

Presupuesto público para la salud en el Perú en el periodo 2019-2024

Public budget for health in Peru for the 2019-2024 period

Miguel Armando Zúñiga Olivares ^{1,a}

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

^a Médico especialista en gestión en salud, maestro en salud pública. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7233-7468>.

An Fac med. 2024;85(3):277-286. / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v85i3.27538>.

Correspondencia:

Miguel Armando Zúñiga Olivares
mzunigao@alumni.usp.br

Recibido: 2 de marzo 2024

Aprobado: 11 de junio 2024

Publicación en línea: 31 de agosto 2024

Conflictos de interés: El autor declara no tener conflicto de interés.

Fuente de financiamiento: El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Contribuciones de autoría: MAZO: concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de datos, recolección y obtención de resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final. MAZO asume la responsabilidad frente a todos los aspectos del manuscrito.

Citar como: Zúñiga M. Presupuesto público para la salud en el Perú, en el periodo 2019-2024. An Fac med. 2024; 85(3):277-286.
DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v85i3.27538>.

Resumen

Introducción. En el Perú, las leyes de presupuesto público definen el nivel y la distribución inicial del presupuesto para la salud. **Objetivo.** Analizar la evolución del nivel y distribución inicial del presupuesto para la salud en el Perú en el periodo 2019-2024. **Métodos.** Estudio descriptivo. Se analizó el presupuesto de la función Salud, por categorías presupuestarias, programas presupuestales, niveles de gobierno y departamentos del periodo 2019-2024, según datos del Ministerio de Economía y Finanzas. **Resultados.** Entre 2019 y 2024, el presupuesto para la función Salud aumentó en 35%; mientras que su participación en el presupuesto del gobierno general aumentó de 10,8% a 12,2%, respectivamente. Asimismo, disminuyó la participación de programas presupuestales y aumentó la participación de gobiernos regionales. Entre 2019 y 2024, los programas presupuestales relacionados a salud mental, cáncer y atención de emergencias y urgencias médicas tuvieron un aumento progresivo e importante en su presupuesto; en contraste, los programas presupuestales relacionados a enfermedades no transmisibles, metaxénicas y zoonosis y tuberculosis-VIH/SIDA tuvieron un presupuesto menor al del 2019. Asimismo, el 50% del presupuesto de la función Salud se concentró en 2 o 3 departamentos, principalmente en Lima. **Conclusiones.** Hubo un aumento general del presupuesto para salud, aunque su evolución fue irregular. Dicho aumento favoreció a las acciones no vinculadas a resultados, así como a los gobiernos regionales. Algunos programas presupuestales tuvieron una pérdida efectiva de recursos. Pocos departamentos concentraron gran parte del presupuesto.

Palabras clave: Presupuestos; Financiación de la Atención de la Salud; Asignación de Recursos para la Atención de Salud; Perú (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Introduction. In Peru, public budget laws define the level and initial distribution of the health budget. **Objective.** To analyze the evolution of the level and initial distribution of the health budget in Peru in the period 2019-2024. **Methods.** Descriptive study. The budget of the Health function was analyzed by budget categories, budget programs, levels of government and departments, from 2019 to 2024, according to data from the Ministry of Economy and Finance. **Results.** Between 2019 and 2024, the budget for the Health function increased by 35%; while its share in the budget of the General Government increased from 10.8% to 12.2%, respectively. Also, the participation of budgetary programs in the budget decreased; while participation of Regional Governments increased. Between 2019 and 2024, budget programs related to mental health, cancer and emergency and emergency medical care saw a progressive and significant increase in their budget; in contrast, budget programs related to non-communicable diseases, metaxians and zoonoses and tuberculosis-HIV/AIDS had a lower budget than in 2019. Also, 50% of the budget of the Health function was concentrated in 2 or 3 departments, mainly in Lima. **Conclusions.** There was a general increase in the health budget, although its evolution was irregular. This increase favored actions not linked to results, as well as regional governments. Some budget programs actually lost resources. Few departments concentrated much of the budget.

Keywords: Budgets; Health Care Financing; Health Care Resource Allocation; Peru (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El presupuesto público es un instrumento esencial de financiamiento para viabilizar la implementación de las políticas públicas y el logro de sus efectos esperados en la población. El presupuesto debe asignar equitativamente los recursos públicos y responder a criterios de eficiencia, necesidades sociales y descentralización ⁽¹⁾. En el Perú, el proyecto de ley de presupuesto público es elaborado por el Poder Ejecutivo y enviado al Congreso de la República ⁽¹⁾. El proyecto es sustentado y debatido en el Pleno, luego es estudiado en la Comisión de Presupuesto, y finalmente es sustentado, debatido y aprobado por el Congreso y enviado al Poder Ejecutivo (hasta el 30 de noviembre), quien lo promulga ^(1,2). En diciembre de 2023, se promulgó la Ley 31953, ley de presupuesto público del 2024 ⁽³⁾, que incluyó el presupuesto para la salud.

Este tema es de mucho interés, dado que las leyes de presupuesto público definen el nivel y la distribución de los recursos públicos destinados al cumplimiento de las funciones a cargo del Estado, como la salud. Este presupuesto inicial no permanece estático y puede ser objeto de modificaciones durante el año. Por ello, es esencial que el presupuesto público sea discutido ampliamente antes, durante y después de su aprobación.

A pesar de que en el Perú se señala reiteradamente que la salud es (o debe ser) prioritaria en el presupuesto público, el sistema de salud peruano sufre de una crisis de financiamiento de larga data ⁽⁴⁾. Esta situación viene perpetuando y ampliando la brecha entre los recursos sanitarios disponibles (infraestructura, equipamiento, medicamentos, recursos humanos, etc.) y las necesidades de salud de la población ⁽⁵⁾. Esto, a su vez, determina y limita el acceso y el uso de los servicios de salud, así como la capacidad de respuesta del sistema de salud ante problemas sanitarios cotidianos (desnutrición, mortalidad materna, tuberculosis, etc.) y, más notablemente, ante emergencias y desastres.

En el contexto de la pandemia de la COVID-19, un estudio realizado por el Banco Mundial sobre el financiamiento

en salud en Perú reveló que el presupuesto ejecutado en salud aumentó su participación en el presupuesto ejecutado total en el primer año de la pandemia, pasando del 11,5% en 2019 al 13,2% en 2020. No obstante, el estudio destacó una brecha en el gasto público en salud respecto al producto bruto interno, alcanzando sólo el 3,3% en 2019, lejos de la meta internacional del 6%. Asimismo, destacó la fragmentación del presupuesto en varias entidades administradoras de fondos públicos, así como su desvinculación con el logro de resultados a través de programas presupuestales ⁽⁶⁾.

