

TRANSFORMACIONES EN EL MODELO DE GESTIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD EN EL PERÚ REPUBLICANO



**FONDO
EDITORIAL
COMUNICACIONAL**

**Carlos Bustíos Romani
Oswaldo Lazo Gonzales**

TRANSFORMACIONES EN EL MODELO DE
GESTIÓN DEL CUIDADO
DE LA SALUD EN EL
PERÚ REPUBLICANO

TRANSFORMACIONES EN EL MODELO DE
GESTIÓN DEL CUIDADO
DE LA **SALUD** EN EL
PERÚ REPUBLICANO

Carlos Bustíos Romani
Oswaldo Lazo Gonzales



TRANSFORMACIONES EN EL MODELO DE Gestión DEL cuidado DE LA salud EN EL Perú Republicano

Autores: Carlos Bustíos Romani y Oswaldo Lazo Gonzales

Primera edición
noviembre de 2021

500 ejemplares

© 2021
Fondo Editorial Comunicacional del CMP
Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú

Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total del contenido de este libro sin autorización por escrito de los propietarios del Copyright.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú
2021-13366

Colegio Médico del Perú
Malecón de la Reserva 791, Miraflores.
Lima 18, Perú
213-1400
www.cmp.org.pe

Asesoría editorial e impresión en Perú, por REP S.A.C.
Cervantes 485-502, San Isidro. Lima 27, Perú.
999-658531
jcandiotti@revistasespecializadas.com

Impreso en el Perú
Printed in Peru



Dedicatoria

*A nuestras familias
y a los médicos sanitaristas
del Perú Republicano*



COMITÉ EJECUTIVO

Dr. Miguel Palacios Celi	Decano	
Dr. Ciro Maguiña Vargas	Vicedecano	
Dr. Edén Galán Rodas	Secretario del Interior	
Dr. César Portella Díaz	Secretario del Exterior	
Dra. María Luisa Fajardo Loo	Tesorera	
Dr. Alfredo Celis López	Vocal	
Dr. Ildauro Aguirre Sosa	Vocal	
Dr. Augusto Tarazona Fernández	Vocal	
Dr. Mariano Cuentas Jara	Vocal	
Dr. Armando Rodríguez Huayaney	Accesitario	
Dr. Wilder Díaz Correa	Accesitario	
Dr. Wilmar Edy Gutiérrez Portilla (e)	Consejo Regional I	La Libertad
Dr. Luis Runciman Soplín	Consejo Regional II	Iquitos
Dr. Pedro Ruiz Chunga (e)	Consejo Regional III	Lima
Dr. Wilbert Barzola Huamán	Consejo Regional IV	Huancayo
Dr. Javier Gutiérrez Morales	Consejo Regional V	Arequipa
Dr. Carlos Gamio Vega Centeno	Consejo Regional VI	Cusco
Dr. Arnaldo Lachira Albán	Consejo Regional VII	Piura
Dr. Manuel Wilfredo Soria Alvarado	Consejo Regional VIII	Chiclayo
Dr. Julio Torres Chang	Consejo Regional IX	Ica
Dra. Danitza Del Carpio Velazco	Consejo Regional X	Huánuco
Dr. Orlando Handabaka Castro	Consejo Regional XI	Huaraz
Dr. Benjamín Núñez Espinel	Consejo Regional XII	Tacna
Dr. Favio Sarmiento López	Consejo Regional XIII	Pucallpa
Dr. Vidmar Mengoa Herrera	Consejo Regional XIV	Puno
Dr. Anderson Sánchez Sotomayor	Consejo Regional XV	San Martín
Dra. Doris De La Cruz Prado	Consejo Regional XVI	Ayacucho
Dr. Pedro Lovato Ríos	Consejo Regional XVII	Cajamarca
Dr. Henry Mendoza Cabrera	Consejo Regional XVIII	Callao
Dr. Luis Johanson Arias	Consejo Regional XIX	Chimbote
Dr. Manuel Rueda Camaná	Consejo Regional XX	Pasco
Dr. William Pinto Samanez	Consejo Regional XXI	Moquegua
Dr. José Romero Donayre	Consejo Regional XXII	Apurímac
Dra. Rina Bejarano Tafur	Consejo Regional XXIII	Tumbes
Dra. Yanet Yachi Fierro	Consejo Regional XXIV	Huancavelica
Dr. Richard Flores Malpartida	Consejo Regional XXV	Amazonas
Dra. Emperatriz Morales Valdivia	Consejo Regional XXVI	Madre de Dios
Dr. Víctor Rojas Polo	Consejo Regional XXVII	Lima Provincias

Presentación

El Fondo Editorial Comunicacional del CMP (FEC) se complace en presentar esta importante obra de los doctores Carlos Bustíos Romani y Oswaldo Lazo Gonzales.

Esta importante y valiosa obra, titulada Transformaciones en el modelo de gestión del cuidado de la salud en el Perú Republicano, cuenta con el auspicio editorial y el financiamiento del FEC y el CMP.

Esta obra permitirá que la comunidad médica, las autoridades y la sociedad conozca la historia de la institucionalidad político sanitaria del Estado peruano a lo largo de su vida republicana, mediante lo que los autores denominan modelos de gestión del cuidado de la salud pública.

El CMP, en el bicentenario de la independencia, que dio inicio a la vida del Perú Republicano, y ante el creciente debate producido frente a la crisis sanitaria generada por la pandemia y la incapacidad de organizar una respuesta eficaz, considera necesario aportar en este debate con la presentación de estos modelos de gestión, para ver qué se hizo y que quedó por hacer, y, por lo tanto, sobre lo cual es necesario avanzar para lograr un estado de salud óptimo para todos los peruanos. Este es el aporte de esta obra.

El CMP se siente complacido de publicar a través del FEC este libro, que no solo revela un gran esfuerzo de los autores por publicarlo, sino una obligación moral del CMP de darlo a conocer.

Dr. Miguel Palacios Celi

Decano nacional del CMP

Dr. Ciro Maguiña Vargas

Presidente del FEC



FONDO EDITORIAL COMUNICACIONAL (FEC)

Dr. Ciro Maguiña Vargas

Director del FEC

Médico infectólogo tropicalista dermatólogo

Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

Académico de número, Academia Nacional de Medicina

Dr. Jorge González Mendoza

Médico infectólogo

Secretario del FEC

Moderador, Programa para la Monitorización de

Enfermedades Emergentes (Promed),

International Society of Infectious Diseases

Dr. Ricardo Iván Álvarez Carrasco

Instituto Nacional Materno Perinatal

Asociación Médica Peruana de Patología Clínica

Academia Panamericana de Historia de la Medicina

Asociación de Historia de la Medicina Peruana

Dr. Oscar Pamo Reyna

Médico internista

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Miembro del FEC

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Académico de número, Academia Nacional de Medicina

Dr. Alberto Emilio Zolezzi Francis

Director Comité Editorial y miembro del FEC

Médico gastroenterólogo

Hospital Nacional María Auxiliadora

Universidad Ricardo Palma

Siglas y acrónimos

AFP	Administradora de Fondos de Pensiones	CPLGS	Comisión del Proyecto de Ley General de Salud
AGNU	Asamblea General de las Naciones Unidas	CPPS	Centro Panamericano de Planificación de la Salud
AISS	Asociación Internacional de la Seguridad Social	CTAR	Comité Transitorio de Administración Regional
Amssoop	Asociación Médica del Seguro Social del Perú	CVR	Comisión de la Verdad y la Reconciliación
ANH	Asociación Nacional de Higienistas	Dircote	Dirección Contra el Terrorismo
APP	Asociaciones Pública Privadas	Diresa	Dirección Regional de Salud
APS	Atención Primaria en Salud	Enaho	Encuesta Nacional de Hogares
ARSE	Administradora de Riesgo de Seguro Escolar	ENCA	Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos
AUS	Aseguramiento Universal en Salud	Endes	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
BID	Banco Interamericano de Desarrollo	Enniv	Encuesta Nacional de Niveles de Vida
BM	Banco Mundial	Ensap	Escuela Nacional de Salud Pública
BN	Banco de la Nación	EPS	Entidades Prestadoras de Salud
CAEM	Centro de Altos Estudios Militares	Fenutsa	Federación Nacional Unificada de Trabajadores del Sector Salud
CAPS	Cooperativas Agrarias de Producción Social	Fissal	Fondo Intangible Solidario de Salud
CARE	<i>Cooperative for Assistance and Relief Everywhere</i>	FMI	Fondo Monetario Internacional
Cedro	Centro de Formación y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas	FMP	Federación Médica Peruana
Cepal	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	Foncodes	Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social
Ceplan	Centro Nacional de Planeamiento Estratégico	Frends	Frente Nacional de Defensa de la Salud y la Seguridad Social
CGTP	Confederación General de Trabajadores del Perú	Geresa	Gerencia Regional de Salud
CIAS	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales	GRFA	Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada
CLAS	Comité Local de Administración de Salud	Iafas	Instituciones que Administran Fondos de Aseguramiento en Salud
CMP	Colegio Médico del Perú	IES	Índice de Exclusión Social
CND	Consejo Nacional de Descentralización	Indes	Instituto Peruano para el Desarrollo de la Salud
CNS	Consejo Nacional de Salud	INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
COAP	Comité de Asesoramiento de la Presidencia de la República	INHSP	Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública
Comsss	Comisión Permanente Monitorea de la Seguridad Social en Salud	INP	Instituto Peruano de Planificación
Conamad	Consejo Nacional de Medicamentos, Alimentos y Drogas	INS	Instituto Nacional de Salud
Conapmas	Consejo Nacional de Protección del Medio Ambiente para la Salud	INC	Instituto Nacional del Cáncer
Conif	Comité Nacional de Integración Funcional	Ipress	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
		IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
		Isapres	Institutos de Salud Previsional
		LAT	Ley sobre Accidentes de Trabajo
		LPIS	Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias
		MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud

MEF	Ministerio de Economía y Finanzas	SAIS	Sociedades Agrícolas de Interés Social
Midis	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	SCISP	Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública
Minsa	Ministerio de Salud	SCTR	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
MRTA	Movimiento Revolucionario Túpac Amaru	SEG	Seguro Escolar Gratuito
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Senpas	Servicio Nacional Participatorio de Salud
MSPTPS	Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social	SEPS	Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud
OEA	Organización de Estados Americanos	Servir	Autoridad Nacional del Servicio Civil
OIT	Organización Internacional del Trabajo	SESP	Servicio Especial de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud	Silos	Sistemas Locales de Salud
ONG	Organizaciones no Gubernamentales	SIN	Servicio de Inteligencia Nacional
ONIS	Oficina Nacional de Información Social	Sinamos	Sistema Nacional de Apoyo a la Movilización Social
ONP	Oficina de Normalización Previsional	Sinaplan	Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico
ONU	Organización de las Naciones Unidas	SIS	Seguro Integral de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud	Sisfho	Sistema de Focalización de Hogares
ORDE	Organismos de Desarrollo	SL	Sendero Luminoso
OSS	Organizaciones de Servicios de Salud	SMI	Seguro Materno Infantil
PAAG	Programa de Administración de Acuerdos de Gestión	SNCDS	Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
PAC	Programa de Administración Compartida	SNP	Sistema Nacional de Pensiones
PAE	Programa de Ajuste Estructural	SNP	Sistema Nacional de Planificación
Pafam	Programas de Atención Integral a la Familia	SNS	Sistema Nacional de Salud
PAIS	Programas de Atención Integral de Salud	SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
PBI	Producto Bruto Interno	SPAFP	Sistema Privado de Administradoras de Fondos de Pensiones
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros	SPSP	Sociedad Peruana de Salud Pública
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud	SSE	Seguro Social del Empleado
PEI	Planes Estratégicos Institucionales	SSO	Seguro Social Obrero
Pesem	Plan Estratégico Sectorial Multianual	SSP	Seguro Social del Perú
PFSS	Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud	STP/2000	Salud para Todos en el año 2000
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Sunasa	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
Pidesc	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Susalud	Superintendencia Nacional de Salud
PMGSB	Programa de Mejora del Gasto Social Básico	TSN	Tribunal de Sanción Nacional
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
PpR	Presupuesto por Resultados	UNMSM	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Praes	Promoviendo Alianzas y Estrategias	Usaid	<i>United States Agency for International Development</i>
PSBPT	Programa de Salud Básica Para Todos	Vraem	Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro
PSL	Plan de Salud Local	Zonadis	Zona de Desarrollo Integral de la Salud

Contenido

Prólogo	19
Introducción	33
Capítulo 1. JUSTICIA SOCIAL Y RACIONALIDAD EN CUIDADO DE LA SALUD	37
1.1. SALUD Y CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL	39
– Salud y enfermedad: un itinerario conceptual.....	39
– El cuidado de la salud poblacional.....	40
– El cuidado de la salud poblacional: continuidades y cambios	41
1.2. LA JUSTICIA SOCIAL EN EL MUNDO OCCIDENTAL	45
– Justicia como virtud.....	45
– Concepto de justicia social.....	46
– Estado y justicia social.....	47
– Doctrina de derechos humanos y justicia social.....	51
– El derecho a la salud.....	54
1.3. RACIONALIDAD DE LA ACCIÓN SOCIAL	56
– Habermas y la acción comunicativa.....	57
– Racionalidad de la acción social comunicativa	58
1.4. ÓRDENES SOCIALES SEGÚN COMTE-SPONVILLE	60
1.5. CATEGORÍAS DEL ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL	64
– Cientificidad	64
– Legalidad	64
– Legitimidad.....	65
Capítulo 2. SANIDAD PÚBLICA EN LA REPÚBLICA TEMPRANA	67
2.1. CONTEXTO REPUBLICANO EN EL PERÚ DEL SIGLO XIX	69
– El contexto político y económico	69
2.2. DESIGUALDAD SOCIAL EN LA REPÚBLICA PERUANA TEMPRANA	72
– Continuidades y cambios en las desigualdades sociales	72
– Ideas que legitimaron las desigualdades sociales y políticas	75
– Movilizaciones campesinas	77
2.3. JUSTICIA SOCIAL EN LA REPÚBLICA TEMPRANA	78
– Persistencia del pensamiento colonial sobre la justicia	78
– Administración de la justicia y la corrupción	79
2.4. SANIDAD PÚBLICA EN LA REPÚBLICA TEMPRANA	80
– Antecedentes coloniales	89
– Cientificidad de la sanidad pública	89
– Legitimidad de la sanidad pública	90
– Legalidad de la sanidad pública	92
– Otras organizaciones estatales y los médicos titulares	92

2.5. ASISTENCIA SOCIAL Y BENEFICENCIAS EN LA REPÚBLICA PERUANA TEMPRANA	87
– Antecedentes coloniales	88
– Legalidad de la asistencia social	89
– Legitimidad de la asistencia social	90
– Otras modalidades de protección social.....	92
– Primer intento de establecer el Seguro Obrero en el Perú	92
2.6. CRISIS DEL ESTADO PREOLIGÁRQUICO Y DE LA SANIDAD PÚBLICA	93
– Crisis del Estado Preoligárquico o Caudillista	93
– Situación de la Sanidad Pública al final del período	94
– Situación de la Asistencia Social al final del período.....	96

Capítulo 3. SALUBRIDAD PÚBLICA EN

LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA	101
3.1. CONTEXTO PERUANO EN EL PERÍODO	103
– Aspectos políticos	103
– Aspectos económicos	104
3.2. DESIGUALDAD SOCIAL EN LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA	105
– La desigualdad social en el Estado Oligárquico Civilista	105
– Movimientos sociales contra las desigualdades	107
3.3. PROYECTO DE DESARROLLO CIVILISTA EN LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA	109
– Vigencia de la Constitución de 1860 y la administración de justicia	109
– El “problema indígena” y el desarrollo	110
– Proyecto de desarrollo oligárquico-civilista	112
– Reforma de la Administración Pública	112
3.4. SALUBRIDAD PÚBLICA EN LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA	113
– Cientificidad de la salubridad pública	114
– Legitimidad de la salubridad pública	115
– Legalidad de las políticas de gestión de la salubridad	116
3.5. ASISTENCIA Y PROTECCIÓN SOCIAL EN LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA	119
– Cuestionamiento a la legitimidad de la asistencia social	120
– Protección contra los accidentes de trabajo.....	120
3.6. CRISIS DE LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA Y AGOTAMIENTO DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA AL FINAL DEL PERÍODO	121
– Crisis de la República Aristocrática	121
– Fragilidad político-administrativa de la salubridad pública	121
– Agotamiento técnico y operativo de la salubridad pública	122
– Insuficiencias operativas de las Sociedades Públicas de Beneficencia	124

Capítulo 4. SALUBRIDAD PÚBLICA EN EL “ONCENIO” DE LEGUÍA Y LA CRISIS DE LA DÉCADA DE 1930	127
4.1. CONTEXTO PERUANO EN EL PERÍODO	129
– Aspectos económicos y políticos	129
– La coyuntura de crisis	131
4.2. DESIGUALDADES SOCIALES EN LA “PATRIA NUEVA” Y LA CRISIS DE LA DÉCADA DE 1930	132
– Cambios en el abordaje político de las desigualdades	132
– Corrientes de pensamiento sobre las desigualdades sociales	132
– Movilizaciones sociales y antioligárquicas	133
4.3. JUSTICIA SOCIAL DURANTE LA “PATRIA NUEVA”	134
– Justicia y derechos sociales	134
– Administración de la justicia e incremento de corrupción	135
4.4. CAMBIOS EN LA SALUBRIDAD PÚBLICA	136
– Cambios en el modelo de la salubridad	136
– Cambios en la legislación de la Dirección de Salubridad	137
– La Asociación Nacional de Higienistas	142
4.5. ASISTENCIA Y PROTECCIÓN SOCIAL EN LA “PATRIA NUEVA”	143
– Asistencia social y Beneficencia	143
– Otras modalidades de protección social	145
4.6. CRISIS DEL ESTADO OLIGÁRQUICO, DE LA “PATRIA NUEVA” Y DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA	145
– Crisis del Estado Oligárquico Civilista	145
– Crisis de la Salubridad Pública y la Asistencia Social	147
Capítulo 5. SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO OLIGÁRQUICO POPULISTA	151
5.1. CONTEXTO PERUANO EN EL PERÍODO	153
– Aspectos políticos	153
– Aspectos económicos	154
– Aspectos administrativos	154
– Cambios en la estructura de la sociedad peruana	155
5.2. DESIGUALDAD SOCIAL EN EL ESTADO OLIGÁRQUICO POPULISTA	156
– Distribución desigual del ingreso nacional	156
– Las desigualdades regionales en condiciones de vida y salud	157
– Movimientos sociales contra las desigualdades	159
5.3. JUSTICIA SOCIAL EN EL ESTADO OLIGÁRQUICO POPULISTA	161
– Justicia y derechos sociales: continuidad y cambio	161
– Administración de la justicia y corrupción	162
– Surgimiento de nuevas ideas sobre la justicia social	162

