

163

**EL COBRO DE TARIFAS Y LA EQUIDAD EN LA
DISTRIBUCIÓN DEL SUBSIDIO PÚBLICO EN
SALUD EN EL PERÚ**

**Pedro Francke
Febrero, 1999**

<http://www.pucp.edu.pe/economia/pdf/DDD163.pdf>

EL COBRO DE TARIFAS Y LA EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DEL SUBSIDIO PÚBLICO EN SALUD EN EL PERÚ*

Pedro Francke

I. INTRODUCCIÓN

Las tarifas son los precios que cobran los establecimientos de salud por los servicios prestados. Cumplen por ello una función esencial en ser señales tanto para los agentes de la demanda como para los de la oferta, y determinan, dado un nivel de costos por atención, el monto de subsidio que se otorga a los pacientes por cada atención. Lógicamente, este razonamiento es válido en tanto las atenciones son pagadas y no para aquellas exoneradas.

En este marco, el objetivo de equidad podría producirse exclusivamente mediante exoneraciones -parciales y/o totales- a los más pobres. Sin embargo, una posibilidad alternativa es considerar la utilización más o menos intensiva por los pobres de las distintas atenciones como un factor adicional en la fijación de las tarifas. En otras palabras, un factor que podría considerarse en la fijación de tarifas es subsidiar más no solamente a las atenciones más costo-efectivas, sino también a las más utilizadas por los pobres. Esto sería particularmente adecuado en la ausencia de un sistema adecuado para la exoneración del pago.

La recuperación de costos es un concepto importante en el marco de la reforma del sector salud. El Banco Mundial (1993) considera que el establecimiento de tarifas relativamente bajas puede contribuir a la ampliación de la cobertura y a la mejora de la calidad de las prestaciones de salud; debido a ello, recomienda el establecimiento de tarifas a los sectores de mayores ingresos que utilizan los servicios públicos de salud. Además, se considera que el argumento tradicional para no establecer tarifas o, fijarlas en niveles relativamente bajos, para los diversos servicios y segmentos de la población, basándose en la existencia de externalidades y economías de escala, entre otros, si bien es válido para algunos servicios no lo es para todos (Jiménez, 1987).

* Investigación financiada por Partnerships for Health Reform de USAID.

Entre las principales razones a favor del establecimiento de un cierto nivel de tarifas, cabe señalar las siguientes (Jiménez, 1987; Griffin, 1988; Banco Mundial, 1993):

- i. Cuando los precios de cualquier bien son muy bajos se genera racionamiento vía “colas”. En el caso de la salud, dicho racionamiento es ineficiente porque las atenciones no diferencian por la gravedad de la enfermedad.
- ii. Las tarifas constituyen una señal que indica cuáles son las prioridades a la demanda.
- iii. las tarifas pueden contribuir a resolver el problema de reducción de la calidad de los servicios de salud, asociada a la escasez de recursos en un contexto de restricción presupuestaria.
- iv. Las tarifas pueden coadyuvar a una mejor asignación de los recursos a los servicios más costo-efectivos; y,
- v. Las tarifas pueden constituir un instrumento de focalización del gasto en los segmentos de población pobre.

Si la alternativa es la generación de ingresos propios o el financiamiento con recursos del Tesoro Público, bajo consideraciones de equidad es probable que la segunda opción sea preferible (Birdsall, 1987). Ello debido a que quienes asisten a los servicios públicos de salud pertenecen en su mayoría a los estratos de ingresos bajos y medios, más no a los de estratos altos, los cuales prefieren los servicios privados (Francke, 1995). Adicionalmente, un estudio empírico aplicado al caso peruano señala que el establecimiento de cobros a los usuarios extremadamente pobres podría reducir sustancialmente la demanda por servicios de salud, en particular de los servicios hospitalarios (Gertler, Locay y Sanderson, 1987).

Cabe anotar que si bien se puede implementar mecanismos que focalicen el cobro de tarifas, se enfrenta problemas prácticos asociados a problemas de información (Francke y Guabloche, 1994; Grosh y Baker, 1995). Los problemas de información se asocian no sólo a la dificultad y/o costos que involucra obtenerla, sino también a la existencia o generación de incentivos para adscribirse como beneficiario de un programa social determinado.

De acuerdo a de Habich (1995), en el Perú "...no obstante la importancia de esta fuente de ingresos, no existe una política definida por parte del MINSA que regule estos mecanismos. Asimismo, no se cuenta con estudios que en forma exhaustiva hayan evaluado el impacto de estas modalidades de financiamiento sobre la equidad en el acceso o la eficiencia de la producción de servicios". El documento de política del Ministerio de Salud (MINSA 1996) considera incluso que las tarifas pueden haber hecho que algunos sectores empobrecidos de la población no hayan podido acceder a los servicios.

II. EL SISTEMA DE SALUD Y EL COBRO DE TARIFAS EN EL PERÚ

1. El Sistema de Salud Peruano

Este capítulo está orientado a analizar algunos aspectos saltantes de la forma como está organizado el sistema de servicios de salud en el Perú y los principales problemas relacionados al problema de la inequidad del mismo, pensados con el objetivo de extraer lecciones sobre las características que debe tener un sistema de focalización de salud en el Perú.

De acuerdo con el Ministerio de Salud (1996), un 20% de la población carece de acceso a servicios de salud¹, lo que se debe a la débil acción del Estado y a la discontinuidad de los planes promotores del sector salud. Información más reciente, sin embargo (GTI 1997) indica que ese porcentaje se ha reducido a alrededor de un 15%.

En el Perú, desde hace algunas décadas los servicios de salud están segmentados en tres: los del Ministerio de Salud para los más pobres y los informales, los del IPSS para los asalariados, y los privados para los de altos ingresos. Existen, además, los servicios de salud de baja tecnología y dudosa eficacia: farmacéuticos que recetan y curanderos. El gasto per cápita es mucho más alto en el sector privado, intermedio en el IPSS y más reducido en el MINSA (ver ESAN 1996, GTI 1997).

¹ Algunos servicios de salud, como las vacunaciones, han logrado una gran cobertura, pasando del 90% y en algunos casos hasta del 95%. Por otro lado, mientras en el estrato de mayores ingresos, 62% de los que se sienten enfermos realizan una consulta de salud, en el grupo más pobre apenas 25% de los enfermos realizan una consulta (en Lima, 64% de los que se sienten enfermos realizan una consulta, mientras que apenas un 27% lo hace en la sierra y selva rural).

En esta década han habido acciones ambivalentes en cuanto a la posibilidad de acceso a los servicios de salud de la población. La crisis fiscal, llevó a que los servicios del MINSA entraran en crisis y se establecieran cobros a la población sin la discriminación adecuada, dificultando el acceso de importantes sectores a la misma. Posteriormente, programas como Salud Básica para Todos y los de FONCODES han permitido una recuperación importante pero aún insuficiente de la atención primaria. En el caso de los medicamentos, se ha puesto en marcha un programa de fondo rotatorio de medicamentos genéricos que ofrece medicinas relativamente baratas, pero no garantiza el acceso a las mismas de los más pobres². De esta manera, si bien hay un avance en cuanto a apertura de centros y puestos de salud, debido al cobro de tarifas se limita el acceso de los más pobres.

En cuanto a la calidad, aún no se recupera el profundo deterioro en la infraestructura física y equipamiento de los establecimientos de salud producido por la crisis de años anteriores. Ello, junto a la falta de remuneraciones adecuadas y de incentivos al personal, hace que la calidad de la atención deje aún mucho que desear.

Por su parte, el IPSS ha pasado por un proceso de reorganización y ha aumentado sus recursos como consecuencia del aumento de los sueldos y salarios registrado en 1994-95. Por otro lado, preocupa el aumento de trabajadores informales que no están asegurados.

Por otro lado, los seguros privados mantienen una cobertura reducida y la atención privada mediante el pago directo sigue siendo minoritaria, debido a que es muy reducido el sector de la población que puede costearse esta alternativa.

Los problemas mencionados hacen que determinadas zonas del país tengan un mayor grado de insalubridad y serias dificultades para el acceso a servicios de salud, de modo que su población no puede prevenir ni resolver sus problemas de salud y tiene que recurrir a alternativas de baja calidad (curanderos, farmacéuticos, etc.).

² En las zonas rurales de la sierra y selva, por ejemplo, apenas la mitad de los enfermos obtuvo medicinas (Fuente: Retrato de la Familia Peruana. Niveles de Vida, 1994, Instituto Cuánto - UNICEF).

2. Un Análisis Global de los Ingresos por Tarifas

Aunque la fijación de tarifas y la exoneración del pago de éstas constituyen mecanismos básicos de la focalización del gasto en salud y del conjunto de la política de salud, en el Perú no existen normas explícitas que determinen cómo deben establecerse las tarifas y bajo qué procedimientos debe exonerarse del pago de las mismas. Son también muy limitados los estudios existentes con relación a la forma cómo al respecto actúan los establecimientos de salud del MINSa en estos aspectos.

La importancia de los ingresos propios

La información de la ejecución presupuestal para 1997 indica que para este año ya llegaron a 15% de los gastos del sector, cifra igual para el pliego MINSa (administración central más Lima y Callao) como para las regiones y subregiones de salud. De acuerdo a esta misma fuente, hay establecimientos como el hospital San José del Callao cuyos presupuesto por tarifas llega a un 47% del total, casi igualando los recursos que le transfiere el Tesoro Público. Otros hospitales con altos índices de presupuesto por ingresos propios son el Instituto Oftalmológico (34%), el Hospital Loayza (33%), el Instituto de Salud del Niño (25%) y el INEN (32%). En provincias, destacan el Hospital de Sullana (31%), la UTES Chanchamayo (33%), el Hospital de Huánuco (30%) y el Hospital de Iquitos (25%).

De acuerdo a Griffin (1988), la recuperación de costos promedio en 34 países en desarrollo ascendió a 7 por ciento del gasto total, siendo escasos los países donde superó el 15 por ciento; por su parte, Jiménez (1987) menciona un porcentaje similar para una muestra de 28 países en desarrollo. Como se puede observar, el porcentaje de recuperación de costos en el Perú es elevado en comparación con otros países.

