

Informe sobre
Investigación Aplicada
Secundaria No. 1

Focalización del Gasto Público en Salud en el Peru: Situación y Alternativas

Septiembre de 1998

Preparado por:

Pedro Francke, M.A.



Partnerships
for Health
Reform



Abt Associates Inc. # 4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 # Tel: 301/913-0500 # Fax: 301/652-3916

In collaboration with:

Development Associates, Inc. # Harvard School of Public Health #
Howard University International Affairs Center # University Research Co., LLC



Funded by:
U.S. Agency for International Development



Partnerships
for Health
Reform

Misión

El Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (Partnerships for Health Reform, PHR) se dedica a mejorar la salud de la población en países de ingresos bajos y medios por apoyar reformas del sector salud que garanticen acceso equitativo a servicios de atención de salud eficientes, sostenibles y de calidad. En asociación con colaboradores locales, PHR promueve un enfoque integrado para la reforma del sector salud y desarrolla habilidades locales en las siguientes áreas clave:

- ▲ *Promover el diálogo y la participación en la formulación de las políticas de reforma en el sector salud*
- ▲ *Desarrollar sistemas financieros equitativos y viables*
- ▲ *Mejorar la organización y gestión de sistemas de salud*
- ▲ *Desarrollar incentivos para promover servicios de atención médica eficaces y de calidad*

PHR avanza el conocimiento y las metodologías para desarrollar, implementar y vigilar las reformas del sector salud y su impacto, e informa y guía el intercambio de conocimientos sobre cuestiones vitales de la reforma del sector salud.

Septiembre de 1998

Recommended Citation

Francke, Pedro. Septiembre de 1998. *Focalización del Gasto Público en Salud en el Perú: Situación y Alternativas*. Informe sobre Investigación Aplicada Secundaria 1. Bethesda, MD: el Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud, Abt Associates Inc.

Si desean recibir copias adicionales de este informe, diríjense al PHR Resource Center en PHR-InfoCenter@abtassoc.com o visiten nuestro punto de la red www.phrproject.com.

Contrato No.: HRN-C-00-95-00024

Proyecto No.: 936-597.13

Presentado a: Robert Emrey, COTR
Health Policy and Sector Reform Division
Office of Health and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau for Global Programs, Field Support and Research
United States Agency for International Development

Extracto

El presente artículo aborda el tema de la focalización del gasto público en salud en el Perú desde una doble perspectiva. En la primera parte, se realiza un análisis de la distribución del gasto público en salud, entre regiones y entre estratos sociales, mostrándose que el mismo no se efectúa de una manera equitativa. En particular, los cobros por tarifas realizados a los usuarios, que se demuestra no aportan a la focalización, debido a que no se concentran entre quienes tienen más recursos. Una segunda parte es propositiva: plantea una estrategia de múltiples facetas para mejorar la focalización del gasto público en salud, que incluye la priorización de servicios dirigidos a madres y niños, la adaptación de los servicios a los requerimientos culturales de los grupos indígenas, la reasignación geográfica del gasto en forma paulatina a las zonas más pobres y necesitadas, la auto-selección mediante la promoción y adecuada regulación de servicios privados y la identificación individual de los pobres y necesitados mediante “proxy means tests” o indicadores socio-económicos en algunas áreas.

Índice

Siglas	ix
Prólogo	xi
Agradecimientos	xv
Resumen	xvii
1. Introducción	1
2. La Equidad y la Política de Salud: Estado de la Cuestión	3
3. Evaluación del Carácter Redistributivo de los Gastos de Salud Entre Departamentos ...	7
3.1 Introducción	7
3.2 Metodología	7
3.3 Resultados y análisis	9
3.3.1 Gráfico de Índice de Necesidades Básicas de Salud y Gasto por persona no asegurada	11
3.3.2 Curvas de Lorenz generalizadas	15
3.3.3 Coeficiente de Correlación simple y pseudo-Ginis	17
3.4 Análisis considerando solamente a los pobres	19
3.5 Conclusiones	24
4. Distribución del Subsidio Público de Salud por Quintiles	25
4.1 Metodología	25
4.2 Vacunación	26
4.3 Atención de Madres Gestantes	27
4.4 Consultas	28
4.5 Internamientos	32
4.6 Visión global de la distribución del subsidio por estratos	33
5. Una Vision Global del Diagnóstico	43
6. Propuesta de Estrategia de Focalización del Gasto Público en Salud	45
6.1 Objetivos	45
6.2 Instrumentos	45
6.3 Mecanismos específicos	46
Bibliografía	49

Cuadros

Cuadro 3.1. Necesidades de Salud: Indicadores e Indicen Resumen	10
Cuadro 3.2. Indicadores del Gasto en Salud en 1995 por Departamentos	13
Cuadro 3.3 Medidas Resumen de Distribución Regional del Gasto en Salud	18
Cuadro 3.4 Indicadores del Gasto en Salud en 1995 por Departamentos según Pobreza	20
Cuadro 3.5 Gasto Público en Salud por No Asegurados Pobres por Departamentos 1992-1995	21
Cuadro 3.6 Medidas Resumen de Distribución Regional del Gasto en Salud	22
Cuadro 4.1. Niños sin Ninguna Vacuna (en porcentajes)	26
Cuadro 4. 2. Atención de Madres Gestantes	27
Cuadro 4.3. Consultas y Enfermedad	29
Cuadro 4. 4. Lugar de Consulta (en porcentajes)	30
Cuadro 4.5. Lugar de Internamiento (en porcentajes)	32
Cuadro 4.6. Distribucion de Atenciones del MINSA	34
Cuadro 4.7. Gasto del MINSA por Tipo de Atenciones 1994	35
Cuadro 4.8. Distribución del Gasto del MINSA por Quintiles	36
Cuadro 4.9. Pagos por Tarifas en Establecimientos del MINSA	37
Cuadro 4.10. Pagos por Servicios Publicos de Salud	38
Cuadro 4.11. Subsidios Publicos por Estratos y tipos de Atencion	40
Cuadro 4.12. Distribucion del Subsidio en Salud 1994	41

Gráficos

Gráfico 3.1. Gasto Total en Salud y Necesidades de Salud (en soles corrientes)	12
Gráfico 3.2. Gasto de Salud Básica para Todos y Necesidades de Salud (en soles corrientes) . .	12
Gráfico 3.3. Distribución del Gasto Público Total en Salud	15
Gráfico 3.4. Distribución del Gasto de Salud Básica para Todos	16
Gráfico 3.5. Distribución de los Presupuestos Regionales	17
Gráfico 3.6. Gasto Público Total en Salud 1992-1995: Distribución según Pobreza	22
Gráfico 3.7 Distribución de Salud Básica para Todos según Pobreza	23
Gráfico 3.8 Distribución de los Presupuestos Regionales según Pobreza	23

Siglas

BCG	Bacillus Calmett-Guerin
DTP	Difteria-Tétanos-Pertussis
ENDES	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENNIV	Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles
ESAN	Escuela Superior de Administración
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
MINSA	Ministerio de Salud
PHR	Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (<i>Partnerships for Health Reform project</i>)
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los E.E.UU. (<i>United States Agency for International Development</i>)

Prólogo

Parte de la misión de la Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR, *Partnership for Health Reform*) es avanzar en los “conocimientos y metodologías para desarrollar, implementar y supervisar las reformas del sector salud y su impacto”. Este objetivo no sólo se aborda a través del trabajo de asistencia de PHR, si no también a través de su programa de Investigación Aplicada, el que busca complementar y respaldar las actividades de asistencia técnica. El principal objetivo del programa de Investigación Aplicada es la preparación e implementación de una agenda de investigación que permita avanzar en los conocimientos sobre la reforma del sector salud tanto a nivel mundial como a nivel de los países individuales.

Un componente importante de la investigación aplicada de PHR es el programa de Investigación Aplicada Secundaria (*Small Applied Research [SAR]*). En el marco de este programa se otorgan subvenciones, sobre una base competitiva, a las agencias de investigación, individuos y organizaciones sin fines de lucro de países en desarrollo, para estudiar aspectos importantes a nivel de políticas en el ámbito de la reforma del sector salud. El programa SAR tiene un doble objetivo: proporcionar la información y los análisis que sean pertinentes para los asuntos de política económica en el país del investigador y ayudar a fortalecer la capacidad de investigación en términos de políticas de salud de las organizaciones en países en desarrollo.

Hasta el momento se ha otorgado un total de 16 pequeñas subvenciones para fines de estudio a investigadores en todo el mundo en desarrollo. Los asuntos investigados incluyen estrategias de financiamiento de la salud, la función del sector privado en la entrega de servicios de salud y la eficacia de los establecimientos de salud pública.

Se estimula a los receptores de donaciones SAR que divulguen los resultados de su trabajo a nivel local. Los informes finales de los estudios de investigación SAR también están disponibles en el Centro de Recursos de PHR y a través del sitio web de PHR. Además se divulga un resumen de los resultados de cada estudio a través de las series “en resumen” de PHR.

Sara Bennett, Ph.D.
Director, Programa de Investigación Aplicada
Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR)

Subvenciones para estudios de investigación aplicada secundaria

Dr. Joseph K. Konde-Lule (Instituto de Salud Pública, Universidad Makerere). “User Fees in Government Health Units in Uganda: Implementation, Impact and Scope”.

Dr. R. Neil Soderlund (Universidad de Witswatersrand). “The Design of a Low Cost Insurance Package”.

Pedro Francke (Independiente). “Targeting Public Health Expenditures in Peru: Evaluation of Ministry of Health Services and Procedures and Proposal of a Targeting System”.

Alfred Obuobi (Escuela de Salud Pública, Universidad de Gana). “Assessing the Contribution of Private Health Care Providers to Public Health Care Delivery in the Greater Accra Region”.

V.R. Muraleedharan (Instituto Hindú de Tecnología, Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales). “Competition, Incentives and the Structure of Private Hospital Markets in Urban India: A Study of Madras”.

Dr. George Gotsadze (Fundación Internacional Curatio). “Developing Recommendations for Policy and Regulatory Decisions for Hospital Care Financing in Georgia”.

Dr. Aldrie Henry-Lee (Universidad de las Indias Occidentales, Instituto de Investigación Social y Económica). “Protecting the Poor, High Risk and Medically Indigent under Health Insurance: A Case Study of Jamaica”.

Dr. Maria C.G. Bautista (Instituto para el Desarrollo. Policy and Management Research Foundation, Inc.). “Local Governments’ Health Financing Initiatives: Evaluation, Synthesis and Prospects for the National Health Insurance Program in the Philippines”.

Oliver Mudyarabikwa (Universidad de Zimbabwe). “Regulation and Incentive Setting for Participation of Private-for-Profit Health Care Providers in Zimbabwe”.

Easha Ramachandran (Instituto de Estudios de Política, Programa de Políticas de la Salud). “Operating Efficiency in Public Sector Health Facilities in Sri Lanka: Measurement and Institutional Determinants of Performance”.

Dr. M. Mahmud Khan (Departamento de Ciencias de la Salud Pública, Centro de Investigación de la Salud y Población). “Costing the Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Module: A Case Study in Bangladesh”.

Dr. Arlette Beltran Barco (Universidad Del Pacífico). “Determinants of Women’s Health Services Usage and Its Importance in Policy Design: The Peruvian Case”.

Frederick Mwesigye (Universidad Makerere, Instituto de Investigación Social Makerere). “Priority Service Provision Under Decentralization: A Case Study of Maternal and Child Health Care in Uganda”.

Dr. Gaspar K. Munishi (Facultad de Artes y Ciencias Sociales, Universidad de Dar Es Salaam). “The Growth of the Private Health Sector and Challenges to Quality of Health Care Delivery in Tanzania”.

Mathias L. Kamugisha (Instituto Nacional de Investigación Médica-Centro de Investigación Amani). “Health Financing Reform in Tanzania: Appropriate Payment Mechanism for the Poor and Vulnerable Groups in Korogwe District, Northeastern Tanzania”.

Dr. Joses Kirigia, Dr. Di McIntyre (Universidad de Cape Town, Unidad de Economía de la Salud, Departamento de Salud Comunitaria). “A Cost-Effectiveness Analysis of AIDS Patient Care in Western Cape Province”.

Agradecimientos

El presente artículo es el resultado de una investigación que desarrollé durante el año 1997, gracias a un financiamiento otorgado por la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) a través del proyecto Small Applied Research del Partnerships for Health Reform. Un taller organizado por el proyecto 2000 del Ministerio de Salud permitió recoger valiosas opiniones. Agradezco sobremedida la colaboración de Augusto Portocarrero que realizó encuestas en centros de salud y hospitales y procesó datos trabajosamente, Ana Huapaya que procesó la información de la Encuesta Nacional de Hogares, Andrés Medina y Andrés Mormisato, Midori de Habich, Carlos Bardales, y los demás integrantes del Comité de Financiamiento y del equipo de reforma del Ministerio de Salud que hicieron comentarios muy valiosos, y Alexander (Sasha) Telyukov que me asesoró a distancia con gran dedicación. Por supuesto, todos los errores y debilidades subsistentes son de mi exclusiva responsabilidad.

Resumen

Diagnóstico

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”. Otro estudio reciente (Petrera 1998) muestra que la disponibilidad gratuita de medicinas es un determinante muy significativo de la demanda de salud de las mujeres rurales.

Un análisis del gasto entre departamentos es más crítico aún. El gasto en salud financiado por los presupuestos regionales es mayor en los departamentos donde hay menos pobres y menos necesidades de salud. Por ejemplo, en 1995 se gastó en Cajamarca 21 soles por cada persona no asegurada, y en el Callao se gastó 148 soles. Los fondos del programa Salud Básica para Todos, si bien carecen de este problema, no se concentran en los departamentos más pobres y necesitados. En el mismo ejemplo, SBT destinó 8 soles por no asegurado a Cajamarca y 10 al Callao. Si se considera que la población objetivo del MINSA no son todos los no asegurados, sino solamente los pobres, el análisis no varía.

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.

Este potencial 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 ratifica la 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.