5.4. SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO OLIGÁRQUICO POPULISTA	163
– Salud pública y Subsector Público Nacional en Salud	164
– Cientificidad de la salud pública.....	165
– Legitimidad de la salud pública.....	166
– Legalidad de la salud pública	168
– Desarrollo de la infraestructura hospitalaria pública	173
– Sociedad Peruana de Salud Pública: foro por la reforma de la salud	173
5.5. ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL ESTADO OLIGÁRQUICO POPULISTA	175
– Asistencia social y beneficencia	175
– Surgimiento de la seguridad social en el Perú	176
5.6. CRECIMIENTO Y FRAGMENTACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA AL FINAL DEL PERÍODO	179
– Crecimiento y dispersión del Subsector Público Nacional en Salud	179
– Desigualdades e injusticias en las prestaciones de salud	180
– El final de un período	183
Capítulo 6. EL SECTOR SALUD EN EL ESTADO INTERVENCIONISTA	187
6.1. CONTEXTO PERUANO EN EL PERÍODO	189
– El contexto político y económico	189
– La reforma administrativa	192
– La reforma agraria	193
6.2. DESIGUALDAD SOCIAL EN EL ESTADO INTERVENCIONISTA	194
– Nuevas ideas sobre la desigualdad	194
– Desigualdad social y pobreza	195
– Desigualdad en los riesgos de enfermar y morir	197
– Movilizaciones gremiales y populares	199
– Subversión y violencia	200
6.3. JUSTICIA SOCIAL EN EL ESTADO INTERVENCIONISTA	200
– Derechos en la Constitución Política de 1979	200
– Administración de justicia y corrupción	201
6.4. SECTOR SALUD EN EL ESTADO INTERVENCIONISTA	201
– El modelo de gestión sectorial en salud	202
– Cientificidad del modelo sectorial en salud	202
– Legitimidad de la política sectorial de salud	204
– Legalidad del modelo sectorial de salud	206
– Colegio Médico del Perú: espacio de legitimación del modelo sectorial	210
6.5. LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL ESTADO INTERVENCIONISTA	211
– Legitimidad del desarrollo e integración de los seguros sociales.....	211
– Legalidad de la integración de los seguros sociales	212
– Resultados de la integración de los seguros sociales	213

6.6. HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD	214
– Debate y propuestas de reforma del cuidado de la salud en el Perú	214
– Sistema Nacional de Servicios de Salud	216
– Integración Funcional del Minsa y el IPSS	218
6.7. CRISIS DEL ESTADO INTERVENCIONISTA Y DEL MODELO SECTORIAL DE GESTIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD	220
– Crisis del Estado Intervencionista	220
– Crisis del modelo sectorial en salud	221
ANEXO 1: OBSERVACIONES DESDE LA ENSAP	227

Capítulo 7. **MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DEL ASEGURAMIENTO, EN EL RÉGIMEN NEOLIBERAL AUTORITARIO**

7.1. EL CONTEXTO PERUANO EN EL PERÍODO	231
– El neoliberalismo y el Consenso de Washington	231
– El neopopulismo de Fujimori	232
– El “autogolpe” de Fujimori y las bases del Estado Neoliberal	232
– Estado Neoliberal Autocrático	233
– Reformas político administrativas y lucha contra el terrorismo	234
7.2. LA POBREZA EN EL ESTADO NEOLIBERAL	235
– Crecimiento económico y pobreza	235
– Estrategia de lucha contra la pobreza	237
– Programas de alivio a la pobreza	238
– Salud en la lucha contra la pobreza	240
7.3. JUSTICIA SOCIAL EN EL ESTADO NEOLIBERAL	242
– Estado, mercado y derechos humanos	242
– Los derechos sociales en la Constitución Política de 1993	243
– Administración de justicia y corrupción	244
7.4. INICIOS DE LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD	245
– Mercantilización de la salud	245
– Origen y características del modelo del aseguramiento en salud	246
– Cientificidad del modelo de aseguramiento en salud	250
– Legitimación del modelo de aseguramiento en salud	252
– Bases jurídicas del modelo de aseguramiento en salud	253
– Implementación de las políticas de mercantilización en salud	254
7.5. PRIVATIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERÚ	257
– Bases de legitimación de la privatización de la Seguridad Social	257
– Bases jurídicas de la privatización de la Seguridad Social	259

7.6. CONSOLIDACIÓN DE MERCANTILIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	260
– Formalización de la mercantilización del sistema de salud	260
– Régimen contributivo	261
– Régimen no contributivo	262
– Posición del Colegio Médico del Perú	263
7.7. SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO AL FINAL DEL SIGLO XX	264
– A modo de balance	264

Capítulo 8. ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

8.1. CAMBIOS EN EL CONTEXTO	273
– El contexto internacional: más allá del Consenso de Washington	273
– El contexto político y económico nacional	274
– El contexto político-administrativo nacional	277
8.2. POBREZA Y DESIGUALDAD EN EL ESTADO NEOLIBERAL	279
– Crecimiento de la economía y disminución de la pobreza	279
– Mantenimiento de los índices de desigualdad	280
– Movimientos y conflictos sociales	281
8.3. LA POLÍTICA SOCIAL NEOLIBERAL	282
– El rol del Estado	282
– Administración pública y corrupción	283
– La lucha contra la pobreza	284
8.4. GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD	285
– Continuidades y cambios	285
– Renovación de la estrategia de atención primaria en salud	286
– Cambios en la organización del Ministerio de Salud	287
– Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud	288
– Cambios en la gestión del sector Salud	289
– Cambios en el gasto en salud	291
8.5. ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD: DISCURSO, ACTORES Y PROCESO	292
– El discurso	292
– Los actores y el proceso	294
– Legalización del Aseguramiento Universal de Salud	296
– Colegio Médico del Perú: Un actor relevante	298
– Aseguramiento Universal de Salud hacia el final del período	300
– Aseguramiento Universal de Salud: posición de los actores	303
8.6. LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y EL SISTEMA DE SALUD AL FINAL DEL TERCER LUSTRO	306
- Debilidad institucional y descrédito de la burocracia	306
- Situación de la gestión pública	308
- Sistema de Salud: mercantilización, inequidad y exclusión	309
- Nuevas disposiciones para la implementación del Aseguramiento Universal de Salud	311

Capítulo 9. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES	319
9.1. MODELOS DE GESTIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD EN EL PERÚ REPUBLICANO	321
– Introducción	321
– Cambios en la racionalidad de los modelos	322
– Limitaciones de los modelos	323
9.2. ACUERDO NACIONAL: UNA EXPRESIÓN DE RACIONALIDAD Y JUSTICIA EN EL CAMPO DE LA SALUD	326
– Acuerdo Nacional: compromiso con la justicia en salud	326
– Restricciones contextuales a la propuesta del Acuerdo Nacional	327
– Restricciones del sector Salud a la propuesta del Acuerdo Nacional	332
9.3. ANÁLISIS DE LOS ACTORES Y PROCESOS DE LAS TRANSFORMACIONES DEL CUIDADO DE LA SALUD, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA JUSTICIA SOCIAL	338
9.4. CONCLUSIONES	343

Prólogo

Debo iniciar este prólogo agradeciendo a los autores de este libro, doctores Carlos Bustíos Romani y Oswaldo Lazo Gonzales, por su invitación y por el privilegio de leer y comentar esta obra: *Transformaciones en el modelo de gestión del cuidado de la salud en el Perú Republicano*.

Este extraordinario libro que nos ofrece el doctor Bustíos tiene varias virtudes. Una de ellas es su oportunidad. Llega a los lectores cuando nuestro país sufre la peor catástrofe sanitaria global desde 1918, que nuestra población vive con miedo, incertidumbre y una notable capacidad de respuesta y resistencia. El costo social en vidas, enfermedad y dolor de las familias está siendo muy alto, entre los más altos del mundo. La pandemia de covid-19 ha puesto al desnudo las grandes falencias del Estado peruano para cumplir con sus ya debilitadas responsabilidades con la vida y la salud de la población (recuérdese que nuestro Estado es, desde 1993, un Estado subsidiario, que solo debe hacer lo que los mercados no pueden o no les interesa). Falencias entre las cuáles se deben contar la indiferencia ante el progresivo deterioro de la sanidad pública, responsable de proteger la salud de toda la población. Después de doce años de crecimiento económico, con cifras que, de un lado, muestran un crecimiento del presupuesto nacional en salud y una creciente afiliación al subsidio para pobres llamado Seguro Integral (que ni es seguro ni es integral); y del otro, un estancamiento del gasto público sanitario (como proporción del PBI) y un desmantelamiento de la capacidad de atención de los servicios públicos al punto que al momento de la llegada de la pandemia, la infraestructura y la capacidad de los servicios del Minsa y de los Gobiernos regionales, incluidas la infraestructura y la capacidad de los servicios de salud pública, estaban en niveles cercanos a la ruina. El Informe 2020 del Minsa sobre Brechas de Infraestructura y Capacidad de Atención, publicado a fines de enero del año pasado, es muy elocuente sobre todo al mostrar la quiebra del primer nivel de atención y la capacidad en el cuidado de la salud pública, y un deterioro importante en los hospitales públicos.

En la última década previa a la llegada del SARS-CoV-2, el Estado peruano y las autoridades sanitarias vieron con indiferencia o ineptitud cómo se gestaba un desastre perfecto en el sistema público al alimentar una extraordinaria demanda sobre los servicios públicos (un reclamado éxito del Aseguramiento Universal) al mismo tiempo que se debilitaba la

capacidad de la oferta de los servicios públicos (con un gasto público, que durante muchos años, se encuentra entre los últimos lugares en América Latina). ¿En qué se hallaba ocupada nuestra autoridad sanitaria nacional? ¿Qué otra cosa más importante tenían entre manos los diversos responsables que han ocupado el despacho de la avenida Salaverry? Los autores nos ofrecen una respuesta a esta legítima e importante preocupación en los dos últimos capítulos de este libro de obligatoria lectura. Pero antes, su libro da cuenta de la historia del por qué hemos llegado a esos niveles de abandono de la sanidad pública, mientras se resalta la afiliación universal a un esquema de aseguramiento público-privado, que reposa, para la provisión de bienes y servicios basado para la mayoría de la población en los propios servicios públicos.

A los 200 años de la experiencia peruana con el sistema republicano de gobierno, el libro nos presenta un panorama de la historia de la institucionalidad político sanitaria del Estado peruano a lo largo de su azarosa evolución. Ese panorama nos permite identificar los avances (escasos) en materia de la responsabilidad estatal con la salud pública (entendida como la salud del público, de la colectividad) y, sobre todo, las limitaciones políticas y operacionales de dichas instituciones que Bustíos, de manera sistemática y con base historiográfica de sus fundamentos científicos y filosóficos, prefiere denominar “modelos –estatales– de gestión del cuidado de la salud pública”.

Thomas Mann solía decir que la vida se vive mirando hacia adelante, pero solo se puede entenderla si miramos hacia atrás. Los autores, en este magnífico libro, nos proporciona muchos conocimientos y argumentos para poder entender la tragedia del sistema sanitario peruano a lo largo de estos dos siglos. Durante 199 años de vida republicana la salud de la población nunca fue prioridad política de ningún gobierno, de ninguno de los diversos “tipos de Estado” que hubo. Recién en marzo del año 2020, obligados de grado y fuerza por la terrible pandemia de covid-19, el Estado peruano y el gobierno de turno empezaron a responder, de manera improvisada, conflictiva y sin ideas claras de lo qué hacer (como ha ocurrido en todas partes del mundo), sobre las consecuencias graves y letales de la pandemia.

También ha quedado clara la ineptitud del sistema sanitario para actuar preventivamente: nunca se ha hecho, y se sigue sin hacer, la vigilancia epidemiológica básica para el identificar y controlar los nuevos casos y el seguimiento del contagio en la población. ¡Se estuvo, por más de un año, combatiendo una pandemia sin salud pública, solo con medidas recuperativas en los decaídos hospitales públicos! Podemos asumir, de la lectura de este trabajo, que, por primera vez en su bicentenario historia, el Estado peruano trató de responder a las necesidades sanitarias de toda su población. Gracias a este libro podemos hacernos una idea de por qué y cómo ha sido que la salud de los peruanos y su derecho a la salud nunca fue de preocupación por quiénes controlaron y controlan el poder político y económico, en una república que nunca reconoció como derecho fundamental la protección de la salud colectiva en nuestro país.

Otra virtud de este notable libro es que constituye una rareza en la experiencia nacional con la investigación en salud pública, porque es fruto de un programa de investigación, de un esfuerzo de largo plazo. Es el resultado de un esfuerzo colectivo organizado, planificado y sostenido de producción de conocimiento científico sobre un determinado problema. Ha participado un grupo importante de profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, bajo la coordinación del profesor Bustíos, esfuerzo al que une su aporte, principalmente en los últimos capítulos Oswaldo Lazo, también docente e investigador universitario.

Es importante llamar la atención a este extraordinario esfuerzo de investigación científica en un contexto donde la investigación, el desarrollo y la innovación científicas, tampoco son valoradas ni promovidas, en la medida que sería necesaria, considerando la importante contribución de la ciencia al desarrollo humano, por el Estado y sus instituciones en nuestro país. La investigación en salud es relativamente importante en el conjunto de la investigación en nuestro país, donde la mayor es la investigación biomédica que, en buena parte, está vinculada a las necesidades de realizar ensayos clínicos poblacionales de la gran industria farmacéutica internacional. La investigación en salud pública es minoritaria y, dentro de esta, la investigación sobre políticas y sistemas de salud es aún menor. La investigación que sustenta el libro de Bustíos y Lazo pertenece a este último tipo de estudios, y, por esto, es doblemente importante y bienvenida.

El anuncio por parte del nuevo gobierno de crear un ministerio de Ciencia y Tecnología es una buena oportunidad para el impulso de la investigación, el desarrollo y la innovación, como responsabilidades estatales. Esa nueva dependencia podría impulsar una política de Estado y unas instituciones bien equipadas para asegurar el cumplimiento de objetivos estratégicos de desarrollo de la ciencia (gobernado, planificado, financiado, con personal bien preparado), orientado a las necesidades nacionales del desarrollo humano (no solo del desarrollo económico) y, de la salud poblacional, que ofrezca soluciones a las necesidades sociales y sanitarias de nuestra población, incluida la indispensable transformación del actual sistema de salud.

Sociedades como las nuestras, con un nivel de desarrollo humano –enfaticando las necesidades de educación y salud– bajo, requieren de la investigación científica para el impulso de su desarrollo integral y también para poder avanzar en constituirnos como sociedad moderna. Lo que caracteriza a una sociedad moderna es que la vida individual y colectiva, y sus implicaciones en el gobierno de la sociedad, se orientan por conocimiento y no por meras creencias. Estas creencias nos mantienen atados a la ignorancia y fáciles presas de la manipulación política o religiosa, sea esta tradicional y atávica, o informática o digital, basada en las conspiraciones y la negación flagrante de la realidad. La pandemia nos ha ofrecido miles de ejemplos de la manipulación de las creencias de la gente, por falsos expertos y también por reales expertos opinando sobre problemas que no son de su competencia.

La obra está organizada en nueve capítulos. En el primero se presentan los fundamentos epistemológicos y la estrategia de análisis de cada uno de los modelos de gestión estatal del cuidado de la salud. Esta estrategia se construye sobre análisis del origen, dominio y crisis de las diversas caracterizaciones del Estado peruano desde la independencia nacional hasta mediados del segundo decenio de este siglo. En cada estadio/tipo de Estado se identifica, mediante el exhaustivo estudio de fuentes primarias y secundarias, seis modelos de gestión estatal del cuidado de la salud. Estos son los siguientes:

- Sanidad pública
- Salubridad pública
- Salud pública
- Sectorial de salud
- Aseguramiento en salud

El noveno y último capítulo sintetiza, de manera magistral y con un estimulante ánimo de polemizar, las bases y los contenidos esenciales del trabajo con un doble objetivo: resaltar los rasgos esenciales de cada modelo de gestión estatal del cuidado sanitario colectivo, y apuntalar algunos conceptos filosóficos y políticos de gran importancia en la elaboración de marco conceptual y metodológico de la obra. Es un sólido capítulo de reaseguro científico y de síntesis.

Para cada uno de estos modelos institucionales el autor ha tomado el debido cuidado de realizar un análisis de los objetivos políticos en términos de la definición de la naturaleza del Estado, de los argumentos cognitivos y normativos vigentes y de la “cientificidad” (en la forma de una exploración del “pensamiento sanitario” o del paradigma de enfermedad vigentes). El resultado que se busca es tener una idea de la legitimidad tecnocientífica y no solo el objetivo político (o económico-político: sanidad de puertos, por ejemplo) del ordenamiento que rige la gestión gubernamental del cuidado de la salud poblacional. La exploración de un nivel de condicionamiento relacionado con el orden moral se realiza buscando su asociación con las ideas de justicia social y bien común. Si embargo este intento queda de cierta manera trunco dadas las limitaciones de estos conceptos cuando se exploran fuera del contexto de los debates más recientes sobre Justicia levantados por John Rawls y sus críticos), Justicia y Desarrollo por Amartya Sen, Justicia y Ética o, de los recientes desarrollos de las posturas críticas a una interpretación general o global de los Derechos Humanos, como los propuestos por Samuel Moyn.