Cómo se generaron los ingresos propios

Un estudio (Ministerio de Salud - Proyecto 2000, 1997a) encuentra que los principales conceptos por los cuales se generaron ingresos propios fueron: venta de medicinas, análisis de laboratorio, consultas, internamientos y emergencia, los que en conjunto representaron el 91 por ciento del total de ingresos propios; mientras que las tasas y otros servicios explicaron el 9 por ciento. Los porcentajes mayores corresponden a

medicinas (24 por ciento) y consultas (21 por ciento), mientras análisis de laboratorio, internamientos y emergencias representan cerca de 15 por ciento cada uno.

En promedio, poco más de la mitad de los ingresos propios son generados por los hospitales y un 45% entre centros y puestos. Las administraciones subregionales responden por sólo el 4% de los ingresos propios. Existen, sin embargo, grandes variaciones regionales, tanto entre establecimientos como entre orígenes de los ingresos propios.

En cuanto a los ingresos propios por origen, estos se asocian de manera bastante lógica a los establecimientos que prestan más cada tipo de servicio. Por ejemplo, los hospitales responden por un porcentaje mayoritario de los ingresos por análisis de laboratorio (71%) y los internamientos (67%), mientras que los ingresos por consultas se encuentran mucho más distribuidos (33% en hospitales, 31% en centros, 30% en puestos). Las medicinas se venden en un 55% en hospitales, porcentaje que resulta relativamente elevado pero que puede responder al mayor uso de medicamentos provenientes de programas nacionales (gratuitos) en los establecimientos de menor nivel.

Cabe señalar que son pocas las subregiones que tienen un sistema de registro que les permita conocer con facilidad cómo generan ingresos propios los diversos establecimientos a su cargo. En muchos casos, si se entregan fondos de ingresos propios a la UTES o subregión, se registra como un ingreso de caja adicional sin que exista un sistema que permita hacer un seguimiento de cómo genera ingresos propios cada establecimiento.

El uso de los ingresos propios

Los ingresos propios se destinan en promedio en un 7,5 por ciento a inversiones, proporción similar a la que representa el gasto en inversión en promedio para todas las fuentes de financiamiento. En cuanto a los ingresos propios destinados a gastos corrientes, la mayor parte se va en el gran rubro “otros,” con el 64 por ciento en promedio. En la mayoría de subregiones ese porcentaje está entre 50 y 70 por ciento.

Información no sistematizada indica que parte significativa de esos recursos es repartida entre el personal de salud, a modo de un complemento salarial, a pesar de que ello

está expresamente prohibido por las normas presupuestales. En la práctica, no existe ninguna fiscalización del uso de los ingresos propios, lo que ha generado un incentivo a que los establecimientos eleven los cobros con el fin de elevar sus remuneraciones o aumentar su infraestructura y equipamiento.

La relación entre la generación y el uso de ingresos por establecimientos es muy diversa. Mientras que en algunas subregiones los hospitales gastan más por ingresos propios que lo que generan, en otras es a la inversa.

3. Exoneraciones en los establecimientos de salud

Para tener un mejor conocimiento de la fijación de las tarifas y de las exoneraciones de pago por parte de los establecimientos de salud, se ha realizado una encuesta especializada en 60 establecimientos y/o unidades administrativas de 5 subregiones de salud de diferente región geográfica y nivel de desarrollo relativo. Para el análisis, y de acuerdo a los resultados del análisis de la distribución regional de los gastos, consideraremos que el orden de las regiones en cuanto a las necesidades de salud es: Ayacucho, Puno, Huaraz, Ica y Lima.

El cuestionario se centró básicamente en los relativo a las exoneraciones, que constituyen el aspecto más directamente ligado a la focalización, aunque también se recabó información sobre tarifas. El cuestionario, los establecimientos encuestados y los resultados detallados se encuentran en Francke (1997).

Sobre la delimitación de las exoneraciones

Uno de los procedimientos que podría ser importante en el manejo de las exoneraciones es la existencia de topes en las mismas. Esta política podría orientar a los establecimientos en el otorgamiento de las exoneraciones e ir modulando las mismas de tal manera que se aproximen a determinados niveles pre-fijados por regiones o globalmente.

La encuesta muestra que en consultas, un 80% de los establecimientos exonera sin que tenga ningún tope; la mayoría de los que tiene topes son bastante bajos (menos de 10%

del total podría ser exonerado). No se encontró ningún caso en que no se cobrara a nadie, a pesar de que esta política podría estar justificada en algunas regiones de extrema pobreza (como Ayacucho o Puno). Curiosamente, los establecimientos de primer nivel (centros y puestos de salud) parecen ser más estrictos en cuanto a exoneraciones que los hospitales: la mayoría de los que no exoneran o lo hacen con tope son de primer nivel.

El significado de estas “exoneraciones” es también variado. Aunque para el 28% de los establecimientos estar exonerado significa no pagar nada, y recibir la atención de manera totalmente gratuita, para casi la mitad de los establecimientos estar exonerado significa cobrar algo en todos o la mayoría de los casos. Exoneración no es, de por sí, atención gratuita.

Estos resultados, que se refieren a la política general de exoneraciones, se pueden contrastar con los resultados de la encuesta de (ENNIV 1994) hogares respecto del pago que realizan éstos. Estos indican que un 15% de los que consultan, tanto en hospitales como en centros de salud, no realizan ningún pago por la atención (lo que no significa que no paguen por las medicinas), porcentaje que en los puestos de salud -por lo general atención de menor calidad y en zonas más pobres - se eleva al 28 por ciento. Estos porcentajes indican que, aunque los establecimientos no tengan topes a las exoneraciones, ello no significa que exoneren con facilidad; por el contrario, aparentemente el nivel de exoneraciones (entendidas en este caso como pago cero) es relativamente reducido.

En medicinas, en cambio, la política del fondo rotatorio de medicinas (llamado PAC-FARM) ha llevado a un control mayor respecto de las exoneraciones. Un 30% de los establecimientos no exonera, y otro tanto exonera con topes menores al diez por ciento. Para dos terceras partes de los establecimientos que exoneran, esto significa que la mayoría o todos los exonerados deben pagar algo. Nuevamente, los centros y puestos parecen ser los menos propensos a exonerar. En análisis de laboratorio, la política predominante es nuevamente exonerar sin tope, aunque 11% exonera con tope (reducido) y 11% no exonera nunca, y en la mayoría de los casos exonerar significa cobrar algo.

En el caso de internamientos, también la enorme mayoría (80%) exonera sin tope fijo de pacientes. Pero en estos casos, la política de cobrar algo es incluso mayor que para otros servicios (consulta, medicinas, etc.). Esto también se aplica al caso de material quirúrgico y otros costos de operaciones tales como sala (es importante hacer esta distinción porque, como veremos más adelante, el costo de una intervención quirúrgica incluye varios componentes, no siendo el costo del internamiento en sí el más importante). Para estos casos, sería Puno el único lugar donde hay más restricciones a las exoneraciones, habiendo casos que no exoneran y otros que lo hacen con topes.

En síntesis, lo más generalizado es exonerar sin topes, sin que ello signifique exonerar masivamente y además haciendo que esa exoneración signifique pagar algo. Ello revela que los establecimientos de salud gozan de una alta discrecionalidad al momento de exonerar, pero que dentro de esta discrecionalidad hay una fuerte tendencia al cobro. En el caso de medicinas, hay mayores restricciones a exonerar, lo que no necesariamente lleva a una política más racional o mejor focalizada, sino simplemente a menores exoneraciones.

Los Procedimientos

La mayoría de establecimientos (70% del total y la totalidad de los hospitales) indicaron que tenían un procedimiento único para otorgar las exoneraciones. La proporción es mayor en Lima y menor en Puno, sugiriendo cierta relación entre desarrollo relativo de las regiones y estandarización administrativa.

En la mayoría de centros y puestos, quien exonera es única o principalmente el jefe del establecimiento. Aunque en la mayoría de hospitales la exoneración depende principalmente de la asistente social, llama la atención sin embargo el caso de los hospitales de Huaraz y Chincha, donde el único que exonera es el director (lo que revelaría ineficiencia administrativa, dado que el propio jefe tendría que aprobar cada exoneración). En cerca de la mitad de los casos, la exoneración la decide una sola persona, pero en los hospitales suele haber (70% de casos) participación de varias personas.

En síntesis, se observan intentos de estandarización administrativa (a nivel de cada establecimiento) para determinar las exoneraciones, pero también bastante centralización de

las decisiones. Hay variedad también respecto de cómo se inician y se tramitan las exoneraciones.

La Información utilizada

Otro elemento clave para la bondad de la focalización contenida en las exoneraciones es el tipo de información que utilizan para otorgarlas. Se encuentra bastante dispersión y casi todos los criterios indicados (ocupación del jefe de hogar, composición del hogar, localidad donde vive, nivel de ingreso comprobado, nivel educativo del jefe de hogar, apariencia física, conocimiento directo y características de la vivienda) fueron utilizados por más de una tercera parte de los establecimientos.

La información más utilizada fue “conocimiento directo” (70% de los casos), particularmente en los centros y puestos, sin embargo, aunque éstos establecimientos son más cercanos a la población, este método tiene la desventaja de su subjetividad e imprecisión. Esto puede parcialmente corroborado por el uso de información tal como “apariencia física,” que es utilizada en una tercera parte de los establecimientos, e incluso en 3 hospitales.

Otra información bastante señalada como utilizada fue ocupación (67%), composición del hogar (52%), localidad (49%). Ingreso comprobado se señaló en 38% de los casos. En cambio, indicadores más objetivos y bastante buenos del nivel de vida, tales como nivel educativo y características de la vivienda, fueron menos utilizados (20% y 29% respectivamente). Hubieron también otras informaciones no consideradas por la encuesta que se utilizaban, tales como por patología (se le exonera según el tipo de enfermedad, p.e. tuberculosis), ley (hay legislación respecto de atención gratuita a ex-combatientes) y medicación anterior (si compró medicinas en forma privada no se le exonera).

En cuanto a la forma de obtención de la información, lo más común son las entrevistas con el paciente (82%) y la observación directa (69%), opciones que por cierto no representan una comprobación de la información. Entre los métodos de comprobación destaca la visita domiciliaria (presente 69% de establecimientos, pero la mitad de éstos sólo lo hace a “a veces” y otra tercera parte “en la mayoría de casos”). Apenas 12% de los

establecimientos piden documentación, y ninguno de ellos lo pide siempre (la mitad “a veces” y la mitad “en la mayoría de casos”). Salta la contradicción de esta respuesta con la que señalaba que el 38% utilizaban como información la de “ingresos comprobados,” ya que apenas 12% efectivamente hace algún tipo de comprobación real (es claro que en ningún caso los establecimientos tiene capacidad como para comprobar el nivel de ingresos si no es solicitándolo al paciente).

