



Ejecución presupuestal en medicamentos del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales en el 2025

El presupuesto público constituye uno de los principales instrumentos de política del Estado para traducir prioridades sanitarias en acciones concretas. En el ámbito de los medicamentos, su adecuada asignación y, sobre todo, su correcta ejecución es determinante para garantizar el acceso oportuno, continuo y equitativo a tratamientos esenciales para la población. No basta con asignar recursos: la forma en que se planifica el presupuesto y se ejecuta, refleja la capacidad de gestión, la eficiencia administrativa y el compromiso con la salud pública.

A principios del 2025, Acción Internacional para la Salud AIS y con asistencia en el diseño del Instituto de Gestión de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (IGETS) puso en marcha un aplicativo para monitorear la ejecución diaria del presupuesto para medicamentos a nivel del Ministerio de Salud incluido lo ejecutado por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos estratégicos en Salud (CENARES) y Gobiernos Regionales, con el objetivo de identificar brechas entre lo asignado y lo efectivamente gastado, y evaluar si los recursos disponibles se están utilizando de manera oportuna de acuerdo a las necesidades sanitarias.

En un contexto de recursos limitados y alta demanda de servicios, este análisis se vuelve una herramienta clave de vigilancia ciudadana, toma de decisiones y mejora continua, pues un presupuesto no ejecutado o reducido frente a las necesidades, no sólo es un problema de gestión, sino una oportunidad perdida para proteger la salud de la población. Pero, sobre todo, de parte de los organismos públicos, la abdicación de sus funciones y responsabilidades.

1. Presupuesto para medicamentos 2019-2025

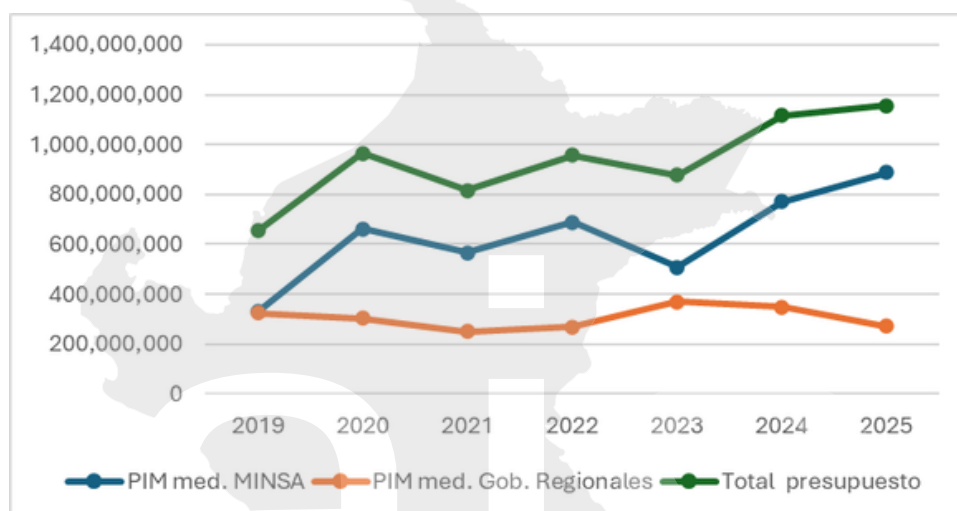
El presupuesto público es asignado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) debidamente justificado por el sector, en este caso el Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales. En los últimos 7 años (2019-2025) el presupuesto asignado a medicamentos ha tenido un comportamiento irregular.

Tabla N°1: Presupuesto para medicamentos, periodo 2019-2025

Presupuesto	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
PIM med. MINSA	330.491.395	661.251.933	566.511.232	688.271.759	507.347.198	770.192.899	887.351.256
PIM med. Gob. Regionales	323.614.586	304.227.939	249.040.957	268.457.253	370.481.135	347.385.477	269.980.177
Total presupuesto	654.105.981	965.479.872	815.552.189	956.729.012	877.828.333	1.117.578.376	1.157.331.433

Fuente: elaboración propia con información extraída de la Consulta Amigable del MEF.

Gráfico N°1: PIM de medicamentos del MINSA y Gobiernos Regionales 2019-2025



Fuente: elaboración propia con información extraída de la Consulta Amigable del MEF

En el Gráfico N°1 se puede observar que el presupuesto para medicamentos alcanzó un pico en el 2020 justificado por la pandemia del COVID-19, para luego disminuir en el 2021, incrementarse en el 2022, disminuir nuevamente en el 2023 y aumentar en el 2024 y 2025. También se observa que desde el 2023 el presupuesto para medicamentos se viene reduciendo para los gobiernos regionales e incrementándose para el MINSA¹.

El presupuesto del MINSA (pliego MINSA) es ejecutado por 33 unidades ejecutoras (Anexo N°1); una de ellas es CENARES. Al cierre del 2025, a CENARES se le asignó el 82.9% del presupuesto del MINSA; el 17.2% restante es ejecutado por las otras 32 unidades ejecutoras.

Tabla N°2: Participación del presupuesto de CENARES en el presupuesto del MINSA

Presupuesto	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
PIM* med. MINSA	330.491.395	661.251.933	566.511.232	688.271.759	507.347.198	770.192.899	835.015.029
PIM med. CENARES	159.532.906	455.976.704	411.341.362	553.419.376	309.452.900	590.805.421	692.577.560
% de participación CENARES	483%	690%	726%	804%	610%	767%	829%

*PIM: Presupuesto Inicial Modificado

Fuente: elaboración propia con información extraída de la Consulta Amigable del MEF

Teniendo en cuenta las asignaciones presupuestales, resulta relevante esperar una ejecución diligente de CENARES para garantizar el abastecimiento oportuno de medicamentos.