La lectura de cada capítulo, del 2 al 8, bajo esa perspectiva de organizar el trabajo historiográfico, es apasionante y de suma utilidad para quién trabaja en salud pública, sea en la academia, la gestión pública o en algún poder del Estado que tenga que ver con la salud de la gente. No digo que no sea de utilidad para todo profesional de la salud, o persona interesada en estos asuntos, solo que deseo resaltar la emoción, el estímulo y el

esclarecimiento que genera la lectura en quienes de alguna manera deben reflexionar y actuar sobre los problemas de la salud poblacional. Es una lectura estimulante y placentera, informativa y reflexiva. El doctor Bustíos expresa su posición con elocuencia y sin dudas, y desde mi particular interés, de manera especial, valiente y brillante, en los tres últimos capítulos, más cercanos a la experiencia cotidiana del lector y las cuestiones candentes del debate actual.

A propósito de lo mencionado antes sobre la vida, el presente y el pasado por Thomas Mann, que nos remite a la idea de Historia (con mayúsculas) como la vía para entender la vida. La historia que se lee en este libro, la de nuestras instituciones políticas y sociales generadas para tratar con la condición humana, la vida, la enfermedad y la muerte de nuestra población, no es una historia unívoca e integrada. Es una historia con grietas, rupturas, filtraciones y muros. Historia de esperanzas y también de duras frustraciones, como la historia de “la reforma sanitaria que no fue”, del año 1975, que el profesor Carlos Bustíos nos ha ofrecido hace pocos meses.

Es menester resaltar sobremanera, la sabiduría y la paciencia, propias de quien se ha pasado la vida entera trabajando (en la gestión pública, en la docencia y en la investigación) en salud pública e investigando, nos ofrece una idea general de Historia que no adolece, como suele ser tan común en las historias de la ciencia, de ese terrible determinismo histórico llamado progreso: la idea de la Historia como el avance de la humanidad hacia el dominio del mundo y la inmortalidad del hombre.

La vida en este planeta a lo largo de lo que conocemos como Historia (más allá de los furiosos y muy útiles debates poshegelianos) no es únicamente la lista de extraordinarios logros para la humanidad producidos por hombres y mujeres extraordinarios. Hay muchas luces pero también hay numerosas sombras. La historia también está jalonada de acontecimientos luctuosos, guerra, pestes, genocidios, destrucción de la naturaleza, colonialismo, etc. El siglo XX es una muestra cercana de la crueldad de la Historia con la Humanidad (o, tal vez, de la Humanidad con la Historia). ¿Cómo no dudar de la idea positivista del progreso? Por fortuna, el doctor Bustíos nos libra, preventivamente, como buen sanitarista, de llegar a malentender que, por ejemplo, la salud colectiva peruana del siglo XXI es la cumbre de la historia del progreso del saber, la tecnología, la informática, etc; mediadas, facilitadas, generadas por la suma de nuestras instituciones públicas (y privadas) y sus políticas.

La pandemia de covid-19 es una realidad dura y terrible para toda la humanidad y para nuestra población, y constituye un resonante mentís a la aceptación del progreso “como destino manifiesto”, como rumbo y meta de un (irresponsable) andar en este mundo. ¿Cómo no recordar a Walter Benjamin cuando pensaba que la Historia es una especie de tren sin controles que avanza velozmente hacia una catástrofe universal?, y también que la Revolución era el único freno que podría evitar esa catástrofe.

Algunos enfoques de política que lidian con la complejidad de las relaciones de poder hablan de Gobernanza para definir la morfología y la dinámica de las instituciones del gobierno y de la gestión pública. Se podría decir que el doctor Bustíos nos ofrece una historia bien pensada y bien fundamentada de los diversos “regímenes de gobernanza” que se ha requerido construir en el Estado desde que nuestro país se empezó a pensar a sí mismo como República. Carlos Matus llama la atención a que la gobernanza (en tanto arquitectura y capacidad institucional) no es igual que el gobierno, siendo que este se basa en un triángulo de poder, uno de cuyos ángulos corresponde a la gobernanza. Los otros dos ángulos son el proyecto político de la coalición o partido que gobierna, y la capacidad política del gobernante de articular alianzas y acumular poder para llevar adelante su proyecto político (que se conoce como gobernabilidad).

La caracterización de los modelos de gestión del cuidado de la salud colectiva identificados, se basa, en los tres primeros modelos, en el estudio de las normas y regulaciones, así como en la identificación de las primigenias formas institucionales (Juntas y Servicio General de Sanidad; Dirección de Salubridad Pública), generadas para el cumplimiento de tal normatividad. Para poder cumplir con las incipientes responsabilidades se requería mantener las formas coloniales de cuidado sanitario representadas por las casas de misericordia y la beneficencia, vinculadas a las órdenes religiosas. Posteriormente, en el proceso de conformación de lo que se podría llamar un Estado moderno en nuestro país, se puede apreciar a través del estudio de los modelos de gestión de cuidados las incipientes políticas sanitarias, la primera conformación de lo que sería el sistema de salud, las prioridades de política, la capacidad de gobierno, y las dependencias sanitarias en algún ministerio. Luego ya, al fin de la República Aristocrática y de la Patria Nueva, se crea el ministerio del ramo, y, posteriormente, la concepción de sector durante el gobierno militar que va más allá de la mera responsabilidad de la sanidad pública, como el nuevo ámbito de gobernanza, con lo que se gana en la integralidad del modelo de gestión de cuidado colectivo y una mayor riqueza en la interpretación del rol del Estado en la salud pública nacional. Es bueno recordar que Sinesio López considera que el Estado del gobierno velasquista ha sido el primero (y único) que aspiró a ser un efectivo Estado nacional y un Estado moderno, que asumió responsabilidades de productor y distribuidor de bienes y servicios educacionales y sanitarios a toda la población.

Sin embargo, desde otra perspectiva histórica, este libro nos ofrece una aguda mirada sobre la biopolítica del Estado peruano a lo largo de dos siglos. Su estudio de los modelos de gestión pública lo realiza por la disección de algunos de los instrumentos o tecnologías de poder: de las herramientas normativas y ejecutivas del biopoder. La biopolítica es la perspectiva histórica, promovida por Michel Foucault a partir de 1994, para dar cuenta de cómo el biopoder del Estado se extiende desde un estatuto de soberanía sobre la vida y la muerte de las personas (súbditos) en las sociedades feudales en la edad media, hasta

el control (“policial”) de los cuerpos, de la salud, de la enfermedad, de la muerte, de las condiciones de existencia y la vinculación a la actividad económica de los seres humanos. Es decir, el soberano (rey) que regía sobre vida y muerte de sus súbditosreemplazado hacia inicios del siglo XVIII, por el “soberano” Estado, que rige sobre la población bajo su control y sus circunstancias vitales. “Policía médica” denominaba Foucault a los modos de biopolítica desarrollados durante ese siglo en Francia, Inglaterra y Alemania, cada uno con sus propias características, derivados de sus contextos político sociales y económicos, en ese siglo XVIII, tan intenso en cambios sobre las ideas acerca del ser humano, fundamentales para la era moderna de la humanidad: los primeros avances en materia de derechos civiles para los ciudadanos burgueses (que habitaban los burgos) y la liberación de la razón del oscurantismo religioso.

Así, el libro nos informa de los cambios, ocurridos desde 1821, acerca de las concepciones políticas, morales, religiosas, económicas, científicas acerca del ser humano, su vida y su salud, su trabajo y sus peripecias por la supervivencia, que fueron la base de las primeras instituciones “sanitarias” estatales que regularon y normalizaron la vida y la salud de las personas que habitaban nuestro país. Y acompaña el itinerario complejo y conflictivo del biopoder del Estado mediante el estudio de los modos de gestión estatal de los cuidados de la salud poblacional.

Son casi 200 años de análisis de la escasa o indolente responsabilidad del Estado peruano con la salud poblacional, desde una perspectiva que privilegia la mirada sociopolítica. En esta compleja mirada se podría reclamar, sobre todo desde fines del siglo XIX, una perspectiva más amplia en la caracterización del Estado, que incluyera la implantación, estructuración y desarrollo del capitalismo en nuestro país, sus relaciones con el orden oligárquico semifeudal existente, y más aún, la relación del capitalismo con la emergencia de una siempre precaria industrialización, que también ayude a explicar nuevas instituciones sociales y sanitarias vinculadas a la naciente clase obrera y sus necesidades sociales. Se nota más la ausencia de un análisis vinculado a la estructura económica y su impacto sobre la fuera de trabajo y el empleo, a partir de la caracterización del “Estado Oligárquico Populista” a partir de 1935.

Sin embargo, esta mirada económica si está presente en los capítulos finales al dar cuenta de los cambios en la estructura del Estado durante el gobierno militar y las crisis de la década de 1980, la implantación del neoliberalismo y la configuración de un Estado a la medida de los intereses de una nueva oligarquía primario exportadora y vinculada al capitalismo rentista-financiero globalizado. Sin embargo, aún se extraña un análisis de cómo ha evolucionado la estructura productiva nacional, sus distorsiones y “heterogeneidades”. La razón estriba en que, cómo señalan con énfasis los economistas que conocen de historia económica nacional, en la heterogénea estructura productiva está la matriz de la desigualdad económica y social, de la limitada capacidad de empleo formal, de la enorme economía

“informal” y de las aberraciones con la calidad del empleo de un 75% de la población económicamente activa, que carece de contratos de trabajo adecuados-registrados, y que no conoce protección social. La seguridad social, desde esta perspectiva, se remite solo al segmento “moderno”, protegido, y mayormente urbano de la fuerza de trabajo. No se puede dar cuenta de la precariedad de la protección social y del empleo de los trabajadores pobres en nuestro país.

Los capítulos 7 y 8 examinan los modelos de gestión de cuidado de la salud poblacional desde 1990 hasta aproximadamente 2016. Cubren la transformación del Estado peruano en un Estado Neoliberal y los cambios impuestos sobre las políticas económicas y sociales, en un marco de políticas globales de transformación de los Estados y de las economías (el consenso de Washington y las reformas del Estado de primera y segunda generación) en “economías de mercados libres” y la antigua noción de sociedad en conglomerados de individuos ganadores y perdedores en lucha sin cuartel. Recordar que la primera ministra inglesa Margaret Thatcher ya había decidido que “no existía tal cosa como la sociedad, solo hay individuos”.

Desde la década de 1990, el Gobierno Autocrático asumió con entusiasmo una versión radical del neoliberalismo instalando aquí un modelo económico de mercado (casi) des regulado, caracterizado por la profundización de una economía extractiva primaria exportadora, sin control, centrado en las actividades minera y agrícola. No fue fácil, sobre todo para la población, por que esta transformación necesitó, al inicio, de la imposición de un salvaje ajuste estructural para superar la crisis económica heredada. En 1993, después del golpe de Estado que lo confirmó como autócrata, convocó a una asamblea constituyente *ad hoc* que redactó una constitución (inspirada en la chilena de la dictadura del general Pinochet), que se impuso y que aún nos rige. Esa constitución definió un Estado Neoliberal, cuyo rasgo más importante es que sanciona su condición subsidiaria frente a los mercados.

Bajo esa gobernanza neoliberal han transcurrido casi treinta años, con cinco gobiernos dedicados a cumplir esos mandatos constitucionales. Debe señalarse que durante 12 años (2002 a 2014) el país tuvo un desempeño económico extraordinario. Debido a los altos precios de sus *commodities*, y la consolidación de China como potencia económica mundial (y uno de los principales importadores de productos peruanos), la economía peruana creció a un promedio de 6% anual en esos doce años. El impacto económico sobre los índices de pobreza fue importante, así como la emergencia de una precaria y vulnerable clase media, no tuvo mayor impacto en mejorar la condición social y económica, ni la desprotección social de las grandes mayorías. Los logros en la disminución de la pobreza, mediante programas residuales focalizados en los pobres (se logró una disminución de la pobreza monetaria a la mitad de los niveles del período de crisis de la década de 1980, hasta casi llegar a un 20 %), fueron pasajeros y de poco impacto. No se hizo notar si se dio una mejoría de la desigualdad socioeconómica. La llegada de la pandemia de covid-19 terminó con el espejismo del “milagro económico peruano”.

A mediados de la década de 1980, pocos años antes de que la gran crisis de la deuda externa asolará América Latina y de manera terrible al Perú, el investigador Milton Roemer visitó el Perú, y realizó el trabajo de campo de su monumental y clásica investigación de los sistemas de salud en el mundo. Caracterizó el sistema sanitario peruano como uno “orientado a la asistencia social” (*welfare oriented system*). ¿Cómo ha sido, qué ha pasado, que el sistema peruano se ha convertido, en unos treinta años, en una recolección de mercados internos públicos y privados, con una pobrísima regulación, dedicados a comprar y vender la atención de la enfermedad? “Sistemas empresariales” llamaba Roemer a este tipo de sistemas, que hacia fines de la década de 1980 empezaron a expandirse por Europa y los países ricos, desmantelando los estados de bienestar y privatizando la educación y la salud.

En los dos penúltimos capítulos, los autores analizan con lucidez y profundidad las transformaciones en los modelos de gestión estatal de cuidados sanitarios en el marco de un Estado Neoliberal en construcción. El neoliberalismo, según David Harvey, es una teoría que sustenta prácticas político-económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y libertades empresariales del individuo, dentro de un marco institucional de derechos de propiedad privada fuertes, mercados libres y libertad de comercio. El Estado asume el papel de crear y preservar el marco institucional para el desarrollo de las prácticas referidas.

El capítulo 7 nos ofrece un análisis brillante de cómo el régimen de Fujimori, de un lado, con un estilo de gobierno “neopopulista” (un populismo autoritario y clientelista) despliega una forma de “democracia deliberativa” en “relación directa con el pueblo”; mientras que en lo económico se realizaba la transformación de la economía y el desmontaje del aparato de “asistencia social” que identificó Roemer.

Se privatizaron los fondos de pensiones de los trabajadores, se semiprivatizó la Seguridad Social para abrir un mercado privado de seguros de enfermedad privado que dio en un fiasco oligopólico que hasta ahora subsiste, y al que Essalud sigue subsidiando. Mediante el apoyo financiero y técnico de los bancos Mundial y BID se pusieron en marcha proyectos de “inversión” y “desarrollo institucional” orientados a una “reforma integral del sector Salud” a largo plazo: impulsar la descentralización, la promoción de la co-gestión privada, imponer pagos directos por atención, impulsar la APS selectiva, e iniciar una “modernización de la gestión pública”.

Es importante llamar la atención a algunos “cambios de paradigmas” que acompañaron la instalación del neoliberalismo en el mundo y en nuestro país:

- Epistemológicamente, la Economía desplaza y reemplaza a la Política como saber y como práctica en el ejercicio del gobierno. Este es el cambio más importante y no es solo filosófico sino un “golpe de Estado conceptual”, un evento político. El Ministerio de

Economía y Finanzas se convierta muy pronto en el “Gobernador” del gobierno peruano, y todas las instituciones de gobierno experimentan la invasión de una tecnoburocracia económica que imponen un *ethos* economicista en la gestión pública.

- En la macrogestión de los sistemas sanitarios se pueden apreciar dos cambios significativos. Uno, se sustituyen las políticas y los programas, por los proyectos cuyos objetivos y plazos sustituyen los planes y programas; dos, son proyectos financiados por la cooperación financiera internacional que desplaza a la tradicional cooperación técnica cuyo principal agente fue la Organización Panamericana de la Salud –OPS–OMS–. Es que hay que cambiar los subsidios en la atención: de un subsidio tradicional a la oferta (servicios) hacia un subsidio a la demanda (el usuario).

El análisis de los autores hace explícita “la intencionalidad del gobierno para imponer los principios de «subsidiariedad del Estado» y de «responsabilidad individual» que legitiman políticamente el nuevo modelo organizativo y financiero del sistema oficial del cuidado de la salud...” Teniendo en consideración estos dos principios se relaciona la eficiencia del gasto público en salud con la equidad en la prestación de servicios públicos, en el sentido de que con la cofinanciación y la recuperación de costos de estos servicios (copagos) se liberan recursos para asignarlos a las personas más pobres. Esta relación lleva a la definición de un tercer principio, la “focalización”, entendido como el proceso por el cual se identifica la población-objetivo y se diseña la política teniendo en cuenta sus características, con lo que se concentran los recursos disponibles en un número limitado de personas. “Por ende, el indicador utilizado para evaluar la legitimidad de los programas públicos de salud no sería el gasto social total en salud, sino el impacto, en términos de costo-beneficio, en la población objetivo para el cual fueron diseñados”.

El libro nos recuerda que tan temprano como en 1996 el Minsa difundió el documento *El desafío del cambio de milenio: un sector Salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000*. Los lineamientos de la política son: 1) garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y atención individual, priorizando los sectores más pobres y vulnerables; 2) modernizar el sector Salud, incorporando el sector a la revolución científico-tecnológica y renovar los enfoques en salud; 3) reestructurar el Sector en función de una mayor accesibilidad, competitividad y calidad en la atención de la salud; 4) prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud; y, 5) promover condiciones y estilos de vida saludables.

El capítulo 9 es rico en el esclarecimiento de elementos normativos que señalan con claridad la reorientación de la estrategia de las “reformas sectoriales de salud” y la preocupación de los impulsores y de los bancos promotores por dejar atadas las decisiones, mediante leyes, normas y reglamentos. Están vigentes las reformas de segunda generación y los modelos que se buscan generar ya no se basan en la privatización y el pago de bolsillo, sino en la

conformación de casi-mercados público-privados dentro del sector siguiendo la idea de la “competencia regulada”, vinculados mediante relaciones contractuales de compra y venta de servicios y bienes.

