

## VISIÓN PANORÁMICA DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL PERÚ

Roxana Isabel Cardozo Gonzales\*

Vilma Casanova Rojas\*\*

Tereza Cristina Scatena Villa\*\*\*\*

GONZALES, R.I.C.; ROJAS, V.C.; VILLA, T.C.S. Visión panorámica de la situación de salud en el Perú. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 7-12, dezembro 2000.

*El trabajo presenta un panorama general de la situación de salud del Perú en las últimas décadas, realizando una breve evolución histórica de la salud, destacando los cambios que acontecieron como consecuencia de las transformaciones socio-económicas y políticas que repercutieron sobre la salud de la población. Se menciona el proceso de transformación de los servicios de salud público y privado; la influencia de las concepciones y las políticas sanitarias de los organismos internacionales; el sistema de salud; la situación de salud, presentando dos problemas de gran impacto: la epidemia del cólera y la violencia política.*

*TÉRMINOS CLAVES: política de salud, salud pública*

### INTRODUCCIÓN

En el siglo XX, principalmente en las últimas décadas, ocurrieron importantes transformaciones en el mundo, no solo en la vida económica, política y social, sino también en las condiciones de vida y de salud de la población tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.

En relación con el mercado de trabajo, las transformaciones ocurrieron principalmente como resultado de la globalización de la economía mundial, de la crisis social y económica, trayendo como consecuencia la reducción y reformulación de las funciones y categorías profesionales, de las políticas sociales, económicas y sanitarias, creandose de esta manera nuevas filosofías de administración, control y gestión de la reproducción de bienes y servicios. En consecuencia, se produjo un cambio en los estilos de vida y niveles de ingreso de la población. Estos cambios imponen una necesidad constante de innovación y adaptación a una nueva realidad en las organizaciones.

Es importante considerar que este proceso de innovación y adaptación se desarrolla de una manera particular y diferente en cada país según su realidad, su historia y su cultura.

Con base en estas consideraciones, el presente trabajo tiene como objetivo conocer de forma breve y específica, los eventos y el proceso de transformación que determinaron la salud de la población peruana, en diferentes períodos.

### METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo de tipo análisis documental. Según TRIVIÑOS (1990) este tipo de estudio ofrece al investigador la posibilidad de reunir una gran cantidad de información de libros-textos, planes de estudio entre otros, sobre algún tema de interés. En tal sentido, consideramos que las características de este tipo de investigación se adaptan al objetivo del presente trabajo, que busca principalmente un conocimiento básico de la salud en el Perú, a través de un breve relato histórico

\* Enfermera alumna de maestría en el área de Salud Pública de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo - Brasil. E-mail: roxana@glete.eerp.usp.br

\*\* Directora Sectorial de Capacitación Investigación y Desarrollo de Sistemas. Oficina General de Epidemiología. Ministério de Salud. Perú

\*\*\*\* Professor Doctor de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo junto al Departamento de Enfermería Materno Infantil y Salud Pública. Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre - 14040-902 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

sobre el proceso de evolución de los servicios de salud público y privado; la influencia de las concepciones y las políticas sanitarias de los organismos internacionales; el sistema de salud y finalmente la situación de salud de la población.

Los datos fueron obtenidos en su gran mayoría a través de la revisión de textos y artículos publicados en los últimos 6 años, con la finalidad de ofrecer informaciones actualizadas, los mismos proceden del acervo de la Biblioteca Central del Campus USP-RP, internet y documentos publicados por el Ministerio de Salud del Perú.

## CARACTERÍSTICAS GENERALES

El Perú está situado en la Región Centro-Occidental de América del Sur, en la costa del litoral pacífico, colindando con Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Chile. Su superficie es de 1,285'215,60 km<sup>2</sup>, siendo que el 40% corresponde a la Cordillera de los Andes, razón por lo cual es considerado "País Andino". Esta primera región, presenta un perfil geográfico abrupto, con alturas que sobrepasan los 6,000 metros sobre el nivel del mar. La angosta franja costera de 2,250 kms. es considerada como la segunda región, formada por un desierto interrumpido de valles con ríos torrentosos, de caudal estacional; finalmente una tercera región natural, que abarca más de la mitad del territorio, constituida por la Selva Amazónica, cubierta por una frondosa vegetación atravesada por grandes ríos que dan inicio a la gran Cuenca del Amazonas. La población total es de 24'371,043 habitantes, presentando grandes grupos culturales como el Quechua, el Aymara y "occidental", a los que se añade un gran número de minorías étnicas, tanto de origen autóctono como foráneo. Los idiomas oficiales son el español y el quechua hablados por la mayoría de la población; a esto se agrega la existencia del aymara en el antiplano y muchos dialectos nativos, los cuales se agrupan en 13 familias etnolingüísticas en la selva. El Perú es en consecuencia, un país multilingüe y pluricultural.

## EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD

En 1935, se crearon los Ministerios de Educación, de Salud Pública y Previsión Social; este último comprendía las Direcciones de Salubridad, Trabajo, Previsión Social y Asuntos Indígenas, teniendo como base la Dirección General de Salubridad creada en 1903, así mismo surgió el Seguro Social Obrero o Caja Nacional del Seguro Social en 1936 (LIP, 1994).

En 1940, el Perú tenía 8 millones de habitantes, era un país básicamente rural, su perfil ocupacional era principalmente agrícola-minero y su problemática sanitaria se resumía en un perfil epidemiológico propio de un país atrasado. (Perú. Ministerio de Salud apud VARGAS, 1996).

En 1948 se estableció el Seguro Social del Empleado, con la apertura del Hospital del Empleado que tuvo la oposición del gremio médico nacional, que consideraba esto, como un peligro para la demanda de la atención médica privada (LIP, 1994). En ese entonces existía una sola escuela de medicina, que albergaba la salud asistencialista y el proselitismo político tradicional, siendo prioritaria la recuperación del paciente con poco énfasis en la prevención (VARGAS, 1996).

A partir de 1960 con el incremento de la industrialización, la población emigró a las ciudades en busca de nuevas oportunidades de trabajo. El proletariado que trabajaba en el campo, pasó a residir en la periferia de las grandes ciudades, convirtiéndose en mano de obra barata y ocasional. Esta rápida urbanización en la década de los 60 y 70, alentó el crecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas sin disminución importante de patologías infecto-contagiosas (ESTRADA & GODOY, 1996).

Por otro lado, debido al rápido crecimiento poblacional y a la influencia de los países desarrollados, los gobiernos de los países de América Latina comenzaron a impulsar programas de planificación familiar, desarrollando paralelamente una variada infraestructura de educación y servicios, facilitando el acceso de la población al conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, tanto por el sector público, privado como por el sector laico de la Iglesia Católica (Bronfman & Castro apud ESTRADA & GODOY, 1996). Estas actividades, fueron interrumpidas en la primera fase del Gobierno Militar (1968 - 1975), incluyendo los servicios de información (Farje & Gutierrez apud ESTRADA & GODOY, 1996).

Según LIP (1994) la década del 60 fué el "boom" de la educación, de la expansión de la infraestructura sanitaria a través del Plan Hospitalario Nacional, del crecimiento vertiginoso del Seguro Social y del incremento de los gastos en vivienda.

En este período, se desarrolló la modernización de la estructura sanitaria y la extensión de cobertura. En 1969 se promulgó el Código Sanitario constituyendo el marco jurídico de las acciones y de las relaciones en el campo de la salud, formalizando una ideología sanitaria concordante con los principios de la salud pública. Casi simultáneamente se promulgó la Ley Orgánica del Sector Salud (LIP, 1994).

Desde este período el quehacer sanitario en el Perú sigue muy de cerca las políticas sanitarias

propulsadas por organismos internacionales, especialmente la OPS (Organización Panamericana de la Salud), UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (LIP, 1994).

En la década del 70, se originaron algunos cambios en la salud, se unieron las Sociedades de Beneficencia con el Ministerio de Salud y el Seguro Obrero con el Seguro del Empleado, se estableció la maternidad gratuita y se instaló el Servicio Civil de Graduados en medicina, enfermería y odontología (SECIGRA-SALUD) (YONG, 1996), considerado como requisito obligatorio para la obtención del título profesional. Los servicios sociales pasaron de derecho privado a derecho público con la aparición de los sistemas de atención masiva de salud, se iniciaron varios programas para los profesionales y no profesionales como resultado de una constante preocupación del Ministerio de Salud (LIP, 1994).