Finalmente, apenas una tercera parte de los establecimientos tiene un formato pre-establecido para procesar la información, incluyéndose en esta cifra a todos los hospitales. Sin embargo, hay que señalar que estos formatos a menudo no son muy elaborados y dejan amplio espacio de evaluación al criterio de quien lo utilice.

4. Tarifarios y tarifas en establecimientos del sector salud

Los criterios utilizados para la fijación de tarifas

Respecto a los criterios para la fijación de las tarifas, el cuestionario permitió establecer que el criterio de “acceso universal a los servicios de salud” es considerado el más importante: en un 18% de establecimientos se consideró que debía ser el único criterio, y en otro 63% que era el de primera prioridad. Sin embargo, la consideración de los costos también es relevante para muchos: 63% mencionó criterios de costos como la única, primera o segunda prioridad para fijar las tarifas. Los criterios de costos sin embargo, son variados, habiendo algunos que consideran los costos totales y otros que solamente mencionan los insumos (un porcentaje menor consideró los gastos corrientes).

A pesar del alto porcentaje de establecimientos que consideran que los costos son un elemento a tomar en cuenta, la inexistencia de estudios de costos es una limitación importante. 18 por ciento de los establecimientos (entre los cuales 40 por ciento de los hospitales) indicaron tener estudios de costos ya realizados, pero un pequeño porcentaje está realizando o piensa realizar estudios en el año en curso (apenas 7 por ciento).

Para facilitar la tarea de realizar estudios de costos, el Programa Salud Básica para Todos y la OPS elaboraron un manual de estimación de costos, el mismo que ha sido publicado y difundido. Sin embargo, apenas 28 por ciento de los establecimientos conocían

de la existencia de este manual (ni siquiera se preguntó sobre el estudio o comprensión del mismo).

Los Tarifarios

No existe un tarifario "modelo" que permita una comparación directa y sencilla entre los distintos hospitales, independientemente de su grado de complejidad. Aunque en menor medida, una situación similar se presenta en los centros y puestos de salud.

Además, se observa problemas asociados a que un mismo servicio es clasificado bajo diferentes rubros. Así, por ejemplo, el lavado gástrico aparece a veces bajo "procedimientos médicos" y otras bajo el rubro "gastroenterología"; una situación similar se presenta en el caso del lavado de oídos, a veces se le clasifica bajo "procedimientos médicos" y otras bajo "otorrinolaringología" e, incluso, bajo el rubro "emergencia".

Si bien existen tarifarios completos, también existen otros que se encuentran incompletos y que se presentan a manera de una lista sin clasificación alguna que facilite la búsqueda de una tarifa específica. Además, no todos los establecimientos hospitalarios cuentan con una tarifa única, sino que pueden presentar escalas diferenciadas para la misma atención de salud. En algunos casos se registró una tarifa única, mientras que en otros tarifas diferenciadas en varias categorías para los diversos tipos de atención. En otros hospitales se diferenciaron las tarifas para algunos tipos de atención según se trate de pacientes niños o adultos³. Es decir, se aplican políticas uniformes o que intentan discriminar a la población según presente determinadas características, tales como la edad, entre otras.

En este esquema existirían subsidios cruzados según tipos de atención, o, más probablemente dado el bajo nivel de recuperación de costos, diferentes niveles de subsidio para diferentes tipos de atención., sin un respaldo de estudios de costo y efectividad que

³ Incluso existen casos de diferenciación de tarifas según nacionalidad. Al respecto, cabe mencionar el caso del hospital de Puno, en el que por algunos servicios se cobró un 100 por ciento más a los extranjeros. De otro lado, tal como se indicó, existen tarifarios exhaustivos que llegan a definir tarifas de ambulancias, inspecciones y campañas de saneamiento ambiental, utilizando distintos criterios de fijación de tarifas: por zonas geográficas, naturaleza de la persona -natural o jurídica-, metros cuadrados y litros de material empleado, entre otros.

haga que el esquema de subsidios implícito sea óptimo en función de algún objetivo de política. Del mismo modo, habrían subsidios diferenciados según el tipo de paciente o su categorización por estratos sociales, sin que ello necesariamente implique en la práctica una política favorable a la equidad.

Las Tarifas

Para el análisis de las tarifas, se ha analizado las mismas para 16 atenciones de salud, seleccionadas entre las más comunes pero también buscando que reflejen diversos niveles de complejidad y especialidades. Se ha realizado además un trabajo especial para algunas intervenciones quirúrgicas simples, para calcular el costo total de las mismas.

En general, las tarifas para consultas simples son bastante reducidas. El promedio es de 2 soles, siendo las mínimas de 0.50 y las máximas de 5 soles. Considerando que el nivel de consumo de los hogares pobres del Perú (que son la mitad de la población) es en promedio 7 dólares diarios, por lo general las consultas estarían al alcance de la población. En promedio, las tarifas de consultas son menores en los establecimientos de primer nivel que en los hospitales, lo que resulta conveniente para una modulación adecuada de la demanda. También se encuentra que la tarifa de 2 soles por consulta en promedio es común a todos los departamentos, con sólo ligeras variaciones entre ellos.

Los certificados de nacimiento y defunción son algo más caros que las consultas. A pesar que sólo se trata de un trámite burocrático, la obligación de que sean llenadas por un médico y su importancia en la vida de las personas, permiten que los establecimientos de salud cobren algo más por ellos. Sin embargo, este comportamiento podría estar desalentando el registro, particularmente de defunciones, dada la facilidad y costumbre de realizar entierros no autorizados en diversas partes del país.

Un tratamiento indispensable pero que requiere más insumos y más tiempo en la atención, como es una bota corta de yeso -para las fracturas-, tiene precios que pueden ser relativamente elevados, que oscilan entre 4 y 150 soles. Como se observa, la variación es enorme, y éstas diferencias pueden observarse tanto al interior de las regiones -por ejemplo

en la región Chavín varía entre 5 y 54 soles-, entre establecimientos del mismo tipo -en Ayacucho un hospital cobra 4 soles y el otro 150 soles- o entre tipos de establecimientos.

Hay varias regiones en las cuales por algunas atenciones los centros de salud cobran más que los hospitales. Un certificado de defunción en la región Chavín puede costar hasta 20 soles en un centro de salud, en los hospitales sólo hasta 5 soles. Bastantes ejemplos de este tipo pueden ponerse.

El internamiento (hospitalización) por día tiene un precio mayor, en promedio de 8,8 soles diarios, y también muestra variaciones mucho mayores entre establecimientos (de 1 a 60 soles) y entre regiones. Sin embargo lo que sí parece tener un costo importante son las intervenciones quirúrgicas, que a menudo se asocian al internamiento.

Operaciones relativamente sencillas y que en muchos casos pueden ser absolutamente indispensables tienen costos totales -incluyendo la receta (es decir, las medicinas y materiales quirúrgicos), la operación, la sala y la anestesia- bastante elevados para la capacidad de pago de la población. Una apendicitis, por ejemplo, cuesta entre 250 y 420 soles, correspondiendo el costo más alto de los que tenemos registrados al Hospital de Andahuaylas -una de las zonas más pobres del Perú-. Otras operaciones tienen costos similares: una hernia cuesta entre 250 y 450 soles, una cesárea entre 180 y 380 soles, una operación de próstata entre 130 y 430 soles. Por cierto, estos estimados solamente consideran la intervención en sí, a lo que habría que sumar los días de internamiento pre y post-operatorios.

Estos costos elevados se deben a los diversos componentes, y no solamente al costo directo de la operación. Por ejemplo, en la apendicitis, la operación en sí cuesta entre 50 y 150 soles, pero a ello se suman el cobro por sala de operaciones entre 0 y 60 soles, anestesia (unos 110 soles) y los materiales quirúrgicos y medicinas entre 77 y 130 soles.

En estos casos, es evidente que dado el nivel de ingresos de la mayoría de la población en el Perú, aquellos que no logran una exoneración del pago pueden verse en grandes dificultades para recuperar su salud. En algunos casos, como las apendicitis, la ley de emergencias protegería a los pacientes, obligando a su tratamiento. Pero en otros casos,

la no realización de la operación podría llevar a una elevación de riesgos -como en las cesáreas- o en pérdida de vida -cáncer a la próstata o casos de cesárea-.

En síntesis, podemos concluir sobre las tarifas que:

- existe un gran desorden entre regiones e incluso al interior de éstas, lo que lleva a una gran variabilidad no sólo en valores absolutos, sino también en la relación entre distintos tipos de consultas y establecimientos.
- las consultas básicas son relativamente baratas, siendo en este caso el costo de las medicinas el problema de acceso potencial.
- algo similar sucede en el caso de internamientos, en el que los costos de internamiento no son muy elevados, pero sí los costos de las operaciones.
- existiría un comportamiento diferenciado de los establecimientos que tienden a entregar en forma subsidia o gratuita los costos de infraestructura y personal (atenciones, internamientos) pero de cobrar los insumos fungibles (medicinas, material quirúrgico fungible). Esto se debería a que los salarios del personal están asegurados y la infraestructura se deteriora lentamente, mientras que los insumos son de rotación rápida y si no se cobran se genera escasez en su abastecimiento por el ajuste fiscal.

III. EL COBRO DE TARIFAS Y LA DISTRIBUCIÓN DEL SUBSIDIO PÚBLICO EN SALUD

1. Metodología y datos

La información sobre uso de servicios y pagos realizados proviene de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida mayo-julio 1994 - ENNIV 1994, llevada a cabo por el Instituto Cuánto por encargo del Banco Mundial y el BID. La ENNIV 1994 es la cuarta ENNIV que se realiza en el Perú, y ha comprendido a 3623 hogares, en los cuales hay 18 mil personas que contestan la parte relativa a salud. Las ENNIV han sido extensamente utilizada para realizar evaluaciones socioeconómicas del Perú.

Las observaciones se han limitado a los "miembros del hogar," dado que la parte de salud se refiere únicamente a éstos. La variable utilizada como aproximación a los niveles de

bienestar de la población en las ENNIV ha sido el consumo per cápita del hogar. En general, el uso de variables per cápita es preferido en la literatura, debido a la necesidad de ajustar según el diferente tamaño de los hogares. Medir a través del consumo y no por el ingreso se justifica por razones prácticas: en diversas oportunidades se ha observado que muchas familias indican en la encuesta niveles de consumo muy superiores a su ingreso, sin que eso pueda ser explicado por ahorros anteriores (ver Altimir 1990). Una medición de ingresos tiene problemas debido a que en muchos países en desarrollo éstos serían más variables que el consumo, particularmente de los agricultores, y también que el ingreso de los autoempleados es difícil de medir.