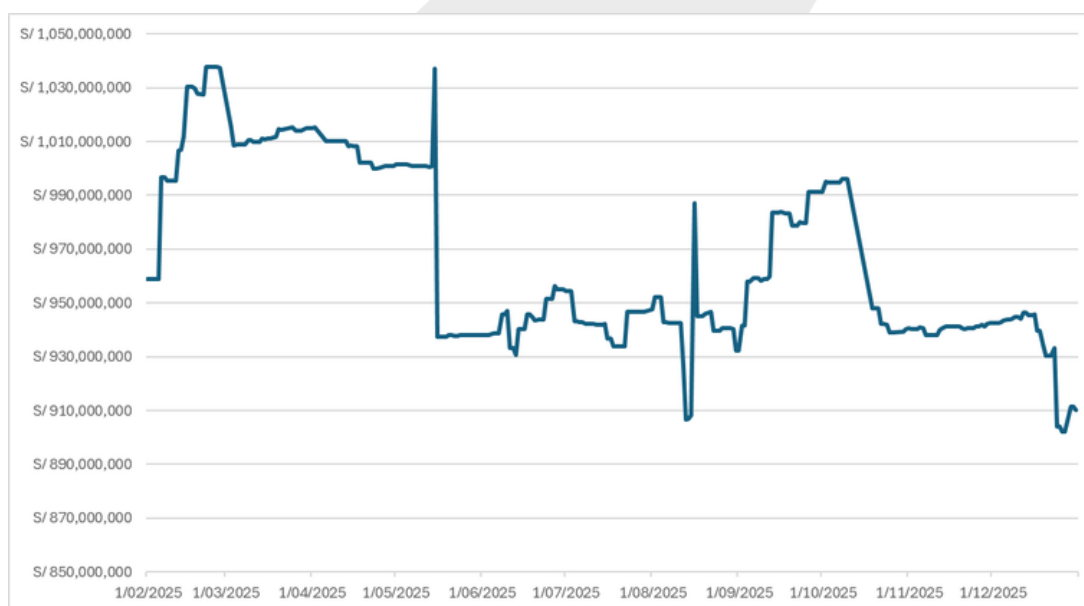
¹ Consulta Amigable del MEF, ruta: Función 20: salud; Nivel de gobierno: Gobierno Nacional; Sector 11: Salud; Pliego 011: M. de Salud; Generica5-23: Bienes y Servicios; Su Genérica 1: Compra de bienes; Sub Genérica 8: Suministros Médicos; Específica 1: Productos farmacéuticos; Medicamentos

2. Comportamiento del presupuesto asignado al MINSA y gobiernos regionales

2.1. Ministerio de Salud (pliego 011)

La información generada por el aplicativo de AIS muestra datos diarios desde el 01 de febrero de 2025 hasta el 31 de diciembre del mismo año. El presupuesto asignado al pliego MINSA muestra un comportamiento fluctuante. Se ha identificado por lo menos 197 ajustes al Presupuesto Inicial Modificado (PIM) que lo reduce o aumenta en el periodo de análisis. Estos frecuentes ajustes pueden interpretarse como resultado de una gestión reactiva, producto de reprogramaciones tardías o dificultades para alinear el presupuesto a la planificación operativa.

Gráfico N°2: Ajustes al presupuesto asignado al MINSA



Fuente: AIS Monitoreo de la ejecución presupuestal de medicamentos. Elaboración propia.

El mayor número de ajustes se observa en noviembre y diciembre, patrón clásico de reprogramación en los últimos meses del año, que más tiene que ver con el cumplimiento formal de la afectación presupuestaria. En marzo se da el segundo pico de ajustes posteriores a la aprobación de Presupuesto Inicial de Apertura (PIA).

2.2. Por categoría presupuestal del MINSA

El presupuesto para medicamentos asignado al MINSA corresponde a 12 categorías presupuestales (Anexo N°2). La categoría presupuestal “Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos” se modificó 191 veces y “Prevención y Control del Cáncer” 115, lo que sugiere un presupuesto altamente inestable por ajustes recurrentes durante el año que pueden explicarse por las razones anteriormente descritas.

La categoría “Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos” no debería incluir medicamentos. Son recursos destinados a gastos que no generan un producto o servicio tangible, y están destinados a la operacionalización del sistema. Sin embargo, se registra con presupuesto para medicamentos lo que puede interpretarse como un síntoma de debilidad en la planificación presupuestal, distorsionando la evaluación del presupuesto y los resultados.

