,801	7,898	16,981
Centro		1,655	3,174	5,263	9,942	21,974
Sur		0	0	9,341	18,815	36,325
Sur-Medio		0	0	4,403	8,206	18,031
Oriente		0	0	5,364	9,918	19,522
Pais		1,513	2,830	7,061	13,854	27,465

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Administración.

Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6, AMSSA-PERU, 1985.

Cuadro No. 28

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Regiones	Esperanza de Vida Al Nacer
Lima	67.7
Norte	58.1
Nor-Medio	54.1
Centro	50.9
Sur	62.3
Sur-Medio	48.1
Oriente	55.8
Total	56.7

Fuente: Mapa de Salud, MS  
Elaborado: Grupo de Trabajo Componente No. 6,  
ANSSA-PERU, 1985.

## 8. LA DESCONCENTRACION DEL GASTO POR REGIONES Y

### AREAS DE SALUD

En capítulos anteriores se ha efectuado un análisis descriptivo del comportamiento de los Ingresos y Gastos en servicios y actividades que, sobre salud, realiza el Ministerio. Para el efecto se han tomado como unidades de trabajo las partidas genéricas y específicas analizadas en sí mismas y en su relación con los programas de salud.

Luego se elaboró una comparación del gasto por regiones geográficas (costa, sierra y selva) divididas latitudinalmente (norte, centro y sur). Ambas perspectivas, tanto global como por regiones geográficas, arrojan ciertos resultados, los mismos que tomados en cuenta pueden ser útiles para tomar decisiones de carácter político así como acciones concretas. Empero, al realizar el análisis, también se llegó a inferir que el comportamiento de las variables señaladas a nivel de regiones de salud y por áreas hospitalarias no es homogéneo, dándose a ese nivel, entre otros aspectos: menor eficiencia en la ejecución del Presupuesto, una distribución del gasto que favorece a las sedes regionales en desmedro de las áreas rurales, mayor descuido en la atención hospitalaria que se manifiesta en la escasez de equipo médico, medicinas y otros.

Por estas y otras consideraciones, y dado que una de las políticas más importantes del Ministerio de Salud es la de descentralización, lo que se traduce en otorgar mayor autonomía a las áreas hospitalarias, es que se consideró sumamente necesario efectuar un análisis regional del gasto, así como a nivel de área hospitalaria.

El universo de estudio para este propósito son todas las regiones de salud y las áreas hospitalarias de las regiones de Cusco y Cajamarca. En un primer momento se pensó efectuar el análisis a nivel del total de áreas

hospitalarias, pero problemas operativos y falta de tiempo limitaron el horizonte espacial.

### **8.1 Comportamiento del Gasto Programado y Ejecutado**

Como se ha podido apreciar en el análisis del comportamiento de Ingresos y Gastos del Ministerio de Salud a nivel global, las cantidades inicialmente programadas en todos los años han sido siempre inferiores al ejecutado final. Para corregir esta anomalía, se observó también que durante el año se generan y otorgan ampliaciones presupuestarias, que dan lugar a la cantidad denominada "Autorizado Final". La comparación entre autorizado final y ejecutado demostró que, para el Ministerio de salud durante todos los años, esta última cifra representó aproximadamente un 95% de lo autorizado.

A nivel de regiones de salud, la evolución de ambas variables por partidas genéricas y específicas indica un comportamiento similar pero con algunas peculiaridades al interior de las regiones que merecen ser destacadas.

En conjunto se aprecia, observando el Cuadro No. 29 y Gráfico No. 1 (11), que el porcentaje de variación entre lo autorizado y realmente ejecutado es bastante menor que a nivel nacional para los años 1982 y 1983; sin embargo, para 1984 la situación es diferente, pues a nivel global se dio aproximadamente un 95% de ejecución, en tanto que a nivel regional lo ejecutado supera en casi todas las regiones a lo programado.

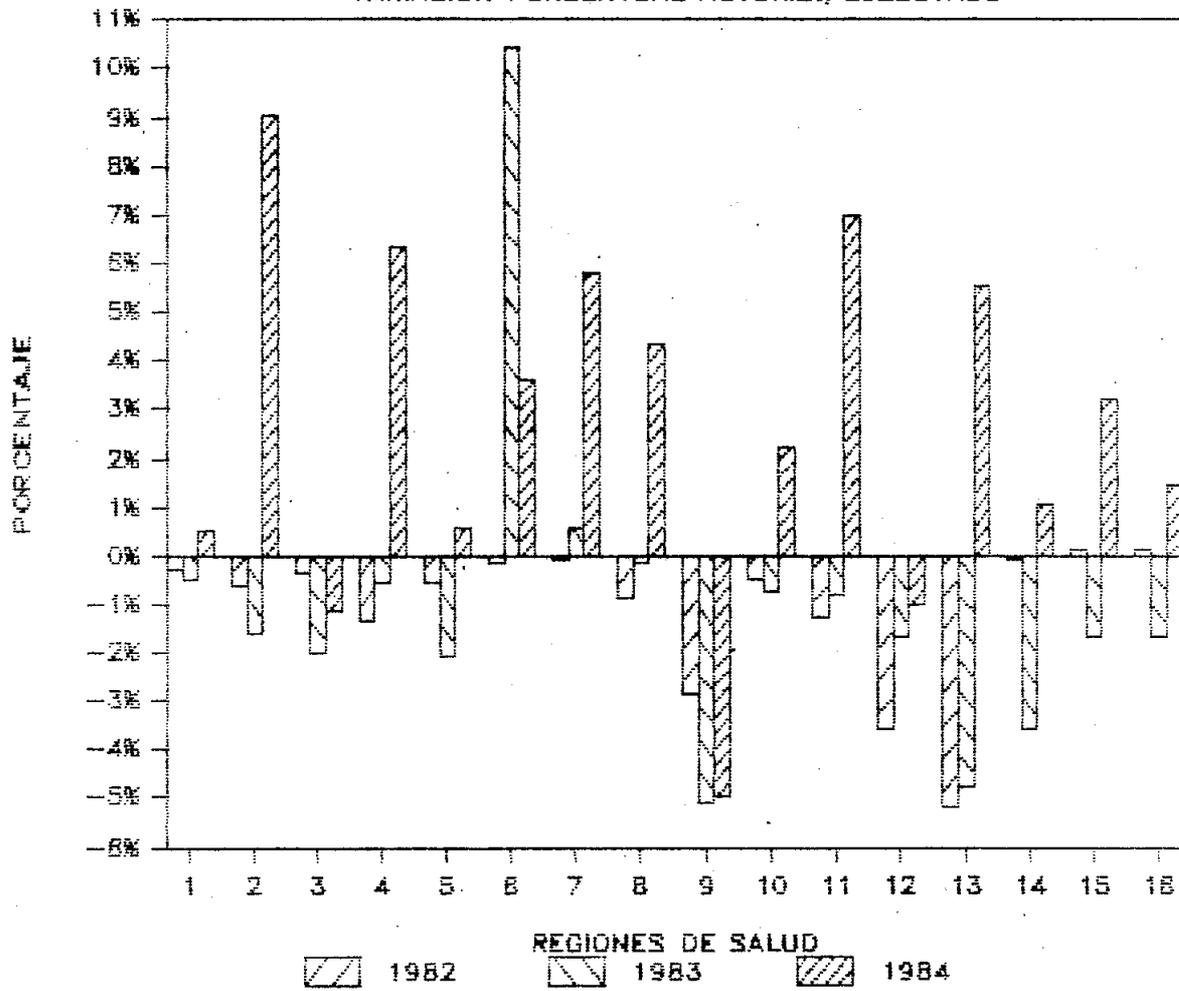
Otra singularidad destacable es el comportamiento de ambas variables en 1983. Se observa que en general, en todas las regiones en ese año, existió una mayor diferencia negativa respecto al año 1982, es decir lo ejecutado fue relativamente menor que en 1982, sin embargo, en la región de Lima e Ica la situación es diferente en especial en la primera, en que se da más bien un 10% de mayor ejecución que lo programado, señalando claramente que ha existido una distribución de recursos en favor de Lima. En cierta forma, se expresan así los diferentes niveles de administradores de salud que existen entre regiones.

---

(11) En este capítulo sólo se usará la información correspondiente al Ministerio de Salud, pues desagregar cifras de ORDES por regiones y partidas no conduciría a resultados satisfactorios.

# Gráfico No 1

VARIACION PORCENTUAL AUTORIZ./EJECUTADO



Cuadro No. 29

GASTO PROGRAMADO (AUTORIZADO FINAL)  
Y EJECUTADO POR REGIONES DE SALUD  
(Millones de soles)

	1982		1983		1984	
	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.
Piura	5182	5169	9770	9727	19682	19783
Chiclayo	4238	4211	8200	8070	15339	16723
Cajamarca	1940	1933	3775	3700	8074	7982
Trujillo	6305	6220	12859	12792	24862	26431
Huaraz	4405	4381	9413	9219	19449	19557
Lima	62966	62863	117069	129243	243675	252580
Ica	5421	5418	10603	10664	19669	20813
Arequipa	6812	6753	14865	14846	27608	28810
Tacna	3298	3203	6584	6248	13910	13219
Puno	3300	3284	6979	6928	16073	16434
Cusco	6388	6308	11636	11346	23383	25012
Ayacucho	2053	1982	3535	3476	7708	7633
Huancayo	7462	7076	14846	14136	30484	32164
Huánuco	4079	4075	7675	7397	16331	16507
Moyobamba	2946	2950	5789	5691	12207	12599
Iquitos	2844	2848	5518	5429	10834	10990

Fuente: Ministerio de Salud,  
Balance Constructivo 1982, 1983, 1984.  
Elaboración: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU.

Nota: En 1984 Lima incluye Callao.

Otro hecho remarcable es el acaecido en las regiones de Cajamarca, Ayacucho y Tacna. En ellas durante los tres años, lo autorizado siempre ha sido mayor que lo ejecutado, siendo esta situación más significativa en Cajamarca y Ayacucho, pues son las regiones de mayor pobreza.

La explicación de las diferencias entre lo autorizado y ejecutado se puede obtener analizando el comportamiento por partidas genéricas.

En los Cuadros Nos. 30 y 31 se aprecia que para 1982 y 1983, la menor ejecución del gasto autorizado ha respondido en todas las regiones a una menor utilización de los recursos asignados a las partidas de bienes y servicios y en gasto de capital; con la única excepción de Huaraz, en 1983, que más bien se debió a menor gasto en este último rubro.

De otro lado, se observa en el Cuadro No. 31, que el notable incremento de lo gastado respecto a lo programado en la región de Lima se debió sólo a un incremento en el gasto en remuneraciones, siendo además la única región que tuvo incremento en esa partida. Lo anterior quiere decir que sólo en las áreas hospitalarias de Lima se dio incremento de personal en ese año, como se verá más adelante.

En el año 1984, la mayor ejecución respecto a lo programado se debió -sobre todo- al incremento en remuneraciones y en menor medida a bienes y servicios, partida que en algunas regiones es mayor que lo autorizado y en otras menor. (Ver Cuadro No. 32 y Gráficos Nos. 2, 3 y 4).

La diferencia entre lo autorizado y ejecutado por fuentes de financiamiento, también explica en parte el comportamiento del gasto. Esto debido a que las partidas bienes y servicios tienen como fuente de financiamiento cada vez más importante, ingresos propios, como se observó en los capítulos anteriores. En ese contexto se aprecia en el Cuadro No. 33 que en la fuente ingresos propios, lo autorizado siempre es mayor que lo ejecutado; en tanto que en tesoro público, que es el que financia remuneraciones, lo ejecutado es mayor a lo autorizado.

De otro lado, se observa en el mismo cuadro, que a diferencia del gasto nacional, la participación de la fuente de financiamiento ingresos propios tiende a decrecer. (12)

---

(12) Ver documento técnico preliminar "Financiamiento y Gasto del Sector Salud 1985". ANSSA-PERU

Cuadro No. 30

GASTO PROGRAMADO (AUTORIZADO FINAL)  
Y EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS  
1982  
(Millones de soles)

	Remuneraciones		Bienes		Servicios		G. de Capital		Otros		Total	
	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.
Piura	4209	4209	673	666	219	215	0	0	81	78	5182	5169
Chiclayo	3581	3581	459	434	129	128	12	12	58	57	4238	4211
Cajamarca	1454	1454	380	372	65	68	19	19	22	21	1940	1933
Trujillo	5274	5274	738	687	156	126	3	3	133	130	6305	6220
Huaraz	3509	3509	658	666	130	133	50	16	58	57	4405	4381
Lima	43607	44742	15222	14205	2137	1925	1971	1962	28	28	62966	62863
Ica	4389	4389	840	838	112	111	1	1	79	78	5421	5418
Arequipa	5490	5490	961	927	157	139	2	1	203	203	6813	6754
Tacna	2385	2385	690	651	135	80	0	0	87	87	3298	3203
Puno	2626	2626	520	519	97	86	21	17	36	36	3300	3284
Cusco	4816	4816	1168	1167	160	141	77	73	166	160	6388	6308
Ayacucho	1401	1400	479	448	93	60	38	36	43	38	2055	1982
Huancayo	4898	4898	1769	1668	256	292	400	80	139	138	7462	7077
Huánuco	2747	2747	1047	1044	152	152	71	71	61	61	4079	4075
Moyobamba	2011	2011	669	672	187	178	51	62	27	27	2946	2950
Iquitos	2278	2278	339	352	88	83	0	0	139	135	2845	2848

Fuente: Ministerio de Salud, Balance Constructivo  
Elaboración: Grupo de Trabajo Componente No. 6, AMSSA-PERU.

Cuadro No. 31

GASTO PROGRAMADO (AUTORIZADO FINAL)  
Y EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS  
1983  
(Millones de soles)

	Remuneraciones		Bienes		Servicios		G. de Capital		Otros		Total	
	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.
Piura	8026	8023	1230	1150	328	311	42	0	242	242	9770	9727
Chiclayo	7190	7186	625	531	199	169	0	0	186	185	8200	8071
Cajamarca	2864	2860	731	685	119	93	0	0	61	61	3775	3700
Trujillo	10878	10867	1099	1248	215	210	0	0	467	467	12859	12791
Huaraz	7823	7823	1202	1078	205	132	0	0	183	186	9413	9219
Lima	85425	100552	25147	23362	3977	3544	2515	1724	7	61	117069	129243
Ica	9069	9058	1047	1102	155	172	5	5	328	328	10603	10664
Arequipa	12277	12277	1606	1600	234	221	0	0	747	747	14865	14845
Tacna	4791	4791	1290	1015	200	140	0	0	302	302	6584	6248
Puno	5944	5944	796	775	144	131	16	0	77	77	6979	6928
Cusco	9033	9033	1664	1643	265	251	96	41	577	577	11636	11546
Ayacucho	2581	2570	736	707	96	78	33	33	90	89	3535	3476
Huancayo	10701	10670	3144	2699	497	383	162	32	343	342	14846	14136
Huanuco	5486	5480	1580	1509	228	224	229	33	151	151	7675	7399
Moyobamba	4074	4063	1168	1141	324	265	27	30	193	191	5787	5691
Iquitos	4288	4288	583	538	158	120	2	0	486	483	5517	5425

Fuente: Ministerio de Salud, Balance Constructivo.

Elaboración: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU.

Cuadro No. 32

GASTO PROGRAMADO (AUTORIZADO FINAL)  
Y EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS  
1984  
(Millones de soles)

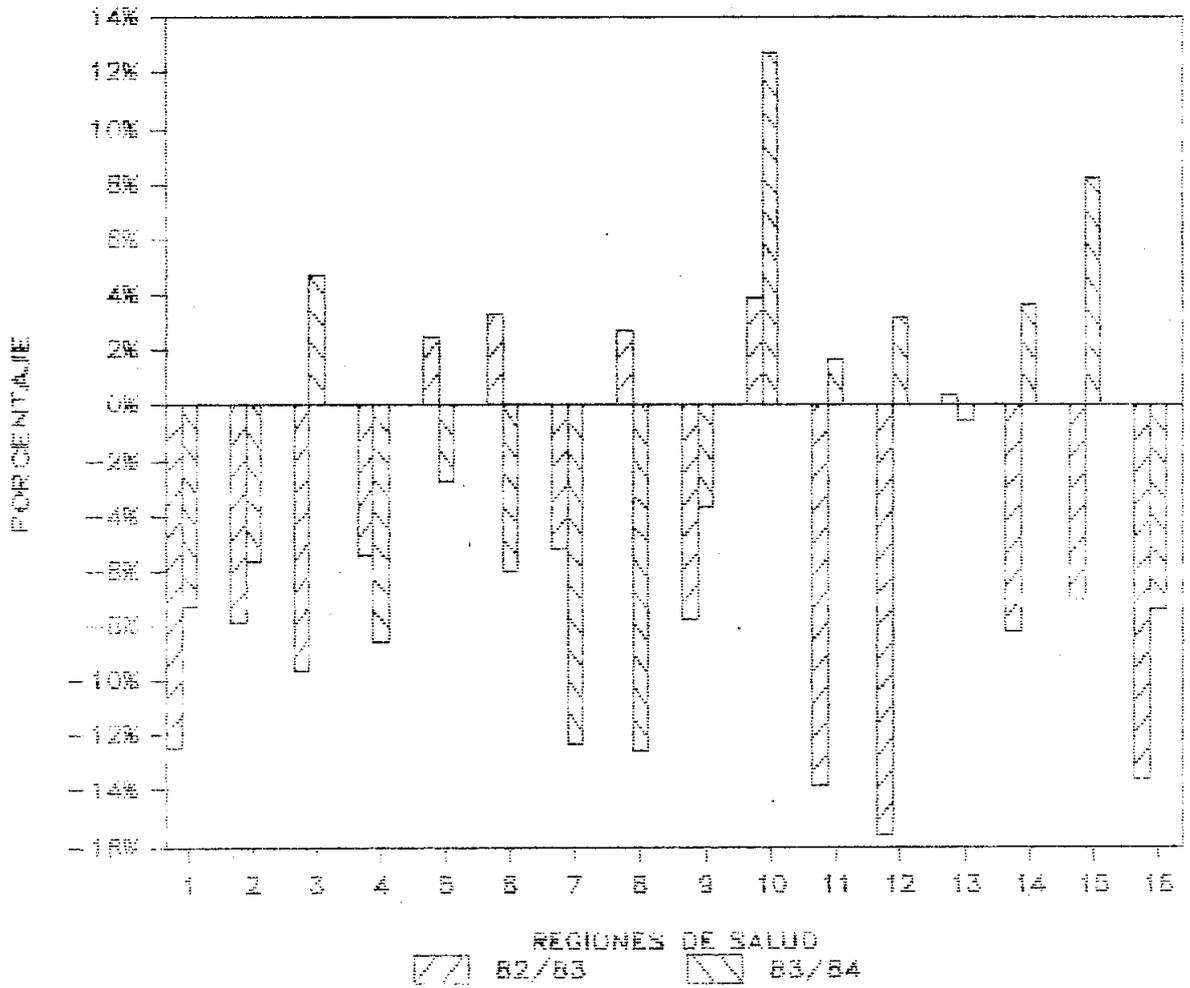
	Remuneraciones		Bienes		Servicios		G. de Capital		Otros		Total	
	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.
Piura	15662	15810	2310	2322	671	686	79	5	958	958	19682	19783
Chiclayo	12895	14405	1190	1076	274	261	19	19	961	961	15340	16723
Cajamarca	6284	6365	1403	1244	156	142	0	0	226	226	8075	7982
Trujillo	19934	21113	2419	2749	417	469	0	0	2099	2096	24862	26431
Huaraz	16163	16163	2143	2276	310	348	65	3	759	759	19450	19558
Lima	191614	200866	42424	43320	6057	5959	3530	2401	48	34	243676	252582
Ica	16140	16872	1816	2171	271	321	0	0	1442	1442	19669	20812
Arequipa	21674	22805	2770	2821	421	448	0	2182	9932	2735	27608	28810
Tacna	9622	9811	2721	2133	421	284	156	3	989	988	13910	13219
Puno	13974	14236	1414	1589	275	288	89	0	321	321	16074	16435
Cusco	18509	19507	2487	3154	472	481	1864	1867	50	2	23383	25012
Ayacucho	5609	5635	1516	1675	155	145	234	0	193	179	7709	7633
Huancayo	21749	22608	6381	6939	903	1124	39	91	1411	1411	30484	32164
Huánuco	11497	12073	3393	3360	608	568	377	50	456	456	16331	16507
Moyobamba	9219	9348	1693	2189	361	454	363	46	461	560	12208	12599
Iquitos	8269	8427	875	876	238	236	0	0	1451	1451	10834	10990

Fuente: Ministerio de Salud.

Elaboración: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU.

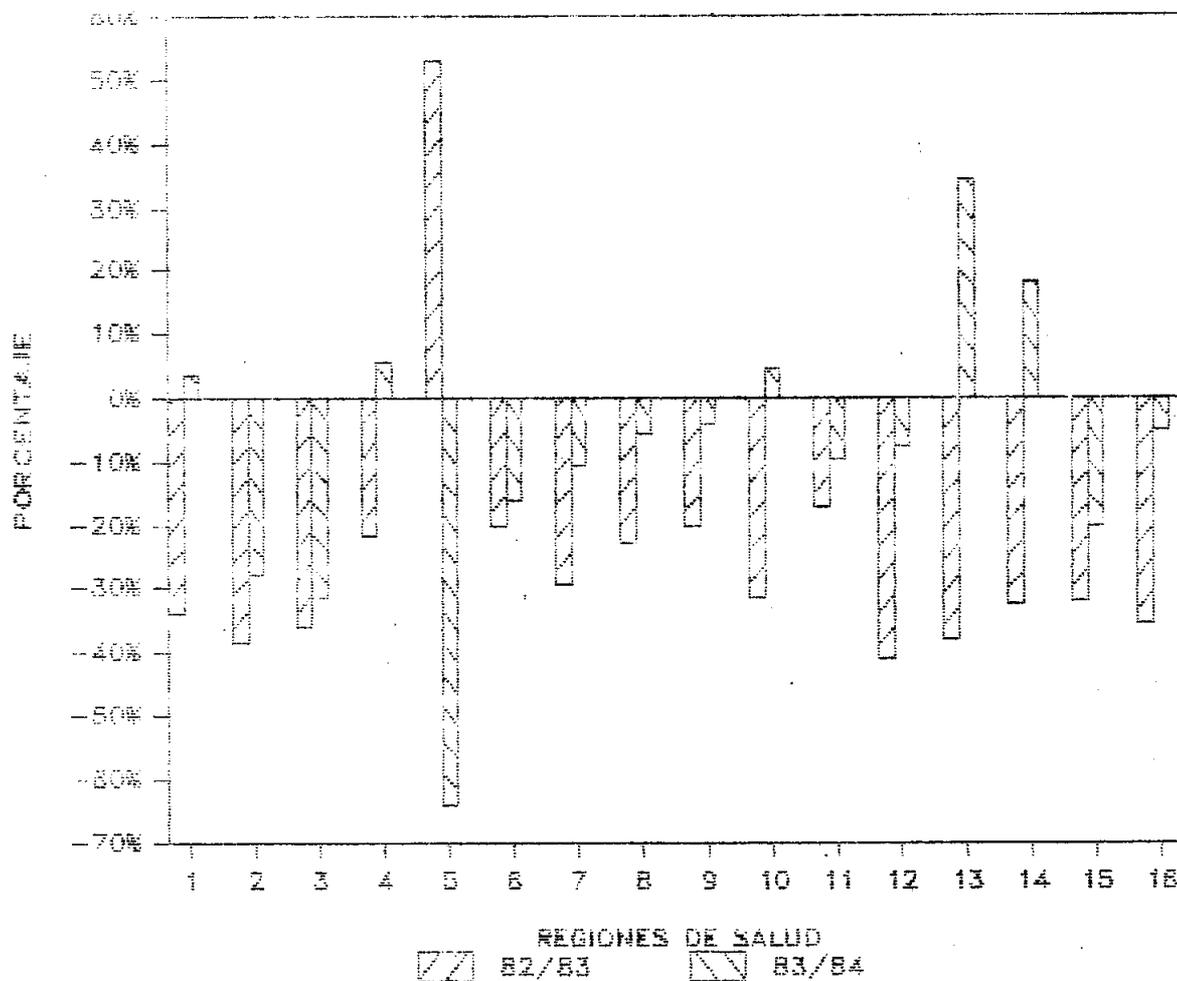
## Gráfico No 2

VARIACION PORCENTUAL EN REMUNERACIONES



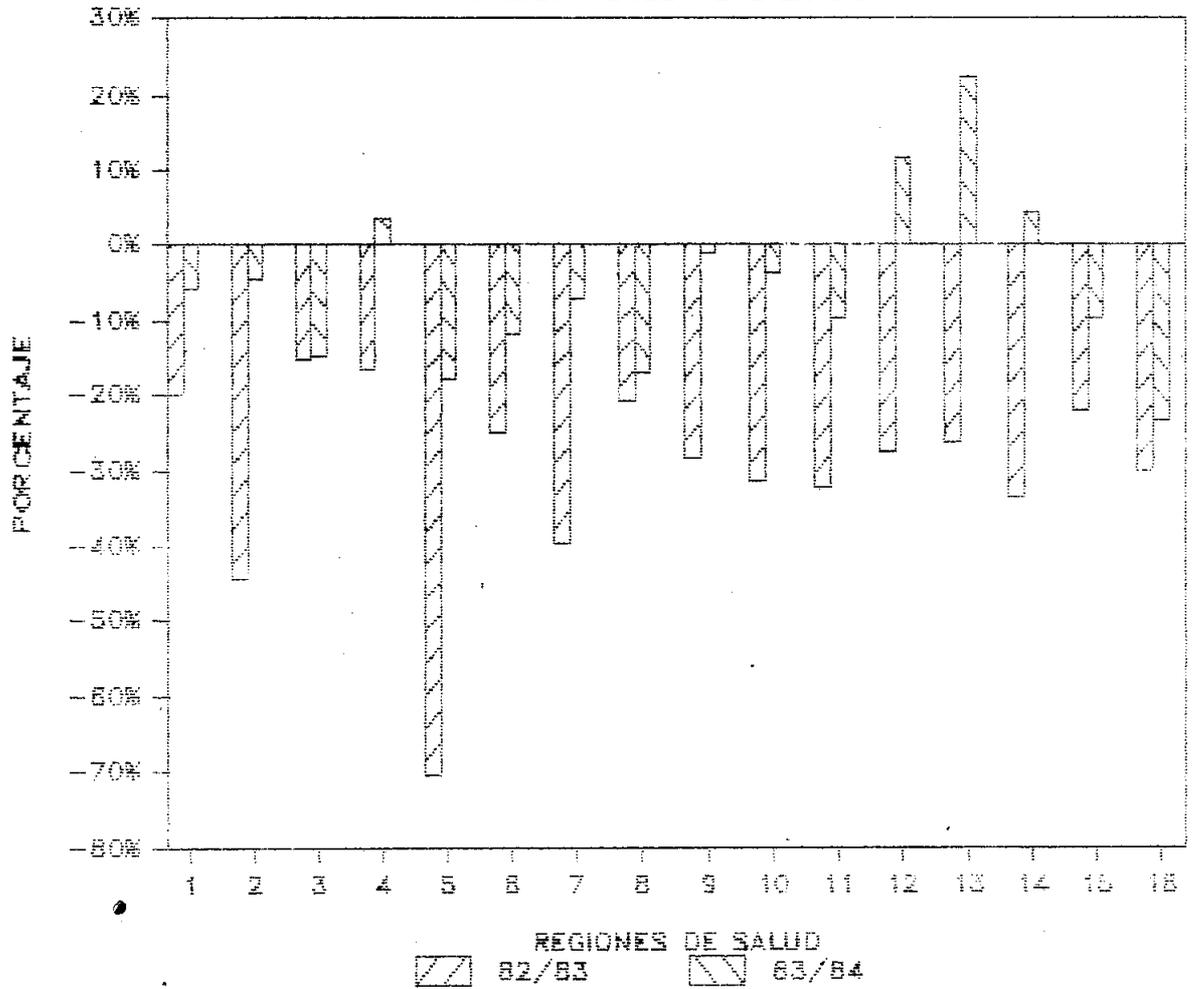
# Gráfico No. 3

VARIACION PORCENTUAL EN SERVICIOS



# Gráfico No 4

VARIACION PORCENTUAL EN BIENES



Quadro No. 33

GASTO PROGRAMADO (AUTORIZADO FINAL) Y EJECUTADO  
EN REGIONES DE SALUD POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO  
(Millones de soles)

	1982		1983		1984	
	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.	Auto.	Ejec.
Tesoro Publico	116137	117260	224904	238430	462449	482276
Ingresos Propios	12973	10946	22306	19451	43737	44877
Ingresos Transf.	532	473	1698	1285	--	--
Endeudamiento	--	--	--	--	--	--
Donaciones	--	--	--	--	96	90
<b>Total</b>	<b>129642</b>	<b>128679</b>	<b>248908</b>	<b>259166</b>	<b>506282</b>	<b>527243</b>

Fuente: Ministerio de Salud

Elaboración: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU.

## 8.2 Comportamiento del Gasto Programado por Regiones

### 8.2.1 Nivel global por regiones

En el análisis del Ministerio de Salud a nivel nacional, el gasto decayó de 1982 a 1983 y se mantuvo en 1984 al nivel del año anterior.

Al interior de las regiones o, más específicamente, el gasto directo en atención de salud por regiones, muestra un comportamiento diferente para el periodo 1982-1984 (13).

En efecto, los Cuadros Nos. 34, 35 y 36 trabajados también a soles de 1980, señalan que el total del gasto de las regiones cayó en términos constantes de 1982 a 1983, y de este último año a 1984.

Sin embargo, la caída de 1982 a 1983 a nivel de regiones es de 7.4%, en tanto que a nivel nacional sólo fue de 5.6%. De 1984 respecto a 1983 a nivel global el gasto se mantuvo, y a nivel de las regiones volvió a decaer en un nivel de 4.5%.

Lo anterior significa que la menor asignación que tuvo el Ministerio repercutió más en las regiones, lo que indica que el sector descuidó más el gasto en atención de la salud que en otros rubros, o lo que es lo mismo, se prefirió gastar más a nivel central que en regiones.

Al interior de las regiones, en todas ellas se da una caída del gasto de 1982 a 1983 a excepción de Huaraz y Arequipa, lo que se debe a un incremento del gasto en remuneraciones que ha podido responder al aumento del número de personal, más no a mayores salarios.

En el resto de las regiones la caída supera el 10% a excepción de Trujillo, Lima, Ica y Puno que es menos de 3%.

---

(13) Al igual que en el análisis global, se usará para fines comparativos el deflactor implícito del PBI. Se analizará el periodo 1982 a 1984, debido a que para esos años la información es más desagregada por regiones y coincidente en los ámbitos. El análisis de esos tres no invalida las conclusiones sobre el periodo 1980-1984, dado que a partir de 1983 se da una caída del gasto en salud.