Además, un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud sobre el desempeño presupuestario en salud en ocho países de América Latina y el Caribe reveló que el Perú incrementó significativamente su presupuesto en salud en los dos primeros años de la pandemia. En 2019, la tasa de ejecución presupuestal con respecto al presupuesto inicial fue del 92,8%. Esta tasa aumentó a 120,7% en 2020 y 119,9% en 2021. En esos años, el presupuesto ejecutado relacionado a la COVID-19 representó el 25,1% y 29,5% del presupuesto ejecutado en salud, respectivamente ⁽⁷⁾.

Durante la pandemia de la COVID-19, en el Perú se adicionaron y redireccionaron los esfuerzos y los recursos sanitarios para la atención de la emergencia sanitaria. No obstante, se restringieron parcialmente los servicios de salud para la atención de otras prioridades sanitarias, a la vez que se redujeron los presupuestos que los financiaban, especialmente en programas presupuestales (PP) ⁽⁸⁾. A pesar de ello, y como consecuencia de ello, el Perú tuvo la mayor tasa de mortalidad por COVID-19 y una de las mayores tasas de exceso de muertes en el mundo ⁽⁹⁾.

El objetivo de este estudio es analizar la evolución del nivel y la distribución inicial del presupuesto para la salud, especialmente en prioridades sanitarias y territorios, en el periodo 2019-2024. Este estudio permitirá contar con evidencia sobre la gestión financiera pública en salud en el Perú, particularmente sobre la formulación y aprobación del presupuesto inicial, así como la desagregación de la asignación

presupuestaria inicial, en el contexto de la Emergencia Sanitaria Nacional (ESN) debido a la pandemia de la COVID-19.

MÉTODOS

Diseño del estudio

El diseño del estudio es de tipo descriptivo. Las variables de estudio serán descritas para cada año fiscal para el periodo 2019 al 2024.

Variables de estudio

El presupuesto institucional de apertura (PIA) es el presupuesto inicial de las entidades públicas, definido en base a los créditos presupuestarios establecidos en la ley de presupuesto público del año fiscal correspondiente (del 1 de enero al 31 de diciembre). El PIA fue desagregado en las siguientes dimensiones: funciones, categorías presupuestarias, PP, niveles de gobierno y departamentos, según las definiciones y clasificadores presupuestarios del Ministerio de Economía y Finanzas ^(10,11).

Las funciones se clasifican según las funciones a cargo del Estado e indican en qué se programa o ejecuta el presupuesto. La función Salud corresponde a las acciones y servicios de salud ofrecidos por el Estado. Las categorías presupuestarias se clasifican en PP, asignaciones presupuestarias que no resultan en productos (APNOP) y acciones centrales. Los niveles de gobierno se clasifican en gobierno nacional, gobiernos regionales y gobiernos locales, e indican quien programa o ejecuta el presupuesto. Los departamentos se clasifican según la división política del Perú, e indican dónde se programa o ejecuta el presupuesto.

Los PP son unidades de programación de acciones que vinculan la programación o ejecución del presupuesto a la provisión de productos y resultados sanitarios. Las APNOP son actividades para la atención de una finalidad específica, pero que no se relacionan con la provisión de productos de los PP. Las acciones centrales son actividades orientadas a la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros, que contribuyen transversalmente al logro de resultados.

Análisis estadístico

Para realizar el análisis, se utilizaron los datos del PIA del gobierno general, desagregados por funciones, y los datos del PIA de la función Salud, desagregados por categorías presupuestarias, PP, niveles de gobierno y departamentos, del periodo 2019-2024, según reportes del Ministerio de Economía y Finanzas ⁽¹²⁾.

Los datos fueron extraídos del módulo «Gasto Presupuestal (Actualización Diaria)» del «Seguimiento de la Ejecución Presupuestal (Consulta Amigable)» ⁽¹²⁾. Este módulo contiene información detallada sobre la ejecución del gasto presupuestal, presentada por año y actualizada diariamente. Incluye el PIA, el presupuesto institucional modificado (PIM) y el presupuesto ejecutado, desagregado en sus fases de compromiso, devengado y girado (pago). Además, dicho módulo tiene opciones de visualización de los datos por nivel de gobierno, función y categoría presupuestaria, fuente

de financiamiento y rubro, genérica de gasto, departamento y trimestre y mes de la ejecución gasto presupuestal.

Los datos del PIA fueron exportados a una base de datos de Excel para su procesamiento y análisis. Los valores nominales del PIA (PIA nominal) fueron convertidos (deflactados) a valores reales (PIA real), en soles constantes de 2019. Esto se realizó mediante la corrección por el índice de precios al consumidor del periodo 2019-2022 y la inflación proyectada para el 2023 y 2024, según reportes del Banco Central de Reserva del Perú ^(13,14).

Posteriormente, los datos del PIA real, según las dimensiones previamente establecidas, fueron objeto de un análisis estadístico descriptivo. Este análisis incluyó el uso de frecuencias absolutas y relativas y variaciones porcentuales del PIA real. En adelante, el término presupuesto hará referencia al PIA real.

Consideraciones éticas

El estudio usó datos de acceso abierto, por lo que no fue requerida la aprobación por un comité de ética.

RESULTADOS

Presupuesto de la función salud

Entre 2019 y 2024, la variación anual promedio del presupuesto de la función Salud fue 6,5%, con un rango de -0,3 a 14,5%; mientras que su participación promedio en el presupuesto del gobierno general fue 11,5%, con un rango de 10,4% a 12,6%. En ese mismo periodo, el presupuesto de la función Salud aumentó en 35%, pasando de S/ 18 217 millones a S/ 23 105 millones, respectivamente; mientras que su participación en el presupuesto del gobierno general aumentó de 10,8% en 2019 a 12,2% en 2024 (Figura 1). Información adicional sobre la posición de la función Salud en