2.3. Gobiernos Regionales

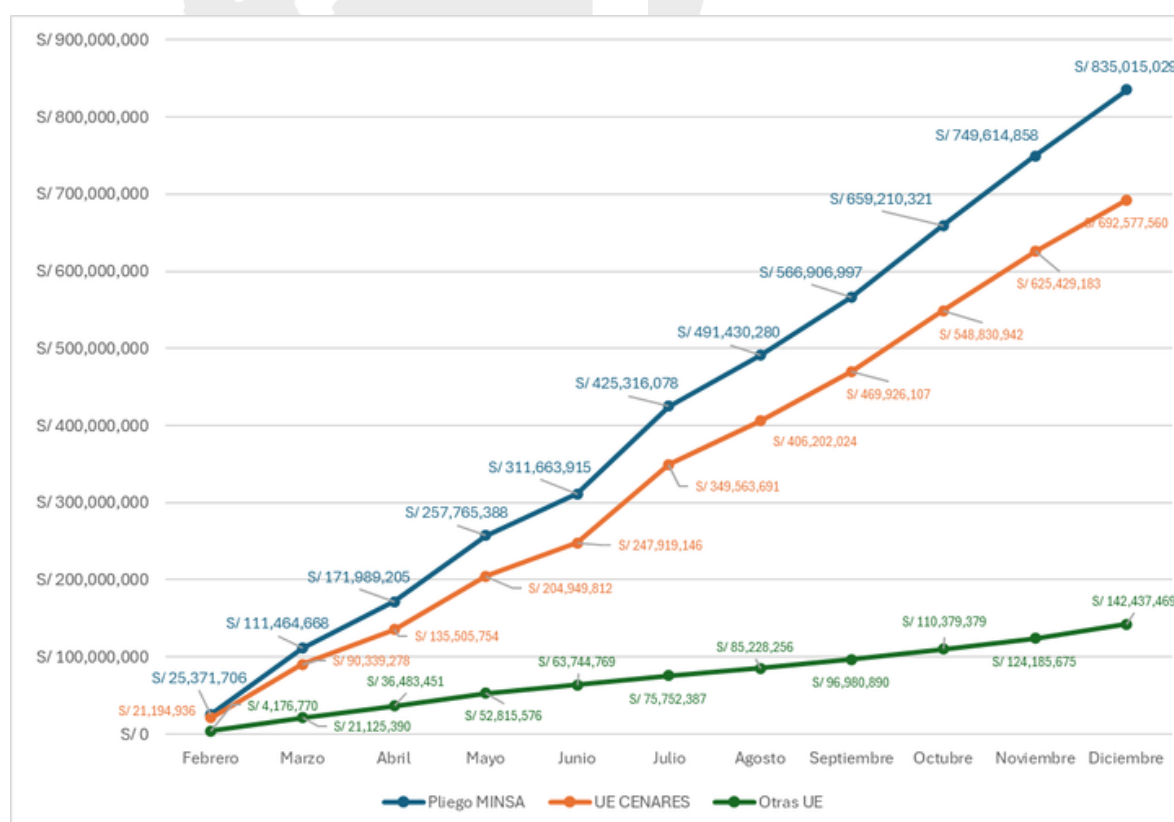
El presupuesto para los 25 gobiernos regionales fue modificado en por lo menos 197 veces. Las regiones Junín, Apurímac, Cusco y Huancavelica son las que concentran el mayor número de modificaciones presupuestales. Las regiones Áncash, Cajamarca, Loreto, Piura y Tacna muestran entre 80 y 100 ajustes, mientras que Lima, Ucayali, Madre de Dios y Tumbes presentan 36 o menos ajustes presupuestales.

En los gobiernos regionales, marzo concentra el mayor número de ajustes (231), consistente con los ajustes posteriores a la aprobación del Presupuesto inicial de Apertura. No existe un mes estable. Los meses de noviembre y diciembre muestran entre 182 y 203 ajustes al presupuesto.

3. Evaluación de la ejecución presupuestal MINSA y CENARES

La evaluación de la ejecución del presupuesto se realizó tomando el dato del último día de cada mes. En valores absolutos, CENARES ejecutó el 82.94% del presupuesto del MINSA que abastece a los gobiernos regionales. El 17.1% restante fue ejecutado por 32 unidades ejecutoras entre hospitales de Lima, Institutos y DIRIS (Anexo N°1).

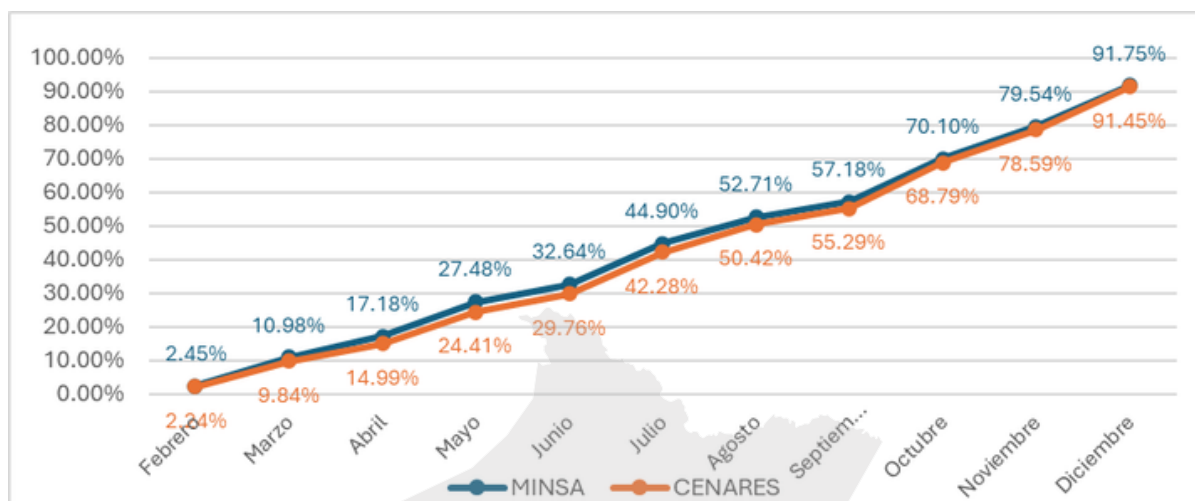
Gráfico N°3: Ejecución presupuestal en valores absolutos



Fuente: AIS Monitoreo de la ejecución presupuestal de medicamentos. Elaboración propia.