Nos lo recuerdan los autores:

“la idea política de avanzar en el país hacia el aseguramiento universal en salud comenzó a socializarse al final del gobierno de Paniagua, en el documento Por un país saludable. Propuesta de Políticas para la Salud, publicado por el Minsa (2001). Luego, durante el gobierno de Toledo esa idea empezó a difundirse en la sociedad civil mediante el Acuerdo Nacional de Gobernabilidad suscrito por representantes de las organizaciones políticas, religiosas, de la sociedad civil y del Gobierno. Posteriormente, la idea se precisó en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud (2005) y en el Plan Nacional Concertado de Salud del Ministerio de Salud (2007), durante el gobierno de García. Para implementar estos acuerdos, a principios de 2008 se constituyó la Comisión Multisectorial con el objeto de proponer los mecanismos necesarios para consolidar un sistema nacional de salud y garantizar el aseguramiento universal. Esta Comisión elaboró un proyecto que luego de diversos debates se convirtió en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud – AUS, del año 2009”.

El AUS se define dentro del marco normativo general establecido por la Constitución de 1993, la Ley General de Salud de 1995 y la Ley de Modernización de la Seguridad Social de 1997. En abril de 2009, mediante Ley N.º 29344 se promulgó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, con el objeto de “establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento” (artículo 1.º). Se orienta, según esta norma, a “lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a prestaciones de carácter integral (preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación)”, sobre la base de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), aprobado en noviembre de 2009. En la misma ley se crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Sunasa) con las funciones de registrar, autorizar, supervisar, y regular a las instituciones que administran fondos de aseguramiento en salud (Iafas), así como supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress). Cuatro años, durante el paquete de decretos que impulsaban una “reforma dentro de la reforma” se cambia su denominación por la de Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), cuya finalidad es promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien la financie”.

El modelo de aseguramiento que ha cuajado al final en este marco de institucionalización orientada por el neoliberalismo es el aseguramiento público privado y promovido y empaquetado por el BID, en Bogotá y en Ciudad de México: el llamado pluralismo estructurado. La responsabilidad del financiamiento es compartida entre el erario público

(impuestos generales), la contribución a la seguridad social (aportaciones de trabajadores y empleadores) y bolsillo de quienes se aseguran en una empresa de seguros privada, y los gastos de bolsillo de los no asegurados con cobertura incompleta o débil. Esta estructura fragmentada genera un sistema de aseguramiento segmentado según clases sociales, los llamados “régimenes de aseguramiento”: régimen “contributivo” (loas asegurados privados y los asegurados en la seguridad social), los régimenes subsidiados para los que carecen de seguro (para pobres “calificados”, trabajadores del sector informal sin protección social que pueden aportar una parte).

En esta obra, Bustíos y Lazo han logrado identificar la racionalidad mercantil del sistema peruano definido por el AUS. Y lo ha expuesto con toda claridad. Por eso, entre muchas cosas buenas que nos ofrece esta obra, merece nuestro agradecimiento. Ha avanzado en mostrar los mecanismos institucionales y los principios en los cuáles se basa este modelo que, hay que admitir, ha sido exitoso al lograr un amplio apoyo, no solo de los empresarios de la salud sino también de los políticos y de muchos funcionarios y trabajadores de salud. Por eso repito que este libro de necesaria y obligatoria lectura.

El AUS establece un nuevo modelo de gestión estatal de cuidados que tiene como premisas: 1) la obligatoria separación de las funciones de financiamiento y de provisión, al interior del subsector público (Minsa y Gobiernos regionales) y de Essalud; es muy curioso el argumento económico impone esta separación: impedir que la sanidad pública actúe como monopolio y atente contra la libertad de mercado; 2) la creación, derivada de la separación de funciones de las siguientes instituciones: financiadoras de la atención –compradoras de servicios, públicos y privados– (Iafas); proveedoras de servicios y bienes, públicas y privadas (Ipress); en algunos casos, se promueven las gestoras de Ipress (Igipress); 3) la formulación intensiva de contratos o convenios de compra-venta de bienes y servicios (llamados intercambios prestacionales), entre Iafas e Ipress, pública-pública (SIS-Minsa) y público-privadas (SIS-privadas, Ipress de la Sanidad Policial y Militar con las privadas, etc); con escasa regulación y sanción como se pudo observar durante la pandemia con el incumplimiento sistemático de las privadas en la atención de afiliados al SIS.

El funcionamiento del AUS gira en torno al Seguro Integral de Salud (SIS), que no es ni seguro ni integral). El SIS, financiado por el tesoro público, le “compra” servicios al Minsa -Gobiernos regionales), según tarifas que son negociados con cada servicio. Ha crecido enormemente y llega a “cubrir” más de 20 millones de peruanos. En realidad tiene afiliados a esa cantidad de población. El SIS solo paga gastos corrientes, el SIS cubre personal, infraestructura y otros gastos fijos. Es una institución con un financiamiento bajo, que es subsidiado por los servicios públicos, a quienes debe entre 700 y 2 000 millones de soles, según diversas fuentes. El SIS ofrece un régimen subsidiado para pobres declarados y comprobados (por el que acceden gratuitamente a los servicios de la sanidad pública) y un semicontributivo por el que los afiliados pagan montos diferenciados, según ingreso.

La estrategia de mercantilización comprende diversas y numerosas modalidades explícitas e implícitas, en el ámbito de financiamiento como en el de provisión: desde pago por atención directa y copagos, hasta alianzas público privadas. Debe decirse, y el libro lo menciona en el capítulo 7, que la mercantilización no llegó con el AUS. Este se construye sobre una vasta experiencia sobre intercambios prestacionales, venta y compra de servicios, tercerización, etc.

La función “rectora” del Minsa está muy debilitada si la medimos por la regulación, que es nula o escasa, dado que las entidades reguladoras como Susalud son institucionalmente débiles y en ciertos casos han sido está capturada por los “regulados”. La descentralización es asimismo defectuosa y débil. Su gobernanza territorial está debilitada por la del AUS que impone dos racionalidades opuestas (la de mercado y la pública de producción y distribución de bienes públicos, aún vigente) en una entidad pública con notorias debilidades y necesidades.

El resultado se pudo ver durante la pandemia. Una sanidad pública en quiebra institucional, financiera y funcional, que debe asumir la protección de toda la población frente a la pandemia. Un sistema que, de un día para otro, debió reconvertirse en un sistema que se dedicara, casi en exclusividad, a tratar enfermos graves y en alto riesgo infectados por el virus. Durante la pandemia es difícil encontrar un ejemplo dónde los instrumentos institucionales del AUS (intercambios prestacionales-convenios) haya funcionado o dónde haya facilitado la atención a la población. Pareciera que desde el 15 de marzo hasta la fecha, para los efectos prácticos, para la efectividad y eficiencia de las acciones del sistema de salud movilizado contra el virus, el AUS haya significado una ventaja o un incentivo o una innovación de la gestión económica sectorial. Por lo contrario, hay numerosos casos de incumplimiento de esos contratos y hasta de abusos cometidos. Y un sector privado que sigue haciendo su *bussiness as usual*, como si no hubiera una situación de emergencia sanitaria nacional. Y la omisión de la “autoridad sanitaria nacional” no es por falta de instrumentos para intervenir y resolver esos abusos y problemas. Hay leyes, entre ellas la Ley General de Salud, la que combate los abusos de acaparamiento, la de movilización nacional, etc., que han podido ser utilizadas por un Estado más preocupado y responsable por la salud de su población.

Esta importante obra nos ha ayudado a responder la pregunta original que se hubiera hecho el doctor Roemer, de haber vuelto a nuestro país en estos tiempos. Nos ha mostrado por qué, cómo y cuándo nuestro sistema se convirtió en empresarial, en una recolección de estrategias e instituciones de compra y venta de bienes y servicios. Y también nos habremos hecho una idea de por que la demanda de afiliados al SIS se dispara sin considerar la oferta pública unos servicios ruinosos y con baja capacidad.

El tratamiento por el Estado, eminentemente político-económico, de esos serios problemas de nuestro sistema sanitario, en nuestro país, ahora en el bicentenario republicano, debe empezar –y en esto hay acuerdo– por una mejor y exitosa estrategia sanitaria integral, que incluya también la dotación de mucho más dinero que lo indicado en el nuevo presupuesto público para controlar la pandemia. La vacunación para todos, gratuita y oportuna y en la reactivación-transformación del primer nivel de atención con base a la estrategia de Atención Primaria de Salud. La estrategia sanitaria deberá avanzar vis a vis con la reactivación de la economía productiva y del mercado interno, crear empleo digno y mejorar la protección social de la población. Mientras tanto, todos debemos impulsar y participar en una gran conversación nacional sobre la salud, en un diálogo social democrático, respetuoso, profundo y bien fundamentado. Todo esto merece un debate serio, responsable y urgente. El profesor Carlos Bustíos, con la contribución de su discípulo y colaborador Oswaldo Lazo, han hecho el trabajo más duro. La base de evidencias y de conocimiento está ahora en sus manos, estimado lector.

Pedro Brito Quintana

Exdirector de Políticas y Sistemas de Salud, OPS

Profesor extraordinario, Universidad Peruana Cayetano Heredia

Septiembre de 2021

Introducción general

Personal docente del departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) ha diseñado y ejecutado, entre los años 1986 y 2016, un total de 21 proyectos de estudios historiográficos sobre un gran tema: la historia del cuidado de la salud poblacional en el Perú. Proyectos autorizados, financiados y registrados por el Consejo Superior de Investigación de la UNMSM y que tuvieron como responsable al profesor Carlos Bustíos Romaní. Los miembros de los grupos de investigación, siempre bajo la conducción del responsable, fueron profesores y profesoras del departamento que se alternaron a lo largo de esas tres décadas. Entre ellos, Elías Sifuentes Valverde, Manuel Salcedo Contreras, Eduardo Zárate Cárdenas, Héctor Pereyra Zaldívar y Carlos Márquez Cabezas. Entre ellas, Martha Martina Chávez, Ruth Arroyo Aguilar y Anita Luján Gonzales.

El estudio de ese gran tema, abordado por aquellos proyectos, comenzó con la intención de enfrentar un problema académico que dificulta la capacitación en el campo de la salud pública nacional: la inexistencia de un trabajo bibliográfico y testimonial cuya finalidad sea el análisis, enjuiciamiento y crítica de las causas de los cambios en el proceso del cuidado de la salud poblacional peruano, en un horizonte temporal a largo alcance y en el contexto del mundo occidental. Con esta intención académica, se construyó el {marco teórico del estudio historiográfico de dicho tema a partir de la integración de los postulados centrales de las teorías de la acción comunicativa y de la modernidad de Jürgen Habermas, así como de los que sustentan la propuesta de “distinción de órdenes sociales” de André Comte-Sponville.

Los resultados finales de aquellos 21 proyectos se socializaron en volúmenes impresos que se encuentran disponibles en la Biblioteca Nacional del Perú; en las bibliotecas centrales del Ministerio de Salud, de la Facultad de Medicina San Fernando de la UNMSM y de otras universidades, así como en su versión digital (<https://historia-de-la-salud-en-el-peru.webnode.es/>). Además, este material impreso o digitalizado, previa su revisión y actualización, fue utilizado por el responsable del Proyecto para asesorar en la elaboración de la Enciclopedia Historia de la Salud en el Perú, editada en 25 volúmenes por la Academia Peruana de Salud, 2008- 2013, así como para responsabilizarse de la autoría o coautoría de ocho de estos volúmenes.

La presente publicación tiene como base el Estudio de Investigación 2015 registrado en el Consejo Superior de Investigación UNMSM con el código SIN-SIN N.º 150121015, bajo título de *Reformas de los sistemas oficiales del cuidado de la salud en la República del Perú: 1821-2013* y que fue materia de prolongados diálogos con el profesor Oswaldo Lazo Gonzales, sanitarista, cuyos aportes y sugerencias fueron recogidos en esta versión en camino a su publicación. Este estudio tiene como objetivo particular: socializar y exponer al debate académico los resultados de nuestro personal análisis crítico –en el año 2020 y desde la perspectiva de un médico sanitarista preocupado por la historia y la política de la salud pública peruana– de las causas de las sucesivas reformas del modelo de gestión pública del cuidado de la salud poblacional, que se pretendieron implementar en los distintos períodos sociopolíticos del proceso de construcción republicana en el Perú (1821-2014), sin lograr resultados socialmente satisfactorios, especialmente en términos de justicia social. Se entiende a esta gestión como “el conjunto de acciones mediante las cuales las entidades tienden al logro de sus fines, objetivos y metas, los que están enmarcados por las políticas públicas establecidas por el Poder Ejecutivo”. Considerando, además, que si bien la gestión pública es un tema técnico vinculado con el perfeccionamiento de las herramientas de la conducción estatal y la administración pública, es, en esencia, un tema político.

Para alcanzar ese objetivo, de manera congruente con el marco teórico utilizado, se procedió a una periodización de nuestra época republicana usando como criterio: el perfil sociopolítico del Estado peruano. Delimitación temporal que se orientó con las propuestas que al respecto hacen el historiador Jorge Basadre y el sociólogo Sinesio López en sus publicaciones; así como Henry Pease, sociólogo, y Gonzalo Romero, historiador, coautores del libro *La política en el Perú del siglo XX* (2013). Periodización que nos permitió contextualizar el origen, el dominio, el debilitamiento y la crisis de los argumentos cognitivos y normativos que sustentaron la cientificidad, la legalidad y la legitimidad de cada uno de los modelos de gestión de cuidado de la salud poblacional. El último de los cuales, se presenta en su desarrollo, aún inconcluso, durante los dos períodos que corresponden a las fases autoritaria y de transición democrática de un Estado peruano con perfiles neoliberales.

Al respecto de la orientación historiográfica de esta publicación debemos recordar la coexistencia en el mundo académico de varias escuelas que tienen por objeto explicar, interpretar o analizar críticamente los procesos y hechos históricos (historicismo, positivismo, materialismo histórico, la Escuela de Anales y la Nueva Historia). Las cuales, en tanto se sustentan en elementos epistemológicos distintos, tienen discursos que muchas veces son divergentes. En nuestro caso, hemos optado por el enfoque de la Nueva Historia, en tanto sus postulados son concordantes y compatibles con los que fundamentan nuestro marco teórico, así como con los resultados de nuestras reflexiones personales sobre el tema, después de más de cinco décadas de actuación profesional y académica en el campo del

cuidado de la salud. La Nueva Historia, conviene precisar, la entendemos como una corriente historiográfica “crítica” que rechazando el mito de una “verdad histórica” –reconstruida exclusivamente con base en investigaciones empíricas–, destaca la inevitable subjetividad del historiador y la valoración moral de toda historiografía. Enfatizando, por tanto, la importancia del contexto político-social en que se desarrolla el conocimiento crítico de los hechos, en su pretensión de superar la oposición entre la objetividad y la subjetividad.

Finalmente, de manera concordante con su objetivo particular, así como dentro del marco teórico y la periodicidad adoptados, el contenido del libro está estructurado en nueve capítulos, los cuales son denominados de la manera siguiente:

- Capítulo 1. Justicia social y racionalidad en el cuidado de la salud.
- Capítulo 2. Sanidad pública en la República Temprana.
- Capítulo 3. Salubridad pública en la República Aristocrática.
- Capítulo 4. Salubridad pública en el “oncenio de Leguía” y la crisis de la década de 1930.
- Capítulo 5. Salud pública en el Estado Oligárquico Populista.
- Capítulo 6. El sector Salud en el Estado Intervencionista.
- Capítulo 7. Mercantilización de la salud a través del aseguramiento, en el régimen neoliberal autoritario.
- Capítulo 8. Aseguramiento Universal en Salud.
- Capítulo 9. Análisis y conclusiones.

Capítulo primero

JUSTICIA SOCIAL Y RACIONALIDAD EN CUIDADO DE LA SALUD

1

1.1. SALUD Y CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL

- Salud y enfermedad: un itinerario conceptual
- El cuidado de la salud poblacional
- El cuidado de la salud poblacional: continuidades y cambios

1.2. LA JUSTICIA SOCIAL EN EL MUNDO OCCIDENTAL

- Justicia como virtud
- Concepto de justicia social
- Estado y justicia social
- Doctrina de derechos humanos y justicia social
- El derecho a la salud

1.3. RACIONALIDAD DE LA ACCIÓN SOCIAL

- Habermas y la acción comunicativa
- Racionalidad de la acción social comunicativa

1.4. ÓRDENES SOCIALES SEGÚN COMTE-SPONVILLE

1.5. CATEGORÍAS DEL ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL

- Cientificidad
- Legalidad
- Legitimidad

REFERENCIAS

1.1. Salud y cuidado de la salud poblacional

SALUD Y ENFERMEDAD: UN ITINERARIO CONCEPTUAL

Conceptualización es un término lingüístico que designa al proceso y al resultado de la formación de un “concepto”. La función lógica del concepto consiste en la separación e identificación mental, según determinados caracteres, de un objeto real que nos interesa conocer. El concepto, gracias a esta función, constituye el significado y sentido de una palabra. De esta manera, los conceptos (nivel conceptual o de las ideas) vinculan las palabras (nivel lingüístico o de las palabras) con determinados objetos de la realidad (nivel ontológico o de los hechos) a los que hace referencia, lo cual permite establecer el significado y sentido de las palabras y operar con ellas en el proceso del pensamiento.