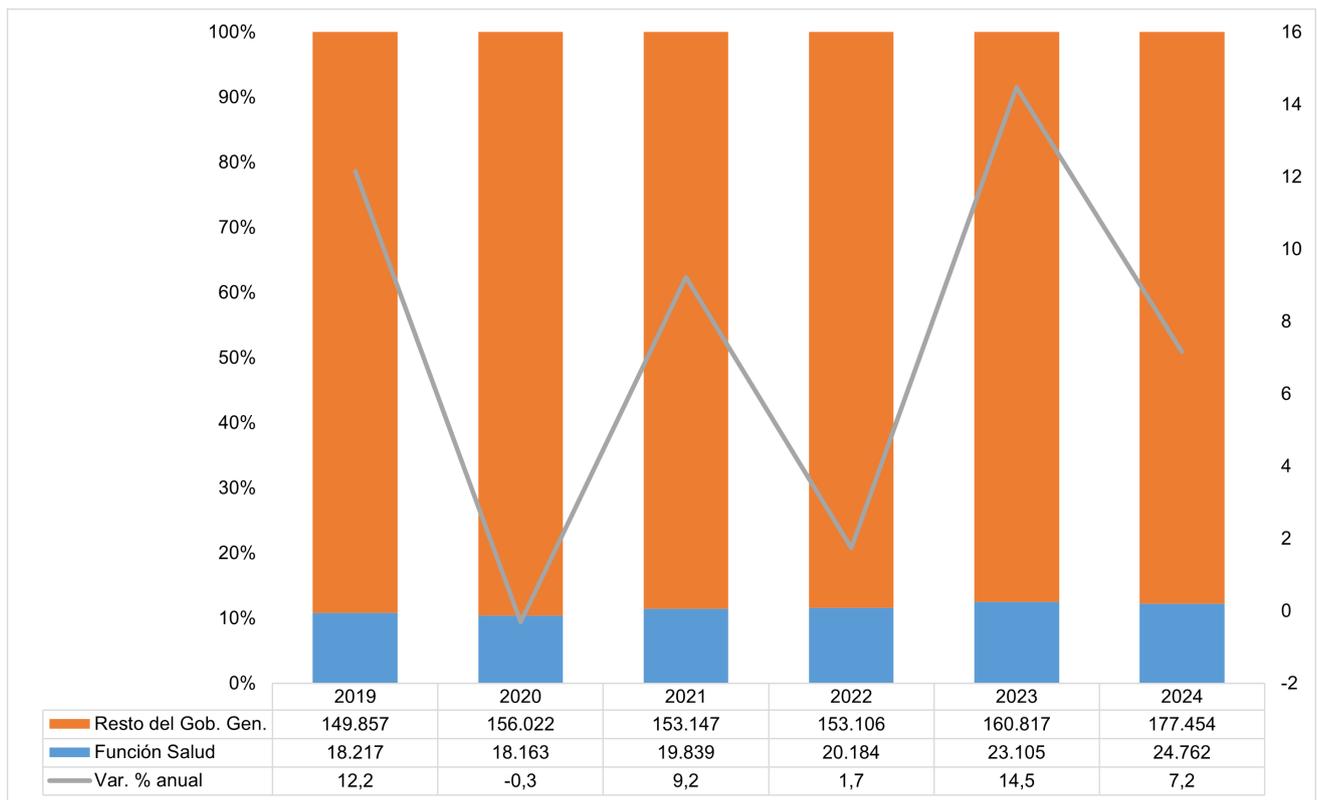


Figura 1. Presupuesto de la función salud, en millones de soles constantes de 2019, según variación y participación en el presupuesto del gobierno general, 2019-2024.

el presupuesto del gobierno general pueden observarse en el Material Suplementario- Tabla Suplementaria 1.

Presupuesto por categorías presupuestarias

Entre 2019 y 2024, la variación anual promedio del presupuesto en PP fue 6,5%, con un rango de -0,3 a 14,5%, mientras que el promedio de su participación en el presupuesto de la función Salud fue 36,8%, con un rango de 31,8% a 42,8%. En ese mismo periodo, el presupuesto en PP aumentó en 7,8%; mientras que su participación en el presupuesto de la función Salud disminuyó de 41,2% en 2019 a 32,7% en 2024. En contraste, el presupuesto en APNOP aumentó en 68,7%; mientras que su participación en el presupuesto de la función Salud aumentó de 39,9% en 2019 a 49,5% en 2024 (Tabla 1).

Presupuesto por PP

Entre 2019 y 2024, la variación anual promedio del presupuesto de los PP fue positivo en 8 de 14 PP, especialmente en salud mental (20,4%), cáncer (20,4%) y emergencias y urgencias médicas (12,2%); mientras que fue negativo en 6 PP, especialmente en atención de emergencias por desastres (-3,8%), enfermedades no transmisibles (-3,7) y articulado nutricional y desarrollo infantil temprano (-2,9). En ese mismo periodo, 7 de 14 PP aumentaron su presupuesto, especialmente salud mental (129,4%), cáncer (74,3%) y emergencias y urgencias médicas (58,6%); mientras que 7 de 14 PP disminuyeron su presupuesto, especialmente enfermedades no transmisibles (-17,9%), articulado nutricional y desarrollo infantil temprano (-14%), enfermedades metaxénicas y zoonosis (-12,5%) y tuberculosis-VIH/SIDA (-8,3%) (Figura 2).

Presupuesto por niveles de gobierno

Entre 2019 y 2024, la variación anual promedio del presupuesto del gobierno nacional fue 6,5%, con un rango entre -0,3 y 14,5%, mientras que el promedio de su participación en el presupuesto de la función Salud fue 55,2%, con un rango de 49,9% a 59,2%. En ese mismo periodo, el presupuesto del gobierno nacional aumentó en 21,5%; mientras que su participación en el presupuesto de la función Salud disminuyó de 55,8% en

2019 a 49,9% en 2024. En contraste, el presupuesto de los gobiernos regionales aumentó en 9,4%; mientras que su participación en el presupuesto de la función Salud aumentó de 42,5% en 2019 a 47,6% en 2024 (Tabla 2).

Presupuesto por departamentos

Entre 2019 y 2024, la variación anual promedio del presupuesto fue positivo en casi todos los departamentos, principalmente en Madre de Dios (17,5%), San Martín (17,3%), Moquegua (15,3%), Ancash (14%) y Cajamarca (14%); la excepción de la variación positiva fue Tacna (-0,4%). En ese mismo periodo, casi todos los departamentos aumentaron su presupuesto, especialmente San Martín (120,1%), Moquegua (101,3%), Madre de Dios (100%), Ancash (75,1%) y Puno (74,5%), a excepción de Tacna (-8,2%) (Figura 3).

Por otra parte, en 2019, el 80% y 50% del presupuesto de la función Salud se concentró en 11 y 2 departamentos, respectivamente; mientras que, en 2024, el 80% y 50% de dicho presupuesto se concentró en 12 y 3 departamentos, respectivamente. Información adicional sobre el presupuesto per cápita por departamento puede observarse en el Material Suplementario- Tabla Suplementaria 2.