Para comparar los pagos con el valor de los servicios utilizados, se ha combinado el uso de encuestas de hogares, que ofrecen información sobre la asistencia a servicios públicos y el consumo por hogares, con la información presupuestaria correspondiente, siguiendo a Selowsky (1979).

2. Tarifas de consulta

Según tipos de establecimiento

La tarifa promedio de consulta -que incluye aquellas realizadas en establecimientos del MINSA, IPSS y sector privado- ascendió a 5 soles⁴. Ratificando lo observado en el trabajo de campo, las tarifas promedio son mayores a mayor grado de complejidad de los establecimientos del sector público de salud. Así, la tarifa en hospitales superó en 38,5 y 100 por ciento a las observadas en los centros y puestos de salud, respectivamente. El comportamiento es razonable por cuanto los establecimientos de menor nivel de complejidad enfrentan a su vez menores costos, y atienden por lo general a los segmentos de población más pobres (Francke, 1995).

⁴ Incluye a los que declaran haber pagado 0.

Cuadro 1
TARIFAS DE CONSULTA POR
ESTABLECIMIENTO 1/
(en Nuevos Soles)

LUGAR	PROMED.	N° DE CASOS
Hospital del Ministerio	3,6	463
Centro de	2,6	379
Puesto de	1,8	187
Clínicas	16,3	365
Promedio	5,0	1.394

1/ Elaboración propia en base a la ENNIV 1994

De otro lado, las tarifas cobradas en los hospitales del MINSA sólo representaron el 22 por ciento de las aplicadas en las clínicas privadas, entidades donde el promedio ascendió a S/.16,3. Por su parte, en el IPSS las tarifas fueron prácticamente nulas.

Según zonas geográficas

A nivel de las zonas urbana y rural, se observa una relativa homogeneidad en las tarifas cobradas por los establecimientos del sector público de salud. Es notorio que las diferencias entre zonas geográficas resultaran menores que los diferenciales según tipos de establecimiento, aun cuando las tarifas en las áreas rurales son consistentemente menores que las de áreas urbanas.

No obstante, a nivel de dominios geográficos de la ENNIV se registraron casos particularmente interesantes. Por ejemplo, las tarifas promedio de consulta en hospitales en los dominios sierra urbana y costa rural superaron en cerca de 60 y 17 por ciento, respectivamente, a la tarifa promedio nacional. Por su parte, el nivel promedio correspondiente a Lima Metropolitana resultó incluso inferior a la tarifa promedio existente en las zonas rurales del país.

Este comportamiento se revierte si se considera los centros y puestos de salud, establecimientos para los cuales la tarifa promedio en Lima Metropolitana superó a los respectivos promedios nacionales, en particular en el caso de los puestos de salud. Por su parte, los resultados indican que el dominio sierra urbana presenta niveles comparativamente altos de tarifas para los diversos tipos de establecimientos. Así, por

ejemplo, resultaba más barato atenderse en un hospital de la costa urbana que en un centro de salud de la sierra urbana. En principio, si se asume que los hospitales exhiben un mayor grado de complejidad -aproximado a través de personal y equipo relativamente más calificado y sofisticado, respectivamente-, el resultado observado es no intuitivo.

Cuadro 2
TARIFAS DE CONSULTA PROMEDIO POR ESTABLECIMIENTO
POR REGION 1/
(en Nuevos Soles)

LUGAR DE CONSULTA	Hospital del Ministerio de Salud	Centro de Salud	Puesto sanitario/comunitario	Clínica
Lima Metropolitana	3,3	2,8	2,5	18,4
Costa urbana	2,8	2,5	2,1	14,1
Costa rural	4,2	2,2	1,4	18,0
Sierra urbana	5,7	3,2	2,3	15,6
Sierra rural	3,2	2,8	1,8	13,7
Selva urbana	3,3	2,8	0,0	19,5
Selva rural	3,3	1,9	0,9	8,1
Urbano	3,7	2,8	2,2	17,0
Rural	3,4	2,5	1,6	13,2
Promedio	3,6	2,6	1,8	16,3

1/ Elaboración propia en base a la ENNIV 1994

3. Exoneraciones y focalización en consultas

El 15 por ciento de los pacientes que se atendieron en los hospitales y centros de salud del MINSA fueron exonerados del pago de las consultas, elevándose dicho porcentaje a 28 por ciento en el caso de los que se atendieron en puestos de salud. Ello refleja la menor complejidad de atención y menor capacidad de pago de quienes concurren a este tipo de establecimientos.

En general, los porcentajes de exoneración fueron relativamente bajos si se considera que el 67 por ciento de las atenciones en hospitales y el 75 por ciento de las atenciones en centros y puestos de salud corresponden a los tres primeros quintiles de la distribución del ingreso. En otros términos, las personas que buscaron atención en los establecimientos del MINSA fueron los pobres o cercanamente pobres (Francke, 1995). Más aun, incluso si el total de exoneraciones hubiese sido focalizado en los hogares pobres

o cerca de serlo, más de las dos terceras partes de ellos no habría sido exonerado del pago por consultas en establecimientos del sector público de salud.

En general, en los establecimientos del MINSA el grueso de la población atendida paga menos de S/. 10, mientras que en las clínicas la mayoría paga más de S/. 20. Por su parte, la común consulta al "farmacéutico" -una décima parte del total de consultas fue realizada en farmacias- es prácticamente gratuita, en términos del pago por consulta de salud.

Cuadro 3
TARIFAS DE CONSULTA POR ESTABLECIMIENTO POR TRAMOS 1/
(En porcentajes)

LUGAR CONSULTA							
CANTIDAD PAGADA	Hospital Ministerio de Salud	Hospital IPSS	Hospital FF.AA.	Centro de Salud	Puesto sanitario	Clínica	Farmacia
Pagan S/. 0	15	93	78	14	28	14	98
Pagan hasta S/. 10	73	5	18	80	69	11	2
Pagan hasta S/. 20	7	1	4	4	2	21	0
Pagan más de S/.20	5	1	0	2	1	54	0
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

1/ Elaboración propia en base a la ENNIV 1994

Tarifas según estratos de gasto

En general, se observa una ligera tendencia creciente de las tarifas promedio pagadas por consultas de salud según quintiles de gasto, la cual se hace más patente para el 20 por ciento superior de la distribución del ingreso. En el caso de los hospitales del MINSA, mientras el quintil de población mas pobre asumió una tarifa de S/. 3,2, el quintil más afluente pago S/. 5,4. En los centros y puestos de salud se observa una evolución similar, aunque más acentuada en el caso de los puestos: así, mientras que en los hospitales y centros de salud la tarifa promedio asumida por el quintil de mayores ingresos superó en aproximadamente 70 por ciento a las pagadas por el quintil más pobre, en los puestos dicha diferencia ascendió a más de 150 por ciento. En el caso particular de los hospitales, las tarifas fueron comparativamente bajas, representando el 25 por ciento de la tarifa promedio equivalente establecida en clínicas privadas.

La relación positiva entre las tarifas cobradas por los establecimientos del sector público de salud y los quintiles de ingreso puede explicarse por diversos factores. Así, puede ser resultado de la aplicación de tarifas diferenciadas entre establecimientos de un mismo grado de complejidad, donde se cobra menos en aquellos ubicados en zonas más pobres; puede deberse a que al interior de un mismo establecimiento se aplican criterios de exoneración que reducen el pago que debe efectuar la población pobre; o, a que aquellos más pobres demandan atenciones de menor nivel de complejidad, precisamente porque la tarifa es menor.

Cuadro 4
TARIFAS DE CONSULTA PROMEDIO POR QUINTILES
POR ESTABLECIMIENTO
(En Nuevos Soles)

LUGAR DE CONSULTA	PROMEDIO	QUINTILES				
		I	II	III	IV	V
Hosp. Ministerio de Salud	3,6	3,2	3,1	3,2	3,7	5,4
Centro de Salud	2,6	2,2	2,1	2,7	3,0	3,8
Puesto sanitario/Comunitario	1,8	1,1	2,1	2,1	1,7	2,8
Clínica	16,3	9,1	11,5	10,5	13,8	21,8

1/ Elaboración propia en base a la ENNIV 1994

Indicadores de focalización de consultas

Las tarifas promedio pagadas -aunque ilustrativas- no permiten analizar cómo se encuentran funcionando los criterios de pago de tarifas reducidas y exoneraciones según estratos de ingresos. El procesamiento de la ENNIV permite aproximar una evaluación de los criterios mencionados, en términos de su eficiencia para focalizar las tarifas reducidas o las exoneraciones en los estratos de menores ingresos.

La teoría de la focalización de los programas sociales indica que la eficiencia de éstos puede ser evaluada en función a dos tipos de errores en el acceso a los programas diseñados. El error tipo I o de subcobertura, consiste en que no reciben el subsidio todos los que deberían recibirlo por formar parte del grupo objetivo, el cual puede ser definido en base a criterios de pobreza u otros. El error tipo II o de filtración, consiste en que reciben el subsidio personas que no deberían recibirlo, por no formar parte del grupo objetivo.

Por cierto, se requiere definir dos cuestiones previas. ¿Cuáles son los grupos que deben ser focalizados? y, para el caso de los servicios de salud, ¿qué nivel de tarifas se debe considerar como "crítico" en el marco de un programa social, dado que otorga un elevado nivel de subsidio?

En esta oportunidad se refina el análisis relativo a las tarifas. Para ello, se utiliza dos criterios de corte para las tarifas de consulta: la exoneración total y las tarifas menores a S/.2, nivel que -arbitrariamente- se considera incluso los pobres podrían pagar. Adicionalmente, se considera dos criterios para definir el grupo objetivo: el 20 y 40 por ciento de hogares más pobres. Los resultados se presentan en el Cuadro 10.