Por su relevancia en la programación de medicamentos a nivel nacional y ejecución presupuestal se analizará en adelante el desempeño de CENARES y las nueve categorías presupuestales que incluyen presupuesto para medicamentos.

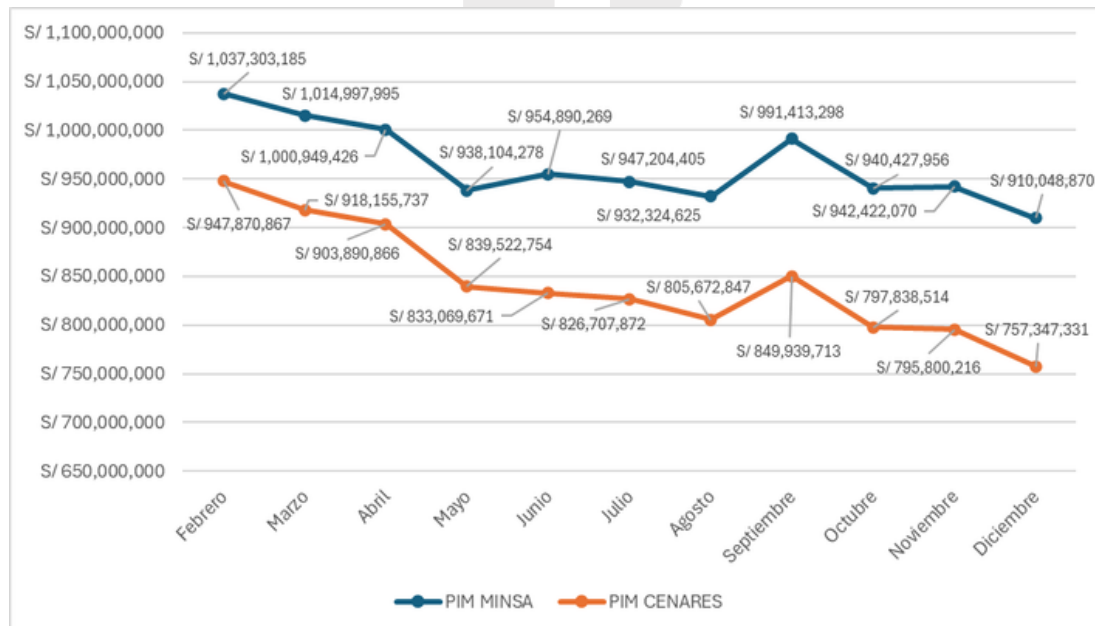
Gráfico N°4: Ejecución del presupuesto de CENARES respecto del presupuesto del MINSA



Fuente: AIS Monitoreo de la ejecución presupuestal de medicamentos. Elaboración propia.

El Gráfico N°5 muestra una ejecución ascendente de CENARES. Sin embargo, el PIM ha sido sometido a frecuentes ajustes. Hasta el mes de agosto, el PIM de CENARES se fue reduciendo, aumentó en setiembre para nuevamente experimentar reducciones hasta el fin del año. Entre febrero y diciembre, CENARES tuvo una reducción de S/190.523.536 (20.10%).

Gráfico N°5: Comportamiento del PIM de MINSA y CENARES



Fuente: AIS Monitoreo de la ejecución presupuestal de medicamentos. Elaboración propia.

Por categorías presupuestales se observa que, hasta junio, el presupuesto para el “Control y Prevención de Enfermedades Mentales” se había ejecutado en 12.67% seguido del presupuesto para “Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas” con 19.66%. La mayor ejecución a mitad de año correspondió a “Salud Materno Neonatal” con 46.89% seguido de “Prevención y Control del Cáncer” con 41.29%.

Tabla N°3: Ejecución acumulada por categorías presupuestales de CENARES

	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	46%	636%	1,284%	2,006%	2,555%	3,532%	4,488%	4,963%	6,537%	7,176%	8,656%
Control y prevención en salud mental	478%	598%	873%	1,140%	1,267%	1,395%	1,435%	4,275%	6,221%	7,037%	8,972%
Enfermedades metaxénicas y zoonosis	0%	0%	0%	1,966%	1,966%	2,892%	1,538%	1,538%	8,029%	8,029%	10,000%
Enfermedades no transmisibles	440%	1,358%	1,494%	2,095%	3,014%	3,341%	3,915%	4,215%	5,580%	7,123%	7,999%
Prevención y control del cáncer	578%	1,725%	1,970%	3,406%	4,129%	5,904%	6,877%	6,991%	7,554%	9,244%	9,875%
Productos específicos para DIT*	0%	349%	937%	2,523%	2,523%	5,514%	4,760%	4,760%	8,342%	8,342%	9,263%
Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	17%	1,276%	1,577%	2,277%	2,488%	3,267%	6,070%	6,188%	6,777%	8,047%	9,836%
Salud materno neonatal	0%	2,537%	2,345%	4,689%	4,689%	5,838%	4,665%	4,672%	6,823%	9,395%	10,000%
TBC-VIH/Sida	386%	922%	1,761%	2,119%	2,226%	4,003%	4,581%	5,431%	6,608%	6,643%	9,222%

*DIT: Desarrollo Infantil Temprano

Fuente: AIS Monitoreo de la ejecución presupuestal de medicamentos. Elaboración propia.