DISCUSIÓN

El gobierno peruano se vio obligado a aumentar el presupuesto en salud para enfrentar la pandemia de la COVID-19, similar a lo que ocurrió en otros países del mundo ^(15,16). El presupuesto inicial de la función Salud aumentó progresivamente desde 2021 hasta 2024. Sin embargo, el aumento de este presupuesto en 2024 fue menor que en 2023, debido en parte al término de la ESN. Esto debe analizarse en el contexto de la decisión del gobierno peruano de disminuir progresivamente el déficit fiscal hasta llegar al 1% del producto bruto interno (PBI) hacia 2026 ⁽¹⁷⁾. En este contexto, un estudio sobre financiamiento en preparación para pandemias estimó que en Perú el gasto público en salud *per cápita* se reduciría de \$ 559 en 2021 a \$ 248 en 2026, lejos de la meta de \$ 327 recomendada por el Panel Independiente de Alto Nivel del G-20 sobre la Preparación para Pandemias ⁽¹⁶⁾.

Aunque el presupuesto inicial de la función Salud aumentó más de un tercio en el periodo 2019-2024, así como su participación con respecto del presupuesto inicial del gobierno general, su impacto en el gasto público en salud parece ser limitado, principalmente en términos de su sostenibilidad. Es importante precisar que cuando al presupuesto inicial se le suman las transferencias financieras realizadas durante el año fiscal, se obtiene el presupuesto final, que es el que puede ser ejecutado o gastado. En el contexto de la pandemia, en Perú, el gasto público en salud aumentó del 3,3% del PBI en 2019 al 4,3% del PBI en 2020, pero se redujo al 4% del PBI en 2021 ⁽¹⁸⁾.

Respecto a la distribución del presupuesto inicial por prioridades sanitarias, se destaca una disminución progresiva de la participación del presupuesto vinculado a resultados con respecto del presupuesto inicial de la función Salud durante la pandemia e incluso posterior a ella. En este contexto, varios PP sectoriales de salud vieron disminuido su presupuesto, mientras aumentaba el presupuesto en APNOP, principalmente relacionado con la COVID-19. Incluso en la pospandemia, varios PP no han recuperado el nivel de presupuesto inicial que tenían en la prepandemia, expresando una pérdida efectiva de recursos financieros.

Esta reducción del presupuesto en PP coincide con la restricción parcial de los servicios de salud para la atención de problemas sanitarios distintos a la COVID-19, fenómeno observado en los primeros años de la pandemia en varios países de América Latina y el Caribe, incluido el Perú ⁽¹⁹⁾. En particular, en Perú, en 2020 y 2021 hubo una reducción significativa de la demanda efectiva de atención médica debido a la priorización de la atención de pacientes con COVID-19; asimismo, hubo una disminución relativa de dicha demanda en establecimientos de salud públicos, con un desplazamiento importante hacia farmacias o boticas ⁽²⁰⁾.

Respecto de la distribución del presupuesto inicial por territorios, se destaca a partir de 2021 un aumento progresivo de la participación de los gobiernos regionales con respecto del presupuesto

Tabla 1. Presupuesto de la función salud, por categorías presupuestarias y programas presupuestales, en millones de soles constantes de 2019, 2019-2024.

Función Salud	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Mills. S/	%										
Total	18 217		18 163		19 839		20 184		23 105		24 762	
Categorías presupuestarias												
Programas presupuestales	7512	41,2	7767	42,8	7596	38,3	6888	34,1	7337	31,8	8099	32,7
Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	7273	39,9	6874	37,8	9398	47,4	9631	47,7	11 992	51,9	12 268	49,5
Acciones Centrales	3432	18,8	3522	19,4	2845	14,3	3665	18,2	3776	16,3	4395	17,7
Programas presupuestales												
Programa articulado nutricional (PAN) ^{a, b}	2272	12,5	2257	12,4	2263	11,4	781	3,9	-	-	-	-
Prod. Específ. para desarrollo infantil temprano (DIT) ^c	-	-	-	-	-	-	1240	6,1	1910	8,3	1954	7,9
Salud materno neonatal ^a	1810	9,9	1824	10,0	1810	9,1	1869	9,3	1788	7,7	1904	7,7
Tuberculosis-VIH/SIDA ^a	571	3,1	630	3,5	599	3,0	461	2,3	508	2,2	524	2,1
Enfermedades metaxénicas y zoonosis ^a	422	2,3	356	2,0	341	1,7	276	1,4	283	1,2	369	1,5
Enfermedades no transmisibles ^a	648	3,6	610	3,4	571	2,9	500	2,5	504	2,2	532	2,1
Prevención y control del cáncer ^a	601	3,3	500	2,8	497	2,5	406	2,0	898	3,9	1.049	4,2
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas ^a	468	2,6	666	3,7	634	3,2	519	2,6	540	2,3	742	3,0
[...] condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad ^a	72	0,4	78	0,4	78	0,4	74	0,4	81	0,4	86	0,3
Prevención y control en salud mental ^a	214	1,2	344	1,9	380	1,9	332	1,6	413	1,8	490	2,0
Mejora de las capacidades militares para la defensa [...] ^d	314	1,7	328	1,8	335	1,7	305	1,5	300	1,3	346	1,4
Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres ^c	112	0,6	132	0,7	78	0,4	117	0,6	70	0,3	66	0,3
Lucha contra la violencia familiar (LCVF) ^{c, e}	0,0	-	31,9	0,2	0,0	-	0,0	-	-	-	-	-
Prod. Específ. para reducción de la violencia contra la mujer ^c	-	-	-	-	0,8	0,0 ^f	0,3	0,0 ^f	32,5	0,1	26,4	0,1
Prevención y tratamiento del consumo de drogas ^c	8,7	0,0 ^g	8,5	0,0 ^g	9	0,0 ^g	7,5	0,0 ^g	10	0,0 ^g	10,1	0,0 ^g
Desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación tecnológica ^c	0,3	0,0 ^f	0,3	0,0 ^f	0,2	0,0 ^f	0,2	0,0 ^f	0,2	0,0 ^f	0,1	0,0 ^f

^a Programa del Sector Salud. ^b En 2022 se inició la migración de productos del PAN a Prod. Específ. para DIT. En 2023 se desactivó el PAN. ^c Programa multisectorial. ^d Programa del Sector Defensa. ^e En 2023 se desactivó el programa LCVF. ^f Porcentaje menor a 0,05. ^g Porcentaje menor a 0,005.

