

**189**

**DEUDA EXTERNA Y POLITICA  
DE SALUD**

**Javier Iguñiz Echeverría  
Diciembre, 2000**

DOCUMENTO DE TRABAJO 189  
<http://www.pucp.edu.pe/economia/pdf/DDD189.pdf>

## **DEUDA EXTERNA Y POLITICA DE SALUD**

**Javier Iguñiz Echeverría**

### **RESUMEN**

La vía de influencia más poderosa de la deuda externa sobre el sector salud y, a la vez, la más cuantificable ocurre a través de la restricción presupuestal. Un recorrido de los distintos componentes de la política de salud permita sustentar la siguiente hipótesis: la restricción presupuestal es el principal factor tras a) la dificultad de acceso de la población pobre a los servicios de salud, b) la desigualdad en el acceso al servicio, c) la vulnerabilidad de los programas más focalizados en los sectores más pobres de la población y d) la baja productividad de los servicios de salud.

### **ABSTRACT**

The most important influence of public debt payments on the Health Sector policy occurs through its impact on the budget. This paper suggests that debt payments contribute to: a) reduce the access of the poor, b) increase the inequality of access, c) the increasing vulnerability of the more focalized programs, and c) low productivity.

## Índice

1. Presentación y resumen
2. Deuda externa y déficits económicos
3. La política de salud
  - a. La privatización del gasto
  - b. La desigualdad
  - c. Los programas del MINSA y la focalización
  - d. La productividad y eficiencia
4. Condicionalidad y estructura del sector
5. Deuda externa y el futuro de la reforma de salud
6. Conclusión

## DEUDA EXTERNA Y POLITICA DE SALUD\*

Javier Iguíñiz Echeverría<sup>1</sup>

### 1. PRESENTACIÓN Y RESUMEN

La política de salud, como, en general, la política social, está influida por muchos factores. A su vez, ella también influye sobre otras políticas. En este trabajo vamos a tratar sobre uno de dichos factores: la deuda externa. También es necesario advertir que la influencia de la deuda externa no es independiente de la de otros factores, por lo que separar el impacto de dicho factor es siempre un ejercicio incompleto si queremos explicar el curso de la política social. Aún así, es posible asociar, sin lugar a dudas, las restricciones presupuestales del sector salud a las exigencias de los acreedores externos y a la prioridad que le asigna a esta actividad el gobierno. Con esas acotaciones en mente podemos abordar el tema adelantando nuestro planteamiento general. La vía de influencia más poderosa de la deuda externa y, a la vez, la más medible es la restricción presupuestal. La programación de gasto público asigna los montos correspondientes al sector salud y está influida por el conjunto de compromisos del Estado, entre ellos, el servicio anual la deuda externa. ¿Cuál es la magnitud de los fondos asignados? ¿Cuán seria es la restricción existente? En la primera parte resumiremos las magnitudes del pago de servicios de deuda externa y algunas de las brechas o déficits económicos en el sector de la atención a la salud. Mostraremos que el servicio de la deuda tiene magnitudes similares a los déficits de gasto en salud, incluso cuando esos déficits se estiman incluyendo los gastos privados, como será la norma casi siempre.

En la segunda recorreremos los distintos componentes de la políticas de salud para proveer información que permita sustentar la siguiente hipótesis: la restricción presupuestal es el principal factor tras a) la dificultad de acceso de la población pobre a los servicios de salud, b) la desigualdad en el acceso al servicio, c) la vulnerabilidad de los programas más focalizados en los sectores más pobres de la población y d) la baja productividad de los servicios de salud. Podemos adelantar que el efecto principal de esa restricción presupuestal y, seguramente, el aspecto más importante de la reforma en el sistema de salud, ha sido las crecientes exigencias de pago de la

---

\* Documento preparado para el Seminario “Salud, derecho ciudadano y deuda externa” organizado por el Instituto de Ética y Desarrollo de la Escuela Superior Antonio Ruiz de Montoya. Lima: 10-12 de mayo del 2000.

<sup>1</sup> Profesor Principal del Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú. <jiguini@pucp.edu.pe> <www/pucp.edu.pe/~economía>. Agradezco a Augusta Alfageme, Pedro Francke, María Antonia Remenyi, Yolanda Rodríguez, David Tejada de Rivero, y María van der Linde por sus valiosas sugerencias.

atención de salud en el sistema público por los usuarios. Más precisamente, las exigencias de pago familiar que sirven para hacer compatibles el presupuesto del sector con el pago del servicio de la deuda externa, ahuyentan a una parte de la población lo que impide una cobertura adecuada (a) y disminuye la productividad de la producción del sector (d). Además, el aumento de la importancia del pago familiar que resulta, en gran medida de la restricción presupuestal es el principal factor tras la creciente desigualdad en el acceso a servicios de calidad (b). Finalmente, la rigidez que, en principio, debe tener el pago de los servicios de la deuda externa hace que en caso de crisis, el gasto en los programas más favorables a los pobres esté entre los primeros candidatos a reducirse (c). Aunque hacen falta precisiones cuantitativas adicionales, consideramos que lo expuesto da pie para sustentar lo señalado.

En la tercera parte, recogeremos opiniones sobre las distintas influencias sobre el diseño de las políticas de salud. ¿En qué medida la política de salud sigue lineamientos externos y cuales son las ventajas y desventajas de ello? Recogeremos análisis e impresiones sobre el significado de dicha influencia para lo que va a ser necesario describir de manera resumida los rasgos dominantes de la reforma en ese sector y especialmente la estructura institucional. Del mismo modo que en el caso anterior, resulta necesario presentar los grados de autonomía existentes en el campo de la política de salud y explicarlos con el fin de establecer con más elementos de juicio las posibilidades de un cambio en el diseño de tales políticas.

Finalizaremos con algunos de los problemas heredados de la presente década en el campo de la salud y los dilemas que ello trae a nuestro futuro inmediato.

## **2. SERVICIO DE LA DEUDA EXTERNA Y DÉFICITS ECONÓMICOS EN SALUD**

El servicio anual de deuda pública en 1995, 1996 y 1997 equivalía al 4.3%, 3.6% y 2.9% del PIB respectivamente (Muñoz et. al. 1999, 57.) Con estas cifras contrastaremos las relativas a los requerimientos adicionales de gasto en salud, que tomaremos o estimaremos de varias fuentes con el fin de tener un orden de magnitud confiable. Hemos resumido indicadores de la deplorable situación de salud en el Perú, de las posibilidades enormes de la solidaridad internacional y de las brechas de ingreso existentes en el país en trabajos anteriores (Iguñiz 2000a, 2000b y 2000c.) En esta oportunidad nos concentraremos exclusivamente en el campo de la salud.