Si analizamos el PIM por categoría presupuestal observamos que se reduce por lo menos en 7 categorías presupuestales entre febrero y diciembre. En la categoría “Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas” el presupuesto se redujo hasta en 83.56% y en “Control y Prevención de Salud Mental”, 73.28%. En valores absolutos, la mayor reducción es la categoría “Asignación presupuestaria que no resulta en productos”, S/ 125.815.406, seguido de “TB-VIH/SIDA” con S/ 27.516.239 y “Control y Prevención de Salud Mental” con S/ 20.471.827

Tabla N°4: Categorías presupuestales que redujeron su presupuesto

	Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	Control y Prevención en Salud Mental	Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	Enfermedades no Transmisibles	Productos específicos para DIT	Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	TBC-VIH/SIDA
Reducción del Ppto	2,392%	7,328%	8,356%	1,327%	6,212%	1,887%	3,253%
Valor	S/ 125.815.406	S/ 20.471.827	S/ 2.482.081	S/ 1.352.265	S/ 22.701.088	S/ 39.363	S/ 27.516.239

*DIT: Desarrollo Infantil Temprano

Fuente: AIS Monitoreo de la ejecución presupuestal de medicamentos. Elaboración propia.

Dos categorías presupuestales incrementaron su presupuesto entre febrero y diciembre: “Prevención y Control de Cáncer” y “Salud Materno Neonatal”.

Tabla N°5: Categorías presupuestales que aumentaron presupuesto (feb - dic 2025)

	Prevención y Control del Cáncer	Salud Materno Neonatal
Aumento del Ppto	154%	2,767%
Valor	S/ 3.668.957	S/ 6.185.776

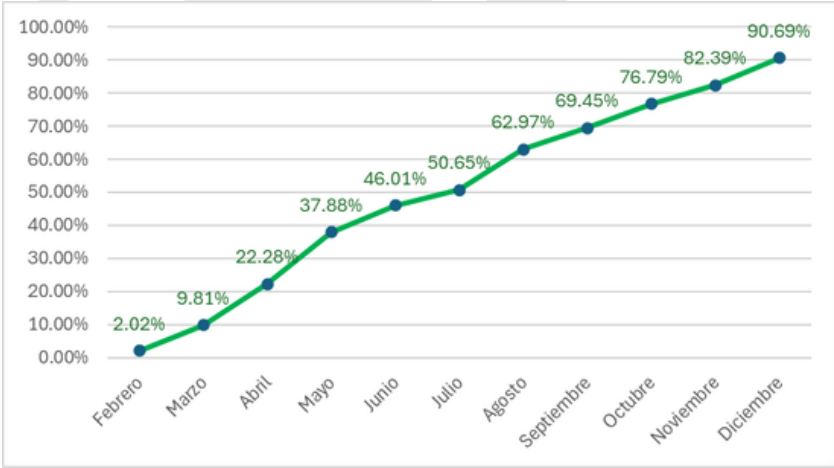
Fuente: elaboración propia con información extraída del aplicativo de AIS

En total, siete categorías redujeron el presupuesto en S/ 190.523.536. Dos categorías aumentaron en S/ 9.854.733. La reducción total del presupuesto en CENARES para medicamentos en valores absolutos fue de S/ 180.668.803

4. Evaluación de la ejecución presupuestal de gobiernos regionales

El presupuesto asignado a los gobiernos regionales en valores absolutos representó S/.244.738.499. Al final del año, se ejecutó el 90.69% del presupuesto.

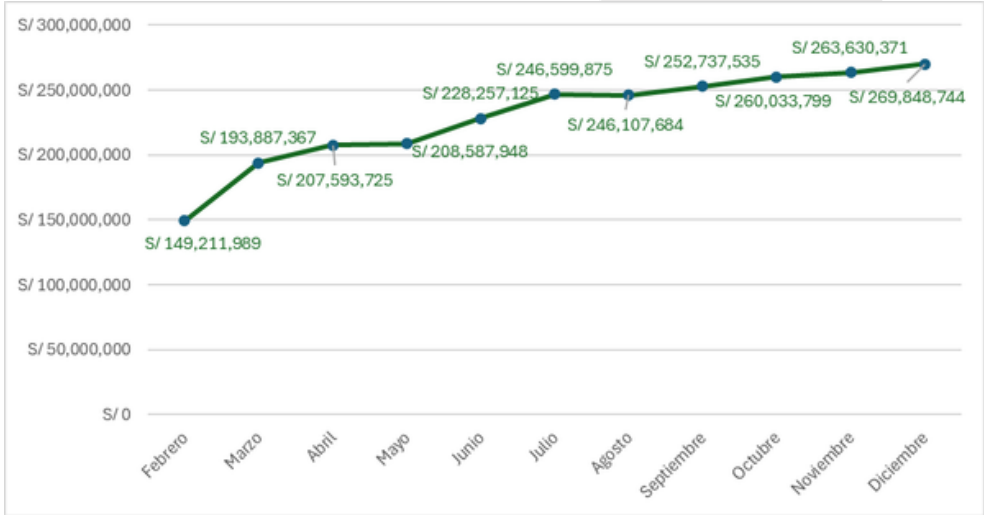
Gráfico N°6: Avance mensual de la ejecución de los gobiernos regionales



Fuente: AIS Monitoreo de la ejecución presupuestal de medicamentos. Elaboración propia.

En el caso de los gobiernos regionales el PIM fue en aumento, de S/ 149.211.989 al 27 de febrero a S/ 269.848.744 al 31 de diciembre.

Gráfico N°7: Comportamiento del PIM de los gobiernos regionales



Fuente: AIS Monitoreo de la ejecución presupuestal de medicamentos. Elaboración propia.