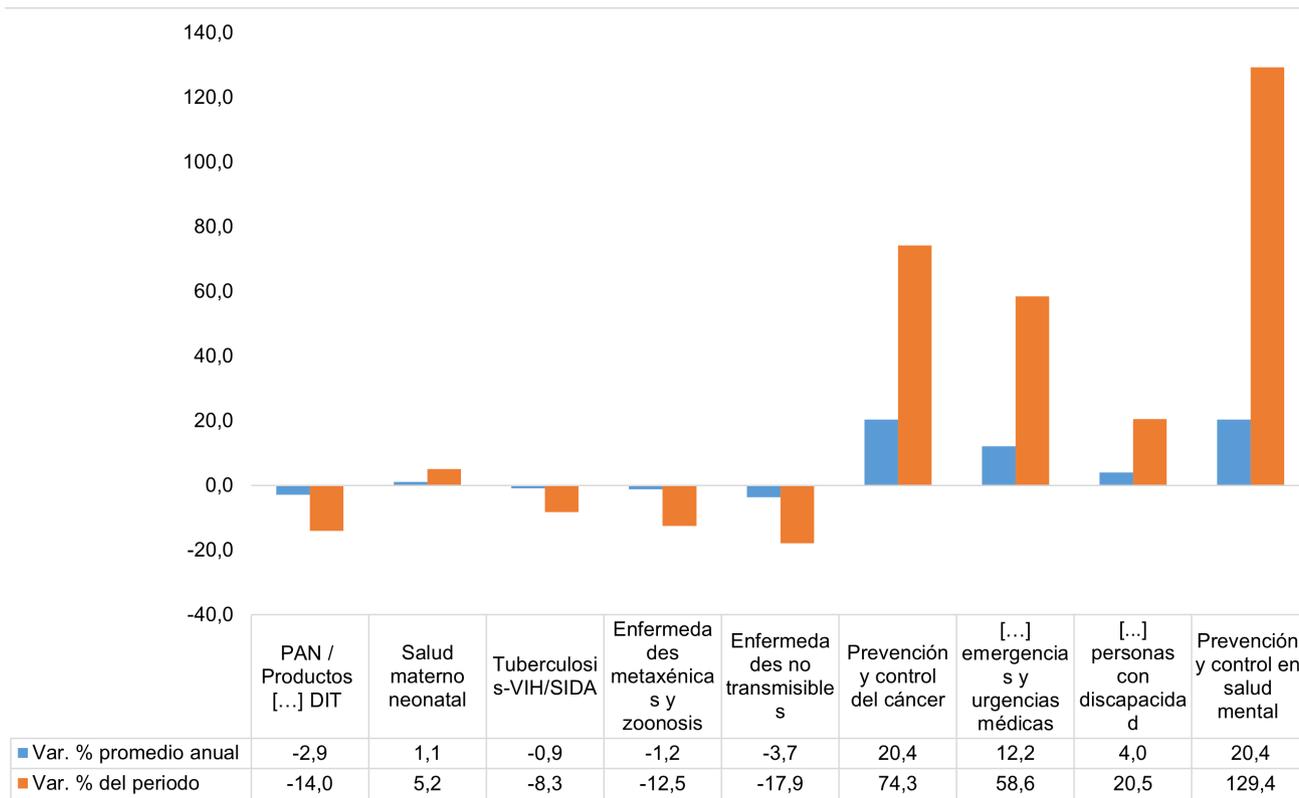


Figura 2. Variación porcentual del presupuesto de programas presupuestales sectoriales (sector salud), 2019-2024. PAN: Programa articulado nutricional. DIT: Desarrollo infantil temprano. PAN y Productos DIT se analizaron conjuntamente debido a sus finalidades similares.

inicial del gobierno general, alcanzando a una participación casi similar a la del gobierno nacional en 2024. Sólo en 2020 se evidenció un fenómeno de centralización del presupuesto (7). Es importante precisar que el presupuesto inicial del gobierno nacional incorpora previsiones presupuestarias para transferencias financieras a los gobiernos regionales. A pesar de esta progresiva descentralización del presupuesto, casi la mitad del mismo estuvo destinada a Lima, departamento que concentra un tercio de la población del país.

En ese sentido, surge la interrogante acerca de los criterios utilizados para la distribución de dicho presupuesto y si estos se basaron o no en necesidades sociales, conforme a lo establecido en la Constitución Política del Perú: «El presupuesto asigna equitativamente los recursos públicos, su programación y ejecución responden a los criterios de eficiencia de necesidades sociales básicas y de descentralización» (1). Esto es particularmente relevante a la luz de los diversos métodos de asignación equitativa

de recursos financieros que se aplican en sistemas de salud de diversos países del mundo (21).

En los últimos años, los países de América Latina y el Caribe se han visto fuertemente afectados por la pandemia de la COVID-19 y sus efectos económicos y sociales, así como por una lenta e irregular recuperación económica pospandemia (22). En particular, el Perú enfrenta esa situación en medio de una crisis política e inestabilidad institucional persistente (23). Todo esto ocurre en un contexto de policrisis mundial de larga data, derivada del modelo de desarrollo económico predominante, expresada a través de la conjunción de crisis económica (inflación y recesión económica), crisis ecológica (calentamiento global y epidemias) y conflictos geopolíticos (guerras comerciales y militares) (24).

Hasta antes de la pandemia, el Perú había sido considerado durante décadas como la estrella macroeconómica de América Latina y el Caribe, destacándose por un crecimiento económico sostenido

y una notable reducción de la pobreza. Sin embargo, la pandemia puso de manifiesto y exacerbó sus problemas estructurales, como la alta vulnerabilidad económica, la amplia desigualdad social, la alta informalidad laboral y la baja cobertura de protección social, incluyendo la precariedad de su sistema de salud (25).

Frente al abandono histórico del sistema de salud peruano y la carga de sus propios problemas estructurales, como la segmentación, la fragmentación, el subfinanciamiento y la mercantilización de la salud, los esfuerzos y recursos adicionales y reorientados destinados para enfrentar la pandemia resultaron insuficientes para recuperar su capacidad de respuesta y contener la COVID-19 (26). Como consecuencia, el Perú fue uno de los países con los peores resultados sanitarios a nivel mundial, destacando negativamente por la alta mortalidad por COVID-19 y el alto exceso de muertes, los cuales afectaron de manera desigual a los grupos poblacionales más vulnerables (25).

Tabla 2. Presupuesto de la función salud, por niveles de gobierno y departamentos, en millones de soles constantes de 2019, 2019-2024.