Antes de proceder al listado de estimaciones sobre el déficit de gasto en salud debemos aclarar que los promedios nacionales en países tan desiguales como el nuestro no reflejan sino superficialmente el problema entre manos. Aún así, el objetivo de este estudio requiere recurrir a ellos.

En 1997, el gasto total en salud llegó a 2,688 millones de dólares. Ese total equivale al 4.1% del PIB de ese año. (Banco Mundial 1999, 9.) Esta cifra es menor al promedio latinoamericano. Si la comparamos con el promedio, suponiendo que es un nivel adecuado, tendremos una primera medida del déficit. La cifra promedio de 5.5% es la estimación del Banco Mundial; en ese caso, el déficit peruano sería de 1.4% del PIB. Si utilizamos la estimación de 7.3% de la Organización Panamericana de Salud (OPS) el déficit sería de 3.2% del PIB. El déficit económico en salud sería entre el 1.4 y el 3.2% del PIB. (Banco Mundial 1999, 10.)

Ciertamente, el promedio latinoamericano no debe ser un ideal. Si comparamos las cifras del Perú con las de países que se acerquen a la ejemplaridad, siempre en términos latinoamericanos, el déficit será, obviamente, mayor. Alrededor de 1994, la importancia relativa del gasto en salud dentro del PIB en Nicaragua es 8.6%, en Colombia 7.4%, en Bolivia 7.1% mientras en el Perú era 3.7%. (Banco Mundial 1999, 10.) El déficit respecto de Colombia sería de 3.7%.

Con cifras de ese mismo año y en términos absolutos, la comparación internacional del gasto per cápita en salud, después de tomar en cuenta las diferencias en costo de vida, deja malparado al Perú. Mientras en el Perú el gasto era de un equivalente a 156 dólares, situándose en el mismo lote que países mucho más pobres como Nicaragua (174), y Bolivia (194), en Colombia era el triple, 477 dólares. Después de varios años de gran aumento del gasto en el Perú, en 1997, las cifras corrientes, esto es, sin tomar en cuenta el costo de vida de cada país, el Perú gastaba 90 dólares per cápita, que era aproximadamente la mitad del gasto en América Latina. (Banco Mundial 1999, 10.)

En otro cálculo, para 1995, el gasto público y privado en salud se estimó en US\$2,282 millones. Esto equivalía al 3.9% del PIB. [US\$58,461] Comparando con los países que, como el Perú, tenían entre US\$2000 y US\$3000 per cápita la cifra es pequeña ya que esos países llegan en promedio a un 7.1% de sus PIB. (MINSA 1998 [Reyes y Ventocilla]) En este cálculo, el déficit llegaría a 3.2% del PIB.

Para el efecto de hacer los siguientes cálculos vamos a utilizar cifras de mediados de la década. Para calcular la brecha de financiamiento que resulta de no haber atendido a todos los que no accedieron a un sistema institucional debemos suponer que los que no lo hicieron requerirían el mismo gasto per cápita. Se estima que de los 7'293,000 que requirieron servicio consultaron 4'025,000 y accedieron, al MINSA 1'721,000, al IPSS 653,000 y a la atención privada formal 459,000 y a la atención informal 1'190,000. No accedió un número importante: 3'269,000, de los cuales se estima que 2'666,000 no pudo por falta de recursos. ¿Cuánto hubiera costado que todos los que requirieron servicios hubieran consultado y, los que lo requiriesen, accedido a algún servicio público?

Del 3.9% del PIB, 1.3 corresponde al gasto público, 0.5 al privado, 1.0 al IPSS y el gasto en farmacias llega otro 1.0%. La cifra 1.3% indica el gasto en aquellos que accedieron a consulta en el sector público. Si se incluyera a los que no accedieron, en gran medida por carencias económicas, el gasto público hubiera sido equivalente a 2.9% del PIB. La brecha estimada o déficit es de 1.6% del PIB.

Otra estimación es la que toma en cuenta tasas promedio de consulta por persona en un año para distintas atenciones como consultas médicas externas, consultas odontológicas, atenciones de emergencia, atenciones de partos, egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas. Se indican las cifras para cada tipo de atención. En 1996, el financiamiento requerido para cubrir los niveles establecidos es equivalente al 6.1% del PIB. Como el gasto realizado ese año era del 4.0%, el déficit es de 2.1% del PIB. (Basado en "El sector salud en el Perú" Proyecto Perú 2000 MINSA 1998.)

Una estimación similar pero en base a requerimientos bastante mayores establecidos por la Oficina Panamericana de Salud (OPS) para el año 1996 coloca el monto total necesario es US\$5,088'742,000. Esto equivale al 8.3% de la cifra del PIB utilizada para esa estimación. En ese caso, el déficit es equivalente al 4.3% del PIB.

Vemos así que, a pesar de las mejoras en curso en diversos indicadores, (Banco Mundial 1999, 15) muchas de ellas bastante independientes de la situación económica y del gasto en salud, las brechas económicas siguen siendo grandes. En la medida en que la reducción de dichas brechas aceleraría la disminución de los indicadores de problemas de salud podemos decir que los avances logrados son menores que los que se podrían obtener.

### 3. LA POLÍTICA DE SALUD

Los rasgos de la reforma del sector salud que nos parecen dominantes son, como ya indicamos antes, cuatro: a) la privatización del gasto, b) la persistencia y aumento de la desigualdad en el acceso, c) la vulnerabilidad de los gastos más focalizados al servicio de los más pobres y d) la falta de productividad. No toda la resolución de cada uno de ellos depende en la misma medida del problema presupuestal, pero en todos ellos una mejora de los recursos asignados, junto a otras medidas, sería de enorme importancia. Recorrámoslos uno por uno.

#### a. La privatización del gasto

Desde el punto de vista económico, el principal rasgo de la reforma del sector se deriva de las restricciones presupuestales. Nos referimos al gasto realizado por las familias. Un informe realizado por el Banco Mundial indica que, en lo que al financiamiento se refiere, “El mayor aumento fue en pagos de los bolsillos de las familias [...] que se duplicaron en términos reales durante 1994-1997” (1999, 10). Eso ha elevado la importancia del financiamiento por las familias. Por ejemplo, en 1996, del total de fuentes de financiamiento el 0.7% era de origen externo. El gobierno cubría el 37.7%, los hogares el 32.4% y las empresas el 29.2%. (Petrera y Cordero 1999, 215.) Del total indicado arriba para 1997, 1,316 millones (49%) fue gasto privado, 680 (26%) estatal y 682 (25%) contribuciones de las empresas al Seguro Social. (Banco Mundial 1999, 9.) Así, el gasto privado ya sería el más importante en el Perú.