Cuadro No. 34

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD  
POR PARTIDAS GENERICAS  
(Millones de Soles de 1980)  
1982

Regiones	Remuneraciones		Bienes		Servicios		G. Capital (2)		Otros (3)		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Piura	1557	4.39%	246	2.63%	80	5.53%	---	---	30	6.10%	1913	4.02%
Chiclayo (1)	1325	3.74%	161	1.72%	47	3.25%	5	0.57%	21	4.27%	1559	3.27%
Cajamarca	538	1.52%	138	1.48%	25	1.73%	7	0.80%	8	1.63%	716	1.50%
Trujillo	1952	5.51%	254	2.72%	46	3.18%	4	0.46%	45	9.15%	2301	4.83%
Huaraz	1298	3.66%	247	2.64%	49	3.39%	6	0.69%	21	4.27%	1621	3.40%
Lima	16555	46.70%	5256	56.22%	712	49.24%	726	83.07%	10	2.03%	23259	48.85%
Ica	1624	4.58%	310	3.32%	41	2.84%	---	---	29	5.89%	2004	4.21%
Arequipa	2031	5.73%	343	3.67%	49	3.39%	---	---	75	15.24%	2498	5.25%
Tacna	883	2.49%	241	2.58%	30	2.07%	---	---	32	6.50%	1186	2.49%
Puno	972	2.74%	192	2.05%	32	2.21%	6	0.69%	13	2.64%	1215	2.55%
Cuzco	1782	5.03%	413	4.42%	52	3.60%	27	3.09%	60	12.20%	2334	4.90%
Ayacucho	518	1.46%	166	1.78%	22	1.52%	14	1.60%	14	2.85%	734	1.54%
Huancayo	1812	5.11%	617	6.60%	108	7.47%	30	3.43%	51	10.37%	2618	5.50%
Huánuco	1016	2.87%	386	4.13%	56	3.87%	26	2.97%	23	4.67%	1507	3.17%
Moyobamba	744	2.10%	249	2.66%	66	4.56%	23	2.63%	10	2.03%	1092	2.29%
Iquitos	843	2.38%	130	1.39%	31	2.14%	---	---	50	10.16%	1054	2.21%
<b>Total</b>	<b>35450</b>	<b>100.00%</b>	<b>9349</b>	<b>100.00%</b>	<b>1446</b>	<b>100.00%</b>	<b>874</b>	<b>100.00%</b>	<b>492</b>	<b>100.00%</b>	<b>47611</b>	<b>100.00%</b>

(1) La Región es Lambayeque - Amazonas

(2) Se refiere a Obras y Bienes de Capital

(3) Se refiere a Transferencias Corrientes.

Fuente: Ministerio de Salud, Balance Constructivo.

Cuadro No. 35

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD  
POR PARTIDAS GENERICAS  
1983  
(Millones de Soles de 1980)

Regiones	Remuneraciones		Bienes		Servicios		G. Capital (1)		Otros (2)		TOTAL	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Piura	1364	3.90%	197	2.84%	53	4.75%	---	---	41	5.44%	1655	3.76%
Chiclayo	1221	3.49%	90	1.30%	29	2.60%	---	---	31	4.11%	1371	3.11%
Cajamarca	486	1.39%	117	1.69%	16	1.43%	---	---	10	1.33%	629	1.43%
Trujillo	1847	5.29%	212	3.06%	36	3.23%	---	---	80	10.61%	2175	4.94%
Huaraz	1330	3.81%	221	3.19%	75	6.73%	128	39.63%	33	4.38%	1787	4.06%
Lima	17094	48.93%	3933	56.76%	567	50.85%	166	51.39%	2	0.27%	21762	49.39%
Ica	1540	4.41%	187	2.70%	29	2.60%	---	---	56	7.43%	1812	4.11%
Arequipa	2087	5.97%	272	3.93%	38	3.41%	---	---	127	16.84%	2524	5.73%
Tacna	815	2.33%	173	2.50%	24	2.15%	---	---	50	6.63%	1062	2.41%
Puno	1010	2.89%	132	1.91%	22	1.97%	---	---	14	1.86%	1178	2.67%
Cuzco	1536	4.40%	279	4.03%	43	3.86%	7	2.17%	98	13.00%	1963	4.46%
Ayacucho	437	1.25%	120	1.73%	13	1.17%	6	1.86%	15	1.99%	591	1.34%
Huancayo	1819	5.21%	454	6.55%	67	6.01%	5	1.55%	58	7.69%	2403	5.45%
Huánuco	932	2.67%	257	3.71%	38	3.41%	6	1.86%	24	3.18%	1257	2.85%
Moyobamba	691	1.98%	194	2.80%	45	4.04%	5	1.55%	32	4.24%	967	2.19%
Iquitos	728	2.08%	91	1.31%	20	1.79%	---	---	83	11.01%	922	2.09%
Total	34937	100.00%	6929	100.00%	1115	100.00%	323	100.00%	754	100.00%	44058	100.00%

(1) Se refiere a Obras y Bienes de Capital

(2) Se refiere a Transferencias Corrientes y Pensiones

Fuente: Ministerio de Salud, Balance Constructivo.

Cuadro No. 36

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD  
POR PARTIDAS GENERICAS  
1984  
(Millones de Soles de 1980)

Regiones	Remuneraciones		Bienes		Servicios		G. Capital (2)		Otros (3)		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Piura	1265	3.80%	186	2.91%	55	5.62%	—	—	77	5.86%	1583	3.75%
Chiclayo	1152	3.46%	86	1.35%	21	2.15%	2	0.96%	77	5.86%	1338	3.17%
Cajamarca	509	1.53%	100	1.56%	11	1.12%	—	—	18	1.37%	638	1.51%
Trujillo	1689	5.07%	220	3.44%	38	3.89%	—	—	168	12.78%	2115	5.01%
Huaraz	1293	3.88%	182	2.85%	27	2.76%	—	—	61	4.64%	1563	3.71%
Lima (1)	16069	48.28%	3466	54.22%	477	48.77%	192	91.87%	3	0.23%	20207	47.91%
Ica	1350	4.06%	174	2.72%	26	2.66%	—	—	115	8.75%	1665	3.95%
Arequipa	1824	5.48%	226	3.54%	36	3.68%	—	—	219	16.65%	2305	5.46%
Tacna	785	2.36%	171	2.67%	23	2.35%	—	—	79	6.01%	1058	2.51%
Puno	1139	3.42%	127	1.99%	23	2.35%	—	—	26	1.98%	1315	3.12%
Cuzco	1561	4.69%	252	3.94%	39	3.99%	—	—	149	11.33%	2001	4.74%
Ayacucho	451	1.36%	134	2.10%	12	1.23%	—	—	14	1.06%	611	1.45%
Huancayo	1809	5.44%	555	8.68%	90	9.20%	7	3.35%	112	8.52%	2573	6.10%
Huánuco	966	2.90%	269	4.21%	45	4.60%	4	1.91%	36	2.74%	1320	3.13%
Moyobamba	748	2.25%	175	2.74%	36	3.68%	4	1.91%	45	3.42%	1008	2.39%
Iquitos	674	2.02%	70	1.09%	19	1.94%	—	—	116	8.82%	879	2.06%
<b>Total</b>	<b>33284</b>	<b>100.00%</b>	<b>6393</b>	<b>100.00%</b>	<b>978</b>	<b>100.00%</b>	<b>209</b>	<b>100.00%</b>	<b>1315</b>	<b>100.00%</b>	<b>42179</b>	<b>100.00%</b>

(1) Incluye la Región del Callao

(2) Se refiere a Bienes de Capital

(3) Se refiere a Transferencias Corrientes y Pensiones.

Fuente: Ministerio de Salud, Balance Constructivo.

Esto indica que se ha preferido mantener, en lo posible, el nivel de gasto en las regiones de la costa en desmedro de la selva y sierra. Caso aparte corresponde a Puno, pero su menor disminución se debe sobre todo a la sequía que sufrió esa región en 1983, lo que obligó a efectuar un mayor gasto.

De 1983 a 1984, periodo en que el gasto se mantuvo a nivel global, al interior de las regiones se da un comportamiento disímil. Siguen decayendo en el nivel de gasto las regiones de Piura, Chiclayo, Lima, Ica, Tacna y Moyobamba; decaen por primera vez Huaraz y Arequipa. En cambio se incrementó el gasto de salud en Puno, Cusco, Cajamarca, Ayacucho, Huancayo y Huánuco. Estos hechos señalan que en el momento en que se dio una recuperación de la economía, se prefirió incrementar el gasto en las áreas de la sierra, denominadas a partir de 1985, Trapecio Andino, y de esta forma corregir el menor gasto efectuado el año anterior. Sin embargo, este mayor gasto en el área del Trapecio Andino, se ha debido en algunos casos a mayor gasto en remuneraciones (Cusco, Puno, Ayacucho), mayor número de personal y no a un incremento de bienes y servicios, rubros en que el gasto fue menor. En cambio en Huancayo y Huánuco sí ha respondido a un incremento del gasto en bienes y servicios. Lo anterior puede indicar que en Cusco, Puno y Ayacucho, la atención a las personas siguió siendo deficiente, en especial al interior de las regiones, pues el incremento en personal fue sólo para las sedes regionales. Por ejemplo, en Cusco el personal contratado de las áreas Cusco I y Cusco II aumentó de 241 a 292.

### **8.2.2 Análisis por partidas genéricas y específicas**

A nivel de partidas genéricas, la evolución del comportamiento del gasto en regiones también ha sido diferente al nivel global. La proporción del gasto en remuneraciones en el nivel global siempre ha sido menor que en las regiones. En 1982 fue de 69%, manteniéndose en 1984 al mismo nivel; en tanto que a nivel regional pasó de 75% en 1982 a 79% en 1984. Sin embargo, lo anterior no significa que a nivel regional se haya incrementado el gasto en este rubro, pues en cifras constantes (ver Cuadros 34, 35 y 36) esta partida decrece en 1% de 1982 a 1983 y en 5.2% de 1983 a 1984. Lo que realmente sucedió es que se ha gastado relativamente más en remuneraciones, que en las partidas de bienes y servicios. Este hecho demuestra que, por ser rígida la partida de remuneraciones, se afectan los rubros donde hay mayor posibilidad de reducir las cantidades - bienes y servicios- dando lugar a que los hospitales, centros de salud y postas médicas, den un menor servicio al

carecer de lo mínimo indispensable para atender a la población: material médico y de laboratorio, alimentos para personas, etc.

### **Bienes y Servicios**

En efecto, la reducción del gasto efectuado en las partidas bienes y servicios decayó dramáticamente, en términos reales, de 1982 a 1984: 27% y 25% en 1983, 5% y 9% en 1984 respectivamente, disminuyendo su participación relativa de 19% y 3% en 1982 a 15% y 2.3% en 1984. Es posible mencionar que a nivel global la partida bienes más servicios representó 23% en 1982 y 17% en 1984, reduciéndose en términos constantes en menor proporción que a nivel regional, lo que está indicando que cada vez más se efectúa una mayor proporción de gasto en bienes en los programas que se manejan desde Lima, es decir gasto administrativo y burocrático. No se analiza el gasto en capital, pues la partida manejada a nivel de regiones es mínima.

Analizando a nivel más detallado, en las partidas se puede encontrar sobre todo, cuál es la situación de la atención en los establecimientos de salud a nivel de regiones. Para el efecto, se han analizado partidas específicas que inciden en esa materia.

Se aprecia en los Cuadros 37, 38 y 39, correspondientes a los años 1982, 1983 y 1984 respectivamente, que los rubros alimentos, vestuario, material médico, medicinas, material de laboratorio y mantenimiento, en soles de 1980, muestran una marcada tendencia decreciente, de 1982 a 1984, superior al 20%, sobresaliendo medicinas (45%) y mantenimiento (34%). Ello se ha traducido, en primer término, en una atención más deficiente hacia los pacientes, obligando a estos últimos a agenciarse sus propias medicinas y alimentos; y en segundo término en un deterioro de los establecimientos hospitalarios.

Es propio mencionar también, que en este caso se dio una mayor caída del gasto a nivel de regiones que a nivel global.

Al interior de las regiones, el comportamiento de estas partidas no es homogéneo. Por ejemplo, en lo que corresponde a bienes, la mayor caída en 1983 la experimentaron: Chiclayo (44%), Ica (39%), Huánuco (33%) e Iquitos (30%), en tanto que un decremento menor experimentaron: Cajamarca (15%), Huaraz (10%) y Trujillo (16%). En las otras regiones, el menor gasto fluctuó entre

Cuadro No. 37

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD  
 POR PARTIDAS ESPECIFICAS DE BIENES Y SERVICIOS  
 1982  
 (Millones de Soles de 1980)

Regiones	Alimento para Personas		Vestuario		Material Médico y Medicinas		Material de Laboratorio		Mantenimiento (2)		Otras		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Piura	58	2.66%	5	1.74%	79	2.12%	8	2.48%	71	3.16%	105	5.19%	326	3.02%
Chiclayo (1)	34	1.56%	5	1.74%	51	1.37%	7	2.17%	49	2.18%	62	3.06%	208	1.93%
Cajamarca	25	1.15%	4	1.39%	51	1.37%	2	0.62%	36	1.60%	45	2.22%	163	1.51%
Trujillo	63	2.89%	3	1.05%	72	1.93%	11	3.42%	70	3.12%	81	4.00%	300	2.78%
Huaraz	51	2.34%	9	3.14%	72	1.93%	6	1.86%	67	2.98%	91	4.49%	296	2.74%
Lima	1287	58.98%	173	60.28%	2181	58.44%	227	70.50%	1218	54.21%	882	43.56%	5968	55.28%
Ica	82	3.76%	10	3.48%	109	2.92%	9	2.80%	66	2.94%	75	3.70%	351	3.25%
Arequipa	114	5.22%	7	2.44%	92	2.47%	5	1.55%	98	4.36%	76	3.75%	392	3.63%
Tacna	57	2.61%	19	6.62%	87	2.33%	4	1.24%	37	1.65%	67	3.31%	271	2.51%
Puno	44	2.02%	4	1.39%	65	1.74%	2	0.62%	57	2.54%	52	2.57%	224	2.08%
Cuzco	106	4.86%	9	3.14%	176	4.72%	10	3.11%	81	3.60%	83	4.10%	465	4.31%
Avacucho	25	1.15%	11	3.83%	80	2.14%	2	0.62%	34	1.51%	36	1.78%	188	1.74%
Huancayo	100	4.58%	7	2.44%	318	8.52%	12	3.73%	151	6.72%	137	6.77%	725	6.72%
Huánuco	66	3.02%	9	3.14%	148	3.97%	8	2.48%	117	5.21%	94	4.64%	442	4.09%
Moyobamba	31	1.42%	7	2.44%	123	3.30%	5	1.55%	58	2.58%	91	4.49%	315	2.92%
Iquitos	39	1.79%	5	1.74%	28	0.75%	4	1.24%	37	1.65%	48	2.37%	161	1.49%
<b>Total</b>	<b>2182</b>	<b>100.00%</b>	<b>287</b>	<b>100.00%</b>	<b>3732</b>	<b>100.00%</b>	<b>322</b>	<b>100.00%</b>	<b>2247</b>	<b>100.00%</b>	<b>2025</b>	<b>100.00%</b>	<b>10795</b>	<b>100.00%</b>

(1) Se refiere a la Región de Lambayeque - Amazonas

(2) Incluye: Material de Construcción, Material Eléctrico, Material Sanitario  
 Material de Limpieza, Combustible Carburante y Lubricante, Herramientas,  
 Repuestos, Mantenimiento y Reparación.

Fuente: Ministerio de Salud, Balance Constructivo.

Cuadro No. 38

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD  
POR PARTIDAS ESPECIFICAS DE BIENES Y SERVICIOS  
1983  
(Millones de Soles de 1980)

Regiones	Alimento para Personas		Vestuario		Material Médico y Medicinas		Material de Laboratorio		Mantenimiento (1)		Otras		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Piura	51	2.68%	2	1.61%	66	2.60%	6	2.64%	51	2.89%	74	4.99%	250	3.11%
Chiclayo	28	1.47%	—	—	24	0.94%	2	0.88%	27	1.53%	38	2.56%	119	1.48%
Cajamarca	24	1.26%	3	2.42%	47	1.85%	1	0.44%	28	1.59%	30	2.02%	133	1.65%
Trujillo	52	2.73%	1	0.81%	53	2.09%	10	4.41%	69	3.91%	63	4.25%	248	3.08%
Huaraz	46	2.41%	2	1.61%	63	2.48%	4	1.76%	47	2.67%	134	9.04%	296	3.68%
Lima	1178	61.80%	76	61.29%	1472	57.93%	155	68.28%	1014	57.52%	605	40.80%	4500	55.94%
Ica	61	3.20%	6	4.84%	48	1.89%	8	3.52%	50	2.84%	43	2.90%	216	2.69%
Arequipa	101	5.30%	2	1.61%	69	2.72%	8	3.52%	80	4.54%	50	3.37%	310	3.85%
Tacna	43	2.26%	4	3.23%	68	2.68%	3	1.32%	36	2.04%	43	2.90%	197	2.45%
Puno	29	1.52%	1	0.81%	46	1.81%	2	0.88%	37	2.10%	39	2.63%	154	1.91%
Cuzco	83	4.35%	3	2.42%	105	4.13%	5	2.20%	60	3.40%	66	4.45%	322	4.00%
Ayacucho	20	1.05%	3	2.42%	57	2.24%	2	0.88%	26	1.47%	25	1.69%	133	1.65%
Huancayo	84	4.41%	12	9.68%	199	7.83%	11	4.85%	106	6.01%	109	7.35%	521	6.48%
Huanuco	51	2.68%	5	4.03%	99	3.90%	5	2.20%	69	3.91%	66	4.45%	295	3.67%
Moyobamba	27	1.42%	3	2.42%	101	3.97%	3	1.32%	40	2.27%	65	4.38%	239	2.97%
Iquitos	28	1.47%	1	0.81%	24	0.94%	2	0.88%	23	1.30%	33	2.23%	111	1.38%
<b>Total</b>	<b>1906</b>	<b>100.00%</b>	<b>124</b>	<b>100.00%</b>	<b>2541</b>	<b>100.00%</b>	<b>227</b>	<b>100.00%</b>	<b>1763</b>	<b>100.00%</b>	<b>1483</b>	<b>100.00%</b>	<b>8044</b>	<b>100.00%</b>

(1) Incluye: Material de Construcción, Material Eléctrico, Material Sanitario  
Material de Limpieza, Combustible Carburante y Lubricante, Herramientas,  
Repuestos, Mantenimiento y Reparación.

Fuente: Ministerio de Salud, Balance Constructivo.

Cuadro No. 39

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD  
POR PARTIDAS ESPECIFICAS DE BIENES Y SERVICIOS  
1984  
(Millones de Soles de 1980)

	Alimento para Personas		Vestuario		Material Médico y Medicinas		Material de Laboratorio		Mantenimiento (2)		Otras		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Piura	45	2.65%	3	1.92%	51	2.32%	5	2.26%	56	3.66%	81	5.19%	241	3.27%
Chiclayo	29	1.71%	4	2.56%	21	0.95%	2	0.90%	25	1.63%	26	1.67%	107	1.45%
Cajamarca	24	1.41%	2	1.28%	36	1.63%	1	0.45%	22	1.44%	26	1.67%	111	1.51%
Trujillo	48	2.83%	1	0.64%	69	3.13%	11	4.98%	53	3.46%	76	4.87%	258	3.50%
Huaraz	40	2.35%	3	1.92%	58	2.63%	4	1.81%	51	3.33%	53	3.40%	209	2.84%
Lima (1)	1027	60.45%	91	58.33%	1137	51.61%	145	65.61%	798	52.16%	745	47.73%	3943	53.50%
Ica	58	3.41%	2	1.28%	50	2.27%	5	2.26%	46	3.01%	39	2.50%	200	2.71%
Arequipa	82	4.83%	1	0.64%	46	2.09%	4	1.81%	71	4.64%	57	3.65%	261	3.54%
Tacna	45	2.65%	8	5.13%	61	2.77%	2	0.90%	35	2.29%	43	2.75%	194	2.63%
Puno	29	1.71%	2	1.28%	46	2.09%	3	1.36%	34	2.22%	36	2.31%	150	2.04%
Cusco	74	4.36%	4	2.56%	90	4.09%	6	2.71%	56	3.66%	61	3.91%	291	3.95%
Ayacucho	19	1.12%	5	3.21%	70	3.18%	6	2.71%	28	1.83%	18	1.15%	146	1.98%
Huancayo	83	4.89%	17	10.90%	263	11.94%	16	7.24%	124	8.10%	142	9.10%	645	8.75%
Huánuco	46	2.71%	6	3.85%	109	4.95%	6	2.71%	74	4.84%	73	4.68%	314	4.26%
Moyobamba	26	1.53%	5	3.21%	85	3.86%	4	1.81%	37	2.42%	54	3.46%	211	2.86%
Iquitos	24	1.41%	2	1.28%	11	0.50%	1	0.45%	20	1.31%	31	1.99%	89	1.21%
<b>Total</b>	<b>1699</b>	<b>100.00%</b>	<b>156</b>	<b>100.00%</b>	<b>2203</b>	<b>100.00%</b>	<b>221</b>	<b>100.00%</b>	<b>1530</b>	<b>100.00%</b>	<b>1561</b>	<b>100.00%</b>	<b>7370</b>	<b>100.00%</b>

(1) Incluye el Area de Salud del Callao

(2) Incluye: Material de Construcción, Material Eléctrico, Material Sanitario  
Material de Limpieza, Combustible Carburante y Lubricante, Herramientas,  
Repuestos, Mantenimiento y Reparación

Fuente: Ministerio de Salud, Balance Constructivo.

el 20% y 30%. En las cuatros regiones donde la caída fue mayor, ésta se debió a un menor gasto en medicinas (14) (menos del 50%) y mantenimiento, que es lo que explica el decremento en Huánuco.

El comportamiento de 1984 respecto a 1983, fue diferente al de 1983 respecto a 1982. En efecto, en primer término se aprecia que el decremento es bastante menor y que en algunas regiones se da incluso un mayor gasto, como es el caso de Trujillo, Ayacucho, Huancayo y Huánuco.

Sin embargo, en otras regiones se da una fuerte caída en el gasto en bienes, como en Iquitos (23%), Arequipa (17%), Lima (12%) y Cajamarca (14%); la explicación del decremento del gasto también está en el rubro medicinas.

### **8.3 Análisis a Nivel de Areas de Salud para las Regiones de Cajamarca y Cusco**

#### **8.3.1 Región de Cajamarca. Areas de salud de Cajamarca y Chota-Cutervo (15)**

El gasto ejecutado en 1984 (en soles constantes de 1980) ha sido mayor sólo en 9 millones de soles al que se efectuó en 1980 (ver Cuadro No. 40); sin duda alguna, este incremento no guarda coherencia con el crecimiento poblacional de Cajamarca que es de 1.9% anual. Empero, el comportamiento del gasto no ha sido creciente en todo el periodo, como puede verse en el mismo cuadro, muy por el contrario se ha dado un notable incremento en 1981 (24%), para luego decrecer hasta 1983 y aumentar ligeramente en 1984.

-----

(14) Quizás el término más correcto sea material médico, pues como se ha explicado en capítulos anteriores, compra de medicinas es manejado como un fondo rotatorio.

(15) Cajamarca incluye: Cajamarca, Cajabamba, Celendin, Contumazá, San Miguel, San Pablo, San Marcos y Hualgayoc, excepto el distrito de Bambamarca y la provincia de Bolívar de La Libertad.  
Chota-Cutervo: Chota, Cutervo, excepto Callayuc, Choros, Pimpingos y el distrito de Bambamarca de Hualgayoc.

Cuadro No. 40

REGION DE SALUD DE CAJAMARCA  
PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS Y AREAS DE SALUD  
(Millones de Soles de 1980)

Partidas Genéricas	Cajamarca		Chota-Cutervo		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1980	453	100.00%	176	100.00%	629	100.00%
Remuneraciones	328	72.41%	126	71.59%	454	72.18%
Bienes	58	12.80%	25	14.20%	83	13.20%
Servicios	6	1.32%	3	1.70%	9	1.43%
Gastos de Capital(1)	6	1.32%	3	1.70%	9	1.43%
Otros (2)	55	12.14%	19	10.80%	74	11.76%
1981	548	100.00%	232	100.00%	780	100.00%
Remuneraciones	373	68.07%	175	75.43%	548	70.26%
Bienes	97	17.70%	27	11.64%	124	15.90%
Servicios	22	4.01%	4	1.72%	26	3.33%
Gastos de Capital(1)	---	---	---	---	---	---
Otros (2)	56	10.22%	26	11.21%	82	10.51%
1982	535	100.00%	180	100.00%	715	100.00%
Remuneraciones	400	74.77%	138	76.67%	538	75.24%
Bienes	100	18.69%	37	20.56%	137	19.16%
Servicios	20	3.74%	5	2.78%	25	3.50%
Gastos de Capital(1)	7	1.31%	---	---	7	0.98%
Otros (2)	8	1.50%	---	---	8	1.12%
1983	473	100.00%	155	100.00%	628	100.00%
Remuneraciones	368	77.80%	118	76.13%	486	77.39%
Bienes	83	17.55%	33	21.29%	116	18.47%
Servicios	12	2.54%	4	2.58%	16	2.55%
Gastos de Capital(1)	---	---	---	---	---	---
Otros (2)	10	2.11%	---	---	10	1.59%
1984	454	100.00%	184	100.00%	638	100.00%
Remuneraciones	349	76.87%	160	86.96%	509	79.78%
Bienes	80	17.62%	19	10.33%	99	15.52%
Servicios	9	1.98%	3	1.63%	12	1.88%
Gastos de Capital(1)	---	---	---	---	---	---
Otros (2)	16	3.52%	2	1.09%	18	2.82%

(1) En el caso de Cajamarca el Gasto de Capital lo conforma únicamente la partida de Bienes de Capital.

(2) Se refiere a Transferencias Corrientes y Pensiones.

Fuente: Dirección Regional de Salud de Cajamarca.

El comportamiento del gasto total por áreas de salud fue marcado por la misma tendencia, aunque las fluctuaciones han sido diferentes. En efecto, en ambas áreas se da un incremento notable de 1980 a 1981, para luego decrecer hasta 1983 y aumentar ligeramente en 1984.

Sin embargo, el incremento fue mayor porcentualmente en el área de Chota-Cutervo (30%) que en Cajamarca (20%) para el año 1981, por lo que el decremento en los años 1981 a 1983 fue menor en la sede Regional. En cambio en 1984, la sede Regional sigue gastando menos, en tanto que en Chota-Cutervo se da un incremento de 18%. Por tanto, el mayor gasto ejecutado en esta última área explica la mayor ejecución para toda la región que es explicada a su vez por un incremento en remuneraciones, como se verá más adelante.

Durante todo el periodo, la división del gasto entre ambas áreas señala que siempre ha sido superior al 70%, a favor de la sede Regional, llegando incluso a 75% en 1983, lo que en cierta forma guarda relación con la distribución poblacional en el territorio de la región, pues el 30% corresponde al área de Chota-Cutervo.

Al interior de las partidas genéricas se nota un comportamiento sui-generis, que es similar al nivel de área y región: cuando el gasto total es mayor, el incremento en bienes es más alto que el de remuneraciones. Cuando el gasto total decrece, algunas veces la partida remuneraciones se incrementa y en otras decrece, pero las de bienes y servicios siempre disminuyen, a excepción de 1982.

Remuneraciones en la región se incrementa hasta 1981, para luego decaer en 1982 y 1983, recuperándose algo en 1984. En el área de Cajamarca se incrementa hasta 1982 (a diferencia de Chota y la Región que sólo sube hasta 1981) y decrece en el resto del periodo, en tanto que en Chota se da un incremento notable en 1984. Lo anterior se explica por la pérdida de personal de Chota en 1982 -en especial enfermeras- que luego es recuperado en 1984 pero con personal asistencial.

En los rubros bienes y servicios, el comportamiento por área es diferente; mientras que en Cajamarca el gasto es mayor en 1984 respecto a 1980 (37%), en Chota es menor (24%). Lo anterior está indicando que se ha preferido utilizar los escasos recursos, manteniendo el nivel de atención en la sede Regional y descuidando en gran medida establecimientos de salud del interior de la región. En efecto, la participación porcentual del gasto en bienes de Chota pasó

de 14% a 10% en el mismo periodo. La diferencia del gasto en bienes y servicios, entre las áreas, no sólo se debe a la menor asignación en tesoro público a Chota, sino sobre todo a la diferencia en la captación de ingresos propios. En efecto, Cajamarca capta más debido a su mayor cobertura, ocupación de camas, mayor atención a asegurados del IPSS; en tanto que en Chota su menor captación se ve ahondada debido a la falta de profesionales médicos, difícil accesibilidad - por ser zona rural dispersa- y por los recursos de la población, que son muy exiguos.

### **Partidas Especificas**

Como se aprecia en el Cuadro No. 41, el menor gasto ejecutado en el área de Chota-Cutervo, ha respondido principalmente a los rubros alimentos para personas, vestuario, material médico y medicinas, material de laboratorio y mantenimiento.

Es decir, que mientras en estos rubros se gastaba menos en Chota, sucedió lo contrario en Cajamarca, donde en todos los rubros se da un incremento para el periodo 1980-1984, lo que demuestra una vez más, que se ha preferido mantener el nivel de servicios en la sede Regional descuidando los establecimientos de salud al interior de la región. Lo más saltante de todo ello es la disminución del gasto en medicinas, que fue de 42% en el período, lo que se refleja también en la participación del gasto en ese rubro frente al total de la partida bienes, que pasa de 31% a 23% de 1980 a 1984. Es decir, el menor gasto en la partida bienes en el área de salud de Chota-Cutervo, ha respondido sobre todo a un menor gasto en medicinas.

### **Gasto en Personal por Areas de Salud (16)**

El comportamiento del gasto en personal muestra características que es necesario subrayar (ver Cuadro No. 42). En primer término a nivel de región el gasto en administrativos pasó de 14% a 17% de 1980 a 1984, lo que significó sobre todo el mayor gasto en el área de Cajamarca. En efecto, este rubro en esa área subió de 40 a

-----

(16) La cifra total de gasto en remuneraciones no es igual al cuadro de partidas genéricas, debido a que, lamentablemente, de Cajamarca sólo se recepcionó la cifra que corresponde a Remuneración Básica.

Cuadro No. 41

REGION DE SALUD DE CAJAMARCA  
PARTIDAS ESPECIFICAS DE BIENES Y SERVICIOS POR AREAS DE SALUD  
(Miles de Soles de 1980)

Regiones	Alimento para Personas		Vestuario		Material Médico y Medicinas		Material de Laboratorio(1)		Mantenimiento (2)		Otras		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1980	16733	18.02%	974	1.05%	34561	37.23%	2724	2.93%	19503	21.01%	18344	19.76%	92839	100.00%
Cajamarca	12278	19.05%	124	0.19%	25785	40.00%	2008	3.11%	11137	17.28%	13135	20.37%	64467	100.00%
Chota-Cutervo	4455	15.70%	850	3.00%	8776	30.93%	716	2.52%	8366	29.49%	5209	18.36%	28372	100.00%
1981	21838	14.55%	5214	3.47%	42367	28.22%	4764	3.17%	30522	20.33%	45426	30.26%	150131	100.00%
Cajamarca	16305	13.73%	4840	4.08%	34735	29.26%	4211	3.55%	21622	18.21%	37017	31.18%	118730	100.00%
Chota-Cutervo	5533	17.62%	374	1.19%	7632	24.30%	553	1.76%	8900	28.34%	8409	26.78%	31401	100.00%
1982	24806	15.26%	3685	2.27%	50710	31.19%	3317	2.04%	33469	20.59%	46578	28.65%	162565	100.00%
Cajamarca	18982	15.77%	2856	2.37%	38249	31.77%	2715	2.26%	19430	16.14%	38160	31.70%	120392	100.00%
Chota-Cutervo	5824	13.81%	829	1.97%	12461	29.55%	602	1.43%	14039	33.29%	8418	19.96%	42173	100.00%
1983	23492	17.75%	2654	2.00%	44443	33.57%	2554	1.93%	24584	18.57%	34651	26.18%	132378	100.00%
Cajamarca	18404	19.21%	1769	1.85%	33669	35.15%	2051	2.14%	15616	16.30%	24275	25.34%	95784	100.00%
Chota-Cutervo	5088	13.90%	885	2.42%	10774	29.44%	503	1.37%	8968	24.51%	10376	28.35%	36594	100.00%
1984	24088	21.71%	1311	1.18%	36312	32.73%	2571	2.32%	19065	17.18%	27598	24.88%	110945	100.00%
Cajamarca	20328	22.75%	549	0.61%	31284	35.00%	2163	2.42%	12713	14.22%	22335	24.99%	89372	100.00%
Chota-Cutervo	3760	17.43%	762	3.53%	5028	23.31%	408	1.89%	6352	29.44%	5263	24.40%	21573	100.00%

(1) Incluye: Material de Laboratorio y Material Fotográfico.