Función Salud	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Mills. S/	%	Mills. S/	%	Mills. S/	%	Mills. S/	%	Mills. S/	%	Mills. S/	%
Total	18 217		18 163		19 839		20 184		23 105		24 762	
Niveles de gobierno												
Gobierno nacional	10 170	55,8	10 746	59,2	11 227	56,6	11 407	56,5	12 358	53,5	12 358	49,9
Gobiernos regionales	7748	42,5	7072	38,9	8204	41,4	8356	41,4	10 023	43,4	11 799	47,6
Gobiernos locales	299	1,6	345	1,9	408	2,1	421	2,1	724	3,1	605	2,4
Departamentos ^a												
Amazonas	229	1,3	225	1,2	238	1,2	222	1,1	315	1,4	334	1,3
Áncash	703	3,9	613	3,4	906	4,6	842	4,2	1056	4,6	1232	5,0
Apurímac	324	1,8	353	1,9	360	1,8	309	1,5	374	1,6	468	1,9
Arequipa	651	3,6	537	3,0	585	2,9	539	2,7	632	2,7	735	3,0
Ayacucho	529	2,9	449	2,5	470	2,4	501	2,5	498	2,2	639	2,6
Cajamarca	475	2,6	514	2,8	778	3,9	584	2,9	722	3,1	806	3,3
Callao	502	2,8	493	2,7	493	2,5	464	2,3	517	2,2	593	2,4
Cusco	660	3,6	728	4,0	545	2,7	686	3,4	810	3,5	944	3,8
Huancavelica	318	1,7	301	1,7	391	2,0	347	1,7	301	1,3	426	1,7
Huánuco	356	2,0	373	2,1	471	2,4	549	2,7	497	2,2	562	2,3
Ica	309	1,7	325	1,8	355	1,8	332	1,6	408	1,8	495	2,0
Junín	549	3,0	503	2,8	645	3,3	565	2,8	798	3,5	943	3,8
La Libertad	650	3,6	537	3,0	535	2,7	669	3,3	950	4,1	1.050	4,2
Lambayeque	431	2,4	375	2,1	379	1,9	378	1,9	585	2,5	743	3,0
Lima	8425	46,2	9117	50,2	9502	47,9	9865	48,9	10 649	46,1	10 070	40,7
Loreto	490	2,7	410	2,3	452	2,3	520	2,6	504	2,2	774	3,1
Madre de Dios	93	0,5	119	0,7	91	0,5	106	0,5	126	0,5	186	0,8
Moquegua	110	0,6	117	0,6	150	0,8	160	0,8	186	0,8	222	0,9
Pasco	173	0,9	112	0,6	139	0,7	216	1,1	214	0,9	211	0,9
Piura	821	4,5	526	2,9	693	3,5	803	4,0	1.020	4,4	1.126	4,5
Puno	441	2,4	524	2,9	642	3,2	534	2,6	751	3,2	770	3,1
San Martín	299	1,6	337	1,9	393	2,0	422	2,1	537	2,3	658	2,7
Tacna	237	1,3	203	1,1	225	1,1	198	1,0	250	1,1	217	0,9
Tumbes	136	0,7	119	0,7	138	0,7	123	0,6	135	0,6	175	0,7
Ucayali	305	1,7	240	1,3	258	1,3	244	1,2	272	1,2	376	1,5
Exterior ^a	0,0	-	13,3	0,1	4,2	0,0 b	3,9	0,0 b	0,4	0,0 b	6,1	0,0 b

^a Presupuesto destinado a cubrir las prestaciones de salud de asegurados del Seguro Integral de Salud fuera del país. ^b Porcentaje menor a 0,05.

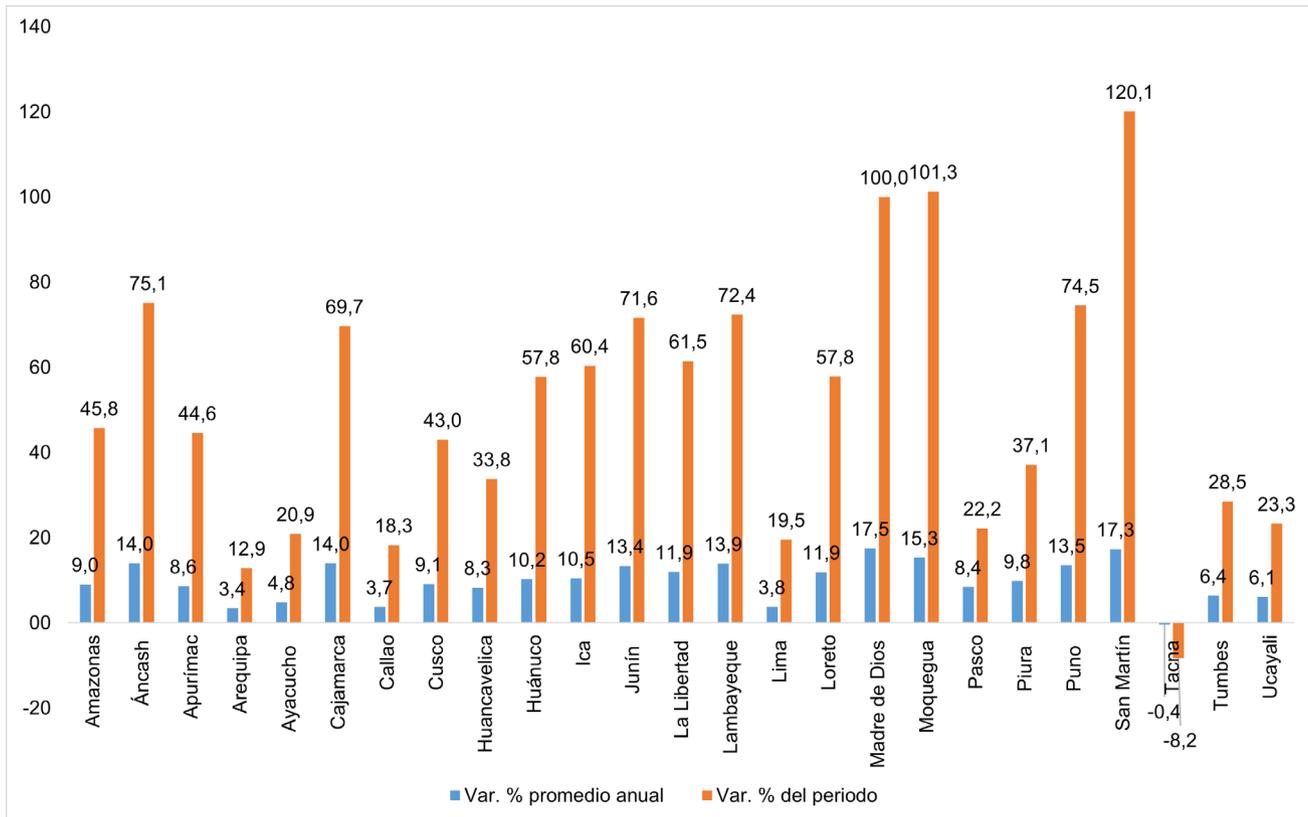


Figura 3. Variación porcentual del presupuesto de departamentos, 2019-2024.