La importancia del financiamiento por los hogares es, en cierta medida, resultado de la crisis fiscal y de la catástrofe del sistema público de salud en la última parte de los años ochenta. El cofinanciamiento por las familias de los costos de atención en el sistema público ha sido impulsado por dicha crisis. Así, los pagos de la deuda externa influyen en la política social a través de su impacto sobre el proceso económico en su conjunto. El financiamiento de las actividades de atención a la salud no dependen del financiamiento externo, pues éste es ínfimo. El sector salud no genera problemas de deuda externa, aunque sufra sus consecuencias como otros sectores sociales.

La reducida asignación de recursos públicos al sistema de salud y la autosuficiencia financiera revelan una política financiera del Gobierno pero también la utilización de los pagos por los pacientes en el servicio público para cubrir gastos. Se puede decir que la reforma más importante de esta década ha sido silenciosa y extraoficial aunque hayan habido expresiones abiertas de tal orientación. Estas indicarían, por ejemplo, que “Los ciudadanos tienen derecho a la prevención y promoción de la salud, pero no a la atención de salud.” (Ugarte y Monje 2000, 572.)



Aún así, como señala una experta en el tema, “[...] no obstante la importancia de esta fuente de ingresos, no existe una política definida por parte del MINSA que regule estos mecanismos.” (De Habich, 1995.) Para 1997, se ha estimado que esos pagos cubren el 15% del gasto del sector público. En un extremo, el Hospital San José del Callao financió de esa manera el 47% de sus gastos totales. El Hospital Loayza llegó al 33%, y otros como el de Salud del Niño, el de Sullana, de Huánuco o de Iquitos llegaron a cubrir de esta manera el 25%, 31%, 30% y 25%. Los rubros en los que gastaron más las familias que buscaban atención en dicho sistema fueron medicina (24%0, consultas (21%) siendo los gastos en laboratorio, internamientos y emergencias alrededor de 15% cada uno. (Francke 1999, 5.)

Esta es la verdadera privatización del sistema de salud, y probablemente la más dañina para los que menos capacidad de pago tienen puesto que una consecuencia de estos cobros es el alejamiento de los más pobres del servicio público. El Banco Mundial recuerda en un informe reciente comienza su capítulo sobre reformas financieras en el sector con la afirmación de que “El costo de la atención médica es una fuerza disuasoria para la gente” (1999, 41). El mayor pago, 71% del total pagado directamente por la gente, es el que se realiza por medicinas. En el caso del 20% más pobre, la proporción del pago de medicinas respecto del total pagado es de 80%. (Banco Mundial 1999, 41.) Un análisis detallado de la eficacia de las reformas es el realizado por Ugarte y Monje (2000, 592-604) En él se indica que “Durante los años 1995 y 1996, entre el 50% y 60% de las personas afectadas [por algún síntoma de enfermedad o accidente: JIE] no acudieron a ninguno de los servicios de salud disponibles. En 1995, sólo el 41.8% realizó consulta (2,949,408 personas), mientras que en 1996 un 44.8% de la población afectada (3,978,240 personas) acudió a consulta. En 1997 se invierte la tendencia, de tal manera que el 84.2% de la población afectada (4,809,504 personas) acudió a consulta.” (Ugarte y Monje 2000, 593) La mayor parte de este fenómeno se explica por problemas económicos de los que necesitan atención. En 1995, el porcentaje de los enfermos que no pudo realizar consulta por razones económicas llegó a 65%, en 1996, 54.4% y en 1997, 62.2%. (Ugarte y Monje 2000, 594) Otro estudio encuentra que entre el 70 y 80% de los que no realizan una consulta aunque consideran que deberían hacerla, no la hacen por falta de dinero. (Cortez, 1996.)

Cuantitativamente hablando, esta nueva situación no es, como se pensaba, producto de la gran crisis económica de fines de los años ochenta; resulta principalmente de una política que la ha incentivado porque ve con buenos ojos el que así ocurra. La crisis de los ochentas parece que dio lugar a la idea. Por ejemplo, a comienzos de los 80s, en los hospitales nacionales de Lima se cobraba por un monto equivalente al 6-7% del total de ingresos; en 1992, la cifra es, todavía, poco mayor, algo menos del 10%. En 1998, la proporción es por lo menos 25%. (Banco Mundial 1999,

36.) Con el argumento redistribucionista de “que el que pueda pague” y de “que el Estado atienda al que no pueda pagar” se pretende justificar lo que termina siendo una reducida asignación pública de fondos a la atención de la salud y la más fácil generación de un superávit primario con el que financiar el pago de la deuda externa<sup>2</sup>. La mezquindad en dicha asignación resulta perfectamente compatible con los compromisos de pago de la deuda externa. El gobierno peruano se ha comprometido a pagar suponiendo una evolución del gasto público menos dinámica que la indispensable para que la población pobre acceda a la atención que requiere.

b. La desigualdad

Mirando a la desigualdad, podemos decir que en la medida en que el gasto privado aumenta más que el público también tenderá a hacerlo la desigualdad en el acceso a la atención de salud. El factor de lejos más dinámico en la profundización de la desigualdad del gasto per cápita en la atención a la salud es el gasto privado. (Banco Mundial 1999, 141) Aunque se requiere investigar este asunto, tres procesos parecen impulsar esta acelerada tendencia: a) la creciente proporción del consumo de salud que es pagados por las familias, b) la mayor desigualdad de los ingresos familiares y probablemente, c) la menor proporción de los gastos en salud de las familias más pobres. Este último rasgo se ha observado tras el ajuste de agosto de 1990 y tiene como contrapartida al mayor peso relativo que adquiere la alimentación en el caso de las familias más pobres. (Cuánto 1991, 85.) El ya mencionado informe del Banco Mundial indica que el consumo de bienes y servicios de salud es 4.5 veces mayor en el quintil más alto que en el más bajo. Esto, por supuesto, no quiere decir que los ricos se enferman más que los pobres, y, menos aún, que lo hacen en esa proporción. Simplemente, las personas tienen menos derechos reales, en este caso a la calidad de vida y a la vida misma, cuando tienen menos dinero. Un factor crecientemente importante en el aumento de esa desigualdad es, como ya lo acabamos de sugerir, el gasto privado. En el mismo informe se constata que “La mayor parte de la desigualdad en el consumo de cuidados de salud resulta de las mayores magnitudes del gasto privado por los ricos que por los pobres (la relación entre el quintil más pobre y el más rico es de 1:10). Esta es una pauta común puesto que el cuidado de la salud se eleva con el ingreso o más rápido” (1999, 13). En realidad, no parece que sólo se eleve porque la propensión a gastar en salud aumente con el ingreso, sino que el ingreso privado es cada vez más importante para financiar el cuidado. La reforma, de hecho, tiene su propia responsabilidad en esa desigualdad.