Las palabras salud y enfermedad hacen referencia a fenómenos inherentes a la vida humana, más precisamente a formas distintas de existencia del hombre como ser biopsicosocial: la muerte es la negación de ambas. Como fenómenos biológicos, la salud y la enfermedad se manifiestan de manera concreta en el individuo “sano” y en el individuo “enfermo”, en datos recogidos (síntomas y signos) con la aplicación del método clínico, utilizado por la medicina. Por otra parte, para hacer referencia a la dimensión social de estos dos fenómenos, es decir, a las características con que se manifiestan en una población o colectividad humana, se utilizan índices e indicadores demográficos y epidemiológicos validados por las ciencias empírico-analíticas.^[1]

En el transcurso de la historia, se pueden identificar distintas representaciones, narrativas o conceptos de esos dos fenómenos que pretenden delimitarlos y definirlos a partir de distintos criterios: empíricos, míticos, mágicos, religiosos, filosóficos, protocientíficos y científicos. Representaciones que fueron o son dominantes en el lenguaje común o en el científico, en tanto mantuvieran su correspondencia con las ideas dominantes o hegemónicas sobre el hombre y su mundo en un determinado período socio histórico. Esta correspondencia temporal significa mucho más que la aceptación social de un enunciado sustentado a partir de uno de aquellos criterios. Significa en la práctica del cuidado de la salud el direccionamiento efectivo de ciertas intervenciones colectivas sobre el cuerpo y

la vida del hombre. Implica, finalmente, la definición de los límites de un espacio donde se ejercerá el control del cuerpo humano y, por extensión, el cuidado de la salud del ser humano a nivel político y administrativo.

Las distintas culturas, en el transcurso de la historia, han designado de manera bipolar a las nociones de “salud” y “enfermedad”, utilizando diferentes duplas lingüísticas, aunque conceptualmente afines: armonía o desarmonía, equilibrio o desequilibrio, normal o anormal, adaptación o desadaptación, bienestar o malestar. La no resolución del problema de establecer los límites que separan aquellas duplas en situaciones límites intermedias, impide identificar la línea intangible que separa objetivamente esas formas bipolares de existencia. Este problema configura distintos modos de pensar y de actuar, con una diversidad de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo, donde aspectos como la edad, el sexo y las condiciones materiales de vida tienen una multiplicidad de expresiones.^[1]

Además, en el lenguaje especializado de la Epidemiología, los conceptos que hacen referencia a esos dos fenómenos –al igual que todo concepto científico– no son estáticos, definitivos, absolutos, sino que se encuentran en un permanente cambio y desarrollo, en el sentido de proporcionar un conocimiento cada vez más amplio y preciso de los hechos. El sentido y significado de cada uno de ellos está fuertemente determinado por las circunstancias histórico-sociales concretas en que se desarrolló el acto del conocimiento, así como la perspectiva o enfoque teórico utilizado en su estudio y definición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define el concepto de “salud” como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”. La mayor parte de las críticas actuales hacia esta definición son sobre lo absoluto de la palabra “completo” en relación con el bienestar. Decía Aldous Huxley, al respecto, que “la investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano”. La misma OMS, en otros documentos, relativiza y precisa su primera definición cuando posteriormente se refiere a la salud como la “capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente”, y a la enfermedad como la “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.^[1]

EL CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL

La historia del hombre nos muestra que toda la vida social responde a y deriva a ciertas necesidades y aspiraciones humanas, y que todas las acciones sociales para satisfacerlas o lograrlas están fuertemente interrelacionadas y dependen unas de otras. Esta misma historia, desde sus inicios, nos informa de cómo el comportamiento del hombre que es

compatible con un conocimiento intuitivo de que su salud es una de sus necesidades básicas. El hombre intuyó y, luego, validó de que solo la vida saludable podía garantizar su supervivencia y posibilitar su desarrollo como persona humana. La respuesta socialmente construida y orientada a la satisfacción directa de esa necesidad es denominada Cuidado de la Salud Poblacional.

El “cuidado de la salud poblacional”, al igual que toda respuesta colectiva tiene un carácter histórico social. Social, no solo en cuanto es una práctica colectiva, sino en cuanto es parte de la sociedad en que se desarrolla y, en consecuencia, está sometida a las mismas determinaciones y relaciones que explican el cambio del todo social. Histórica, no solo en cuanto alude a los cambios de sus límites, contenidos y posibilidades en el tiempo, sino al sentido de estos cambios por el desarrollo paralelo de lo económico, lo político y lo cultural.

No obstante que en cada sociedad concreta, la práctica del cuidado de la salud es delimitada, definida y denominada de manera diferente, de acuerdo a un conjunto de criterios dominantes o hegemónicos en un determinado período de su particular historia, uno puede distinguir en dicha práctica algunos rasgos permanentes que le otorgan su identidad: 1) su objeto: la salud-enfermedad de la población, en otros términos, la salud-enfermedad colectiva; 2) su fin: la mantención de la vida saludable de la población; 3) su prioridad: la atención de los problemas colectivos, antes que los individuales; 4) su conducción: a cargo de la autoridad política o la que representa de mejor manera el bien común; y, 5) sus líneas de acción: sobre la población y sobre el espacio compartido por la misma.

EL CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL: CONTINUIDADES Y CAMBIOS

En el mundo occidental y hasta el inicio de la era bacteriológica de la medicina –al final del siglo XIX– la fundamentación cognitiva de la delimitación y la definición del ámbito y del carácter de las acciones del cuidado de la salud poblacional surgió de una explicación filosófica o protocientífica de carácter ambientalista (“aérista”) del origen y las causas de la enfermedad. Hipócrates (460-370 a. C.) fue el primero en señalar claramente, en su libro Aires, Aguas y Lugares, la relación del medio ambiente natural con la salud y las características de los individuos. La escuela hipocrática afirmaba que la conservación de la salud exige la armonía o equilibrio entre la naturaleza humana y la naturaleza general; en otros términos, la armonía entre los humores corporales (bilis negra, bilis, flema y sangre) depende del correcto equilibrio entre la constitución humoral de la persona (causa interna) y la naturaleza general (causa externa), representada en los lugares, las aguas, los aires, el clima, la dieta, el régimen de vida, etc. Esta argumentación constituyó el punto de partida de un enfoque basado en la idea de “constitución epidémica”, entendida como la constelación de circunstancias ambientales y de enfermedades prevalentes en un lugar y tiempo determinados.^[2,3]

La concepción hipocrática se asociaba, además, con la noción de “miasmas”, entendida como efluvios o emanaciones pútridas que surgían de la tierra o de la materia en descomposición y provocaba la corrupción del aire, envenenándolo. La penetración de tales emanaciones en una persona era la causa de la degeneración de los humores corporales y, por ende, de la “enfermedad”. Los “miasmas” no podían ser apreciados por la vista o el tacto, solo podía ser identificarlo por el olfato: como aires pestilentes. De acuerdo a estas ideas, se aceptaba que las enfermedades agudas, febriles, purulentas y contagiosas tenían su origen en ese aire corrupto y pestilente, que se adhería o se transmitía luego de persona a persona, o del animal a los seres humanos, por el aliento o el contacto físico; y, de las personas enfermas se adherían a las cosas y viceversa, tal como se adhiere a ellas el perfume o el hedor. Estas enfermedades se agravaban en las estaciones cálidas, cuando el calor y la humedad favorecían la corrupción de las materias orgánicas.^[2,3] Esta concepción subsistió con leves matices hasta finales del medioevo.

En el siglo XVII, Thomas Sydeham (1624-1689), a partir de su propia lectura de los escritos hipocráticos, precisó el concepto original de “constitución epidémica” en su obra *Observationes medicae* (1676). Con este renovado concepto hacía referencia a un estado particular del aire, que daba origen a ciertas enfermedades agudas masivas; las cuales se difunden en la extensión que dicho estado del aire se prolonga y lo permite. Las manifestaciones, la difusión y la evolución de tales enfermedades están determinadas por: la índole de la materia “morbífica” (miasmática), la localización somática de esta materia en la sangre, la mayor o menor vitalidad del paciente y la fatalidad en su aparición.^[2,3]

En la primera mitad del siglo XVIII, Hermann Boerhave (1668-1738), de la Universidad de Leyden, enfocaba el estudio de los problemas clínicos médicos a partir de la observación, en seguimiento de la ruta marcada por T. Sydeham, en el siglo anterior. Además, como exigencia lógica de la hegemonía que adquiere la doctrina renovada de la constitución epidémica, surgen las publicaciones de Topografía o Geografía Médica, en las que se incluyen diversas consideraciones estadísticas y cualitativas acerca del origen y desarrollo de las epidemias y sobre la morbilidad en general. Estas monografías médicas suelen ceñirse a ciudades, localidades y comarcas o regiones concretas y tratan de validar su tesis básica: la génesis y evolución de las enfermedades están fuertemente determinadas por el clima y el medio local.^[2,3]

Además, desde la segunda mitad del siglo XVIII, en Europa, las movilizaciones de contingentes campesinos formados por individuos infectados y enfermos hacia las urbes emergentes en búsqueda de trabajo asalariado, así como las privaciones y las precarias condiciones de vida en los nuevos barrios obreros hacían que los agentes de la expansión económica fueran también los mejores agentes de la dispersión de las enfermedades infecciosas. Esta nueva situación epidemiológica se expresaba nítidamente en el incremento de las tasas de mortalidad general en las ciudades industriales. “Entre 1831 y 1841, la tasa

de mortalidad por mil habitantes se eleva rápidamente en Birmingham de 14,6 a 27,2; en Bristol, de 16,9 a 31; en Liverpool, de 21 a 34,8; y en Mánchester, de 30,2 a 33,8” (G. Rosen, 1958, p. 202).^[4] En 1794 se crea la primera cátedra de Higiene Pública en la nueva Facultad de Medicina de París.

Los médicos higienistas de esa época, cultores de la Geografía Médica, no tenían dudas de que a través de la observación sistematizada de la meteorología del medio ambiente se podían conocer los lugares sanos y enfermos.^[5] Suponían que para cada región ecológica correspondía un determinado grupo de enfermedades; esto es, cada región posee una distribución nosológica diferente y, además, bondades climáticas terapéuticas particulares. La Geografía Médica tenía como instrumento fundamental a la Climatoterapia, disciplina que se ocupaba del tratamiento de las enfermedades por medio de la acción de climas favorables.

Adicionalmente, en respuesta a los efectos negativos de la primera Revolución Industrial sobre las condiciones de vida y de salud de las poblaciones hacinadas en las grandes ciudades europeas, el pensamiento de los higienistas y autoridades gubernamentales comenzó a desplazar su centro de atención desde la meteorología y el clima hacia la salubridad del espacio urbano. Pronto se hizo evidente, que los principales elementos indicados como causales de enfermedad (el agua y el aire) en esas ciudades no eran factores sobre los cuales se pudiera intervenir con facilidad. No bastaba construir obras de provisión de agua corriente y cloacas. El aire malsano y sus miasmas naturales y sociales solo podrían combatirse interviniendo sobre la totalidad de la trama urbana. Al respecto, Michael Foucault^[6] comenta:

“Los médicos eran entonces en cierta medida especialistas del espacio. Planteaban cuatro problemas fundamentales: el de los emplazamientos (climas regionales, naturaleza de los suelos, humedad, y sequedad: bajo el nombre de ‘constitución’, estudiaban la combinación de los determinantes locales y de las variaciones de estación que favorecen en un momento dado un determinado tipo de enfermedad); el de las coexistencias (ya sea de los hombres entre sí: densidad y proximidad; ya sea de los hombres y las cosas: aguas, alcantarillado, ventilación; ya sea de los hombres y animales: mataderos, establos; ya sea de los hombres y los muertos: cementerios); el de las residencias (hábitat, urbanismos); el de los desplazamientos (emigración de los hombres, propagación de las enfermedades). Los médicos han sido con los militares, los primeros gestores del espacio colectivo”. (M. Foucault, 1976, p. 4-5)

Esas ideas protocientíficas sustentaron en Europa las acciones de una policía médica, así como de una medicina urbana encargada de “sanear”, “ventilar” y “limpiar” las ciudades y sus entornos físicos. También legitimarían los esfuerzos coactivos de los ayuntamientos o cabildos para evitar o eliminar de los núcleos urbanos todo efluvio miasmático que fuera nocivo a la salud. Las medidas de saneamiento y de limpieza, iluminación y empedrado de las calles, así como, de reubicación de cementerios, prisiones, hospitales, mataderos, curtiembres y otros centros fabriles son muestras del proyecto higienista.^[6]

En síntesis, los higienistas muestran, desde el final del siglo XVIII, una sistemática preocupación por el aire y los vientos –“ya que a través de ellos se dispersan los miasmas”–, así como una persistente atención sobre aquellos lugares que son considerados como focos de pestilencias: pantanos, mataderos, ciudades, estercoleros, etc. y que, por tanto, debían ser objeto de vigilancia y ordenación. En consecuencia, se desarrolla desde el campo higienista, una reflexión propia sobre el espacio urbano. Como parte de esta reflexión, hay que incluir la efectuada por Hipólito Unanue, en su libro *Observaciones sobre el clima de Lima y sus influencias en los seres organizados, en especial el hombre* (1806).

Si bien la medicina seguía prestando especial atención al aire y los vientos, la misma ya no era solo con relación a los cambios meteorológicos, sino también con lo que corresponde a su composición química y sus gases, como elementos que alteran o purifican el aire que los hombres respiran. Nuevas preocupaciones influidas por los descubrimientos químicos de la época.

Adicionalmente, conforme avanzaba la primera mitad del siglo XIX, en el discurso higienista iba adquiriendo especial relevancia los miasmas sociales o “pestilencias de los pobres”, derivadas de la miseria, el exceso de trabajo, el hacinamiento en barrios y viviendas insalubres, y otros factores de tipo social y moral. Ya no solo era necesario conocer los efectos que el ambiente podía tener en el cuerpo, en las fibras de los habitantes, sino también en sus modos de vida, en su moralidad:

“para muchos higienistas la lucha contra la miseria podía significar, al mismo tiempo, dos cosas: por un lado, un reconocimiento explícito y estadísticamente fundamentado de la urgencia en modificar las desigualdades sociales, pero, por otro, la necesidad de multiplicar estrategias de control sobre el modo de vida de las clases populares”.

Es por esto, que se multiplican las propuestas de estrategias destinadas a modificar los hábitos y las conductas de los pobres que son caracterizadas como moral o socialmente indeseables. “Entre ambas propuestas discursivas existe continuidad, pues, según entienden los higienistas de la primera mitad del XIX, para poder imaginar una profilaxis moral, resultaba indispensable vincular conductas y medio físico” (S. Caponi, 2002, p. 1667).^[3,7,8]

Finalmente, a estos avances higiénico-sanitarios se suman, en el último tercio del siglo XIX, los resultados de los estudios y los descubrimientos científicos de Louis Pasteur y Robert Koch que estaban dando inicio a la bacteriología o microbiología médica. Rápidamente, el progreso espectacular inicial de esta nueva disciplina científica abrió una nueva etapa de la fundamentación cognitiva y práctica de la medicina, con su ingreso definitivo en el campo de las ciencias naturales y sus pretensiones de cientificidad del cuidado de la salud poblacional.

1.2. La justicia social en el mundo occidental

JUSTICIA COMO VIRTUD

La “virtud”, en el lenguaje filosófico clásico, es el esfuerzo por actuar bien, y el bien se define por el esfuerzo mismo de la acción: “la virtud es la puesta en práctica de los valores morales, que son las intenciones que lleva a los individuos a la acción, de tal modo que no siempre actuar bien se convierte en virtud, pues podemos actuar bien (sin intención) por una simple costumbre (Savater, 1991). Una buena acción se convierte en virtud desde que se hace algo con una intención congruente, desde que cuesta un trabajo hacer o dejar de hacer algo. Las virtudes cardinales, de las cuales se derivan todas las demás, son cuatro: prudencia, justicia, fortaleza y templanza.^[9,10]

La idea más amplia de “justicia”, entendida como la cualidad de “lo justo”, es la de una virtud suprema que alcanza la máxima importancia cuando es contemplada en sentido general como una orientación de la conducta humana hacia el Bien. La esencia de esta virtud, tal como se la entiende actualmente, es “la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno lo que es suyo” (Ulpiano, 170-228 d. C.). Persona justa, en este último superior sentido, es la que realiza voluntariamente el Bien que le impone la virtud de la justicia, sin ningún tipo de coacción.^[9,10]

En el lenguaje normativo actual, el vocablo “justicia” se encuentra estrechamente ligado a las experiencias, creencias y estructuras mentales de un grupo cultural en un contexto histórico determinado, por lo que resulta imperativo recurrir a una esquematización de la justicia dividiéndola en general y particular. La primera rige los deberes de la autoridad y de los gobernantes, y los obliga a actuar de acuerdo a las exigencias del bien común. La segunda se divide en distributiva y en conmutativa: una regula la participación que le corresponde cada uno de los individuos de la sociedad para alcanzar el bien común, la divide de forma equilibrada en atención al caso particular de cada individuo; la otra rige las operaciones de cambio o relaciones, donde se comparan objetos sin estudiar las diferencias individuales de los sujetos.

La percepción general de la justicia (distributiva) hecha por el jurista romano Ulpiano no se ha alterado, significativamente, con el transcurrir del tiempo. Lo que cambia y se transforma con el paso del tiempo es aquello que se considera un bien común; en consecuencia, lo que en un tiempo es justo para una sociedad no necesariamente lo es en otro; ni siquiera los individuos de una misma época se ponen de acuerdo en lo que es justo. Lo que una persona o un pueblo consideran un bien depende de su racionalidad y de sus deseos y aspiraciones, así como de las circunstancias particulares e históricas en las que se encuentra.^[10,11]

En lo que se refiere a la justicia en una sociedad democrática, se debe citar a Cicerón, quien en su obra *Sobre la República*, definía a la democracia como una multitud unida

por la obediencia a una ley y por la búsqueda de un “bien común” que esté por encima de los intereses particulares que son los que generan las discordias. “Bien común” que puede ser definido –utilizando una formulación minimalista– como todo aquello que la comunidad de ciudadanos está de acuerdo en valorar y defender. De acuerdo a esta definición, la “justicia” tiene lugar, en el ámbito social, cuando en la búsqueda del “bien común” hay equilibrio en situaciones de distribución de bienes entre los miembros de una sociedad, esto es, cuando nadie es desposeído de lo que le corresponde; si se produce algún desequilibrio, se estaría produciendo una injusticia.