(2) Incluye: Material de Construcción, Material Eléctrico, Material Sanitario  
Combustible Carburante y Lubricante, Repuestos, Mantenimiento  
y Reparación.

Fuente: Dirección Regional de Salud de Cajamarca.

PRESUPUESTO EJECUTADO EN REMUNERACIONES POR AREAS DE SALUD  
REGION DE SALUD DE CAJAMARCA  
(Millones de Soles de 1980)

Cargos	Cajamarca		Chota-Cutervo		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1980	298	100.00	125	100.00	423	100.00
Administrativos	40	13.42	20	16.00	60	14.18
Médicos	30	10.07	6	4.80	36	8.51
Enfermeras	117	39.26	57	45.60	174	41.13
Personal de Servicio	68	22.82	29	23.20	97	22.93
Otros Prof. de Salud	2	0.67	0	0.00	2	0.47
Otros	41	13.76	13	10.40	54	12.77
1981	275	100.00	143	100.00	418	100.00
Administrativos	24	8.73	23	16.08	47	11.24
Médicos	29	10.54	6	4.20	35	8.37
Enfermeras	118	42.91	67	46.85	185	44.26
Personal de Servicio	62	22.54	30	20.98	92	22.01
Otros Prof. de Salud	2	0.73	0	0.00	2	0.48
Otros	40	14.55	17	11.89	57	13.64
1982	326	100.00	131	100.00	457	100.00
Administrativos	31	9.51	22	16.79	53	11.60
Médicos	35	10.74	8	6.11	43	9.41
Enfermeras	136	41.72	59	45.04	195	42.67
Personal de Servicio	58	17.79	28	21.37	86	18.82
Otros Prof. de Salud	2	0.61	0	0.00	2	0.44
Otros	64	19.63	14	10.69	78	17.06
1983	344	100.00	111	100.00	455	100.00
Administrativos	59	17.15	19	17.12	78	17.14
Médicos	47	13.66	7	6.31	54	11.87
Enfermeras	66	19.19	52	46.84	118	25.93
Personal de Servicio	39	11.34	21	18.92	60	13.19
Otros Prof. de Salud	3	0.87	0	0.00	3	0.66
Otros	130	37.79	12	10.81	142	31.21
1984	361	100.00	114	100.00	475	100.00
Administrativos	60	16.62	19	16.67	79	16.63
Médicos	51	14.13	8	7.02	59	12.42
Enfermeras	59	16.34	16	14.03	75	15.79
Personal de Servicio	44	12.19	22	19.30	66	13.89
Otros Prof. de Salud	3	0.83	0	0.00	3	0.63
Otros	144	39.89	49	42.98	193	40.63

Administrativos: Incluye directivo.

Otros: Odontólogos, obstétrices, químico-farmacéuticos, nutricionistas asistencias sociales, tecnólogos médicos, técnicos asistenciales, técnicos de enfermería, sanitarios.

Fuente: Dirección Regional de Salud de Cajamarca.

Cuadro No. 43

PERSONAL NOMBRADO Y CONTRATADO  
REGIÓN DE SALUD DE CAJAMARCA

	1980		1981		1982		1983		1984		Total				
	Cajamarca Chota	Total Cajamarca Chota	Cajamarca Chota	Total											
Administrativos	50	23	73	47	28	75	54	29	83	85	33	118	107	36	143
Médicos	22	6	28	25	7	32	30	9	39	40	5	45	40	7	47
Enfermeras	181	73	254	187	99	286	221	100	321	149	89	238	119	32	151
Personal de Servicio	95	37	132	96	36	132	84	41	125	75	40	115	107	47	154
Otros Prof. de Salud	2	-	2	2	-	2	2	-	2	4	-	4	4	-	4
Otros	64	15	79	94	20	114	117	21	138	240	17	257	295	84	379
<b>Total</b>	<b>414</b>	<b>154</b>	<b>568</b>	<b>451</b>	<b>190</b>	<b>641</b>	<b>508</b>	<b>200</b>	<b>708</b>	<b>593</b>	<b>184</b>	<b>777</b>	<b>672</b>	<b>206</b>	<b>878</b>

Fuente: Dirección Regional de Cajamarca.

Nota: La información sobre personal, ha sido elaborada por la Unidad de Personal de la Región de Cajamarca utilizando, para el efecto, las planillas de pago mensuales. Como es de preverse, el trabajo no fue fácil y por ello, en los datos se han encontrado algunos errores. Esta información solo refleja una situación, mas no son datos reales.

60 millones de soles, es decir en un 30%, en tanto que en Chota el gasto disminuyó de 20 a 19 millones de soles. Lo anterior se corrobora, tomando en consideración el número de administrativos. Se ve en el Cuadro No. 43 que este grupo de personas se duplica en el área de Cajamarca, mientras que en Chota también se incrementa, pero sólo en 50%.

En lo que se refiere a médicos, también a nivel de Región se da un incremento, tanto del número como del gasto. En efecto, este último pasó de S/. 36 millones a S/. 59 millones (63% más), y de 28 a 47 médicos. Sin embargo, la distribución a lo largo del período por áreas no es homogénea, pues mientras que en Cajamarca el número de médicos aumenta de 22 a 40, en Chota sólo subió de 6 a 7 para el período 1980 a 1984. Este hecho está señalando la desigual y notable asignación de médicos por habitantes - entre áreas- como se ve en el Cuadro No. 44.

#### Cuadro No. 44

#### DISTRIBUCION DE PROFESIONALES DE LA SALUD POR HABITANTE EN LA REGION DE SALUD DE CAJAMARCA 1984

	<u>Hab/Med</u>	<u>Hab/Enf</u>
Cajamarca	9,667	9,622
Chota	32,023	16,011
Región	13,965	10,986

Fuente: Región de Salud de Cajamarca, 1984.

En el caso de enfermeras, que agrupa también a las asistentes, en la región se da un hecho curioso; a partir de 1983 su número se reduce considerablemente, pasando de 321 en 1982 a 151 en 1984, es decir una disminución del 53%, lo que se corrobora con el gasto asignado, que baja de S/. 195 millones a S/. 75 millones, pasando su participación de 43% a 16%. Empero, la menor cantidad de enfermeras, es compensada por el incremento en sanitarios, 120 en 1983 y 244 en 1984.

A nivel de áreas, el comportamiento es similar aunque se aprecia -al igual que en casos anteriores- que la disminución de las enfermeras es mayor en Chota.

Otro dato interesante se aprecia en el comportamiento del gasto en personal de servicio. El gasto de la Región disminuye de 1980 a 1984 en un 31%. Su participación en el periodo pasó de 22% a 14%; de otro lado, su número aumenta al igual que el resto de rubros, lo que está indicando que ésta es la categoría de empleados a los cuales el salario se les ha reducido en mayor medida (Gráfico No. 5). Este gráfico también señala que el único grupo de trabajadores, que mantiene un ritmo creciente en sus remuneraciones, es el de médicos, en tanto que el de administrativos es el que siempre está en ascenso en cuanto a su número.

Es importante resaltar que en el periodo, el rubro de personal que más ha aumentado es el de administrativos (95%), siguiéndole en orden de importancia el de médicos (67%). De otro lado, las relaciones entre las diferentes profesiones de salud muestran también aspectos relevantes, como se ve en el Cuadro No. 45, donde se aprecia que para los años finales, el número de médicos es excesivo respecto al de enfermeras.

### **8.3.2 Región de Cusco**

#### **Gastos por Partidas Genéricas**

El gasto total en la región del Cusco (17) en 1984 fue sólo de 1,558, cifra que es 15% menor a lo gastado en 1980, lo que sin duda alguna, no guarda relación con el crecimiento poblacional. Asimismo, su comportamiento en el periodo es algo similar al del país, pues en la región del Cusco el gasto sólo se incrementa de 1980 a 1981 (12%), decrece hasta 1983 (23%) y aumenta algo en 1984 (1%). (Ver Cuadro No. 46).

A nivel de partidas genéricas, el comportamiento es diferente al del país, pues remuneraciones es una partida que en este caso decrece, reduciéndose de 1980 a 1984 en 10%, en tanto que bienes y servicios se comportaron de diferente manera. La única región del país donde decrece el gasto en remuneraciones es Cusco, debido a la renuncia masiva de personal por la compensación de tiempo de servicios, para acogerse a cesantía y jubilación por

---

(17) Para el análisis financiero no se han considerado las áreas que corresponden a los departamentos de Abancay y Madre de Dios.

Gráfico No. 5

# GASTO REMUNERACIONES. TERMINOS REALES

REGION DE SALUD DE CAJAMARCA

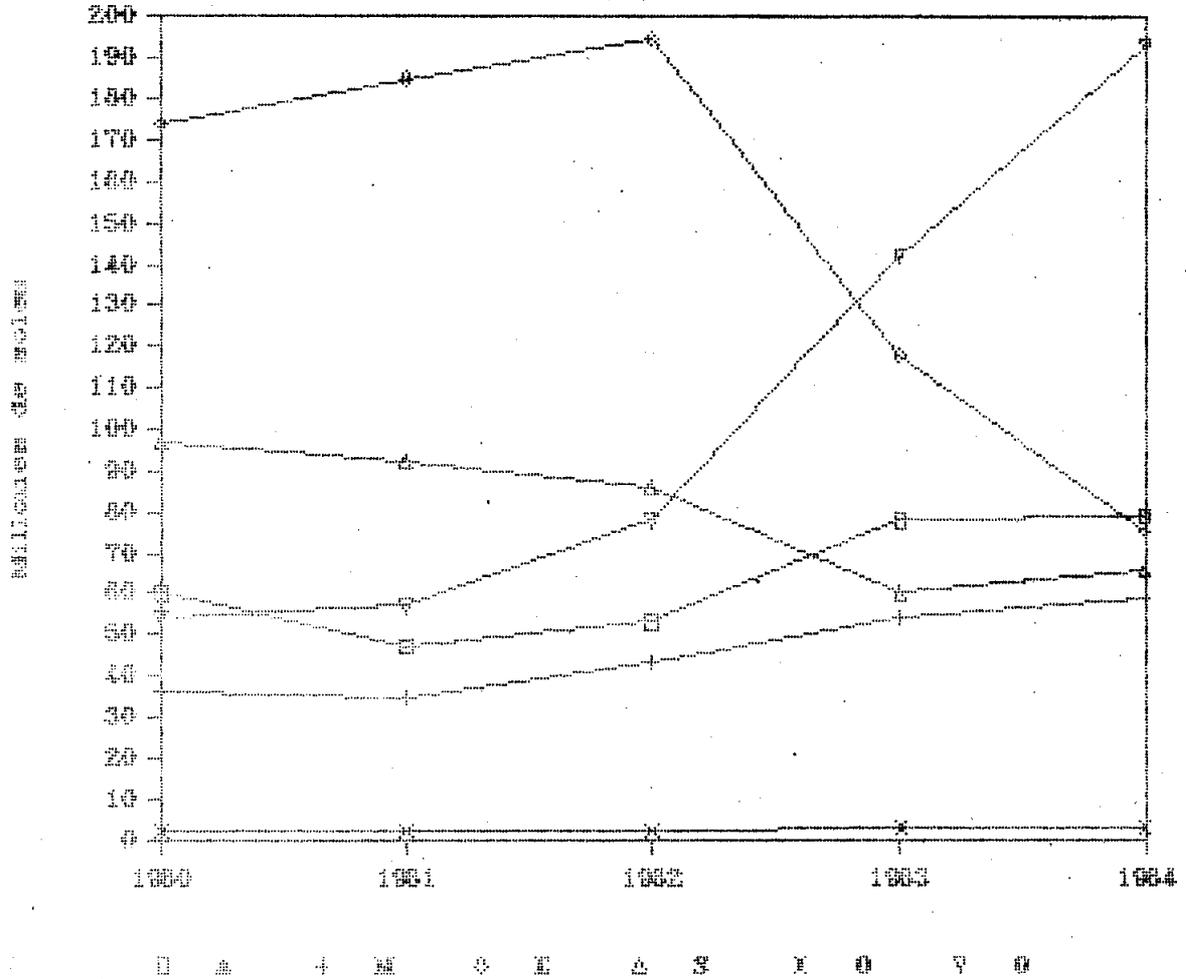
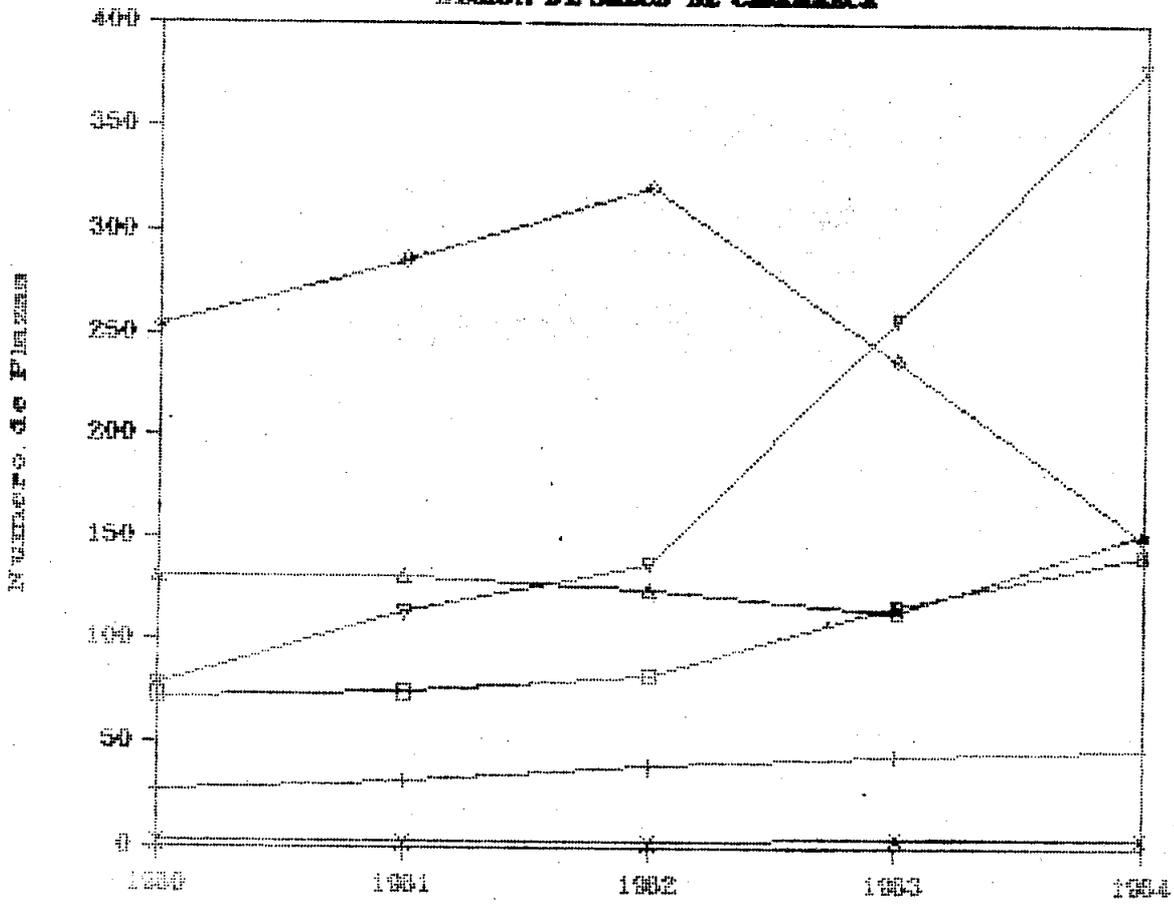


Gráfico No. 5.1

# NUMERO DE PLAZAS

## REGION DE SALUD DE CAJAMARCA



■ ADMIN. + MEDIC. ♦ ENFERM. △ PERS.SER × O.PROF. ▽ OTROS

Cuadro No. 45

RELACIONES DE PROFESIONALES DE LA SALUD  
EN LA REGION DE CAJAMARCA  
Enfermeras/Médicos

	Cajamarca	Chota	Region
1980	8.2	12.1	9.1
1981	7.5	14.1	8.8
1982	7.3	11.0	8.3
1983	3.7	17.8	5.2
1984	2.9	4.6	3.2

Fuente: Región de Salud de Cajamarca.

Cuadro No. 46

**REGION DE SALUD DEL CUSCO**  
**PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS GENERICAS**  
(Millones de Soles de 1980)

	Dirección Regional		Canchis		Cusco I		Cusco II		La Convención		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1980	1233	100.00	172	100.00	134	100.00	93	100.00	212	100.00	1844	100.00
Remuneraciones	1056	85.64	123	71.51					147	69.34	1326	71.91
Bienes	7	0.57	22	12.79	102	76.12	72	77.42	35	16.51	238	12.91
Servicios	8	0.65	3	1.74	9	6.72	6	6.45	1	0.47	27	1.46
G. Capital (1)	11	0.89	9	5.23	23	17.16	15	16.13	11	5.19	69	3.74
Otros (2)	151	12.25	15	8.72					18	8.49	184	9.98
1981	1420	100.00	184	100.00	143	100.00	99	100.00	212	100.00	2058	100.00
Remuneraciones	1201	84.58	134	72.83					157	74.06	1492	72.50
Bienes	12	0.85	28	15.22	128	89.51	88	88.89	32	15.09	288	13.99
Servicios	9	0.63	4	2.17	10	6.99	6	6.06	3	1.42	32	1.55
G. Capital	6	0.42	1	0.54	5	3.50	5	5.05			17	0.83
Otros	192	13.52	17	9.24					20	9.43	229	11.13
1982	1160	100.00	172	100.00	160	100.00	113	100.00	190	100.00	1795	100.00
Remuneraciones	1081	93.19	135	78.49					150	78.95	1366	76.10
Bienes	10	0.86	30	17.44	140	87.50	102	90.27	34	17.89	316	17.60
Servicios	13	1.12	4	2.33	12	7.50	5	4.42	4	2.11	38	2.12
G. Capital	1	0.09	3	1.74	8	5.00	6	5.31	2	1.05	20	1.12
Otros	55	4.74									55	3.06
1983	272	100.00	136	100.00	542	100.00	435	100.00	151	100.00	1536	100.00
Remuneraciones	162	59.56	109	80.15	426	78.60	367	84.37	128	84.77	1192	77.60
Bienes	5	1.84	24	17.65	102	18.82	62	14.25	20	13.24	213	13.87
Servicios	7	2.57	3	2.2	10	1.85	6	1.38	3	1.99	29	1.89
G. Capital					4	0.73					4	0.26
Otros	98	36.03									98	6.38
1984	281	100.00	127	100.00	555	100.00	439	100.00	156	100.00	1558	100.00
Remuneraciones	119	42.35	109	85.83	445	80.18	377	85.88	136	87.18	1186	76.12
Bienes	7	2.49	15	11.81	98	17.66	55	12.53	18	11.54	193	12.39
Servicios	5	1.78	3	2.36	12	2.16	7	1.59	2	1.28	29	1.86
G. Capital												
Otros	150	53.38									150	9.63

(1) Se refiere a Obras y Bienes de Capital.

(2) Se refiere a Transferencias Corrientes y Pensiones.

Fuente: Región de Salud de Cusco.

supresión o congelamiento de plazas, por contratos temporales. La partida bienes también es menor en 1984 respecto a 1980 (18.9%), que es un decremento mayor que remuneraciones, empero, a lo largo del periodo sufre fluctuaciones. Esta partida se incrementa hasta 1982 (32%), como sucede a nivel nacional, para caer luego en 1984 a un nivel menor que al inicio del periodo. En servicios por el contrario, el gasto es mayor en 1984 que en 1980, aunque minimamente (S/. 2 millones). Del mismo modo, esta partida se incrementa de 1980 a 1982, decrece en 1983 y se mantiene al nivel en 1984.

Lo anterior en cierta forma se ve reflejado (Cuadro No. 46) en la participación porcentual de estas partidas a lo largo de los años. Remuneraciones sube de 71.9% a 76.1%, bienes baja de 12.91% a 12.39% y servicios sube ligeramente de 1.46% a 1.86% para el periodo 1980 a 1984.

Lo significativo en esta región es la caída dramática del rubro bienes, la cual es explicada en parte por el menor gasto efectuado en las áreas de La Convención, Canchis y Cusco II que decrecen en el periodo 48%, 31% y 23%, respectivamente. De estos datos, podría afirmarse que es en las áreas alejadas de la sede Regional, donde se ha dado un mayor deterioro en la calidad de los servicios.

Del mismo modo que en el caso de Cajamarca, la diferencia de gasto en bienes responde a la mayor eficiencia en la prestación de servicios y a la capacidad de atención en la sede Regional, en contraposición a la menor recaudación en las otras áreas debido a tarifas menores, fuga de pacientes, situación socio-económica de la población, exoneraciones de pago sin previo estudio, estancia prolongada. Estos datos no sólo reflejan el menor gasto, sino también la diferente eficiencia en administración entre áreas de salud.

Otro aspecto significativo que aparece en el mismo cuadro, es el referente a la partida remuneraciones, la que alcanza en todas las áreas, montos de gasto superiores al 80% en 1984, resaltando La Convención (87%), Canchis y Cusco II (85%), cifras que en cierta forma son equilibradas por la participación de la administración regional. Sin embargo, este aumento de la proporción del gasto no se debió a un aumento real, por el contrario, éste disminuyó un 11% en Canchis y un 6% en La Convención. Lo anterior está indicando, sin duda, que se ha dado una caída del gasto -bastante significativa- en el rubro bienes.

En efecto, el gasto en esta partida en el área de Canchis, baja de S/. 22 millones a S/. 15 millones (33%) y en La Convención baja de S/. 35 millones a S/. 18 millones, es decir 45%. El gasto del rubro servicios, en términos constantes, se mantiene igual en el periodo. En total en ambas áreas, el gasto decrece en un 26% de 1980 a 1984. El comportamiento de las otras áreas de salud sólo puede verse en los rubros bienes y servicios, pues remuneraciones estuvo considerado presupuestariamente en la Dirección Regional para los años 1980 a 1983.

### Partidas Especificas

La explicación del menor gasto en la partida bienes se encuentra sobre todo en el rubro medicamentos que representa el 30% del total, la que tuvo un decremento de 30% en el periodo y de 49% de 1982 a 1984 (18). Mayor disminución se notó en vestuario (50%), pero su participación en el total es mínima. Asimismo se aprecia que este mayor decremento en el gasto de medicinas es explicado por su disminución en las áreas de Canchis y La Convención, en donde se redujo en 3 y 4 veces respectivamente en el periodo; en tanto que en las áreas Cusco I y Cusco II el decremento ha sido menor e incluso en Cusco I el gasto ha sido similar en 1980 y 1984. Lo anterior está indicando claramente que las áreas que no tienen su sede en la región de Cusco, son dejadas de lado al momento de la asignación de recursos, debido tal vez a su escasa capacidad administrativa, o a su ausencia en el momento en que se toman decisiones (ver Cuadro No. 47).

En lo que se refiere a alimentación, se ha dado un menor gasto en términos reales del orden del 32%, debido a: menor compra de viveres por el incremento de los precios, mayor control en la dación de alimentos al personal y falta de liquidez por el pago retrasado que efectúa el IPSS por atención a pacientes asegurados.

Es significativo notar que es la única región del Perú donde las partidas correspondientes a mantenimiento se incrementan de 1980 a 1984. Sin embargo, este aumento en el periodo va precedido como en todos los casos anteriores por un

---

(18) Tal como en el caso de Cajamarca, este rubro sólo refleja el gasto en material médico, pues medicinas es manejado por un fondo rotatorio.

Cuadro No. 47

PRESUPUESTO EJECUTADO POR PARTIDAS ESPECIFICAS  
REGION DE SALUD DEL CUSCO  
(Miles de soles de 1980)

	Alimento		Vestuario		Mat.med.y medic		Mat. Lab.		Mantenimiento(2)		Otras		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1980	62743	100.00	6089	100.00	96805	100.00	12063	100.00	30092	100.00	58214	100.00	266006	100.00
Dirección Regional	-	-	391	6.42	-	-	-	-	4404	14.64	10398	17.86	15193	5.71
Canchis	4493	7.16	451	7.41	13149	13.58	1112	9.22	2500	8.31	3642	6.26	25347	9.53
Cusco I	27528	43.87	4367	71.72	43470	44.90	5487	45.49	14605	48.53	15626	26.84	111083	41.76
Cusco II	19477	31.04	880	14.45	23533	24.31	3532	29.28	6820	22.66	23536	40.43	77778	29.24
La Convención	11245	17.92	-	-	16653	17.20	1932	16.01	1763	5.86	5012	8.61	36605	13.76
1981	84662	100.00	5193	100.00	120275	100.00	15111	100.00	35340	100.00	60963	100.00	321544	100.00
Dirección Regional	540	0.64	1031	19.85	2077	1.73	241	1.59	3752	10.62	13973	22.92	21614	6.72
Canchis	4871	5.75	450	8.67	16256	13.52	950	6.29	4293	12.15	5140	8.43	31960	9.94
Cusco I	38914	45.96	719	13.85	51744	43.02	9212	60.96	18141	51.33	19421	31.86	138151	42.96
Cusco II	27371	32.33	2481	47.77	39308	32.68	3617	23.94	6370	18.02	14922	24.48	94069	29.26
La Convención	12966	15.32	512	9.86	10890	9.05	1091	7.22	2784	7.88	7507	12.31	35750	11.12
1982	80680	100.00	6664	100.00	135067	100.00	14700	100.00	51938	100.00	65503	100.00	354552	100.00
Dirección Regional	-	-	1331	19.97	1009	0.75	34	0.23	3911	7.53	16735	25.55	23020	6.49
Canchis	4936	6.12	461	6.92	14830	10.98	811	5.52	7316	14.09	5802	8.86	34156	9.63
Cusco I	33855	41.96	2988	44.84	56417	41.77	7999	54.41	24932	48.00	26143	39.91	152334	42.97
Cusco II	29773	36.90	1288	19.33	49569	36.70	4465	30.37	9647	18.57	12286	18.76	107028	30.19
La Convención	12116	15.02	596	8.94	13242	9.80	1391	9.46	6132	11.81	4537	6.93	38014	10.72
1983	64297	100.00	1649	100.00	79486	100.00	8780	100.00	40154	100.00	50817	100.00	245183	100.00
Dirección Regional	-	-	-	-	53	0.07	62	0.71	2904	7.23	8608	16.94	11627	4.74
Canchis	5159	8.02	1005	60.95	12189	15.33	2535	28.87	3323	8.28	2727	5.37	26938	10.99
Cusco I	27153	42.23	-	-	44144	55.54	3713	42.29	21234	52.88	16238	31.95	112482	45.88
Cusco II	22039	34.28	568	34.45	18570	23.36	2040	23.23	9733	24.24	18602	36.61	71552	29.18
La Convención	9946	15.47	76	4.60	4530	5.70	430	4.90	2960	7.37	4642	9.13	22584	9.21
1984	57730	100.00	3297	100.00	68288	100.00	9743	100.00	36407	100.00	47686	100.00	223151	100.00
Dirección Regional	-	-	157	4.76	1081	1.58	531	5.45	5930	16.29	4828	10.12	12527	5.61
Canchis	6023	10.43	334	10.13	4965	7.27	1088	11.17	3234	8.88	2933	6.15	18577	8.32
Cusco I	23185	40.16	1069	32.42	42437	62.14	5915	60.71	19925	54.73	16883	35.40	109414	49.03
Cusco II	20496	35.50	1407	42.68	14985	21.94	1448	14.86	5397	14.82	18394	38.57	62127	27.84
La Convención	8026	13.91	330	10.01	4820	7.06	761	7.81	1921	5.28	4648	9.75	20506	9.19

(1) Incluye: Material de laboratorio, material fotográfico y fonotécnico.

(2) Incluye: Material de construcción, material eléctrico, material sanitario, combustibles, carburantes y lubricantes, repuestos, mantenimiento y reparación.

incremento hasta 1982 y luego reducción a 1984. Lo significativo en este caso es que el aumento a 1982 fue del orden de 70%, por tanto, la caída hacia 1984 ha sido también importante (30%). Este fuerte incremento a 1982 se debió en parte al aumento acaecido en el área Cusco I, que fue de 71%, siendo su reducción al año de 1984 de sólo 23%, que es menor al 30% correspondiente a la región. Todo lo anterior, en cierta forma, indica que en el período se ha dado mejor mantenimiento a los centros hospitalarios de la sede Regional que a los del resto de la región.

En conjunto, todo lo antes dicho está señalando que la atención al público en los centros hospitalarios de la región mejoró en algo de 1980 a 1982, para luego decaer dramáticamente hacia 1984.

#### Gastos en Personal

La estructura de gasto en el rubro personal se ha modificado en los últimos 5 años, especialmente en los rubros que se refieren a enfermeras, personal de servicio, otros profesionales de salud y el rubro otros, manteniéndose constante lo referente a administrativos y médicos (ver Cuadro No. 48).

Lo notable es el descenso en la participación del rubro enfermeras (19) que pasó de 36% a 18% y el que corresponde a personal de servicio que disminuyó de 24% a 14%; finalmente el incremento del rubro "Otros" (20), de 15% a 34%. Esto indica que se prefiere contratar a profesionales intermedios y hacer uso de sanitarios en postas médicas. Lo anterior se corrobora al verse el menor número de enfermeras frente al incremento en técnicos de enfermería o sanitarios (21).

En términos reales, se aprecia que el rubro en el que se han incrementado los recursos año a año, es el que se refiere

---

(19) Enfermeras incluye a asistentes de enfermería.

(20) Otros: odontólogos, obstétricas, químico-farmacéuticos, nutricionistas, asistentes sociales, tecnólogos médicos, técnicos asistenciales y técnicos de enfermería transitoria.

(21) 1980=173, 1981=168, 1982=185, 1983=582, 1984=644 (sanitarios).