---

<sup>2</sup> Superávit primario es el que resulta de restar los gastos del Estado realizados en el país de los ingresos totales. El remanente es el que sirve para pagar la deuda externa.

La desigualdad es reforzada con la política de gasto del IPSS que sirve al sector que labora en empresas formales, que, generalmente, pagan mejor a sus asalariados. Esto no quiere decir que los atendidos por el Seguro son privilegiados. En el Perú, donde ganar 1,200 soles al mes ya es estar en el quinto superior de los que viven de su trabajo, estar entre los “ricos” de acuerdo a una definición (la distribución del ingreso) es compatible con ser pobre con otra definición (la canasta básica). Otra estimación muestra que sólo el 3.5% de los trabajadores de las ciudades del país ganaría sueldos o salarios superiores a los 2,000 soles al mes y el 14% sueldos o salarios superiores a 1,000 soles mensuales. (Anaya, Vega y Bazán 1997, A6.) Los hospitales de las Fuerzas Armadas y Policiales agudizan marginalmente la concentración de la atención en los ingresos más altos.

El MINSA colabora poco a contrarrestar esa desigualdad. El gasto total del MINSA es prácticamente neutro (Francke 1999, 28) lo que quiere decir que es proporcional a la población de cada quintil de ingreso. Hay dos servicios que colaboran a una clara progresividad del gasto público en vacunas e internamientos hospitalarios. En estos servicios se benefician especialmente los extremos pobres. En consultas de centros y postas la concentración es mayor en estratos pobres que en los extremos pobres. La tendencia no parece ser hacia una mayor concentración de los servicios en los más pobres, pues entre 1994 y 1997 el mayor aumento relativo del gasto del Ministerio se registró en los dos quintiles menos pobres. (Banco Mundial 1999, 13). Si le añadimos esta tendencia a la que anotamos a propósito del gasto privado, podemos suponer que la fuerza concentradora del gasto se está ampliando. Veamos una subdivisión de esos gastos para detectar aquellos componentes del gasto que contrarrestan, lamentablemente de forma solo insuficiente, ese proceso concentrador.

Una contribución particular a la desigualdad es la que se verifica en el manejo de los hospitales y otras instalaciones de salud. Mientras que los hospitales “son prácticamente la única fuente de servicios secundarios y terciarios para los pobres, asignan sólo una pequeña proporción a servir a los pobres. Esto se debe principalmente al alto grado de comercialización y a la falta de regulación.” (Banco Mundial 1999, 36.) Los incentivos son para ir hacia lo rentable. “Servicios primarios [outpatient primary] son rentables en el sentido de que proveen un ingreso neto líquido para los hospitales y los hospitales hacen esfuerzos evidentes para aumentar la producción de esos servicios, [...]” (BM 1999, 38.) Estamos así ante el conocido problema de abandono del paciente pobre con enfermedad cara. Si a eso le añadimos el tratamiento diferenciado a precios diferenciados dentro del mismo hospital nos encontramos que la institución que más podría hacer para crear igualdad en el tratamiento de problemas de salud relativamente más caros se ha dedicado a competir por la atención de enfermedades baratas, pero de alto componente líquido y

rápida embolsable. Esta fuente de desigualdad es típico producto de la reforma institucional en el manejo de los hospitales.

Muchos países en el intento de modernizar sus sectores públicos por medio de reformas orientadas por y hacia el mercado [market-oriented] luchan por da mayor autonomía a los hospitales públicos. Los hospitales peruanos, por el contrario, ya disfrutan de un alto grado de autonomía. Esta autonomía es apoyada por un raro privilegio de la administración pública, que es prohibida a la mayor parte de las clínicas ambulatorias: los hospitales tienen presupuestos independientes y la autoridad para gastarlos. Lo que hace relevantes a los presupuestos independientes es la existencia de grandes ingresos por cofinanciamiento por los usuarios ('recursos propios')" (Banco Mundial 1999, 36)

Con esa autonomía, y a la caza de 'recursos propios', el dinamismo de los hospitales se orienta a atender usuarios capaces de pagar y a tratamientos baratos o 'costo-efectivos'. (BM 1999, 38.) Así, colaboran a la desigualdad entre regiones y a la desigualdad social. Incluso dentro del Hospital Arzobispo Loayza y en cada vez más, se han creado instalaciones privadas donde los pacientes pagan mayores tarifas por un servicio más rápido y cómodo.

Otra fuente de desigualdad, esta vez, intra-capa superior de los pacientes es la reforma de la seguridad social introduciendo las EPS. De ese modo, el sector privado con fines de lucro asume el negocio de la atención de salud y se le quita un porcentaje de los recursos que recibía el IPSS.

Esa desigualdad creciente, en lo principal, resultante de la descarga del gasto sobre las familias, puede ser relacionada con la influencia de nuevas políticas de reforma de servicios públicos que cunden en el mundo dentro de la ola neoliberal. Para relacionar esta tendencia con la deuda externa debemos anotar varios factores que los dejamos para una parte posterior del trabajo.

c. Los programas del MINSA y la focalización

Los programas públicos focalizados son los que más han aumentado su presupuesto en esta década y son los más progresivos en lo que a su utilización se refiere. (Banco Mundial 1999, 27-8.) Tras la privatización del gasto en salud y la creciente desigualdad en el gasto total, este es, probablemente el tercer cambio importante resultante de la reforma. Este es, además, el tema principal del informe del Banco Mundial que hemos citado a menudo. Salvo indicación en contrario, nos basaremos en esa fuente. La focalización se hace por una combinación de atención a regiones desfavorecidas y a aspectos específicos que deben ser atacados dirigiéndose a las personas y que tienen mayor incidencia en los sectores más pobres del país. Los programas de salud dirigidos directamente a las personas se diseñan y organizan desde la Dirección General de

Salud de las Personas (DGSP). El programa estrella a lo largo de la década, tanto por su presupuesto como por su persistencia, ha sido el Programa Nacional del Planificación Familiar junto con otros afines. (Banco Mundial 1999, 25.) Este programa es sobre el que tiene mayor claridad y al que le ha dado máxima importancia el Presidente Fujimori. (Ewig 2000, 511; Arroyo 2000a, 552.) A pesar de ser un programa nacional, y en ese sentido, no focalizado regionalmente, al haber mayor tasa de fecundidad en las zonas y familias más pobres, el efecto buscado con mayor interés es la reducción de la natalidad en las zonas y familias pobres del país. El objetivo declarado es luchar contra la pobreza. (Ewig 2000, 486.) Otros programas con efectos focalizados, aunque no tengan ese carácter en el momento de su organización, son los de inmunizaciones, lucha contra la malaria y la tuberculosis, sida, etc.

