

Inversión pública en salud: cómo lograr más salud por cada sol invertido

Instituto de Análisis y Gestión · Septiembre 2025

Este blog resume los principales aportes del webinar "Gobernanza efectiva de la inversión en salud", que reunió a tres voces con amplia experiencia en la gestión pública y el financiamiento del sector. Participaron Nelson Chui, exgobernador de Lima Región y referente en gestión descentralizada; Eloy Durán, exdirector general de la Dirección General de Inversiones del MEF, con una sólida trayectoria en inversión pública, especialmente en salud; y Augusto Portocarrero, experto en presupuesto público y financiamiento de la salud. Juntos, ofrecieron una mirada integral sobre cómo transformar la inversión en salud en resultados concretos para la población. Moderó el panel Arturo Granados, experto en políticas públicas y descentralización, con extensa experiencia en diversos niveles del sistema de salud.

Mensajes centrales

El problema no es cuánto se invierte en salud, sino cómo se gobierna esa inversión. Sin rectoría efectiva del MINSA, coordinación territorial vinculante y proyectos orientados a desempeño, más presupuesto produce más infraestructura, no más salud.

Cinco compromisos conforman un paquete de gobernanza realizable: metas y techos de inversión por red; un espacio regional-local con decisiones vinculantes; actualización normativa del PMI y diseño; proyectos integrales que incluyan financiamiento para su operación y mantenimiento; y una guía de selección de instrumentos con criterios ex ante.

Estamos ante una oportunidad para transformar la salud en el Perú. En los últimos años, la inversión en infraestructura ha crecido, pero los resultados no siempre se reflejan en más acceso ni en mejores servicios. La clave no es gastar más, sino gastar mejor: planificar, priorizar y asegurar que cada sol invertido se traduzca en atención efectiva y cercana para la población.

Entre 2010 y 2014, el presupuesto ejecutado en proyectos en salud registra un incremento de 195% en términos reales. Esto abre una oportunidad concreta: transformar cada sol en más acceso, calidad y resultados sanitarios. Para lograrlo, se debe reforzar la rectoría del MINSA en planificación y supervisión, equilibrar la priorización entre niveles de complejidad y atar la inversión a su operación y mantenimiento. Con reglas claras, decisiones basadas en redes y convenios y contratos orientados a desempeño, es posible acelerar mejoras tangibles en la vida de las personas.

El rompecabezas

Si el gasto de capital en salud aumenta, lo intuitivo es esperar mejoras equivalentes en acceso y resultados. Sin embargo, que ello ocurra de manera eficiente y equitativa depende del modelo de sistema de salud que se adopte. Hoy, el sector público de salud —MINSA, gobiernos regionales y EsSalud— tiende a acentuar el sesgo hospitalario, pese a la narrativa de fortalecer el primer nivel de atención (APS).

La respuesta no es "más proyectos", sino mejor gobernanza de la inversión que (1) priorice el fortalecimiento del primer nivel y (2) alinee proyectos bien seleccionados, correctamente dimensionados y ejecutados dentro de redes integradas de servicios. Cuando la cartera es un mosaico de obras aisladas —sin plan de operación y mantenimiento (O&M) ni previsión de personal asistencial y gerencial— el rendimiento social de la inversión cae. Lo opuesto ocurre cuando la inversión se concibe como parte de una red: cada modalidad de atención cumple una función específica y la infraestructura nueva llega con financiamiento para su puesta en marcha y sostenibilidad.

Cinco claves para cambiar el resultado

01

Fortalecer la rectoría del MINSA, con foco en redes integradas de salud

La rectoría no es ejecutar más obras, sino liderar el ciclo completo: definir brechas por red, priorizar los proyectos que las cierran, brindar asistencia y supervisar su ejecución y transición a operación. Esto implica techos de inversión por nivel de atención y territorio, atados a metas de acceso, continuidad de cuidados y resultados.

Con una reasignación deliberada hacia el primer nivel y los hospitales II-1, se maximiza el valor social por sol invertido y se evita que la agenda se capture por megaproyectos de baja productividad marginal.

02

Reactivar —y reformar— el espacio de coordinación regional–local

La priorización debe nacer en el territorio, involucrando a gobiernos locales y regionales, con apoyo técnico del MINSA y del MEF, para decisiones técnicas y vinculantes. Este espacio necesita reglas claras para blindarse de injerencias coyunturales y asegurar que cada proyecto elegible cuente con plan de operación y mantenimiento, dotación de personal y perfil epidemiológico–demográfico que justifique su dimensión.

La coordinación multinivel no es una asamblea: es un proceso con estándares, cronograma y responsabilidades, donde la elegibilidad se gana demostrando sostenibilidad.

03

Ajustar las reglas que sesgan la cartera de inversión

Los parámetros del PMI deben corregirse para que dejen de favorecer, por defecto, hospitales de alta complejidad y, en cambio, valoren soluciones escalables del primer nivel: APS, telesalud, atención comunitaria.

Urge actualizar normas de diseño —áreas, dotaciones, estándares de equipamiento— para contener costos y evitar sobredimensionamiento. El cambio regulatorio debe venir

acompañado de fichas técnicas simplificadas y desarrollo de capacidades en la preinversión, elevando la calidad técnica de los expedientes que llegan a ejecución.

04

Contratar para todo el ciclo

Se debe amarrar construcción, equipamiento y operación y mantenimiento en un solo contrato. Incluir indicadores de desempeño —disponibilidad, mantenimiento preventivo, tiempos de atención, satisfacción— con pagos sujetos a cumplimiento alinea incentivos y reduce desviaciones de costo y plazo.

Para el primer nivel, la infraestructura modular —por ejemplo, líneas tipo Plan 1000— permite reducir plazos y costos, siempre que exista un PRONIS fortalecido capaz de escalar soluciones repetibles con control de calidad.

05

Diversificar instrumentos de inversión

El instrumento se elige según la estrategia: Obras por Impuestos para paquetes modulares y rápida expansión de capacidad; APP cuando haya lógica de pagos por disponibilidad y operación y mantenimiento; G2G con licitación internacional si se busca estandarización y transferencia de capacidades; y, cuando corresponda, mecanismos mixtos o administración de activos.

Esta caja de herramientas debe regirse por criterios ex ante —establecidos por ejemplo vía Decreto Supremo— que alineen tiempos, riesgos y capacidad operativa del proponente.

Conclusión

No se trata de más cemento, sino de mejor gobernanza. Si el MINSA conduce con reglas claras, priorización vinculante desde el territorio y proyectos orientados a desempeño que aseguren operación y mantenimiento, el país puede acelerar resultados en salud sin inflar carteras inviables.

Es factible mostrar resultados visibles si se acuerda un paquete de gobernanza con cinco compromisos: metas y techos de inversión por red; espacio regional–local con decisiones vinculantes; actualización normativa del PMI y diseño; proyectos integrales con indicadores de desempeño y financiamiento de operación y mantenimiento; y guía de selección de instrumentos con criterios ex ante. Con estos pasos, cada nuevo establecimiento se convierte en servicios funcionando, y cada sol invertido en más salud y bienestar para las personas.