Cuadro No. 48

REGION DE SALUD DEL CUSCO  
PRESUPUESTO EJECUTADO EN REMUNERACIONES POR AREAS DE SALUD  
(Miles de Soles de 1980)

Cargos	Dirección Regional		Canchis		Cusco I		Cusco II		La Convención		Abancay		Andahuaylas		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1980	112	100.00	120	100.00	484	100.00	447	100.00	148	100.00	206	100.00	78	100.00	1595	100.00
Administrativos	69	61.61	18	15.00	49	10.12	48	10.74	22	14.86	27	13.11	11	14.10	244	15.3
Médicos	1	0.89	5	4.17	63	13.02	49	10.96	10	6.76	5	2.43	3	3.84	136	8.53
Enfermeras	13	11.61	48	40.00	188	38.84	200	44.74	49	33.10	55	26.70	22	28.21	575	36.05
Personal de Servicio	22	19.64	23	19.17	115	23.76	93	20.81	39	26.35	76	36.89	20	25.64	388	24.32
Otros Prof. de Salud	1	0.89	0	0.00	5	1.03	0	0.00	1	0.68	0	0.00	0	0.00	7	0.44
Otros	6	5.36	26	21.67	64	13.22	57	12.75	27	18.24	43	20.87	22	28.21	245	15.36
1981	190	100.00	135	100.00	500	100.00	499	100.00	156	100.00	235	100.00	88	100.00	1803	100.00
Administrativos	86	45.26	21	15.56	57	11.40	52	10.42	22	14.10	30	12.77	12	13.64	280	15.53
Médicos	9	4.74	5	3.70	68	13.60	52	10.42	10	6.41	7	2.98	2	2.27	153	8.49
Enfermeras	48	25.26	52	38.52	177	35.40	209	41.88	49	31.41	64	27.23	25	28.41	624	34.61
Personal de Servicio	35	18.42	26	19.26	124	24.80	116	23.25	43	27.56	83	35.32	22	25.00	449	24.9
Otros Prof. de Salud	1	0.53	0	0.00	2	0.40	1	0.20	1	0.64	0	0.00	0	0.00	5	0.28
Otros	11	5.79	31	22.96	72	14.40	69	13.83	31	19.87	51	21.70	27	30.68	292	16.19
1982	119	100.00	135	100.00	484	100.00	100.00	100.00	150	11.00	214	100.00	91	100.00	1630	100.00
Administrativos	70	58.82	24	17.78	51	10.54	49	11.21	25	16.67	28	13.08	10	10.99	257	15.77
Médicos	11	9.24	6	4.44	68	14.05	53	12.13	9	6.00	8	3.74	3	3.30	158	9.69
Enfermeras	12	10.08	52	38.52	185	38.22	188	43.02	51	34.00	63	29.44	30	32.97	581	35.64
Personal de Servicio	19	15.97	23	17.04	108	22.31	84	19.22	39	26.00	68	31.78	20	21.98	361	22.15
Otros Prof. de Salud	2	1.68	0	0.00	3	0.62	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.31
Otros	5	4.20	30	22.22	69	14.26	63	14.42	26	17.33	47	21.96	28	30.77	268	16.44
1983	87	100.00	121	100.00	422	100.00	369	100.00	131	100.00	172	100.00	79	100.00	1381	100.00
Administrativos	52	59.77	23	19.01	38	9.00	43	11.65	18	13.74	26	15.12	11	13.92	211	15.28
Médicos	6	6.90	7	5.79	84	19.91	68	18.43	13	9.92	12	6.98	7	8.86	197	14.26
Enfermeras	12	13.79	30	24.79	94	22.27	85	23.04	33	25.19	33	19.19	19	24.05	306	22.16
Personal de Servicio	11	12.64	13	10.74	77	18.25	54	14.63	28	21.37	46	26.74	15	18.99	244	17.67
Otros Prof. de Salud	2	2.30	0	0	4	0.95	1	0.27	1	0.76	0	0.00	0	0.00	8	0.58
Otros	4	4.60	48	39.67	125	29.62	118	31.98	38	29.01	55	31.97	27	34.18	415	30.05
1984	79	100.00	108	100.00	441	100.00	374	100.00	134	100.00	186	100.00	74	100.00	1396	100.00
Administrativos	53	67.09	19	17.59	40	9.07	42	11.23	20	14.93	25	13.44	10	13.51	209	14.97
Médicos	4	5.06	8	7.41	91	20.63	72	19.25	17	12.69	18	9.68	8	10.81	218	15.62
Enfermeras	3	3.80	26	24.07	81	18.37	70	18.72	29	21.64	26	13.98	18	24.32	253	18.12
Personal de Servicio	13	16.46	14	12.96	71	16.10	53	14.17	22	16.42	44	23.65	12	16.22	229	16.4
Otros Prof. de Salud	2	2.53	0	0.00	5	1.13	2	0.53	2	1.49	1	0.54	0	0.00	12	0.86
Otros	4	5.06	41	37.96	153	34.69	135	36.10	44	32.83	72	38.71	26	35.14	475	34.03

Fuente: Región de Salud del Cusco.

a los médicos y por supuesto "Otros", en tanto que en las otras ramas de personal el gasto ha sido menor en 1984 respecto a 1980.

Lo anterior puede apreciarse más claramente en el Gráfico No. 6, en el que se exponen las curvas de gastos conjuntamente con las de personal. En el gráfico se aprecia además, que se da una fuerte caída en el gasto en personal de servicio, manteniéndose más o menos estable su número, lo que indica que es el grupo de trabajadores que más ha sufrido por la crisis económica. De otro lado, es claro notar que el número de empleados administrativos siempre fue creciente en el periodo, aunque sus remuneraciones disminuyen, esto se explica porque en ese grupo están incluidos servidores de bajos ingresos, los que también han sido afectados por la situación de crisis.

En lo que se refiere al número de personal, éste se incrementó continuamente durante todo el periodo (18%), sin embargo por rubros el comportamiento es diferente. Administrativos subió en 42%, médicos en 38% y otros profesionales y "otros" en más de 100%, disminuyendo enfermeras en 29% y personal de servicio en 4%. Lo anterior señala que el mantenimiento y limpieza de centros hospitalarios y la atención directa a pacientes ha mermado un tanto. (Ver Cuadro No. 49)

Al interior de las Areas de Salud el comportamiento del gasto en el periodo, guarda aproximadamente la misma relación que a nivel regional. Eso está señalando que ha existido una política de empleo similar para todo el territorio; es decir, disminuir el número de enfermeras e incrementar el de profesionales intermedios. Sin embargo, la estructura de gastos es distinta. El Cuadro No. 48 indica que existe mayor proporción de gasto en médicos en las áreas de Cusco I y II, más de 10% en 1980, pasando a 20% en 1984; lo contrario sucede en las otras áreas cuya proporción varió entre 2 y 4% en 1980, pasando a una proporción entre 7 y 9% en 1984. Lo anterior se aprecia más claramente en el Cuadro No. 49, que muestra la notable diferencia entre el número de médicos de las áreas Cusco I y Cusco II frente al resto de la región, por ejemplo una proporción de 9 a 1 de Cusco I a Canchis.

La situación de la atención de la salud a nivel de áreas en esta región puede verse más claramente en el Cuadro No. 50. Se aprecia que la distribución del gasto no es homogénea en todo el territorio de la región, siendo las áreas más favorecidas Cusco I, Cusco II y Madre de Dios; sin embargo,

Gráfico No. 6

# GASTO REMUNERACIONES, TERMINOS REALES

REGION DE SALUD DE CUSCO

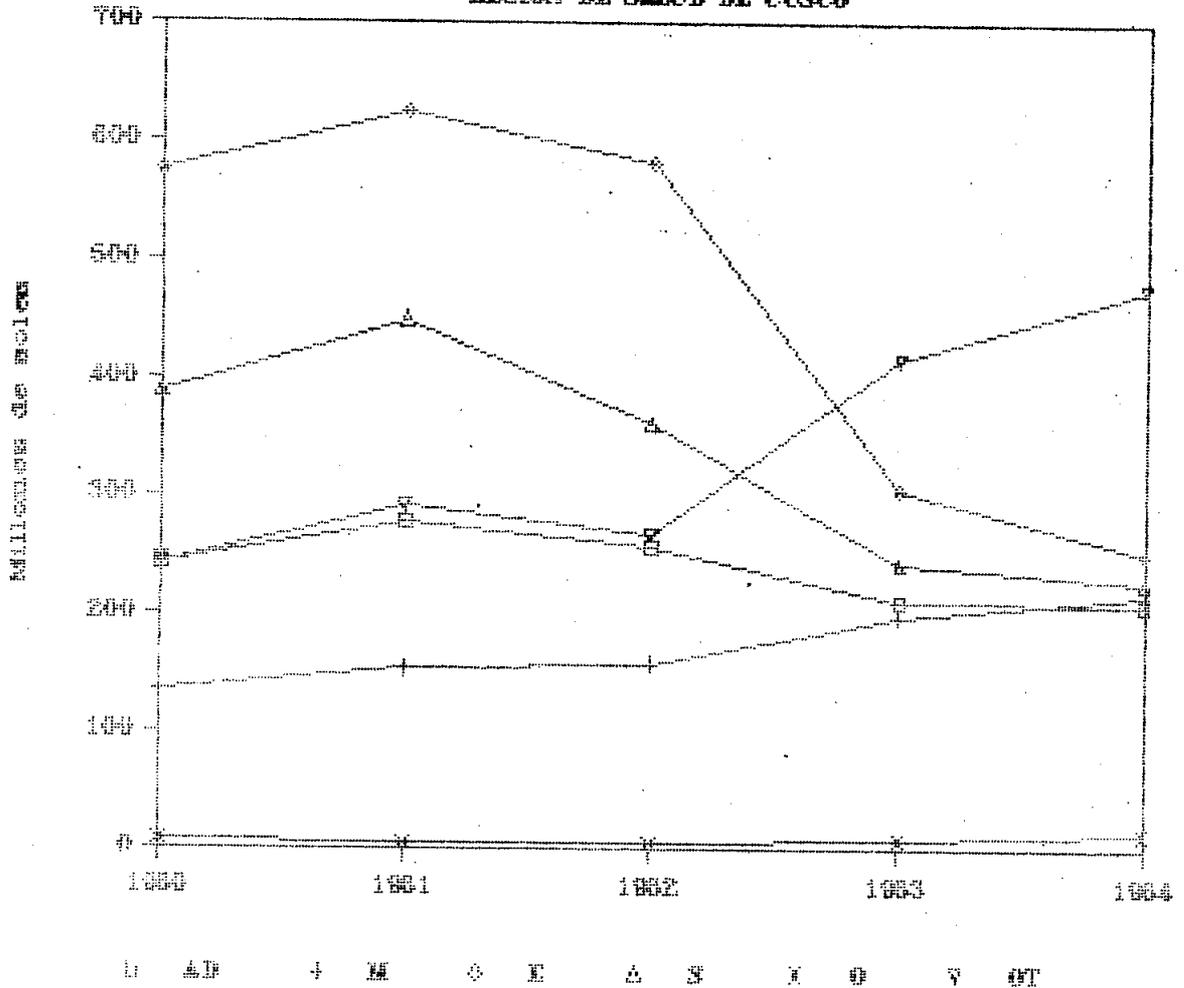
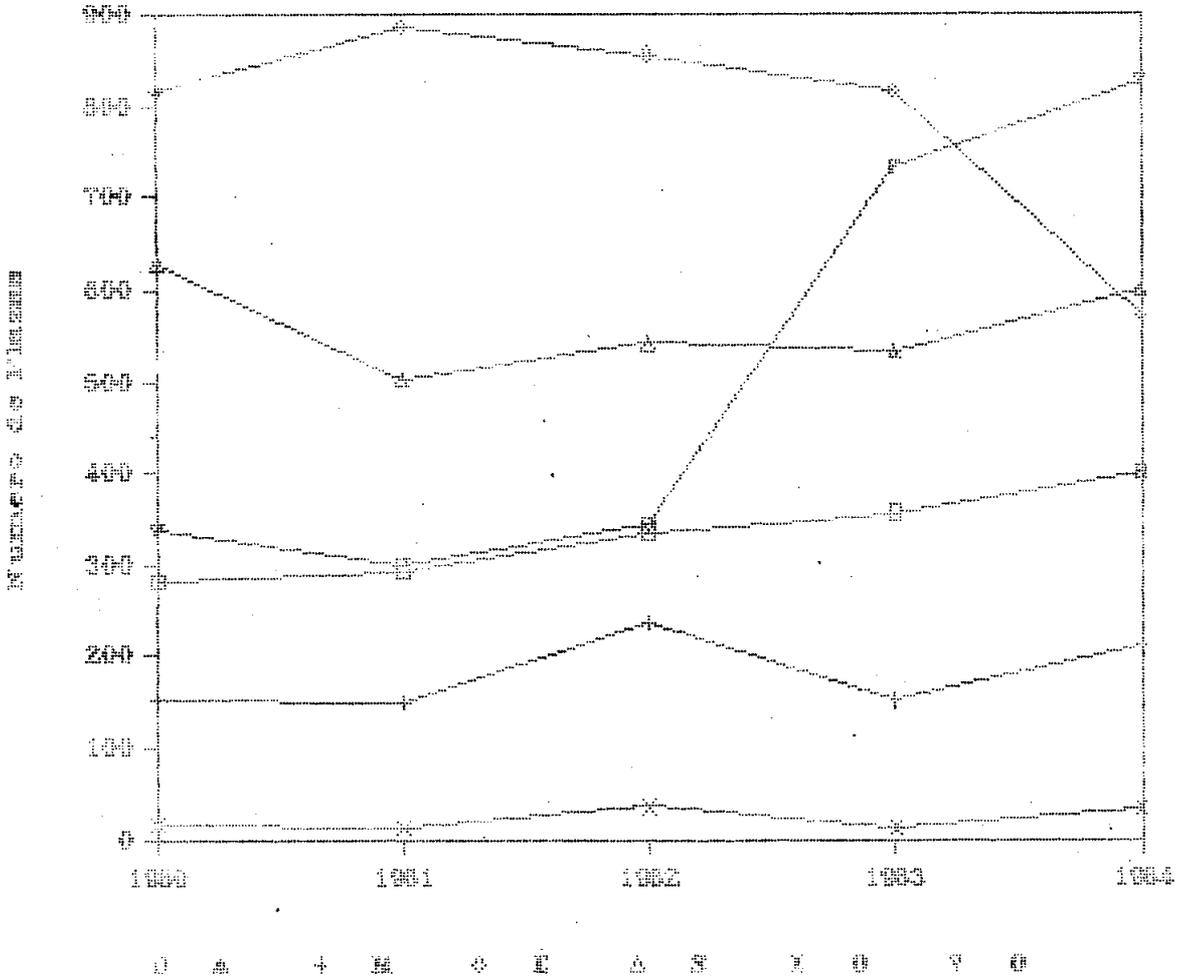


Gráfico No. 6.1

# NÚMERO DE PLAZAS

SECTOR DE SALUD DE CUSCO



Cuadro No. 49

REGION DE SALUD DE CUSCO  
PERSONAL

	Dirección Regional	Canchis	Cusco I	Cusco II	La Con- vención	Abancay	Anda- huaylas	Total
1980	252	186	643	592	181	257	124	2235
Administrativos	81	21	60	54	23	31	12	282
Médicos	31	6	53	40	11	6	5	152
Enfermeras	64	88	255	233	61	66	50	817
Pers. Servicio	50	34	183	190	49	98	26	630
Otros Prof. Salud	1	--	13	--	1	--	--	15
Otros	25	37	79	75	36	56	31	339
1981	522	150	510	471	169	234	89	2145
Administrativos	101	21	56	51	23	29	12	293
Médicos	38	5	53	35	8	8	3	150
Enfermeras	271	63	199	208	58	64	25	888
Pers. Servicio	83	28	127	110	47	84	24	503
Otros Prof. Salud	1	--	7	3	1	--	--	12
Otros	28	33	68	64	32	49	25	299
1982	411	196	568	573	191	289	124	2352
Administrativos	102	31	63	59	32	35	14	336
Médicos	114	7	50	44	8	9	4	236
Enfermeras	88	78	237	263	68	80	43	857
Pers. Servicio	45	42	134	134	51	106	31	543
Otros Prof. Salud	29	--	7	--	--	--	--	36
Otros	33	38	77	73	32	59	32	344
1983	169	235	771	684	219	358	170	2606
Administrativos	79	42	63	71	32	48	22	357
Médicos	15	10	54	46	9	12	5	151
Enfermeras	29	81	268	250	48	89	52	817
Pers. Servicio	32	39	151	110	55	101	46	534
Otros Prof. Salud	2	--	7	2	1	1	--	13
Otros	12	63	228	205	74	107	45	734
1984	156	230	742	687	257	361	215	2648
Administrativos	82	44	74	78	44	57	22	401
Médicos	11	9	96	51	13	17	14	211
Enfermeras	11	60	147	150	64	61	81	574
Pers. Servicio	32	32	166	173	56	103	39	601
Otros Prof. Salud	8	1	11	5	5	2	2	34
Otros	12	84	248	230	75	121	57	827

Fuente: Dirección Regional de Salud del Cusco.

Nota: Al igual que en el caso de Cajamarca, estos datos sólo pueden usarse como referenciales.

Cuadro No. 50

**ALGUNOS INDICADORES RELACIONADOS  
A LA SALUD EN LA REGION DE CUSCO  
1984**

	G.Pub/Hab	Hab/Med	Hab/Enf
Cusco I	2736	2512	1669
Cusco II	1790	5686	2078
Canchis	466	30235	4535
La Convención	1405	8506	1728
Madre de Dios	2853		
Abancay	1476	8740	2436
Andahuaylas	662	11453	1979

**Fuente:** Region de Salud de Cusco.

Nota: Lamentablemente la división territorial de las áreas de salud del Cusco, no permite discernir la situación de la capital del Cusco frente a las otras provincias y áreas de salud.

en esta última, la cifra es relativamente alta en razón a la poca población y amplia extensión del territorio; y las menos favorecidas Andahuaylas y Canchis. Similar fenómeno se aprecia en la situación del personal por población, siendo bastante grave en el área de Canchis: un médico para 30,000 habitantes.

En conclusión, se puede afirmar que Canchis ha sido el área que se ha dotado de menos recursos financieros, humanos, infraestructura, etc., en relación a su población. Aún más, pese a esa situación, es en esa área donde la reducción en la asignación presupuestal es cada vez mayor.

### **8.3.3 Análisis comparativo por áreas hospitalarias de las regiones de Cusco y Cajamarca**

#### **Conclusiones Comunes:**

En ambas regiones existen características comunes en el manejo administrativo-financiero. Entre ellas es dable mencionar las siguientes:

- No se elaboran adecuadamente los presupuestos de actividades ni tampoco los calendarios de compromisos mensuales, debido a que no se formulan cuadros de necesidades, ni existen presupuestos valorados y programados para la ejecución del gasto que permita ejecutar requerimientos más realistas.
- Las hipótesis económicas que propuso el MEF para los años anteriores, para efectos de la formulación de los anteproyectos de presupuesto, no son concordantes con la realidad de la ejecución del gasto en los establecimientos de salud, lo que motiva que estas partidas sean siempre deficitarias.
- La información contable no siempre refleja las necesidades reales del sistema de Atención de Salud en las Áreas, por cuanto las aprobaciones de los calendarios de compromisos -que se elaboran sobre bases muy austeras- no son concordantes con la solicitud de giro aprobada por Tesoro Público, lo cual recorta en porcentajes sustantivos los compromisos adquiridos.
- La partida remuneraciones para todos los años observados, cubre el mayor porcentaje del presupuesto asignado y con una tendencia creciente.

- Las partidas de bienes cada año es menor, a nivel de la región, pero en las áreas, las sedes regionales mantienen su capacidad de gasto, en tanto que en las otras áreas el gasto se reduce dramáticamente. Este fenómeno no sólo es debido a una mayor asignación de tesoro público a las sedes regionales, sino a que esta partida durante los últimos años ha estado siendo financiada por ingresos propios. En esa perspectiva, las sedes regionales tienen mayor oportunidad de obtener fondos debido a dotación de personal, equipos, etc., mejor cobertura de servicios, tarifas más altas, eficiencia en el control de pacientes, atención a asegurados y además porque atienden a una población de mayores ingresos, características que no se dan al interior de las regiones.
- Se ha dado un incremento en el número de personal administrativo sobre todo en las sedes regionales; asimismo un incremento en el número y gasto en personal médico, lo que refleja que esta categoría ocupacional es la única que ha aumentado sus salarios reales. De otro lado, en ambas regiones y en todas las áreas se ha reducido el número de enfermeras e incrementado el personal auxiliar, en especial sanitarios, lo que puede indicar que se ha trasladado personal a la periferia.
- Se aprecia ineficiencia en la administración y manejo de recursos lo que se ve reflejado en los siguientes hechos:
  - . El personal médico por lo general no cumple con el horario establecido.
  - . Excesiva estancia de pacientes.
  - . Evación en el pago de tarifas, tanto en lo que se refiere a análisis, como a hospitalizaciones.
  - . Llamadas telefónicas de larga distancia sin autorización.
  - . Tarifas reducidas en comparación al costo de los insumos.
  - . Hospitalización prolongada de falsos indigentes.
  - . Pérdida de equipos, enseres hospitalarios y otros.

- . Excesivo número de personal administrativo en las direcciones regionales.
- . Retraso de pago, el mismo que no guarda relación con el costo del servicio de parte del IPSS por atención a asegurados.
- . Ineficiencia en la programación de compras de bienes y atención de servicios.

### **Análisis Comparativo de Recursos**

En el Cuadro No. 51 se han calculado algunas cifras que ilustran debidamente la situación entre las áreas. En él se observa que en todos los indicadores seleccionados, la situación del Cusco es superior a la de Cajamarca, siendo esta última región, una de las más deprimidas económicamente y la que muestra los índices más bajos sobre situación de la salud.

De otro lado, se aprecia la notable diferencia entre la situación financiera y de otros recursos a favor de las áreas que son consideradas sedes regionales.

Finalmente, se nota claramente que tanto en Cusco como en Cajamarca, el gasto efectuado año a año, no ha guardado relación con el crecimiento de la población. En el caso de la región del Cusco, ha habido también un menor gasto real. Asimismo, se aprecia que se ha dado una mayor reducción en las áreas más deprimidas, tanto económicamente como en su situación de salud.

Cuadro No. 51

INDICADORES SELECCIONADOS DE LAS AREAS  
HOSPITALARIAS DE CUSCO Y CAJAMARCA  
1984

	Cajamarca		Cusco			
	Cajamarca	Chota	Cusco I	Cusco II	Canchis	Convenc
Gast. Pub/Hab	920	718	2736	1790	466	1405
Hab/Médico	9667	32023	2512	5686	30235	8506
Hab/Enfermera	9622	16011	1669	2078	4535	1728
Gast. Bien/Pob	162	74	482	224	40	162
% incremento						
Gast. Pub 80-84	0.2	4.5	-12(1)		-26	-26

(1) Por presentarse los datos agrupados, refleja lo de Cusco I y II.  
Nota: Los datos sólo se refieren al Sector Público.

Fuente: Dirección Regional de Cusco y Cajamarca.  
Elaboración: Grupo de Trabajo Componente No. 6, ANSSA-PERU.

## 9. COMPARACION DE COSTOS UNITARIOS

Uno de los objetivos centrales al iniciarse el estudio de financiamiento fue el de determinar costos de factores de producción y costos unitarios de los principales servicios de salud. Sin embargo, esto no se pudo cumplir dado que la base estadística y contable que elabora el Ministerio de Salud es a nivel de área hospitalaria, la que involucra dentro de ella tanto a personal que trabaja en la sección administrativa del área -directores, secretarías, personal de limpieza, etc. (burocracia)- como a un gran número de establecimientos de salud -hospitales, centros y postas- que pertenecen a la jurisdicción del ámbito. Es decir, los presupuestos se elaboran no por establecimiento de salud, sino por ámbitos administrativos; cumplir el objetivo significaría reconstruir toda una base contable en establecimientos seleccionados.

La razón por la cual se planteó llevar adelante un estudio de costos, fue para poder determinar la racionalidad y eficiencia del gasto asignado al sector salud, pues se había detectado que pese a que el presupuesto de salud es exiguo, se daba una mala administración de recursos; y este fenómeno podía percibirse tanto a nivel de programación de presupuesto -operación e inversión en la sede central del Ministerio- como en las mismas unidades operativas o programas. Si bien el análisis que se presenta a continuación no cumple con la propuesta de trabajo inicial, las conclusiones que se han obtenido sí conducen a determinar en gran medida el grado de irracionalidad e ineficiencia en el manejo de recursos financieros.

Se ha constatado que al gasto de una región de salud puede llegarse, adicionando las partidas genéricas o sumando el "Costo Total" (22) de todas las actividades que lleva a cabo una región.

---

(22) Así se llama en las estadísticas de metas.

Es decir, el gasto total puede obtenerse sumando ambos tipos de rubros, lo que es lo mismo:

$$R + B + S + G.CAP = \text{Cons.} + \text{Hosp.} + \text{Emerg.} + \text{Vacun.}, \text{ etc.}$$

Este hecho puede llevar a pensar que la formulación de un presupuesto de una región de salud se elabora tanto en base a costos fijos, más variables (R+B+S+G.CAP), como en base a costos de servicios (consulta médica, hospitalización, etc.). En efecto, abonando a esa hipótesis, para guiar la formulación del presupuesto de salud existen dos documentos. Uno es la Directiva de Formulación de Presupuesto elaborada y distribuida por el Ministerio de Economía y Finanzas, mediante la cual se establecen los parámetros para calcular las remuneraciones, gastos en bienes, servicios y de capital para el próximo año, es decir en cierta forma los costos de factores de producción de servicios de salud. El otro, es la Guía de Programación de Actividades de Salud que es un documento metodológico que da las pautas para determinar el costo de cada actividad o servicio que presta el Ministerio de Salud a nivel de establecimiento hospitalario, para elaborar finalmente el presupuesto del sector.

La metodología establece que para determinar los costos y el presupuesto de cada área hospitalaria, se debe primero calcular las necesidades del ámbito a partir del tamaño de la población y el nivel de morbilidad. Esta información conducirá a determinar las características de cada actividad a desarrollarse durante el año. Es decir, el tipo de servicio, la cantidad y su presupuesto, el que a su vez es precisado determinando los elementos que intervienen en cada actividad: médicos, enfermeras, administrativos, mantenimiento, medicinas, etc. La forma de establecer la participación de cada elemento es prorrateando su tiempo o precio entre todas las actividades en que participa.

De acuerdo a dispositivos legales, esta guía es de aplicación obligatoria, sin embargo parece ser, como se demostrará más adelante, que su uso es limitado, quizá por falta de capacidad administrativa en las áreas.

Para llegar a ciertas conclusiones se han utilizado algunos indicadores seleccionados de realización de metas y actividades desarrolladas por región, así como su gasto total, información que es elaborada, usando los registros de las áreas hospitalarias. Con estos datos -que aparecen en los Cuadros Nos. 52 (a precios corrientes) y 52.1 (a precios

Cuadro No. 52

-----

EVOLUCION DE COSTOS UNITARIOS DE SERVICIOS SELECCIONADOS  
(Soles de 1980)

	Cons.Med.	Hospit.	Vacunac.	Aten.San.	Aten.Urg.
-----					
Piura					
1982	913	42279	213	196	1832
1984	708	38631	147	76	1931
Chiclayo					
1982	1343	23791	232	575	1496
1984	887	21637	79	402	568
Cajamarca					
1982	823	41283	239	638	2836
1984	1832	26072	190	380	1233
Trujillo					
1982	3234	29412	207	411	2124
1984	2515	25061	177	255	1702
Ancash					
1982	2507	13012	313	1055	6279
1984	2515	4317	220	1211	1982
Lima					
1982	1712	61242	347	1321	2363
1984	1414	53807	293	1046	2061
Ica					
1982	1076	1024	1099	1337	1082
1984	1703	9316	959	756	3994
-----					

Cuadro No. 52.1

EVOLUCION DE COSTOS UNITARIOS DE SERVICIOS SELECCIONADOS  
(Soles de 1980)

	Cons.Med.	Hospit.	Vacunac.	Aten.San.	Aten.Urg.
<b>Arequipa</b>					
1982	1167	48872	134	429	1597
1984	788	43768	218	528	1603
<b>Tacna</b>					
1982	2035	58499	230	621	1094
1984	1907	36684	874	2266	2231
<b>Puno</b>					
1982	2973	52179	352	218	4623
1984	1538	45068	425	717	546
<b>Cusco</b>					
1982	2250	36236	125	0	5070
1984	1127	20225	198	269	6333
<b>Ayacucho</b>					
1982	1133	33868	446	1036	2497
1984	562	10687	508	92	1632
<b>Huancayo</b>					
1982	2148	30501	322	872	2417
1984	1412	27043	312	860	2551
<b>Huánuco</b>					
1982	1094	30217	149	296	5440
1984	690	21417	74	267	1899
<b>Hoyobamba</b>					
1982	1560	35496	355	426	3805
1984	1632	11571	162	469	2154
<b>Iquitos</b>					
1982	1415	27151	237	821	1859
1984	1698	14569	92	339	1705

Fuente: Ministerio de Salud,  
Dirección de Presupuesto y Contabilidad.

de 1980)- se ha obtenido el "costo unitario" por simple división. De ellos se pueden extraer las siguientes conclusiones:

En primer lugar se aprecia que el número total de actividades se ha incrementado de 1982 a 1984, lo que está indicando, dado que el presupuesto de gastos ha disminuido, que los centros hospitalarios se han visto en la necesidad de atender a mayor número de pacientes; por tanto, ha aumentado su rendimiento. Al comparar la tasa de crecimiento del número de actividades con el de la población, se constata que un mayor número de personas que el previsto, se ha atendido en establecimientos del Ministerio de Salud. Lo anterior es explicable por la crisis económica que atraviesa el país, obligando a personas o familias que antes se atendían en establecimientos privados lo hagan ahora en centros del Estado.

Aquello es válido para todas las actividades que se han seleccionado a excepción de hospitalización y atención por sanitario. En el primer caso -hospitalizaciones- el incremento ha sido menor que el incremento poblacional, indicando que la menor asignación en términos reales, sobre todo en bienes y servicios, ha afectado más a este rubro.

En lo que se refiere a atención por sanitario, la situación es a la inversa, es decir, ha habido menos atenciones en el año 1984 que en 1982. Este hecho está reflejando que el menor presupuesto asignado a cada región, ha sido utilizado en las sedes centrales de las regiones en detrimento de la periferia, que es donde trabajan los sanitarios. Es decir que las áreas rurales están siendo cada vez menos atendidas por el sector público.

En segundo lugar es claro notar observando el cuadro a precios constantes, que el "costo unitario" de cada actividad se ha reducido en muchos casos hasta casi la mitad, lo que es un reflejo directo de la menor asignación presupuestal en los rubros de bienes y servicios. En este aspecto, se puede apreciar que los presupuestos no se elaboran en base a costos de servicios pues si ese fuese el caso, el "costo unitario" tendría que haberse incrementado, o por lo menos mantenido en su nivel.

En tercer término, se infiere muy nitidamente la enorme diferencia de costos unitarios entre regiones. Por ejemplo, en consulta médica, el costo promedio del país en 1982 fue de S/. 4,625, variando de S/. 2,225 en Cajamarca hasta S/. 8,740 en la región de Trujillo. Más saltante es la

diferencia que existe en el costo de hospitalizaciones; en efecto, se observa en los Cuadros 53 y 53.1 que para 1982 el costo en Lima fue de S/. 165,000 en tanto que en Chiclayo fue de S/. 64,000. Lo mismo puede apreciarse en cualquier rubro que se tome.

De toda esta información es posible determinar que no intervienen en la decisión de la asignación de fondos: el tamaño poblacional del área, las necesidades por atención de salud, el costo de cada servicio, ni el rendimiento de años anteriores. Asimismo, se infiere que la distribución de recursos por actividades responde al número de personal que interviene, es decir, en regiones donde hay más personal sus costos son más altos no importando que las actividades sean menores.

En conclusión, se advierte que la guía de programación de actividades, que es una metodología útil para determinar presupuestos a base de actividades y costos de servicios, no es usada como instrumento programático y que lo principal es el elemento contable (remuneraciones, bienes, servicios, etc.) y no las necesidades de la población.

La información anterior permite tomar decisiones de carácter presupuestal, con el propósito de distribuir fondos entre regiones, asignando más recursos donde existe mayor población y necesidades y donde se ha dado mayor producción de servicios.

Cuadro No. 53

EVOLUCION DE COSTOS UNITARIOS DE SERVICIOS SELECCIONADOS  
(Soles Corrientes)

	Consulta Médica		Hospitalización		Vacunación		Aten. Sanitaria		Aten. Urgente		
	Cantidad	C.Unit.	Cantidad	C.Unit.	Cantidad	C.Unit.	Cantidad	C.Unit.	Cantidad	C.Unit.	
Piura	82	392695	2469	21737	114267	388508	577	138672	529	37365	4950
	84	308501	8845	21260	482892	356326	1838	143289	945	37907	24140
Chiclayo	82	257694	3630	16468	64299	256447	628	188583	1555	30694	4042
	84	260229	11085	15026	270468	286593	938	153848	5029	33473	7100
Cajamarca	82	111152	2225	6164	111577	189639	646	131215	1724	14065	7665
	84	112864	16645	6118	325903	250547	2369	138748	4746	15468	15407
Trujillo	82	360027	8740	24990	79493	193194	560	30671	1112	68187	5740
	84	383510	3432	24384	313265	250547	2215	28126	3190	75704	21279
Ancash	82	207456	6777	10703	35167	282672	847	80359	2850	31481	16969
	84	234109	20746	32095	53966	392172	2744	85474	15139	44556	24776
Lima	82	3544414	4626	184768	165520	1145866	939	78303	3570	773339	6387
	84	3794205	17674	182492	672505	1093403	3661	54204	13071	788682	25759
Ica	82	296611	2907	24563	2768	174059	2971	130962	3613	48834	2924
	84	290182	21295	22849	116455	103678	11981	112653	9452	53037	149937

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Presupuesto y Contabilidad.