Cuadro 5
INDICADORES DE FOCALIZACION PARA CONSULTAS
DEL MINSA 1/
(En porcentajes)

	HOSPITALES	CS Y PS	TOTAL
PARA EXONERACIONES TOTALES			
SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTIL I			
Error tipo I : Subcobertura	84	73	77
Error tipo II : Filtración	82	65	72
SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTILES I Y II			
Error tipo I : Subcobertura	88	77	81
Error tipo II : Filtración	72	37	51
PARA CONSULTAS MENORES DE 2 SOLES			
SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTIL I			
Error tipo I : Subcobertura	45	29	35
Error tipo II : Filtración	80	72	75
SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTILES I Y II			
Error tipo I : Subcobertura	50	28	37
Error tipo II : Filtración	61	43	50

1/ Elaboración propia en base a la ENNIV 1994

Existe un error tipo I o de subcobertura elevado. Para el quintil de menores ingresos, que se aproxima a los pobres extremos -aquéllos cuyo ingreso no les alcanza siquiera para cubrir una canasta básica de alimentos que satisface necesidades

nutricionales-, el grado de subcobertura promedio ascendió a 77 por ciento. Es decir, de cada 100 personas pertenecientes al primer quintil que se atendieron en los establecimientos del MINSA, 77 tuvieron que efectuar algún pago por consulta de salud. El grado de subcobertura resultó mayor en los hospitales que en los centros y puestos de salud.

No obstante que el bajo nivel de exoneraciones generó la fuerte subcobertura de los servicios de salud del MINSA, se registró niveles de filtración significativamente altos, especialmente en los hospitales. En los centros y puestos de salud los niveles de filtración fueron menores, en particular si se considera como la población objetivo al 40 por ciento de hogares de menores ingresos. En efecto, en este caso, el grado de filtración en estos establecimientos ascendió a 37 por ciento.

Si se considera el total de consultas cuya tarifa fue menor que S/. 2, incluyendo las exoneraciones totales, el nivel de subcobertura para las poblaciones objetivo definidas se reduce en forma significativa: 35-37 por ciento en promedio, manteniéndose las diferencias entre hospitales y centros y puestos de salud. Cabe anotar que en caso del primer quintil se registró un leve aumento de las filtraciones, mientras que para los dos primeros quintiles en conjunto disminuyó ligeramente. Este resultado es interesante dado que, usualmente, se encuentra en los programas sociales un cierto grado de trade-off o conflicto entre los dos tipos de errores, asociándose mayores niveles de cobertura a mayores niveles de filtración (Baker y Grosh, 1995; Francke y Guabloche, 1994).

A modo de ejemplo, para el primer quintil de ingresos la vacuna antisarampionosa muestra una subcobertura de sólo el 4 por ciento y un nivel de filtraciones del 64 por ciento, la educación primaria presenta una subcobertura del 8 por ciento y una filtración del 60 por ciento, y el Programa del Vaso de Leche tiene una subcobertura del 69 por ciento y filtraciones del 45 por ciento (Francke, 1996b). En tal sentido, los resultados obtenidos, si bien no constituyen una evidencia concluyente, sugieren que para los niveles actuales de subcobertura y filtraciones el trade-off no sería operativo, pudiéndose por tanto realizar esfuerzos por reducir el error tipo I sin el costo de incurrir en un mayor nivel de error tipo II.

4. Tarifas de internamientos

Según tipos de establecimiento

En el Cuadro 5 se observa que la tarifa promedio diaria por concepto de hospitalización varió entre S/. 18,5 - S/. 19,0 en los hospitales y centros de salud del MINSA. Estas tarifas resultaron significativamente inferiores a las registradas en las clínicas privadas, entidades en las que el promedio ascendió a S/. 78 diarios. Cabe anotar, sin embargo, que los resultados obtenidos a partir de la ENNIV son claramente superiores a las tarifas de cama hospitalaria por día recolectadas en el trabajo de campo, presumiblemente porque estaría incluyendo costos adicionales como operaciones, medicinas y análisis, entre otros.

Cuadro 5
PAGO DIARIO DE INTERNAMIENTO POR ESTABLECIMIENTO 1/
(En Nuevos Soles)

DONDE SE INTERNÓ	PROMEDIO	CASOS
Hospital MINSA	18,5	46
Centro de Salud	19,0	9
Clínica	77,9	13
Otro	3,7	4
Promedio	20,2	103

1/ Elaboración propia en base a la ENNIV 1994

Según zonas geográficas

Dado el bajo número de casos de internamientos, sólo se presenta la información a nivel de áreas geográficas urbana y rural. La tarifa promedio diaria en los hospitales ubicados en las zonas urbanas superaron en cerca de 50 por ciento a la registrada en hospitales rurales, mientras que, a nivel de centros de salud la situación se revirtió: las tarifas en zonas rurales resultaron significativamente mayores a sus equivalentes en áreas urbanas. Tal como se indicó, estos resultados se presentan en forma referencial y deben ser considerados con la debida cautela debido al bajo número de casos y problemas de definición: es probable que los datos no sólo reflejen el costo de “hotelería,” sino también incorporen -en algunos casos- el costo de las operaciones y la adquisición de medicinas y realización de exámenes asociados a la intervención quirúrgica.

Cuadro 6
PAGO DIARIO DE INTERNAMIENTO POR ESTABLECIMIENTO
POR ZONAS URBANA Y RURAL
(En Nuevos Soles)

LUGAR DE CONSULTA	Hosp. Ministerio de Salud	Centro de Salud	Clínica
Urbano	24,1	13,0	93,4
Rural	9,7	20,7	26,0
Promedio	18,5	19,0	77,9

1/ Elaboración propia en base a la ENNIV 1994

5. Exoneraciones y focalización en internamientos

Las exoneraciones por concepto de internamientos ascendió a 15 y 11 por ciento en los hospitales y centros de salud del MINSA, respectivamente. La mayor parte de los que se internaron en un hospital del sector publico asumieron un costo menor a S/. 20 diarios; mientras que en los centros de salud un porcentaje relativamente importante de personas asumieron un pago superior dicha nivel. De otro lado, en el caso de las clínicas la mayoría de personas pago una tarifa diaria superior a S/. 20, aunque un alto porcentaje fue exonerado del pago debido a la cobertura de los seguros privados de salud.

Cuadro 7
PAGO DIARIO DE INTERNAMIENTO POR ESTABLECIMIENTO
POR TRAMOS 1/
(En porcentajes)

CANTIDAD PAGADA	DONDE SE INTERNÓ		
	Hosp. Ministerio de Salud	Centro de Salud	Clínica
Pagan S/.0	15	11	23
Pagan hasta S/. 10	46	33	8
Pagan hasta S/. 20	22	11	8
Pagan más de S/. 20	17	44	61
Total	100	100	100

1/ Elaboración propia en base a la ENNIV 1994

Indicadores de focalización

A fin de analizar la eficiencia de focalización por concepto de internamientos en los establecimientos del MINSA, se estableció un nivel de tarifa diaria reducida de S/. 10. En relación a las exoneraciones totales, los resultados indican que los niveles de subcobertura son elevados. Para los más pobres -primer quintil-, el error tipo I o de subcobertura en hospitales y centros de salud resultó mayor que el correspondiente a las consultas, ubicándose en un nivel de 85 por ciento; mientras que para el 40 por ciento de hogares de menores ingresos, la subcobertura fue menor a la registrada en las consultas, en particular en el caso de los centros de salud. Cabe indicar que los niveles de filtración aún se mantienen relativamente altos, observándose sí que en ambos ejercicios -exoneración total y pago de una tarifa diaria de S/. 10-, la ampliación de la cobertura se presenta simultáneamente con la reducción de las filtraciones.

Cuadro 8
INDICADORES DE FOCALIZACION PARA INTERNAMIENTOS
EN EL MINSA 1/
(EN PORCENTAJES)

	HOSPITALES	CENTROS Y PUESTOS	TOTAL
PARA EXONERACIONES TOTALES			
SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTIL I			
Error tipo I : Subcobertura	86	83	85
Error tipo II : Filtración	71	93	86
SI POBL. OBJETIVO ES QUINTILES I Y II			
Error tipo I : Subcobertura	83	56	75
Error tipo II : Filtración	43	71	62
PARA TARIFAS MENORES A S/. 10 DIARIOS			
SI POBLACION OBJETIVO ES QUINTIL I			
Error tipo I : Subcobertura	43	50	45
Error tipo II : Filtración	71	82	76
SI POBL. OBJETIVO ES QUINTILES I Y II			
Error tipo I : Subcobertura	35	33	34
Error tipo II : Filtración	46	65	53

1/ Elaboración propia sobre la base de la ENNIV 1994

6. Visión global de la distribución del cobro de tarifas y del subsidio público por estratos

Para tener una visión global de cómo las tarifas ayudan o no a mejorar la focalización del gasto público en salud, es necesario ver cómo estos cobros se distribuyen por estratos en relación al valor de los servicios que éstos reciben.

A continuación presentamos una visión global de la distribución del gasto público en salud por estratos. El Cuadro 9 presenta en forma resumida la información de la distribución de las atenciones.

Cuadro 9
DISTRIBUCION DE ATENCIONES DEL MINSA

	Quintiles					TOTAL
	1	2	3	4	5	
Vacunas	36,3	24,7	17,2	13,6	8,2	100,0
Control gestantes	12,0	15,1	21,5	25,6	25,8	100,0
Consultas Hospital	12,9	19,5	24,0	22,7	20,8	100,0
Consultas Centros y Puestos	22,7	26,4	26,2	17,7	7,0	100,0
Internamientos	38,0	23,4	19,8	9,7	9,1	100,0
Memo:						
Distribución de:						
Población	25,3	22,2	20,3	17,7	14,4	100,0
Consumo	8,0	13,0	17,6	22,6	38,8	100,0

Como se puede observar, existe una alta progresividad absoluta en las vacunas y en los internamientos, es decir, que para estas atenciones los grupos de menores ingresos reciben una proporción de las atenciones mayor al que representan en la población. En el ámbito de las consultas en establecimientos de primer nivel (centros y puestos), estas se concentran en mayor medida en los quintiles 2 y 3, que corresponden a un estrato medio-bajo, incluyendo a buena parte de pobres no extremos.

Las consultas en hospitales tienden a concentrarse más en los quintiles 3 y 4, estratos medios-altos, incluyendo un grupo ligeramente pobre o cercano a esa condición. Por su parte, el control de gestantes muestra un patrón en el cual hay más concentración de

las atenciones en los estratos de mayores ingresos; sin embargo, en tanto esa concentración es menor a su participación en la distribución del ingreso, pueden considerarse como relativamente progresivas.

Para conocer la distribución del gasto total entre estratos, es necesario conocer cuánto gasta el estado en cada una de estas atenciones. Para ello, se ha hecho un cálculo con base en el estudio de MacroConsult SA (1995).

