

Análisis de los cambios del gasto público en salud en el Perú durante la pandemia de la covid-19

Analysis of changes in public spending on health in Peru during the COVID-19 pandemic

Miguel Armando Zúñiga-Olivares^a

 <https://orcid.org/0000-0002-7233-7468>

E-mail: mzunigao@alumni.usp.br

Áquiles Mendes^{a,c}

 <https://orcid.org/0000-0002-5632-4333>

E-mail: aquilasmendes@usp.br

Leonardo Carnut^b

 <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>

E-mail: leonardo.carnut@fm.usp.br

^aUniversidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil.

^bUniversidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

^cPontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Resumen

Objetivos. Analizar los cambios en el gasto público en salud en el Perú durante la pandemia de la covid-19. Métodos. Estudio descriptivo, de corte transversal. Se analizó el gasto en salud mediante la ejecución presupuestaria de la Función Salud en el periodo 2019-2022. Éste se desagregó por tipo de gasto, nivel de gobierno, fuente de financiamiento, categoría presupuestaria y genérica de gasto.

Resultados. El gasto en salud se incrementó en 28,1%, en 38,7% y en 33,9% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019. El gasto específico en covid-19 representó el 23,5%, el 27,5% y el 14,7% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, respectivamente. Durante la pandemia, el gasto en salud fue financiado principalmente por recursos ordinarios y recursos por operaciones oficiales de crédito, y fue destinado principalmente en personal y obligaciones sociales, contrato administrativo de servicios y suministros médicos. Además, el gasto en programas presupuestales se redujo, afectando hasta nueve programas. Conclusiones. El gasto público en salud tuvo un incremento significativo durante la pandemia y respondió a una demanda contingente y temporal, por lo que no sería sostenible posterior a la emergencia sanitaria nacional, si no se realizan cambios estructurales en el financiamiento de la salud.

Palabras clave: Gastos en Salud, Gasto Público en Salud; Financiación de los Sistemas de Salud; Financiación de la Atención de la Salud; covid-19.

Correspondencia

Miguel Armando Zúñiga Olivares.

E-mail: mzunigao@alumni.usp.br.

Rua Francisco dos Santos 142, Jardim Rizo, Butantã, CEP: 05587-050, São Paulo, Brasil. Teléfono: 11978271760.

Abstract

Objectives. To analyze changes in public spending on health in Peru during the covid-19 pandemic. Methods. Descriptive study, cross-sectional. Health expenditure was analyzed through the budgetary execution of the Health Function in the period 2019-2022. This was disaggregated by type of expenditure, level of government, source of financing, budget category and generic expenditure. Results. Health spending increased by 28.1%, 38.7% and 33.9% in 2020, 2021 and 2022, respectively, compared to 2019. Specific spending on covid-19 accounted for 23.5%, 27.5% and 14.7% of health spending in 2020, 2021 and 2022, respectively. During the pandemic, health expenditure was financed mainly by regular resources and official credit operations, and was spent mainly on personnel and social obligations, administrative services contract and medical supplies. In addition, spending on budget programmes was reduced, affecting up to 9 programmes. Conclusions. Public spending on health increased significantly during the pandemic. This responded to a contingent and temporary demand, so it would not be sustainable after the National Health Emergency, if structural changes are not made in health financing.

Keywords: Health Expenditures; Public Expenditures on Health; Health System Financing; Healthcare Financing; covid-19.

Introducción

Los países de América Latina y el Caribe (ALC) fueron particularmente vulnerables frente a la pandemia de la covid-19, debido a sus altos niveles de pobreza e informalidad laboral y a la precariedad de sus sistemas de protección social y baja capacidad de respuesta sanitaria, lo cual se expresó en sus altos niveles de exceso de mortalidad y mayor gasto de bolsillo en salud (Cid; Marinho, 2022). Esto último fue condicionado por los problemas estructurales de sus sistemas públicos de salud, como la segmentación y fragmentación, el subfinanciamiento y la distribución iniquitativa de los recursos, así como por su dependencia tecnológica y productiva, principalmente en medicamentos y vacunas, afectados por décadas de políticas neoliberales (Cid; Marinho, 2022; Martínez-Gómez; Parraguez-Camus, 2021).

Con la llegada de la pandemia a ALC en febrero de 2020, los gobiernos de estos países empezaron a incrementar el financiamiento público en salud para intentar recuperar rápidamente su capacidad de respuesta sanitaria para prevenir y controlar la covid-19 y mitigar sus efectos sociales y económicos (Cid; Marinho, 2022). Sin embargo, esto no fue suficiente ni mucho menos oportuno, a pesar de que previamente la Organización Mundial de la Salud (OMS) había llamado en reiteradas oportunidades a los países a la preparación frente a futuras epidemias (Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación, 2019).

Desde la década de 1980, diversos gobiernos en ALC fueron reorientando el rol del Estado para implementar políticas neoliberales, siguiendo las directrices del Consenso de Washington (austeridad fiscal, liberalización del capital y el trabajo, privatización, etc.), según su inserción en la economía mundial, como países de capitalismo dependiente (Diehl; Mendes, 2020; Martínez-Gómez; Parraguez-Camus, 2021). Estas políticas intensificaron la ofensiva contra los derechos sociales al actuar como contrarreformas, debilitar sistemáticamente los incipientes sistemas de protección social de ALC y ampliar las inequidades sociales (Diehl; Mendes, 2020; Martínez-Gómez; Parraguez-Camus, 2021). Asimismo, introdujeron la lógica de mercado en los sistemas públicos de salud,

lo cual profundizó la segmentación y fragmentación y el subfinanciamiento -y el desfinanciamiento- y promovió diversas formas de privatización y mecanismos de transferencia de recursos públicos al sector privado (Franco-Giraldo, 2014; Martínez-Gómez; Parraguez-Camus, 2021).

El sistema de salud peruano ha sido construido históricamente como un sistema segmentado y fragmentado, con coexistencia de varios subsistemas públicos de salud, derivados de los ministerios de Salud, Trabajo, Interior, Defensa y Justicia, dirigidos a diversos segmentos poblacionales, según su condición socioeconómica o laboral, y múltiples prestadores de servicios de salud públicos, administrados por el Ministerio de Salud (MINSA) y Gobiernos Regionales, Seguro Social de Salud (EsSalud), Policía Nacional del Perú (PNP), Fuerzas Armadas (FF.AA.) e Instituto Nacional Penitenciario, con escasa integración entre ellos (Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda, 2011). En la provincia de Lima, los servicios de salud públicos continúan siendo administrados por el MINSA. Algunos Gobiernos Locales cuentan con su propia red de servicios de salud, como el Sistema Metropolitano de la Solidaridad, con escasa integración con los demás subsistemas públicos de salud.

En las últimas décadas, el sistema de salud peruano se fue (sub)desarrollando sobre lo dispuesto en la Constitución Política del Perú de 1993 y las leyes subsecuentes durante la década de 1990. La Constitución no reconoce a la salud como un derecho fundamental ni el deber del Estado sobre ella y señala que: “*El Estado determina la política nacional de salud [...] para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. [...] garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas*” (Perú, 1993).

Además, en 1997 se dictó la Ley 26842, Ley General de Salud, la cual estableció la responsabilidad compartida por la salud individual entre la persona, la sociedad y el Estado (al mismo nivel para todos ellos) y el interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la entidad que la provea (pudiendo ser pública o privada); además, señaló que el Estado promueve el aseguramiento universal y garantiza la libre elección de sistemas previsionales en salud. Ese mismo año se dictó la Ley 26790,

Ley de Modernización de la Seguridad Social, la cual dispuso la complementariedad del EsSalud con planes de salud brindados por las entidades prestadoras de salud (sector privado), las cuales reciben un crédito del 25% de la contribución social obligatoria por trabajador.