5. Discusión

5.1. Comportamiento presupuestal 2019–2025

El análisis del Presupuesto Institucional Modificado (PIM) para medicamentos en el período 2019–2025 evidencia un comportamiento marcadamente variado, de avances y retrocesos en cuanto a los montos asignados. El presupuesto total pasó de S/ 654 millones en 2019 a un pico de S/ 965 millones en 2020 —impulsado por la emergencia sanitaria del COVID-19—, para luego descender a S/ 815 millones en 2021, recuperarse a S/ 956 millones en 2022, caer nuevamente a S/ 877 millones en 2023, y finalmente ascender a S/ 1,117 millones en 2024 y S/ 1,157 millones en 2025.

Este patrón oscilante no es compatible con una política presupuestal basada en estimaciones epidemiológicas calificadas y demanda real de medicamentos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la planificación presupuestal en salud debe basarse en perfiles epidemiológicos actualizados, proyecciones de demanda y análisis de brechas de acceso². En el caso peruano, las variaciones interanuales sugieren que las asignaciones responden más a coyunturas políticas y fiscales que a criterios sanitarios.

Particularmente preocupante es la tendencia observada desde 2023: mientras el presupuesto para medicamentos del MINSA (pliego central) se incrementa sostenidamente de S/ 507 millones en 2023 a S/ 887 millones en 2025, el presupuesto para medicamentos de los gobiernos regionales se contrae de S/ 370 millones en 2023 a S/ 269 millones en 2025. Esta redistribución implica una recentralización del gasto farmacéutico que podría tensionar la capacidad de respuesta territorial, considerando que los gobiernos regionales son responsables directos del primer nivel de atención.

5.2. CENARES como actor principal: eficiencia y vulnerabilidad

CENARES ejecutó el 82.9% del presupuesto del MINSA en 2025, consolidando una tendencia creciente desde el 48.3% registrado en 2019. Si bien la centralización de compras a través de CENARES puede generar economías de escala y mejores condiciones de negociación con proveedores, esta concentración genera riesgos significativos:

- Cualquier ineficiencia en la gestión como retraso en procesos de adquisición o problema logístico en CENARES impacta directamente al 83% del abastecimiento nacional de medicamentos.
- Al reducir progresivamente la participación de los gobiernos regionales, se erosionan las competencias locales para la programación, adquisición y gestión de medicamentos.

La literatura sobre sistemas de salud advierte que la centralización excesiva de compras públicas de medicamentos, si no se acompaña de mecanismos robustos de distribución y monitoreo, puede agravar las inequidades de acceso³ debido a que las ineficiencias impactan de forma generalizada el sistema.

² OMS, 2022, “Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends”
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240041219>

³ MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies”, 2012

5.3. Frecuente ajuste al PIM

Uno de los hallazgos más importantes es la identificación de al menos 197 ajustes al PIM del MINSA durante el período febrero–diciembre de 2025. Lo que implica que, en promedio, el presupuesto para medicamentos se modificó más de 17 veces al mes.

Marzo concentra un pico de ajuste al presupuesto como consecuencia de las reprogramaciones después del PIA. Noviembre y diciembre muestran el mayor número de ajustes, reflejando la aceleración por ejecutar el presupuesto antes del cierre fiscal. De acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas, este fenómeno de adquisiciones apresuradas compromete la calidad de la ejecución⁴.

Ningún mes presenta estabilidad presupuestal, lo que confirma una gestión presupuestal reactiva de ajustes que dista de una planificación presupuestal anual programática e integrada.

5.4. Distorsión en la planificación presupuestal

Hallazgo crítico es la presencia de una categoría dentro del presupuesto de medicamentos denominada “Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos”, la cual registró 191 modificaciones durante el año, el mayor número de ajustes entre todas las categorías presupuestales. Esta categoría, por definición del MEF, está destinada a gastos administrativos y operativos que no generan productos o servicios tangibles y representa alrededor del 50% del total del presupuesto para medicamentos asignado a CENARES

La asignación de parte del presupuesto para medicamentos en esta categoría constituye una seria distorsión de la lógica del Presupuesto por Resultados (PpR), pues impide evaluar adecuadamente la eficiencia del gasto en función de resultados sanitarios. Como ha señalado el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la correcta clasificación presupuestal es condición necesaria para la transparencia fiscal y la rendición de cuentas en el sector salud⁵. Esta práctica sugiere que el presupuesto de medicamentos se utiliza como “colchón” para absorber variaciones en otras partidas, lo cual debilita la trazabilidad del gasto farmacéutico.

5.5. Reducción real del presupuesto de CENARES: S/ 190 millones menos

Entre febrero y diciembre de 2025, el PIM de CENARES experimentó una reducción neta de S/ 190,523,536, equivalente al 20.10% de su presupuesto inicial. Esta reducción no fue uniforme: siete de las nueve categorías presupuestales analizadas sufrieron recortes, mientras que solo dos, “Prevención y Control del Cáncer” y “Salud Materno Neonatal”, registraron incrementos modestos que sumaron apenas S/ 9.8 millones.

⁴ Encuestas Económicas de la OCDE: Perú 2025. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/oecd-economic-surveys-peru-2025_76f6eb73-en/full-report/achieving-strong-growth-and-safeguarding-fiscal-sustainability_000545c6.html

⁵ BID, “Mejor gasto para mejores vidas”, 2018. Disponible en: <https://flagships.iadb.org/es/DIA2018/Mejor-Gasto-para-Mejores-Vidas>

Las categorías más afectadas fueron:

Categoría Presupuestal	Reducción (S/)	Reducción (%)
Asignaciones que no resultan en productos	125,815,406	23.92%
TBC-VIH/SIDA	27,516,239	32.53%
Productos específicos para el desarrollo infantil temprano	22,701,088	62.12%
Control y prevención salud mental	20,471,827	73.28%
Enfermedades metaxénicas y zoonosis	2,482,081	83.56%

Fuente: AIS Monitoreo de la ejecución presupuestal de medicamentos. Elaboración propia.