En términos regionales, durante la década, los presupuestos para los hospitales nacionales y para la región Lima se han elevado muy ligeramente y aquellos asignados a hospitales de otras regiones han decaído, también ligeramente. En términos relativos la proporción de los fondos públicos que van a las regiones fuera de Lima ha bajado de 60% en 1992 a 30% en 1998. Al revés, los programas focalizados han pasado de 2% en 1992 a 30% en 1998. (Banco Mundial 1999, 25.)

Dentro de los programas explícitamente focalizados, los más importantes presupuestalmente son el de Salud Básica y el Programa de Complementación Alimentaria para Grupos de Mayor Riesgo (PACFO). La progresividad del gasto del MINSA es mayor en el PACFO, que es el segundo en importancia, pues contó con unos 24 millones de dólares para 1998. Los programas alimentarios de otras instancias del gobierno parecen ser, más bien, regresivos. El programa de Salud Básica, siendo el más financiado, pues sumó un presupuesto de unos 100 millones de dólares, parece ser menos progresivo.

Respecto de estos programas, tomemos en cuenta y hagamos nuestra la preocupación del informe que nos sirve de referencia. Se trata de la vulnerabilidad de esta parte distributivamente progresiva del gasto del MINSA. La crisis de 1998-1999 mostró la fragilidad de los logros obtenidos en lo que a distribución del gasto se refiere. La ejecución del programa del crítico año 1998 habría supuesto varios recortes que se concentraron en los programas focalizados, pues habrían sido los más fáciles de recortar políticamente hablando. (Banco Mundial 1999, 28.) La misma inquietud es manifestada, a propósito de los CLAS por Ewig (2000, 509 y 514). Entre las razones que facilitan dicha vulnerabilidad están la concentración de profesionales contratados en esos programas focalizados y el tipo de asignación de fondos a los CLAS. Del estudio de Cortéz (1998) sobre estas instancias del sistema de salud sacamos la impresión de que los actores sociales involucrados no serían una fuerza activa en su defensa. A nuestro juicio, una de las razones es la

cuantitativamente débil participación, de hecho, en la gestión de los CLAS y la otra, el papel demasiado activo de los médicos y personal profesional, que como hemos indicado, es contratado en gran medida. No tienen, pues, tras de sí grupos de interés ni de profesionales ni de beneficiarios que tengan la fuerza para defender su continuidad. El problema de la precariedad laboral en los procesos de reforma en América Latina ha sido ampliamente discutido y constituye un rasgo estructural. (Ugarte y Monje 2000, 587-8.)

A lo anterior, hay que añadir otra fuente de vulnerabilidad que es importante por la creciente importancia del gasto familiar. El gasto en salud de las familias depende de dos factores. El primero es la evolución del ingreso familiar, y el segundo el cambio en la importancia del gasto en salud cuando hay una caída de dicho ingreso. Es sabido que cuando el ingreso cae, el gasto en salud cae más. En concreto, como consecuencia del ajuste económico al comienzo del primer gobierno de Fujimori, mientras la reducción del consumo total per cápita en el estrato pobre de Lima era de 22.5%. (Cuanto 1991, 83.)

la reducción de los niveles de consumo entre julio y noviembre de 1990 también estuvo acompañada de una modificación sustantiva de la composición de la canasta de los hogares. La información indica que el ajuste en el presupuesto familiar del estrato bajo se dio principalmente en los gastos de cuidado y conservación de la salud, con una caída de 86.3%. Le siguen con tasas altas los gastos en vestido y calzado (-72.9%), muebles y enseres (-69.5%) y transportes y comunicaciones (-52.5%). (Cuanto 1991, 84.)

Algo similar sucede en el estrato medio, pues mientras el consumo total per cápita se redujo 24.5%, el de salud lo hizo 70.3%. (Cuanto 1991, 85). La importancia de esto para el sector público es grande, pues, si la sociedad asumiera la responsabilidad de asegurar un gasto por familia estable en salud, el presupuesto público debería ser especialmente anticíclico pues tendría que contrarrestar no sólo la caída en el ingreso familiar sino la caída, mucho más que proporcional, del gasto en salud.

d. La productividad y eficiencia

Otro rasgo de la atención pública de la salud es su ineficiencia por baja productividad. Esa productividad se deriva del escaso uso de las instalaciones y del personal, a pesar de las carencias existentes de ambos. Tenemos ante nosotros una situación paradójica. Por un lado, la cantidad de médicos y enfermeras por habitante es muy pequeña comparando con otros países, incluso más pobres que nosotros, de América Latina. Por el otro, la intensidad de su trabajo es ínfima. La productividad promedio en las instalaciones de atención primaria esconde una diferenciación muy

grande, pero se mantiene a niveles muy bajos y los costos unitarios son muy altos. En promedio, los trabajadores de salud del MINSA (incluyendo los técnicos producen en el rango de 288 a 738 consultas en un año, o gruesamente, entre 1 y 2 al día. Los 1,020 centros de salud, que emplean comúnmente 3 a 5 profesionales de la salud producen un promedio de alrededor de 16 consultas al día. Las 4,700 postas de salud producen en promedio alrededor de 3 consultas al día. Estos promedio tan bajos ocultan un alto grado de dispersión. La mayoría de las instalaciones están concentradas en niveles extremadamente bajos de productividad. El 73% de los centros de salud del MINSA tienen 7 o menos consultas diarias por profesional de la salud. El 70% de las postas de salud tienen menos de 3 consultas por profesional. A manera de comparación, un médico de atención primaria en su práctica privada en Lima o en un hospital bien ocupado puede ver alrededor de 40 pacientes en una tarde. La baja productividad se traduce en altos costos unitarios: las consultas ambulatorias en las clínicas primarias (56 soles) son más caras que las consultas ambulatorias en los hospitales públicos (31 soles). La productividad es ligeramente mayor en áreas urbanas, pero aún ahí el promedio es sólo de 6 consultas al día. (Banco Mundial 1999, 30.)

Aún sin los cálculos del caso, se puede suponer que esa paradoja, y la ineficiencia que manifiesta, se debe en buena medida a la restricción presupuestal que al limitar recursos (gasolina, insumos, etc.) impide salir a atender a los que lo requieren. Por otro lado, el estímulo al uso de cofinanciamiento de las familias para proveer servicios, como ya indicamos, reduce la demanda por las instalaciones existentes. Con la ayuda del presupuesto público habría un acceso mayor y parte de la falta de productividad se resolvería.