Propuesta

Un sistema de focalización del gasto público en salud debería incluir cuatro objetivos principales. Debe (1) garantizar el acceso de los pobres y necesitados a los servicios de salud en un contexto de incremento del cobro de tarifas; (2) mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios de salud en zonas pobres; (3) mejorar la distribución de los recursos, reduciendo subsidios a sectores con capacidad de pago para trasladarlos a los pobres y necesitados y (4) incentivar el aseguramiento de los informales e independientes que tienen capacidad de pago.

Se deben tomar en cuenta en el diseño del sistema algunas consideraciones centrales. Un sistema de focalización debe (1) establecer criterios claros y sencillos para establecer quiénes deben pagar por ciertos servicios de salud, y quiénes no; (2) considerar el conjunto de servicios y costos que debe afrontar el usuario para recuperar su salud; (3) evitar costos administrativos excesivos del sistema de focalización en un contexto de grandes dificultades de obtener información fidedigna de ingresos; (4) promover la participación de la comunidad y (5) reducir los incentivos del personal de salud a comportamientos perversos con relación a la determinación de las exoneraciones.

En razón de ello, la estrategia de focalización propuesta combina varios mecanismos de focalización. Estos son (1) selección por tipo de servicios (estableciendo tarifas especiales y/o servicios gratuitos); (2) asignación geográfica del gasto; (3) selección individual mediante “proxy means test” o características socio- económicas que aproximen la capacidad de pago de las familias y (4) autoselección (mediante la existencia de alternativas de atención privada).

Este sistema de focalización no cobraría por la salud colectiva y las atenciones a niños y madres. Establecería tarifas menores en establecimientos de primer nivel y zonas rurales y incluiría dentro del subsidio, a las medicinas, exámenes, material médico e intervenciones quirúrgicas. Este sistema utilizaría una asignación geográfica de distribución de los recursos del tesoro que privilegie los departamentos más pobres y necesitados, utilizando el indicador de gasto por no asegurado.

Al usar el indicador de gasto por no asegurado, se podría realizar un ajuste paulatino a una mayor equidad asignando la totalidad de nuevos fondos a los departamentos con gastos menores al promedio, dada la dificultad en reducir gastos a algunos departamentos por restricciones sociales y políticas. Este método puede hacerse más exacto considerando los niveles de pobreza y necesidades, pero hay aún grandes diferencias simplemente para igualar el gasto unitario entre los departamentos más pobres y los demás. Para reducir los fondos públicos asignados a algunos

departamentos, puede optarse por promover un mayor cobro de tarifas en ellos. Este sistema puede replicarse al interior de los departamentos. Sin embargo, es claro que no sería aplicable a institutos especializados y hospitales regionales.

Los mecanismos de un sistema de focalización podría establecer un sistema de puntajes para la clasificación de pobres / no pobres, basado en características de la vivienda. La inclusión de mayor información para determinar quienes no son pobres y deben pagar, no mejora significativamente la precisión del método. El reducir el número de variables daría mejoras significativas en la focalización, requiriendo relativamente poca información que además difícilmente puede ser falseada por el usuario y es indicativa de niveles de pobreza estructurales y no sólo coyunturales. Por simplicidad y dificultades en obtener información, se considera mejor establecer solamente dos categorías de pago (paga / no paga) que toda una escala de pagos.

Este sistema de focalización debe evitar incentivos del personal de salud a cobrar en exceso haciendo que los fondos del Tesoro Público se reduzcan parcialmente (no totalmente) ante aumentos de los ingresos propios y normando su uso, lo que equivale a que sólo una parte de los ingresos propios reviertan a los establecimientos. Cualquier sistema a este respecto requiere de niveles de control para evitar que el personal de salud puede tener políticas de cobro orientadas por su beneficio propio. Podrían establecerse metas referenciales para los ingresos propios, en relación al nivel de gasto y el tipo de atenciones de los establecimientos.

Finalmente, un sistema de focalización debe desarrollar procedimientos para procesar “reconsideraciones” para quienes se ha denegado un pedido de exoneración, el que debe incluir la participación de miembros de la comunidad.

01. Introducción

El Perú se caracteriza por tener un extendido nivel de pobreza y una desigualdad del ingreso que se encuentra entre las más altas a escala mundial. Las últimas cifras, para 1994, indican que la mitad de la población es pobre y una quinta parte es extremadamente pobre, es decir, ni aún destinando todos sus ingresos a la compra de alimentos podrían tener una ingesta nutricional adecuada. Los servicios sociales que brinda del Estado, y en particular los de salud, deberían cumplir un rol primordial en la lucha contra esta situación.

En el corto plazo, es fundamental que toda la población pueda cubrir una necesidad básica como es el cuidado y la conservación de la salud, cumpliendo así con los derechos elementales contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La reciente Cumbre Social Mundial de Copenhague ha establecido, como el sexto de los compromisos suscritos por todos los gobiernos del mundo, “el acceso universal y equitativo a educación de calidad, el estándar más elevado posible de salud física y mental, y el acceso de todos al cuidado de la salud primaria”.

En el largo plazo, desarrollos recientes de la teoría económica, contenidos dentro de la nueva corriente de la teoría del crecimiento endógeno, han mostrado la importancia de la inversión en capital humano en el crecimiento y desarrollo de los países. Aún cuando estas teorías han puesto mayor énfasis en el rol de la educación, la inversión pública en salud también ha mostrado tener un efecto positivo (ver por ejemplo Behrman 1993).

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 ENSA 1996, GTI 1997).

Sin embargo, no siempre los servicios públicos están al alcance de quienes más los necesitan: los pobres. Diversos costos de acceso generan este problema. Entre ellos hay costos directos, tales como tasas cobradas en los hospitales o centros de salud, costos de transporte, medicinas, etc. También hay costos indirectos o de oportunidad, es decir, los ingresos dejados de percibir debido al tiempo asignado a la atención, desde el traslado al centro de salud, la espera en el establecimiento y el mismo tratamiento, de ser el caso.

Las tasas cobradas por los propios hospitales tienen en la actualidad particular importancia, debido al desfinanciamiento de fondos públicos de los hospitales ha llevado a que éstos desarrollen una política de cobros sin criterios ordenadores generales y sin una evaluación clara de los posibles efectos que ello puede tener sobre el problema de la equidad en el acceso a los servicios de salud. Investigaciones previas han mostrado que el cobro de tasas en los hospitales podía llevar a que los hogares de menores ingresos redujeran su utilización de servicios de salud (Gertler et al 1987), y alterado sobre el efecto que la crisis podía tener ese sentido (Petrera 1990).

Conocer a quienes llegan los subsidios destinados por el estado a la provisión de servicios básicos, en particular los de salud, es fundamental para poder enmarcar la política de salud dentro de una política social que efectivamente ataque a la pobreza y no se desvíe hacia otros grupos sociales menos necesitados o agrave los problemas de necesidades básicas insatisfechas que tienen los pobres. El objetivo del presente trabajo es aproximarnos a ese conocimiento a través del análisis del acceso a los diversos servicios públicos de salud y del pago que se realiza por esos servicios.

02. La Equidad y la Política de Salud: Estado de la Cuestión

En las décadas de los 60s y 70s, los estudios que se realizaron sobre los problemas de la desigualdad en la distribución del ingreso y la pobreza (Webb y Figueroa, 1975) encontraron que estos problemas eran agudos y, además, una alta concentración de los pobres en las zonas rurales, donde la presencia estatal y la existencia de servicios sociales era prácticamente inexistente. Se presumía por ello que quienes tenían menores ingresos eran al mismo tiempo quienes tenían menos acceso a servicios sociales. Esta presunción fue ratificada posteriormente en diversos estudios realizados sobre las características del acceso de los pobres a cuestiones tales como agua potable y electricidad, educación, etc (ver por ejemplo Cuánto SA 1991). Para 1994, el Banco Central de Reserva (1995) ha indicado que entre los pobres extremos apenas un 21.4% tiene desagüe por red pública o pozo séptico, porcentaje que alcanza el 55.4% para los pobres no extremos y el 75.7% para los no pobres.

Con información para 1985-86, los estudios de M. de Habich (1991) y C. Bazán (1991) para el gasto en salud mostraron que el gasto público en salud llegaba en menor proporción a los más pobres, particularmente en áreas rurales, y que se concentraba en los estratos medios de la distribución del ingreso y en áreas urbanas. A nivel nacional, la probabilidad de realizar una consulta pública dado que se estaba enfermo era del 6% en el quintil de menores ingresos, mientras que esta probabilidad ascendía a 11% para el decil 9 de la distribución del ingreso. La diferencia más marcada ocurría entre las zonas urbana y rural: esta probabilidad era de 10% en la zona urbana y de 6% en la zona rural. Debido a ello, el impacto redistributivo de este gasto social resultaba bastante reducido, reduciendo la desigualdad en apenas 0.6%.

En el caso del seguro de salud proporcionado por el IPSS, Bazán (1991) establece que este tendría un efecto distributivo debido a que, a pesar de que el gasto no es redistributivo, las contribuciones si lo serían, generando un efecto total positivo sobre la distribución de ingresos. Sin embargo, este análisis parte de suponer que la contribución al IPSS es pagada íntegramente por el trabajador, lo que sólo sería cierto en el caso que la demanda de trabajo fuera completamente elástica o la oferta inelástica (ver Selowsky 1979), lo que probablemente no sea un caso general en el Perú. También se ha mostrado que el seguro de salud tiene un comportamiento pro-cíclico, de tal manera que otorga un menor nivel de protección cuando las condiciones de los trabajadores son más difíciles (Petrera 1990).

Un resultado similar al obtenido para el gasto en salud fue obtenido por J. Rodríguez (1992) respecto del gasto público en educación para igual período. En el caso de la educación, el gasto público en la educación universitaria resultaba particularmente sesgado hacia los estratos medios-altos, pero incluso para la primaria y secundaria se verificaba un menor acceso de los más pobres.

Tales comprobaciones ratificaban un pensamiento pesimista respecto al rol del gasto público y los servicios sociales provistos por el estado para mejorar la distribución del ingreso y las condiciones de vida de los más pobres de latinoamérica, que tenían especialistas de organismos internacionales tales como V. Tanzi (1977) y M. Selowsky (1979).

El Banco Mundial, por ejemplo, indica que “el gasto adicional en servicios sociales en general no ayudará automáticamente a los pobres” (Informe Mundial sobre la Pobreza 1990, pág 90). Desde este

punto de vista, la política social efectiva no sería fundamentalmente aumentar el gasto social sino dirigirlo adecuadamente, por lo cual no habría conflicto en este terreno entre políticas de ajuste—que llaman a reducir el gasto público— y políticas de lucha contra la pobreza.

La visión pesimista respecto del acceso de los pobres a los servicios públicos ha llevado al desarrollo de una fuerte tendencia, a nivel internacional, a poner más énfasis en la 'focalización' del gasto social. Por focalización se entiende la acción destinada a orientar los programas sociales hacia los más pobres, restringiendo el acceso de los no-pobres o haciendo que ellos paguen el costo de los mismos. Ello puede apreciarse, por ejemplo, en el documento del Banco Mundial para orientar sus políticas en relación con la pobreza (Banco Mundial, 1992).

Esta visión pesimista también ha dado lugar a propuestas destinadas a realizar cobros por los servicios públicos. Dado que quienes acceden a estos servicios no son los más pobres, habría espacio para cierta recuperación de costos (De Habich 1991). También se han realizado análisis que muestran que, para la educación básica, los más pobres estarían dispuestos a pagar por hacer que les construyan escuelas más cerca a sus casas (Gertler y Glewwe 1992). Para los servicios de salud, sin embargo, Gertler et al (1987) mostraron para el Perú que dicha política tendría un efecto negativo sobre las posibilidades de acceso de los más pobres a dichos servicios, y por lo tanto efectos negativos sobre la equidad.

Tales puntos de vista, sin embargo, no han permanecido a salvo del debate. Por un lado, las investigaciones realizadas en torno a las consecuencias sociales del ajuste han enfatizado la disminución registrada por el gasto público social, considerando que tendría un efecto importante sobre los pobres (véase, por ejemplo, para la expresión de este punto de vista a nivel internacional, Cornia et al 1987, y para el Perú, Figueroa 1996). Esta evaluación de los efectos del ajuste implícitamente considera que el gasto social sí había tenido un efecto importante sobre los pobres y la distribución del ingreso, por lo que su recorte también lo tendría.

Desde un punto de vista más conceptual, organismos defensores de los derechos humanos han impugnado las propuestas de focalización bajo la consideración de que generan una suerte de discriminación y otorgan el servicio como una 'ayuda' antes que como el reconocimiento de un derecho (Naciones Unidas 1992; APRODEH-CEDAL, 1995).

En el Perú, estos diferentes puntos de vista se tienen que contrastar además con una realidad que ha cambiado en forma acelerada en los últimos años. Las décadas de desarrollo del 50 al 70 han tenido consecuencias sociales que se han prolongado durante toda la década de los 80, cuando un estado, a pesar de que ya mostraba claros síntomas de crisis, siguió aumentando la cobertura de sus servicios sociales básicos, aunque en desmedro de su calidad. Adicionalmente, la crisis económica, la política de ajuste y la violencia, han modificado la forma en que vivimos los peruanos. Como producto de estos cambios, lo que era válido una década atrás—los estudios nacionales a los que hemos hecho referencia se basan todos en datos de 1985—ya no es necesariamente cierto en la actualidad.

Un estudio realizado respecto del acceso a la educación para 1991, año de aguda crisis económica, mostró que efectivamente se habían registrado cambios importantes respecto de lo encontrado para 1985-86 (Francke, 1994). A diferencia de los años anteriores, los más pobres asistían a la educación casi tanto como los estratos medios y altos, particularmente en la primaria y secundaria. Al mismo tiempo, los problemas de calidad de la educación pública habían llevado a que en ésta se concentraran más los grupos pobres, mientras que los estratos medios y altos habían aumentado su asistencia a centros privados. Debido a ello, el gasto público se concentraba en los pobres (57% en los dos primeros quintiles).