Cuadro No. 53.1

EVOLUCIÓN DE COSTOS UNITARIOS DE SERVICIOS SELECCIONADOS  
(Soles Corrientes)

		Consulta Médica		Hospitalización		Vacunación		Aten. Sanitaria		Aten. Urgente	
		Cantidad	C.Unit.	Cantidad	C.Unit.	Cantidad	C.Unit.	Cantidad	C.Unit.	Cantidad	C.Unit.
Arequipa	82	394105	3153	29431	132087	180102	363	139980	1160	74718	4316
	84	548343	9844	26437	547105	207588	2721	52631	6601	73495	20036
Tacna	82	116981	5501	10473	158106	50987	622	30350	1678	5369	2956
	84	129512	23843	10061	458556	63193	10926	34997	28323	26490	27884
Puno	82	92714	8035	8218	141023	182929	951	192847	589	14160	12494
	84	97662	19225	9427	563348	213012	5307	116859	8958	26518	6822
Cusco	82	292774	6061	28237	97935	231094	339	301531	0	37411	13703
	84	261680	14092	25214	252812	403966	2472	287722	3367	41758	79166
Ayacucho	82	82662	3063	6355	91536	150000	1205	54720	2799	9981	6748
	84	73312	7027	6413	133587	96048	6345	28163	1144	11162	20401
Huancayo	82	307326	5806	23103	82435	361017	870	203431	2357	49677	6532
	84	288570	17654	24167	338042	323899	3895	123103	10756	45911	31891
Huánuco	82	173242	2957	21092	81667	353717	404	165717	799	40553	14704
	84	191954	8625	20522	267714	422566	921	147007	3342	37377	23741
Moyobamba	82	133160	4216	10840	95935	137066	959	190728	1151	15881	10284
	84	156627	20395	9761	144643	189181	2026	162922	5863	20144	26931
Iquitos	82	129675	3824	11836	73380	148082	640	82775	2220	23371	5025
	84	134986	21224	12585	182110	160877	1149	90051	4232	25737	21310
País	82	6892688	4625	438978	95449	4425439	845	2138844	1853	1277086	7821
	84	7260288	16800	448811	320212	4813595	3846	1759841	7759	1358419	26661

## 10. EL GASTO Y LOS SERVICIOS DE SALUD POR REGIONES

En este capítulo se intenta cruzar información de otros componentes del proyecto ANSSA con los resultados obtenidos en el análisis del componente de financiamiento.

Para el efecto, se trata de efectuar dos tipos de análisis. El primero comparando el gasto en servicios por regiones, y el segundo viendo la distribución del gasto de estos mismos servicios en las regiones aplicando el conocido Índice de Gini. Esta última parte se hará utilizando la misma clasificación de actividades que en el análisis previo.

### 10.1 Estructura de Gastos por Servicios

Las actividades y/o servicios realizados en las regiones analizadas han sido agrupados en las siguientes categorías: atención de salud a personas, control de enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, gasto preventivo y gasto reparativo. La intención es compararlos entre regiones y a través de los años. Los resultados aparecen en los Cuadros 54, 55 y 56 de los cuales es posible extraer las siguientes conclusiones (23).

El gasto destinado en los últimos tres años a medicina preventiva en todas las regiones representa un mínimo porcentaje, cuyo promedio fue de 8.4 en 1982 y 14.37 en 1984. Sin embargo, se aprecia que en el último año de análisis el gasto en términos reales en este rubro se ha incrementado, lo cual es positivo. De otro lado, sobre esta misma materia, se observa que en las regiones más deprimidas, a excepción de Cajamarca, se da un mayor gasto

-----  
(23) La suma total de estos rubros no es igual al total de la región, dado que para el análisis sólo se han considerado algunos indicadores relevantes.

PRESUPUESTO EJECUTADO EN ACTIVIDADES  
(Millones de Soles de 1980)  
(Población miles de personas)  
1982

	Piura	Chiclayo	Cajamarca	Trujillo	Huaraz	Lima	Ica	Arequipa	Tacna	Puno	Cusco	Avacucho	Huancayo	Huanuco	Moyobamba	Iquitos	GINI(1)
Atenc. de Salud a personas	1558	1060	567	2174	1147	21517	1108	2205	1043	993	2054	603	1913	1248	901	782	0.386585
Control Enf. Transmis.	48	104	60	22	17	246	29	22	19	6	9	36	4	11	52	56	0.330328
Saneamiento Ambiental	24	74	21	21	9	208	39	51	25	53	9	13	1	59	64	12	0.322220
Gasto Preventivo	106	83	65	75	127	627	236	63	37	121	66	111	150	71	107	41	0.2185%
- Vacunas	83	59	46	6	88	399	191	24	12	64	29	67	116	53	48	35	
- Alimentación Escolar																	
- Regulación Fecundidad	7	18	7			144	18	12	1	42	10	6		2	29		
- Visita Domiciliaria	16	6	12	69	39	84	27	27	24	15	27	38	34	16	30	6	
Gasto Reparativo	1452	977	502	2099	1020	20690	872	2142	1006	872	1988	492	1763	1197	794	741	0.404711
Gasto Total	1913	1558	716	2301	1621	23259	2005	2499	1185	1215	2334	733	2618	1508	1092	1054	0.339334
Población	1305	1296	820	1001	897	5637	623	761	261	924	1264	441	1270	850	345	531	

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Presupuesto y Contabilidad.

(1) Los índices de Gini han sido calculados cruzando todas las variables con población regional.

PRESUPUESTO EJECUTADO EN ACTIVIDADES  
(Millones de Soles de 1980)  
(Población miles de personas)  
1983

	Piura	Chiclayo	Cajamarca	Trujillo	Huaraz	Lima	Ica	Arequipa	Tacna	Puno	Cusco	Ayacucho	Huancayo	Huanuco	Moyobamba	Iquitos	GINI(1)
Atenc. de Salud a personas	648	782	899	1935	899	19925	1354	2194	749	823	1260	423	634	822	680	680	0.054570
Control Enf. Transmis.	53	174	224	47	224	577	108	150	46	117	133	97	29	56	41	41	0.215490
Saneamiento Ambiental	32	52	40	9	40	146	26	75	8	69	19	26	9	23	1	1	0.299930
Gasto Preventivo	28	84	201	46	201	391	109	142	44	79	116	86	33	142	17	17	0.301916
- Vacunas	19	75	166	37	166	295	92	118	30	67	106	55	20	32	12	12	
- Alimentación Escolar																	
- Regulación Fecundidad	2	4	4	4	4	15	5			3		19	2	2			
- Visita Domiciliaria	7	5	33	5	33	81	12	24	14	9	10	12	11	108	5	5	
Gasto Reparativo	620	698	698	1889	698	19534	1245	2052	705	744	1144	337	601	608	663	663	0.569799
Gasto Total	1654	1371	2175	629	2175	21762	1812	2524	1062	1178	1963	591	2403	1258	967	922	0.348076
Población	1348	1332	1025	910	829	5825	630	786	271	939	1287	448	1296	870	359	547	

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Presupuesto y Contabilidad.

(1) Los índices de Gini han sido calculados cruzando todas las variables con población regional.

PRESUPUESTO EJECUTADO EN ACTIVIDADES  
(Millones de soles de 1980)  
(Población miles de personas)  
1984

	Piura	Chiclayo	Cajamarca	Trujillo	Huaraz	Lima	Ica	Arequipa	Tacna	Puno	Cusco	Ayacucho	Huancayo	Huanuco	Moyobamba	Iquitos	GINI(1)
Atenc. de Salud a personas	1206	865	558	1805	1105	14456	1406	1878	939	869	1366	257	2258	820	777	637	340
Control Enf. Transmis.	58	94	21	28	106	257	45	32	10	117	145	203	91	19	51	31	315
Saneamiento Ambiental	21	48	20	8	38	94	41	136	27	85	31	37	20	9	55	20	414
Gasto Preventivo	64	28	149	57	157	402	126	108	148	132	145	90	873	84	216	63	458
- Vacunas	52	21	47	44	86	242	99	45	55	90	80	49	101	31	31	15	
- Alimentación Escolar	3	0	89	6	13	26	13	43	5	8	43	18	703	9	140	29	
- Regulación Fecundidad	5	2	9	4	9	93	6	9	16	18	14	10	31	18	29	16	
- Visita Domiciliaria	4	5	13	3	49	41	8	11	72	16	8	13	38	26	16	3	
Gasto Reparativo	1142	837	409	1748	948	14054	1280	1770	791	737	1221	107	1385	736	561	574	373
Gasto Total	1583	1338	639	2114	1565	16232	1665	2305	1058	1315	2001	611	2573	1321	1008	879	248
Población	1393	1368	838	1049	922	6021	637	812	282	954	1311	457	1324	891	375	564	

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Presupuesto y Contabilidad.

(1) Los índices de Gini han sido calculados cruzando todas las variables con población regional.

en medicina preventiva, sucediendo lo contrario en las áreas relativamente más desarrolladas, en especial Lima, cuyo porcentaje en medicina preventiva en ninguno de los tres años alcanza al 3%.

Otro aspecto importante es que en términos reales el gasto en medicina preventiva se ha incrementado de 1982 a 1984 en un 37%, sucediendo lo contrario con gasto reparativo cuyo monto se ha visto reducido en un 26%.

Todo lo anterior indica que si bien el gasto preventivo es escaso frente al total, se ha estado dando un mayor énfasis en el gasto de este rubro año a año, lo que significa que se trata cada vez más de cuidar la salud.

El mismo fenómeno se aprecia al observar los datos respecto a control de enfermedades transmisibles y saneamiento ambiental. A nivel de país, ambos rubros se incrementan en términos reales, aunque su participación en el total del gasto aún es reducido. Al igual que el caso anterior, es en la región de Lima donde se dedica un menor porcentaje del gasto a estos rubros, en tanto que Ayacucho tiene un mayor gasto porcentual. Asimismo, en esta última región hubo un fuerte incremento del gasto en términos reales por estos conceptos, 6 veces más en control de enfermedades transmisibles y 3 veces más en saneamiento ambiental, de 1982 a 1984.

Finalmente se aprecia que se da un incremento real en el gasto en estos rubros en los departamentos de la sierra sur del Perú, en lo que ahora se denomina el Trapecio Andino. Es decir se está prefiriendo, paulatinamente, destinar un mayor gasto en medicina preventiva a las áreas más deprimidas, lo cual es positivo, pero dado el nivel de situación de la salud en éstas, su efecto es aún insignificante.

#### **Equidad en la Producción de Servicios en función del Gasto Asignado**

Para analizar la distribución equitativa de recursos financieros por producción de servicios, en tanto su distribución geográfica, se han utilizado la Curva de Lorenz y el Índice de Gini.

La Curva de Lorenz ayudará a presentar una visión gráfica completa de desigualdad, en este caso en áreas geográficas (Regiones de Salud), en función del gasto ejecutado en la producción de servicios y en un período de tres años 1982, 1983 y 1984.

El Índice de Gini servirá para comparar situaciones distintas, entre diferentes tipos de gastos ejecutados y en diversos años.

Para realizar los cálculos se han utilizado los mismos datos que aparecen en los Cuadros 54, 55 y 56, cruzándose todas las variables con la de población total (24) de la región.

Para efectuar los cálculos, los datos son ordenados de acuerdo a la razón  $Y/X$ , que además, da forma a la curva. Del mismo modo señala el orden del gasto per cápita por tipo de servicio, el que asciende de menor a mayor gasto por persona.

El proceso de cálculos aparece en el Anexo No. 1, los resultados del Índice de Gini en los Cuadros 54, 55 y 56 y la Curva de Lorenz en los Gráficos que van del No. 7 al 15.

El primer dato interesante que aparece de toda la información procesada, es que el orden de las regiones en todas las variables y en los tres años no es el mismo. Ello está indicando que la estructura del gasto per cápita por servicio entre regiones, así como el total, no permanece constante a través de los años ni en un año entre las diferentes variables. Esto lo vemos claramente en el anexo, allí se aprecia el orden del gasto per cápita.

En lo que se refiere al gasto total se ve que Tacna, Lima, Arequipa e Ica -ubicadas en la costa- son las regiones que tradicionalmente tienen un mayor gasto per cápita en salud. En el otro extremo siempre aparece en primer lugar o con menor gasto per cápita, Cajamarca, seguida por Chiclayo, Puno y Piura. Un orden similar de gastos per cápita se encuentra en el rubro atención a personas y servicios reparativos. En cierta forma, esto es concordante con el gasto total, dado que en estas variables se invierte un mayor porcentaje del presupuesto.

En los servicios, control de enfermedades transmisibles, gasto preventivo y saneamiento ambiental, el orden del gasto

---

(24) El cálculo sería más preciso si a la población total se le resta la que es atendida por el IPSS y el sector privado. El dato no es posible obtenerlo; sin embargo, las conclusiones no se invalidan.

Gráfico No. 7

1982

INDICES DE GINI

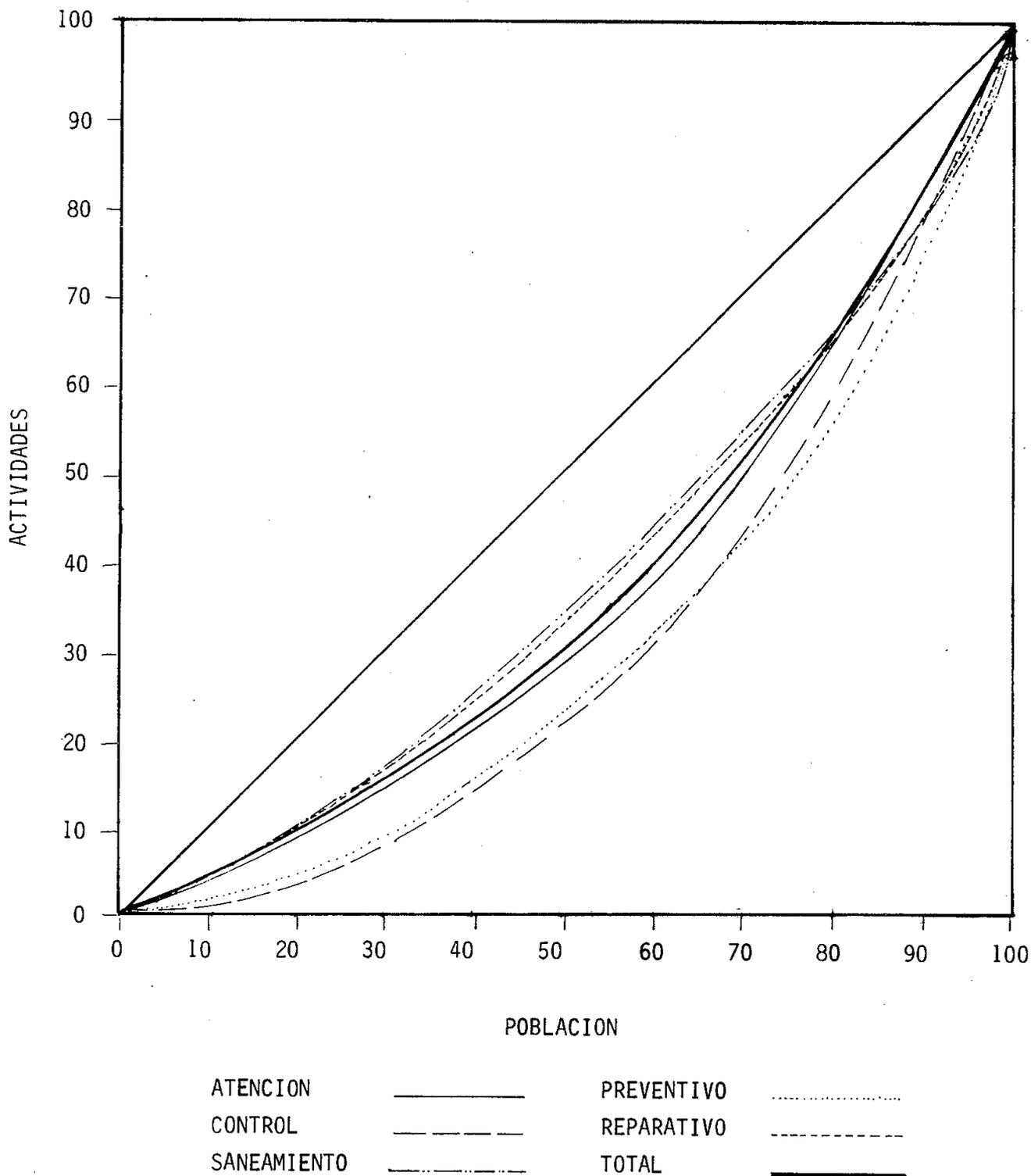
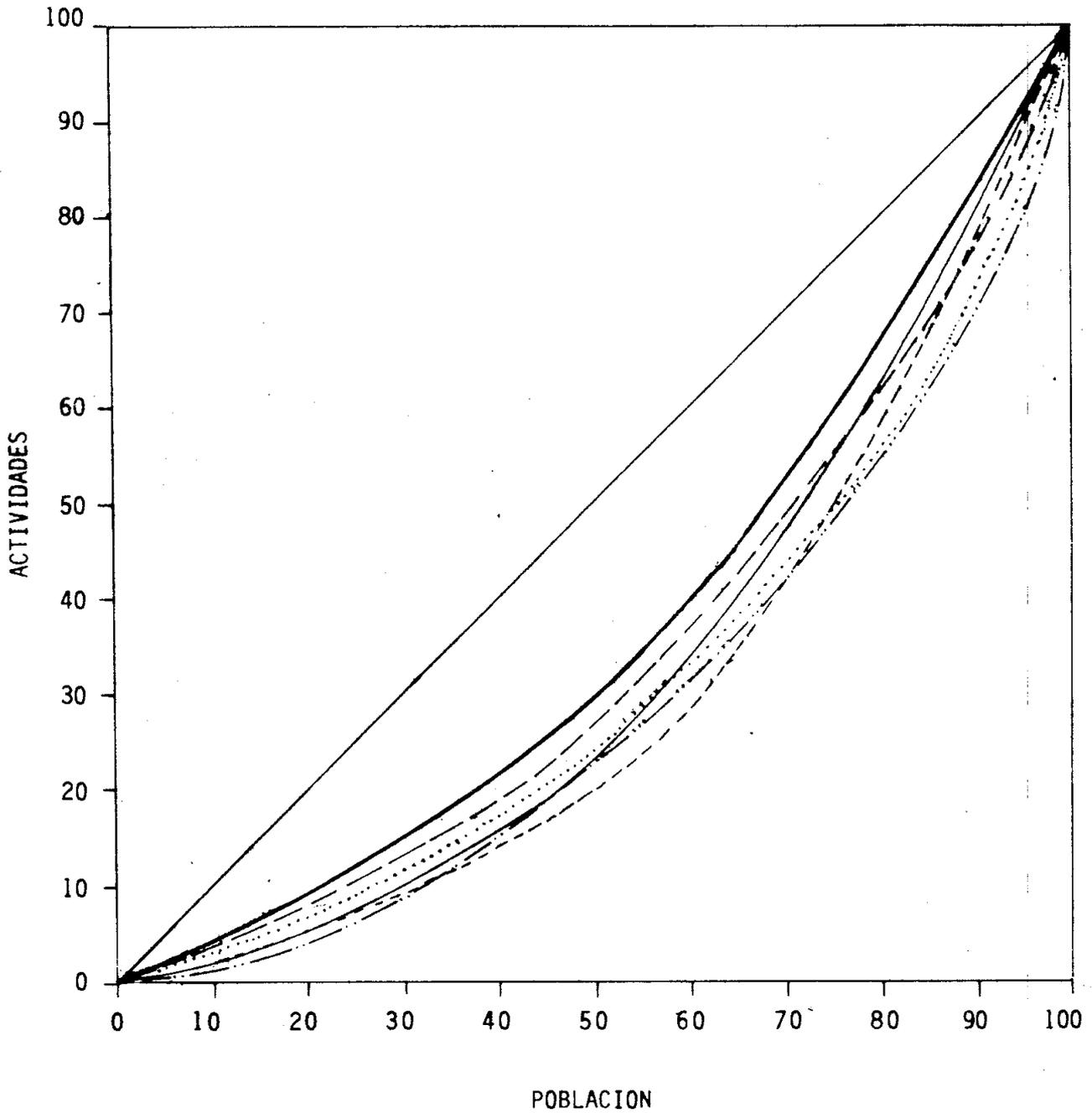


Gráfico No. 8

1983

INDICES DE GINI



ATENCION



PREVENTIVO



CONTROL



REPARATIVO



SANEAMIENTO



TOTAL



Gráfico No. 9

1984

INDICES DE GINI

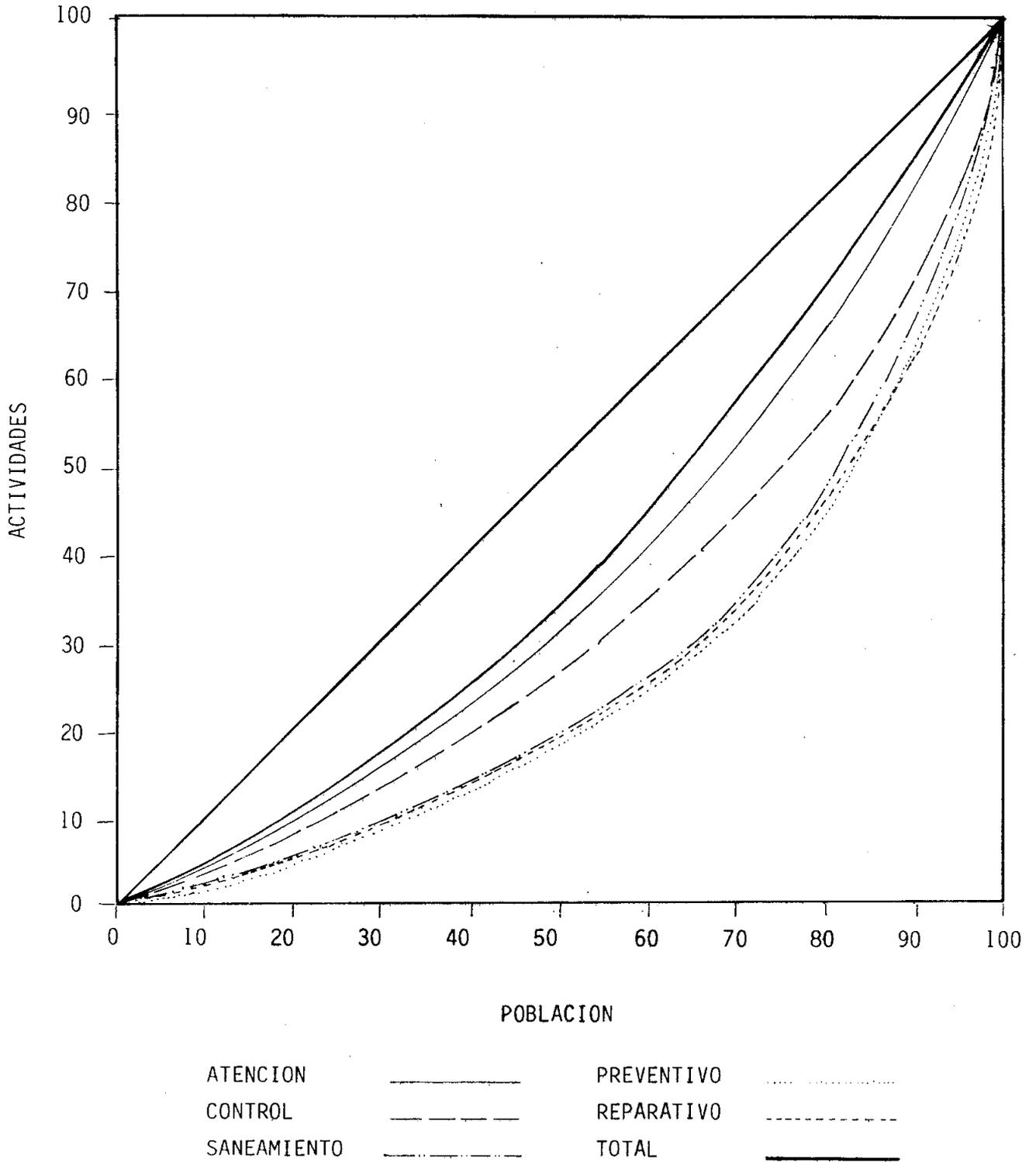


Gráfico No. 10

GASTO TOTAL  
(Indices de Gini)

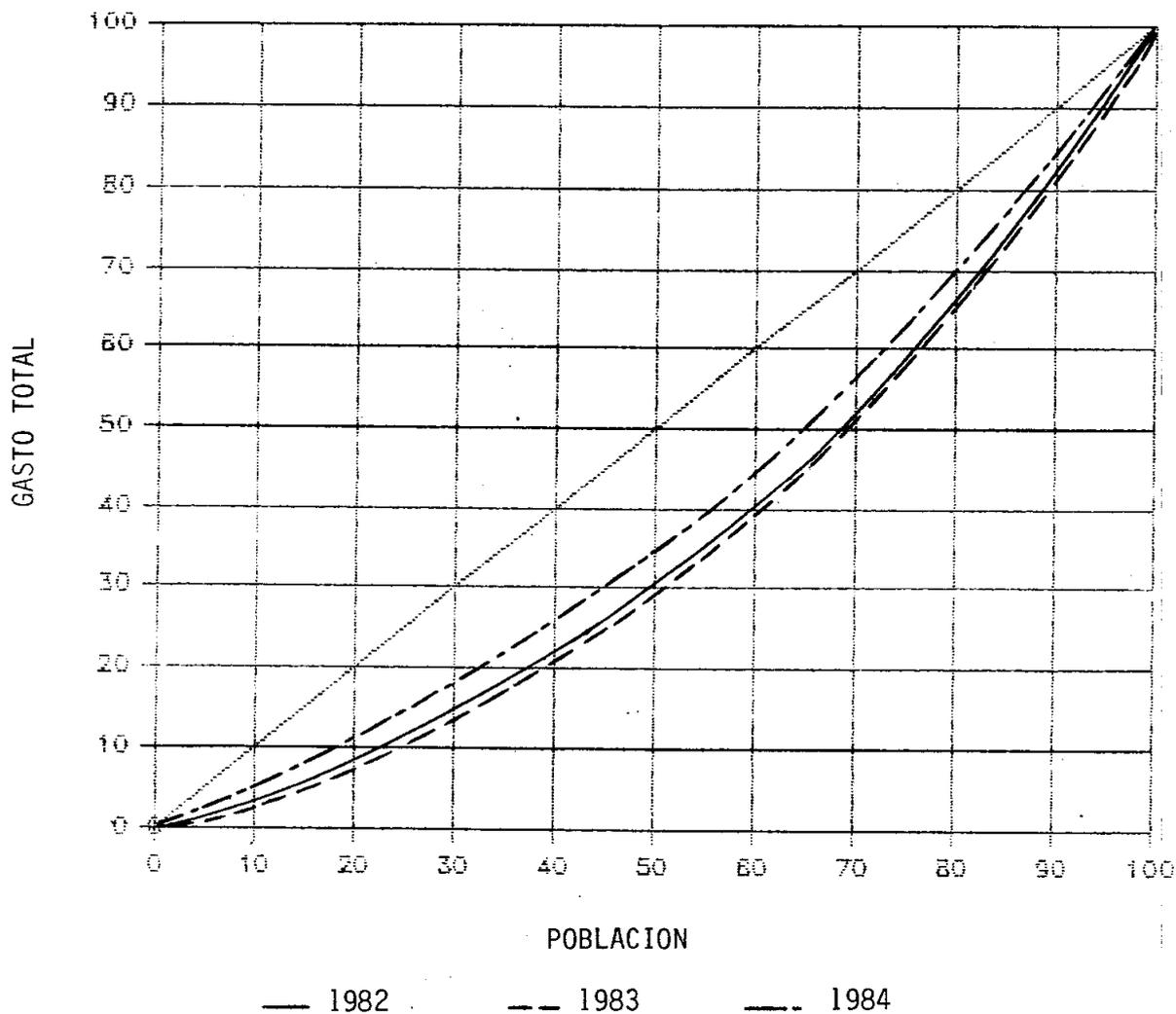


Gráfico No. 9

1984

INDICES DE GINI

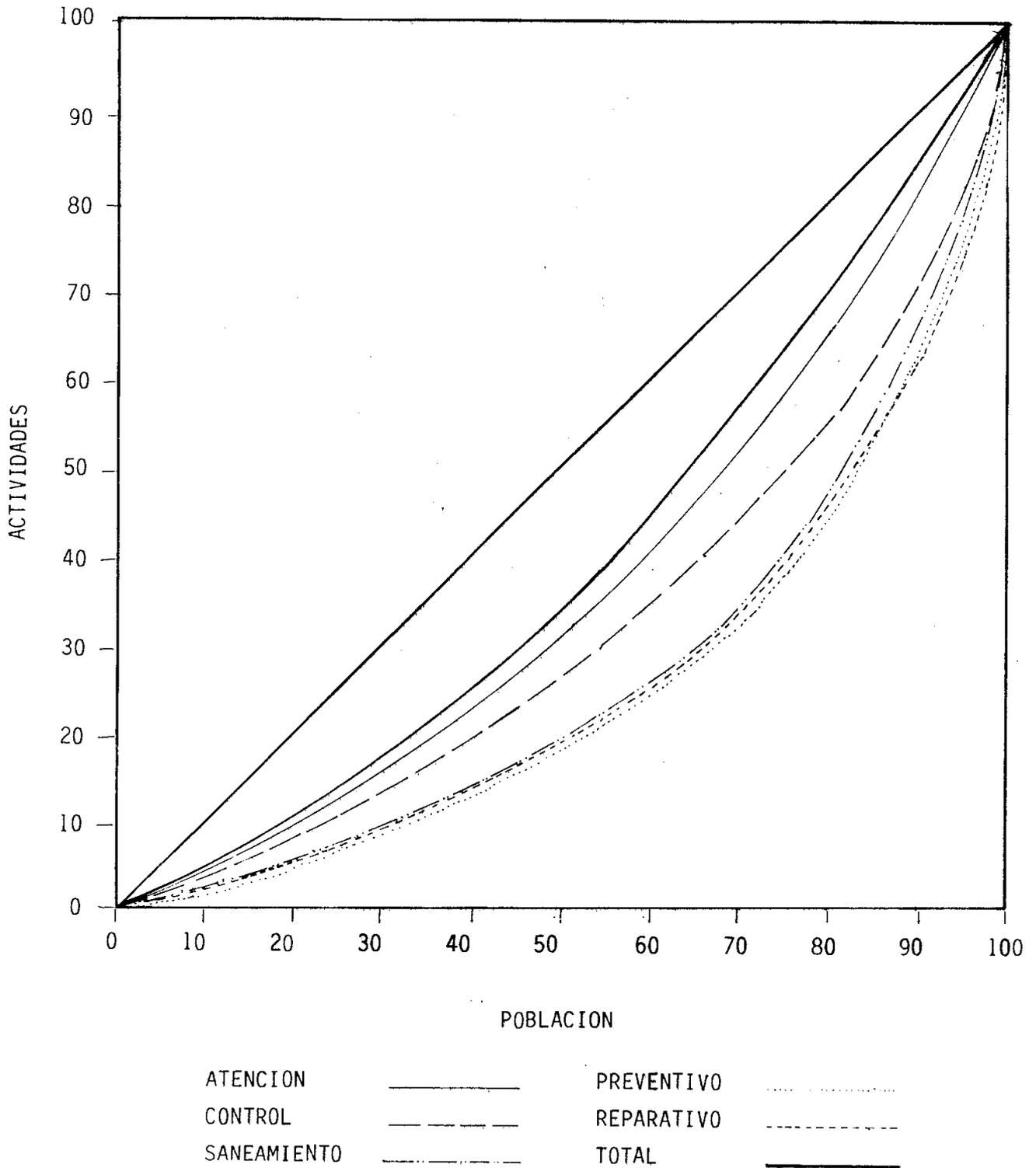


Gráfico No. 10

GASTO TOTAL  
(Indices de Gini)