Bajo este marco normativo, las diversas reformas sectoriales subsecuentes fueron profundizando la segmentación y fragmentación en salud, e implementando el modelo de aseguramiento en salud, a la vez que mantuvo el *statu quo* del subfinanciamiento público y abrió el camino para la transferencia de recursos financieros públicos al sector privado (Eibenschutz *et al.*, 2014; Sánchez-Moreno, 2014). Así, en el Perú, así como en la mayoría de países de América Latina, la concepción de la salud predominante estuvo bajo la lógica de mercado, en que la prioridad del Estado era la de garantizar ese tipo de funcionamiento mediante el modelo de aseguramiento en salud (Eibenschutz *et al.*, 2014; Franco-Giraldo, 2014).

En 2009, se dictó la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, por la cual se estableció un sistema con múltiples seguros de salud, públicos y privados, denominados Instituciones Administradoras de Fondos de Salud (IAFAS), como el Seguro Integral de Salud (SIS), EsSalud, Entidades Prestadoras de Salud, compañías de seguros privados de salud, etc., diversos regímenes de financiamiento (subsidiado, contributivo y semicontributivo) y diferentes planes de aseguramiento en salud (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud [PEAS], planes complementarios y planes específicos). Así, se consolidó el viraje hacia un sistema de salud basado en esquemas de aseguramiento, con mayor segmentación y fragmentación del financiamiento público, mayor apertura a la participación de entidades privadas y mayor desigualdad de las coberturas de prestaciones de salud (Castro, 2009; Eibenschutz *et al.*, 2014).

En 2013 se desarrolló la reforma del sector salud, orientada a fortalecer la política de Aseguramiento Universal de Salud. En ese año se dictaron varios decretos legislativos para consolidar la gobernanza en favor del Aseguramiento Universal de Salud. El Decreto Legislativo 1158 fortaleció el rol de la Superintendencia Nacional de Salud, precisando sus

funciones de regulación, supervisión y fiscalización sobre los agentes del Aseguramiento Universal en Salud bajo su competencia. El Decreto Legislativo 1173 y el Decreto Legislativo 1174 dispusieron la adecuación de la organización y funcionamiento de los fondos de salud de la PNP y de las FF. AA. hacia IAFAS públicas, respectivamente. Además, en 2016, se dictó el Decreto Supremo 010-2016-SA, por el cual se dispuso la desintegración vertical de las IAFAS públicas, mediante la separación administrativa y contable sus partes aseguradora y prestadora de servicios de salud, bajo el supuesto de gestionar los recursos financieros en forma más eficiente.

A pesar de que la política de Aseguramiento Universal en Salud y la reforma del sector salud del 2013 tuvieron finalidades similares: garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, y asegurar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud, respectivamente; no se dio el financiamiento público suficiente para esos fines. Durante el periodo 2000-2019, el gasto público en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) se incrementó en 1 punto porcentual (p.p.), pasando del 2,3% al 3,3%, manteniéndose por debajo de lo recomendado por la OMS (>6%), e incluso por debajo del gasto promedio de ALC (4%). Mientras que el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud se redujo en 12 p.p., pasando del 40,3% al 28,1%, similar al gasto promedio de ALC (28,4%), pero manteniéndose por encima de lo recomendado por la OMS (<20%) (OMS, 2010; The World Data Bank, 2021).

En consecuencia, el subfinanciamiento público continuó siendo un problema estructural que, junto con la segmentación y la fragmentación, condicionó la persistencia de diversas brechas de recursos en salud, como infraestructura, equipamiento biomédico, recursos humanos, medicamentos, etc., los cuales, a su vez, restringieron el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud, hechos que fueron advertidos reiteradamente - previo a la pandemia- por la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo y el propio MINSA (Contraloría General de la República, 2019; Defensoría del Pueblo, 2017; Perú, 2020).

El 11 de marzo de 2020, el Gobierno Nacional declaró la emergencia sanitaria nacional,

estableciéndose medidas de prevención y control para evitar la propagación de la covid-19, mediante el Decreto Supremo 008-2020-SA. En ese escenario, y bajo esas condiciones de precariedad, el sistema de salud peruano tuvo que prepararse rápidamente e iniciar la lucha contra la pandemia de la covid-19.

Este estudio tiene como objetivo analizar los cambios en el gasto público en salud en el Perú, durante la pandemia de la covid-19, mediante el análisis de la ejecución presupuestaria en la Función Salud durante el periodo 2019-2022.

Métodos

Este estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal. Se analizó la ejecución presupuestaria de la Función Salud, a nivel del gasto devengado, del periodo 2019-2022. La ejecución presupuestaria a nivel de devengado es el gasto que afecta en forma definitiva el presupuesto de las entidades públicas en el año fiscal.

Los datos fueron extraídos del módulo “Gasto Presupuestal (Actualización Diaria)” del “Seguimiento de la Ejecución Presupuestal (Consulta Amigable”) del Portal de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas.

Los valores nominales de la ejecución presupuestaria fueron convertidos (deflactados) a valores reales, en soles (moneda peruana) constantes del 2019, para hacerlos comparables. Para ello, se utilizó el índice de precios al consumidor del periodo 2019-2022 según reporte del Banco Central de Reserva del Perú.

El análisis del gasto fue desagregado por tipo de gasto (actividades y proyectos), nivel de gobierno (Gobierno Nacional, Regionales y Locales), fuente de financiamiento (recursos ordinarios [RO], recursos por operaciones oficiales de crédito [ROOC], donaciones y transferencias [DyT], recursos directamente recaudados [RDR] y recursos determinados [RD]), categoría presupuestaria (programas presupuestales, asignaciones presupuestarias que no resultan en productos [APNOP] y acciones centrales), y genérica de gasto (personal y obligaciones sociales, pensiones y otras prestaciones sociales, bienes y servicios, donaciones y transferencias, otros gastos y adquisición de

activos no financieros). Además, el gasto fue desagregado por departamento, dividido por su población, según reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática, para analizar el gasto per cápita por departamento.

Cabe precisar que RO son ingresos provenientes principalmente de la recaudación tributaria, ROOC son ingresos provenientes principalmente del endeudamiento público, RDR son ingresos generados por las entidades públicas principalmente por la prestación de servicios, DyT son ingresos recibidos por las entidades públicas principalmente de las donaciones o trasferencias financieras de otras entidades públicas, gobiernos u organismos internacionales, y RD son ingresos provenientes principalmente del canon y sobrecanon, regalías, renta de aduanas y participaciones.

En forma complementaria, se analizó la ejecución presupuestaria de la Función Salud específico en covid-19, siguiendo el mismo procedimiento descrito en los párrafos anteriores. Los datos fueron extraídos del módulo “Consulta Amigable Covid-19” del “Seguimiento de la Ejecución Presupuestal (Consulta Amigable)” del Portal de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas.

La ejecución presupuestaria de la Función Salud fue considerada una medida aproximada del gasto público en salud. En adelante, esta será referida como gasto en salud. Cabe precisar que este gasto no incluye el gasto de EsSalud.

Resultados

Gasto en salud

El gasto en salud representó el 13,2% (S/ 23698 millones), el 13,7% (S/ 25665 millones) y el 13,5% (S/ 24770 millones) del gasto del Gobierno General en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 representó el 11,5% (S/ 18502 millones). Este gasto se incrementó en 28,1%, 38,7% y 33,9% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019 (Gráfico 1).