En 1974, el Perú reconoció la existencia de un problema poblacional, debido al acelerado crecimiento demográfico iniciado a partir de la industrialización, comprometiéndose por ello a definir su política de salud poblacional, elaborándose los "Lineamientos de Políticas de Población en la segunda fase del gobierno militar (1976-1980), aprobado en agosto de 1976 (Farje & Gutierrez apud ESTRADA & GODOY, 1996).

La expansión de los servicios sociales del Estado terminó con el inicio de la crisis fiscal desencadenado por la deuda externa y la crisis económica general de 1975. Desde ese momento, el Estado abandonó las responsabilidades sociales, situación que repercutió principalmente en los servicios de salud y educación. Es importante mencionar que a pesar de la expansión de los servicios públicos, durante 1963-1975, siempre existió un alto porcentaje de la población sin acceso a los servicios de salud y de seguridad social (LIP, 1994).

## EL PERÚ EN LOS AÑOS OCHENTA

La década del 80 fué denominada como "la década perdida", el Perú pasó por dos gobiernos democráticos: el primero un tanto débil, con devaluación monetaria diaria y desorganización en la salud y el segundo caótico, caracterizado por un incremento notable del terrorismo, con constantes procesos de devaluación monetaria y cambio del símbolo monetario e hiperinflación. El sector salud enfrentaba varios problemas relacionados a los establecimientos de salud (hospitales, centros y puestos de salud) colapsados y en quiebra, por los escasos recursos económicos y el la falta de credibilidad en el sector (YONG, 1996).

La inseguridad política y la crisis económica aceleraron la emigración de una gran parte de la población hacia otros países, destacándose la emigración de profesionales, siendo ésta una pérdida importante para los recursos humanos del país. Por otro lado, es importante mencionar la exclusión del Perú de los círculos financieros internacionales, como resultado de las decisiones tomadas por el presidente Alan García Pérez en 1989, en relación con el pago de la deuda externa (LIP, 1994).

## EL PERÚ EN LOS AÑOS NOVENTA

El Estado peruano llega a los años noventa atravesando intensas crisis relacionados con a su capacidad de gestión pública, su rol como garante del orden y la seguridad de los ciudadanos cada vez más amenazados por la violencia política, su autoridad en importantes ámbitos geográficos, su legitimidad y su representatividad ante la sociedad (LIP, 1994).

El gobierno asume la responsabilidad de solucionar la hiperinflación como principal problema económico, así como también la reinserción del Perú en los círculos financieros, el inicio de un proceso de formación de una economía de mercado libre, competitiva e integrada al resto del mundo. Así mismo otro objetivo propuesto fue el denominado Programa de Emergencia Social (PES), creado para reducir el costo social (LIP, 1994). Desde ese entonces se aplica una política neoliberal, observándose una tendencia creciente a la globalización de la información y de las economías, una tendencia a la desaparición de los regímenes socialistas, provocando una re-definición de muchas teorías y conceptos en Salud Pública y en Política de Salud (VARGAS, 1996). Cabe mencionar la epidemia del cólera de 1991, que generó uno de los grandes préstamos del Banco Mundial para la lucha contra esta enfermedad expandida por todo el país, dejando en crisis total a los más excluidos de la sociedad: los pobres (Perú. M.S. apud VARGAS, 1996).

En este contexto, las políticas de salud fueron formuladas con base en la reforma del Sistema de Salud, a través de la regionalización y descentralización como estrategias para lograr cambios, reorientando el modelo de atención para lograr una mayor cobertura de la población (ESTRADA & GODOY, 1996). Los principios que guían el proceso de reforma son los siguientes: equidad, universalidad, solidaridad, calidad, eficacia y eficiencia, buscando construir:

1. Un nuevo marco jurídico para el desarrollo de las acciones de salud.
2. Nuevas y mayores capacidades de gobierno.
3. Nuevo sistema de cuidado de la salud individual.

4. Nuevo sistema de atención de la salud colectiva.
5. Nuevo sistema de financiamiento del cuidado de la salud.
6. Nuevo sistema de gerencia de servicios de salud (AGUINAGA, 1996).