Otra fuente importante de baja productividad es la subutilización de las instalaciones de salud. A nivel nacional, sólo el 52% de los días-cama son utilizados. En EE.UU. se supone que 80% es un nivel límite. Esa es mayor en ciudades menores y también lo es donde hay duplicación de servicios con el IPSS o instalaciones de las FF.AA. (Banco Mundial 1999, 37.) Estamos ante un típico caso de eficiencia microeconómica pero ineficiencia de conjunto.

Obviamente, el problema de productividad no es sólo de origen presupuestal pero éste es un aspecto importante del problema. Como señala Francke (1999, 35) “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.”

#### 4. CONDICIONALIDAD Y ESTRUCTURA DEL SECTOR

Una fuente de condicionalidad podría haber sido la sociedad. El colapso del sistema de salud es el hecho capital para entender la aceptación de la población de casi cualquier nuevo esquema. El aumento de los pagos por los usuarios tendría en ese proceso una de sus explicaciones. La desestatización había ocurrido en los 80s. La crisis de la deuda dificultó la emergencia de una presión social que influyera más decisivamente en el curso de la reforma en salud. El paso a la democracia coincide con la crisis de la deuda y sus efectos amplificadas en el Perú. Dicha crisis aumenta la necesidad de atención pública pero destruye el Estado. La decepción respecto de las posibilidades de que el Estado responda a la gravedad de la situación da lugar a una ausencia de exigencias desde la sociedad. Como señala Ewig, cuando se recupera la recaudación no se restauran las reclamaciones sociales de atención. (Ewig 2000, 488, 490-3). A pesar de que el colapso fue fenomenal.

El gasto del sector social disminuyó de 132 en 1986 a 51 en 1990; el gasto público real del sector salud cayó de 100 en 1985 a 47 en 1990; casi desapareció la inversión en infraestructura de salud, pues ésta descendió de 100 en 1985 a 9 en 1990; y decreció el gasto corriente en salud en el mismo lapso de 100 a 53. (Arroyo 2000, 548.)

Con una sociedad sometida a tal shock en la atención de la salud es natural suponer que el proceso de diseño y puesta en marcha de las reformas no han tenido que ser y no han sido accesibles al público, a las organizaciones o, incluso, salvo la creación de las EPS, el Congreso de la República. Pequeños equipos de técnicos operando con enorme discreción, utilización de encuestas y Decretos Legislativos o Supremos han sido la herramienta dominante para oficializarlas. (Ewig 2000, 490-6.) Otros autores coinciden con esta apreciación respecto del aislamiento de los técnicos en el proceso de elaboración. (Ugarte y Monje 2000, 580-1.)

La presión ha venido de los enterados por razones profesionales como es el caso de la Federación de Defensa del Seguro Social, o de la Federación Médica Peruana, y también de la Central de Trabajadores del MINSA. Una consecuencia de esto es que no ha habido una presión social de la calle, de los beneficiarios finales, ni para influir en el diseño de las reformas ni para exigir mayores recursos al Estado y, por lo tanto, menos aún, para respaldar directa o indirectamente una negociación más exigente con los acreedores externos. (Ugarte y Monje 2000, 581)



Los organismos multilaterales tienen un papel curioso, pues no parecen tener una influencia directa en la toma de decisiones del sector, pero la orientación de muchas de las reformas coincide mucho con lo que suelen plantear en los países en los que influyen. Los funcionarios del Sector Salud reconocen influencia pero niegan tajantemente toda condicionalidad significativa cuando se les pregunta al respecto. (Ewig 2000, 496-505) En la primera parte de la década habrían influido más el “discurso descentralista y participativo de la OMS/OPS”. (Arroyo 2000, 551.) Luego, se considera que el Club de París y el Banco Mundial influyeron en el impulso a la focalización. El paquete de recomendaciones de estos y otros organismos internacionales era más completo, pues incluía también la “diferenciación de funciones, acuerdos de gestión, seguro individual en salud, planes básicos de atención, entre otros elementos.” (Arroyo 2000, 551.) En realidad, el Banco Mundial o el BID y otras agencias internacionales financian poquísimo los programas de salud y eso reduce su injerencia. La pregunta es si ésta es necesaria y para qué lo es. En el caso de las CLAS, al parecer son dos publicaciones internacionales las que influyeron en acogida como idea y, luego a su puesta en marcha. La creación de EPS fue influida por la experiencia de la reforma chilena. La política de planificación familiar es parte importante del programa de salud del gobierno y la influencia al respecto es antigua y múltiple. El Banco Mundial impulsa desde hace varias décadas esa política (McNamara 1976, Clausen 1984), pero también parece haber inspiración asiática al respecto y es la AID de los EE.UU. la que más parece impulsar la continuidad de dicha política. El financiamiento externo más relevante sería el que apoyó el Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PFSS) en cuyo ámbito se han realizado los estudios y las discusiones que luego se tradujeron en políticas. (Ewig 2000, 503). Para resumir se puede tomar la siguiente apreciación de Christina Ewig.

Observando el conjunto de reformas ocurridas en América Latina y en otras regiones del mundo, es claro que muchas veces las premisas para las reformas, o a veces las reformas mismas, son copiadas de país a país con pequeños ajustes en cada caso. Las agencias internacionales, como conductoras de información a través de sus publicaciones, seminarios e investigaciones propias, tienen la capacidad de moderar el intercambio. El resultado es influir a través de una ‘hegemonía’ de ideas, dentro de la cual todavía hay cierto espacio para los formuladores de la política nacional de ‘mover y escoger’ (2000, 505).

Este diagnóstico no es contradictorio pero no parece coincidir con el de Ugarte y Monje quienes señalarán que “las propuestas de reforma del sector [estaban:J.I.E.] estrechamente vinculadas a las orientaciones de organismos multilaterales como el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).” Es más, siguen: “Dichas orientaciones vienen influyendo de manera determinante en la forma como el presente gobierno ejecuta todo el gasto social, sobre todo el gasto en salud.” (2000, 571)

La influencia desde el Ejecutivo es directa en algunos proyectos como el de planificación familiar, al que el MEF le asigna fondos especiales independientes del MINSA. En otros, especialmente los de focalización habría influido la Secretaría ad-hoc del Consejo Interministerial de Asuntos Sociales del Consejo de Ministros que dirigía Javier Abugattas. Sin duda, la focalización era funcional a varios aspectos de la política general del equipo económico del MEF, puerta necesaria para seguir adelante en cualquier reforma del Estado. Permitía, por ejemplo, iniciar una transformación del Estado que no tuviera que ver con la expansión de sus órganos de línea. Por el contrario, esos programas eran un buen sustituto para un Estado que el equipo económico quería reducir en tamaño. Además, era una manera de satisfacer a los acreedores internacionales, siempre preocupados por la imagen social tras los programas de ajuste, especialmente duros en el Perú. Quizá es por estar razones que “la focalización llegó a ser el eje de la política social del gobierno.” (Ewig 2000, 507.)