Además, el presupuesto no ejecutado en salud representó el 12,3% (S/ 3326 millones), 12,6% (S/ 3696 millones) y 11% (S/ 3072 millones) del presupuesto en salud en 2020, 2021 y 2022, respectivamente,

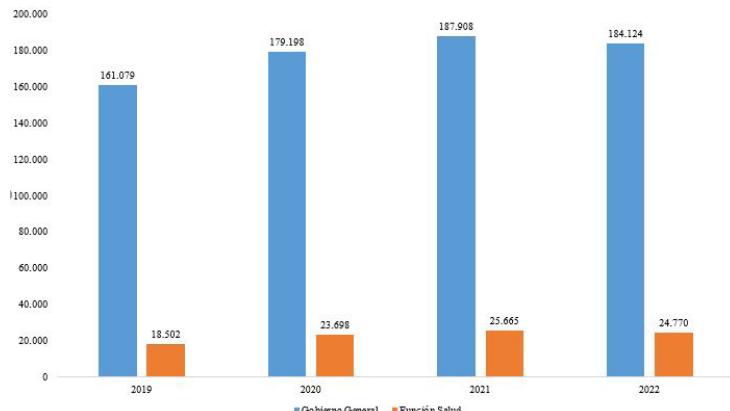
mientras que en 2019 representó el 11,4% (S/ 2389 millones). Este se incrementó en 39,2%, en 54,7% y en 28,6% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019.

El gasto en salud incluyó el gasto por transferencias entre unidades del Gobierno. Este gasto representó el 7,8%, el 7%, el 6,7% y el 7,3% del gasto en salud en 2019, 2020, 2021 y 2022, respectivamente (Tabla 2). El SIS fue responsable del 99,3%, el 94,8%, el 98,5% y el 99,6% de ese gasto en 2019, 2020, 2021 y 2022, respectivamente.

La relación entre el gasto en actividades y el gasto en proyectos, antes y durante la pandemia, se mantuvo aproximadamente de 9 a 1 (Tabla 1). El gasto en actividades (principalmente en gastos corrientes) representó el 91,5%, el 90% y el 85,7% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 representó el 89,7%; este gasto se incrementó en 30,6%, en 39,2% y en 27,9% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019. El gasto en proyectos (principalmente en gastos de capital) representó el 8,5%, el 10% y el 14,3% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 representó el 10,3%; este gasto se incrementó en 6,1%, en 34,9% y en 86,1% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019.

El gasto ejecutado por el Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales representó, en conjunto, aproximadamente el 98% del gasto en salud, en proporción casi igualitaria antes de la pandemia, pero con una leve concentración en el Gobierno Nacional durante la pandemia (Tabla 1). El gasto ejecutado por el Gobierno Nacional representó el 50,8%, el 50,2% y el 50,1% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 representó el 48,9%; este gasto se incrementó en 33,2%, en 42,6% y en 37,4% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019. El gasto ejecutado por los Gobiernos Regionales representó el 47,3%, el 47,5% y el 46,7% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 representó el 49,5%; este gasto se incrementó en 22,4%, en 33,2% y en 26,4% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019.

Gráfico I – Gasto del Gobierno General y de la Función Salud, en millones de soles constantes del 2019, 2019-2022.



Fuente: elaboración propia.

Tabla I – Gasto de la Función Salud, según variables seleccionadas, en millones de soles constantes del 2019, 2019-2022.

Variables	2019		2020		2021		2022	
	S/	%	S/	%	S/	%	S/	%
Función Salud	18.502		23.698		25.665		24.770	
Tipo de gasto:								
Actividades	16.603	89,7	21.683	91,5	23.105	90,0	21.237	85,7
Proyectos	1.893	10,3	2.014	8,5	2.560	10,0	3.533	14,3
Nivel de gobierno:								
Gobierno Nacional	9.043	48,9	12.043	50,8	12.891	50,2	12.422	50,1
Salud ^a	8.284	44,8	10.865	45,8	11.106	43,3	10.361	41,8
Interior ^b	427	2,3	500	2,1	482	1,9	438	1,8
Defensa ^c	331	1,8	357	1,5	340	1,3	328	1,3
Justicia ^d	1,2	0,0	0,8	0,0	0,9	0,0	1,4	0,0
Presidencia del Consejo de Ministros ^e	-	-	242	1,0	743	2,9	1.208	4,9
Transportes y Comunicaciones ^f	-	-	79	0,3	219	0,9	86	0,3
Gobiernos Regionales	9.150	49,5	11.204	47,3	12.192	47,5	11.569	46,7
Gobiernos Locales	309	1,7	451	1,9	582	2,3	779	3,1
Fuente de financiamiento:								
Recursos ordinarios	15.077	81,5	18.064	76,2	16.943	66,0	18.045	72,9
Recursos directamente recaudados	861	4,7	717	3,0	585	2,3	553	2,2
Recursos por operaciones oficiales de crédito	573	3,1	2.724	11,5	5.672	22,1	3.405	13,7
Donaciones y transferencias	1.571	8,5	1.641	6,9	1.737	6,8	1.692	6,8
Recursos determinados	420	2,3	552	2,3	728	2,8	1.074	4,3
Categoría presupuestaria:								
Programas presupuestales	8.827	47,7	8.207	34,6	8.420	32,8	7.872	31,8

continúa...

Tabla I – Continuación.

Variables	2019		2020		2021		2022	
Acciones presupuestarias que no resultan en productos	6.781	36,7	12.594	53,1	14.497	56,5	13.678	55,2
Acciones Centrales	2.894	15,6	2.896	12,2	2.748	10,7	3.219	13,0
Genéricas de gasto								
Personal y obligaciones sociales ^h	7.944	42,9	8.880	37,5	8.743	34,1	8.183	33,0
Pensiones y otras prestaciones sociales ^h	20	0,1	27	0,1	30	0,1	18	0,1
Bienes y servicios (gasto corriente) ^{g, h}	6.192	33,5	9.796	41,3	11.034	43,0	9.986	40,3
Suministros médicos	1.514	8,2	3.084	13,0	2.228	8,7	1.914	7,7
Servicios de limpieza, seguridad y vigilancia	202	1,1	255	1,1	327	1,3	299	1,2
Servicios de mantenimiento, acondicionamiento y reparaciones	244	1,3	200	0,8	196	0,8	296	1,2
Alquileres de muebles e inmuebles	76	0,4	170	0,7	374	1,5	198	0,8
Servicios profesionales y técnicos	1.364	7,4	1.592	6,7	1.097	4,3	723	2,9
Contrato administrativo de servicios	1.523	8,2	3.233	13,6	4.692	18,3	4.425	17,9
Locación de servicios relacionadas al rol de la entidad	-	-	-	-	789	3,1	847	3,4
Donaciones y transferencias corrientes ^{g, h}	1.912	10,3	2.235	9,4	2.407	9,4	2.263	9,1
A organismos internacionales	472	2,5	567	2,4	698	2,7	465	1,9
A otras unidades del Gobierno	1.440	7,8	1.668	7,0	1.709	6,7	1.797	7,3
Otros gastos corrientes ^h	276	1,5	278	1,2	606	2,4	497	2,0
Donaciones y transferencias de capital ⁱ	-	-	119	0,5	5,2	0,0	32	0,1
Otros gastos de capital ⁱ	0,001	0,0	0,01	0,0	0,3	0,0	-	-
Adquisición de activos no financieros ^{g, i}	2.158	11,7	2.363	10,0	2.839	11,1	3.791	15,3
Construcción de edificios y estructuras	1.360	7,3	1.121	4,7	1.496	5,8	2.508	10,1
Adquisición de vehículos, maquinarias y otros	625	3,4	1.021	4,3	1.024	4,0	917	3,7

Fuente: elaboración del autor. a Incluye al MINSA, SIS, Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. b Incluye la Sanidad de la PNP. c Incluye las Sanidades de las FF.AA. d Incluye el Instituto Nacional Penitenciario. e Incluye la Autoridad para la Reconstrucción con Cambios. f Incluye el Proyecto Especial Legado Proyecto Especial Legado. g Principales subgenéricas de gasto. h Gastos corrientes. i Gastos de capital.