## SISTEMA DE SALUD

La crisis fiscal de la década de los años 80, afectó seriamente los recursos del sector salud, en consecuencia los gastos per cápita del Ministerio de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social entre 1985-1990, descendieron en un 50% (PERÚ. M.S., 1995). Con respecto a la cobertura de atención, un 25 % de la población poseía algún tipo de seguro de salud, al IPSS, actualmente Seguro Social de Salud (ESSALUD) le correspondía el 20,5% y el resto de la población, es decir, el 75% no poseía ningún tipo de cobertura previsional (AGUINAGA, 1996).

A partir de 1994 el Estado destinó U\$ 88 millones para el Programa de Focalización, actualmente denominado como "Programa de Salud Básica Para Todos". Posteriormente se inició el despliegue de proyectos de cooperación externa, por un monto total de U\$ 202 millones: el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud BID-MINSA (Banco Interamericano de Desarrollo-Ministerio de Salud) por un monto de U\$ 98 millones; Proyecto Salud y Nutrición Básica del Banco Mundial U\$ 44 millones y el proyecto 2000 U\$ 60 millones. Esto equivale a un gasto per cápita de 42.06 dólares por año, sin considerar los gastos de las instituciones militares y policiales (VARGAS, 1996).

En el sub-sector privado se continúan desarrollando nuevas instituciones y modalidades, haciendo parte de este panorama la expansión de la práctica privada, de pequeñas y medianas empresas, la modernización de las clínicas particulares y el lanzamiento de diversas modalidades de seguros de salud. Cabe destacar que existen diferencias con el sub-sector privado de la década anterior, actualmente se ofrecen programas de atención a la salud por parte de entidades que tienen servicios propios (clínicas y centros médicos) y por entidades que no necesariamente tienen tales servicios, llamándose compañías de seguros, autoseguros, fondos, programas de proveedores o sistemas de descuento (VARGAS, 1996).

En relación con los recursos humanos del sector salud, en general el problema no es cantidad, sino distribución, capacitación y motivación (PERÚ. M.S., 1995). Hasta 1996 el Perú tenía 10,3 médicos, 6,7 enfermeras y 1,1 odontólogos por cada 10,000 habitantes (PERÚ. Ministerio de Salud - Oficina General de Epidemiología, 1998).

En relación con la infraestructura de los establecimientos de salud, según el Censo de Infraestructura Sanitaria de 1992 existían 4,630 establecimientos, de los cuales 455 correspondían a hospitales, 1,083 a centros de salud y 3,079 a puestos sanitarios. Del total de establecimientos de salud, el sub-sector público contaba con 4,332 establecimientos, el MINSA tenía 3,934 y el IPSS 206 establecimientos, el sector no público contaba con 298 establecimientos (PERÚ. M.S., 1995).

## SITUACIÓN DE SALUD

La situación de salud de la población depende de los acontecimientos en el mundo del trabajo, en los procesos de consumo o reproducción social, en el medio ambiente y en la atención de salud. Estos cuatro ámbitos se deterioraron en las últimas décadas, determinando un cambio en los estilos de vida y en los niveles de ingreso. En el proceso de consumo o reproducción social, se presentaron cambios de los estilos de vida aldeanos y rurales a los estilos urbano-marginales y de estratos medios empobrecidos; de la vida sosegada y plena del hombre en contacto con la naturaleza, al mundo estresante de la ciudad-barriada, desbordada por los flujos migratorios. En el proceso del ambiente se pasó de la insalubridad y carencias rurales a la relativa insalubridad y carencias urbanas. En el proceso de la atención de salud los cambios acontecieron de los exiguos servicios hospitalarios de antaño a los sistemas de servicios masivos. En consecuencia, el Perú actualmente presenta un perfil epidemiológico muy heterogéneo.

La población rural y pobre, presenta como principales causas de muerte las enfermedades transmisibles y en las zonas urbanas las enfermedades crónicas degenerativas, aumentando estas en relación con las anteriores (Perú. M.S. apud VARGAS, 1996).

En relación con la tasa de fecundidad, ésta disminuye muy lentamente, teniendo como expectativa para el período 1995-2000 un promedio de 3.0%. La tasa bruta de natalidad para este quinquenio es de 24,9%, así mismo la esperanza de vida al nacer es de 68,3 años: en los hombres 65,9 años y en las mujeres 70,9 años (PERÚ. M.S. OGE, 1998).