Como se advierte, es un reto poder definir o conceptualizar a la justicia, existen diversas posturas, definiciones y concepciones al respecto, sin embargo, todas ellas mantienen en común un elemento: el bien común, por lo que se puede concluir que en efecto que la justicia, en su sentido moral más amplio, es la búsqueda constante del bien común por medio de decisiones que otorguen bienestar a una sociedad.

CONCEPTO DE JUSTICIA SOCIAL

La discusión iniciada en el siglo XIX y que aún no finaliza sobre los criterios y principios a utilizar para la delimitación y la definición del concepto de “justicia social” implica reconocer la persistencia de la existencia en las sociedades de la opresión que unos grupos humanos y sujetos ejercen sobre “otros” subordinados por su condición de clase social, raza, etnia, género, orientaciones y preferencias sexuales, conocimientos, opciones religiosas y posición social, entre otras condiciones. El pensamiento clásico y el contemporáneo en torno a este reconocimiento coinciden en plantear el problema en términos de “justicia distributiva”, es decir, en relación con la manera más adecuada de distribuir los bienes y las cargas, así como los derechos y los deberes entre los miembros de una sociedad determinada. Efectivamente, a lo largo de la historia, se han ensayado y defendido una gran diversidad de criterios o principios que pretenden determinar aquello que a cada persona le corresponde en una sociedad. Estos criterios algunas veces coinciden con cuestiones tan poco justificables como el origen, la nobleza, la nacionalidad o la raza de las personas y otras veces, con cuestiones más sensatas como el mérito, la necesidad, el esfuerzo o la participación de las personas en el logro del bien social.^[12] Es a partir de esos criterios y principios que se han desarrollado diferentes teorías de la justicia social; entre las principales, las teorías de la proporcionalidad natural, la libertad contractual, la utilidad pública, la igualdad social, el bienestar colectivo, la equidad, la construcción social e histórica, así como las definidas desde posiciones neoliberales.

En la filosofía contemporánea, no obstante aquella variedad de teorías y argumentos, si se mira con atención, la “justicia social” no es un concepto meramente formal, pues lleva implícita un mandato de “igualdad y proporcionalidad” que resulta ser irreductible. Los distintos principios y criterios utilizados para justificar tanto las semejanzas como las

diferencias entre esas teorías atienden a una idea de sociedad más general; mediante la cual se expresa una concepción específica de la sociedad y del hombre. Así, por ejemplo, tanto el principio del pleno respeto a la titularidad de los derechos de Nozick, como la tesis de Walzer que sostiene que el criterio de justicia social varía en cada comunidad, en razón a la forma en que cada una valora los bienes objetos de distribución. Responden a una visión del hombre distinta y en cierto punto contradictoria, la primera fundada en la concepción del individuo autónomo, la segunda basada en la idea del yo enmarcado en una comunidad específica. Finalmente, Powers y Faden en *Social Justice* señalan: “que la investigación empírica y las teorías normativas, nos dicen cómo traducir las demandas de la justicia social en políticas sociales específicas”. Es decir, para cada caso habrá que considerar, además de la teoría normativa vigente, el contexto y las circunstancias en que se enjuicia el caso.^[12,13]

No obstante esas y otras opiniones, en la actualidad, existe un consenso internacional en aceptar normativamente que los Derechos Humanos constituyen a la vez la base jurídica y el mínimo ético irrenunciable sobre los cuales se asienta la justicia social en las sociedades democráticas. Entonces, a partir de este consenso debemos aceptar que la búsqueda de la justicia social implica la responsabilidad y el compromiso del Estado para compensar las desigualdades distributivas que surgen en el mercado y en otros mecanismos propios de la sociedad. La falta de justicia social es directamente proporcional a males como ilegitimidad, ilegalidad, corrupción e impunidad.

ESTADO Y JUSTICIA SOCIAL

El concepto moderno de “Estado” puede ser definido como: una organización social constituida en un territorio propio, con fuerza para mantenerse en él e imponer dentro de él un poder supremo de ordenación y de imperio, poder ejercido por aquel elemento social que en cada momento asume la mayor fuerza política.^[9] Otra definición del concepto, más exigente, es la siguiente: una forma de organización social, económica, política, soberana y coercitiva, formada por un conjunto de instituciones, que tiene el poder de regular la vida nacional en un territorio determinado.

Con relación a las responsabilidades de la sociedad y el Estado en el cuidado de la salud, en los años iniciales y de la primera mitad del siglo XIX, Cabanis ya había proclamado en Francia que “las enfermedades dependen de los errores de la sociedad” (1804) y Virchow afirmaba en Alemania que “la medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala” (1845). Asimismo, se desarrollan en Europa las propuestas de Policía médica, Higiene pública, Higiene social, Medicina social, Medicina urbana y Medicina estatal británica. Esta última, va a sustentar con éxito la primera Ley de Salud Pública aprobada –después de largas discusiones y negociaciones– por el Parlamento Británico (1848). El rasgo principal de esta ley es que reconoce jurídicamente

la responsabilidad del Estado en la protección de la salud de sus ciudadanos, que debe ser cumplida a través de acciones dirigidas por una entidad gubernamental de ámbito nacional. Reconocimiento que hasta ese momento no se había dado en el mundo.^[3,8]

Entre los siglos XVIII y mediados del siglo XX

Históricamente, la instalación del capitalismo en Europa y Estados Unidos, apoyada por el Estado Liberal, generó inicialmente mayores desigualdades sociales en los países en vías de industrialización, que se expresaban en el creciente malestar y reclamo de los trabajadores: la “cuestión social” del siglo XIX. Es en esta situación que el sacerdote jesuita italiano Luigi Taparelli (1793-1862),^[14] uno de los fundadores de la doctrina social de la Iglesia, creó el término “justicia social” para aplicarlo a los conflictos obreros que se extendieron con la emergencia de la sociedad capitalista: “... la justicia social debe igualar de hecho en todos los hombres en lo tocante a los derechos de humanidad”. De esta manera, diferenciaba su concepto de “justicia social” tanto de las nociones de “justicia conmutativa” como de la “justicia distributiva”, propias del pensamiento aristotélico-tomista. Paralelamente a estos hechos conflictivos, aparece en el mundo occidental el “socialismo”, entendido, en una primera instancia, como una nueva concepción de la sociedad y la “política” que aspira a poner a esta al servicio de aquella. Concepción que incluye al Estado como la institución que debe compensar las desigualdades sociales existentes y crear los mecanismos que logren la justicia social.

Varias décadas después de Taparelli el término “justicia social” fue vuelto a usar en Inglaterra por los socialistas fabianos ingleses. A partir de las ideas de los fabianos, surge una nueva definición de justicia social: “distribución igualitaria de todos los bienes sociales”. Este nuevo concepto fabiano de justicia fue adoptado, posteriormente, por la socialdemocracia europea encabezada, en su etapa originaria, por partidos políticos monoclásistas obreros. Este concepto implica la necesidad de reformar y utilizar el Estado, para que se comprometa con la compensación de las desigualdades que surgen en el mercado y en otros mecanismos propios de la sociedad capitalista. La reforma del Estado aparece, así, como la clave principal que debe compensar las desigualdades sociales existentes y crear los mecanismos que logren el cambio.^[15]

Después de la Primera Guerra Mundial, en 1919, se crea la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que incorpora la noción de justicia social a su Constitución, como el fundamento indispensable de la paz universal: “Considerando que la paz universal y permanente solo puede basarse en la justicia social” (Constitución de la OIT, 1919). Luego se realizará la Conferencia Internacional del Trabajo en su histórica Reunión de Filadelfia (1944), en la que los Estados miembros de la OIT establecieron y adoptaron los programas que aplicarían en la posguerra en materia de legislación social y del trabajo, así como las recomendaciones sobre la “seguridad de los medios de vida” (número 67) y sobre la “atención médica” (número 69).^[16]

En 1931, la noción de “justicia social” se incorpora plenamente a la Doctrina Social de la Iglesia Católica al utilizarla el papa Pío XI en la Encíclica *Quadragesimo anno*. Para Pío XI, la justicia social es un límite al que debe sujetarse la distribución de la riqueza en una sociedad, de modo tal que se reduzca la diferencia entre los ricos y los necesitados, con ajuste a “las normas del bien común o de justicia social”.^[17]

Entre los años 1947 y 1973

El período 1947-1973 es una época de extraordinario crecimiento económico y grandes transformaciones, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados del mundo capitalista. Los primeros ingresaron, desde comienzos de la década de 1950, en una etapa de abundancia y prosperidad nunca antes imaginada. Durante estos años, la socialdemocracia dio un giro ideológico e ingresó a una nueva etapa: la “socialdemocracia clásica”, así se consolidó como una de las principales fuerzas políticas en el mundo occidental. En esta etapa se constituyó un nuevo Estado Intervencionista de perfil político socialdemócrata, que apuntalaba al mismo tiempo el proceso de acumulación y la distribución de sus frutos. En los países de Europa Occidental, aparece el llamado “Estado de bienestar”; concepto político que tiene que ver con una forma de gobierno en la cual el Estado provee servicios en cumplimiento de sus responsabilidades en la realización de los derechos sociales de los ciudadanos.^[16,17]

La meta del modelo político socialdemócrata, en su nueva etapa, era la siguiente: “humanizar el capitalismo y reformar el Estado, en las circunstancias de un nuevo orden internacional surgido después de la II Guerra Mundial”. Los componentes esenciales del modelo fueron: el liberalismo político, la economía política, el keynesianismo en lo económico, el compromiso con la igualdad social, y el Estado de bienestar. Este último, encargado de ejecutar las políticas sociales tendientes a distribuir la riqueza de una forma más equitativa, para mitigar los efectos del mercado, y a promover la justicia social, para corregir los desequilibrios económicos. Con este modelo, la socialdemocracia obtuvo grandes éxitos en Europa Occidental a través de partidos policlasistas. Sin embargo, sus éxitos llegaron a su fin en la década de 1970, con la crisis económica del sistema capitalista y la quiebra del llamado “consenso de bienestar”.^[17]

Entre los años 1973 y 2015

La crisis económica de la década de 1970 debilitó seriamente el consenso de posguerra sobre la eficacia y justicia de las políticas del Estado de bienestar. La recesión económica, la inflación, las pérdidas masivas de empleo, la crisis fiscal del Estado y el aumento sin precedentes de la deuda pública manifestaron los altos costos que comportaba mantener el bienestar económico y social. Desde entonces comenzó a disminuir la confianza en la intervención económica estatal, crecieron las dificultades de los gobiernos para mantener el compromiso del pleno empleo y se hicieron habituales las restricciones del gasto social.

Las principales consecuencias de estos hechos fueron la crisis del Estado del bienestar y la posterior hegemonía del neoliberalismo. Argumento central que sustentaba esas restricciones del gasto social era el desequilibrio financiero entre los recursos disponibles y los gastos derivados de las coberturas de la seguridad social alcanzados por el Estado del bienestar. Las tesis económicas monetaristas y neoclásicas, defendidas por los neoliberales, desplazaron a las del keynesianismo e iniciaron su dominio en el mundo, su expresión más nítida fue el denominado Consenso de Washington. La economía mundial iniciaba un reordenamiento dramático tan importante como el desencadenado por la crisis de 1929.^[17]

Además de la crisis económica, desde la década de 1980 el fenómeno de la “globalización” aceleraba la interdependencia económica, política y cultural entre los países del mundo, facilitada a través de una serie de cambios sociales a escala planetaria y de los avances en la electrónica y las comunicaciones. En el centro de tales cambios está presente de manera dominante una propuesta sociopolítica neoliberal, para reordenar a la sociedad mundial a través de una desregulación de los procesos sociales que garantice el mayor desarrollo de los capitales privados en una economía de mercado libre. Para esto, era necesario reemplazar un Estado Intervencionista de concepción socialdemócrata por otro Estado minimalista de concepción neoliberal. Por otro lado, en 1991 el mundo asistió asombrado a la desintegración de la Unión Soviética y la disolución del Pacto de Varsovia, lo que dio fin al mundo bipolar que había surgido en la segunda posguerra. Estados Unidos queda como la única superpotencia bélica planetaria capaz de intervenir militarmente en cualquier parte del mundo.

El Estado Neoliberal propuesto, de modo contrario al Estado de bienestar, tiene un carácter subsidiario en la economía; el mercado debe intervenir libremente, sin interferencias del Gobierno, el mercado debe ser de libre competencia. Cabe apenas al Gobierno garantizar las condiciones favorables para el buen funcionamiento del mercado, mediante el mantenimiento de la estabilidad financiera y monetaria. En este contexto, los neoliberales defienden las privatizaciones de las empresas estatales, el control riguroso del gasto público y menores inversiones en políticas sociales focalizadas. Como era previsible, las políticas de estabilización económica afectaron con la mayor dureza a los países en desarrollo; y produjeron, entre otros efectos, el deterioro marcado de sus servicios públicos de carácter social y el incremento de las desigualdades sociales.

Al final del siglo XX, ante los nuevos desafíos sociales, económicos y políticos derivados de la hegemonía del modelo de Estado Neoliberal y del avance de la globalización, la socialdemocracia europea presenta una nueva propuesta sociopolítica: la “tercera vía” (1998). Propuesta que trata de ubicarse entre la socialdemócrata clásica y la neoliberal. Los gobiernos que optaron por esta “tercera vía” aceptaron las condiciones de disciplina fiscal, estabilidad macroeconómica y reformas económicas que demandaba el neoliberalismo. De esta manera, pretendieron mantener dos rasgos sociopolíticos de su modelo clásico:

un Estado regulador e inversor, socialmente responsable y comprometido con el bienestar social de las mayorías, así como la promoción de valores como la igualdad, la justicia social, la responsabilidad y la inclusión. Tuvieron como actores principales a los partidos policlasistas, con una mayor participación de la sociedad civil.^[17,18]

LA DOCTRINA DE DERECHOS HUMANOS Y JUSTICIA SOCIAL

Declaración Universal y evolución de derechos humanos^[19]

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es un documento que marca un hito en la historia de la justicia social. Elaborada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales, la Declaración fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III), como un ideal común para todos los pueblos y naciones. Esta Declaración establece, por primera vez, los llamados derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero.

En el primer párrafo del preámbulo de dicha Declaración se señala que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen como base el reconocimiento de la dignidad intrínseca de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana. Aunque no es un documento obligatorio o vinculante para los Estados, la fuerza ética y moral de sus principios subyacentes, así como el grado de consenso que suscita constituye los cimientos y referencia obligada para el desarrollo normativo de Naciones Unidas en materia de Derechos Humanos. Es así, que sirvió de base para la creación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (derechos de primera generación) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (derechos de segunda generación), los cuales fueron adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Mientras que la Declaración constituye un documento orientativo, los Pactos son tratados internacionales vinculantes que obligan a los Estados firmantes a cumplirlos.

En la historia del desarrollo normativo de los derechos humanos, la argumentación moral que sustentó la idea de la ampliación de los mismos fue la de reconocer que para ejercer la libertad es necesario contar con las condiciones y medios económicos, sociales y culturales pertinentes. Los derechos negativos o de primera generación garantizan la “libertad de ser”. Los derechos positivos o de segunda generación permitirían la “libertad para ser”, con base a esta concepción, los servicios de salud se entienden como un derecho ciudadano y un deber del Estado, limitado por los recursos económicos disponibles. A mediados del siglo XX, la experiencia acumulada de los seguros sociales y de la organización de servicios financiados por impuestos aparecía como modelo a seguir, en el marco de la formación de los Estados de bienestar en Europa Occidental.

Cuando el discurso de los Derechos Humanos se pregunta por qué es justo reconocer los derechos de toda persona, sin ninguna distinción, no encuentra otra respuesta que esta: “Porque es persona” y, desde la postura kantiana, la persona es un fin en sí mismo. El carácter absoluto de esta respuesta hace ver que se trata de un principio ético, que no se puede explicar desde una subordinación de la ética a la política. Si los juicios éticos son absolutos, no dependen de las distintas concepciones de la vida política. Dependen del concepto filosófico de derecho subjetivo, es decir, de lo que un sujeto humano merece por el solo hecho de ser persona. Dicho de otro modo, lo éticamente justo es lo que determina cómo debe juzgarse la moral en general y la acción política en particular. En la actualidad, existe un consenso internacional en reconocer que los derechos humanos tienen cinco atributos básicos, que son esenciales a su propia existencia y definición como tales: universalidad, inalienabilidad, indivisibilidad, interdependencia y complementariedad. A partir de estos atributos, los derechos humanos son acumulativos, imprescriptibles o irreversibles, no jerarquizables e inviolables.

Los derechos humanos se pueden definir, también, como la expresión de los valores de la modernidad (libertad, igualdad y solidaridad). Al ser traducidos en términos jurídicos con el respaldo constitucional del Estado de Derecho, se transforman en derechos ciudadanos, en su esencia está el reconocimiento de la dignidad del ser humano como atributo inalienable de la persona y la salud como una condición esencial y atributo de la dignidad humana. Asimismo, el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social se articulan con los principios de igualdad y solidaridad y forman parte de los denominados derechos sociales, en tanto que los derechos sexuales y reproductivos se asocian con la libertad. No es posible hablar de modernidad ni de dignidad humana sin referirse a los grandes valores que dan sustento actual a los derechos humanos: libertad, igualdad, justicia, solidaridad, democracia y ciudadanía.