El gasto financiado por RO, antes de la pandemia, representó aproximadamente el 80% del gasto en salud, seguido, en menor medida, del gasto por DyT. Sin embargo, durante la pandemia, la participación del gasto

financiado por ROOC fue aumentando, desplazando al gasto financiado por DyT (Tabla 1). El gasto financiado por RO representó el 76,2%, el 66% y el 72,9% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, respectivamente,

mientras que en 2019 representó el 81,5%; este gasto se incrementó en 19,8%, en 12,4% y en 19,7% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019. El gasto por ROOC representó el 11,5%, el 22,1% y el 13,7% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 representó el 3,1%; este gasto se incrementó en 375,7%, en 890,7% y en 494,7% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019. El gasto por DyT representó el 6,9%, el 6,8% y el 6,8% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 representó el 8,5%; este gasto se incrementó en 4,4%, en 10,5% y en 7,7% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019.

El gasto en programas presupuestales antes de la pandemia representó aproximadamente el 50% del gasto en salud. Sin embargo, durante la pandemia, este gasto fue disminuyendo, a la vez que aumentó el gasto en APNOP (Tabla 1). El gasto en programas presupuestales representó el 34,6%, el 32,8% y el 31,8% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 representó el 47,7%; este gasto se redujo en 7%, en 4,6% y en 10,8% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019. El gasto en APNOP representó el 53,1%, el 56,5% y el 55,2% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 representó el 36,7%; este gasto se incrementó en 85,7%, en 113,8% y en 101,7% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019.

Durante la pandemia, la reducción del gasto en programas presupuestales afectó negativamente hasta 9 programas-7 sectoriales y 2 multisectoriales- (Tabla 2). Los programas más afectados fueron: “enfermedades no transmisibles”, “enfermedades metaxénicas y zoonosis”; “tuberculosis-VIH/SIDA”, “programa articulado nutricional” y “prevención y control del cáncer”. No obstante, se incrementó el gasto en 2 programas (sectoriales): “prevención y control en salud mental” y “reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas”.

El gasto en personal y obligaciones sociales y bienes y servicios representó, antes y durante la pandemia, aproximadamente el 80% del gasto en salud (Tabla 1). El gasto en personal y obligaciones sociales (compensaciones económicas, guardias hospitalarias, bonificaciones y servicios complementarios de salud para trabajadores nombrados y contratados a tiempo indeterminado) representó el 37,5%, el 34,1% y el 33% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 representó el 42,9%; este gasto se incrementó en 11,8%, en 10,1% y en 3% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019.

El gasto en bienes y servicios fue destinado principalmente en contrato administrativo de servicios (contraprestación y bonificaciones de trabajadores con contrato temporal) y suministros médicos (productos farmacéuticos y materiales, insumos, instrumental y accesorios médicos y de laboratorio) (Tabla 2). El gasto en contrato administrativo de servicios representó el 13,6%, el 18,3% y el 17,9% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, mientras que en 2019 representó el 8,2%; este gasto se incrementó en 112,2%, en 208% y en 190,5% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019. El gasto en suministros médicos representó el 13%, el 8,7% y el 7,7% del gasto en salud en 2020, 2021 y 2022, mientras que en 2019 representó el 8,2%; este gasto se incrementó en 103,7%, en 47,2% y en 26,4% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, con respecto al 2019.

Por otro lado, el gasto en salud per cápita a nivel nacional fue de S/ 722, S/ 774 y S/ 740 en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 fue de S/ 569. En relación al gasto per cápita por departamento, la diferencia entre los departamentos con mayor y menor gasto per cápita fue de S/ 650, S/ 606 y S/ 583 en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 fue de S/ 477; y la razón entre estos fue de 2,7, 2,4 y 2,3 en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que en 2019 fue de 2,4 (Tabla Suplementaria 1).

Tabla 2 – Gasto de la Función Salud, por programa presupuestales, en millones de soles constantes del 2019, 2019-2022

Programas presupuestales	2019		2020		2021		2022	
	s/	%	s/	%	s/	%	s/	%
Función Salud	18.502		23.698		25.665		24.770	
Programa Articulado Nutricional ^{a, b}	2.610	14,1	2.405	10,2	2.557	10,0	891	3,6

continúa...

Tabla 2 – Continuación.

Programas presupuestales	2019		2020		2021		2022	
Productos específicos para desarrollo infantil temprano ^c	-	-	-	-	-	-	1.368	5,5
Salud materno neonatal ^a	2.207	11,9	1.957	8,3	1.983	7,7	1.996	8,1
Tuberculosis-VIH/SIDA ^a	627	3,4	562	2,4	551	2,1	521	2,1
Enfermedades metaxénicas y zoonosis ^a	390	2,1	340	1,4	368	1,4	299	1,2
Enfermedades no transmisibles ^a	844	4,6	691	2,9	663	2,6	587	2,4
Prevención y control del cáncer ^a	763	4,1	615	2,6	693	2,7	668	2,7
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas ^a	576	3,1	770	3,2	746	2,9	637	2,6
Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad ^a	89	0,5	83	0,4	82	0,3	87	0,4
Prevención y control en salud mental ^a	297	1,6	328	1,4	353	1,4	402	1,6
Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres ^c	102	0,6	79	0,3	76	0,3	95	0,4
Prevención y tratamiento del consumo de drogas ^c	7,6	0,0	7,0	0,0	7,6	0,0	8,0	0,0
Lucha contra la violencia familiar ^c	-	-	24	0,1	-	-	-	-
Productos específicos para reducción de la violencia contra la mujer ^c	-	-	-	-	0,6	0,0	0,3	0,0
Mejora de las capacidades militares para la defensa y el desarrollo nacional ^d	315	1,7	344	1,5	340	1,3	312	1,3
Desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación tecnológica ^c	0,2	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0	0,8	0,0

Fuente: elaboración del autor. a Programa del Sector Salud. b En 2022 se inició la migración de productos del PAN a Productos específicos para desarrollo infantil temprano. c Programa multisectorial. d Programa del Sector Defensa.

Tabla suplementaria I – Gastos con la función sanitaria

Funciones	2019		2020		2021		2022	
	s/	%	s/	%	s/	%	s/	%
Gobierno General	161.079		179.198		187.908		184.124	
Función Educación	28.775	17,9	28.350	15,8	31.296	16,7	31.218	17,0
Función Salud	18.502	11,5	23.698	13,2	25.665	13,7	24.770	13,5
Función Previsión Social	16.304	10,1	15.587	8,7	16.458	8,8	16.179	8,8
Función Transporte	15.622	9,7	15.715	8,8	18.570	9,9	17.474	9,5
Función Planeamiento, Gestión y Reserva de Contingencia	14.586	9,1	14.829	8,3	17.201	9,2	18.214	9,9
Función Deuda Pública	13.247	8,2	12.526	7,0	14.022	7,5	18.887	10,3
Función Orden Público y Seguridad	10.823	6,7	11.233	6,3	10.827	5,8	10.345	5,6
Función Protección Social	6.612	4,1	13.793	7,7	14.117	7,5	8.198	4,5
Función Justicia	6.126	3,8	6.155	3,4	6.271	3,3	6.134	3,3
Función Defensa y Seguridad Nacional	5.504	3,4	5.733	3,2	5.127	2,7	4.987	2,7
Función Saneamiento	4.610	2,9	3.903	2,2	4.936	2,6	4.399	2,4
Función Agropecuaria	4.607	2,9	4.721	2,6	4.993	2,7	6.160	3,3
Función Cultura y Deporte	3.441	2,1	1.577	0,9	1.724	0,9	2.721	1,5
Función Ambiente	3.237	2,0	3.349	1,9	3.453	1,8	3.632	2,0
Función Vivienda y Desarrollo Urbano	3.120	1,9	3.308	1,8	3.826	2,0	3.298	1,8
Función Comunicaciones	1.185	0,7	824	0,5	1.252	0,7	1.080	0,6
Función Energía	1.148	0,7	1.407	0,8	1.591	0,8	1.486	0,8
Función Relaciones Exteriores	757	0,5	738	0,4	924	0,5	800	0,4
Función Trabajo	515	0,3	8.864	4,9	3.335	1,8	1.643	0,9
Función Comercio	494	0,3	580	0,3	569	0,3	624	0,3
Función Turismo	493	0,3	889	0,5	411	0,2	381	0,2
Función Legislativa	489	0,3	429	0,2	521	0,3	679	0,4
Función Pesca	466	0,3	401	0,2	389	0,2	422	0,2
Función Minería	230	0,1	255	0,1	244	0,1	197	0,1
Función Industria	187	0,1	364	0,2	187	0,1	195	0,1

continúa...