Otro aspecto de particular influencia sobre la situación de la salud, es la evolución demográfica; la población urbana y periurbana del Perú se ha duplicado en los últimos 30 años, en cierta forma, como consecuencia del terrorismo, causante del desplazamiento de grandes sectores de la población rural hacia las ciudades, creando enormes conglomerados periurbanos con múltiples carencias (AGUINAGA, 1996).

La violencia política aumentó en la última

década, produciendo numerosas muertes, se estima que desde 1980 el número de víctimas por esta causa, pasó de 11 a 2,598 personas por año, y alcanzó un total de 13,909 al final de la década (LIP, 1994).

La tasa de homicidio en 1995 se estimó en 573, la de suicidio en 226 y las defunciones registradas por accidentes de vehículo de motor en 1,551 (PERÚ. M.S. OGE, 1998).

Con respecto a la epidemia del Cólera detectada a finales de enero de 1991, fué considerada un problema nacional y un peligro internacional, representando el inicio de una pandemia para Latino América, continente con poca experiencia en ésta enfermedad (VARGAS, 1996). En 1996, el número de casos de cólera fué de 4,500, con una tasa de mortalidad de 18,8% (PERÚ. M.S. OGE, 1998).

La agudización de la pobreza (escasa renta y falta de acceso a servicios básicos); el deterioro de la presencia pública social (carencia y/o inadecuada infraestructura de saneamiento y pérdida de los subsidios sociales); el caos cultural y el desorden social (desenraizamiento social, la falta de credibilidad y de acatamiento a las instituciones públicas) aumentaron el impacto económico en cuanto al ámbito y duración de la epidemia (VARGAS, 1996).

Por otro lado, se ha verificado en el Perú el resurgimiento de las enfermedades metaxénicas entre las que se destacan la malaria y el dengue (PERÚ. M.S., 1995), presentándose en 1996 un total de 211,432 casos: malaria por vivax con 161,418 casos, con una tasa de mortalidad de 674,1%; malaria por falciparum con 50,014 casos, con una tasa de mortalidad de 208,9%. En relación al dengue clásico se reportaron un total de 2,837 casos, con una mortalidad de 11,8% (PERÚ. M.S. OGE, 1998).

En relación con las enfermedades crónico degenerativas, se presentan principalmente las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias malignas. Las defunciones por enfermedades cardiovasculares aumentan con la edad, sobre todo a partir de los 45 años. Dentro de la población enferma por cáncer, se presentaron variaciones: disminuyó el cáncer de cuello uterino entre 1968-1970 y 1991 en 32% y el cáncer de seno aumentó en 43%, mientras que en los hombres el cáncer de estómago bajó en 37% y el de próstata subió en 48% (PERÚ. M.S., 1995).

Con relación a la mortalidad materna, desde 1991 se estimó en 261 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Cerca del 15% de las muertes maternas, corresponden a gestantes adolescentes (PERÚ. M.S., 1995).

Los menores de 1 año mueren por afecciones de origen perinatal, infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica, diferencias nutricionales y anomalías congénitas. En el grupo de 1-4 años de edad la

infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica son las dos principales causas de enfermedad y muerte. En 1996 la morbilidad por diarrea en menores de 5 años alcanzó un total de 431,496 casos, con una tasa de mortalidad de 148,7%. En lo que se refiere a la morbilidad por neumonías se presentaron 216,965 casos, con una tasa de mortalidad de 74,8% (PERÚ. M.S. OGE., 1998).

La alta cobertura de inmunizaciones alcanzadas recientemente disminuyó de manera significativa la incidencia de enfermedades inmuno-prevenibles como sarampión, difteria, tétanos y tós convulsiva. En 1996, se obtuvo en menores de 1 año, un 100,6% de cobertura en antipolio, 100,5% en DPT (vacuna contra la difteria, pertusis y tetano) 86,6% en antisarampión y 96,9% en BCG (vacuna contra la tuberculosis) (PERÚ. M.S. OGE., 1998).

La desnutrición calórico-protéica, constituye también una causa importante de muerte y discapacidad en el grupo de 1-4 años de edad, proyectándose al grupo de 6 a 9 años, en donde la desnutrición crónica alcanzó un 48% de la población. Así mismo, se estima que la anemia por deficiencia de hierro afectó al 20 % de la población infantil.