Los cambios en la última década que favorecen un mayor acceso a los servicios de salud a nivel general y en particular entre los pobres son la construcción de infraestructura de centros y puestos de salud y de redes sanitarias (las viviendas con agua dentro de la vivienda han aumentado de 38% a 43.1% entre 1981 y 1993), los mayores niveles de urbanización (70,1% en 1993 frente a 65.2% en 1981), los mayores niveles de comunicación entre la ciudad y el campo mediante los medios masivos (71.3% de hogares tiene radio en 1993 frente a 64.8% en 1981), los mayores niveles de educación de las madres, padres e hijos (el analfabetismo se ha reducido de 18.1% en 1981 a 12.8% en 1993), y las campañas de educación en salud respecto a temas tales como las vacunaciones, la introducción de la tecnología de rehidratación oral, los cuidados frente a determinadas epidemias como el cólera y la planificación familiar.

Simultáneamente, hay otros cambios que van en desmedro del acceso a los servicios de salud y de su calidad (ver al respecto Petrerá 1992). Entre otros factores, tenemos la reducción del presupuesto público en salud, el agravamiento de los problemas de pobreza que eleva el costo relativo de los servicios de salud, el cobro de servicios en los establecimientos de salud, el encarecimiento de las medicinas, la destrucción de puestos de salud y la dificultad de transporte en algunas zonas por efecto del terrorismo.

03. Evaluación del Carácter Redistributivo de los Gastos de Salud Entre Departamentos

3.1 Introducción

El presente capítulo presenta la metodología y resultados de la evaluación de la distribución entre los distintos departamentos del país de los gastos del Ministerio de Salud financiados por el Tesoro Público durante 1995. Dado que desde 1994 se introdujo un programa especial del MINSA llamado “Salud Básica para Todos” uno de cuyos objetivos es precisamente aumentar la equidad del gasto en salud, este programa se analiza separadamente.

Existe evidencia previa para el Perú en el sentido que hay fuertes variaciones en los gastos entre departamentos (ANSSA 1986). Aunque parte de esto puede deberse, en el caso de salud, a diferente composición del tipo de atenciones—por ejemplo, a que en Lima hay mayor proporción de internamientos que son más caros—probablemente existe adicionalmente un diferencial entre regiones incluso para el mismo tipo de atenciones.

3.2 Metodología

El presente trabajo busca aproximarse al problema señalado mediante un análisis de la distribución del gasto público en salud entre las distintas regiones del país. Para realizar este análisis, hemos utilizado dos indicadores básicos. El primero es el gasto por no asegurado. Esta variable refleja la cantidad gastada por el Ministerio de Salud, en cada una de las personas que se supone conforman la población objetivo. Como se puede apreciar, ello indica que estamos suponiendo:

- ▲ que los asegurados no forman parte de la población objetivo, por tener un mecanismo alternativo de mejor calidad de atención en salud,
- ▲ que toda la población demanda los mismos gastos, lo que debe contrapesarse con las diferentes estructuras étareas existentes—las demandas de niños, mujeres y ancianos son mayores—y con los diferentes perfiles epidemiológicos existentes—los costos de tratamiento de una tuberculosis son mayores a los de otras enfermedades.

El segundo indicador utilizado busca resolver los problemas generados por los supuestos de considerar a toda la población por igual dentro del cálculo del gasto per cápita. Dada la dificultad de considerar estos aspectos, dadas las múltiples variables a considerar y las dificultades de información existentes, se ha optado por construir un indicador que busca resumir estas variables, y que hemos llamado “Índice de Necesidades de Salud” (ver Cuadro 3.1). Este índice ha sido calculado considerando las siguientes variables:

1. Tasa de mortalidad infantil.
2. Tasa de desnutrición crónica entre los niños de 6 a 9 años del 1er. grado de primaria.
3. Porcentaje de hogares sin desagüe.
4. Porcentaje de mujeres mayores de 15 años analfabetas.
5. Porcentaje de mujeres de 30 a 49 años con 4 o más hijos.
6. Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

La tasa de mortalidad infantil se consideró por ser una variable directamente relacionada al estado de salud de una población que es prioridad, como son los niños.

La tasa de desnutrición crónica refleja el problema de salud más grave de los niños, dado que cerca de la mitad de los niños del país tienen esta deficiencia. Además, es reconocido que la desnutrición crónica eleva sustancialmente el riesgo de morbi-mortalidad.

Los hogares sin desagüe son hogares que tienen un mayor riesgo de contagio por razones de salubridad.

La educación de la madre es comprobadamente un factor de primera importancia en el estado de salud del niño y del hogar, debido a que influye en las prácticas de higiene, de alimentación y de cuidado de la salud en general. La tasa de analfabetismo femenino refleja una carencia aguda al respecto y refleja los niveles educativos de las madres.

- ▲ La variable de mujeres con 4 o más hijos refleja dos problemas de salud: insuficiente acceso a programas de planificación familiar, y un mayor riesgo de morbi-mortalidad de los niños.

El índice de necesidades básicas insatisfechas es un índice resumen de la situación de carencias de la población, que se asocia estrechamente tanto al estado de salud de la población como a las posibilidades de acceso a servicios privados de salud. Las necesidades básicas insatisfechas consideradas son las siguientes:

- ▲ inasistencia escolar de menores.
- ▲ viviendas con características físicas inadecuadas.
- ▲ hacinamiento.
- ▲ viviendas sin desagüe.
- ▲ elevada tasa de dependencia económica.

Como se puede observar, el índice así construido busca representar una síntesis de los problemas de ingresos y de salud de la población; en otras palabras, considerar tanto las dificultades de pago como las mayores necesidades debidas a la mayor morbi-mortalidad.

En el Cuadro 3.1 se pueden ver los datos que sirven de base para el cálculo del Índice de Necesidades de Salud; se observa ahí que entre los departamentos las diferencias son bastante consistentes entre todos los indicadores utilizados; por ejemplo, tomando nuevamente el ejemplo de Huancavelica y Callao, la relación entre sus tasas de mortalidad infantil es de 4,5 a 1, similar a las diferencias en el INS.

Por otro lado, existen propuestas de política que señalan que no todos los no asegurados deberían conformar la población objetivo, debiendo excluirse a quienes tienen capacidad de pago y considerarse dentro del subsidio público solamente a los pobres. Este problema se trata de la siguiente manera: en una primera parte se realizan los cálculos para toda la población no asegurada; posteriormente se incluye el criterio de considerar como población objetivo solamente a los no asegurados pobres.

Es interesante anotar que existe una fuerte correlación entre el porcentaje de la población que está asegurada y el nivel de desarrollo—medido por los índices de necesidades básicas insatisfechas o de salud—de los departamentos. En efecto, la correlación entre el porcentaje de la población asegurado y estos índices es de 0,84 y 0,87 respectivamente.

3.3 Resultados y análisis

Los datos de base se muestran en el Cuadro 3.2, con los departamentos ordenados según su Índice de Necesidades de Salud. Las primeras columnas del cuadro contienen los datos de gasto para 1995 (para los demás años y datos per cápita y reales puede verse el Anexo Estadístico 2). El gasto total de las subregiones de salud por el pliego regional financiado por el Tesoro Público¹ y Salud Básica se calcula en S/. 991 millones para 1995, habiendo otros 365 millones de gasto que corresponden a otros programas, la sede central del Ministerio, los organismos públicos descentralizados. Cabe señalar que en este conjunto se incluyen los programas de atención especializada de la salud, ejecutados por hospitales de Lima (Neoplásicas, Instituto de salud mental, etc) que se ha asumido que atienden a todo el país. Sin embargo, probablemente la mayor parte de sus atenciones se concentra en la población limeña, por lo que la concentración del gasto en la metrópoli sería mayor a la que hemos calculado.

¹De esta manera identificamos al gasto departamental en salud financiado por el Tesoro Público; alternativamente hablaremos de presupuestos.

Cuadro 3.1. Necesidades de Salud: Indicadores e Índice Resumen

	Mujeres con más de 4 hijos	Tasa de Mortalidad Infantil	Desnutrición crónica	Analfabetismo femenino	Población sin desagüe	Necesidades Básicas Insatisfechas					Índice de Necesidades de Salud	INS con peso 2 a TMI
						Una necesidad	Dos necesidades	Tres necesidades	4 o más necesidades	Índice Resumen		
HUANCAVELICA	35.0	106.6	71.9	47.7	87.5	41.2	30.8	15.0	5.2	33.7	63.7	69.9
APURIMAC	34.7	85.4	68.6	51.5	70.2	35.3	28.1	15.2	4.6	31.1	56.9	61.0
AYACUCHO	31.3	84.8	64.2	45.8	71.8	32.5	26.9	16.5	7.5	33.2	55.2	59.4
CUSCO	28.4	91.8	60.0	36.4	65.3	35.3	24.3	12.0	4.3	27.4	51.6	57.3
HUANUCO	29.0	71.1	62.2	34.6	62.9	31.2	26.2	15.7	5.9	30.9	48.4	51.7
PUNO	28.4	89.9	53.6	32.9	59.0	39.8	22.9	8.4	2.4	24.1	48.0	54.0
CAJAMARCA	28.7	62.4	65.5	39.0	53.7	27.4	26.2	17.9	7.5	32.7	47.0	49.2
PASCO	28.5	65.6	57.4	22.8	70.4	36.6	27.9	13.2	3.5	29.2	45.7	48.5
AMAZONAS	30.6	67.7	64.1	29.4	45.4	26.5	25.9	17.5	8.1	32.6	45.0	48.2
LORETO	28.8	72.3	59.7	14.9	49.0	25.9	29.0	17.4	6.3	32.3	42.8	47.0
PIURA	26.0	65.7	49.9	21.2	50.7	29.2	23.0	12.4	5.7	27.0	40.1	43.7
JUNIN	25.6	63.0	58.5	20.2	47.7	36.7	19.0	7.8	2.5	21.6	39.4	42.8
ANCASH	26.4	57.3	54.3	29.9	46.0	34.3	19.6	8.2	2.0	21.2	39.2	41.8
UCAYALI	27.9	69.1	52.3	12.6	39.5	29.4	26.0	13.9	4.0	27.8	38.2	42.6
MADRE DE DIOS	25.1	62.8	53.6	12.9	41.3	31.4	29.4	13.6	2.3	28.0	37.3	40.9
SAN MARTIN	26.4	56.5	52.0	18.5	35.7	25.1	24.4	15.6	6.8	29.6	36.4	39.3
LA LIBERTAD	21.2	45.5	47.5	18.4	33.6	28.6	13.6	6.4	2.1	16.7	30.5	32.6
LAMBAYEQUE	21.6	49.0	39.8	14.6	25.0	29.6	12.8	4.6	1.5	15.0	27.5	30.6
TUMBES	23.3	52.2	27.4	8.0	28.8	30.8	20.3	8.2	2.3	21.0	26.8	30.4
MOQUEGUA	19.0	41.9	23.7	13.9	31.9	27.6	14.2	5.2	0.9	15.0	24.2	26.8
AREQUIPA	17.7	44.8	30.2	11.6	22.0	24.8	12.2	4.8	1.5	13.9	23.4	26.4
ICA	20.7	39.1	29.1	8.0	26.5	29.0	11.3	3.3	0.8	12.9	22.7	25.1
TACNA	16.6	40.3	18.1	11.2	19.5	24.7	9.8	3.4	0.8	11.5	19.5	22.5
LIMA	14.6	26.4	23.6	6.2	13.0	22.7	8.6	2.8	0.5	10.1	15.6	17.2
CALLAO	14.4	22.9	19.7	4.4	11.8	21.9	8.7	2.3	0.4	9.6	13.8	15.1

El gasto del programa Salud Básica para Todos en 1995 corresponde al 23 por ciento del gasto de las subregiones de salud. En términos per capita, el gasto total asciende a casi 51 soles por no asegurado, de los cuales 41 corresponden a los presupuestos subregionales y 11 a SBT.

A continuación, el cuadro 3.2 muestra el Índice de Necesidades de Salud, pudiéndose observar que existen diferencias sustanciales entre departamentos; entre el departamento con mayores necesidades—Huancavelica—y el que tiene menores necesidades—Callao—la relación entre los índices es de 4 a 1.

Dividiendo el gasto total entre la población no asegurada, se obtiene el gasto por no asegurado. Para 1995, éste era del orden de 57 soles por no asegurado en promedio en los departamentos (a nivel nacional, es de 78 soles). Existen también diferencias muy grandes en el gasto por no asegurado entre departamentos: llega a un máximo de 148 en el Callao y un nivel similar en Madre de Dios, mientras que el mínimo está en Cajamarca con apenas 25 soles por no asegurado. Es decir, la diferencia es de 6 a 1.

El análisis de la distribución regional de estos gastos se ha hecho utilizando gráficos, curvas de Lorenz generalizadas y estadísticos.

3.3.1 Gráfico de Índice de Necesidades Básicas de Salud y Gasto por persona no asegurada

El gráfico 3.1 muestra que el gasto por persona no asegurada para los años 1992 a 1995 y el Índice de Necesidades de Salud. Como se puede observar, existe una relación inversa entre ambas variables, aumentando el gasto por no asegurado fuertemente en los 5 o 6 departamentos con menores necesidades de salud, pero esta relación es débil dado que existen importantes fluctuaciones en el gasto per capita no correlacionadas con el INS, en departamentos de poca población como Pasco y Madre de Dios, o con alta cobertura de la seguridad social para su desarrollo relativo, como Pasco, Tacna y Moquegua.

El gráfico 3.2 muestra que el gasto de Salud Básica para Todos, el programa del Ministerio de Salud especialmente creado para promover la equidad en el acceso, no muestra una relación muy clara con el Índice de Necesidades de Salud. A pesar de la evidencia de que el gasto por departamentos estaba mal distribuido, este programa no parece estar claramente orientado a superar ese problema.