Cuadro 10
GASTO DEL MINSA POR TIPO DE ATENCIONES 1994

	Gasto Total (S/. Miles)	Distribución del Gasto
Salud preventiva niños	97 653	11,5
Salud preventiva mujeres	58 592	6,9
Consultas Hospital	195 306	23,0
Consultas Centros y Ps	123 977	14,6
Internamientos	280 221	33,0
Medicinas	93 407	11,0
TOTAL	849 155	100,0

Como se puede observar, se mantiene un peso relativamente elevado del gasto en internamientos, a pesar de que se trata de intervenciones relativamente menos costo-efectivas, mientras el gasto en atenciones preventivas alcanza una quinta parte del total. Cabe señalar, sin embargo, que una posible razón del menor nivel de gasto en atenciones preventivo - promocionales es precisamente que su costo es relativamente bajo.

El Cuadro 11 presenta la distribución total del gasto por quintiles, considerando la participación que cada tipo de atención tiene en el presupuesto de los servicios del MINSA. En este caso, se ha supuesto que el gasto en atención preventiva de niños se distribuye igual que las vacunaciones, y que el gasto en salud preventiva de mujeres se distribuye igual que la atención a madres gestantes⁵. La distribución del gasto en farmacias debe tomarse como

⁵ Analizando estos supuestos, es probable que las atenciones a niños no se distribuyen tan progresivamente como las vacunaciones, en las cuales se hace un esfuerzo especial por lograr una cobertura amplia, realizándose gratuitamente. Por su parte, es probable que las atenciones de salud preventiva de mujeres no sea tan regresiva como el control de gestantes, porque en este caso los

muy tentativa, dado que no se conocemos efectivamente a quiénes se venden los productos a precio subsidiado. Los datos se calcularon suponiendo que este gasto se distribuye de una manera igual al promedio de los demás tipos de atenciones.

Cuadro 11
DISTRIBUCION DEL GASTO DEL MINSA POR QUINTILES
(en porcentajes del gasto total)

	Quintiles					TOTAL
	1	2	3	4	5	
Salud preventiva niños	4,2	2,8	2,0	1,6	0,9	11,5
Salud preventiva mujeres	0,8	1,0	1,5	1,8	1,8	6,9
Consultas Hospital	3,0	4,5	5,5	5,2	4,8	23,0
Consultas Centros y Ps	3,3	3,9	3,8	2,6	1,0	14,6
Internamientos	12,5	7,7	6,5	3,2	3,0	33,0
Medicinas	2,8	2,5	2,4	1,9	1,4	11,0
DISTRIBUCION						
Total	26,6	22,4	21,8	16,2	13,0	100,0
Total sin Farmacia	26,8	22,4	21,7	16,1	13,0	100,0
MONTO (S/. Millones)	225,8	190,4	185,0	137,6	110,1	848,9
Como % consumo privado	6,0	3,1	2,3	1,3	0,6	1,8

La agregación muestra que el gasto público de salud tiene una distribución similar a la distribución de la población, por lo que puede describirse como neutra en términos absolutos, aunque es progresiva en términos relativos a la distribución del consumo. Se puede observar que son los gastos de internamientos los que tienen mayor influencia en la progresividad del gasto, tanto por el elevado porcentaje que se destina a los hogares más pobres, como porque representan el rubro más importante de gasto del MINSA.

Debido a que la distribución del gasto en farmacia se basa en un cálculo bastante aproximado, se han realizado cálculos excluyendo este gasto. Sin embargo, no se observan diferencias significativas.

estratos de mayores ingresos concentran más atenciones porque realizan varios controles, lo que probablemente no suceda o suceda menos en otro tipo de atenciones. Recuérdese además que en este caso la medición no es tan exacta porque se incluyen los controles en el IPSS, lo que también favorece la regresividad en el cálculo.

Se ha aproximado también este gasto como porcentaje del consumo privado total de estas familias. Se ha encontrado que para el primer quintil de la distribución del ingreso, este gasto es del orden del 6 por ciento, bastante significativo, y para el segundo quintil de 3%, también bastante importante. A modo de comparación, un estudio sobre la educación pública para 1991 mostró que el quintil más pobre recibía un subsidio del orden del 16,6% de su consumo por este concepto (Francke, 1994).

Sin embargo, el Ministerio de Salud también realiza cobros por las distintas atenciones que otorga al público. Como se ha visto en el capítulo anterior, no existen mecanismos que permitan que la determinación de las tarifas, y de las exoneraciones al cobro de las mismas, se realicen buscando una mejor focalización del gasto.

En el Cuadro 12 se presenta la distribución de los cobros realizados por el Ministerio de Salud. Las tarifas indicadas son las promedio, considerando incluso aquellas que son cero. Lógicamente, la distribución del pago depende tanto de las tarifas como de la cantidad de gente que las paga. También debe indicarse que en el caso de cobros por tarifas, debe considerarse que estos son progresivos si los pagos se concentran entre los grupos de mayores ingresos, a la inversa que con los servicios prestados, que son progresivos si se concentran en los estratos más pobres.

Cuadro 12
PAGOS POR TARIFAS EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINSA

	Quintiles					Promedio
	1	2	3	4	5	
<u>Consultas Hospital</u>						
Tarifas (S/.)	4,8	5,9	6,6	6,0	8,6	6,2
Distribución de pagos	14,9	24,8	27,9	15,2	17,2	100,0
<u>Consultas Centros y Ps</u>						
Tarifas (S/.)	2,3	3,2	4,8	5,5	5,4	3,8
Distribución de pagos	16,4	22,8	29,4	22,0	9,3	100,0
<u>Internamientos</u>						
Tarifas (S/.)	102,8	128,6	104,0	28,4	237,2	114,9
Distribución de pagos	35,1	24,8	16,2	2,6	21,4	100,0
<u>Medicinas</u>						
Tarifas (S/.)	10,3	15,0	20,0	7,2	9,3	12,5
Distribución de pagos	28,4	38,8	20,0	8,5	4,4	100,0
<u>PAGO TOTAL (S/.miles)</u>						
Tarifas (S/.)	54 696	57 456	45 260	20 417	30 750	208 580
Distribución de pagos	26,2	27,5	21,7	9,8	14,7	100,0
<u>PAGO SIN MEDICINAS</u>						
Tarifas (S/.)	41 694	39 672	36 082	16 533	28 755	162 737
Distribución de pagos	25,6	24,4	22,2	10,2	17,7	100,0

Como se puede observar, las tarifas muestran un cierto perfil progresivo en el caso de consultas, tanto de hospitales como de centros y puestos. En el caso de internamientos, no se pudo observar un perfil claro; se muestra un nivel inusualmente bajo en el quintil 4 y uno muy alto en el quintil 5, lo que podría deberse a problemas del tamaño de muestra (hay muy pocos casos de internamientos). Pero si promediamos estos dos quintiles, encontramos un valor sólo ligeramente superior al de los quintiles de menores ingresos. El valor por compra de las medicinas muestra montos mayores entre los más pobres; esto probablemente se debe a que los grupos con una mejor situación económica dejarían de comprar en el MINSA remedios más caros, pensando en que por su inversión es mejor comprar los de marca.

La mayor parte de los cobros que realiza el Ministerio de Salud son pagados por los estratos de menores ingresos. Esta problemática es particularmente aguda en el caso de los internamientos, que como se vio es también el tipo de atención más progresiva, es decir, que más se concentra en los más pobres. El pago por medicinas expendidas por los establecimientos del MINSA también se concentra en elevada proporción entre los pobres, lo cual reflejaría que, a pesar de sus ventajas en términos de precio, esta estrategia no había llegado a desplazar el sistema de distribución de medicinas más comercial.

Los pagos por consultas, tanto en hospitales como en centros y puestos, tienden a concentrarse en los quintiles 2 y 3, que podríamos considerar medios-bajos desde el punto de vista de la distribución del ingreso, y que desde el punto de vista de la pobreza pueden categorizarse como pobres no extremos.

El cuadro 13 muestra cuál es la importancia de los distintos pagos de los hogares por servicios de salud en el MINSA. Se observa que para los más pobres, que conforman el quintil 1, los pagos por internamientos son más de la mitad de todos sus pagos, seguido de medicinas. Esto muestra la importancia de revisar los procedimientos relacionados a las exoneraciones en este tipo de atenciones. La hipótesis es que este resultado se debe a que los hogares más pobres no acceden a servicios de salud, recurriendo a la automedicación, salvo cuando se trata de enfermedades graves que sí requieren necesariamente atención especializada, en cuyo caso tienen que internarse.

Cuadro 13
PAGOS POR SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD

	Quintiles					Promedio
	1	2	3	4	5	
DISTRIBUCION DE PAGOS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Consultas Hospital	12,1	19,2	27,3	33,0	24,8	21,3
Consultas Centros y Puestos	10,4	13,8	22,5	37,4	10,5	16,6
Internamientos	53,8	36,1	29,9	10,5	58,2	40,1
Medicinas	23,8	31,0	20,3	19,0	6,5	22,0
PAGO TOTAL COMO % DEL CONSUMO PRIVADO	1,5	0,9	0,6	0,2	0,2	0,4

El otro rubro de gasto que muestra tener gran importancia entre los pobres es el de medicinas. En este caso, las pocas exoneraciones concedidas, y el hecho de que posiblemente los remedios expendidos por el MINSA sean vistos como de inferior calidad por la población y por algunos médicos, generan este resultado. En el caso de las consultas, una de las razones que explican que los más pobres paguen poco es el hecho de que se atienden más en establecimientos de primer nivel cuyas tarifas son más bajas.

En términos del consumo privado total, los hogares más pobres gastan un 1 y medio por ciento en los establecimientos del MINSA, cifra relativamente reducida si se compara con el cerca del 50% que los hogares pobres de Lima, y 70% en las zonas rurales, dedica a la alimentación. El problema es que esta cifra representa un promedio y, como se sabe, las enfermedades son sucesos probabilísticos; una enfermedad puede requerir pagos mucho mayores a ese porcentaje por un corto período de tiempo y luego haber muchos meses en los cuales el hogar no tiene que realizar ningún pago por este concepto.

Por otro lado, esta cifra debe contrastarse con el 6 por ciento de su consumo que representa el valor calculado de los servicios recibidos.

El cuadro 14 muestra la distribución del subsidio neto por cada tipo de atención del MINSA. En casi todos los casos, la distribución del subsidio es similar a la distribución del gasto, lo que se debe a que los cobros no son un porcentaje muy elevado de los gastos.