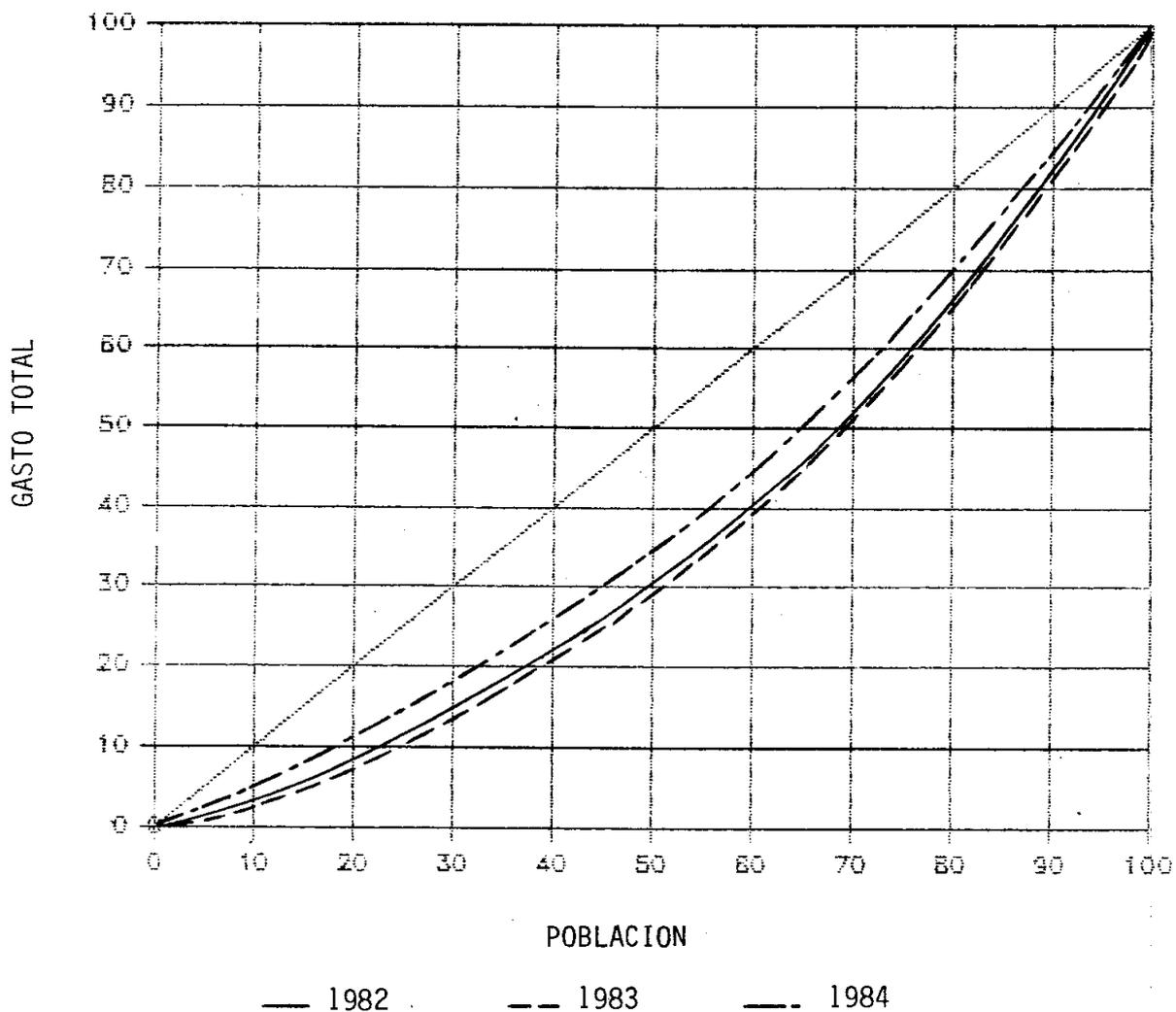


Gráfico No. 11

ATENCION DE LA SALUD  
(Indices de Gini)

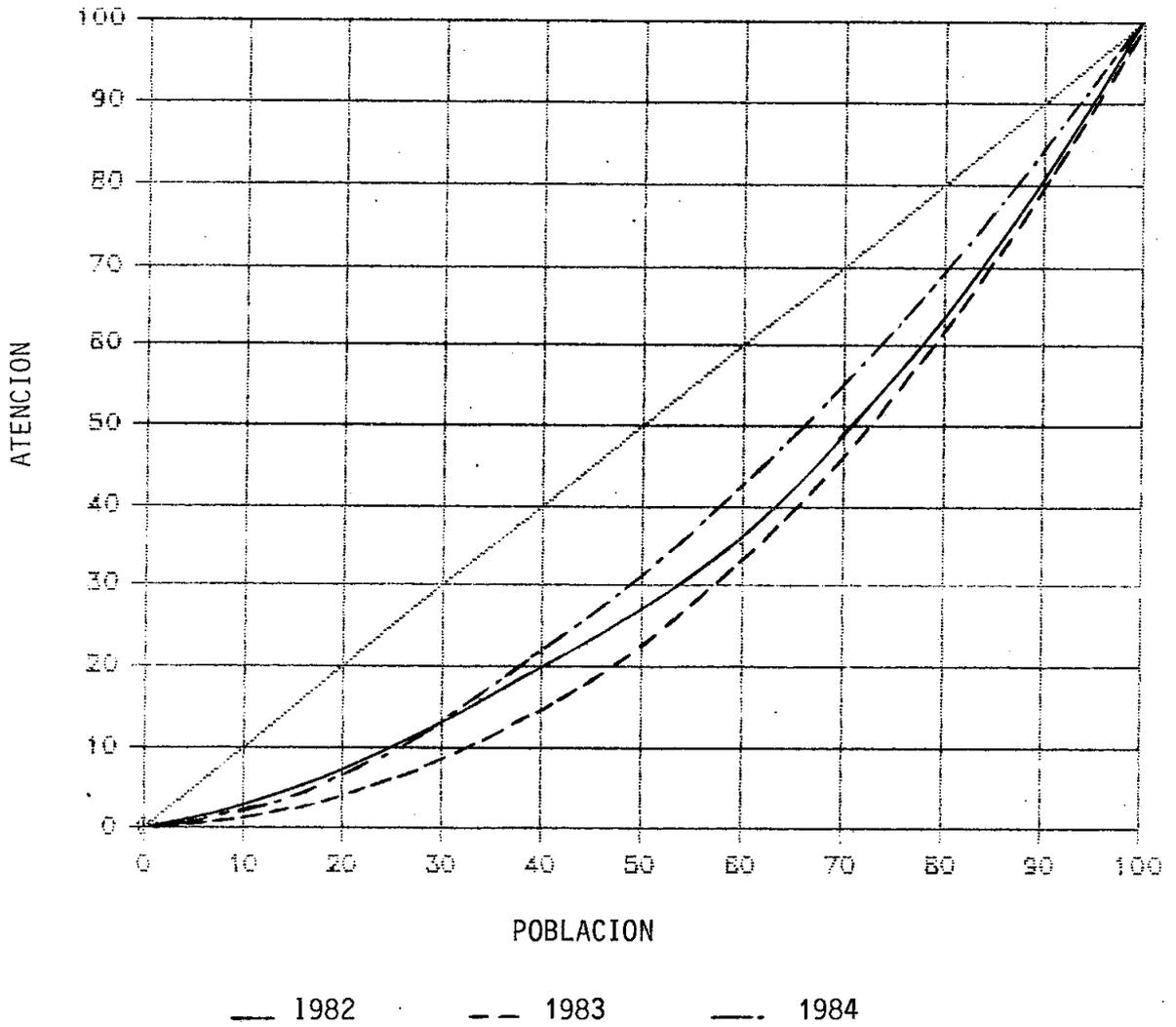


Gráfico No. 12

CONTROL DE ENFERMEDADES  
(Indices de Gini)

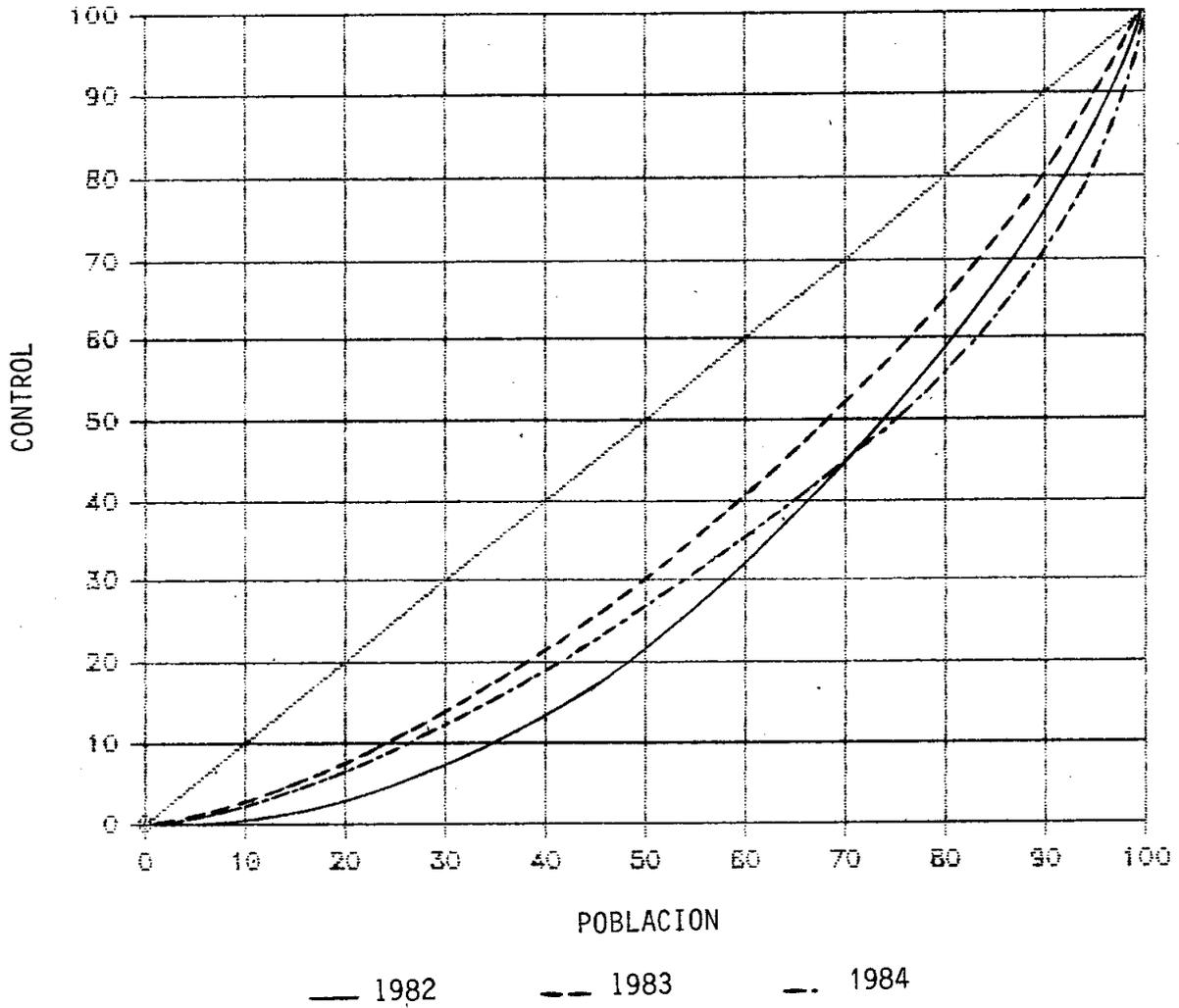


Gráfico No. 13

SANEAMIENTO AMBIENTAL  
(Indices de Gini)

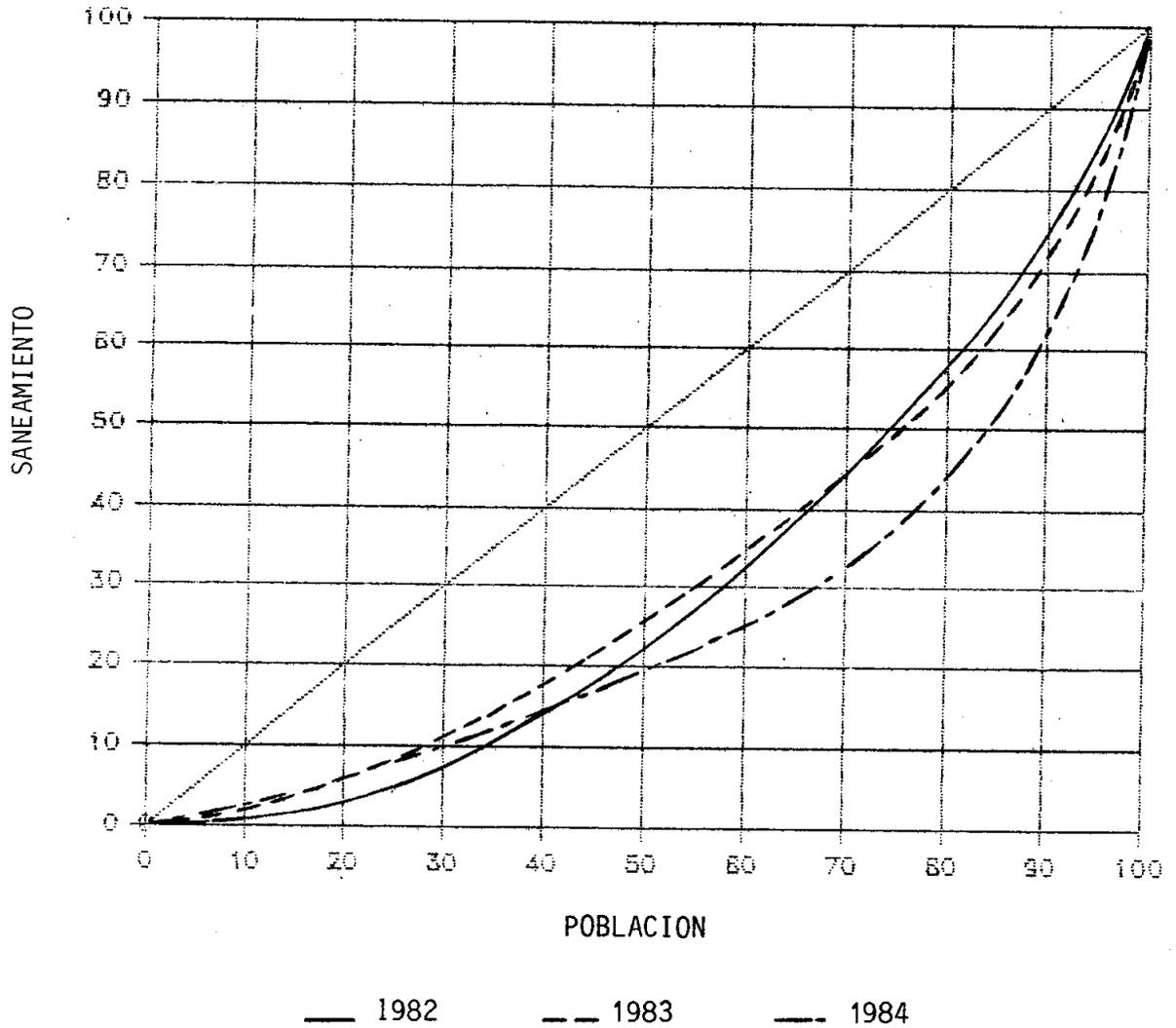


Gráfico No. 14

GASTO PREVENTIVO  
(Indices de Gini)

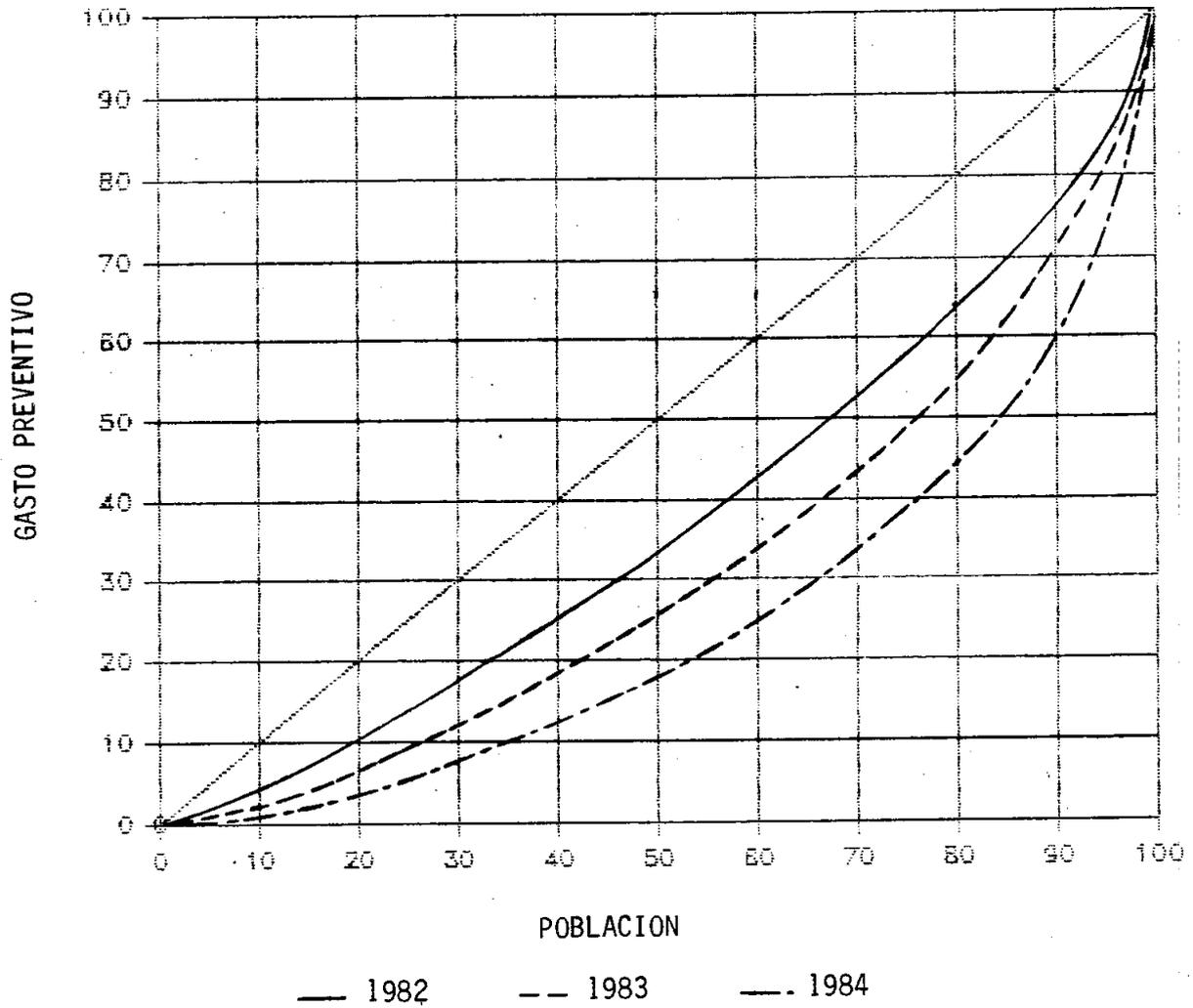
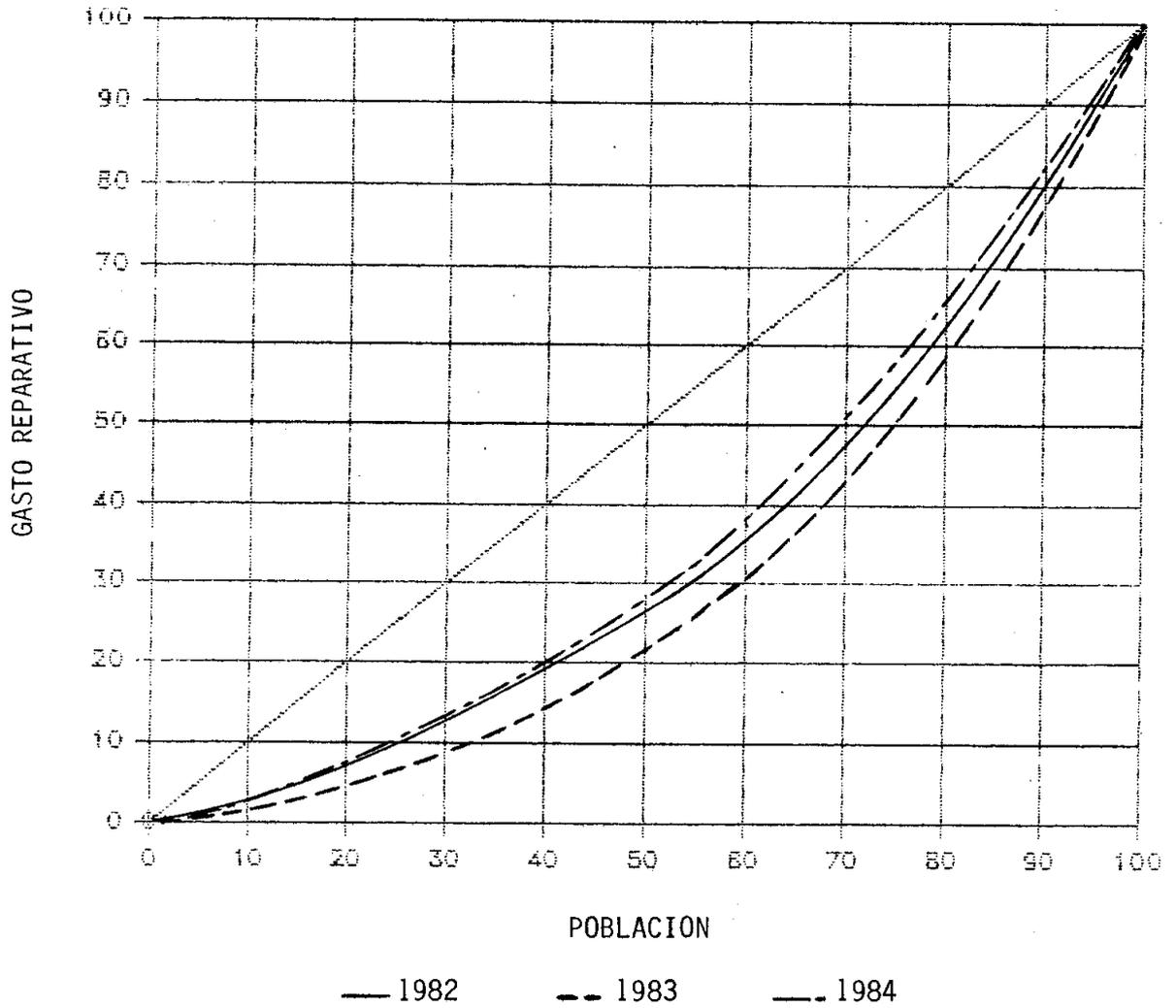


Gráfico No. 15

GASTO REPARATIVO  
(Indices de Gini)



per cápita es diferente. Se aprecia que Lima, Arequipa y Tacna ya no son las que tienen mayor gasto per cápita, sino intermedio, en tanto que sobresalen en este sentido Moyobamba y Ayacucho.

Llama la atención el caso de Lima, que año a año dedica menor cantidad de recursos por población a medicina preventiva. Otro aspecto importante a resaltar en este sentido es que la región de Piura, tanto en gasto total como en cada uno de los servicios analizados, en los tres años se ubica siempre entre las de menor gasto per cápita.

Todo lo anterior lleva a concluir que en las regiones donde el gasto per cápita reparativo es mayor, la situación de la salud es mejor, en tanto que donde el gasto preventivo per cápita es mayor o el reparativo es menor, la situación de la salud es menor. Empero esta hipótesis no es posible probarla totalmente usando sólo datos financieros, sino que también es importante considerar con mayor detalle aspectos referentes a situaciones de la salud.

Las diferentes Curvas de Lorenz (Gráficos 7, 8 y 9), muestran otros aspectos interesantes respecto a los diferentes servicios analizados para los tres años.

En primer término, se aprecia que las curvas de 1982, se acercan más a la horizontal en el primer tramo que en los otros años, lo que está señalando que en ese año, en especial en lo que se refiere a control de enfermedades transmisibles y saneamiento, se ha dado un menor gasto per cápita en las regiones menos atendidas.

Asimismo, los servicios en los cuales se da una mayor desigualdad en la distribución del gasto a través de las regiones, es Gasto Reparativo. La curva que se acerca más a la de equidad, es la de gasto preventivo que parece ser la que guarda una mayor relación relativa con la población a atender.

En el año 1983 todas las curvas eran más homogéneas que en los otros años, lo que muestra que en el año de crisis económica por lo menos hubo una distribución igual entre el total y cada uno de los servicios, sin embargo también se aprecia que el gasto reparativo, donde va la mayor proporción del gasto, es el que muestra mayor desigualdad en su asignación.

Las curvas de 1984 son las que aparecen más separadas, mostrando una mejor distribución la que se refiere al gasto

total, y la peor, las que corresponden a saneamiento y gasto preventivo.

Asimismo, estas curvas señalan que no basta con ver la distribución regional del gasto total, sino que es necesario analizar su contenido por servicios. En este caso se aprecia que la distribución regional de la primera es diferente a la del resto.

Si bien estas curvas muestran gráficamente la desigual distribución de recursos por regiones en relación a la población, las conclusiones no pueden ser tomadas como absolutas, dado que ellas suponen que todas las regiones están dotadas con el mismo nivel de servicios o infraestructura. Para un análisis más preciso sería necesario establecer, mediante una curva, la actual dotación de cierta infraestructura y nivel de servicios, y comparar la estructura de gasto con esta nueva curva. Como es obvio, esto será posible hacerlo al cruzar la información de este componente, con los otros.

Empero las Curvas de Lorenz establecidas -comparadas por servicios entre los tres años- indicarán si ha habido una mejor o peor distribución de recursos. Ello se ve en los Gráficos del 10 al 15 y en los Cuadros 54, 55 y 56 en la Columna de Gini.

En lo que se refiere el gasto total, se aprecia que la distribución regional de los recursos financieros ha sido corregida hacia el último año, lo que coincide con el gasto de atención de personas y reparativo. De las tres curvas, el Índice de Gini es menor en 1982 que en 1984. Dado que la mayor proporción del gasto es dedicado a estos rubros, se puede afirmar que se tiende a ser más equitativo en la producción de servicios a nivel regional.

No sucede lo mismo con el gasto preventivo y saneamiento, servicios que presentan una distribución regional cada vez menos equitativa, siendo además las curvas que muestran peor distribución en el año 1984. Es importante señalar que es en estos rubros donde Lima, Tacna y Arequipa presentan un gasto per cápita menor que el promedio.

Finalmente, se aprecia que los más altos Índices de Gini ocurren en el año 1983, año de crisis económica, lo que indica que pese a que se da menor gasto a salud, éste se concentra en las regiones mejor dotadas, dejándose de lado las más deprimidas.

## 11. LA CRISIS ECONOMICA Y EL GASTO EN SALUD

El objetivo central de este capítulo es intentar un análisis de sensibilidad de la evolución de las principales variables macroeconómicas frente a variables del Sector Salud. Es decir, en qué medida ha afectado la crisis económica que sufre el país, a la asignación de fondos al sector salud.

Dado que el periodo de análisis que se ha tomado es de cinco años (1980-1984), se ha considerado que el instrumento idóneo para efectuar este análisis es el de elasticidades. Este concepto conduce a establecer en qué porcentaje es afectada una variable, ante un cambio porcentual de otra. En otras palabras, averiguar -por ejemplo- en qué medida un cambio porcentual en el gasto total en salud, de un año a otro, ha repercutido, en términos porcentuales, en la asignación en remuneraciones, bienes o medicamentos. Este concepto es definido de la siguiente forma:

$$N = \frac{\% \Delta R}{\% \Delta GT \text{ SALUD}}$$

$$N = \frac{\frac{R_2 - R_1}{\frac{R_1 + R_2}{2}}}{\frac{GT_2 - GT_1}{\frac{GT_1 + GT_2}{2}}}$$

$$N = \frac{R_1 - R_2}{R_1 + R_2} \times \frac{GT_1 + GT_2}{GT_1 - GT_2}$$

Utilizando la última fórmula, se ha procedido a efectuar una serie de cálculos que van desde el gasto total en salud frente a variables macroeconómicas, hasta llegar al nivel de área.

### 11.1 Nivel del País

La hipótesis central que se trata de probar, es el comportamiento acíclico del gasto en salud frente a variables macroeconómicas, en este caso PBI y presupuesto total. Es decir, cuando el PBI o presupuesto total se incrementa, el gasto en salud se incrementa pero menos, o en otros términos:

$$\frac{\% \Delta GS}{\% \Delta GT}$$

es inelástico, en tanto que cuando las variables macroeconómicas decrecen, el gasto en salud se incrementa, se mantiene o su decrecimiento es menor, o

$$\frac{\% \nabla GS}{\% \nabla GT}$$

es elástico o menos inelástico. En cierta forma se pretende demostrar que en situaciones de crisis económica, el Gobierno trata de mantener o cuidar la situación de la salud del poblador peruano.

Para el efecto, se han calculado las elasticidades de 5 años, a partir de las variables que aparecen en los Cuadros Nos. 57 a 57.2. Con el propósito de verificar la hipótesis central, se ha de comparar el periodo 1980 a 1981 frente a 1982 y 1983; se han escogido ambos periodos en razón a que el primero refleja una etapa de crecimiento de la economía y el segundo un periodo de caída del PBI.

Analizando los resultados obtenidos en el Cuadro No. 57, es posible verificar la hipótesis. En él se observa lo siguiente: en el periodo 80-81 cuando la economía crece, la

Cuadro No. 57

## ELASTICIDADES DEL PRESUPUESTO EJECUTADO

	80/81	81/82 (1)	82/83	83/84
Gobierno Central/PBI	0.289630	3.171400	0.211468	1.469050
Ministerio de Salud/PBI	0.518498	19.652800	0.390497	-0.006160
Min.Salud/Gob.Central	1.790344	-6.196880	1.846600	-0.004190
Remuneraciones/Min.Salud	3.755670	2.367290	0.292415	241.125000
Bs y Ss/Min.Salud	4.462880	0.093657	1.735670	667.716000
Servicios/Min.Salud	9.373940	0.504505	-4.798480	1275.730000
Gast.Capital/Min.Salud	-10.092900	0.059837	8.054370	-2144.460000
Mat.Med.y Medic./Bs y Ss	2.151860	10.764000	2.484030	0.597738
Mantenimiento/Bs y Ss.	4.417870	3.267480	0.926332	2.368130

Elaboración: ESAN Grupo 6, ANSSA-PERU.

(1) Las Elasticidades 81/82 no son comparables con las de otros períodos, en razón a que la base de datos es diferente.

Cuadro No. 57.1

PRESUPUESTO EJECUTADO  
(Millones de Soles de 1980)

	1980	1981	1982	1983	1984
Producto Bruto Interno	4968621	5178711	5229573	4504842	4697861
Gobierno Central	1370000	1386530	1344210	1302540	1385360
Ministerio de Salud	49017	50753	61537	58060	58045
Remuneraciones	21654	24682	39207	38546	36217
Bienes y Servicios	11646	13607	13854	12523	10534
Servicios	1293	1797	1980	2622	1880
Gastos de Capital	7772	5450	5513	3421	6043
Material Médico y Medicina	2390	3349	4067	3161	2851
Mantenimiento	630	1288	1366	1244	819

Fuente: Banco Central de Reserva del Perú  
Instituto Nacional de Estadística  
Ministerio de Salud.