Tabla suplementaria I – Continuación.

Funciones	2019		2020		2021		2022	
	s/	%	s/	%	s/	%	s/	%
Función Salud	18.502		23.698		25.665		24.770	
Función Salud o resto de la Función Salud	18.502	100,0	18.119	76,5	18.608	72,5	21.133	85,3
COVID-19	0	0,0	5.578	23,5	7.057	27,5	3.637	14,7

Fuente: elaboración propia.

Gasto en salud específico en covid-19

El gasto en salud específico en covid-19 representó el 25,7% (S/ 5578 millones), 39,8% (S/ 7057 millones) y 77,9% (S/ 3637 millones) del gasto del Gobierno General específico en covid-19 en 2020, 2021 y 2022, respectivamente (Gráfico 2).

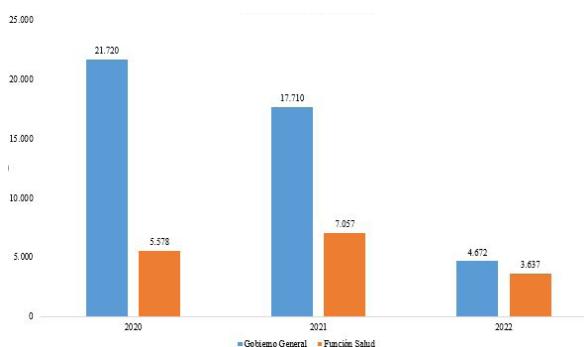
Además, el presupuesto no ejecutado en salud específico en covid-19 representó el 14,7% (S/ 958 millones), el 14% (S/ 1147 millones) y el 13,1% (S/ 547 millones) del presupuesto en salud específico en covid-19 en 2020, 2021 y 2022, respectivamente.

En relación con el gasto en salud, el gasto en salud específico en covid-19 representó el 23,5%, el 27,5% y el 14,7% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente (Gráfico 3).

El gasto en salud específico en covid-19 incluyó el gasto por transferencias entre unidades del Gobierno. Este gasto representó el 2,7%, el 1,1% y el 1,4% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente (Tabla 3). El SIS fue responsable del 56,4%, del 69% y del 100% de ese gasto en 2020, 2021 y 2022, respectivamente, mientras que el MINSA fue responsable del 42,8% y del 30,6% de ese gasto en 2020 y 2021, respectivamente.

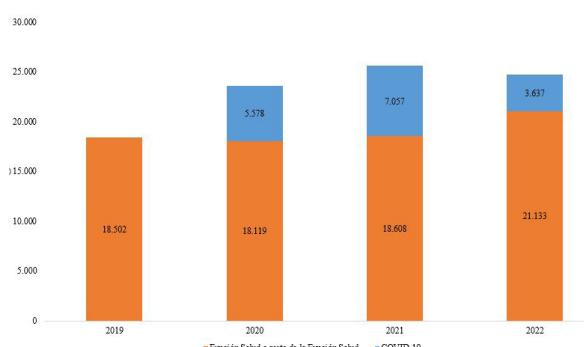
El gasto en salud específico en covid-19 fue principalmente en actividades (excluye proyectos) (94,7%, 93,9% y 92,2% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente); fue ejecutado principalmente por el Gobierno Nacional (62,4%, 49,9% y 49,2% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente). La fuente principal de financiamiento fue RO (54,8%, 34,4% y 38,9% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente) y ROOC (36,6%, 57,2% y 47,6% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente).

Gráfico 2 – Gasto del Gobierno General y de la Función Salud específico en COVID-19, en millones de soles constantes del 2019, 2020-2022



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3 – Gasto de la Función Salud y de la Función Salud específico en COVID-19, en millones de soles constantes del 2019, 2019-2022



Fuente: elaboración propia

Además, este gasto fue realizado principalmente en APNOP, en prevención, control, diagnóstico y tratamiento de la covid-19 (94,7%, 93,9% y 92,2% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente). Fue destinado principalmente en suministros médicos (31%, 13,1% y 12,8% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente), contrato administrativo de servicios (27,1%, 41,6% y 51,2% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente), personal y obligaciones sociales (9,8%, 13,3% y 6,1% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente), y adquisición de vehículos, maquinarias y otros, principalmente

en adquisición de mobiliario, equipos y aparatos médicos (8,5%, 6,7% y 7,6% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente) (Tabla 3).

Por otro lado, el gasto específico en covid-19 per cápita a nivel nacional fue de S/ 170, S/ 213 y S/ 109, en 2020, 2021 y 2022, respectivamente. En relación al gasto per cápita por departamento, la diferencia entre los departamentos con mayor y menor gasto per cápita fue de S/ 266, S/ 251 y S/ 125 en 2020, 2021 y 2022, respectivamente; y la razón entre estos fue de 5,2:3,5 y 3,8 en 2020, 2021 y 2022, respectivamente (Tabla Suplementaria 2).

Tabla 3 – Gasto de la Función Salud específico en COVID-19, según variables seleccionadas, en millones de soles constantes del 2019, 2020-2022

Variables	2020		2021		2022	
	s/	%	s/	%	s/	%
Función Salud	5.578		7.057		3.637	
Tipo de gasto:						
Actividades	5.280	94,7	6.628	93,9	3.353	92,2
Proyectos	298	5,3	428	6,1	284	7,8
Niveles de gobierno:						
Gobierno Nacional	3.482	62,4	3.523	49,9	1.789	49,2
Salud ^a	3.146	56,4	3.156	44,7	1.660	45,6
Interior ^b	67	1,2	38	0,5	0,5	0,0
Presidencia del Consejo de Ministros ^c	189	3,4	138	2,0	45	1,2
Transportes y Comunicaciones ^d	79	1,4	191	2,7	84	2,3
Gobiernos Regionales	1.997	35,8	3.480	49,3	1.830	50,3
Gobiernos Locales	99	1,8	54	0,8	18	0,5
Fuentes de financiamiento:						
Recursos ordinarios	3.055	54,8	2.427	34,4	1.414	38,9
Recursos directamente recaudados	III	2,0	44	0,6	14	0,4
Recursos por operaciones oficiales de crédito	2.040	36,6	4.037	57,2	1.731	47,6
Donaciones y transferencias	257	4,6	383	5,4	366	10,1
Recursos determinados	115	2,1	166	2,3	112	3,1
Categorías presupuestarias:						
Programas presupuestales	9,1	0,2	21	0,3	0,9	0,0

continúa...

Tabla 3 – Continuación.