En ese sentido, el aumento del presupuesto/gasto de la función Salud en el periodo 2020-2023 fue una respuesta contingente y temporal por la ESN debido a la pandemia. Este aumento fue financiado principalmente por recursos financieros adicionales, derivados principalmente de operaciones de endeudamiento, tal como sucedió en casi todos los países del mundo ⁽¹⁵⁾. Además, dicho aumento fue financiado, en menor medida, por la reorientación interna del presupuesto público, incluyendo el presupuesto de PP, en el marco de excepciones a restricciones presupuestarias autorizadas por el Poder Ejecutivo ⁽²⁷⁾.

En 2024, tras el término de la pandemia, la Ley 31953 ha establecido el nivel de presupuesto inicial para la función Salud y sus intervenciones prioritarias, como desarrollo infantil temprano, cáncer, salud materno neonatal, salud mental, dengue y la continuidad del aseguramiento universal, entre otros ⁽³⁾. Sin embargo, es cuestionable que ese nivel de presupuesto, que

apenas aumentó en 7,2% respecto del año anterior, sea suficiente para abordar de manera efectiva las diversas brechas en recursos sanitarios, a menos de que aumente significativa y oportunamente durante el año, y se realice un uso eficiente y eficaz de dichos recursos.

Esto es especialmente relevante si consideramos que, en el Perú, incluso en el primer año de la pandemia (2020), el gasto público en salud llegó apenas al 4,3% de su producto bruto interno (PBI) ⁽¹⁸⁾, por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (>6% del PBI) ⁽²⁸⁾. Además, en 2020, el Perú se ubicó por debajo del promedio del gasto público en salud de América Latina y el Caribe (4,9%) y por debajo de 12 países, como Cuba (11,4%), Argentina (6,6%), Uruguay (6,6%), Colombia (6,5%), entre otros, y sólo por encima de 7 países, como Haití (0,4%), Venezuela (1,7%), Guatemala (2,5%), entre otros.

A pesar del aumento general en el presupuesto para la función en el periodo

2019-2024, ese aumento ha tenido una evolución irregular. Por ejemplo, el aumento del presupuesto de la función Salud en 2024 (7,2%) fue menor que el aumento del 2023 (14,5%), y es menor que el aumento del gobierno general (9,9%), e incluso es menor que el aumento de la Deuda Pública (17%).

Al comparar el proyecto de ley de presupuesto para el 2024 ⁽²⁹⁾ con la Ley 31953 ⁽³⁾, se evidencia que el nivel de presupuesto para la función Salud no tuvo casi ninguna variación durante su aprobación en el Congreso de la República, aumentando apenas en aproximadamente 0,05%. De manera similar, los niveles de presupuesto de los PP del sector Salud no tuvieron ninguna variación, excepto «Salud materno neonatal», que aumentó menos de 0,5%.

Esta realidad presupuestaria contrasta con el discurso oficial tanto del Poder Ejecutivo como del Congreso de la República, quienes afirmaron que la función Salud era una de las principales prioridades en el presupuesto público del 2024 ^(30,31). La

prolongación de esta situación puede obstaculizar la recuperación de la cobertura de servicios y el logro de los resultados sanitarios esperados, especialmente en el caso de los servicios de salud restringidos parcialmente y los PP rezagados presupuestalmente durante la pandemia. Es importante destacar que, durante la pandemia, el Perú fue uno de los países con mayor interrupción en la atención médica en América Latina y el Caribe, apenas detrás de Ecuador y casi como Bolivia ⁽¹⁹⁾.

En Perú, entre 2019 y 2022, se evidenciaron resultados desfavorables en varios indicadores sanitarios importantes. La vacunación en menores de 36 meses disminuyó de 60,7 a 55,9%, mientras que el crecimiento y desarrollo en menores de 36 meses disminuyó de 17,6 a 11% ⁽³²⁾. El tratamiento de personas de 15 años o más con diabetes mellitus disminuyó de 77,7 a 69,4%; mientras que el tratamiento de personas de 15 años o más con hipertensión arterial disminuyó de 68,1 a 62% ⁽³³⁾. La notificación de casos nuevos de tuberculosis disminuyó de 68,2 a 60,1 por 100 000 habitantes ⁽³⁴⁾. Además, en el mismo periodo, la desnutrición crónica en menores de 5 años apenas disminuyó de 12,2 a 11,7%, mientras que la anemia en niños de 6 a 35 meses aumentó de 40,1 a 42,4% ⁽³²⁾.

Sostener la afirmación de que en el Perú la Salud es una prioridad en el presupuesto público del 2024, o en los años anteriores, es cuestionable a la luz de nuestros hallazgos. Esta afirmación también resulta cuestionable debido a la amplia brecha entre los recursos sanitarios y las necesidades de salud de la población y el histórico bajo gasto público en salud. En ese sentido, existen desafíos importantes en términos de financiamiento, como la necesidad de definir y diversificar las fuentes de financiamiento específicas para la salud, establecer niveles mínimos progresivos de recursos financieros para la salud y desarrollar métodos eficientes y equitativos para la asignación y distribución territorial de dichos recursos, fundamentados en criterios demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos y geográficos.

El estudio presenta la limitación de que las entidades de salud de los sectores Interior, Defensa y Justicia no utilizan PP del

sector Salud para programar o ejecutar sus presupuestos. El presupuesto del Seguro Social de Salud (sector Trabajo) no se encuentra dentro del presupuesto del gobierno general. Aunque no fue un objetivo del estudio analizar la equidad en la distribución del presupuesto, sólo nos aproximamos a este análisis utilizando el presupuesto per cápita por departamentos, sin considerar otros criterios como los demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos o geográficos.

En conclusión, en Perú el presupuesto inicial en salud tuvo un incremento progresivo durante el periodo 2019-2024, principalmente debido al contexto de la pandemia de la COVID-19. No obstante, al analizar la distribución de este presupuesto, se observó una reducción del presupuesto en PP como el articulado nutricional- desarrollo infantil temprano, tuberculosis-VIH/SIDA, enfermedades metaxénicas y zoonosis, y enfermedades no transmisibles. Asimismo, se observó un proceso gradual de descentralización de este presupuesto, aunque se mantuvo una alta concentración del mismo en el gobierno nacional, principalmente dirigido al departamento de Lima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú. Congreso Constituyente Democrático. Constitución Política del Perú de 1993 [Internet]. Sistema Peruano de Información Jurídica; 1993 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detalle/lenorma/H682678>
2. Perú. Congreso de la República. Texto Único Ordenado del Reglamento del Congreso de la República [Internet]. Sistema Peruano de Información Jurídica; 1998 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detalle/lenorma/H779494>
3. Perú. Congreso de la República. Ley no 31953. Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024 [Internet]. Diario Oficial El Peruano; 2023 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detalle/lenorma/H1364341>
4. Ministerio de Salud. Cuentas de Salud: Perú 2002-2019 [Internet]. Lima: Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización; 2021 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3505842-cuentas-de-salud-peru-2002-2019>
5. Perú. Poder Ejecutivo. Decreto Supremo no 026-2020-SA. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 [Internet]. Diario Oficial El Peruano; 2020 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://elperuano.pe/NormasElpe>