Los derechos humanos como utopía realista^[20]

Jürgen Habermas, en su artículo La idea de dignidad humana y la utopía realista, reflexiona sobre el papel catalizador que juega el concepto de dignidad en la composición de los derechos humanos a partir de la moral racional, por un lado, y en la forma de derechos subjetivos, por otro. Así como sostiene que la extracción de los derechos humanos a partir de la fuente moral de la dignidad humana explica la fuerza política expansiva de una utopía concreta o “realista” que el autor defiende tanto frente al rechazo global que a veces se ha hecho de los derechos humanos, como frente a los recientes intentos orientados a la desactivación de su contenido radical. Utopía que puede seguir siendo considerada, en su opinión, como una guía orientadora, como la brújula que indica la vía a seguir para encontrar la justicia.

“Los derechos humanos forman una utopía realista, en tanto que ya no evocan los coloreados cuadros utópico-sociales de una felicidad colectiva, sino que cimentan el objetivo ideal de una sociedad justa en las instituciones mismas de los Estados constitucionales (...) Aparte de la mera fuerza simbólica de los derechos fundamentales en las democracias de fachada (...), la política de los derechos humanos de las Naciones Unidas muestra la contradicción entre la expansión de la retórica de los derechos humanos, por un lado, y su abuso como instrumento de legitimación para la habitual política del poder, por otro. La tensión entre idea y realidad, que con la positivación de los derechos humanos irrumpe en la misma realidad, nos sitúa hoy frente al desafío de pensar y actuar de forma realista sin traicionar el impulso utópico. Esta ambivalencia nos lleva (...) a la tentación, bien de tomar partido de manera idealista, pero sin comprometerse, por los desbordantes contenidos morales, bien de adoptar la pose cínica de los llamados “realistas”. Puesto que ya no es realista rechazar en bloque el programa que entre tanto se ha infiltrado con su fuerza subversiva a lo largo del mundo (...), el “realismo” adopta hoy un nuevo rostro. En lugar de la crítica desmitificadora aparece una deflación suave de los derechos humanos. Este nuevo minimalismo genera relajación, en cuanto que separa los derechos humanos de su impulso moral esencial: la protección de la igual dignidad humana de cada uno”. (Habermas, 2010, pp.118-120)

Al respecto de esas ideas, para los fines de este escrito, consideraremos a la realización final de los derechos humanos como una abstracción realista, sin tiempo determinado, que define los rasgos esenciales de lo deseado para la protección de la dignidad humana.

Naciones Unidas, desarrollo social y justicia social

Naciones Unidas organizó la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, efectuada en Copenhague en marzo 1995.^[21] En ella, las discusiones se centraron en la pobreza, el desempleo y la exclusión social en el mundo. Se analizó el impacto negativo del ajuste estructural neoliberal, en esos tres aspectos, aunque hubo resistencia de los países industrializados en cuestionar el nuevo modelo de desarrollo dominante. Sin embargo, en la Declaración final del evento se reafirma lo siguiente: “Compartimos el convencimiento de que el desarrollo social y la justicia social son indispensables para la consecución y el mantenimiento de la paz y la seguridad en nuestras naciones y entre ellas. A su vez, el desarrollo social y la justicia social no pueden alcanzarse si no hay paz y seguridad o si no se respetan todos los derechos humanos y las libertades fundamentales. Esta interdependencia básica había sido reconocida hace 50 años antes en la Carta de las Naciones Unidas y desde entonces se ha ido afianzando más y más”.

La Asamblea General de Naciones Unidas, en 2007, proclamó el día 20 de febrero como el Día Mundial de la Justicia Social, e invitó a los Estados Miembros a dedicar este día especial a promover, a nivel nacional, actividades concretas que se ajusten a los objetivos y las metas de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Celebración que debe apoyar la labor de la comunidad internacional encaminada a erradicar la pobreza y promover el empleo pleno y el trabajo decente, la igualdad entre los sexos y el acceso al bienestar social y la justicia social para todos.^[22] En esta oportunidad, la Asamblea define a la justicia social como “un

principio fundamental para la convivencia pacífica y próspera”, que se erige como el núcleo de su misión global de promover el desarrollo y la dignidad humana. Según Naciones Unidas los fundamentos de la justicia social se defienden cuando se promueve, impulsa y fomenta la eliminación de las barreras que enfrentan las personas por motivos de género, edad, raza, etnia, religión, cultura o discapacidad.

Al año siguiente, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) adoptó por unanimidad la Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa. Esta Declaración expresa la visión contemporánea del mandato de la OIT en la era de la globalización. De manera específica, sienta una nueva base a partir de la cual la OIT puede apoyar los esfuerzos de sus mandantes para promover y alcanzar el progreso y la justicia social a través de los cuatro objetivos de la Agenda de Trabajo Decente: empleo, protección social, diálogo social y tripartismo, y principios y derechos fundamentales en el trabajo. Al resaltar la naturaleza interdependiente de estos cuatro objetivos, la Declaración subraya que la falta de apoyo a cualquiera de ellos afectaría la promoción de los demás.^[23]

El año 2014, en el mensaje del secretario general de Naciones Unidas, con motivo del Día Mundial de la Justicia Social, se manifestaba:

“La brecha que existe entre los más pobres y los más ricos en el mundo es considerable y está creciendo. Esta situación no solo se da de un país a otro sino dentro del mismo país, incluso en el caso de muchos de los países más prósperos... A medida que aumenta la desigualdad, el tejido social de nuestras sociedades se resiente y sufre tensiones, lo que a menudo conduce a un espiral descendente de incertidumbre económica y social e incluso a disturbios... Sin embargo, no hay ningún aspecto de la desigualdad que sea inevitable. El objetivo de todos debe ser adoptar medidas prácticas para eliminar este obstáculo tan importante al desarrollo y la dignidad humana. La experiencia muestra que el crecimiento económico en sí mismo no es suficiente. Debemos hacer más para empoderar a las personas mediante el trabajo decente, brindarles apoyo a través de la protección social, y velar por que se escuchen las voces de los pobres y los marginados. Mientras seguimos procurando alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y definir una agenda para el desarrollo después de 2015, hagamos que la justicia social constituya un elemento central para lograr un crecimiento equitativo y sostenible para todos.”^[24]

EL DERECHO A LA SALUD

Uno de los derechos humanos sociales incluidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos es el “derecho a la salud”. Posteriormente, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se establecieron normas y principios jurídicos a los que pudieran atenerse los gobiernos para poder realizar esos derechos, entre ellos el de la salud. Aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, entraría en vigor el 3 de enero de 1976.^[25]

Desde esos años, se ha institucionalizado en el Derecho Internacional el reconocimiento de que “el disfrute del más alto nivel posible de salud” es un derecho humano fundamental e

indispensable por el valor que tiene la salud en sí misma, así como por ser una condición para el ejercicio efectivo de los demás derechos humanos. Debido a esta condición especial, las organizaciones de Naciones Unidas, de la sociedad civil, académicas y otras, han desarrollado un marco analítico para precisar el contenido y los alcances de dicho derecho. Los elementos clave de este marco son resumidos sucintamente, por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (2000) de la siguiente manera:

- El derecho a la salud está identificado y formalizado como uno de los derechos humanos más relevantes, en los instrumentos, normas y estándares del Derecho Internacional.
- Este derecho está sujeto a limitaciones de recursos y a una realización progresiva; pero, algunas obligaciones que surgen de este derecho tienen efecto inmediato, por ejemplo, la obligación de no discriminación *de jure* y *de facto*. La realización progresiva del derecho a la salud implica la obligación concreta y constante por parte del Estado de avanzar hacia su pleno goce y ejercicio por parte de la ciudadanía.
- Este derecho incluye libertades y derechos. Entre las libertades destacan el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo, el derecho a no padecer injerencias, como el no recibir tratamientos no consentidos; mientras que entre los derechos se encuentra el relativo a contar con un sistema de salud que brinde a las personas iguales oportunidades para su más alto nivel de disfrute. En general, las libertades no tienen implicancias presupuestarias, mientras que los derechos sí, toda vez que implican la adopción de medidas por parte del Estado.
- Todos los servicios, bienes e instalaciones de salud tienen que estar disponibles, ser accesibles, aceptables y de buena calidad. La disponibilidad implica que cada Estado debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios y centros de atención de la salud, así como de programas que garanticen la atención de la ciudadanía. Por su parte, la accesibilidad implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, y, además, estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial, de los grupos más vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas adultas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/sida. Asimismo, deben ser accesibles económicamente a toda la población, por lo que los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, que permitan incluir a los grupos menos favorecidos económicamente. La accesibilidad implica que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben respetar la ética médica y ser culturalmente apropiados y pertinentes a las costumbres y tradiciones de las minorías, los pueblos y las comunidades, así como a los requisitos del género y el ciclo de vida. Finalmente, en lo que respecta a la calidad, esta implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben contar con personal médico capacitado, medicamentos

y equipo hospitalario científicamente aprobados, así como contar con agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, así como contar con los medicamentos esenciales.

- Los Estados tienen obligaciones de respetar, proteger y satisfacer el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. La obligación de respetar exige que los Estados no realicen acciones que directa o indirectamente afecten el disfrute de dicho derecho humano. Por su parte, la obligación de proteger implica la adopción de medidas por parte del Estado para impedir que terceros interfieran en su garantía. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial, entre otros, para dar asegurar el goce y ejercicio pleno del derecho a la salud.
- La realización de este derecho requiere que exista oportunidad para la participación activa e informada de individuos y comunidades en la toma de decisiones vinculadas con el cuidado de su salud. Para esto, los Estados deben adoptar medidas para mejorar y fomentar la participación de la población en la prestación de servicios médicos, la organización del sector Salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional e internacional. De esta manera, la comunidad debe tener la posibilidad de participar de manera activa y efectiva en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud.
- La realización de este derecho requiere que existan mecanismos de monitoreo y control eficaces, transparentes y accesibles, disponibles a nivel nacional e internacional. En efecto, las estrategias y políticas nacionales en salud deben basarse en los principios de rendición de cuentas, transparencia e independencia del poder judicial, toda vez que el buen gobierno es indispensable para su efectivo ejercicio. Asimismo, los Estados deben adoptar medidas para asegurar que el sector privado empresarial y la sociedad civil conozcan y tengan en cuenta la importancia del derecho a la salud.

1.3 Racionalidad de la acción social

Para los fines de esta publicación, definiremos “racionalidad” como la capacidad del ser humano para identificar y utilizar razones cognitivas, normativas y estéticas destinadas a sustentar la validez de sus afirmaciones (opiniones) y de sus acciones. Asimismo, definiremos “argumento” como una o más razones que en conjunto fundamentan dicha validez. Las razones que constituyen los argumentos pueden ser principios lógicos, axiomas, teoremas, postulados científicos, leyes científicas y proposiciones sobre hechos. También son razones los principios y normas sociales y jurídicas, así como los juicios morales particulares. Se incluyen, además, los juicios sobre decisiones, intenciones, deseos, sentimientos, propósitos, objetivos y valores.^[26]

“Entenderemos por racionalidad el empleo de la Razón en la indagación de un campo determinado (de la realidad). Los (tres) campos de la indagación son los siguientes: 1) los mundos social y natural, o sea, la racionalidad teórica o científica; 2) los comportamientos, es decir, creencias, decisiones y acciones, o sea, la racionalidad normativa o práctica, propia de las normas morales y jurídicas; 3) los actos estimativos, o sea, la racionalidad de las expresiones y manifestaciones del arte. Los contenidos de estos campos de acción y de indagación constituyen lo que consideramos como realidad. La Razón única según su naturaleza aunque diferenciada según sus modos en racionalidades teórica, práctica, estimativa, presupone (para cada modo) condiciones necesarias y suficientes”. (M. Rodríguez Riva, 2010, p.17)

En concordancia con el objetivo específico del presente estudio, se ha construido y utilizado un marco metodológico, con el fin de proponer un esquema organizador y orientador del conocimiento del tema. Esquema sustentado en una integración de las ideas afines contenidas al respecto en las propuestas de “dimensiones de la racionalidad” (Habermas), y de “distinción de órdenes sociales” (Comte-Sponville).

A continuación se presenta sucintamente los aspectos centrales de ambas propuestas que nos han permitido adoptar y utilizar tres categorías funcionales o niveles de análisis crítico de la racionalidad de las reformas de los modelos de gestión de cuidado de la salud, vigentes en los distintos períodos del devenir del proceso peruano republicano

HABERMAS Y LA ACCIÓN COMUNICATIVA

Teoría de la acción comunicativa

Jürgen Habermas^[27] es uno de los pensadores más importantes de la actualidad. Hasta 1970, utilizó el “paradigma de la filosofía de la conciencia” como sustento de su teoría de la sociedad, pero en ese año se percató de las insuficiencias del modelo sujeto-objeto para el estudio de la problemática de la sociedad moderna. Al percatarse que en este modelo actuaban supuestos sobre la base de un sujeto racional aislado y artificial, abandona la reflexión monológica impuesta desde dicho paradigma y la transforma en una reflexión comunicativa, que concilia diversas tradiciones filosóficas, entre ellas las de la sociología actual, el análisis lingüístico y la filosofía analítica.

En su obra Teoría de la acción comunicativa, Habermas^[28] presenta de forma ordenada las claves de su propuesta teórica. Como el mismo señala intenta con ella satisfacer tres pretensiones fundamentales: 1) desarrollar un nuevo concepto de racionalidad capaz de emanciparse de los supuestos subjetivistas e individualistas que han encadenado a la filosofía de la conciencia y a la teoría social moderna; 2) construir un concepto de sociedad dual que integre los conceptos de “sistema social” y “mundo de la vida”; 3) y, elaborar una teoría crítica de la modernidad que ilumine sus deficiencias y patologías y sugiera nuevas vías de reconstrucción del proyecto ilustrado en vez de propugnar su total abandono.

Para iniciar el desarrollo de su teoría, hace una crítica y, luego, una redefinición de los tipos de acción social weberianos; así, de ellos deriva su propio concepto de “acción comunicativa”. Luego, coloca frente a la “acción instrumental”, definida por Weber, la “acción comunicativa”, definida por Habermas. La primera se entiende como una relación sujeto-objeto que busca el éxito material, mediante la utilización de una racionalidad unidimensional de carácter cognitivo-instrumental; y, la segunda, como una relación interpersonal lingüística (sujeto-cosujeto) que busca el mutuo entendimiento (consenso), mediante la utilización de una racionalidad tridimensional.

La “acción instrumental”, orientada al éxito material, es aquella por la cual el actor realiza un fin o hace que se produzca un estado de cosas deseado, mediante la elección en una situación dada de los medios más pertinentes y de su aplicación de manera adecuada. El concepto central de este modelo es la decisión entre opciones de un curso de acción orientado a la realización de un propósito, dirigido por reglas técnicas o máximas, y apoyada en una interpretación de la situación. Atañe, en una acción social, a un solo actor sujeto que calcula los medios técnicos más adecuados para alcanzar su meta, y, así, establecer una relación sujeto-objeto con el “otro”.

La “acción social comunicativa”, orientada al entendimiento, se refiere a la interacción a lo menos de dos actores (sujetos) que buscan entenderse sobre una situación de acción para poder así coordinar de común acuerdo sus planes de acción y, con esto, sus acciones. Es una alternativa de acción que permitirá la coordinación de los actores sociales a través del entendimiento lingüísticamente mediado. El concepto central de este modelo de acción es la negociación de definiciones de los aspectos de la situación de acción que son susceptibles de consenso. La acción comunicativa sería una forma de producción lingüística de consensos naturales (acríticos) o argumentativos (discursivos) sobre las pretensiones de validez de actos de habla (discursos). Es inmanente al lenguaje, ya que este tiende al consenso y le presta sus condiciones de posibilidad.

Por otro lado, la “acción estratégica” es aquella en que intervienen por lo menos dos o más actores, orientados al éxito material, cada uno de los cuales calcula su éxito teniendo en cuenta las expectativas del “otro”, a menudo en términos utilitaristas. Este tipo de acción podría apoyarse indirectamente en actos del habla (discursos), utilizando argumentos empíricos o coercitivos, pero no sería una coordinación sustentada en el entendimiento. La evaluación del grado de su eficacia se mide en su capacidad de influir en las decisiones de un oponente racional.

RACIONALIDAD DE LA ACCIÓN SOCIAL COMUNICATIVA

La racionalidad de una opinión o de una acción comunicativa puede ser considerada desde la perspectiva de la justificación o defensa argumental de las pretensiones de validez de los enunciados. Es racional, en este sentido, cualquier expresión que concita el consenso de los

participantes en una argumentación o, lo que es lo mismo, aquella expresión que puede ser aceptada por otro sujeto con base en razones o argumentos.

Podemos definir, por tanto, los discursos como los procesos de argumentación en los que los hablantes logran fundamentar razonadamente sus propuestas comunicativas y las pretensiones de validez que subyacen a ellas. El discurso termina con éxito cuando se “desempeñan” o defienden dichas pretensiones, que acaban siendo aceptadas por el receptor. El consenso o acuerdo constituye el final óptimo de todo discurso.

Dada la diversidad de nuestras acciones, Habermas busca un modelo de acción que exprese de la manera más adecuada la articulación de las condiciones formales puestas en juego en todas ellas. Este modelo, en su opinión, es el de la “acción comunicativa” que pone de manifiesto una “racionalidad comunicativa” de carácter tridimensional. Al respecto afirma que los sujetos capaces de lenguaje y de acción deben estar en condiciones no solo de comprender, interpretar, analizar, sino también de argumentar según sus necesidades de acción y de comunicación.

El presupuesto básico sobre el cual construye su concepto de racionalidad comunicativa parte de la afirmación que a través de nuestras opiniones y acciones de cualquier tipo ponemos de manifiesto nuestra pretensión o aspiración a hacer valer la verdad de una proposición o la eficacia de un proceder, la rectitud (justicia) de la conducta o de la norma misma, o la veracidad y autenticidad de una expresión de nuestro mundo interno. Estas diferentes pretensiones de validez tienen, si quieren ser racionales, que exponerse a la crítica y ser susceptibles de fundamentarse con razones y argumentos válidos. En el caso de las pretensiones de verdad y de rectitud, el actor “hablante” puede dar cumplimiento a su garantía –con que cuenta para apoyar su pretensión– discursivamente, es decir, mediante la aducción, y en el caso de veracidad o autenticidad, mediante el guardado de un comportamiento coherente con sus enunciados expresivos. De esta manera, identifica las tres dimensiones de su concepto de “racionalidad comunicativa”.