Variables	2020		2021		2022	
	s/	%	s/	%	s/	%
Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos ^e	5.569	99,8	7.036	99,7	3.636	100,0
Prevención, control, diagnóstico y tratamiento de Coronavirus	5.280	94,7	6.625	93,9	3.352	92,2
Inversiones	289	5,2	410	5,8	284	7,8
Gastos genéricos:						
Personal y obligaciones sociales ^h	548	9,8	939	13,3	221,8	6,1
Pensiones y otras prestaciones sociales ^h	1,3	0,0	0,1	0,0	0,005	0,0
Bienes y servicios ^{e, h}	4.052	72,6	5.144	72,9	2.809	77,2
Suministros médicos	1.728	31,0	922	13,1	467	12,8
Servicios de limpieza, seguridad y vigilancia	23	0,4	68	1,0	32	0,9
Servicios de mantenimiento, acondicionamiento y reparaciones	72	1,3	40	0,6	26	0,7
Alquileres de muebles e inmuebles	96	1,7	283	4,0	101	2,8
Servicios profesionales y técnicos	364	6,5	563	8,0	194	5,3
Contrato administrativo de servicios	1.514	27,1	2.934	41,6	1.862	51,2
Locación de servicios relacionadas al rol de la entidad	0	0,0	122	1,7	38	1,0
Donaciones y transferencias corrientes ^{e, h}	330	5,9	232	3,3	51	1,4
A organismos internacionales	180	3,2	155	2,2	-	-
A otras unidades del Gobierno	151	2,7	77	1,1	51	1,4
Otros gastos corrientes ^h	11	0,2	213	3,0	251	6,9
Donaciones y transferencias de capital ⁱ	118	2,1	-	-	-	-
Otros gastos de capital ⁱ	0,01	0,0	0,3	0,0	-	-
Adquisición de activos no financieros ^{e, i}	517	9,3	528	7,5	304	8,4
Construcción de edificios y estructuras	35	0,6	51	0,7	34	0,7
Adquisición de vehículos, maquinarias y otros	472	8,5	470	6,7	277	7,6

Fuente: elaboración del autor. a Incluye al MINSA, SIS, Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. b Incluye la Sanidad de la PNP. c Incluye la Autoridad para la Reconstrucción con Cambios. d Incluye el Proyecto Especial Legado. e Principales subgenéricas de gasto. h Gastos corrientes. i Gastos de capital.

Tabla suplementaria 2 – Gastos con la función sanitaria

Funciones	2020		2021		2022	
	S/	%	S/	%	S/	%
Gobierno General	21.720		17.710		4.672	
Función Trabajo	6.948	32,0	1.141	6,4	371	7,9
Función Protección Social	6.873	31,6	7.831	44,2	116	2,5
Función Salud	5.578	25,7	7.057	39,8	3.637	77,9
Función Orden Público y Seguridad	728	3,4	41	0,2	45	1,0
Función Educación	520	2,4	1.169	6,6	355	7,6
Función Defensa y Seguridad Nacional	326	1,5	12	0,1	8,6	0,2
Función Planeamiento, Gestión y Reserva de Contingencia	289	1,3	77	0,4	56	1,2
Función Transporte	178	0,8	206	1,2	56	1,2
Función Justicia	66	0,3	29	0,2	17	0,4
Función Turismo	57	0,3	-	-	-	-
Función Relaciones Exteriores	36	0,2	0,7	0,0	0,0	0,0
Función Saneamiento	26	0,1	102	0,6	0,3	0,0
Función Ambiente	23	0,1	0,6	0,0	0,2	0,0
Función Comercio	23	0,1	5,2	0,0	3,7	0,1
Función Pesca	21	0,1	0,7	0,0	0,2	0,0
Función Cultura y Deporte	15	0,1	28	0,2	0,0	0,0
Función Agropecuaria	4,8	0,0	7,4	0,0	5,3	0,1
Función Industria	3,6	0,0	0,2	0,0	-	-
Función Previsión Social	3,4	0,0	0,8	0,0	0,3	0,0
Función Vivienda y Desarrollo Urbano	1,4	0,0	-	-	0,0	0,0
Función Comunicaciones	0,2	0,0	3,0	0,0	-	-
Función Energía	0,1	0,0	-	-	0,0	0,0
Función Minería	0,0	0,0	-	-	-	-

Fuente: elaboración propia

Discusión

Con la llegada de la pandemia de la covid-19 al Perú, el Gobierno se vio obligado a incrementar el financiamiento público para reorganizar y ampliar -temporalmente- la capacidad de oferta y resolutiva de los servicios de salud, mediante decretos de urgencia

con medidas extraordinarias en materia económica y financiera. Asimismo, dada la necesidad de una respuesta conjunta entre los subsistemas públicos de salud, el Gobierno Nacional autorizó transferencias financieras no solo para el MINSA y los Gobiernos Regionales, sino también para EsSalud y las sanidades de la PNP y las FF.AA. Esta situación evidenció la

necesidad de construir un sistema unificado de salud que asegure el derecho a la seguridad social con acceso universal garantizada por el Estado y basado en la atención primaria de salud (Acuerdo Nacional, 2021).

Si bien durante la pandemia hubo un incremento significativo del gasto público en salud, esto respondió a una demanda contingente y temporal para financiar las acciones de vigilancia y respuesta sanitaria frente a la pandemia, y se prevé que continúe mientras dure la emergencia sanitaria nacional. En 2022, se ha mantenido la política de incremento del gasto público debido a la pandemia, pero se prevé que a partir del 2023 se aplique un ajuste fiscal progresivo hasta llegar al 2026 con un gasto público por debajo de los niveles de prepandemia (Ministerio de Economía y Finanzas, 2022). Esto supone la reducción del presupuesto público para el cierre de las diversas brechas de recursos sanitarios, e incluso para la adecuada operación y mantenimiento de los establecimientos públicos de salud existentes. De darse ese escenario, se prolongarían las décadas de bajo gasto público en salud y alto gasto de bolsillo en salud, en contra de lo recomendado por la OMS (2010).

El gasto en salud durante la pandemia tuvo una leve concentración en el Gobierno Nacional debido, en parte, a la participación -por primera vez- de otros sectores, que actuaron en apoyo al MINSA, como la Autoridad para la Reconstrucción por Cambios, adscrita a la Presidencia del Consejo de Ministros, y el Proyecto Especial Legado, adscrito al Ministerio de Transportes y Comunicaciones, para ampliar la capacidad de oferta y resolutiva de los servicios públicos de salud.

Además, durante la pandemia, EsSalud recibió varias transferencias financieras del Ministerio de Economía y Finanzas, mediante el Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo (registradas en la Función Trabajo), para financiar la implementación, adecuación y operación de los centros de atención y aislamiento temporal y establecimientos de salud afectados en uso, a nivel nacional, para la atención de pacientes con covid-19, sean o no asegurados de EsSalud, así como para la continuidad de los trabajadores de salud contratados temporalmente durante la pandemia. Esto se dio desde el 2020, a partir del Decreto Supremo 093-2020-EF y continuó en el 2021 y 2022. Esto puso en evidencia no solo el

uso de recursos financieros públicos por EsSalud, lo cual fue extensivo para otros sectores, sino también la necesidad de integración de los diversos subsistemas públicos de salud para responder a las necesidades sanitarias de la población, sobre todo frente a emergencias y desastres en salud.

El incremento del gasto en salud durante la pandemia fue financiado principalmente por ROOC, derivado de la emisión de bonos y líneas de crédito contingente (endeudamiento público), y por RO, derivado de la Reserva de Contingencia y, en parte, de los activos financieros del Fondo de Estabilización Fiscal, todo ello canalizado mediante la Reserva de Contingencia, al amparo del Decreto de Urgencia 051-2020 y del Decreto de Urgencia 013-2021. A su vez, el aumento significativo del gasto público fue posible por la suspensión temporal y excepcional de las reglas fiscales en 2020 y 2021 y su ajuste en 2022, al amparo del Decreto Legislativo 1457 y del Decreto de Urgencia 079-2021. El incremento significativo del gasto público para financiar la lucha contra la covid-19 fue la política fiscal seguida por la mayoría de los países del mundo (International Monetary Fund, 2021).