En el caso de las consultas hospitalarias, los pagos se distribuyen de una manera más regresiva que los gastos, lo que agrava la ya regresiva distribución de las atenciones. Debe tomarse en cuenta, sin embargo, que el supuesto del cálculo de la distribución de los gastos públicos es que todas las consultas son similares, supuesto requerido por la calidad de la información de que se dispone. Es probable, sin embargo, que los hogares más pobres solamente consulten en casos de enfermedades más graves, por lo cual tendrían que pagar montos más elevados (se ha constatado que muchos hospitales hacen diferenciación entre los cobros por consultas especializadas y los de medicina general).

En el caso de las consultas de centros y puestos, sin embargo, se observa que los cobros tienen una distribución progresiva, donde los quintiles 1 y 2 pagan un porcentaje menor al de las atenciones que perciben. Esto hace que el subsidio alcance un poco más al quintil 1, manteniéndose concentrando en los quintiles 2 y 3.

Finalmente, en el caso de los internamientos, aunque los pagos se concentran en el primer quintil, lo hacen en menor proporción que las atenciones. Esto mejora la progresividad del subsidio, aunque nuevamente debe tomarse las cifras con cuidado dado el supuesto de atenciones homogéneas.

Cuadro 14
SUBSIDIOS PUBLICOS POR ESTRATOS Y TIPOS DE ATENCION

	Quintiles					Total
	1	2	3	4	5	
SALUD PREVENTIVA						
Gasto (S/.mills)	42.5	33.0	29.4	28.3	23.1	156.2
Distribución (%)	27.2	21.1	18.8	18.1	14.8	100.0
CONSULTAS HOSPITAL						
Gasto	25.2	38.1	46.9	44.3	40.6	195.1
Distribución	12.9	19.5	24.0	22.7	20.8	100.0
Cobros	6.6	11.0	12.4	6.7	7.6	44.4
Distribución	14.9	24.8	27.9	15.2	17.2	100.0
Subsidio neto	18.6	27.0	34.5	37.6	33.0	150.7
Distribución	12.3	18.0	22.9	24.9	21.9	100.0
CONSULTAS CENTROS Y PUESTOS						
Gasto	28.1	32.7	32.5	21.9	8.7	123.9
Distribución	22.7	26.4	26.2	17.7	7.0	100.0
Cobros	5.7	7.9	10.2	7.6	3.2	34.7
Distribución	16.4	22.8	29.4	22.0	9.3	100.0
Subsidio neto	22.5	24.8	22.3	14.3	5.4	89.3
Distribución	25.2	27.8	25.0	16.0	6.1	100.0
INTERNAMIENTOS						
Gasto	106.5	65.6	55.5	27.2	25.5	280.1
Distribución	38.0	23.4	19.8	9.7	9.1	100.0
Cobros	29.4	20.7	13.5	2.1	17.9	83.7
Distribución	35.1	24.8	16.2	2.6	21.4	100.0
Subsidio neto	77.1	44.8	41.9	25.0	7.6	196.5
Distribución	39.2	22.8	21.4	12.7	3.9	100.0
MEDICINAS						
Gasto	23.5	21.1	20.8	15.8	12.2	93.4
Distribución	25.2	22.6	22.3	17.0	13.0	100.0
Cobros	13.0	17.8	9.2	3.9	2.0	45.8
Distribución	28.4	38.8	20.0	8.5	4.4	100.0
Subsidio neto	10.5	3.3	11.6	12.0	10.2	47.5
Distribución	22.1	6.9	24.4	25.2	21.4	100.0

El cuadro 15 muestra un resumen de la distribución del subsidio, incluyendo las medicinas y sin incluirlas (esto se ha realizado, como se ha señalado, por la debilidad del cálculo de la distribución del gasto en medicinas).

Cuadro 15
DISTRIBUCION DEL SUBSIDIO EN SALUD 1994

	Quintiles					Total
	1	2	3	4	5	
<u>CONSIDERANDO MEDICINAS</u>						
Gasto por quintiles (S/. Millones)	226	190	185	138	110	849
Distribución del Gasto	26.6	22.4	21.8	16.2	13.0	100.0
Pago total de tarifas (S/. Millones)	55	57	45	20	31	209
Tarifas como % costos	24.2	30.2	24.5	14.8	27.9	24.6
Distribución de pagos	26.2	27.5	21.7	9.8	14.7	100.0
Gasto menos cobros (S/.millones)	171	133	140	117	79	640
Subsidio/Cons. Privado Total	4.6	2.2	1.7	1.1	0.4	1.4
Distribución del subsidio	26.7	20.8	21.8	18.3	12.4	100.0
<u>SIN CONSIDERAR MEDICINAS</u>						
Gasto por quintiles (S/. Millones)	202	169	164	122	98	756
Distribución del Gasto	26.8	22.4	21.7	16.1	13.0	100.0
Pago total de tarifas (S/. Miles)	42	40	36	17	29	163
Tarifas como % costos	20,6	23,4	22,0	13,6	29,4	21,5
Distribución de pagos	25.6	24.4	22.2	10.2	17.7	100.0
Gasto menos cobros (S/.millones)	161	130	128	105	69	593
Subsidio/Cons. Privado Total	4.3	2.1	1.6	1.0	0.4	1.3
Distribución del subsidio	27.1	21.9	21.6	17.7	11.7	100.0

Como se puede apreciar, no existen mayores discrepancias entre ambos cálculos.

Tal como habíamos analizado anteriormente, el gasto se distribuye de una manera similar a la población, ligeramente progresiva en términos absolutos.

Las tarifas como proporción de los gastos no muestra un patrón claro. Hay un nivel elevado en el quintil 2 y uno particularmente bajo en el quintil 4. Esto responde, en parte, a

problemas estadísticos asociados al poco número de observaciones en internamientos. El porcentaje que representan las tarifas como proporción de los costos aparece particularmente elevado, cercano al 21% (sin medicinas), cuando estudios como el de MacroConsult encuentran cifras del orden de la mitad de esta cifra. Tal vez parte de la explicación esté en que la encuesta pregunta pro “cuánto pagó en total usted por estas consultas,” y que algunas personas contesten incluyendo algunas medicinas o material médico compradas en otros establecimientos, o costos de transporte. También puede ser el caso que incluyan los costos de consultas anteriores realizadas con agentes privados. Aunque tampoco estarían incluyendo los costos de haber consultado en un establecimiento público, si luego la persona consultó en uno privado, es probable que esos casos sean menos, en la medida que hay una extendida práctica de automedicación como primera etapa de la curación. Por otro lado, es bastante claro que existe un subregistro de los ingresos percibidos por hospitales y centros de salud por cobro de tarifas, tanto por desorden administrativo como por aprovechamiento del personal; sin embargo, no existe ningún estimado acerca de qué volumen podría tener este subregistro.

La distribución del cobro de tarifas muestra una concentración en los estratos de menores ingresos. Esto es particularmente grave en el quintil 2, el que realiza una proporción de los pagos a la que recibe de los gastos. En conjunto, las tarifas no parecen mejor la equidad en la distribución del subsidio, aunque a este nivel de análisis no se observa tampoco que tengan un efecto negativo. Este podría existir, sin embargo, si como muestran Gertler et al (1985) la demanda por servicios de salud es más elástica a los precios en los grupos de menores ingresos; en este caso, las tarifas estarían reduciendo más la demanda de estos estratos.

IV. CONCLUSIONES

Si quisiéramos resumir el diagnóstico realizado en una frase, diríamos que muchos peruanos no pueden acceder a servicios de salud porque les quieren cobrar demasiado y porque el Estado no destina los recursos públicos prioritariamente hacia ellos.

Un análisis de la distribución del subsidio público en salud entre estratos de ingreso muestra que el gasto se distribuye de una manera similar a la población, es decir, que no

existe una concentración del gasto entre los más pobres. Aún cuando los pobres, cuando utilizan servicios de salud, lo hacen más en establecimientos del Ministerio de Salud, (61% de las consultas en el quintil más pobre frente a 18% en el quintil menos pobre) ello se compensa por el hecho de que consultan menos (25% frente a 62% de los enfermos). En el caso de las consultas de madres gestantes, las más pobres realizan mucho menos controles que los no pobres (1,4 frente a 6).

Merece destacarse lo que sucede con los cobros realizados por consultas y demás servicios, los que deberían servir como una herramienta de focalización, cobrando a quienes pueden pagar. Sin embargo, se encuentra que estos cobros no apoyan una mejor focalización del subsidio. Ello se debe a que las exoneraciones no se concentran entre los más pobres, como debería ser. Se exonera poco, y los beneficiados son tanto pobres como no pobres. Por ejemplo, entre las consultas totalmente exoneradas, del quintil más pobre apenas el 16% es exonerado, y el 82% de los exonerados no pertenecen a este grupo.

Es importante también recoger otras evidencias respecto de los efectos que los cobros pueden estar teniendo sobre el acceso a servicios de salud de los más pobres. Encuestas muestran que entre 70 y 80% de los que no realizan una consulta de salud aunque creen necesario hacerlo, es porque “no tienen dinero” (Cortez 1996, INEI 1997). Un estudio (Petrera 1997) muestra que la disponibilidad gratuita de medicinas es un determinante muy significativo de la demanda de salud de las mujeres rurales.

El análisis de las tarifas indica que éstas responden a criterios muy variados y que tienen el potencial de afectar sustancialmente la demanda de servicios de salud. Mientras las consultas tienen tarifas reducidas, las medicinas se venden a precio de costo -que a pesar de las ventajas de la comercialización en masa de genéricos resultan caras para muchos hogares- y las operaciones quirúrgicas tienen precios fuera del alcance de la mayoría. A modo de ejemplo, una operación en el hospital de Andahuaylas -una de las provincias más pobres del Perú- puede costar a los pacientes entre 300 y 500 soles.

Como aspectos saltantes del análisis de la distribución de las tarifas, se obtiene que: 1) el sistema de cobro de tarifas del MINSa no representa un aporte a la mejor focalización del gasto; 2) el punto más crítico en el cobro de tarifas lo constituyen los relativos a los

internamientos, a pesar de lo cuál éstos tienen una distribución muy progresiva; 3) es conveniente prestar más atención en lo relativo a la venta de medicamentos y las posibilidades que el cobro por las mismas impida el acceso a ellas a algunos estratos.