Gráfico 3.1. Gasto Total en Salud y Necesidades de Salud (en soles corrientes)

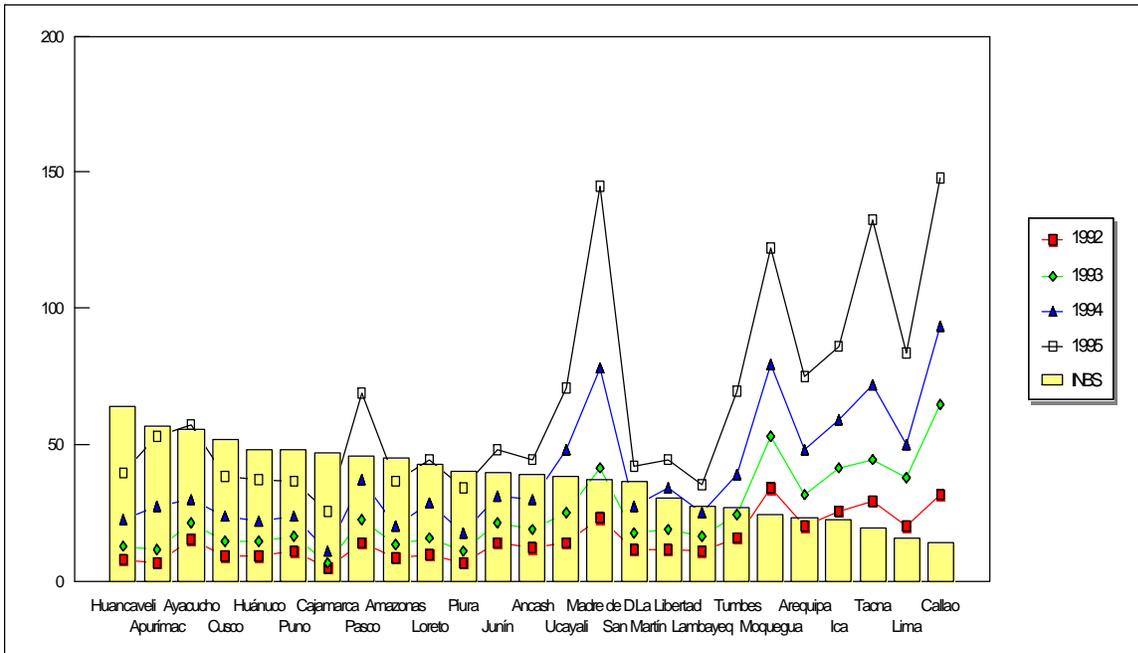
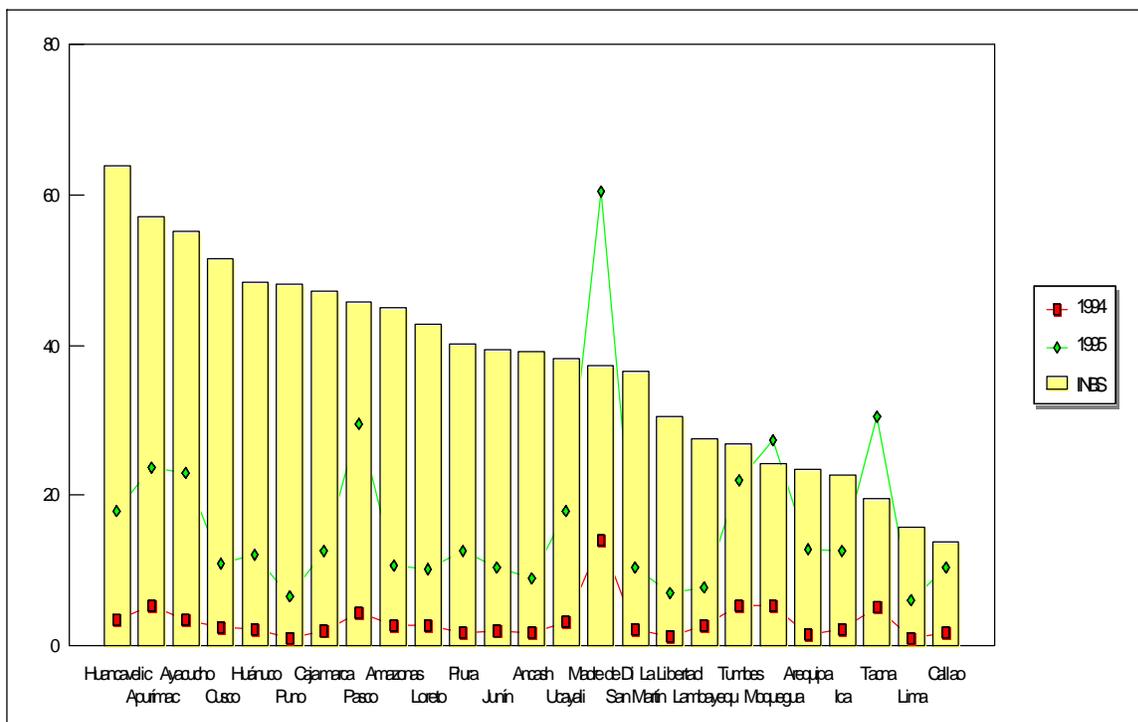


Gráfico 3.2. Gasto de Salud Básica para Todos y Necesidades de Salud (en soles corrientes)



Cuadro 3.2. Indicadores del Gasto en Salud en 1995 por Departamentos

	Gasto público en salud			Indice de Necesidades de Salud	Porcentaje de población asegurada	Población no asegurada (miles)	Gasto total por no asegurada (S/.)	Distribución	
	Presupuesto Regional (S/.miles)	Salud Básica para Todos	Total (S/.miles)					Población no asegurada	Gasto Total
Huancavelica	7,784	6,458	14,242	64	11.7	359	40	2.1	1.4
Apurímac	10,669	8,710	19,379	57	8.8	367	53	2.1	2.0
Ayacucho	15,703	10,578	26,281	55	11.9	459	57	2.7	2.7
Cusco	24,945	9,832	34,777	52	16.9	902	39	5.2	3.5
Huánuco	15,160	7,497	22,657	48	11.0	614	37	3.5	2.3
Puno	29,549	6,361	35,910	48	12.8	979	37	5.7	3.6
Cajamarca	15,467	15,634	31,101	47	6.6	1,233	25	7.1	3.1
Pasco	6,797	5,099	11,896	46	28.9	173	69	1.0	1.2
Amazonas	8,241	3,382	11,623	45	11.8	318	37	1.8	1.2
Loreto	21,666	6,442	28,108	43	16.0	629	45	3.6	2.8
Piura	23,661	13,925	37,586	40	22.9	1,106	34	6.4	3.8
Junín	33,586	9,285	42,871	39	20.4	885	48	5.1	4.3
Ancash	29,210	7,541	36,751	39	17.1	829	44	4.8	3.7
Ucayali	14,362	4,871	19,233	38	19.7	271	71	1.6	1.9
Madre de Dios	5,079	3,633	8,711	37	15.3	60	145	0.3	0.9
San Martín	16,210	5,434	21,644	36	11.0	518	42	3.0	2.2
La Libertad	37,954	7,197	45,151	30	22.5	1,014	45	5.9	4.6
Lambayeque	18,534	5,105	23,639	28	31.2	665	36	3.8	2.4
Tumbes	5,635	2,619	8,255	27	26.3	119	69	0.7	0.8
Moquegua	8,344	2,413	10,756	24	33.4	88	122	0.5	1.1
Arequipa	36,360	7,542	43,902	23	38.7	585	75	3.4	4.4

	Gasto público en salud			Indice de Necesidades de Salud	Porcentaje de población asegurada	Población no asegurada (miles)	Gasto total por no asegurada (S/.)	Distribución	
	Presupuesto Regional (S/.miles)	Salud Básica para Todos	Total (S/.miles)					Población no asegurada	Gasto Total
Ica	26,794	4,633	31,427	23	37.9	365	86	2.1	3.2
Tacna	16,178	4,822	21,000	20	30.3	159	132	0.9	2.1
Lima	332,054	26,121	358,175	16	34.9	4,291	83	24.8	36.1
Callao	43,188	3,304	46,491	14	52.2	315	148	1.8	4.7
SUBTOTAL	803,130	188,436	991,567	0		17,305	57	100.0	100.0
Programas*	228,846		40,410						
Resto	253,290		253,290						
OPD	71,926		71,926						
SUBTOTAL	554,063		365,626						
TOTAL	1,357,193	188,436	1,357,193	34		17,305	78		

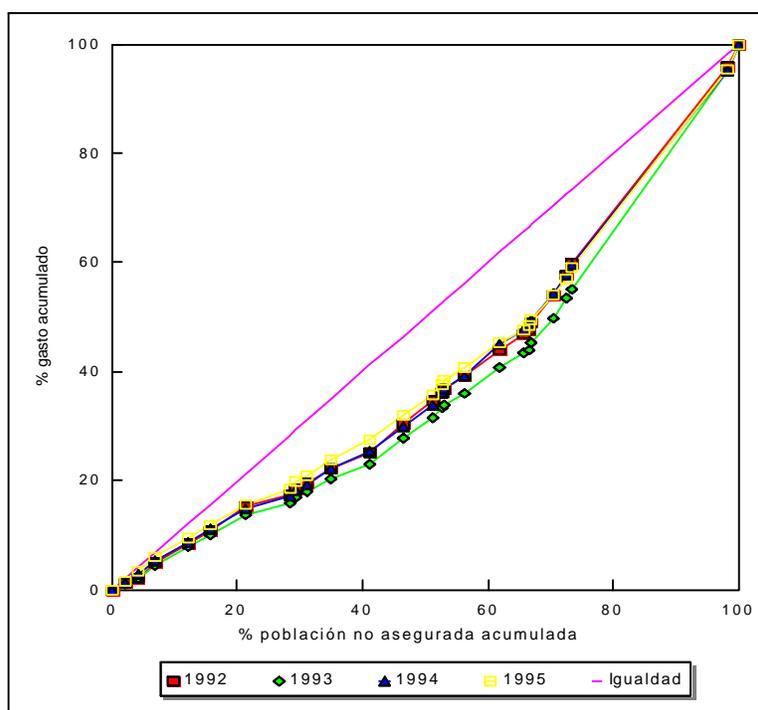
*Para el total, sólo incluye Salud Básica para Todos en la parte no distribuida por departamentos.

3.3.2 Curvas de Lorenz generalizadas

Las curvas de Lorenz generalizadas son curvas que muestran que porcentaje del gasto en salud se acumula en el x por ciento de la población con más necesidades de salud. Por ejemplo, se encuentra que en los 8 departamentos con mayores necesidades de salud (Huancavelica, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huánuco, Puno, Cajamarca, y Pasco) se encuentra casi el 30 por ciento de la población no asegurada, pero reciben solamente el 20 por ciento del gasto público en salud. La curva de Lorenz generalizada muestra, para cada nivel de población acumulada, el gasto en salud que se destina a ella. La línea diagonal es la línea de la igualdad, que representa el caso en el cual todos los departamentos reciben el mismo gasto por no asegurado.

El gráfico 3.3 muestra esta curva para el gasto público total en salud entre 1992 y 1995. Se puede apreciar que para todos los años, los departamentos con mayores necesidades de salud reciben una proporción del gasto menor que la que representa su población no asegurada. En otras palabras, reciben un gasto por no asegurado menor al promedio. Al mismo tiempo, Lima y Callao tienen una proporción del gasto muy superior a la que representa su población no asegurada, y sesgan la curva hacia abajo. El hecho que la curva se encuentre en el triángulo inferior derecho es indicativo de un gasto redistributivamente regresivo, es decir, que se concentra más en los más ricos (menos necesitados).

Gráfico 3.3. Distribución del Gasto Público Total en Salud



No se aprecian grandes cambios entre los diversos años. A pesar de la introducción del programa de Salud Básica para Todos, no hay grandes cambios globales en la distribución departamental del gasto público en salud. Las curvas son muy similares entre 1992, 1994 y 1995.

El Programa Salud Básica para Todos un efecto redistributivo: mientras los 8 departamentos más necesitados reciben sólo el 16 por ciento del gasto de los presupuestos regionales, reciben el 37 por ciento del gasto de Salud Básica para Todos. A pesar de ello, la menor importancia de este último hace que en la suma, estos departamentos, que deberían ser relativamente más favorecidos—dada su mayor pobreza y necesidad en salud—son relativamente desfavorecidos. Ello se aprecia en la forma de la curva de Lorenz, que se encuentra en el triángulo superior izquierdo (ver gráfico 3.4). Sin embargo, el hecho que la curva no está muy lejos de la línea de equidad, indica que la preferencia por los más necesitados no es muy marcada.

La distribución de los presupuestos regionales muestra un empeoramiento entre 1992 y 1995, aunque mejora de 1993 a 1994 (ver gráfico 3.5). Es este empeoramiento el que contrarresta los gastos del programa Salud Básica para Todos en 1994 y 1995, y hace que la distribución de los gastos totales sean similares entre 1992 y 1995. Los esfuerzos del programa especialmente creado para promover la equidad se ven eliminados por una distribución de los presupuestos regionales, realizada por el Ministerio de Economía, que agrava la situación.