- erano/2020/08/24/1879191-1/1879191-1.htm
6. Banco Mundial. Financiamiento para la cobertura universal de salud en el Perú después de la COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.:BM; 2021 [citado 26 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/country/peru/publication/financiamiento-para-la-cobertura-universal-de-salud-en-el-per-despu-sde-la-covid-19>
7. Organización Panamericana de la Salud. Análisis del desempeño presupuestario del sector salud en el periodo 2019-2021. Resultados para Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay [Internet]. 2024 [citado 26 de junio de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59607>
8. Ministerio de Salud. Evaluación de los programas presupuestales de salud, primer semestre de 2023 [Internet]. Lima: Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización; 2023 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2023/Evaluacion_i_Semestre_2023_PP.pdf
9. Our World in Data. Coronavirus Pandemic (COVID-19) [Internet]. 2024 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
10. Ministerio de Economía y Finanzas. Clasificadores Presupuestarios [Internet]. 2024 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=100290&lang=es-ES&view=article&id=356
11. Perú. Ministerio de Economía y Finanzas. Resolución Directoral n° 0005-2023-EF/50.01. Directiva de Programación Multianual Presupuestaria y Formulación Presupuestaria [Internet]. Diario Oficial El Peruano; 2023 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/4003951-0005-2023-ef-50-01>
12. Ministerio de Economía y Finanzas. Seguimiento de la Ejecución Presupuestal (Consulta amigable). Módulo de Gasto Presupuestal de Actualización Diaria [Internet]. Lima: MEF; 2023 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=100944&lang=es-ES&view=article&id=504
13. Banco Central de Reserva del Perú. Reporte de inflación, diciembre 2023: Panorama actual y proyecciones macroeconómicas, 2023-2024 [Internet]. Lima: BCRP; 2023 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2023/setiembre/ reporte-de-inflacion-setiembre-2023.pdf>
14. Banco Central de Reserva del Perú. BCRPData. Índices promedio anual (variación porcentual) - IPC [Internet]. 2023 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://estadisticas.bcrp.gob.pe/estadisticas/series/anuales/resultados/PM05217PA/html>
15. International Monetary Fund. Fiscal Monitor Database of Country Fiscal Measures in Response to the COVID-19 Pandemic. October 2021 [Internet]. 2021 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19>
16. Micah AE, Bhangdia K, Cogswell IE, Lasher D, Lidral-Porter B, Maddison ER, et al. Global investments in pandemic preparedness and COVID-19: development assistance and domestic spending on health between 1990 and 2026. *Lancet Glob Health*. 2023;11(3):e385-413. DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00007-4

17. Ministerio de Economía y Finanzas. Marco Macroeconómico Multianual 2024-2026 [Internet]. Lima: MEF; 2022 [citado el 26 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2023_2026.pdf
18. The World Data Bank. Databank. Health Nutrition and Population Statistics [Internet]. 2024 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics#>
19. Herrera CA, Kerr AC, Dayton JM, Kakietek JJ. Healthcare service disruption in 14 Latin American and Caribbean countries during the COVID-19 pandemic: Analysis of household phone surveys, 2020-2021. *J Glob Health*. 2023;13. DOI: 10.7189/jogh.13.06023
20. Arroyo-Laguna J, Villanueva PLC. Factores asociados a los desplazamientos de la demanda en salud en Perú, 2007-2021: un modelo discreto de privatización e informalización [Internet]. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2023 [citado el 26 de junio de 2024];22. DOI: 10.11144/Javeriana.rgps22.fadd
21. Carnut L, Mendes Á, Leite MG. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*. 2020;44(126):902-18. DOI: 10.1590/0103-1104202012624
22. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2023 [Internet]. Santiago: CEPAL; 2023 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/67989>
23. Barrenechea R, Encinas D. Perú 2021: Democracia por defecto [Internet]. *Rev. cienc. polít (Santiago)*. 2022 [citado el 12 de enero de 2024];42(2):407-38. DOI: 10.4067/S0718-090X2022005000115
24. Roberts M. Polycrisis and depression in the 21st century [Internet]. Michael Roberts Blog. 2023 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://thenextrecession.wordpress.com/2023/01/05/polycrisis-and-depression-in-the-21st-century/>
25. Villar E, Francke P, Loewenson R. Learning from Perú: Why a macroeconomic star failed tragically and unequally on Covid-19 outcomes. *SSM - Health Systems*. 2024; 2:100007. DOI: 10.1016/j.ssmhs.2023.100007
26. Brito Quintana PE, Bardález del Águila CA. La mercantilización de la salud en el Perú ¿Salud, derecho o negocio? 1. ed. Lima: Colegio Médico del Perú; 2023.
27. Perú. Poder Ejecutivo. Decreto de Urgencia no 012-202. Medidas extraordinarias en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19 para reforzar los sistemas de prevención, control, vigilancia y respuesta del Sistema Nacional de Salud [Internet]. *Diario Oficial El Peruano*; 2021 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#!/detallenorma/H1276240>
28. 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]. Ginebra: OMS; 2010 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>
29. Ministerio de Economía y Finanzas. Proyecto de ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2024 [Internet]. Lima: MEF; 2023 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=101156&lang=es-ES&view=article&id=7932
30. Ministerio de Economía y Finanzas. Para el #Presupuesto2024 se han priorizado 9 funciones, entre los que están salud, educación, transportes, seguridad ciudadana y más. Conoce más detalles en la guía de orientación al ciudadano del Proyecto de ley del Presupuesto Público 2024: <https://bit.ly/GuiaPresupuesto2024>. [Tweet]. X. 13 de noviembre de 2023. [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: https://twitter.com/MEF_Peru/status/1724122424159944746
31. Congreso de la República. El proyecto de Ley de Presupuesto 2024 contempla cinco sectores priorizados para la población: educación, salud, seguridad, prevención de desastres y agua y saneamiento. Conoce cuáles son los montos que se están asignando a cada sector. [Tweet]. X. 30 de noviembre de 2023. [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://twitter.com/congresoperu/status/1730280933217947683>
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: indicadores de resultados de los programas presupuestales, 2022 [Internet]. Lima: INEI; 2023 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_2022.pdf
33. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2022 [Internet]. Lima: INEI; 2023 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf
34. Ministerio de Salud. Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. Sala situacional de tuberculosis [Internet]. Lima: DPCTB; 2023 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/Dashboard.aspx>