## CONCLUSIONES

La situación de salud presentada en forma breve, permite apreciar los eventos y cambios que determinaron la salud de la población peruana, en diferentes períodos, como consecuencia de las transformaciones socio-económicas y políticas.

Se observan problemas financieros, modificaciones demográficas, variaciones epidemiológicas, falta de acceso a los servicios de salud y violencia política, los cuales son considerados como los problemas más importantes que influyeron directamente en la salud de la población. Los problemas financieros agudizados, como resultado de los cortes presupuestales y la exclusión del Perú de los círculos financieros internacionales. Los problemas financieros se agudizaron como resultado de los cortes presupuestales y la exclusión del Perú de los círculos financieros internacionales. Los problemas demográficos aumentaron ya que, en los últimos 30 años la población se duplicó, ocasionando una rápida urbanización y el crecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas sin disminución significativa de las enfermedades infecto-contagiosas. Así mismo, la conformación de conglomerados urbano-marginales con múltiples carencias causó el desplazamiento de grandes sectores de la población rural. En relación con los cambios epidemiológicos se presenta un perfil muy heterogéneo con predominio de las enfermedades transmisibles, principalmente en las zonas más carentes. Finalmente, el

aumento de la violencia política y la epidemia del cólera causaron gran impacto tanto en el aspecto económico como en la salud de la población y afectaron directamente a las personas más pobres.

No obstante, a partir de 1990, se realizaron esfuerzos destinados a la recuperación de los servicios de salud, se plantea la Reforma del Sector Salud, teniendo como objetivo mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios, reorientando los modelos de atención a la población. Sin embargo, apesar de los cambios en el actual gobierno, el problema financiero continúa afectando las políticas de salud y en consecuencia, deteriorando la salud de la población.

Finalmente podemos decir que el Perú es un país convaleciente, en período de reactivación y recomposición, que superó una grave crisis, enfrentando en la actualidad procesos de reformas como respuesta a los problemas sociales, políticos y económicos. Consideramos que, a pesar de los avances realizados en los últimos años, las necesidades de salud de la población continúan siendo superiores a la capacidad de respuesta social existente.

**EL PERÚ, ES UNA GRAN NACIÓN, CON UNA TRADICIÓN DE ENTREGA Y DE SERVICIO, AMANTE DEL TRABAJO Y CON GRAN ESPERANZA EN EL FUTURO.**

## A GENERAL VIEW OF THE HEALTH SITUATION IN PERU

*This work presents a general view of the health situation in Peru in the last few decades by presenting a short historic development of health and pointing out the changes that have taken place as a consequence of the social, economic and political transformations and affected the population's health. The process of change in public and private health services, the influence of conceptions and sanitary policies of international organizations, the health system and the health situation are mentioned. Two problems of great impact are presented: the cholera epidemics and political violence.*

**KEY WORDS:** *health policy, public health*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. AGUINAGA, A.R. **Situación de la salud en Perú y sus tendencias:** la reforma sectorial. Lima: Ministerio de Salud. Lima, 1996, p. 23-29.
02. ESTRADA, M.V.; GODOY, R.M. Género y políticas de salud de la mujer en América Latina: caso Perú (Parte 2). **Rev. Esc.Enfermagem USP**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 204-208, ago. 1996.
03. LIP, C. Los Cambios en la profesión médica y sus implicancias. El caso del Perú. **Educ. Med. Salud**, v. 28, n. 1, p. 96-101, jan/maio. 1994.
04. PERÚ. Ministerio de Salud Oficina General de Epidemiología. **Situación de Salud del Perú.** [online] Lima, 12 de Mayo 1998. Disponible en la internet: <http://www.oge.sld.pe/>. Capturado el 07/set./1999.
05. PERU. Ministerio de Salud. **El desafío del cambio de milenio:** un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. Lima: Ministerio de Salud, 1995. 49p.
06. TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.
07. VARGAS, N.M. **O trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais:** as experiências da enfermagem no Brasil e no Perú. Rio de Janeiro, 1996. p.104, 107, 108. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
08. YONG, E.M. **Seminario Internacional Reforma del Sector Salud.** Lima, 1996. Discurso del Ministro de Salud de Perú.