El MEF tuvo también influencia en el lanzamiento de las EPS. Antes había intentado con las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS) un cambio en la línea privatizadora tan cara al equipo liderado por Boloña. Después de todo, se trataba de privatizar a cualquier precio y en cualquier circunstancia. Ese interés es un elemento constante, por lo menos hasta el cambio de equipo económico con el gabinete de Joy Way a fines de la década. En general, la línea de influencia puede no iniciarse en el Presidente o en el MEF pero todas las decisiones significativas pasan por ellos. La influencia del MEF se expresa también en el tipo de exigencia planteada a los funcionarios de salud. Como en otras partes tras la crisis de la deuda, el elemento económico, entendiéndolo por ello, “el control de costos y la competencia” (Yglesias 2000, 527) son obligatorios, muchas veces con independencia de criterios propiamente médicos. Un ejemplo de esta independencia es el criterio de éxito de las reformas de atención a la salud. (RAS). Como señala Yglesias: “Cómo medir el avance o el éxito de la aplicación de las RAS es una tarea importante. El éxito debe ser tomado como la habilidad de implementar las políticas deseadas; independientemente de considerar su último impacto en el estado de salud de la población” (2000, 532.)

Visto el panorama en su conjunto, quizá se podría decir que la influencia del presidente y del MEF cambia con los años, pero mantiene un carácter poco coherente. Para Arroyo, “La mayoría de dispositivos jurídicos de los años 1990-93 no obedece a la política gubernamental en el campo de la economía, de corte ortodoxo. [...] Es más, incluso la producción jurídica de la etapa 1995-98 muestra las dos caras del régimen: la ortodoxa y la neopopulista” (2000, 551). De inmediato propone una visión general de la influencia desde la ortodoxia económica. “Esta vigencia de políticas ministeriales relativamente autónomas de la política nacional dominante

ratifica la idea de que el sector salud ha sido en alguna medida inorgánico en el esquema general neoliberal, sobre todo en su primer quinquenio. El sector salud no ha sido prioridad en la agenda del gobierno.” (2000, 551-2) Más políticamente, una propuesta de interpretación es la siguiente: “[..] la década política en salud se resume en: sucesivos ‘enviones’ ortodoxos en pro de reestructuraciones del sector salud, la oposición de la opinión pública nacional, el freno neopopulista a los mismos, los empates intragubernamentales y las consiguientes reformas parciales modernizantes” (2000, 553-4).

Un sector de influencia es el conformado por los grupos de interés vinculados a la estructura vigente: MINSA, IPSS, hospitales públicos y hospitales privados. La fuerza de estos grupos puede explicar parte de la permanencia del esquema básico inaugurado en los 60s. Esta estructura ha resistido las, al parecer, inconducentes y, finalmente, débiles intenciones del neoliberalismo y que consisten en: “autonomización de prestadores públicos, per cápitas básicos, bonos de subsidio, libre elección y opción de los usuarios por fórmulas de prepago o copago, según el nivel de los servicios seleccionados.” (Arroyo 2000, 556) Ese modelo “supone la desaparición de la estructura actual de tres subsectores (MINSA, IPSS y privado) y el establecimiento de un sector con toda la población asegurada, una parte en el régimen subsidiado y otra en el régimen contributivo” (2000, 556).

También han influido, por supuesto, circunstancias ajenas a la voluntad política del gobierno y que han dado lugar a “reformas silenciosas” o “reformas sin rectoría ministerial o gubernamental”. (Arroyo 2000, 545.) Un ejemplo importantísimo de la fuerza de las circunstancias es el cofinanciamiento que se pone en marcha durante los 80.

¿En qué estamos? “El modelo sectorial resultante de la década tenemos que interpretarlo como un punto de empate, el momento de una transición, de la postergación de una definición. Pero un punto de empate tan inestable que la lucha ha continuado.” (Arroyo 2000, 556.)

## 5. DEUDA EXTERNA Y EL FUTURO DE LA REFORMA DE SALUD

La deuda externa exige cada vez mayores pagos. En el futuro, un componente cada vez más importante será la carga del endeudamiento privado. Desde 1996, el servicio de la deuda externa privada es, casi todos los años, mayor que el de la deuda pública. Se ha estimado que en 1999 el servicio de la deuda pública sumó US\$1997 millones, mientras que el de la deuda privada llegó a US\$2140 millones. La tendencia de esta última cifra es ascendente. Juntas, suman un servicio que exige dos tercios de las exportaciones del país. (Mendoza 2000)

Entre el año 2001 y el 2005 los pagos programados se sitúan entre los US\$2,200 y US\$2,300 millones. Por otro lado, el esquema general de la institucionalidad en el campo de la salud no ha cambiado. Siguen los tres niveles: MINSA, IPSS y Privado que atienden según el nivel de ingreso. Lo que ha ocurrido es que han habido cambios intra-cada nivel. Pero esto no enfrenta algunos problemas claves y de gran importancia económica que chocarán con el calendario de pagos de la deuda externa.

Las exigencias de recursos son varias:

- a. En seguridad social, la expansión de las AFP es lenta y precaria. La crisis de la última parte de los 90 ha incidido en esa lentitud. La estructura productiva peruana no facilita la universalización del sistema y se requerirá una creciente aportación del Estado.
- b. En el campo de la salud “¿tendrá el Estado recursos para sostener una atención efectiva al 49% de la población en situación de pobreza? ¿No saldrá muy delgada la capa simple, el per cápita final en salud [...]?” (Arroyo 2000, 560)

El problema estructural de los países latinoamericanos es que no tenemos tanta fuerza laboral como para que la universalización del seguro bismarckiano sea un equivalente a la universalización de la seguridad social. Pero tampoco tenemos una recaudación fiscal que por sí misma pueda solventar, a todo riesgo, una seguridad social universal en salud. (Arroyo 2000, 560).