Además, hubo un leve incremento del gasto por DyT, principalmente para el financiamiento de las prestaciones de salud de los asegurados del SIS; a la vez que hubo una reducción importante del gasto por RDR, principalmente por la reducción de los pagos directos en los establecimientos públicos de salud. Esto último se debió, en parte, a los efectos del Decreto Legislativo 1466, que facultó al SIS a afiliar temporalmente al régimen subsidiado, en un plan de cobertura integral, a las personas con diagnóstico o sospecha de covid-19 que no contaran con seguro de salud y a los afiliados previamente por el alcance del Decreto de Urgencia 017-2019. Este último decreto facultó al SIS a afiliar a todas personas que no cuenten con un seguro de salud, aunque en un plan de cobertura parcial.

La reducción del gasto en programas presupuestales fue factible por el dictado de decretos de urgencia con disposiciones de excepciones a restricciones de modificaciones presupuestarias, las cuales permitieron habilitar recursos de programas presupuestales hacia APNOP, en la actividad presupuestaria “Prevención, control, diagnóstico y tratamiento de coronavirus”, al amparo del Decreto

de Urgencia 025-2020 y del Decreto de Urgencia 012-2021. Estas reasignaciones presupuestarias se dieron en relación al aumento rápido y significativo de la demanda de atención por covid-19, a la vez que se restringían los servicios para la atención de otras patologías. Esto último ocurrió en la mayoría de países de ALC (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

En consecuencia, hubo un desplazamiento de la demanda y acumulación de la demanda no atendida, lo cual se expresó en los malos resultados de varios indicadores sanitarios. Por ejemplo, se redujeron las coberturas de vacunas completas y de controles de crecimiento y desarrollo completos en niños menores de 36 meses, así como las coberturas de tratamiento de diabetes mellitus y de tratamiento de hipertensión arterial en personas de 15 o más años y la de atención en servicios odontológicos en niños menores de 12 años (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2023b, 2023a).

El incremento significativo del gasto público en salud durante la pandemia se dio en relación a las diversas brechas en recursos en salud existentes previamente (Contraloría General de la República, 2019; Defensoría del Pueblo, 2017; Perú, 2020). Este incremento financió principalmente la contratación temporal de trabajadores de salud (contrato administrativo de servicios) y horas de trabajo adicionales de los mismos trabajadores (servicios complementarios de salud), para poner en funcionamiento las áreas de expansión para la atención de pacientes con covid-19, las campañas de vacunación y el reemplazo de trabajadores de salud con factores de riesgo con licencia o en trabajo remoto; y la compra de medicamentos y materiales e insumos médicos y de laboratorio para la atención de pacientes con covid-19 (incluyendo oxígeno medicinal, equipos de protección personal, pruebas moleculares, etc.), así como de vacunas contra la covid-19 (Ministerio de Salud, 2021a).

El gasto por transferencias a otras unidades del Gobierno representó aproximadamente el 7% del gasto en salud, debido, casi en su totalidad, a transferencias financieras del SIS a unidades ejecutoras del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales responsables de brindar prestaciones de salud a sus asegurados. El incremento de este gasto fue debido, en parte,

al financiamiento de prestaciones económicas de sepelio por covid-19, autorizado mediante el Decreto de Urgencia 012-2021. En este estudio no se pudo excluir este tipo de gasto, debido a limitaciones de la fuente de información de donde se extrajeron los datos. No obstante, los resultados son analizados en participaciones y variaciones porcentuales, reduciendo posibles imprecisiones. Esto debe ser considerado en otros estudios que se enfoquen directamente en el gasto en los servicios de salud.

A pesar del incremento significativo del gasto público en salud durante la pandemia, no se pudo revertir la precaria capacidad de respuesta del sistema de salud al nivel requerido para mitigar los efectos sanitarios de la pandemia, con mayores consecuencias negativas sobre las poblaciones más vulnerables. Incluso, a pesar del incremento progresivo del gasto público en salud en las últimas décadas (Ministerio de Salud, 2021b), éste no se vinculó a una meta clara y concreta sobre cuánto presupuesto público se necesita incrementar, cómo se haría para incrementar dicho presupuesto y en cuánto tiempo se lograría ello, para dotar de recursos financieros suficientes para el cierre progresivo de las diversas brechas de recursos en salud frente a las necesidades de la población.

Este incremento no evitó que el Perú fuera el país con la mayor tasa de mortalidad acumulada por covid-19, con 6.476 muertes acumuladas por millón de habitantes, al 26 de mayo de 2023, y con el mayor porcentaje de exceso de mortalidad acumulada, con un 44% más muertes que lo proyectado sin pandemia, al 9 de octubre de 2022 (Ritchie *et al.*, 2020), incluyendo sus consecuencias diferenciales sobre los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad socioeconómica (Villar; Francke; Loewenson, 2024). Además, este incremento tampoco se evitó que aumentara el monto promedio del gasto de bolsillo en salud de la población, independiente de la cobertura o no de un seguro de salud (Hernández-Vásquez *et al.*, 2022).

Consideraciones finales

El incremento significativo del gasto público en salud fue una medida contingente y temporal debido a la pandemia de la covid-19, por lo que su sostenibilidad no está garantizada luego de la emergencia sanitaria

nacional, la cual terminó el 25 de mayo de 2023, con la perdida de vigencia del Decreto Supremo 003-2023-SA. Por ello, se debe hacer seguimiento de la evolución del gasto público en salud en los siguientes años, para verificar si se mantiene la tendencia hacia el aumento del gasto público o si retornamos al *statu quo* del subfinanciamiento público. De darse esto último, es probable que cualquier otra situación de emergencia sanitaria nacional tenga las mismas consecuencias trágicas que tuvo la pandemia de la covid-19 sobre la vida y la salud de la población.

No obstante, en el Perú, persisten los problemas estructurales del financiamiento de la salud, no solo por el subfinanciamiento público y la fragmentación de los fondos públicos de salud, sino también por la falta de diversificación de las fuentes de financiamiento y la falta de predictibilidad del nivel de los recursos financieros provenientes de dichas fuentes. Además, también persiste la inequidad en la asignación de los recursos financieros para la salud, incluso si estos son escasos, lo que da cuenta de una deficiente planificación estratégica del presupuesto público y la falta de uso de criterios técnicos (demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos o geográficos) para la asignación de dichos recursos en función a las necesidades de la población.

Las preocupaciones sobre el futuro del sistema de salud peruano son fundadas si es que se pretende lograr el acceso universal a la salud sin realizar ningún cambio estructural que revierta el proceso histórico de debilitamiento de lo público (la mercantilización de la salud), lo cual incluye los efectos negativos que la segmentación y la fragmentación persistente tienen sobre la eficiencia y la equidad del sistema de salud (Lal *et al.*, 2021; Siqueira *et al.*, 2021) y los límites de la política de Aseguramiento Universal en Salud para lograr el acceso universal, efectivo y equitativo a los servicios de salud y la protección financiera en salud (Jumpa-Armas, 2020; Zavala-Curzo, 2023).

En ese sentido, el sistema de salud peruano requiere con urgencia incrementar su presupuesto público en forma sostenible, predecible y vinculado a las necesidades de salud de la población, sin desconsiderar la adecuada asignación y gasto de dichos recursos, a la vez que requiere iniciar el proceso político de cambios estructurales en su organización, financiamiento y provisión de servicios, con el fin de

proteger el derecho a la vida y la salud de la población, tanto frente a los problemas sanitarios cotidianos como frente a futuras emergencias y desastres en salud, para no repetir errores del pasado ni del presente.