Gráfico 3.4. Distribución del Gasto de Salud Básica para Todos

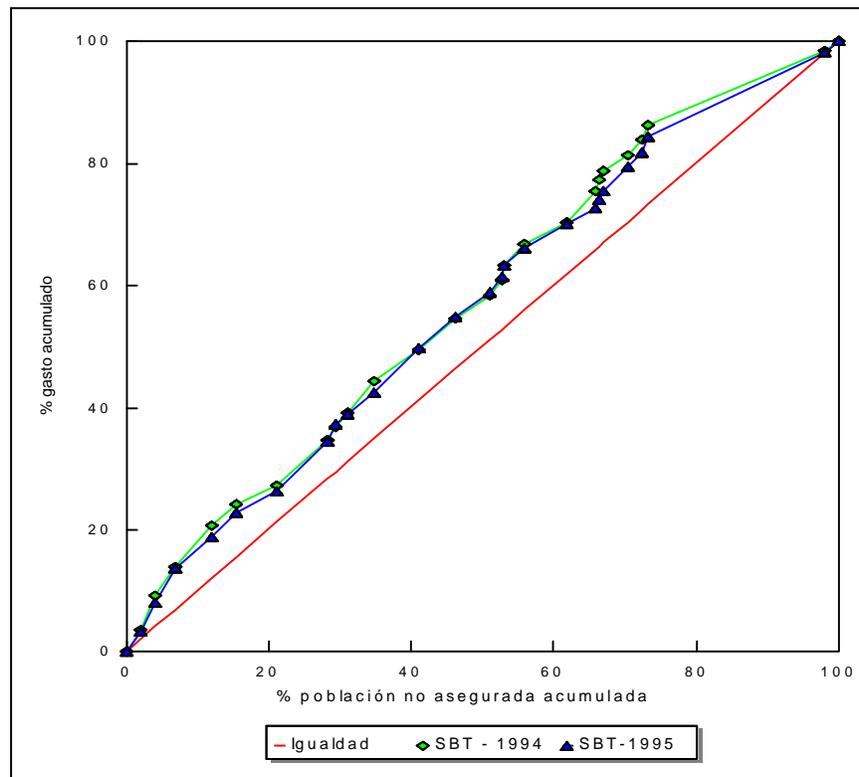
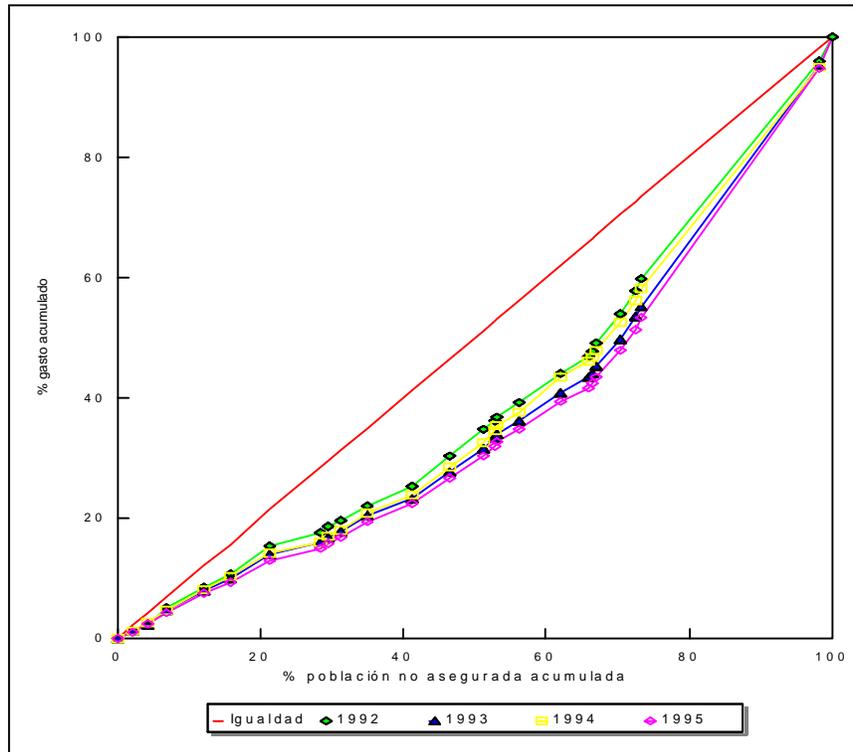


Gráfico 3.5. Distribución de los Presupuestos Regionales



3.3.3 Coeficiente de Correlación simple y pseudo-Ginis

Para obtener medidas estadísticas resumidas de la distribución de los gastos de salud por departamentos se ha recurrido a los coeficientes de correlación y a los pseudo-Ginis.

Los coeficientes de correlación indican qué tan estrecha es la relación entre dos variables. Como se puede observar en el cuadro 3.3, estas medidas de correlación son negativas, fuertes y estadísticamente significativas entre el Índice de necesidades de salud y el gasto por no asegurado. Es decir, a mayor las necesidades de salud, menor el gasto por no asegurado. Ello revela la profunda desviación existente en la distribución de los recursos respecto de los criterios de equidad, dado que los que menos necesitan reciben más.

En relación al Programa Salud Básica para Todos, se encuentra una correlación positiva pero baja y estadísticamente no significativa con el índice de necesidades de salud, lo que revela lo errático de su carácter redistributivo.

Los pseudo-Ginis o coeficientes de concentración son una medida resumida que se obtienen a partir de las curvas de Lorenz generalizada. Estos coeficientes son análogos al coeficiente de Gini que mide la desigualdad de los ingresos.

Cuadro 3.3 Medidas Resumen de Distribución Regional del Gasto en Salud

	Coefficiente de Correlación con INBS	Estadístico t del coeficiente de correlación	Seudo - Gini respecto de orden por INBS
<u>Presupuestos Regionales</u>			
1992	(0.74)	(5.3)	0.21
1993	(0.75)	(5.5)	0.25
1994	(0.73)	(5.2)	0.23
1995	(0.76)	(5.4)	0.27
<u>Salud Básica para Todos</u>			
1994	0.05	0.23	(0.15)
1995	0.05	0.25	(0.13)
<u>Total</u>			
1992	(0.74)	(5.3)	0.21
1993	(0.75)	(5.5)	0.25
1994	(0.69)	(4.5)	0.21
1995	(0.62)	(3.8)	0.19

En términos gráficos, los seudo-Ginis o coeficientes de concentración se calculan como el área que se encuentra entre la línea de la igualdad y la curva de Lorenz generalizada.² Si la curva de Lorenz generalizada está por encima de la línea de la igualdad, el coeficiente de concentración es negativo, lo que indica una progresividad absoluta.

Los coeficientes de concentración calculados del gasto de Salud Básica para Todos sobre la población no asegurada son de -0.15 para 1994 y de -0.13 para 1995, indicando la mencionada progresividad absoluta de SBT.

Por su parte, los gastos y presupuestos subregionales de salud muestran coeficientes de concentración positivos, de entre 0.21 y 0.27, crecientes a lo largo del tiempo, lo que ratifica su regresividad y el hecho que ésta ha ido aumentando con el tiempo. El gasto total, equivalente a la suma de los gastos subregionales de salud y las remesas de Salud Básica muestran un coeficiente de concentración de 0.19 a 0.25, aún regresivo aunque en una proporción menor a la de los presupuestos subregionales, y contrarrestando la mayor regresividad de éstos

² Normalizando el área bajo la línea de la igualdad 1.

3.4 Análisis considerando solamente a los pobres

Se ha realizado un análisis considerando no a toda la población, sino solamente a los no asegurados pobres. Bajo este enfoque, la pobreza sería el elemento determinante para la asignación de los recursos públicos en salud. La equidad consistiría en asignarle la misma cantidad de fondos a cada no asegurado pobre, y la pobreza es la variable que determina el orden de necesidad de fondos de los departamentos. La justificación radicaría en que los principales gastos de salud se refieren a atenciones individuales no meritorias, que sólo deberían entregarse en forma gratuita a los pobres. La evaluación de la pobreza se ha realizado considerando como pobres al 60% de menor ingreso de la población, una justificación para ello puede encontrarse en el capítulo VIII.

Los datos básicos se muestran en el cuadro 3.4, donde se puede apreciar que existe una relación bastante estrecha entre el índice de necesidades de salud y el porcentaje de pobreza (de los no asegurados). Algunas excepciones parecen ser Puno – donde el porcentaje de pobres es muy elevado mientras el INBS no lo es tanto – y Cusco –donde sucede lo inverso, alto INBS y relativamente bajo nivel de pobreza-. Se puede observar también que los niveles de pobreza entre los no asegurados son muy elevados, estando en 4 departamentos encima del 90%, y en otros 10 encima del 80%. El INBS parece ser más variable, mientras que el porcentaje de pobres se mantiene muy alto en tres cuartas partes de los departamentos. El coeficiente de correlación entre ambas variables es de 0,84.

Los cálculos de gasto por cada no asegurado pobre se muestran en el cuadro 3.5. Se puede observar que se mantienen diferencias enormes, incluso mayores a las encontradas por el cálculo que no considera solamente a los pobres, dado que el porcentaje de pobres es menor en los departamentos con menores necesidades y mayor gasto en salud. El gasto por no asegurado pobre promedio se eleva a 83 soles (sin considerar los gastos no departamentales). Pero las diferencias van de 28 soles en Cajamarca a más de 400 soles en el Callao. Bajo este análisis, se abren diferencias entre Madre de Dios y Callao, que tenían gastos por no asegurados muy similares pero cuyos gastos por no asegurado pobre son muy disímiles. En general, se observa una mucha mayor concentración relativa del gasto en Lima y Callao: éstos tienen más del 25% de la población no asegurada, pero solamente el 14% de la población no asegurada pobre. Los 5 millones de no asegurados pobres de los departamentos más pobres reciben 200 millones de gasto público en salud, mientras que los 5 millones de pobres que viven en los departamentos más desarrollados reciben 465 millones de soles.

Un resumen comparativo de las medidas de distribución se presenta en el cuadro 3.6. Como se puede observar con mayor claridad con los indicadores resumen, el análisis considerando la situación de pobreza de los departamentos muestra una inequidad en la distribución regional del gasto aún mayor que en el análisis por INBS. Por ejemplo, el pseudo-Gini para los presupuestos regionales se hace más desigual, pasando de un 0,27 en promedio a un 0,44. Los gastos de Salud Básica para Todos dejan de ser absolutamente redistributivos, pasando a serlo sólo relativamente.

Los gráficos 3.6, 7 y 8 muestran las curvas de Lorenz generalizadas para los presupuestos regionales los gastos de Salud Básica para todos, y el total de gastos por departamentos. Se observa que las curvas relativas a los gastos totales y los presupuestos regionales son más ‘abombadas’, y que la referida a Salud Básica para todos pasa a estar encima de la línea de igualdad, lo que revela mayor inequidad.

Cuadro 3.4 Indicadores del Gasto en Salud en 1995 por Departamentos según Pobreza

	Gasto público en salud			Índice de Necesidades de Salud	Porcentaje de los asegurados en pobreza	Porcentaje de la población asegurada	Población no asegurada (miles)	Gasto total por no asegurado pobre (S/.)	Distribución	
	Presupuesto Regional (S/. miles)	Salud Básica para Todos (S/. miles)	Total (S/. miles)						Población no asegurada (%)	Gasto Total (%)
Huancavelica	7,784	6,458	14,242	64	95%	11.7	359	42	2.8	1.4
Puno	29,549	6,361	35,910	48	93%	8.8	979	39	7.6	3.6
Apurímac	10,669	8,710	19,379	57	91%	11.9	367	58	2.8	2.0
Ayacucho	15,703	10,578	26,281	55	90%	16.9	459	64	3.4	2.7
Amazonas	8,241	3,382	11,623	45	89%	11.0	318	41	2.4	1.2
Cajamarca	15,467	15,634	31,101	47	89%	12.8	1,233	28	9.1	3.1
Pasco	6,797	5,099	11,896	46	88%	6.6	173	78	1.3	1.2
Huánuco	15,160	7,497	22,657	48	87%	28.9	614	42	4.5	2.3
Loreto	21,666	6,442	28,108	43	83%	11.8	629	54	4.3	2.8
San Martín	16,210	5,434	21,644	36	83%	16.0	518	51	3.6	2.2
Piura	23,661	13,925	37,586	40	81%	22.9	1,106	42	7.5	3.8
Ucayali	14,362	4,871	19,233	38	81%	20.4	271	88	1.8	1.9
Lambayeque	18,534	5,105	23,639	28	80%	17.1	665	44	4.4	2.4
Cusco	24,945	9,832	34,777	52	80%	19.7	902	48	6.0	3.5
Ancash	29,210	7,541	36,751	39	78%	15.3	829	57	5.4	3.7
Junín	33,586	9,285	42,871	39	77%	11.0	885	63	5.7	4.3
Tumbes	5,635	2,619	8,255	27	76%	22.5	119	91	0.8	0.8
La Libertad	37,954	7,197	45,151	30	71%	31.2	1,014	62	6.0	4.6
Moquegua	8,344	2,413	10,756	24	68%	26.3	88	179	0.5	1.1
Arequipa	36,360	7,542	43,902	23	64%	33.4	585	117	3.1	4.4
Ica	26,794	4,633	31,427	23	64%	38.7	365	135	1.9	3.2
Tacna	16,178	4,822	21,000	20	55%	37.9	159	240	0.7	2.1
Madre de Dios	5,079	3,633	8,711	37	54%	30.3	60	269	0.3	0.9
Lima	332,054	26,121	358,175	16	37%	34.9	4,291	226	13.2	36.1
Callao	43,188	3,304	46,491	14	34%	52.2	315	435	0.9	4.7
SUBTOTAL	803,130	188,436	991,567	0			17,305	83	100.0	100.0
Programas*	228,846		40,410							
Resto	253,290		253,290							
OPD	71,926		71,926							
SUBTOTAL	554,063		365,626							
TOTAL	1,357,193	188,436	1,357,193	34			17,305	113		

* Para el total, sólo incluye Salud Básica para Todos en la parte no distribuida por departamentos.

**Cuadro 3.5 Gasto Público en Salud por No Asegurados Pobres por Departamentos
1992-1995**

	Presupuestos de Origen				Salud Básica para Todos		Total			
	1992	1993	1994	1995	1994	1995	1992	1993	1994	1995
Huancavelica	8	13	20	23	4	19	8	13	24	42
Puno	12	17	24	32	1	7	12	17	25	39
Apurímac	7	13	24	32	6	26	7	13	30	58
Ayacucho	17	23	29	38	4	26	17	23	33	64
Amazonas	9	15	20	29	3	12	9	15	23	41
Cajamarca	5	8	10	14	2	14	5	8	12	28
Pasco	16	25	37	45	5	33	16	25	42	78
Huánuco	10	16	22	28	2	14	10	16	25	42
Loreto	11	19	31	42	3	12	11	19	34	54
San Martín	14	21	30	38	3	13	14	21	33	51
Piura	8	13	20	26	2	15	8	13	22	42
Ucayali	17	31	56	66	4	22	17	31	60	88
Lambayeque	13	20	28	35	3	10	13	20	31	44
Cusco	11	18	27	35	3	14	11	18	30	48
Ancash	16	24	36	45	2	12	16	24	38	57
Junín	18	27	37	49	3	14	18	27	40	63
Tumbes	21	32	44	62	7	29	21	32	51	91
La Libertad	16	26	46	52	2	10	16	26	47	62
Moquegua	50	77	108	139	8	40	50	77	116	179
Arequipa	32	49	72	97	2	20	32	49	75	117
Ica	40	65	89	115	4	20	40	65	93	135
Tacna	53	81	121	185	9	55	53	81	131	240
Madre de Dios	42	77	119	157	26	112	42	77	145	269
Lima	55	103	133	210	3	16	55	103	135	226
Callao	94	190	269	404	5	31	94	190	274	435
SUBTOTAL	20	34	47	67	3	16	20	34	50	83
TOTAL*	29	47	67	113	3	16	29	47	67	113

*Para el total, sólo incluye Salud Básica para Todos en la parte no distribuida por departamentos.