## 6. CONCLUSIÓN

En este ensayo hemos sostenido dos cosas. La primera es que la restricción presupuestal es el elemento que influye más en lo que quizá son los cuatro problemas principales de la reforma del sistema de salud: los déficits de atención, la desigualdad en el acceso, la vulnerabilidad de la atención focalizada en los más pobres y la bajísima productividad de los servicios públicos. El

canal principal por el que ocurre dicha influencia es el aumento del pago de los servicios de salud por las familias y la consiguiente dificultad de los más pobres para acceder a los servicios. La amplitud de cobertura, resultante del mayor gasto público, ha ocurrido mientras avanzaba un cambio en la modalidad de atención que apunta al aumento de la desigualdad. La segunda es que el servicio de la deuda externa, por su magnitud y rigidez, atenta contra la resolución de esos cuatro problemas al dificultar la ampliación del presupuesto asignado a la atención pública de la salud. En realidad, la restricción presupuestal no opera sola como factor causal, pues se combina con la hegemonía que ha adquirido en el mundo la propuesta de introducir el mercado en la atención de los problemas de salud y, con ello, de relacionar calidad de atención y precio, convirtiendo la restricción presupuestal en un incentivo en favor de la creciente segmentación de accesos y de calidades.

Además, es necesario aclarar el alcance de nuestras conclusiones. Lo mostrado arriba no pretende, ni de lejos, sugerir que el problema de la atención a los requerimientos de una vida lo más plenamente posible desde el punto de vista de la salud se enfrenta adecuadamente elevando el presupuesto asignado. Lo que hemos mostrado es que, dentro del actual marco institucional, la restricción presupuestal constituye uno de los factores explicativos de las diversas ineficacias e ineficiencias de dicha manera de enfrentar el problema. Ugarte y Monje recuerdan (2000, 598-9) que incluso donde la reforma ha logrado avances sustantivos, se registran rendimientos decrecientes. La actual manera de avanzar tiene límites antes de llegar a coberturas totales. Ella no ha sido sometida a un escrutinio en este trabajo y, todo indica que es por donde hay que ir, no para ahorrar dinero que es, hoy por hoy, la motivación dominante sino para atender todos los requerimientos que la solidaridad humana y la ciencia permiten. En otros términos, dada la concepción de hecho dominante del sistema de salud, la restricción presupuestal agrava sus deficiencias. Puede que aumentar el presupuesto no elimine las ineficiencias más importantes, que son las que corresponden a la concepción misma del problema de salud y de las instituciones que tratan de atenderla. Por ejemplo, un aumento de recursos que esté acompañado por la mayor inmersión en el mundo tecnológico y de seguros privados puede dar lugar a menores coberturas y mayores desigualdades.

Este es un tipo de problema moralmente tan serio como general. Los ricos, países, organizaciones y personas, que niegan a los pobres los recursos necesarios para evitar el dilema de a quién curar y a quién, entre los curables, abandonar en manos de la enfermedad y de la muerte envían a sus funcionarios a informarnos de que la restricción presupuestal para ese fin es una especie de “ley de la vida” de la que no hay escapatoria en ninguna esfera de las actividades humanas. Por lo tanto, no habría más remedio que escoger; no se puede salvar las vidas de todos y

lo más que pueden hacer es enseñarnos a sacrificar al menor número posible de personas aumentando la eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Con todo lo que tiene de valioso, el enfoque basado en el costo-efectividad se ubica al interior de un dilema evitable. En el actual orden social y moral de las cosas, la prioridad del gasto en salvar la vida de las personas está al mismo nivel que la de cualquier otro gasto. Este es uno de esos casos en los que el “no matarás” deontológico es reemplazado por el “minimicemos el número de muertos” consecuencialista, pero con el agravante de que este enfoque se adopta después de haber decidido que tiene que haber muertos de todos modos. El progreso en la política de salud parece consistir, no en elevar el status y valor de la protección de la vida sino en ayudarnos a decidir más eficientemente a quién vale la pena curar y a quién no.

## Referencias Bibliográficas

Anaya, Carmen, Daniel Vega y Adolfo Bazán

1997 “Detrás de las cifras”. El Comercio. Lima, martes 14 de julio.

Arroyo, Juan

2000 “La reforma del sector salud en el Perú, 1990-1998: en busca de nuevos modelos de política social.” En: Portocarrero, editor.

Banco Mundial

1999 Improving Health Care for the Poor. Washington, D.C.: The World Bank.

Cortez, Rafael

1996 “El acceso a los servicios de atención de la salud en el Perú y la equidad en su financiamiento.” Revista de Análisis económico, vol. 11, núm. 2, noviembre.

1998 Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS. Lima: Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico.

Clausen A.W.

1984 Population Growth and Economic Development. Washington, D.C.: The World Bank.

Cuánto

1991 Ajuste y economía familiar 1985-1990. Lima: Instituto Cuánto.

De Habich, Midori

1995 “Gasto público en salud”. Mimeo. Proyecto 2000, Ministerio de Salud.

Francke, Pedro

1999 “El cobro de tarifas y la equidad en la distribución del subsidio público en salud en el Perú.” Documento de trabajo 163. Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Ewig, Christina

2000 “Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas en el sector salud.” En: Portocarrero, editor.

Iguíñiz, Javier

2000a “Pobreza en el Perú. Comparaciones internacionales” En: Conferencia Episcopal del Perú - Jubileo 2000. Deuda externa: pobreza y desarrollo. Memoria de la VI Semana Social del Perú. Lima: Comisión Episcopal de Acción Social.

2000b “Desde la pobreza, el reclamo de la solidaridad mundial” En: Conferencia Episcopal del Perú - Jubileo 2000

2000c “¿Cuánto costaría reducir la pobreza de ingreso a cero? Brechas de pobreza en el Perú”. En: Conferencia Episcopal del Perú - Jubileo 2000

McNamara, Robert

1976 Diario La Prensa. Lima: 4 de octubre de 1976, p. 9.

Muñoz, Ismael et. al.

1999 Deuda externa del Perú. Propuestas y alternativas. Lima: Mesa de trabajo: Deuda y desarrollo y Centro de Estudios y Publicaciones.

Petrera, Margarita y Luis Cordero

1999 “El aseguramiento público en salud y la elección de proveedor.” En: Webb y Ventocilla editores.

Portocarrero, Felipe editor

2000 Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes. Lima: Red para el desarrollo de las Ciencias Sociales.

Ugarte Oscar y José Antonio Monje

2000 “Equidad y reforma en el sector salud.” En: Portocarrero, editor.

Webb, Richard y Moisés Ventocilla editores

1999 Pobreza y economía social. Análisis de la encuesta ENNIV-1997. Lima: Cuanto-UNICEF-USAID.

Yglesias, Arturo

2000 “Marco de análisis para la evaluación y el diseño e implementación de las reformas de atención a la salud.” En: Portocarrero, editor.