La reducción del 73.28% en salud mental y del 83.56% en enfermedades metaxénicas es particularmente alarmante en un contexto donde Perú enfrenta una creciente carga de trastornos de salud mental post-pandemia y brotes recurrentes de dengue. Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), los casos de dengue han mostrado una tendencia al alza en los últimos años, lo que demanda mayor inversión para su tratamiento.

Asimismo, el recorte del 32.53% en “TBC-VIH/SIDA” y del 62.12% en “Desarrollo Infantil Temprano” compromete metas sanitarias nacionales con compromisos internacionales. La reducción de presupuesto en “TBC-VIH/SIDA” contradice los compromisos del Perú con la Estrategia de la OMS para poner fin a la tuberculosis⁶.

5.6. Ejecución presupuestal incremental ligada a la reducción del presupuesto

El MINSA cerró 2025 con una ejecución presupuestal del 91.75%, mientras que CENARES alcanzó el 91.45% y los gobiernos regionales el 90.69%. A primera vista, estas cifras sugieren una gestión adecuada. Sin embargo, un análisis cuidadoso revela que estos porcentajes deben interpretarse teniendo en cuenta tres factores:

- El PIM fue reducido significativamente durante el año: ejecutar el 91% de un presupuesto que ya fue recortado en 20% no significa haber cumplido con las metas originales de abastecimiento. En términos reales, CENARES ejecutó aproximadamente el 73% de lo que tenía programado al inicio del año.
- El patrón de ejecución acelerada en noviembre y diciembre sugiere compras de último momento que pueden no alinearse con necesidades reales de abastecimiento, sino con la presión por cumplir metas de ejecución fiscal.
- Ejecución desigual por categorías como “Prevención y control del cáncer” que alcanzó el 98.75% y “Salud materno neonatal” el 100%, “Enfermedades no transmisibles” que solo llegó al 79.99%, evidenciando que la ejecución global enmascara diferencias importantes en programas específicos.

⁶ End TB Strategy, OMS 2015) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3.3). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19>

La baja ejecución de salud mental a mitad de año (12.67% en junio) es particularmente preocupante, pues indica que durante la primera mitad del año fiscal la provisión de medicamentos podría haber estado severamente comprometida. Este dato, combinado con la reducción del 73% del PIM para esa categoría, configuraría un escenario de desatención presupuestal crítica en salud mental.

5.7. Heterogeneidad en las regiones

El análisis regional muestra disparidades significativas tanto en el número de ajustes presupuestales como en la dinámica de ejecución. Junín lidera con 161 ajustes, seguido de Apurímac (132), Cusco (115) y Huancavelica (110). En contraste, Tumbes (22), Madre de Dios (26) y Ucayali (27) presentan un número de ajustes significativamente menor.

Esta heterogeneidad puede responder a múltiples factores: diferencias en capacidades de gestión administrativa, complejidad del perfil epidemiológico regional, número de establecimientos de salud, y dinámicas políticas locales. Sin embargo, el hecho de que el PIM regional total se incrementó en 80.85% entre febrero y diciembre sugiere que los gobiernos regionales recibieron transferencias adicionales significativas durante el año, posiblemente como mecanismo compensatorio frente a fallas en las compras centralizadas de CENARES.

6. Conclusiones

- La planificación presupuestal para medicamentos en el Perú es estructuralmente débil. La existencia de 197 ajustes al PIM del MINSA y un volumen equivalente en gobiernos regionales durante un solo año fiscal evidencia que el presupuesto no se programa con base en estimaciones técnicas sólidas, sino que se gestiona reactivamente, lo cual compromete la oportunidad del abastecimiento de medicamentos.
- La concentración del 82.9% del presupuesto en CENARES genera dependencia sistémica. Aunque la centralización puede mejorar la eficiencia de las compras corporativas, la excesiva concentración convierte a CENARES en un actor de cuya eficiencia depende el abastecimiento de medicamentos en todo el país.
- La reducción del presupuesto de CENARES en S/ 190.5 millones (20.1%) contradice las metas de acceso a medicamentos. Los recortes más severos afectaron categorías prioritarias: Salud Mental (-73.28%), Enfermedades Metaxénicas (-83.56%), TBC-VIH/SIDA (-32.53%) y DIT (-62.12%), poniendo en riesgo poblaciones vulnerables.
- Los porcentajes de ejecución presupuestal (91.75% MINSA, 90.69% regiones) son engañosos, pues se calculan sobre un PIM reducido durante el año y con una ejecución significativamente concentrada en los últimos meses del año.
- La asignación de presupuesto para medicamentos en la categoría “Asignaciones que no resultan en productos” distorsiona el Presupuesto por Resultados. Esta práctica impide la trazabilidad del gasto farmacéutico y debilita los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.
- La centralización presupuestal debilita la capacidad de respuesta territorial. La contracción sostenida del presupuesto regional para medicamentos reduce la autonomía de los gobiernos regionales para atender sus necesidades sanitarias específicas, abandonando el fortalecimiento de las capacidades o modelos de ejecución desde las regiones que aseguren gasto eficiente.
- Existe una marcada heterogeneidad en la gestión presupuestal regional. Las diferencias en el número de ajustes entre regiones (de 22 en Tumbes a 161 en Junín) reflejan disparidades en capacidades de gestión que no son abordadas de manera diferenciada.