Cuadro 3.6 Medidas Resumen de Distribución Regional del Gasto en Salud

	Seudo-Gini para no asegurados	Seudo-gini para asegurados pobres
Presupuestos Regionales		
1992	0.21	0.38
1993	0.25	0.42
1994	0.23	0.40
1995	0.27	0.44
Salud Básica para Todos		
1994	(0.13)	0.03
1995	(0.11)	0.04
Total		
1992	0.21	0.38
1993	0.25	0.42
1994	0.21	0.38
1995	0.19	0.36

Gráfico 3.6. Gasto Público Total en Salud 1992-1995: Distribución según Pobreza

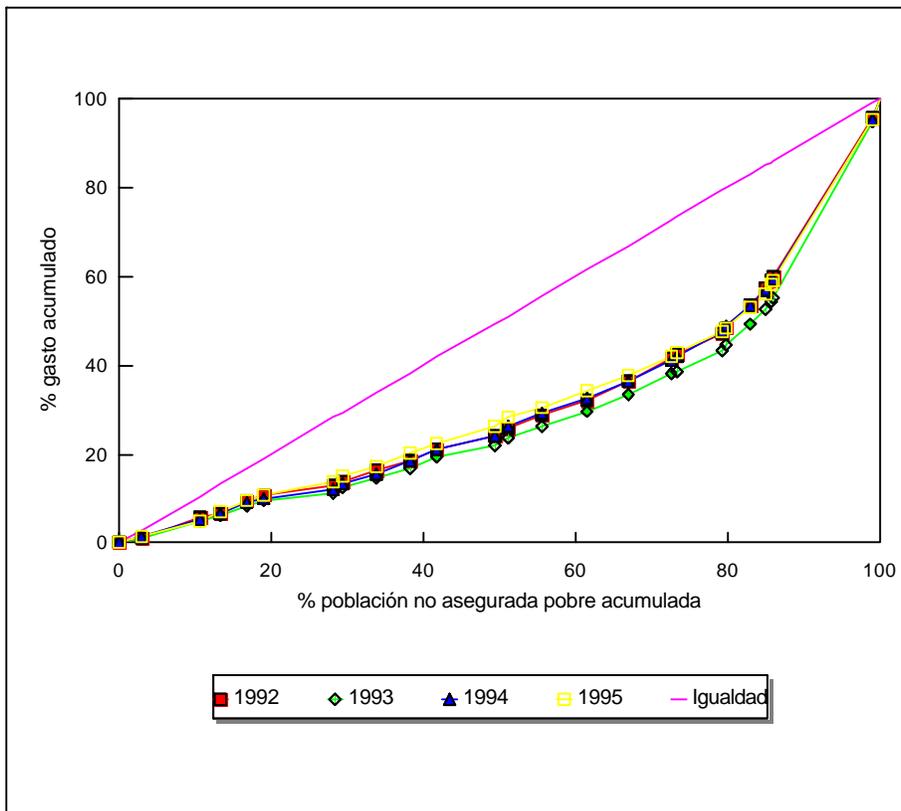


Gráfico 3.7 Distribución de Salud Básica para Todos según Pobreza

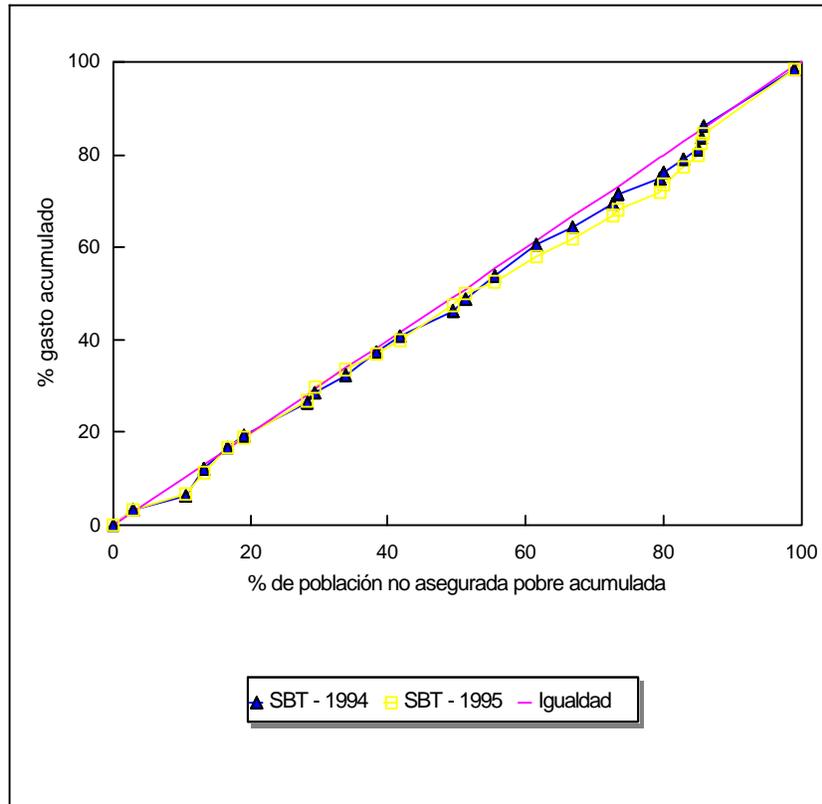
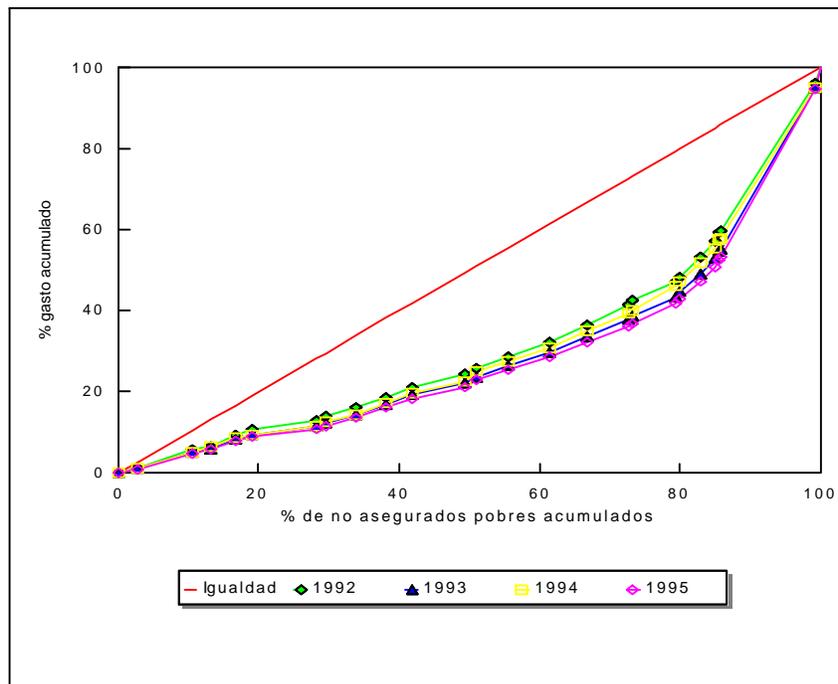


Gráfico 3.8 Distribución de los Presupuestos Regionales según Pobreza



3.5 Conclusiones

La metodología aplicada consiste en una adaptación de la metodología de los “mapas sociales” al sector salud. En ese sentido, parte de considerar que las diferencias entre departamentos y subregiones de salud son importantes, y supone que la población al interior de estos ámbitos es homogénea.

Los resultados obtenidos indican que los gastos del Programa Salud Básica para Todos son redistributivos, sucediendo lo contrario con los gastos de las subregiones de salud. Este último efecto es el que prima, siendo regresivo el total del gasto en salud por ambas fuentes.

Ello se obtiene a pesar de que la correlación entre gastos de SBT por no asegurado y necesidades de salud es sólo débilmente positiva.

Sin embargo, la progresividad de SBT no alcanza a revertir la regresividad de los presupuestos subregionales de salud. Ello se debe a que éstos son mucho más regresivos, y a que SBT sólo explica una parte minoritaria del gasto en salud (un 18% de los presupuestos subregionales en 1995). Es probable, además, que los gastos en atención especializada de la salud se destinen principalmente a los pobladores de Lima y las grandes ciudades, lo que haría que el gasto de salud de los pliegos MINSA y regiones sea más regresivo que lo calculado aquí.

Algunas limitaciones que la información impone a la metodología aplicada tienden a sobrevaluar el grado redistributivo de los gastos de Salud. En efecto, debido a que probablemente haya más asegurados privados y atenciones privadas en los departamentos y subregiones con menores necesidades de salud, éstos tengan realmente una población potencialmente atendida por el MINSA menor y el gasto por persona sea mayor. También es probable que los gastos destinados a atención especializada de la salud se dediquen más a pacientes de estas zonas. Sin embargo, dada la reducida magnitud de estos fenómenos—atenciones privadas y gastos en atención especializada-, ello no alteraría las conclusiones básicas del estudio.

Esto podría estar alterando la tendencia observada. Se ha encontrado que entre 1992 y 1995 la distribución entre las regiones del gasto en salud no habría mejorado, a pesar de la aplicación del programa Salud Básica para Todos, debido a una mayor regresividad de los presupuestos regionales. Sin embargo, también se encuentra que la importancia de los gastos en salud no departamentales se ha reducido, de 32 a 27 por ciento. Si éstos gastos benefician sobretudo a la población limeña, de menores necesidades en salud, esta reducción podría estar llevando a una mejor distribución global del gasto en salud.

Más allá de esta debilidad de la información, a nivel metodológico se muestra la importancia de corregir los datos presupuestales buscando aproximaciones al gasto en salud del período corriente, ya que se encuentran diferencias significativas en la evaluación si se descuentan las pensiones.

04. Distribución del Subsidio Público de Salud por Quintiles

4.1 Metodología

Nuestro trabajo se limita a una aproximación a las diferencias en el acceso a los servicios de salud, y en la distribución del gasto público corriente en salud entre los distintos estratos sociales. Los efectos de equilibrio general y de crecimiento endógeno de largo plazo, así como los costos financieros implícitos, han sido dejados de lado. En ese sentido, este trabajo se inscribe en la línea de investigaciones desarrollada, entre otros, por Selowsky (1979) y Foxley et al (1980) para Latinoamérica, y por De Habich (1991) y Rodríguez (1992) para el Perú.

En este marco, se supone que el gasto público en salud es una transferencia en especie, susceptible de ser valorizada pecuniariamente, que es recibida única y exclusivamente por los hogares que reciben el servicio. La evaluación es, por ello, exactamente análoga a la que puede realizarse de un programa social como el reparto de alimentos o de transferencias en efectivo (por ejemplo, pensiones).

La metodología combina 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. De acuerdo al Banco Mundial (1992), tal es la mejor aproximación a esta problemática.

La información de los hogares proviene de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida mayo-julio 1994 (ENNIV 94), llevada a cabo por el Instituto Cuánto por encargo del Banco Mundial y el BID, dentro de su proyecto global “Living Standards Measurement Study”. La ENNIV 94 ha comprendido a 3623 hogares, en los cuales hay 18 mil personas que contestan la parte relativa a salud. La muestra es multi-etápica y aleatoria.

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 la ENNIV 1991 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.

4.2 Vacunación

Tal como se había comprobado en encuestas anteriores (ENDES 1991-92), la vacunación ha alcanzado una amplia cobertura a escala nacional. De los niños entre 2 y 5 años apenas un 0.6% no tiene ninguna vacuna mientras un 84% ya tiene todas sus vacunas; este porcentaje va de 93% en Lima a 69% en la selva rural. Los grupos pobres (quintiles de menor ingreso) muestran un nivel de vacunación algo menor que los de ingreso mayor.

Cuadro 4.1. Niños sin Ninguna Vacuna (en porcentajes)

	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Ninguna	0.6	1.3	0.3	0.0	0.0	1.5
BCG	2.0	3.3	1.5	1.6	0.0	2.8
Antisarampión	4.4	5.5	4.4	2.4	1.9	7.0
Antipolio	2.2	3.1	2.5	0.9	0.0	3.2
Triple – DTP	3.1	4.8	3.0	1.7	0.0	3.6

La vacuna antituberculosa (BCG) protege al 98% de los niños entre 1 y 5 años. La cobertura es muy alta incluso para los niños entre 1 y 2 años. La cobertura es prácticamente total en las ciudades de la costa y sierra (99%); y algo menor pero aún bastante alta en la sierra rural y las ciudades de selva, donde alcanza el 97.6%. Es en la selva rural donde la deficiencia de vacunación es aún relativamente importante, con una cobertura de 91%. Existen diferencias en la vacunación entre estratos de ingreso, pero éstas no son tan marcadas como las diferencias entre regiones. El quintil más bajo tiene una cobertura del 97% de vacunación antituberculosa.

La vacuna antisarampión tiene una cobertura algo menor (95%) que la BCG, sobretudo entre los niños entre 1 y 2 años (90%). En este caso, además la selva rural, también la costa rural tiene una tasa de vacunación más baja (92%). No existe una clara diferenciación entre sectores sociales, e incluso el quintil de mayores ingresos muestra la menor tasa.

La vacuna antipolio cubre con las dosis completas al 85%, pero apenas 2% no tiene ninguna dosis. La cobertura es muy alta en Lima, y entre las demás regiones es relativamente menor en la sierra y sobretudo en la selva rural. Tampoco se aprecian claras diferencias entre estratos de ingreso. Algo similar sucede con la triple—DTP, pero con diferencias entre estratos de ingreso algo mayores, afectando la falta de vacunación más a los niños más pobres.

En síntesis, la cobertura de vacunación que se ha logrado es bastante amplia. Las deficiencias se presentan particularmente agudas en la selva rural. En la sierra rural y en la selva urbana hay deficiencias en el caso de algunas vacunas. Las diferencias en la cobertura entre estratos de ingreso no son en general muy importantes, sino sólo para algunas vacunas, particularmente la antisarampionosa.

Debido a que los hogares de los estratos de menores ingresos (recuérdese que nuestro ordenamiento es según ingresos per cápita) tienen más hijos pequeños, y a la poca diferencia en las tasas de vacunación por estratos, la distribución de las vacunas es ampliamente sesgada a favor de los pobres.