Este potencial que tienen las tarifas de afectar la demanda de los pobres depende de las exoneraciones. El estudio muestra que hay poca estandarización en los objetivos, criterios y procedimientos de las exoneraciones. Se encuentra que hay una mínima exoneración en medicinas, la que también se observa para el caso de internamientos. Los criterios utilizados para exonerar son variados, incluyendo elementos como “apariencia física” en muchos casos, y prácticamente no hay constatación de la información utilizada para exonerar.

La conclusión es clara: subsisten serios problemas de inequidad. Las fuentes de este problema son una mala distribución del gasto entre departamentos, problemas de acceso de los pobres entre los cuales los cobros tienen un peso importante, y un sistema de exoneraciones que no ayuda a la focalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANSSA-PERU

1986 "Financiamiento y gasto del Ministerio de Salud del Perú," *Informe Técnico* No. 7, Lima, Perú.

Banco Mundial

1990b "Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Programa de reformas," *Estudio de Políticas del Banco Mundial*, Washington DC, EE.UU.

1993b "Invertir en Salud. Informe sobre el desarrollo Mundial 1993," Washington DC.

Baker, Judy y Grosh, Margaret

1995 "Proxy means test for targeting social programas. Simulations and speculations," *Living Standards Measurement Study*, No. 118, Washington D.C, EE.UU.

Bazán, C. et al

1991 "Efectos distributivos del programa enfermedad-maternidad del Instituto Peruano de Seguridad Social," Proyecto "Salud y Seguridad Social," Area Económico- Financiera, Documento No. 3.

Behrman, Jere

1993 "Inversión en Recursos Humanos," en *Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1993*, BID, Washington D.C, EE.UU.

Besley, T y Kanbur, R.

1993 "The principles of targeting," *Working Papers*, No. 385, Banco Mundial.

Birdsall, Nancy

1987 "Strategies for analyzing user's charges in the social sectors". *Country Policy Department Discussion Paper*, No. 9, Banco Mundial, D.C, EE.UU.

Birdsall, Nancy y Hecht, Robert

1995 "Swimming against the tide: Strategies for improving equity in health," *Working Paper Series*, No. 305, BID, Washington D.C, EE.UU.

Brawenmann, Josette y Minujín, Alberto

1991 "Focalización: Fábula o herramienta?," Documento de Trabajo No. 2, UNICEF, Argentina.

Carr-Hill,R.

1994 "Equidad para los pobres," en *Salud Mundial*, Revista de la OMS, año 47 No. 5, set/oct.94.

Cornia, G.A. y Stewart, F

1995 "Two errors of targeting," en "Public spending and the poor," D. Van de Walle y K. Nead eds, World Bank, Washington DC, 1995.

Cortez, R

1996b "El acceso a los servicios de atención de la salud en el Perú y la equidad en su financiamiento," en *Revista de Análisis Económico*, vol. 11, No. 2, noviembre 1996, ILADES/Georgetown University, Santiago de Chile.

- De Habich, Midori
 1991 "Gasto Público en Salud y sus efectos distributivos," *Mimeo*, trabajo presentado al VIII Encuentro de Economistas de la Gerencia de Investigación Económica, Banco Central de Reserva del Perú, Lima.
- 1995 "Gasto público en salud: 1994," *Mimeo*, Proyecto 2000, Ministerio de Salud.
- Development Group, The
 1991 "Análisis del Sector Salud en el Perú," elaborado para AID, marzo 1991, *Mimeo*.
- ESAN
 1996 "Financiamiento del sector salud," *Mimeo*, Ministerio de Salud, 1996.
- Francke, Pedro
 1997 "La Focalización del Gasto Público en Salud en el Perú: Situación y Alternativas," mimeo, PHR, AID.
- 1996a "Equidad en el acceso y efectos distributivos del gasto público en salud: Perú 1994," en "Investigaciones en Salud. Contribuciones del convenio OPS-CONCYTEC," Organización Panamericana de la Salud, Perú.
- 1996b "Programas Sociales en el Perú: Alcance actual y retos a futuro," en *Como Estamos? Análisis de la Encuesta de Niveles de Vida*, G. Moncada y R. Webb (eds). UNICEF-I. CUANTO.
- 1994 "La Educación Pública, los Pobres y el Ajuste," APRODEH – CEDAL, Lima.
- Francke, Pedro y Guabloche, Judith
 1995 "Focalización: Identificando a los pobres según características socio-económicas de los hogares," *Documento de Trabajo, No. 4*, Banco Central de Reserva del Perú.
- Gertler, P, Locay, L y Sanderson, W
 1987 "Are user fees regressive? The welfare implications of health care financing proposals in Peru," *Journal of Econometrics*, vol.36.
- Gertler, P y Glewwe, P.
 1992 "The willingness to pay for education for daughters in contrast to sons: evidence from rural Peru," en *World Bank Economic Review*, vol.6 N° 1, enero 1992.
- Gertler, P y Hammer, J
 1996 "Strategies for princig publicly provided health services," en "Innovations in health care financing," *World Bank Discussion Paper No. 365*.
- Gertler, P y van der Gaag, P
 1990 "The willingness to pay for medical care in developing countries," John Hopkins University Press.
- Glewwe, Paul y Kanaan, O.
 1989 "Targeting assistance to the poor using household survey data," *Working Papers*, No. 225, Banco Mundial.

- Gilson, L; Russell, S y Buse, K
 1995 "The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy" en *Journal of International Development*, vol. 7 No. 3, may-june 1995.
- Griffin, Charles
 1988 "User charges for health care in principle and practice," EDI Seminar Paper, No. 37, Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial.
- Grosh, Margaret
 1994 "Administering targeted social programs in Latin America: From Platitudes to Practice," World bank, Washington DC.
- Grosh, Margaret y Baker, Judy
 1995 "Proxy means test for targeting social programs," *LSMS Working Papers*, No. 118, Banco Mundial.
- Jiménez, Emmanuel
 1987 "Pricing policy in the social sector. Cost recovery for education and health in developing countries," *John Hopkins Press*, Washington D.C, EE.UU.
- Levine, R; Griffin, C y Brown, T
 1992 "Means testing in cost recovery: a review of experiencias," Technical Note No. 23, *Health Financing and Sustainability (HFS) Project*, Abt Associates Inc, Bethesda, MD.
- MacroConsult SA
 1995 "Análisis del gasto público en salud," *Mimeo*, 1996.
- Meerhoff, R.
 1992 "Guatemala: Financiamiento y gastos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y costos operativos de los servicios de atención primaria," *Mimeo*, Investigación realizada para el USAID y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.
- Ministerio de Salud
 1997a "Análisis del gasto público en salud," Seminario "Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud," Lima, 1997.
 1997b "Demanda por servicios de salud," Seminario "Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud," Lima, 1997.
 1997c "Financiamiento del sector salud," Seminario "Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud," Lima, 1997.
 1997d "Costos en establecimientos de salud," Seminario "Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud," Lima, 1997.
 1996 "Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000".

- MINSA-Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud
 1995a "La reforma del sector salud en el Perú," *Mimeo*, Febrero.
- 1995b "La reforma del sector salud: Viabilidad y factibilidad," *Mimeo*, s/f.
- 1995c "Reforma económico-financiera del sector salud," *Mimeo*, Setiembre.
- MINSA-Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud-Componente Análisis del
 Financiamiento del Sector Salud
 1995 "Análisis y evaluación de los mecanismos de asignación de recursos," *Mimeo*, Informe Final preparado por Ascarza, Ilich; Agosto.
- Montoya, S y Willington, M.
 1996 "El financiamiento de los hospitales públicos: un análisis de las alternativas para Argentina," en *Revista de Análisis Económico*, vol. 11, No. 2, noviembre 1996, ILADES/Georgetown University, Santiago de Chile.
- Musgrove, P.
 1983 "La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación," en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, diciembre 1983.
- 1996 "Un fundamento conceptual para el rol público y privado en la salud," en *Revista de Análisis Económico*, vol. 11, No. 2, noviembre 1996, ILADES/Georgetown University, Santiago de Chile.
- Petrera, M.
 1990 "Eficacia y eficiencia de la seguridad social en relación con el ciclo económico: El caso peruano," *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Número Especial sobre Economía de la Salud, Vol. 103, No. 6.
- 1997 "Demanda de servicios de salud de las mujeres rurales en el Perú," Tesis de Maestría en Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Pichihua, J
 1998 "Asignación de recursos públicos para financiar atenciones básicas de salud usando criterios de capitación," Ministerio de Salud - Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, marzo, *Mimeo*.
- PNUD (varios años)
 "Informe sobre el Desarrollo Humano".
- Portocarrero, A.
 1997 "Análisis del presupuesto de las regiones y subregiones de salud 1998," Informe de consultoría para OPS/OMS, *Mimeo*.
- Sen, A
 1995 "The political economy of targeting," en "Public spending and the poor". D. van de Walle y K. Nead eds, World Bank.
- Shaw, P
 1995 "User fees in Sub-saharan Africa: aims, findings and policy implications," en "Financing health services through user fees and insurance. Case studies from Sub-saharan Africa," *World Bank Discussion Paper 294*, P. Shaw, y M. Ainsworth eds.

- P. Shaw y Ainsworth, M
 1995 "Financing health services through user fees and insurance. Case studies from Sub-Saharan Africa," *World Bank Discussion Paper 294*.
- Suárez, Rubén
 1987 "Financing the health sector in Peru," *Living Standards Measurement Study Working Paper*, No. 31, Banco Mundial, Washington D.C; EE.UU.
- Suaréz, R.; Henderson, P.; Barillas, E. y Vieira, C.
 1995 "Gasto nacional y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la década de los Noventa," OPS-OMS, Washington D.C, EE.UU.
- Torres, R.
 1997 "Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Públicos para salud," *Mimeo*, Ministerio de Salud, Lima, Perú.
- Van de Walle, D.
 1994 "The distribution of subsidies through public health services in Indonesia, 1978-87," en *The World Bank Economic Review*, vol.8 N° 2, 1994.
- Van de Walle, D y Nead, K, eds
 1995 "Public spending and the poor. Theory and evidence," The World Bank, Washington, D.C.
- Waters, H (s.f)
 "Literature review: equity in the health sector in developing countries with lessons learned for sub-Saharan Africa," BASICS Trip report, BASICS, Arlington, VA.
- Willis, C
 1993 "Means testing in cost recovery of health services in developing countries. Phase 1: Review of concepts and literature, and preliminary field work design," Abt Associates Inc, Bethesda, Md.