7. Recomendaciones

MINSA y MEF

- **Implementar un sistema de programación presupuestal basado en demanda sanitaria real.** Se debe transitar de un modelo de programación histórica-incremental a uno basado en perfiles epidemiológicos y proyecciones de demanda por nivel de atención, considerando las brechas de acceso en la población. La incorporación de herramientas de inteligencia de datos y analítica predictiva puede mejorar sustancialmente la precisión de las estimaciones.
- **Establecer límites normativos a las modificaciones presupuestales.** Establecer topes al número y magnitud de las modificaciones presupuestales por trimestre, exigiendo justificaciones técnicas documentadas para cada ajuste.
- **Eliminar la asignación de presupuesto para medicamentos en la categoría “Asignaciones que no resultan en productos”.** Garantizar que todo presupuesto para medicamentos esté asociado a una categoría presupuestal programática con indicadores de resultado medibles, en concordancia con la lógica del Presupuesto por Resultados.
- **Crear un indicador de “ejecución efectiva” que considere el PIA original.** Complementar el indicador actual de ejecución (devengado/PIM) con un indicador que mida el devengado respecto del PIA o del PIM del primer trimestre, para evitar que las reducciones del PIM inflen artificialmente los porcentajes de ejecución.

CENARES

- **Desarrollar un plan anual de adquisiciones con cronograma trimestral vinculante.** CENARES debe aprobar un plan de compras con hitos trimestrales que aseguren una ejecución progresiva y no concentrada en el último trimestre. Se recomienda que al menos el 50% del presupuesto esté comprometido al cierre del primer semestre.
- **Fortalecer la coordinación con los gobiernos regionales para la programación de compras.** Implementar mesas técnicas regionales trimestrales para alinear las compras corporativas con los perfiles epidemiológicos y las necesidades de abastecimiento territorial, incorporando la retroalimentación de los establecimientos de salud.
- **Implementar un sistema de monitoreo público en tiempo real de la ejecución por categoría presupuestal.** Aprovechando la experiencia del aplicativo desarrollado por Acción Internacional para la Salud, se recomienda institucionalizar un tablero de control que permita a decisores, sociedad civil y organismos de control monitorear la ejecución presupuestal de medicamentos en tiempo real.

Gobiernos Regionales

- **Fortalecer las capacidades técnicas de programación presupuestal en las DIRIS/DIRESA/GERESA.** Se requiere un programa de capacitación continua dirigido a los equipos de programación presupuestal regionales, con énfasis en la estimación de necesidades basada en consumo histórico y perfil epidemiológico, para reducir la dependencia de ajustes recurrentes.
- **Priorizar la ejecución temprana del presupuesto para programas sanitarios críticos.** Los gobiernos regionales deben establecer planes de ejecución acelerada para categorías como salud mental, enfermedades metaxénicas, TBC-VIH/SIDA y desarrollo infantil, evitando la acumulación de saldos no ejecutados que luego son recortados por el MEF.

8. Anexos

Anexo N°1: Unidades Ejecutoras del pliego MINSA

1. Administración Central – MINSA
2. Instituto Nacional de Salud Mental
3. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
4. Instituto Nacional de Oftalmología
5. Instituto Nacional de Rehabilitación
6. Instituto Nacional de Salud del Niño
7. Instituto Nacional Materno Perinatal
8. Hospital Nacional Hipólito Unanue
9. Hospital Hermilio Valdizán
10. Hospital Sergio Bernales
11. Hospital Cayetano Heredia
12. Hospital de Apoyo Departamental María Auxiliadora
13. Hospital Nacional Arzobispo Loayza
14. Hospital Nacional Dos de Mayo
15. Hospital de Apoyo Santa Rosa
16. Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa
17. Hospital de Emergencias Pediátricas
18. Hospital Nacional Víctor Larco Herrera
19. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
20. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
21. Hospital José Agurto Tello de Chosica
22. Hospital San Juan de Lurigancho
23. Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud
24. Programa Nacional de Inversiones en Salud
25. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
26. Hospital de Huaycán
27. Hospital de Emergencias Villa El Salvador
28. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
29. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte
30. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur
31. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este
32. Programa de Creación de Redes Integradas en Salud
33. Hospital de Lima Este Vitarte

Anexo N°2: Categorías presupuestales del pliego MINSA

1. Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos
2. Prevención y control del cáncer
3. Salud materno neonatal
4. Enfermedades no transmisibles
5. Control y prevención en salud mental
6. Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias
7. TBC-VIH/SIDA
8. Productos específicos para desarrollo infantil temprano
9. Enfermedades metaxénicas y zoonosis
10. Acciones centrales
11. Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias
12. Prevención y manejo de condiciones secundarias



Acción Internacional para la Salud - Perú

Av. General Garzón 942, Jesús María,
LIMA 15072 - PERÚ
www.aisperu.org.pe/

Autor:

Javier Llamaza Jacinto
Email: javierllamaza@aisperu.org.pe

Edición:

Roberto López Linares
Email: robertolopez@aisperu.org.pe
Tiana Valeria Quevedo Pintado
Email: tiana.quevedo@upch.pe
Akemy Nicolle Bustamante Ramirez
Email: akemy.bustamante@upch.pe

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero de: Public Citizen. 1600 20th Street NW. Washington D.C: (202) 588-1000 USA y Global Health Council 1199 N Fairfax street, suit 300, Alexandria, VA 22314, USA

Lima, Perú

marzo, 2026

ACCIÓN INTERNACIONAL PARA LA SALUD (AIS PERÚ) es una asociación civil sin fines de lucro que trabaja por el acceso universal a medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias en el proceso de construcción de un sistema de salud efectivo para todas las personas