El 20% de hogares de menor consumo per cápita tiene al 25% de la población total y al 37% de los niños entre 1 y 5 años. Este estrato representa un 36% de las vacunas (ver Cuadro 4.15). El quintil 2 es 22% de la población y reciben 24,7% de las vacunas. El quintil de mayores ingresos es 14.4% de la población pero sólo 8% de los niños entre 1 y 5 años, y reciben un 8.2% de las vacunas. Estos niveles son muy similares para todas las vacunas.

Debido a ello, los coeficientes de concentración de la vacunación son de alrededor de -0.17 a -0.18, lo que refleja un importante nivel de progresividad para una política social de alcance universal (no focalizada). La Curva de Lorenz generalizada está por encima de la línea de equidad. De acuerdo a nuestra terminología, esto indica que la vacunación es progresiva en términos absolutos: los hogares más pobres reciben más.

Debe recordarse que la información no permite desagregar donde se realizó la vacunación. Existe un porcentaje, presumiblemente pequeño, que se vacuna de manera privada y que correspondería fundamentalmente a los estratos de mayor ingreso, por lo cual probablemente la vacunación por parte de las instituciones públicas sea aún más progresiva de lo anteriormente señalado.

4.3 Atención de Madres Gestantes

Sólo un 56% de las mujeres embarazadas ha tenido algún control prenatal. Este porcentaje es mucho mayor en Lima y la costa y sierra urbanas, algo menor en la selva urbana, y bastante menor en las zonas rurales: sólo 27% en la sierra rural.

Las diferencias entre los quintiles son bastante importantes, con un 46% en el quintil 1 y un 81% en el quintil 5, de embarazadas que tienen algún control. Estas diferencias son similares a las existentes entre regiones (ver Cuadro 4.2).

Cuadro 4. 2. Atención de Madres Gestantes

	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
% que se controló	56.6	45.6	38.8	50.2	77.5	80.7
Media de controles por mes	0.31	0.15	0.15	0.30	0.48	0.67
% en hospital	48.8	48.6	50.1	58.8	42.6	48.4
% en posta	30.2	48.7	49.9	32.7	24.4	00.0

Considerando el número de controles por mes, en Lima este es de 0.65, mientras que en las zonas rurales se encuentra entre 0.1 y 0.2 y en las ciudades fuera de Lima, entre 0.3 y 0.4.

Por quintiles, se encuentra que los grupos pobres (quintiles 1 y 2) tienen menos de la cuarta parte de controles que el quintil 5.

La gran mayoría de controles se realiza en instalaciones de salud pública—aunque la encuesta no permite diferenciar entre MINSA e IPSS. Casi la mitad de los controles prenatales se realiza en hospitales, y un 30% en puestos. Si la distribución de la atención en hospitales entre MINSA e IPSS fuera igual a la de las consultas en hospitales, un 17% de los controles prenatales se haría en el IPSS y un 62% en el MINSA. Un 21% de los controles pre-natales son privados. Este porcentaje es probablemente menor que el de las consultas debido a que en este caso es menos preferible una consulta “informal” como la que se puede hacer a un farmacéutico.

Los controles pre-natales privados representan un porcentaje elevado en Lima (el 37%), así como en los quintiles 4 (33%) y 5 (52%). Prácticamente no hay controles pre-natales privados en los grupos pobres.

Considerando solamente los controles públicos, en el quintil 5 hay mucho más controles públicos por embarazo (0.26) que en el quintil 1 (0.12): el mucho mayor control en general (sin distinguir entre públicos y privados) compensa el hecho de que apenas la mitad de éstos se realice en establecimientos de salud pública.

Una mayor proporción de los controles pre-natales públicos corresponde a los grupos más pobres (quintil 1) y medios y altos (quintiles 4 y 5). El relativamente alto porcentaje correspondiente al quintil 1 se debe a que en este estrato hay un número mucho mayor de mujeres embarazadas, lo que sin duda guarda relación con los problemas de conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos.³

Así, en el quintil 1 el mayor número de embarazos es el que lleva a que tengan un número relativamente alto de controles respecto de otros estratos, aunque el porcentaje que se controla y el número de veces que va a un control es menor. En los estratos altos es el mayor promedio de controles por embarazo el que influye decisivamente.

4.4 Consultas

La población tiene un mayor porcentaje de consultas en las ciudades fuera de Lima (entre 15% y 17% de personas realizó consultas), uno algo menor en Lima (13%) y uno aún menor en las zonas rurales (entre 10% y 12%). En este caso las diferencias entre estratos de ingreso son mucho más marcadas que entre regiones: mientras que del quintil 1 de menores ingresos apenas el 8% va a consulta, del quintil 5 el 20% va a consulta (ver Cuadro 4.3). Lo mismo sucede en cuanto al número promedio de consultas realizadas por quienes consultaron, que va de 1.5 en el quintil más bajo a 1.8 en el más alto. De esta manera, los pobres consultan en menor proporción y en menos oportunidades. El número total de consultas asciende a más de 5 millones mensuales.

³ Por ejemplo, un 29% de las mujeres en edad fértil del quintil 1 indicia no conocer métodos anticonceptivos, porcentaje que es de entre 2% y 1% en los quintiles 4 y 5.

Cuadro 4.3. Consultas y Enfermedad

	T	Quintil 1	Quintil 2		Quintil 4	Quintil 5
	13.4	8.4		15.2	16.1	
Veces que promedio	1.77		1.60	1.83		1.81
% consultas en	17.4	21.8		20.5	13.3	
% consultas en centro o puesto		39.1	28.7		16.6	7.1
	29.6	32.2		30.6	28.2	

Estas diferencias son mucho más graves si se refieren al estado de salud de los individuos. La prevalencia de enfermedad no es similar entre los distintos estratos de ingreso, sino que los pobres

considerando las condiciones más negativas del ambiente (piso de tierra, hacinamiento, difícil acceso a agua potable, paredes de estera), educativas y nutricionales. Mientras que un 32%

sólo 28% lo hizo en el grupo de mayor ingreso⁴

Dentro de las personas enfermas, un 64% consultó en Lima, mientras que en la selva rural apenas el 20% hizo una consulta y en la sierra rural, sólo el 15%. Entre los pertenecientes al grupo

estuvieron más de 2 días en cama o impedidos de trabajar, porcentajes que para quienes formaban

diferencias entre estratos sociales habrían aumentado respecto de diez años atrás, ya que en 1985-86 la tasa de consulta promedio de los enfermos era mayor (28.5%) pero la de los ricos, menor

agravado.

Existe también una importante deficiencia en la atención (preventiva o no) a los niños.

mientras se encuentran sanos revierte particular importancia (ver Francke 1996). El 21% de los niños del quintil más pobre consultaron, porcentaje que subió al 45% en el quintil de mayores

ambián hay diferencias regionales muy fuertes, con un 15% de consultas en la sierra rural, frente a más del 50% en la costa urbana, que tiene el mayor nivel de consultas.

⁴ Un análisis más preciso, sin embargo, requeriría ver las diferencias entre distintos grupos de edad. En la medida que en los grupos de menor ingreso hay una mayor proporción de niños pequeños (menos de 5 años) que tienen una prevalencia de enfermedad mucho mayor (48% vs 27% entre los 6 y los 60 años), esto podría ser una de las causales de la mayor prevalencia de enfermedad en estos estratos.

En cuanto a los lugares de consulta, resulta interesante observar que las consultas privadas son un porcentaje bastante elevado del total (un 38%), y que éste es más alto no solamente en Lima sino también en la selva. Esto se debe en parte a la inclusión, dentro de las consultas, a las realizadas a no especialistas, tales como farmacéuticos o curanderos. Las consultas en farmacias corresponden al 10% del total y al 28% de las consultas privadas. Las consultas a curanderos responden por un 4% de las consultas privadas.

La cobertura del IPSS, que es de un 21% del total, está claramente concentrada en las zonas urbanas, siendo más importante en las ciudades fuera de Lima (del 24% al 34% de las consultas) que en Lima (el 19% de las consultas). En el campo, sobretodo de sierra y selva, su cobertura es muy baja. Por su parte, el Ministerio de Salud atiende casi un 40% de todas las consultas, lo que representa unos 2 millones de consultas mensuales o 25 millones de consultas anuales.⁵ La mayor parte de éstas corresponde a centros de salud o puestos, mientras que los hospitales responden por poco menos de la mitad. En las zonas rurales su presencia es más importante.

Los estratos sociales muestran un comportamiento claramente diferenciado en cuánto a dónde se atienden. Los más pobres se atienden en el MINSA en un 60%, porcentaje que es de sólo 17% en el estrato de mayores ingresos (ver Cuadro 4. 4). La consulta al MINSA no era tan diferenciada por estratos en 1985-86, cuando los más pobres iban en un 53% y los estratos de altos ingresos en un 39%.⁶ Este efecto es similar al encontrado para la educación, donde se encontró que entre 1985-86 y 1991 habían crecido las diferencias en la asistencia a colegios públicos vs. privados entre estratos sociales, lo que estaría asociado a la pérdida de calidad de los servicios públicos producto del recorte del gasto (Francke 1994). La diferencia entre estratos encontrada para 1994 es aún mayor si consideramos los puestos y centros de salud.

Cuadro 4. 4. Lugar de Consulta (en porcentajes)

	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Hosp. MINSA	17.4	21.8	21.6	20.5	13.3	10.5
Centro o Posta	22.1	39.1	28.7	23.3	16.6	7.1
Subtotal MINSA	39.5	60.9	50.3	43.8	29.9	17.6
Hosp.IPSS	21.6	7.6	15.0	22.4	31.0	28.3
Hosp.FFAA	2.3	0.3	1.6	0.9	4.7	3.6
Privado	36.6	31.2	33.2	32.8	34.3	50.5

⁵ Esta cifra contrasta con la reportada por The Development Group (1991), que indica 9.5 millones de consultas del MINSA en 1989;

⁶

con precisión la institución que prestaba el servicio, se aproximaron las consultas públicas como aquellas otorgadas en un hospital, centro de salud o puesto sanitario por un médico, sanitario o promotor (De Habich 1991).

La atención en el IPSS en cambio es claramente ascendente hasta el quintil 4, nivel hasta el cual va cubriendo la parte de la atención que deja de atender el MINSA, ya que hasta este estrato . Entre el quintil 4 y el quintil 5, que podríamos llamar el grupo acomodado de ingresos medios y altos, la atención privada aumenta porcentaje estable. La interpretación de estos hechos estilizados es que, hasta el quintil 4, que son grupos pobres o que se encuentran cerca de la línea de pobreza, las consultas de salud se realizan por calidad; dada la asociación positiva entre asalariamiento formal e ingresos, esto quiere decir que mayores ingresos dan mayor acceso al IPSS. El estrato 5 sería el único que optaría,

Respecto del total de enfermos, aquellos que se encuentran más de 3 días en cama o impedidos de trabajar consultan relativamente más hospitales del MINSA y menos al IPSS. El porcentaje que hospitales del IPSS baja de 21% a 16%.

Como resultado de estas tasas y del número de consultas, la distribución de las consultas es relativa en los hospitales del MINSA, prácticamente neutra en el IPSS y algo regresiva en las instalaciones de las FF

En el caso de los puestos o centros de salud, los quintiles 1 y 2 representan el 23% y 26% de las consultas, es decir que entre ambos representan casi la mitad de las mismas. En cambio, el concentración de -0.05.

En el caso de los hospitales del MINSA, el quintil de menor consumo se ve relativamente mayor concentración corresponde a los quintiles 3 y 4, es decir, la población pobre no extrema o ligeramente positivo.

En total, las consultas de salud del MINSA resultan progresivas en términos absolutos , una mayor proporción de las transferencias se destina a los estratos de menor ingreso. Respecto de 1985-86, hay una mayor progresividad, ya que que reducía las diferencias relativas, pero no absolutas. Esta evolución del gasto público en salud hacia un aumento de su progresividad también se encontró para el gasto público en educación uso de servicios públicos vs. privados debido a la menor calidad de los primeros.

En el caso del IPSS, los quintiles 1 y 2—pobres—representan un porcentaje bastante menor corresponden a los quintiles 4 y 5 (34% y 26% respectivamente). El coeficiente de concentración resulta positivo y alto, de 0.37, casi similar al Gini del consumo (0.4).

Internamientos

Un 0.5% de las personas encuestadas indica haberse internado en las últimas 4 semanas. También en este caso los establecimientos del MINSA representan el mayor porcentaje, con un 40% en hospitales y un 8% en centros de salud. El IPSS también representa un elevado porcentaje, del 32%, bastante mayor al que representaba de las consultas (21%).

encuestados), el análisis por sectores sociales es más limitado.⁸ una mayor tasa de internamientos en el quintil superior. Considerando los internamientos como

enfermedad que no ha tenido esas consecuencias es poco probable que hayan requerido internamiento-, las diferencias en el acceso a este tipo de atención de salud entre estratos sociales

. En el quintil 1, de menores ingresos, menos del 7% de los impedidos 3 o más días se internó, porcentaje que se eleva a más del doble (15.6%) para el quintil superior

El porcentaje de internamientos respecto de los impedidos de trabajar 3 o más días resulta ser menor en la sierra rural seguido de la costa urbana, y mayor en la sierra urbana.

(48%), particularmente en los hospitales (40%). Un 32% de los internamientos se realiza en el IPSS, mientras que apenas un 12% en clínicas privadas. Esto indica una mayor importancia de la

en forma privada. La diferencia probablemente radique en el elevado costo del internamiento en clínicas privadas, a diferencia de las consultas a farmacéuticos, sin costo pero de baja calidad, que

Cuadro 4.5. Lugar de Internamiento (en porcentajes)

	T	Quintil 1	Quintil 2		Quintil 4	Quintil 5
	47.7	86.4		37.1	56.4	
Hosp.IPSS	32.2		19.2	38.9		56.7
Hosp.FF	4.1	0.0		5.0	0.0	
Clínica	12.0		15.2	7.2		20.9

⁷ La reducida importancia de los centros de salud en los internamientos se explica porque éstos se limitan a casos de rehidratación y partos. Los puestos de salud no realizan internamientos.

⁸ De Habich (1991) enfrenta la misma limitación.