Cuadro No. 57.2

PRESUPUESTO EJECUTADO  
(Millones de Soles)

	1980	1981	1982	1983	1984
Producto Bruto Interno	4968621	8489690	14133982	26499071	58723268
Gobierno Central	1370000	2273000	3633000	7662000	17317000
Ministerio de Salud	49017	83201	166317	341529	725559
Remuneraciones	21654	40462	105966	226741	452715
Bienes y Servicios	10353	22306	37442	73665	131673
Servicios	1293	2945	5350	15424	23495
Gastos de Capital	7772	8935	14900	20127	75548
Material Médico y Medicina	2390	5490	10992	18591	35631
Mantenimiento y Reparación	630	2111	3693	7318	10234

Fuente: Memorias Banco Central de Reserva del Perú  
Ministerio de Salud, Balances Constructivos.

asignación al sector salud crece en menor medida pero mucho más que el gasto total. En efecto, si comparamos la elasticidad Gob. Central/PBI (0.28), frente a Ministerio de Salud/PBI (0.84), se observa que la primera es más inelástica. Dicho en otras palabras, ante un incremento de 1 en el PBI se da un aumento de sólo 0.28 en el gasto del Gobierno Central, en tanto que, ante un incremento de 1 en el PBI el gasto en salud se aumenta 0.84, menos que el PBI pero más de lo que se incrementó en el Gobierno Central frente al PBI.

Es decir, ante el crecimiento de la economía, en el presupuesto total del país se otorga a la salud una proporción relativamente mayor. Lo anterior se verifica viendo la elasticidad Ministerio de Salud/Gob. Central. Se observa que ésta es elástica, es decir que ante un incremento de 1 en el presupuesto total, el gasto en salud se incrementa en 1.79.

Qué pasa cuando hay crisis económica y el PBI decrece? Una respuesta se da en el periodo 1982-1983. Cuando la economía decrece, el gasto total del presupuesto lo hace mucho menos, pero este decremento del total es menor que el de salud. En efecto, lo segundo se constata comparando la elasticidad Gob. Central/PBI (0.21), frente a Ministerio de Salud/PBI (0.39) que lo indica claramente. Lo anterior significa que ante una reducción de 1 en el PBI, el presupuesto total decrece sólo 0.21, que es un decremento menor al 0.39 que refleja la mayor caída en el presupuesto asignado a salud.

Esto se refleja al ver la elasticidad Ministerio de Salud/Gob. Central, que es 1.84, lo que indica que ante una baja de 1 en el presupuesto total, se da un decrecimiento mayor en el gasto en salud.

Todo el análisis anterior conduce a demostrar que la hipótesis global planteada no es cierta. Es decir, el comportamiento del gasto público en salud es cíclico respecto al comportamiento de la economía. Dicho en otras palabras, el Perú, ante una situación de crisis económica, decide gastar menos en sectores sociales, en este caso en el sector salud.

Sin embargo también se puede constatar que es más elástico Ministerio de Salud/Gob. Central 80-81 frente a 82-83, lo que quiere decir que, si bien se da un "ajustón" en épocas de crisis al sector salud, este "ajustón" tiene una proporción menor que la mayor asignación en época de crecimiento.

Del mismo modo, del Cuadro No. 57 se pueden extraer otras conclusiones. Para el efecto, se plantea una segunda hipótesis, la que se desprende de la tesis de la parte anterior. Dado que el comportamiento del sector es cíclico respecto al funcionamiento de la economía y en razón a que, prácticamente, el gasto en remuneraciones es fijo, se plantea que frente a un incremento en el presupuesto del sector salud, el incremento del gasto en remuneraciones es menor que el correspondiente a bienes y servicios y ante una caída del gasto en salud la caída en remuneraciones es menor que la correspondiente a bienes y servicios.

Observemos qué ocurre: para el efecto otra vez nos remitimos al Cuadro No. 57. Vemos que la elasticidad remuneraciones/Min.Salud (80-81) es 3.7 frente a bienes + servicios/Min.Salud que es 4.4; lo anterior indica que ante un incremento de 1 en el gasto total, remuneraciones sube 3.7 y bienes + servicios 4.4. En cambio ante una caída de 1 en el gasto total (82-83) el porcentaje de cambio en remuneraciones casi se mantiene, en tanto que se da una caída mayor en bienes + servicios (1.73). Esto demuestra que la hipótesis es valedera, lo que señala que, si bien en situaciones de crisis económica el gasto en salud se reduce proporcionalmente más que el gasto total, esta reducción responde a una cada vez menor asignación, sobre todo para bienes y servicios, lo que repercute necesariamente en la atención a las personas.

## 11.2 Nivel de Regiones

Con el objeto de analizar el comportamiento de las principales partidas genéricas, frente a su gasto total por regiones, se ha procedido a calcular las elasticidades correspondientes. Se ha utilizado la información disponible a nivel de región, la que corresponde sólo a los años 1982, 1983 y 1984. Con estos tres años es posible también extraer conclusiones, dado que se compara el periodo 1982-83 -en que decrece el gasto en salud, frente al periodo 1983-1984 -que es de crecimiento, pero sólo en algunas regiones. Las elasticidades calculadas aparecen en el Anexo No. 2 y se refieren a remuneraciones/gasto en región, bienes/gasto en región y servicio/gasto en región.

Es importante recalcar que las conclusiones que se obtengan de este acápite, no se pueden generalizar al nivel de todas las regiones, pues cada una de ellas muestra comportamientos diferentes. En el tramo 1982-1983 todas las regiones bajan su asignación presupuestal a excepción de Huaraz y Arequipa; mientras que en el tramo 1983-1984 el comportamiento es

desigual, las regiones de Piura, Chiclayo, Trujillo, Huaraz, Lima, Ica, Arequipa, Tacna e Iquitos continúan disminuyendo en su ejecución, en tanto que en el resto de las regiones se incrementa el gasto ejecutado. Dicho esto, se procede a ver el resultado del cálculo de elasticidades.

En conjunto, se aprecia que remuneraciones 82-83/GT 82-83 es inelástico en tanto que bienes 82-83/GT 82-83 y servicios 82-83/GT 82-83 es elástico. Esto quiere decir que, ante un decremento de 1 en el total, remuneraciones decrece pero en menos de 1, en tanto que bienes y servicios decrece en más de uno o en mayor magnitud (a excepción de Lima), lo que señala que pese a haber existido una caída en el gasto en la región, el gasto en remuneraciones se incrementó.

En lo que se refiere al período 1983-1984, el comportamiento de las variables por región es muy disímil, lo que conduce a tener que examinar región a región. Sin embargo, se pueden extraer algunas conclusiones generales.

En las regiones donde el gasto total decrece, la elasticidad remuneraciones 83-84/GT 83-84 es elástica y remuneraciones 82-83/GT 82-83 es inelástica. Lo anterior indica que ante una caída de 1 en el total, el decremento en remuneraciones fue más de 1 en 1984. Esto quiere decir que el rubro remuneraciones ha sido afectado significativamente en forma negativa en el año 1984. En cambio en las regiones donde sube el gasto total (a excepción de Cajamarca y Moyobamba), a un decremento de 1 en el total, corresponde un gasto en remuneraciones inelástico o menor a 1.

En lo que se refiere a bienes y servicios, se aprecia que en las regiones donde baja el presupuesto total, la elasticidad bienes 83-84/GT 83-84 es menos inelástica que bienes 82-83/GT 82-83, lo que indica que para el año 1984, se ha corregido en cierta forma la caída dramática de bienes y servicios.

Respecto a las regiones, se ha procedido a calcular otras elasticidades -las mismas que aparecen también en el Anexo No. 2- a fin que el lector pueda extraer las conclusiones que considere pertinentes.

### **11.3 A nivel de Areas de Salud**

En lo que respecta al nivel de área, se pretende analizar la distribución del gasto regional por áreas, frente a modificaciones del gasto total ejecutado en cada región.

Para ello se ha de utilizar como elementos de análisis a las regiones de Cajamarca y Cusco, lugares en donde se ha efectuado trabajo de campo, considerando como periodos de análisis el cambio ocurrido entre 1981-82 y 1982-83 en Cajamarca y 1980-81 y 1982-83 en Cusco. Los primeros periodos reflejan un incremento del gasto regional en tanto que los segundos indican una caída del gasto. Los resultados aparecen en el Anexo No. 2.

La hipótesis a comprobar es la siguiente: en periodos en que el gasto regional se incrementa, se da una distribución del gasto más racional a nivel de área, sucediendo lo contrario cuando el fenómeno es a la inversa. Veamos qué nos dicen los cuadros antes señalados. En efecto, la hipótesis se comprueba, para ambas regiones, en los periodos señalados. Así para el caso de Cajamarca la elasticidad Cajamarca 80-81/R 80-81 es inelástica en tanto que Chota 80-81/R 80-81 es elástica. Lo anterior quiere decir que ante un incremento de 1 en el gasto regional, el incremento es mayor en Chota que en Cajamarca. Lo mismo sucede comparando en Cusco, Canchis con Cusco I y II. Cuando ocurre el fenómeno contrario, es decir cae el gasto regional, se aprecia en ambas regiones que se da una concentración de los recursos en la sede regional. En efecto, en la región Cajamarca, Cajamarca 82-83/R 82-83 es inelástico, en tanto que Chota 82-83/R 82-83 es elástico. En Cusco el caso es más grave aún, pues ante una caída de 1 en el gasto regional, el gasto en Cusco I y II muestra una elasticidad negativa, es decir que sus presupuestos de área se incrementan en 6 y 7 veces respectivamente respecto al total, dándose por ello una mayor concentración en la sede que en la periferia.

#### 11.4 Fuentes de Financiamiento

Dada la situación de crisis económica que afecta al país, y que redunda directamente sobre la dificultad del Gobierno para captar ingresos via tributación, o -lo que es lo mismo- de incrementar la fuente de tesoro público para ser destinada a la prestación de servicios del sector salud, es importante analizar la sensibilidad a situaciones de esta naturaleza, de incrementar los ingresos de salud a través de la fuente de ingresos propios o, en otras palabras, via un incremento de tarifas.

Para analizar una situación semejante, del mismo modo que en los casos anteriores, se procederá a calcular las elasticidades fuentes de ingreso/ingresos totales, considerando tesoro público a ingresos propios para los periodos 1980/1981 y 1982/1983, el primero correspondiente a

un periodo de crecimiento y el segundo a un periodo de crisis. Utilizando los datos del Cuadro No. 4, se ha procedido a calcular las correspondientes elasticidades dando como resultado lo siguiente:

$$\begin{array}{l} \text{TP 80-81} \\ \text{-----} = 1.2988454 \\ \text{IT 80-81} \end{array} \qquad \begin{array}{l} \text{TP 82-83} \\ \text{-----} = 1.0664587 \\ \text{IT 82-83} \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{IP 80-81} \\ \text{-----} = 1.2794836 \\ \text{IT 80-81} \end{array} \qquad \begin{array}{l} \text{IP 82-83} \\ \text{-----} = 3.6068147 \\ \text{IT 82-83} \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{End. 82-83} \\ \text{-----} = -9.9996664 \\ \text{IT 82-83} \end{array}$$

Los datos obtenidos están indicando que, en periodos de crecimiento económico, el incremento porcentual de la fuente de tesoro público es más importante que el incremento de ingresos totales del sector salud. Es decir, cuando el ingreso total se incrementa en 1, la fuente tesoro público lo hace en mayor proporción. Lo contrario sucede con ingresos propios; en este caso se genera una elasticidad negativa, lo que indica que el Gobierno reúne menos de esta fuente cuando tiene mayores ingresos.

En situación de crisis económica, la elasticidad TP/IT es ligeramente superior a 1, lo que señala que ante una caída del ingreso total de 1 la caída por la fuente de tesoro público es ligeramente mayor. Empero la caída por fuente de ingresos propios es mucho más elástica, por tanto mayor. De otro lado la elasticidad de endeudamiento es muy superior a 1 y negativa.

Toda esta información nos muestra que en situaciones de crisis económica el gobierno no puede recurrir a captar mayores ingresos propios, pues la población no tiene capacidad de respuesta, debiendo, por el contrario, buscar formas alternativas de financiamiento.

## 12. SITUACION SOCIO-ECONOMICA Y DE SALUD FRENTE AL GASTO PUBLICO EN SALUD

El objetivo central de este capítulo es efectuar una comparación muy simple entre la situación socio-económica y de salud de cada región, frente al gasto público.

Para ello se ha seleccionado una serie de indicadores, los cuales han sido establecidos por regiones de salud, luego se ha efectuado una simple correlación de rangos agrupándolos en indicadores económicos y sociales de salud, y de infraestructura de apoyo a la población y la actividad productiva. Los indicadores seleccionados respecto a la situación de la salud se han extraído de estadísticas oficiales, y no de los resultados de los estudios de ANSSA. Todos los indicadores que se han utilizado han sido tomados del último año existente en estadísticas oficiales. Por ello, no todos corresponden al mismo año; el rango de años de los indicadores corresponde al período 1981-1984. Empero esta distorsión no invalida en absoluto la ubicación de las regiones, pues no ha existido en esos años un cambio significativo en la estructura productiva o social.

Los indicadores relacionados han sido los siguientes:

Económicos:	PBI/ cápita
	Ingreso promedio por persona ocupada
	Sueldo Promedio Anual mínimo vital
	Distribución de colocaciones
	Empleo urbano por Departamento
Sociales:	Número de establecimientos hospitalarios
	Número de habitantes por establecimiento
	Número de habitantes por cama hospitalaria
	Número de médicos por habitante
	Viviendas con agua potable
	Viviendas sin agua potable
	Viviendas sin alumbrado público

Viviendas sin desagüe  
Porcentaje de población analfabeta de 5 años o más  
Densidad de alumnos por maestro  
Esperanza de vida al nacer  
Tasa global de fecundidad  
Tasa bruta de natalidad  
Tasa de mortalidad infantil.

Infraestructura: Kms. de carretera en superficie departamental  
Número de habitantes por vehículo  
Oficinas Bancarias.

La clasificación de rangos por estratos aparece definida en el Cuadro No. 58. En él se observa claramente, que el gasto público per cápita no guarda ninguna relación con la situación de la salud por regiones. En efecto, vemos que paradójicamente, se gasta más por persona en las regiones donde la situación de salud es relativamente mejor y se gasta menos donde la situación es peor, lo que a la larga ahondará las diferencias si se sigue con la misma tendencia de gasto. El mismo fenómeno se observa cuando se compara el gasto/habitante, con la situación social de las regiones de salud.

La situación en sí se torna un tanto más desequilibrada si se aprecia que en las regiones donde se gasta más por habitante, es donde la situación socioeconómica de las personas es mejor, por tanto pueden tener acceso a servicios de salud no públicos, lo que es reforzado por la mayor existencia de servicios de salud de carácter privado y el desarrollo de sistemas de seguro particular. El cuadro también indica la infraestructura de articulación vial por regiones, lo que puede llevar a concluir que en las regiones donde la red vial es menor, es necesario extender servicios de salud autónomos, en postas y centros médicos.

Sin duda alguna, la información aquí presentada se presta para hacer análisis más exhaustivos y detallados, pero no se ha procedido a hacerlos, en razón a que es más propio efectuarlo con la información que se obtenga del resto de los componentes del proyecto ANSSA, lo que dará lugar a la confección de un mapa de salud más completo, entre otros documentos analíticos.

Cuadro No. 58

## NIVELES SOCIO-ECONOMICOS

	Económico	Sociales	Salud	Infraestr.	Gasto en Salud	
					Total	Personal
Estrato I	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima	Ica
	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Trujillo	Huancayo	Tacna
	Chiclayo	Tacna	Tacna	Ica	Arequipa	Lima
	Trujillo	Ica	Ica	Arequipa	Cusco	Arequipa
Estrato II	Iquitos	Trujillo	Trujillo	Chiclayo	Trujillo	Trujillo
	Ica	Chiclayo	Chiclayo	Huancayo	Ica	Chiclayo
	Piura	Huaraz	Piura	Piura	Piura	Huancayo
	Tacna	Piura	Iquitos	Tacna	Huaraz	Iquitos
Estrato III	Huaraz	Huánuco	Huaraz	Huaraz	Chiclayo	Huaraz
	Huancayo	Iquitos	Huánuco	Huánuco	Huánuco	Cusco
	Cusco	Huancayo	Moyobamba	Cusco	Puno	Moyobamba
	Huanuco	Moyobamba	Huanuco	Iquitos	Tacna	Huánuco
Estrato IV	Moyobamba	Cusco	Cusco	Puno	Moyobamba	Piura
	Puno	Ayacucho	Puno	Moyobamba	Iquitos	Ayacucho
	Cajamarca	Puno	Ayacucho	Ayacucho	Ayacucho	Puno
	Ayacucho	Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca

Elaboración: Componente No. 6, ANSSA-PERU.

Nota: Los datos estadísticos aparecen en anexo.

ANEXO No. 1

CALCULOS DE INDICES DE GINI

1. X POBLACION - Y ATENCION, 1982

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN %	Y EN %	XX ACUM.	XY ACUM.
CAJAMARCA	4.50317	1.38655	4.50317	1.38655
CHICLAYO	7.11193	2.59213	11.6151	3.97868
PUNO	5.07228	2.42829	16.6874	6.40696
PIURA	7.15882	3.80994	23.8462	10.2169
HUARAZ	4.92484	2.80488	28.771	13.0216
AYACUCHO	2.42042	1.47458	31.1075	14.4964
IQUITOS	2.91598	1.91231	34.1075	16.4087
HUANUCO	4.66169	3.10077	38.7691	19.5094
HUANCAYO	6.96641	4.67806	45.7356	24.1875
CUZCO	6.93663	5.02286	52.6722	29.2104
ICA	3.42138	2.70951	56.0936	31.9199
TRUJILLO	5.49456	5.31631	61.5882	37.2362
MOYOBAMBA	1.89501	2.20331	63.4852	39.4395
AREQUIPA	4.18016	5.39212	67.6633	44.8316
LIMA	30.9054	52.6178	98.5688	97.4494
TACNA	1.43128	2.55056	100	100
S(XA-YA)=245.596		S(XA)=635.296	G I N I = .386585	

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

CAJAMARCA	820735	567
PUNO	924459	993
AYACUCHO	441139	603
PIURA	1304744	1558
HUANUCO	849626	1268
MOYOBAMBA	345378	901
CUZCO	1264250	2054
HUARAZ	897587	1147
IQUITOS	531458	782
HUANCAYO	1269677	1913
CHICLAYO	1296198	1060
TRUJILLO	1001422	2174
AREQUIPA	701864	2205
LIMA	5632732	21517
TACNA	200860	1043
ICA	623571	1108

2. X POBLACION - Y CONTROL, 1982

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN %	Y EN %	XX ACUM.	ZY ACUM.
HUANCAYO	6.96641	.539811	6.96641	.539811
PUNO	5.07228	.809716	12.0387	1.34957
CUZCO	6.93663	1.21457	18.9753	2.5641
HUANUCO	4.66169	1.48448	23.637	4.04658
HUARAZ	4.92484	2.2942	28.5619	6.34278
TRUJILLO	5.49456	2.96896	34.0564	9.31174
AREQUIPA	4.18016	2.96896	38.2366	12.2807
PIURA	7.15882	6.47773	45.3954	18.7584
LIMA	30.9054	33.1984	76.3009	51.9568
TACNA	3.42138	3.91363	79.7222	55.8705
CAJAMARCA	1.50317	8.5641	81.2263	58.4346
CHICLAYO	7.11193	8.09717	88.3382	66.5317
AYACUCHO	2.42042	14.0351	90.7567	80.5668
IQUITOS	2.42042	4.8583	93.189	85.4251
MOYOBAMBA	1.91598	7.55736	95.105	92.9825
MOYOBAMBA	1.89501	7.01754	100	100
S(XA-YA)=269.8	S(XA)=816.764	G I N I = .330328		

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

CAJAMARCA	820735	60
PUNO	924459	6
AYACUCHO	441139	36
PIURA	1304744	48
HUANUCO	849626	11
MOYOBAMBA	345378	52
CUZCO	1264250	9
HUARAZ	897587	17
IQUITOS	531458	56
HUANCAYO	1269677	4
CHICLAYO	1296198	104
TRUJILLO	1001422	22
AREQUIPA	761864	22
LIMA	5632732	246
TACNA	260860	19
ICA	623571	29

3. X POBLACION - Y SANEAMIENTO, 1982

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN %	Y EN %	XX ACUM.	ZY ACUM.
HUANCAYO	6.96641	1.146413	6.96641	1.146413
CUZCO	6.93663	1.31772	13.903	1.46413
HUARAZ	4.92484	1.31772	18.8279	2.78184
PUNO	7.15882	3.51391	25.9867	6.29575
TRUJILLO	5.49456	3.07467	31.4813	9.37042
IQUITOS	2.91598	1.75695	34.3973	11.1274
CAJAMARCA	4.50317	3.07467	38.9004	14.202
AYACUCHO	2.42042	1.90337	41.3209	16.1054
LIMA	30.9054	30.4539	72.2263	46.5593
CHICLAYO	7.11193	10.8346	79.3382	57.3938
PUNO	5.07228	7.75988	84.4105	65.1537
ICA	3.42138	5.7101	87.8319	70.8638
AREQUIPA	4.18016	7.46706	92.0121	78.3309
HUANUCO	4.66169	8.63836	96.6738	86.9092
TACNA	1.43128	3.66032	98.105	90.6296
MOYOBAMBA	1.89501	9.37042	100	100
S(XA-YA)=264.988	S(XA)=822.381	G I N I = .32222		

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

CAJAMARCA	820735	21
PUNO	924459	53
AYACUCHO	441139	13
PUNO	1304744	24
HUANUCO	849626	59
MOYUBAMBA	345378	64
CUZCO	1264250	9
HUARAZ	877587	9
IQUITOS	531458	12
HUANCAYO	1269677	1
CHICLAYO	1296198	74
TRUJILLO	1001422	21
AREQUIPA	701864	51
LIMA	5532732	208
TACNA	200860	25
ICA	653571	39

4. X POBLACION - Y PREVENTIVO, 1982

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN %	Y EN %	XX ACUM.	XY ACUM.
CUZCO	6.93663	3.16395	6.93663	3.16395
CHICLAYO	7.11193	3.97891	14.0486	7.14286
TRUJILLO	5.49456	3.5954	19.5431	10.7383
IQUITOS	2.91598	1.96548	22.4591	12.7037
CAJAMARCA	4.50317	3.11601	26.9623	15.8197
PIMRA	7.15882	5.0815	34.1211	20.9012
AREQUIPA	4.18016	3.02013	38.3013	23.9214
HUANUCU	4.66169	3.40364	42.963	27.325
LIMA	30.9054	30.0575	73.8684	57.3026
HUANCAYO	6.96641	7.19079	80.8348	64.5733
PUNU	5.07228	5.80058	85.9071	70.3739
HUAHAZ	4.92484	6.08821	90.8319	76.4621
TACNA	1.43128	1.77373	92.2632	78.2359
AYACUCHO	2.42042	5.32119	94.6836	83.5571
MOYUBAMBA	1.69501	5.12943	96.5786	88.6865
ICA	3.42138	11.3135	100	100
-----				
S(XA-YA)=179.315	S(XA)=820.302	GINI = .218596		

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

CAJAMARCA	820735	65
PUNU	924459	121
AYACUCHO	441139	111
PIMRA	1304744	106
HUANUCU	849626	71
MOYUBAMBA	375378	107
CUZCO	1264250	66
HUAHAZ	847587	127
IQUITOS	531458	41
HUANCAYO	1269677	150
CHICLAYO	1296198	83
TRUJILLO	1001422	75
AREQUIPA	701864	63
LIMA	5032732	627
TACNA	200860	37
ICA	623571	236

5. X POBLACION - Y REPARATIVO, 1982

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN X	Y EN X	XX ACUM.	XY ACUM.
CAJAMARCA	4.50317	1.29358	4.50317	1.29358
CHICLAYO	7.11193	2.51759	11.6151	3.81117
PUNO	5.07228	2.24702	16.6874	6.05818
PIURA	7.15882	3.74159	23.8462	9.79976
AYACUCHO	2.42042	1.26781	26.2666	11.0870
HUARAZ	4.92484	2.62839	31.1915	13.696
HUANCAYO	6.96641	4.54299	38.1579	18.259
IQUITOS	2.91598	1.90945	41.0739	20.1484
ICA	3.42138	2.24702	44.4953	22.3954
HUANUCO	4.66169	3.08449	49.157	25.4799
CUZCO	6.93663	5.12279	56.0936	30.6027
TRUJILLO	5.49456	5.40882	61.5882	36.0115
MOYOBAMBA	1.89501	2.04602	63.4832	38.0576
AREQUIPA	4.18016	5.51962	67.6633	43.5772
LIMA	30.9054	53.8305	98.5688	97.4077
TACNA	1.43128	2.59232	100	100
S(XA-YA)=256.745		S(XA)=634.391	G I N I = .404711	

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

CAJAMARCA	820735	502
PUNO	924459	872
AYACUCHO	441139	492
PIURA	1304744	1452
HUANUCO	349626	1197
MOYOBAMBA	345378	794
CUZCO	1264250	1988
HUARAZ	897587	1020
IQUITOS	531458	741
HUANCAYO	1269677	1763
CHICLAYO	1296198	977
TRUJILLO	1001422	2099
AREQUIPA	701864	2142
LIMA	5032732	20890
TACNA	250860	1006
ICA	653571	872

6. X POBLACION - Y TOTAL, 1982

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN Y	Y EN Y	XY ACUM.	XY ACUM.
CAJAMARCA	4.50317	1.50385	4.50317	1.50385
CHICLAYO	7.11193	3.27235	11.6151	4.77621
PUNO	5.07228	2.55193	16.6874	7.32814
PIURA	7.15882	4.01798	23.8462	11.3461
AYACUCHO	2.42042	1.53956	26.2666	12.8857
HUANUCO	4.66169	3.16734	30.9283	16.053
HUARAZ	4.92484	3.40468	35.8532	19.4577
CUZCO	6.93663	4.90223	42.7898	24.3599
IQUITOS	2.91598	2.21377	45.7058	26.5737
HUANCAYO	6.96641	5.49873	52.6722	32.0724
TRUJILLO	5.49456	4.83292	58.1668	36.9053
MOYOBAMBA	1.89501	2.29359	60.0618	39.1989
ICA	3.42138	4.21121	63.4832	43.4101
AREQUIPA	4.18016	5.24879	67.6633	48.6589
LIMA	30.9054	48.8522	98.5688	97.5111
TACNA	1.43128	2.48892	100	100
S(XA+YA)=216.77      S(XA)=638.812      G.I.N I = .339334				

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

CAJAMARCA	820735	716
PUNO	924459	1215
AYACUCHO	441139	733
PIURA	1304744	1913
HUANUCO	849626	1508
MOYOBAMBA	345378	1092
CUZCO	1264250	2334
HUARAZ	897587	1621
IQUITOS	531458	1054
HUANCAYO	1269677	2618
CHICLAYO	1296198	1558
TRUJILLO	1001422	2301
AREQUIPA	761864	2499
LIMA	5632732	23259
TACNA	260860	1185
ICA	623571	2005

7. X POBLACION - Y ATENCION 1983

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN X	Y EN X	%X ACUM.	%Y ACUM.
PIURA	8.13065	1.95605	8.13065	1.95605
CHICLAYO	8.03279	2.36054	16.1635	4.31659
HUANUCO	5.24737	1.91379	21.4108	6.23036
PUNO	5.6634	2.4843	27.0742	8.71466
AYACUCHO	2.70721	1.27687	29.7814	9.99153
CUZCO	7.76388	3.30343	37.5453	13.745
HUARAZ	5.48681	2.71372	43.0322	16.5087
IQUITOS	3.30087	2.05264	46.333	18.5613
TRUJILLO	6.18242	5.84098	52.5154	24.4023
ICA	3.80187	4.08718	56.3173	28.4695
MOYUBAMBA	2.17097	2.48129	58.4883	30.9706
TACNA	1.63636	2.26093	60.1246	33.2317
AREQUIPA	4.74293	6.6228	64.8676	39.8545
LIMA	35.1325	60.1455	100	100
S(XA-YA)=284.761		S(XA)=521.785	G I N I = .545745	

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

PUNO	939048	823
AYACUCHO	448882	423
PIURA	1348142	648
HUANUCO	870066	634
MOYUBAMBA	359968	822
CUZCO	1287328	1260
HUARAZ	909768	899
IQUITOS	547317	680
CHICLAYO	1331916	782
TRUJILLO	1025106	1935
AREQUIPA	786424	2194
LIMA	5825312	19925
TACNA	271324	749
ICA	650387	1354

8. X POBLACION - Y CONTROL 1983

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN %	Y EN %	%X ACUM.	%Y ACUM.
HUANUCO	5.24737	1.56588	5.24737	1.56588
PIURA	8.13065	2.86177	13.378	4.42765
TRUJILLO	6.18242	2.5378	19.5604	6.96544
IQUITOS	3.30087	2.21382	22.8613	9.17927
LIMA	35.1325	31.1555	57.9938	40.3348
CUZCO	7.76388	7.18142	65.7577	47.5162
PUNO	5.6634	6.3175	71.4211	53.8337
CHICLAYO	8.03279	9.39525	79.4539	63.2289
MOYOBAMBA	2.17097	3.02376	81.6248	66.2527
TACNA	1.63636	2.4838	83.2612	68.7365
ICA	3.80187	5.83153	87.0631	74.568
AREQUIPA	4.74293	8.09935	91.806	82.6674
AYACUCHO	2.70721	5.23758	94.5132	87.9049
HUARAZ	5.48681	12.095	100	100
S(XA-YA)=166.761		S(XA)=773.942	G I N I = .215469	

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

PUNO	939048	117
AYACUCHO	448882	97
PIURA	1348142	53
HUANUCO	870066	29
MOYOBAMBA	359968	56
CUZCO	1287328	133
HUARAZ	909768	224
IQUITOS	547317	41
CHICLAYO	1531916	174
TRUJILLO	1025106	47
AREQUIPA	786424	150
LIMA	5825312	577
TACNA	271324	46
ICA	650387	108

9. X POBLACION - Y SANEAMIENTO 1983

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN %	Y EN %	%X ACUM.	XY ACUM.
IQUITOS	3.30087	1.86916	3.30087	1.86916
TRUJILLO	6.18242	1.68224	9.48329	1.86916
HUANUCO	5.24737	1.68224	14.7307	3.5514
CUZCO	7.76388	3.5514	22.4945	7.10281
PIURA	3.13065	5.98131	30.6252	13.0841
LIMA	3.1325	27.2897	65.7577	40.3738
TACNA	1.63636	1.49533	67.394	41.8692
CHICLAYO	8.03279	9.71963	75.4268	51.5888
ICA	3.80187	4.85981	79.2287	56.4486
HUARAZ	5.48681	7.47663	84.7155	63.9253
AYACUCHO	2.70721	4.85981	87.4227	68.7651
MOYUBAMBA	2.17097	4.29907	89.5937	73.0842
PUNO	5.6634	12.8972	95.2571	85.9814
AREQUIPA	4.74293	14.0187	100	100
-----				
S(XA-YA)=217.58	S(XA)=725.431		G I N I = .299932	
-----				

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

PUNO	939048	69
AYACUCHO	448882	26
PIURA	1348142	32
HUANUCO	870066	9
MOYUBAMBA	359968	23
CUZCO	1287328	19
HUARAZ	909768	40
IQUITOS	547317	1
CHICLAYO	1531916	52
TRUJILLO	1025106	9
AREQUIPA	706424	75
LIMA	5825312	146
TACNA	211324	8
ICA	630387	26

10. X POBLACION - Y PREVENTIVO 1983

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN %	Y EN %	XX ACUM.	ZY ACUM.
PIURA	8.13065	1.84453	8.13065	1.84453
IQUITOS	3.30087	1.11989	11.43152	2.96443
HUANUCO	5.24737	1.17391	16.6789	4.13834
TRUJILLO	6.18242	1.0303	22.8613	5.16864
CHICLAYO	8.03279	1.5336	30.8941	6.7022
LIMA	5.1325	1.7576	66.0266	8.4598
PUNO	5.6634	1.20422	71.69	9.664
CUZCO	7.76388	1.64163	79.4539	11.3057
TACNA	1.63636	1.89855	81.0902	13.2042
ICA	3.80187	1.18055	84.8911	14.3847
AREQUIPA	4.74293	1.35441	89.6355	15.7391
AYACUCHO	2.70721	1.66535	92.3422	17.4045
HUARAZ	5.48681	1.32411	97.829	18.6456
MOYOBAMBA	2.17097	1.35441	100	100
S(XA-YA)=227.33		S(XA)=752.956	GINI = .301916	