Referencias

- ACUERDO NACIONAL. *Sesión 131: Consensos por el Perú* [Internet]. Lima: AN, 2021. Disponible en: <http://www.acuerdonacional.pe/wp-content/uploads/2021/08/CONSENSOS-POR-EL-PERU-27-de-mayo-2021-FINAL.pdf>. Accedido en: 22 marzo 2024.
- ALCALDE-RABANAL Jacqueline E., LAZO-GONZÁLEZ Oswaldo, NIGENDA Gustavo. Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, Morelos, v. 53, p. s243-s254, 2011. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019&lng=es&nrm=iso&tlang=es. Accedido en: 22 marzo 2024.
- CASTRO Julio. Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Lima, v. 26, n. 2, p. 232-235, 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200016&lang=en. Accedido en: 22 marzo 2024.
- CID, Camilo; MARINHO María Luisa. *Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes*. Santiago: CEPAL, 2022. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47914-anos-pandemia-covid-19-america-latina-caribe-reflexiones-avanzar-sistemas-salud>. Accedido en: 22 marzo 2024.
- CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. *Operativo de control: Por una salud de calidad*. Lima: CGR, 2019. Disponible en: <https://apps5.contraloria.gob.pe/sroc/doc/historicos/resumen/2019-08.pdf>. Accedido en: 22 marzo 2024.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Informe de Adjuntía no 34-2017-DP/AAE*: Análisis de los resultados de la supervisión nacional a los establecimientos estratégicos. Lima: DP; 2017. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/>

file/1202002/IA-034-2017-Establecimientos-de-salud.pdf. Accedido en: 22 marzo 2024.

DIEHL Rodrigo C.; MENDES Jussara Maria Rosa. Neoliberalismo y protección social en América Latina: salvando el capital y destruyendo el social. *Revista Katálysis*, Santa Catarina, v. 23, n. 2, p. 235-246, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n2p235>

EIBENSCHUTZ Catalina; VALDIVIA Alexandre Saco; GONZÁLEZ Siliva Tamez; GATICA Xarení Zagra; VILLEGAS Raquel María Ramírez. Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, 2014. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140077>

FRANCO-GIRALDO Álvaro. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Rev Fac Nac Salud Pública*, Medellín, v. 32, n. 1, p. 98-107, 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000100011&lng=en&nrm=iso&tlang=es. Accedido en: 22 marzo 2024.

HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ, Akram; ROJAS-ROQUE, Carlos; BARRENECHEA-PULACHE Antonio; BENDEZU-QUISPE, Guido. Measuring the Protective Effect of Health Insurance Coverage on Out-of-Pocket Expenditures During the COVID-19 Pandemic in the Peruvian Population. *International Journal Health Policy Management*, [s. l.], v. 11, n. 10, p. 2299-2307, 2022. <http://dx.doi.org/10.34172/IJHPM.2021.154>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Informe Principal. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022. Lima: INEI, 2023a. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_2022.pdf. Accedido en: 22 marzo 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022. Lima: INEI, 2023b. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf. Accedido en: 22 marzo 2024.

INTERNATIONAL MONETARY FUND. Fiscal Affairs Department. 2021. Fiscal Monitor Database of Country Fiscal Measures in Response to the COVID-19 Pandemic. October 2021. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19>. Accedido en: 22 marzo 2024.

JUMPA-ARMAS David. Aseguramiento universal en salud en el Perú: una aproximación a 10 años de su implementación. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, Lima, v. 19, n. 3, 2020. <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2158>

JUNTA DE VIGILANCIA MUNDIAL DE LA PREPARACIÓN. *Un mundo en peligro*: informe anual sobre la preparación mundial para las emergencias sanitarias [Internet]. Geneva: OMS, 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/annual-report-2019>. Accedido en: 22 marzo 2024.

LAL, Arush; ERONDU, Ngozi A.; HEYMANN, David L.; GITAIHI, Githinji; YATES, Robert. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet*, London, v. 397, n. 10268, p. 61-67, 2021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32228-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32228-5)

MARTÍNEZ-GÓMEZ, Ciro; PARRAGUEZ-CAMUS, Carla. Daño social, neoliberalismo y la pandemia del Covid-19 en América Latina. *Papeles de Población*, Ciudad de México, v. 27, n. 107, p. 103-140, 2021. <https://doi.org/10.22185/24487147.2021.107.05>

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. *Marco Macroeconómico Multianual 2023-2026* [Internet]. Lima: MEF, 2022. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2023_2026.pdf. Accedido en: 22 marzo 2024.

MINISTERIO DE SALUD. *Tiempos de pandemia 2020-2021* [Internet]. Lima: MINSA, 2021a. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5485.pdf>. Accedido en: 22 marzo 2024.

MINISTERIO DE SALUD. *Cuentas de salud: Perú 2002-2019* [Internet]. Lima: Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, MINSA, 2021b. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5624.pdf>. Accedido en: 22 marzo 2024.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe de la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud*: el camino hacia la cobertura universal [Internet]. Geneva: OMS; 2010. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>. Accedido en: 22 marzo 2024.

OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Tercera ronda de la encuesta nacional sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19*. Washington, DC, OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56165>. Accedido en: 22 marzo 2024.

PERÚ. *Constitución Política del Perú*. Lima: Diario Oficial El Peruano, 29 de diciembre de 1993. Disponible en: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H682678>. Accedido en: 22 marzo 2024.

PERÚ. *Resolución Ministerial n° 025-2020-MINSA*. Indicadores de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano, 24 de enero de 2020a. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/412671-025-2020-minsa>. Accedido en: 22 marzo 2024.

RITCHIE, Hannah *et al.* Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data, [s. l.], 2020. Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Accedido en: 22 marzo 2024.

SÁNCHEZ-MORENO, Francisco. El sistema nacional de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Lima, v. 31, n. 4, p. 747-753, 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400021&lang=en. Accedido en: 22 marzo 2024.

SIQUEIRA, Marina; COUBE, Maíra; MILLETT, Christopher; ROCHA, Rudi; HONE, Thomas. The impacts of health systems financing fragmentation in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 1-8, 2021. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01714-5>

VILLAR, Eugenio; FRANCKE, Pedro; LOEWENSON, Rene. Learning from Perú: Why a macroeconomic star failed tragically and

unequally on Covid-19 outcomes. *SSM - Health Systems*, Amsterdam, v. 2, p. 100007, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2023.100007>

WORLD DATA BANK. Health Nutrition and Population Statistics. *World Data Bank*, [s. l.], 2022. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics#>. Accedido en: 22 marzo 2024.

ZAVALA-CURZO, David Fernando. Impacto del Aseguramiento en Salud en la Economía de los Hogares Peruanos, 2010-2019. *Acta Médica Peruana*, Lima, v. 40, n. 2, p. 91-103, 2023. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2023.402.2527>

Aportaciones individuales de los autores

Miguel Armando Zúñiga-Olivares: conceptualización, curación de datos, análisis formal, redacción —borrador original, redacción—revisión y edición. Áquila Mendes y Leonardo Carnut: metodología, supervisión, validación, redacción —revisión y edición. Los tres autores aprueban la versión final del manuscrito y acuerdan ser responsables de todos los aspectos del trabajo.

Financiamiento

Este trabajo se realizó con el apoyo de la Coordinación para el Mejoramiento del Personal de Educación Superior—Brasil (CAPES)—Código de Financiamiento 001.

Conflictos de intereses

Los tres autores declaran no tener conflictos de intereses.

Recibido: 09/04/2024

Re-presentado: 26/07/2024

Aprobado: 10/08/2024