Otro		5.7	0.0	1.9	0.0	
------	--	-----	-----	-----	-----	--

En efecto, hay una clara preferencia de tipo de establecimientos por estratos: mientras en el quintil más bajo el 86% se interna en un establecimiento del MINSA (64% hospital, 23% centro de privada también es claramente mayor en los estratos de mayor ingreso.

En las zonas rurales de la sierra y selva, los internamientos en clínicas privadas son
⁹ El IPSS concentra su actividad

La atención de internamientos del MINSA se focaliza en los estratos más pobres. Un 38% de los internados en establecimientos del MINSA pertenece al quintil 1 (pobres extremos), y más del corresponden en mayor porcentaje al quintil 5 (57.1%), aunque también hay un fuerte porcentaje en el quintil 3 (39%).

progresivos (coeficiente de -0.185), en mayor magnitud los de centros de salud (coeficiente -0.280).

4.6 Visión global de la distribución del subsidio por estratos

A continuación presentamos una visión global de la distribución del subsidio público en salud atenciones discutida en este capítulo.

Como se puede observar internamientos, es decir, que para estas atenciones los grupos de menores ingresos reciben una 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

⁹ En la sierra rural, un elevado porcentaje de clara 'otro' lugar de internamiento, que probablemente se refiera a puestos (de manera improvisada) o a locales comunales, de curanderos o casas privadas del farmacéutico, partera o médico.

Cuadro 4.6. Distribucion de Atenciones del MINSA

	Quintiles				OTAL
	2	3	4	5	
V	36,3	24,7	13,6	8,2	
Control gestantes	12,0	21,5	25,6		100,0
Consultas Hospital	19,5	24,0	20,8		100,0
	22,7	26,4	17,7	7,0	
Internamientos	38,0	19,8	9,7		100,0
Memo Distribución de:					
	25,3	22,2	17,7	14,4	
Consumo	8,0	17,6	22,6		100,0

Las
altos, incluyendo un grupo ligeramente pobre o cercano a esa condición. Por su parte, el control de
muestra un patrón en el cual hay más concentración de las atenciones en los estratos de
mayores
go, en tanto esa concentración es menor a su participación en la

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

Cuadro 4.7. Gasto del MINSA por Tipo de Atenciones 1994

	Gasto Total (S/. miles)	Distribución del Gasto (porcentaje)
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 4.8 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 gestantes.¹⁰ La distribución del gasto en farmacias debe tomarse como 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.

¹⁰ 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 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.

Cuadro 4.8. Distribución del Gasto del MINSA por Quintiles

	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)						
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.

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.

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 4.9 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 4.9. Pagos por Tarifas en Establecimientos del MINSA

	Quintiles					Promedio Consultas Hospital
	1	2	3	4	5	
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>	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>	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 puede

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 4.10 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 4.10. Pagos por Servicios Públicos 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 seña visto 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 periodo 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 (ver cuadro 4.17).

El cuadro 4.11 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 4.11. Subsidios Públicos por Estratos y tipos de Atención

	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 4.12 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 4.12. Distribucion del Subsidio en Salud 1994

	Quintiles					Total
	1	2	3	4	5	
CONSIDERANDO MEDICINAS						
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
SIN CONSIDERAR MEDICINAS						
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 (1987) 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.

Como conclusiones, 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.

05. Una Vision Global del Diagnóstico

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.

Un análisis del gasto entre departamentos es más crítico aún. El gasto en salud financiado por los presupuestos regionales es mayor en los departamentos donde hay menos pobres y menos necesidades de salud. Por ejemplo, en 1995 se gastó en Cajamarca 21 soles por cada persona no asegurada, y en el Callao se gastó 148 soles. Los fondos del programa Salud Básica para Todos, si bien carecen de este problema, no se concentran en los departamentos más pobres y necesitados. En el mismo ejemplo, SBT destinó 8 soles por no asegurado a Cajamarca y 10 al Callao. Si se considera que la población objetivo del MINSA no son todos los no asegurados, sino solamente los pobres, el análisis no varía.

¿Porqué la diferencia entre los dos análisis, el por estratos y el por departamentos? Hay dos explicaciones posibles. Una se debe a un supuesto del cálculo por estratos: se asume que todas las consultas realizadas en centros o puestos, o en hospitales, son equivalentes. Es probable que en las zonas más pobres la atención sea más barata y de peor calidad. Debido a ello, el análisis por estratos estaría subvalorando la inequidad existente. La segunda explicación es que el análisis por departamentos asume que todos los no asegurados de un departamento se atienden en ese mismo ámbito; es probable que, sobretodo para tratamiento de cierta complejidad, las personas se trasladen a los departamentos algo más desarrollados que cuentan con hospitales de mayor nivel.

distribución del subsidio sea incluso peor a lo calculado por estratos.

Es importante también recoger otras evidencias respecto de los efectos que los cobros pueden tener. Un estudio reciente muestra que 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 mayoría de las mujeres rurales.

El análisis de las tarifas indica que éstas responden a criterios muy variados y que tienen el efecto de que, si bien algunas 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 puede costar a los pacientes entre 300 y 500 soles.

Esto muestra que hay poca estandarización en los objetivos, criterios y procedimientos de las exoneraciones. Se ratifica la mínima exoneración en medicinas, la que también se observa para el transporte como “apariciencia 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 departamentos y poca focalización.

06. Propuesta de Estrategia de Focalización del Gasto Público en Salud

Del marco conceptual y de la situación actual del sistema de salud en el Perú, se desprende que una estrategia para focalizar el gasto en salud del MINSA para mejorar la equidad debería tener las siguientes características:

6.1 Objetivos

- ▲ Garantizar el acceso de los pobres y necesitados a los servicios de salud en un contexto de incremento del cobro de tarifas.
- ▲ Mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios de salud en zonas pobres.
- ▲ Mejorar la distribución de los recursos, reduciendo subsidios a sectores con capacidad de pago para trasladarlos a los pobres y necesitados.
- ▲ Incentivar el aseguramiento de los informales e independientes que tienen capacidad de pago.

6.2 Instrumentos

- ▲ Determinar qué servicios deben ser objeto de políticas focalizadas y qué servicios deben ser objeto de políticas universales.
- ▲ Acercar las tecnologías de prestación de los servicios a las realidades culturales de los pobres, resolviendo barreras como las del lenguaje, los mitos y las costumbres de los quechua-hablantes y demás poblaciones indígenas.

- ▲ Establecer mecanismos para distribuir equitativamente los fondos orientados a atenciones no focalizadas.
- ▲ Establecer criterios claros y sencillos de aplicar para que pueda establecerse quiénes deben pagar por ciertos servicios de salud, y quiénes no.
- ▲ Incluir dentro de la estrategia un enfoque global, que considere el conjunto de servicios y costos que debe afrontar el usuario para recuperar su salud.
- ▲ Evitar costos administrativos excesivos del sistema de focalización en un contexto en el que existen grandes dificultades de obtener información fidedigna de ingresos o consumo.
- ▲ Promover la participación de la comunidad.
- ▲ Reducir los incentivos del personal de salud a comportamientos perversos con relación a la determinación de las exoneraciones.
- ▲ Establecer una estrategia de implementación que se caracterice por ser simple y evitar conflictos políticos en un primer momento, para ir avanzando paulatinamente en complejidad y precisión.

6.3 Mecanismos específicos

- ▲ Los servicios de salud pública, es decir bienes públicos o con altas externalidades, no deben ser focalizados individualmente, debido a su carácter de consumo colectivo, realizándose una asignación de recursos geográfica basada en la prevalencia de riesgos y el nivel de costo-efectividad de las intervenciones.
- ▲ Los servicios de salud orientados a niños y madres gestantes, no deben ser focalizados individualmente, por ser inversiones en capital humano y enfrentar el problema del agente, debiéndose aplicar el mismo sistema de priorización que los bienes públicos.
- ▲ En tanto no se disponga de información suficiente para distribuir fondos basándose en criterios de costo-efectividad por tipo de servicio y región, se pueden usar aproximaciones generales basadas en indicadores de salud.
- ▲ Los servicios prestados en establecimientos de primer nivel y en zonas rurales, y de carácter preventivo, deben combinar niveles de focalización con políticas universales de

subsidio, estableciendo tarifas que no representen la totalidad del costo. Existen razones de eficiencia en la producción (sistemas de referencia entre centros y hospitales y mayor costo de atenciones recuperativas sobre las preventivas) y de equidad en el acceso (costos de acceso mayores por tiempo de transporte en el campo) para establecer subsidios no focalizados. Los servicios prestados en zonas urbanas y establecimientos de mayor nivel de complejidad deben combinar niveles de focalización con cobros de tarifas que sí representen una mayor recuperación de los costos.

- ▲ Debe establecerse programas para mejorar la relación entre el sistema público de salud y los prestadores de servicios tradicionales (parteras, curanderos), y modificar la forma de atención de partos hacia una que sea compatible con las costumbres de la población indígena.
- ▲ Los mecanismos de focalización deben otorgar mayor prioridad al objetivo de reducir la subcobertura que al de reducir las filtraciones.
- ▲ Es necesario controlar y reducir los incentivos al personal para el cobro de tarifas actualmente existentes en el sistema, mediante la introducción de nuevos sistemas de financiamiento en los cuales el cobro de tarifas a determinados pacientes implique una reducción simultánea del financiamiento público (que se restringiría a población focalizada).
- ▲ La determinación de exoneración o no pago de la tarifa debe aplicarse al conjunto de servicios de salud, incluyendo medicinas, alimentación de internados, pruebas complementarias, etc. Esto implica una reformulación de mecanismos tales como el fondo rotatorio de medicinas (PAC-FARM).

En síntesis, la estrategia de focalización debe combinar mecanismos de:

- ▲ selección por tipo de servicios (exceptuando del cobro a bienes públicos, niños y madres, y modificando el tipo de atenciones acercándose a las costumbres de pueblos indígenas).
- ▲ autoselección (mediante la existencia de alternativas de atención privada).
- ▲ asignación geográfica del gasto (según un “mapa de necesidades de salud”).
- ▲ selección individual mediante “proxy means test” o características socio-económicas aproximativas de la capacidad de pago de las familias.

, sin embargo, que ya el mecanismo geográfico sería bastante potente, y que mecanismos de selección individual (Grosz 1995).

Bibliografía

- ANSSA-PERU. 1986. "Financiamiento y gasto del Ministerio de Salud del Perú". Informe Técnico No. 7. Lima, Perú.
- Banco Mundial. 1990. "Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Programa de reformas". Estudio de Políticas del Banco Mundial. Washington DC.
- Banco Mundial. 1993. "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 DC.
- 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 N°3.
- Behrman, Jere. 1993. "Inversión en Recursos Humanos". En *Progreso Económico y Social en América Latina*. Informe 1993, BID. Washington DC.
- Besley, T y Kanbur, R. 1993. "The principles of targeting." Working Paper, No. 385. Banco Mundial.
- Birdsall, Nancy. 1987. "Strategies for analyzing user's charges in the social sectors." Country Policy Department Discussion Paper No. 9. Washington, DC: Banco Mundial.
- Birdsall, Nancy y Hecht, Robert. 1995. "Swimming against the tide: Strategies for improving equity in health." Working Paper Series No. 305, BID. Washington DC.
- Brawenmann, Josette y Minujín, Alberto. 1991. "Focalización: Fábula o herramienta?", Documento de Trabajo No. 2. Argentina: UNICEF
- Carr-Hill, R. 1994. "Equidad para los pobres", en *Salud Mundial*, Revista de la OMS, año 47 N° 5, set/oct.94.
- Cornia, G.A. y Stewart, F. 1995. "Two errors of targeting". "Public spending and the poor". D. Van de Walle y K. Nead eds. Washington DC: World Bank.

- 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, N° 2, noviembre 1996. Santiago de Chile: ILADES/Georgetown University.
- De Habich, M. 1991. "Gasto Público en Salud y sus efectos distributivos. mimeo, trabajo presentado al VIII Encuentro de Economistas de la Gerencia de Investigación Económica. Lima: Banco Central de Reserva del Perú
- De Habich, Midori. 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. 1996a. "Equidad en el acceso y efectos distributivos del gasto público en salud: Perú 1994". En "Investigaciones en Salud. Contribuciones del convenio OPS-CONCYTEC". Perú:Organización Panamericana de la Salud.
- Francke, Pedro y Guabloche, Judith. 1995. "Focalización: Identificando a los pobres según características socio-económicas de los hogares". Documento de Trabajo, No. 4. Lima: 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 N° 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 N° 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". Washington, DC: World Bank.
- 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". Washington DC: Johns Hopkins Press.
- Levine, R; Griffin, C y Brown, T. 1992. "Means testing in cost recovery: a review of experiencias". Technical Note N° 23. Health Financing and Sustainability HFS Project. Bethesda, MD: Abt Associates Inc.
- MacroConsult SA. 1996. "Análisis del gasto público en salud", mimeo.
- 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.
- Ministerio de Salud. 1997b. "Demanda por servicios de salud", Seminario "Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud", Lima, 1997.
- Ministerio de Salud 1997c. "Financiamiento del sector salud", Seminario "Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud", Lima, 1997.
- Ministerio de Salud 1997d. "Costos en establecimientos de salud", Seminario "Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud", Lima, 1997.
- Ministerio de Salud 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.
- MINSA-Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. 1995b. "La reforma del sector salud: Viabilidad y factibilidad", Mimeo, s/f.
- MINSA-Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. 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, N° 2, noviembre 1996. Santiago de Chile: ILADES/Georgetown University.
- Musgrove, P. 1983. “La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación”. En *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, diciembre 1983.
- Musgrove, P. 1996. “Un fundamento conceptual para el rol público y privado en la salud”. En *Revista de Análisis Económico*, vol. 11, N° 2, noviembre 1996. Santiago de Chile: ILADES/Georgetown University.
- Petrea, 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.
- Petrea, M. 1997. “Demanda de servicios de salud de las mujeres rurales en el Perú”. mimeo.
- 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. Washington, DC: Banco Mundial 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”. Washington DC: World Bank

Waters, H s.f. “Literature review: equity in the health sector in developing countries with lessons learned for sub-Saharan Africa”. BASICS Trip report. Arlington, VA: BASICS.

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”. Bethesda, MD: Abt Associates Inc.