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

PUNO	939048	79
AYACUCHO	448882	86
PIURA	1348142	28
HUANUCO	870066	33
MOYOBAMBA	359968	142
CUZCO	1287328	116
HUARAZ	909768	201
IQUITOS	547317	17
CHICLAYO	1331916	84
TRUJILLO	1025106	46
AREQUIPA	786424	142
LIMA	5825312	391
TACNA	271324	44
ICA	630387	109

11. X POBLACION - Y REPARATIVO 1983

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN X	Y EN X	XX ACUM.	XY ACUM.
PIURA	8.13065	1.9614	8.13065	1.9614
CHICLAYO	8.03279	2.20816	16.1635	4.16457
HUANUCO	5.24737	1.9013	21.4108	6.07086
AYACUCHO	2.70721	1.06612	24.118	7.13098
HUARAZ	5.48681	2.20816	29.6049	9.34514
PUNO	5.6634	2.35369	35.2683	11.6486
CUZCO	7.76388	3.61911	43.0322	15.3174
IQUITOS	3.30087	2.09744	46.333	17.4154
TRUJILLO	6.18242	5.97596	52.5154	23.3913
MOYUBAMBA	2.17097	2.15122	54.6864	25.5425
ICA	3.80187	3.93863	58.4883	24.4612
TACNA	1.63636	2.23031	60.1246	31.7115
AREQUIPA	4.74293	6.49162	64.8676	38.2031
LIMA	35.1325	61.7969	100	100
S(XA-YA)=293.298		S(XA)=514.744	G I N I = .569794	

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

PUNO	939048	744
AYACUCHO	448882	337
PIURA	1348142	620
HUANUCO	870066	601
MOYUBAMBA	339968	680
CUZCO	1287328	1144
HUARAZ	909768	698
IQUITOS	547317	663
CHICLAYO	1331916	698
TRUJILLO	1025106	1889
AREQUIPA	786424	2052
LIMA	5825312	19534
TACNA	271324	705
ICA	650387	1245

12. X POBLACION - Y TOTAL 1983

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN X	Y EN X	XX ACUM.	XY ACUM.
CHICLAYO	8.03279	3.34178	8.03279	3.34178
PIURA	8.13065	4.03159	16.16335	7.37337
PUNO	5.6634	2.87135	21.8269	10.2447
AYACUCHO	2.70721	1.44055	24.5341	11.6855
HUANUCO	5.24737	3.06635	29.7814	14.7516
CUZCO	7.76388	4.78477	37.5453	19.5364
IQUITOS	3.30067	2.24736	40.8462	21.7838
HUARAZ	5.48681	4.35577	46.333	26.1395
TRUJILLO	6.18242	5.30152	52.5154	31.441
MOYOBAMBA	2.17097	2.35704	54.6864	33.7981
ICA	3.80187	4.41671	58.4883	38.2148
AREQUIPA	4.74293	6.1522	63.2312	44.367
LIMA	33.1325	53.0444	98.3637	97.4114
TACNA	1.63636	2.5886	100	100
S(XA-YA)=192.259			S(XA)=552.348	G I N I = .548076

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

PUNO	939048	1178
AYACUCHO	448882	591
PIURA	1348142	1654
HUANUCO	870066	1258
MOYOBAMBA	339968	967
CUZCO	1287328	1963
HUARAZ	909768	1787
IQUITOS	547317	922
CHICLAYO	1331916	1371
TRUJILLO	1025106	2175
AREQUIPA	786424	2524
LIMA	5825312	21762
TACNA	271324	1062
ICA	630387	1812

13. X POBLACION - Y ATENCION 1984

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN X	Y EN X	XX ACUM.	XY ACUM.
AYACUCHO	2.37951	8.23665	2.37951	8.23665
CHICLAYO	7.12559	2.77226	9.5051	3.59592
CAJAMARCA	4.36335	1.78835	13.8685	5.38427
PIURA	7.25653	3.86514	21.125	9.24941
PUNO	4.96955	2.78508	26.0945	12.0345
HUANUCO	4.64088	2.62804	30.7354	14.66255
CUZCO	6.82986	4.37792	37.5653	19.0405
IQUITOS	2.9365	2.04154	40.5018	21.0622
HUARAZ	4.80173	3.54144	45.3035	24.6234
HUANCAYO	6.89859	7.23671	52.2021	31.8601
TRUJILLO	5.465	5.78489	57.6671	37.645
MOYUBAMBA	1.95409	2.49022	59.6212	40.1352
ICA	3.31778	4.50612	62.939	44.6414
AREQUIPA	4.228	6.01884	67.167	50.6602
LIMA	31.3633	46.3304	98.5303	96.9406
TACNA	1.46968	3.00942	100	100
-----				
S(XA-YA)=212.776		S(XA)=625.205		GINI = .340331
-----				

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

CAJAMARCA	837672	558
PUNO	934049	869
AYACUCHO	436816	257
PIURA	1393102	1206
HUANUCO	890951	820
MOYUBAMBA	375145	777
CUZCO	1511190	1366
HUARAZ	921832	1105
IQUITOS	563746	637
HUANCAYO	1524384	2258
CHICLAYO	1367964	865
TRUJILLO	1049166	1805
AREQUIPA	811687	1878
LIMA	6021104	14456
TACNA	282148	939
ICA	636944	1406

14. X POBLACION - Y CONTROL 1984

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN X	Y EN X	XX ACUM.	XY ACUM.
HUANUCU	4.64088	1.4526	4.64088	1.4526
CAJAMARCA	4.36335	1.6055	9.00423	3.0581
TRUJILLO	5.465	2.14067	14.4692	5.19876
TACNA	1.46968	.764526	15.9389	5.9653
AREQUIPA	4.228	2.44648	20.1669	8.40979
PIURA	7.25653	4.43425	27.4234	12.844
LIMA	31.3633	19.6483	58.7868	32.4424
IQUITOS	2.9365	2.37003	61.7233	34.8624
HUANCAYO	6.89859	6.95719	68.6219	41.8196
CHICLAYO	7.12559	7.18654	75.7475	49.0061
ICA	3.31778	3.44037	79.0652	52.4465
CUZCO	6.82986	11.0856	85.8951	63.5321
HUARAZ	4.80173	8.10397	90.6968	71.6361
PUNO	4.96955	8.94495	95.6664	80.581
MOYUBAMBA	1.95409	3.89908	97.6205	84.4801
AYACUCHO	2.37951	15.5199	100	100
S(XA-YA)=257.684		S(XA)=805.467	G I N I = .314919	

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

CAJAMARCA	837672	21
PUNO	934049	117
AYACUCHO	436816	203
PIURA	1393102	58
HUANUCU	870951	19
MOYUBAMBA	375145	51
CUZCO	1311190	145
HUARAZ	921832	106
IQUITOS	503746	31
HUANCAYO	1324384	91
CHICLAYO	1367964	94
TRUJILLO	1049166	28
AREQUIPA	811687	32
LIMA	6021104	257
TACNA	282148	10
ICA	636944	45

15. X POBLACION - Y SANEAMIENTO 1984

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN %	Y EN %	XX ACUM.	XY ACUM.
TRUJILLO	5.465	1.15942	5.465	1.15942
HUANUCO	4.64088	1.30435	10.1059	2.46377
PIURA	7.25653	3.04348	17.3624	5.50725
HUANCAYO	6.89859	2.89855	24.261	8.4058
LIMA	31.3633	13.8232	55.6243	22.029
CUZCO	6.82986	4.49275	62.4542	26.5217
CAJAMARCA	4.36335	2.89855	66.8176	29.4203
CHICLAYO	7.12559	6.45652	73.9432	36.3168
IQUITOS	2.9365	2.89855	76.8797	39.2154
HUARAZ	4.80173	5.50725	81.6814	44.7026
ICA	3.51778	5.94203	84.9992	50.7240
AYACUCHO	2.37951	5.36232	87.3787	56.007
PUNO	4.96955	12.5188	92.3482	68.4056
TACNA	1.46968	3.91304	93.8179	72.3188
MOYOBAMBA	1.95409	7.97101	95.772	80.2698
AREQUIPA	4.228	19.7101	100	100
-----				
S(XA-YA)=385.142	S(XA)=928.911	G I N I = .414617		
-----				

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

CAJAMARCA	837672	20
PUNO	934049	85
AYACUCHO	436816	37
PIURA	1393102	21
HUANUCO	890951	9
MOYOBAMBA	375145	55
CUZCO	1511190	31
HUARAZ	921832	38
IQUITOS	503746	20
HUANCAYO	1324384	20
CHICLAYO	1367964	48
TRUJILLO	1049166	8
AREQUIPA	811687	136
LIMA	6021104	94
TACNA	202148	27
ICA	636944	41

16. X POBLACION - Y PREVENTIVO 1984

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN %	Y EN %	XX ACUM.	XY ACUM.
CHICLAYO	7.12559	9.85222	7.12559	9.85222
PIURA	7.25653	2.25194	14.3821	5.23715
TRUJILLO	5.465	2.00563	19.8471	5.24279
LIMA	31.3633	14.145	51.2105	19.3878
HUANUCO	4.64088	2.95566	55.8513	22.3434
CUZCO	6.82986	5.10204	62.6812	27.4454
IQUITOS	2.9365	5.21675	65.6177	29.6622
AREQUIPA	4.228	3.80014	69.8457	33.4623
PUNO	4.96955	4.64462	74.8152	38.107
HUARAZ	4.80173	5.52428	79.617	43.6312
CAJAMARCA	4.36335	5.24279	83.9803	48.874
AYACUCHO	2.37951	3.16678	86.3598	52.0408
ICA	3.31778	4.4335	89.6776	56.4743
TACNA	1.46968	5.2076	91.1473	61.6819
MOYOBAMBA	1.95409	7.60028	93.1014	69.2822
HUANCAYO	6.89859	30.7178	100	100
S(XA-YA)=433.402		S(XA)=945.26	G I N I = .458501	

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

CAJAMARCA	837672	149
PUNO	954049	132
AYACUCHO	456816	90
PIURA	1393102	64
HUANUCO	890951	84
MOYOBAMBA	375145	216
CUZCO	1311190	145
HUARAZ	921832	157
IQUITOS	563746	63
HUANCAYO	1324394	873
CHICLAYO	1367964	28
TRUJILLO	1049166	57
AREQUIPA	811687	108
LIMA	6021104	402
TACNA	282148	148
ICA	60944	126

17. X POBLACION - Y REPARATIVO 1984

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN X	Y EN X	XX ACUM.	XY ALUM.
AYACUCHO	2.37951	.588857	2.37951	.588857
CAJAMARCA	4.36335	1.44217	6.74286	2.03103
CHICLAYO	7.12559	2.95134	13.8685	4.98237
PUNO	4.96955	2.59873	18.838	7.5811
PIURA	7.25653	4.0268	26.0945	11.6079
HUANUCO	4.64088	2.5952	30.7354	14.2031
CUZCO	6.82986	4.30536	37.5653	18.5085
IQUITOS	2.9365	2.02398	40.5018	20.5324
HUARAZ	4.80173	3.34274	45.3035	23.8752
HUANCAYO	6.89859	4.88364	52.2021	28.7588
MOYOBAMBA	1.95409	1.97814	54.1562	30.737
TRUJILLO	5.465	6.16361	59.6212	36.9006
ICA	3.31778	4.5134	62.939	41.414
AREQUIPA	4.228	6.24119	67.167	47.6551
LIMA	31.3633	49.5557	98.5303	97.2108
TACNA	1.46968	2.78914	100	100
S(XA-YA)=230.058		S(XA)=616.645	G I N I = .373081	

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

CAJAMARCA	837672	409
PUNO	934049	737
AYACUCHO	436816	167
PIURA	1393102	1142
HUANUCO	870951	736
MOYOBAMBA	375145	561
CUZCO	1311190	1221
HUARAZ	921832	948
IQUITOS	563746	574
HUANCAYO	1324384	1385
CHICLAYO	1367964	837
TRUJILLO	1049166	1748
AREQUIPA	811687	1770
LIMA	6021104	14054
TACNA	282148	791
ICA	636944	1280

18. X POBLACION - Y TOTAL 1984

TABLA DE VALORES

CONCEPTOS	X EN %	Y EN %	XX ACUM.	XY ACUM.
CAJAMARCA	4.36335	1.67247	4.36335	1.67247
CHICLAYO	7.12559	3.50198	11.4889	5.17444
PIURA	7.25653	4.14322	18.7455	9.31766
AYACUCHO	2.37951	1.59918	21.125	10.9166
PUNO	4.96955	3.44178	26.0945	14.3586
HUANUCO	4.64088	3.45748	30.7354	17.8161
CUZCO	6.82986	5.25726	37.5653	23.0534
IQUITOS	2.9365	2.30063	40.5018	25.354
HUARAZ	4.80173	4.09611	45.3035	29.4501
HUANCAYO	6.89859	6.73437	52.2021	36.1845
TRUJILLO	5.465	5.53302	57.6671	41.7173
ICA	3.31778	4.35784	60.9849	46.0753
MOYUBAMBA	1.95409	2.63826	62.939	48.7136
LIMA	31.3633	42.4844	94.3023	91.1974
AREQUIPA	4.228	6.03293	98.5303	97.2309
TACNA	1.46968	2.76913	100	100
S(XA-YA)=164.316		S(XA)=662.549	G I N I = .248005	

LISTA DE VARIABLES DE LOS ARCHIVOS: CONCEPTO, X E Y

CAJAMARCA	837672	639
PUNO	434049	1315
AYACUCHO	436816	611
PIURA	1393102	1583
HUANUCO	870951	1321
MOYUBAMBA	375145	1008
CUZCO	1311190	2001
HUARAZ	921832	1565
IQUITOS	563746	879
HUANCAYO	1324384	2573
CHICLAYO	1367964	1338
TRUJILLO	1049166	2114
AREQUIPA	811687	2305
LIMA	6021104	16232
TACNA	282148	1058
ICA	636944	1665

**ANEXO No. 2**

**CALCULO DE ELASTICIDADES**

PRESUPUESTO EJECUTADO EN REMUNERACIONES/  
PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD

	82/83	83/84
PIURA	* .913757	* 1.69351
CHICLAYO	* .636626	* 2.38697
CAJAMARCA	* .785066	* 3.25416
TRUJILLO	* .981837	* 5.19485
HUACAZ	* .249986	* .147999
LIMA	* 1.481737	* .834196
ICA	* .527655	* 1.55505
AREQUIPA	* 2.62667	* 1.48279
TACNA	* .726015	* 9.9375
PUNO	* .101924	* -.401007
CUZCO	* .358717	* .842071
AYACUCHO	* .78589	* .047523
HUANCAYO	* -4.50219E-02	* -8.06797E-02
HUANUCO	* .476747	* .732751
MOYOBAMBA	* .608374	* 1.90808
IQUITOS	* 1.09581	* 1.61321
TOTAL	* .187931	* 1.06282

PRESUPUESTO EJECUTADO EN BIENES/PRESUPUESTO EJECUTADO  
DE LAS REGIONES DE SALUD

	82/83	83/84
PIURA	* 1.52967	* 1.29163
CHICLAYO	* 4.40654	* 1.86557
CAJAMARCA	* 1.27316	* -11.0287
TRUJILLO	* 3.20172	* -1.32407
HUACAZ	* -1.14056	* 1.01535
LIMA	* 4.32907	* 1.70335
ICA	* 4.91670	* 2.851772
AREQUIPA	* -22.2991	* 2.03677
TACNA	* 2.97772	* 3.0814
PUNO	* -1.984475	* .128964
CUZCO	* 2.2428	* 15.30419
AYACUCHO	* 1.69029	* 3.3126
HUANCAYO	* 3.55427	* 2.92996
HUANUCO	* 2.21808	* .933188
MOYOBAMBA	* 2.04506	* -2.48034
IQUITOS	* 2.64171	* 5.46309
TOTAL	* 3.63343	* 1.76481

PRESUPUESTO EJECUTADO EN SERVICIOS/EN LAS  
REGIONES DE SALUD

	82/83	83/84
PIURA	* 2.80748	* 1.832819
CHICLAYO	* 3.69121	* 13.1345
CAJAMAPCA	* 3.39361	* 136.07
TRUJILLO	* 4.33217	* 1.53243
HUARAZ	* 4.3047	* 4.93739
LIMA	* 3.4095	* 2.3267
ICA	* 3.40714	* 1.226017
AREQUIPA	* 3.44218	* 1.595952
TACNA	* 2.01434	* 1.12766
PUNO	* 1.984475	* 1.148452
CUZCO	* 1.00726	* 1.508858
AYACUCHO	* 2.33262	* 1.23404
HUANCAYO	* 5.47139	* 4.28805
HUANUCO	* 2.11711	* 3.4498
MOYUBAMBA	* 1.11632	* 1.3523
IQUITOS	* 3.20370	* 1.07394
TOTAL	* 3.33267	* 2.87114

PRESUPUESTO EJECUTADO EN OTRAS PARTIDAS/  
PRESUPUESTO EJECUTADO EN LAS REGIONES DE SALUD

	82/83	83/84
PIURA	* 12.14250	* 13.7203
CHICLAYO	* 12.99714	* 134.9646
CAJAMARCA	* 1.71775	* 40.2222
TRUJILLO	* 9.94667	* 135.371
HUARAZ	* 4.56295	* 13.12527
LIMA	* 20.0494	* 15.39794
ICA	* 4.1631324	* 18.161
AREQUIPA	* 4.307228	* 15.86307
TACNA	* 13.97954	* 119.147
PUNO	* 1.196895	* 2.0041
CUZCO	* 1.278559	* 21.5389
AYACUCHO	* 1.314502	* 12.07241
HUANCAYO	* 1.49977	* 9.29772
HUANUCO	* 1.235234	* 8.13095
MOYUBAMBA	* 1.62319	* 8.13272
IQUITOS	* 3.71429	* 16.94554
TOTAL	* 15.42196	* 11.8934

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LAS REGIONES DE SALUD  
PRESUPUESTO EJECUTADO MINISTERIO DE SALUD

	80/81	81/82	82/83	83/84
PIURA	*-3.95236	*1.81673	*2.49893	*169.776
CHICLAYO	*11.4258	*1.74162	*2.19726	*194.289826
CHICLAMARCA	*8.61583	*1.93315	*2.22615	*-54.0865
CAJAJILLO	*4.01816	*1.23565	*.96881	*110.635
TRUJILLO	*4.01946	*-1.47552	*.16437	*286.979
HUARA	*7.22009	*3.91102	*1.74018	*327.245
LIMA	*4.71701	*8.13762	*.171291	*351.032
AREQUIPA	*4.12949	*.77456	*.82843	*14.6044
TACNA	*-14.5365	*.82843	*.82843	*14.6044
PUNO	*14.418	*.95564	*1.53212	*-42.5361
CUZCO	*17.7722	*.80564	*2.97144	*-72.82791
AYACUCHO	*17.46842	*2.15719	*3.69112	*-126.441
HUANUCO	*10.2218	*.46741	*.47369	*-186.1525
MOYUBAMBA	*19.35403	*1.71071	*3.11061	*-160.665
IGUITOS	*-51.2219	*4.55795	*2.29903	*184.805

NOTA: Para los años 1980 y 1981 se han incluido los presupuestos de las ORDES.

PRESUPUESTO EJECUTADO DE MATERIAL MEDICO Y MEDICINAS/  
PRESUPUESTO TOTAL REGIONAL EJECUTADO EN ESA PARTIDA

	82/83		83/84
PIURA	* 1.23475	*	5.84507
CHICLAYO	* 5.63872	*	5.47273
CAJAMARCA	* .631011	*	-18.6573
TRUJILLO	* 5.39962	*	-9.22118
HUARAZ	* -1.36867	*	.62393
LIMA	* 5.837	*	3.46321
ICA	* 7.68414	*	-4.82716
AREQUIPA	* -28.7029	*	4.41005
TACNA	* 2.25934	*	28.7597
PUNO	* 11.0706	*	0
CUZCO	* 2.92647	*	-8.02429
AYACUCHO	* 1.56533	*	6.15197
HUANCAYO	* 5.37537	*	4.0548
HUANUCO	* 2.19488	*	1.99907
MOYOBAMBA	* 1.61779	*	-4.14372
IQUITOS	* 1.15152	*	15.5568

PRESUPUESTO EJECUTADO EN MANTENIMIENTO/PRESUPUESTO  
TOTAL REGIONAL EJECUTADO EN MANTENIMIENTO

	82/83		83/84
PIURA	* 2.25774	*	-2.13045
CHICLAYO	* 4.53406	*	3.15734
CAJAMARCA	* 1.93247	*	-16.8933
TRUJILLO	* 1.255567	*	9.22118
HUARAZ	* -3.60178	*	-6.1629
LIMA	* 2.74871	*	3.21517
ICA	* 2.72789	*	.985544
AREQUIPA	* -20.3177	*	1.31425
TACNA	* 1.250251	*	7.46479
PUNO	* 1.7608	*	-1.768891
CUZCO	* 1.72501	*	-3.5971
AYACUCHO	* 1.24319	*	2.22593
HUANCAYO	* 4.08913	*	2.29074
HUANUCO	* 2.85523	*	1.45387
MOYOBAMBA	* 3.02547	*	-1.87678
IQUITOS	* 3.49293	*	2.92212

PRESUPUESTO EJECUTADO EN LAS AREAS DE SALUD/PRESUPUESTO  
EJECUTADO EN LAS REGIONES DE CAJAMARCA

REGION DE SALUD DE CAJAMARCA

	80/81	81/82	82/83	83/84
CAJAMARCA	* 385571	* 276085	* 949485	* -2.59482
CHOIE	* 1.23074	* 2.90291	* 1.152	* 10.8301

REGION DE SALUD DEL CUZCO

PRESUPUESTO EJECUTADO EN LAS AREAS DE SALUD/PRESUPUESTO  
EJECUTADO DE LA REGION DEL CUZCO

DIRECCION	* 1.28522	* 1.47638	* 7.97526	* 2.28884
CANCHI	* .614617	* .493827	* 1.50323	* -4.81265
CUZCO I	* .592429	* -.821958	* -6.99844	* 1.66661
CUZCO II	* .569801	* .967465	* -7.55701	* 1.643645
LA CONVENC	* 0	* .801752	* 1.47091	* 2.29049

## BIBLIOGRAFIA

1. BUSTIOS ROMANI, Carlos. Sistema de Atención Médica en el Perú: 1963-1983. OPS, Lima, 1984.
2. PERU. CONSEJO NACIONAL DE POBLACION. Evaluación de los Servicios de Planificación Familiar en cinco Regiones de Salud. Lima, 1985.
3. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Recursos Financieros en Salud. Lima, 1983.
4. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Plan de Acciones Coordinadas de Salud (PNAC). Lima, 1981-1985.
5. PERU. MINISTERIO DE SALUD; UNIVERSIDAD DEL PACIFICO. Estudio sobre el Gasto y Financiamiento del Sector Salud en el Perú. Propuesta de Estudio, Perú, Lima.
6. MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. Distribución de los Servicios de Salud en tres elementos del Sector Privado Peruano. Boston, Massachusetts, 02130, Noviembre 1983.
7. VILLANUEVA, Victor. Situación de la Salud y la Dinámica Poblacional en el Norte Peruano: Realidad Poblacional. AMIDEP, 1982.
8. UGARTE, Federico. Salud y Población en el Sur Peruano: Realidad Poblacional. AMIDEP, 1983.
9. UGARTE, Federico. La Situación de la Salud en el Centro Peruano: Realidad Poblacional. AMIDEP, 1984.
10. UGARTE, Federico. La Situación de la Salud en el Oriente Peruano: Realidad Poblacional. AMIDEP, 1985.
11. UGARTE, Federico. El Estado de la Salud, presentado en el Seminario sobre Problemas Poblacionales para Responsables de Planes de Gobierno de Agrupaciones Políticas. AMIDEP, Lima, julio 1984.

12. INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Estudios sobre Seguridad Social y Salud Pública. Dirección General de Investigación y Capacitación.
13. UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA. Demanda Efectiva del Programa de Medicina Comunitaria. 1977-1981.
14. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Situación Política Alimentaria y Nutricional en el Perú. 1968-1980.
15. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Plan Nacional de Desarrollo 1982-1983. Plan Global 1982, 2 Vol.
16. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Plan Nacional de Desarrollo 1982-1983. 1982.
17. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1984. 1983.
18. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Plan Nacional de Desarrollo 1984-1985. 1984.
19. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Programa de Inversión Pública 1981-1985. 1981.
20. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Evaluación Socio-económica 1981. 1982.
21. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Evaluación Socio-económica 1982. 1982.
22. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Evaluación Socio-económica 1983. 1983.
23. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Evaluación Socio-económica 1984. 1984.
24. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Programa de Inversión por Departamentos 1984. 1984.
25. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Programa de Inversión por Departamentos 1985. 1985.
26. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Evaluación del Programa de Cooperación Técnica 1981. 1981.

27. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Evaluación del Programa de Cooperación Técnica 1982. 1982.
28. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Evaluación del Programa de Cooperación Técnica 1983. 1983.
29. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Evaluación del Programa de Inversiones de Cooperación Popular. 1981.
30. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Evaluación del Programa de Inversiones de Cooperación Popular. 1983.
31. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Evaluación del Programa de Inversiones de Cooperación Popular. 1984.
32. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Programa de Inversión Pública por Departamentos. 1981.
33. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Programa de Inversión Pública por Departamentos. 1982. (Está en documento base).
34. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Programa de Inversión Pública por Departamentos. 1983.
35. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Programa de Inversión Pública por Departamentos. 1984.
36. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Evaluación del Programa de Inversiones. Presidencia del Consejo de Ministros, 1980-1984.
37. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Ley de Financiamiento del Presupuesto del Sector Público. 1981.
38. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Ley de Financiamiento del Presupuesto del Sector Público. 1982.
39. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Ley de Financiamiento del Presupuesto del Sector Público. 1983.

40. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Ley de Financiamiento del Presupuesto del Sector Público. 1984.
41. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Ley de Financiamiento del Presupuesto del Sector Público. 1985.
42. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Presupuesto del Sector Público para 1981. 1981.
43. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Presupuesto del Sector Público para 1982. 1982.
44. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Presupuesto del Sector Público para 1983. 1983.
45. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Presupuesto del Sector Público para 1984. 1984.
46. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Presupuesto del Sector Público para 1985. 1985.
47. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Directiva para la formulación del Presupuesto del Sector. 1981.
48. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Directiva para la formulación del Presupuesto del Sector. 1982.
49. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Directiva para la formulación del Presupuesto del Sector. 1983.
50. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Directiva para la formulación del Presupuesto del Sector. 1984.
51. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Directiva para la formulación del Presupuesto del Sector. 1985.
52. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Metodología para la Ejecución del Presupuesto. Existen documentos diferentes por los años 1981-1982, 1983-1984 y 1985.
53. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Plan Operativo del Sector Salud. 1981-1982.
54. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Plan Operativo del Sector Salud. 1982-1983.

55. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Plan Operativo del Sector Salud. 1983-1984.
56. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Plan Operativo del Sector Salud. 1984-1985.
57. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Guía de Programación de Actividades de Salud. Oficina Sectorial de Planificación, 1971.
58. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Principales metas físicas y financieras logradas por el Sector Público Nacional en el ejercicio presupuestal. Este mismo documento existe para los años 1980-1981-1982-1983-1984-1985.
59. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. D. L. No. 177 del Sistema Nacional de Planificación.
60. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. D. S. 016-84 PCM Reglamento del Sistema Nacional de Planificación.
61. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. D. L. 276, Ley de Bases de Carrera Administrativa 24 de marzo 1984.
62. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Niveles remunerativos del Sector Público. 038-84-PCM.
63. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Proyecciones de Población por Regiones de Salud y utilización de indicadores del Sector. Período 1980-1985. Lima, Oficina Sectorial de Planificación, 1984.
64. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION. Informe económico y social. 1980.
65. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Cuenta General de la República 1980, T. 2 Gobierno Central, 1980.
66. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Cuenta General de la República, 1981.
67. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Cuenta General de la República, 1982.

68. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Cuenta General de la República, 1983.
69. PERU. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Cuenta General de la República, 1984.
70. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Evaluación trimestral del presupuesto del Ministerio de Salud. Este documento es elaborado trimestralmente por el Ministerio de Salud, y existen los correspondientes para los años 1980-1981-1982-1983-1984. Oficina de Presupuesto y Planificación del Ministerio de Salud.
71. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Evaluación semestral del Presupuesto del Ministerio de Salud. Este documento es elaborado por semestres por el Ministerio de Salud y existen los correspondientes para los años 1980-1981-1982-1983-1984.
72. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Evaluación Anual del Presupuesto del Ministerio de Salud. Este documento es elaborado anualmente por el Ministerio de Salud y existen los correspondientes para los años 1980-1981-1982-1983-1984.
73. PERU. MINISTERIO DE SALUD. Informe socio-económico del Ministerio de Salud. Existe para los años 1980-1981-1982-1983-1984.
74. INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Balance Anual del IPSS. Este documento es elaborado anualmente y existe para los años 1980-1981-1982-1983-1984.
75. INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Evaluación Anual del Presupuesto del IPSS. Existe para los años 1980-1981-1982-1983-1984.
76. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. Cuentas Nacionales del Perú, 1950-1983.
77. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. Indice de Precios al Consumidor. Publicación mensual del Instituto Nacional de Estadística.
78. PERU. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. Cuentas Nacionales por Departamentos, 1973-1980.
79. BANCO CENTRAL DE RESERVA DEL PERU. Memorias del Banco Central de Reserva, 1953-1984.

80. BANCO CENTRAL DE RESERVA DEL PERU. Boletines mensuales del Banco Central de Reserva. Existen para todos los meses de 1980 a 1984.
81. MASIAS, Carmen; DARRO, Elizabeth; SCHAEFFER, Curt; PETERSON, Charles; Survey of Peruvian private and voluntary Organizations and their contribution to Development in Peru. Perú-Mujer. Lima, Perú. Planning Assistance. New York, 1983. (No revisada).
82. COOPER y LYBRAND. Peru-Private Sector Assessment, Volume I. USAID Strategy, Mayo 1983. (No revisada).
83. FEDERACION NACIONAL DE COOPERTIVAS AGRARIAS AZUCARERAS, (FENDECAAP). La Seguridad Social en las Cooperativas Agrarias Azucareras. Documento de trabajo preparado para la Agencia Internacional de Desarrollo A.I.D. Lima-Perú, Mayo 1983. (No revisada).
84. DAVIDSON, Judith R. Private Sector Contribution to Health care in Peru. June 1983. (No revisada).
85. AYRES SICHERI, Marco Antonio. Estudio sobre el Gasto y el Financiamiento de los principales componentes del Sector Salud en el Perú. Trabajo de Investigación para optar el grado Académico de Bachiller en Economía. Universidad de Lima, 1984.
86. Ley No. 8433. Seguro de enfermedad maternidad-trabajador obrero.
87. Ley No. 13724. Seguro de enfermedad maternidad-empleados.
88. D. L. No. 22482. Régimen de prestaciones de salud.
89. SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES. D. L. No. 19990.
90. Seguro de Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. D. L. No. 18846.
91. D. L. No. 19479. Fondo de Derechos Sociales del Artista Profesional.
92. D. L. No. 16124. Fondo de retiro del chofer profesional e independiente.
93. D. L. No. 20530. Fondo de pensiones y compensaciones de los servidores civiles del Estado.

94. D. L. No. 21241. Fondo de Derecho Social del deportista profesional.
95. D. L. No. 21255. Recaudación de facilidades de pago.
96. D. L. No. 21567. Declaratoria de Fábrica.

---

**MINISTERIO DE SALUD**

**BIBLIOTECA CENTRAL**