- **RACIONALIDAD MEDIO-FIN.** Racionalidad cognitiva-instrumental. Racionalidad del modelo de la acción teleológica “orientada al éxito” y a la “eficacia técnica”, que se sustenta sobre la “verdad” del conocimiento propio de las ciencias naturales, se refiere al mundo objetivo en el sentido de la relación “sujeto-objeto”. La “verdad” se refiere a la existencia de estado de cosas en el mundo objetivo. La “eficacia” se refiere a intervenciones en el mundo con ayuda de las cuales pueden producirse los estados de cosas deseados. El “discurso teórico” es la forma de argumentación o el medio por el cual el actor (sujeto) pretende hacer valer la verdad de sus enunciados (opiniones) o la eficacia de sus acciones teleológicas en el mundo objetivo. Es el discurso de la ciencia y de la tecnología.
- **CORRECCIÓN NORMATIVA. RACIONALIDAD PRÁCTICO-MORAL.** Es la dimensión cuya legitimación racional se basa en última instancia en la “moral” y que tiene como referencia el mundo sionormativo en el sentido de la relación “sujeto-cosujeto”

Discurso práctico. Forma de argumentación por la cual el actor (sujeto) pretende hacer valer la “rectitud” de su propio comportamiento respecto a la norma o la rectitud de la misma en el mundo socrionormativo; presupone el mundo objetivo. Corresponde a la forma de argumentación en la ética y en el derecho.

- **ADECUADA AUTOPRESENTACIÓN. RACIONALIDAD ESTÉTICA-EXPRESIVA.** Es la dimensión cuyo criterio de racionalidad es la “veracidad”. Sin más referencia que la “autenticidad de la autoexpresión”. Los actos de habla expresivos –del discurso de la “crítica terapéutica”– son la forma de argumentación por los cuales el actor (sujeto) hablante pretende hacer valer la veracidad de sus expresiones, a través de las cuales el actor se refiere al mundo interno (subjetivo) de sus propios sentimientos, pero que los representa ante un público. El sentido de la argumentación es la demostración de la “transparencia” de las autopresentaciones.

En síntesis, la racionalidad de la acción comunicativa corresponde al modelo de la dicha acción. Se trata de una racionalidad tridimensional, orientada al “entendimiento” social, en la que el actor utiliza las tres dimensiones de este tipo de racionalidad buscando la eficacia, garantizando su rectitud y tratando de ser “auténtico”. Es vista como una negociación mediada por el lenguaje para la construcción de consenso, un proceso cooperativo de “interpretación”, o racionalidad con arreglo al entendimiento.

1.4. Órdenes sociales según Comte-Sponville

André Comte-Sponville (París, 1952) es uno de los más destacados filósofos franceses de la actualidad, miembro del Comité Consultivo Nacional de Ética Francés. En su obra, *Diccionario Filosófico*,^[10] toma la noción de “distinción de órdenes” de la vida humana de Blas Pascal para aplicarlas a una clasificación diferente que, en su caso, trata sobre la sociedad. Más precisamente, trata sobre los órdenes o campos de las acciones humanas según sus fines sociales, así como sobre los niveles de prioridad o primacía de los mismos. Órdenes que en conjunto adoptan las características de un sistema complejo (con órdenes, subórdenes, subsistemas y componentes), que por su misma naturaleza tiende a “perseverar en su ser”, es decir, su conservación y reproducción.

En ese sentido clasificatorio es que Comte distingue cuatro órdenes o niveles de acciones sociales según su finalidad:

- **ORDEN TÉCNICO-CIENTÍFICO.** Tiene como fin el saber.
- **ORDEN JURÍDICO-POLÍTICO.** Tiene como fin el poder.
- **ORDEN MORAL.** Tiene como fin el deber ser.
- **ORDEN ÉTICO.** Tiene como fin el amor.

Cada uno de estos órdenes tiene su lógica interna o su coherencia propia, sus obligaciones y sus exigencias propias y, en definitiva, autonomía en su dominio o ámbito de argumentación:

no se vota por lo verdadero y lo falso o las ciencias no podrían tampoco regir la política y el derecho. Es decir, tienen su propia lógica de funcionamiento interno, aunque su existencia permanece condicionado por el orden que lo precede en objetividad (prioridad), y solo es juzgado y limitado por el orden siguiente, es decir, por el que le sigue en subjetividad (primacía).

El “orden técnico-científico”

El “orden técnico-científico”, guiado por el “saber”, está estructurado internamente por la oposición de lo posible y lo imposible. Es decir, entre lo que se puede hacer y lo que no se puede hacer, desde el punto de vista tecnológico; o entre lo posiblemente verdadero y lo ciertamente falso, desde el punto de vista científico.

Para algunos científicos “todo lo posible se realizará siempre que haya un mercado propicio”. Pero esto puede ser, a veces, peligroso; por ejemplo, en lo que se refiere a la manipulación genética. Las ciencias nos dicen cómo hacerlo, pero no si hay que hacerlo. No existe ninguna razón procedente de las ciencias biológicas que evite clonar al ser humano, ni razón para que la economía impida entender a los servicios de atención de salud como simples mercancías. Este orden usualmente es incapaz de autolimitarse, y, por esto, debe ser limitado desde el exterior, desde el orden siguiente: el político-jurídico, que es axiológicamente superior.

El “orden político-jurídico”

El “orden político-jurídico”, guiado por el “poder”, está estructurado internamente por la oposición de lo legal y lo ilegal (lo que autoriza la ley o lo que prohíbe). La ley es dictada por el Estado y el sistema jurídico vigente. En nuestras democracias, la mayoría parlamentaria es la que hace la ley, en tanto se asume que la voluntad del pueblo soberano se expresa a través del legislador. Pero la historia muestra con frecuencia que una ley que debe definir lo justo puede ser ella misma injusta; es así, que aquella mayoría puede cambiar las leyes en función de sus intereses, lo que desencadenaría guerras o permitiría diversas formas de barbarie. Por otro lado, un individuo puede ser respetuoso con la ley del país en que vive (perfecto legalista), pero ninguna ley prohíbe el egoísmo, el desprecio, el odio, lo que podría convertirlo en un “canalla legalista”. Entonces, al igual que el anterior, este orden es incapaz de limitarse por sí mismo; en consecuencia, debe ser limitado desde el exterior, por el “orden de la moral”, que es axiológicamente superior.

El “orden moral”

El orden “moral”, guiado por el “deber”, está estructurado interiormente por la oposición del Bien y del Mal, considerados como valores absolutos o trascendentes. “Moral” es, entonces, el discurso normativo e imperativo que resulta de esta oposición: “Está formada

por obligaciones y prohibiciones, es el conjunto de nuestros deberes. La moral responde a la pregunta ‘qué debo hacer’... Además, una acción solo tiene valor moral, explica Kant, en la medida que es desinteresada. Eso implica que dicho discurso no se cumple solo “conforme al deber” (para lo cual puede ser suficiente el interés: como el de un comerciante que solo es honrado para conservar a sus clientes), sino por “deber”, o sea, por puro respeto a la ley moral. Por esto, el “deber” es lo que limita el “poder”, aunque este sea democrático, la resistencia al poder es expresión de libertad.

La conciencia del hombre honrado, dice Comte-Sponville,^[10,29] es más exigente que el legislador, entonces hay cosas que la ley permite, y que nosotros no debemos hacer, y otras cosas que la ley no impone pero nosotros debemos imponernos: “El bien y el mal no se votan”. En la moral universalista kantiana, el juicio moral es racional e incondicionado, no tiene en cuenta ni las consecuencias ni los intereses y, por supuesto, los sentimientos.

“¿Qué es la moral? Es el conjunto formado por lo que un individuo se impone o se prohíbe a sí mismo, pero no fundamentalmente para aumentar su felicidad o su bienestar, lo que no sería más que egoísmo, sino para tomar en consideración los intereses o los derechos del otro...”. (A. Comte Sponville, 2002, p .22)

El “orden ético”

El orden “ético”, guiado por el “amor”, se articula por la oposición o “la doble determinación del deseo como naturaleza y como cultura, como placer y sufrimiento, como alegría y tristeza”. El orden ético no limita al orden moral, sino lo complementa con la misericordia, con el perdón: “El amor es lo que hace vivir, porque hace que la vida sea amable”. Es el orden superior y último, debido a que para este filósofo no hay nada más allá del amor al prójimo. Interviene en los órdenes anteriores, como: amor a la verdad (orden científico-tecnológico), amor a la libertad (orden político-jurídico), y amor al prójimo (orden moral). “La exigencia del amor al prójimo nos compromete directamente de manera cotidiana”.

“Ética” es entendida como “un discurso normativo pero no imperativo, que resulta de oposición entre lo bueno y lo malo, considerados solo como valores simplemente relativos. Está hecho de conocimientos y elecciones: es el conjunto meditado y jerarquizado de nuestros deseos. Una ética responde a la pregunta ‘¿cómo vivir?’, siempre es relativo a un individuo o a un grupo.

Para Comte-Sponville,^[10,29,30] los conceptos de “prioridad” y de “primacía” de los órdenes sociales son diferentes e incluso opuestos en su lógica. La relación entre los cuatro órdenes, de acuerdo a sus prioridades y sus primacías, tiene un doble movimiento, ascendente y descendente, que se constituyen como dos escalas cruzadas: “lo más valioso, subjetivamente, para el individuo, nunca es lo más importante, objetivamente, para el grupo, y viceversa”.

La “prioridad”, hace referencia a lo que es objetivamente más importante, para los fines de la reproducción social (supervivencia de la sociedad). Establece un encadenamiento descendente de determinaciones: el orden económico (científico) es más importante para la reproducción social que el político, el político es más importante que el moral y este último más que el ético. Es un concepto que tiende a profundizar el conocimiento teórico. Sirve para comprender las causas de la acción. Para el pensamiento, la “prioridad” es la lucidez, entendida como “ver la realidad tal como es, más que como uno querría que fuera: “el amor a la verdad debe prevalecer, intelectualmente, sobre lo demás”.

De manera opuesta, la “primacía” hace referencia a lo que vale más, subjetivamente, a partir de los criterios de la dignidad y el valor del orden para la convivencia humana. Establece una jerarquía ascendente de evaluaciones en función de un criterio axiológico: el orden ético vale más para la dignidad humana que el moral, el moral vale más que el político y este último que el económico. Es un concepto normativo o práctico, que tiende a lo mejor y lo más elevado del ser humano, y depende de los valores. Para la acción, la “primacía” es lo que se quiere voluntariamente: “el amor y/o la libertad, para casi todos, serían los valores supremos”.

En resumen, a la jerarquía ascendente de las primacías se añade, sin anularlas, el encadenamiento descendente de las prioridades. Cada uno de los órdenes es, efectivamente, determinante para el orden inmediatamente posterior, cuyas condiciones de posibilidad crea, pero también es regulador para el orden inmediatamente anterior cuyos límites fija y al que intenta proporcionar una orientación y un sentido. Por eso es necesario enunciar al mismo tiempo (pero desde dos puntos de vista distintos), por ejemplo, que entre los órdenes “1, económico” y “2, político”: lo económico es prioritario (más importante) frente a lo político; y que lo político tiene la primacía (más valioso) sobre lo económico. Asimismo, que entre los órdenes “2, político” y “3, moral”: lo político es prioritario (más importante) frente a lo moral; y que lo moral tiene la primacía (más valioso) sobre lo político. Y, finalmente, la prioridad de la moral y la primacía de la ética, entre los órdenes 3 y 4.^[30]

Los tres o cuatro órdenes descritos son necesarios, complementarios y más o menos independientes, pero ninguno por si solo es suficiente para una apropiada argumentación de la validez comunicativa de nuestras opiniones y acciones sobre la realidad sanitaria que estamos analizando. Se debe desarrollar, entonces, la capacidad de distinguir y separar las diversas lógicas internas de cada orden; aunque se entiende que son complementarias.^[10,29,30] Todos los órdenes deben ser respetados y si los distinguimos no es para ocuparse de solo uno de ellos, o para reducir unos a los otros, sino para entender que son complementarios y, por tanto, necesarios para un análisis integral y equilibrado de la realidad sanitaria. Complementariedad que debe sustentarse con una racionalidad comunicativa.

1.5. Categorías de análisis de la gestión del cuidado de la salud poblacional

Se reitera que, en concordancia con el objetivo del presente estudio, se ha construido un esquema metodológico de análisis crítico de las reformas de la gestión del cuidado de la salud, que estuvieron vigentes en los distintos períodos del devenir del proceso peruano republicano. Esquema, sustentado en una integración de las ideas afines contenidas en las propuestas de “dimensiones de la racionalidad”, y de “distinción de órdenes sociales”, que ha permitido precisar los conceptos de científicidad, legalidad y legitimidad que validaron, temporalmente, los supuestos de racionalidad de cada uno de esos modelos de reforma.

CIENTIFICIDAD

El término “cientificidad” hace referencia, en este esquema metodológico, al saber de las ciencias positivas y, por tanto, hay que entenderlo de manera limitada, es decir, como una categoría funcional cuyo sentido y alcances corresponden a la pretensión de calidad cognitiva de orden científico-tecnológico, orientado al éxito material; así como a la dimensión medio-fin de la racionalidad de la acción comunicativa de Habermas. Los argumentos utilizados para validar dicha pretensión tienen el respaldo institucional de la comunidad científica y académica oficial. La categoría corresponde –para los fines de esta publicación, excepto en lo que se refiere a las conclusiones del último capítulo– al saber de las ciencias empírico-analíticas vinculadas con el cuidado de la salud; y, del saber hacer de las tecnologías y estrategias pertinentes.

LEGALIDAD

El término legalidad alude, en este esquema, a la pretensión de calidad normativa de orden político-jurídico, orientado al entendimiento social; así como, a la dimensión “corrección normativa” de la racionalidad de la acción comunicativa de Habermas. Los argumentos utilizados para validar discursivamente dicha pretensión son los del Derecho Positivo. Discurso práctico dictado y defendido por el Estado y el sistema jurídico vigente. La ley prescribe o prohíbe determinados cursos de acción, tratando de evitar o regular la aplicación bárbara del saber; por ejemplo, el uso de técnicas para el genocidio, el aborto, la eutanasia, etc.

En nuestras democracias, la mayoría parlamentaria es la que hace la ley, en tanto se asume que la voluntad del pueblo soberano se expresa a través del legislador. Pero la historia muestra con frecuencia que una ley que debe definir lo justo puede ser ella misma injusta; es así, que aquella mayoría puede cambiar las leyes en función de sus intereses. Por esto, la vigencia de las prescripciones jurídicas puede criticarse desde el punto de vista de la legitimidad.

LEGITIMIDAD

El término legitimidad hace referencia, en este esquema, a la pretensión de calidad o fuerza normativa de las prescripciones que tienen su origen y sustento en la interfase entre el Derecho y la Moral, pero también entre el Derecho y la Política; pretensiones consideradas como válidas, además, en la dimensión “corrección normativa” de la racionalidad de la acción comunicativa de Habermas. Es legítimo lo que está en el “buen derecho” –sustentado en “buenas razones”– lo que implica que un derecho no siempre es bueno. La “legitimidad” es la conformidad con la justicia subjetiva o con un interés axiológicamente superior. Desde la perspectiva de Comte-Sponville, la “legitimidad” de la norma o de la acción no se deriva de las leyes, sino de la aceptación de su vigencia legal o validez sin coacción, es decir, por convencimiento. La moral se impone al hombre desde el exterior a través de la socialización, mientras que la ética es interior.

REFERENCIAS

1. Bustíos C. Primera parte de la salud en la historia del Perú. Título I: Evolución conceptual de la salud. En: Bustíos C y Delgado Matallana G (editores). Historia de la Salud en el Perú. Volumen 1. Lima: Academia Peruana de Salud; 2009. p 181-263.
2. Bustíos C. Primera parte de la salud en la historia del Perú. Título II: Período de la conquista y el virreinato. En: C. Bustíos (editor). Historia de la Salud en el Perú. Volumen 2. Lima. Academia Peruana de Salud, 2009. p 23-168.
3. Bustíos C. Capítulo I: La higiene pública en el Perú colonial y en su contexto. En: Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú: 1533-1933. Lima: Fondo Editorial UNMSM y Concytec, 2002, p. 21-182.
4. Rosen G. A History of Public Health. New York. M D Publication, Inc.; 1958.
5. Urteaga, L. Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. Reproducido de Geo Crítica, Cuadernos Críticos de Geografía Humana, N.º 29. noviembre de 1980. Disponible en Internet: www.ub.edu/geocrit/sv-58.htm.
6. Foucault M. Entrevista de presentación en la reproducción del libro. El Panóptico de Jeremías Bentham. En Vigilar y Castigar. México: Siglo XXI; 1976.
7. Caponi S. Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada. Cad. Saúde Pública. vol.18 no.6, Rio de Janeiro, Nov./Dec. 2002: 1665-1674.
8. Porter D. Health, civilization an the State; a history of public health from ancient to modern times. London: Roudedge; 1999.
9. Ossorio M. Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales. 37.ª ed. Buenos Aires: Heliastas; 2012.
10. Comte-Sponville A. Diccionario filosófico. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.; 2005.
11. Flores Polo P. Diccionario de términos jurídicos. Volúmenes 1, 2, 3 y 4. 2.ª edición. Lima: Marsol Perú Editores S. A.;1987.
12. Powers M, Faden R. Social Justice. The moral foundations of public health and health policy. New York: Oxford University Press; 2006.
13. La Torre Martínez C. Justicia social, democracia y derechos humanos en América Latina. Anuario de Derechos Humanos. Nueva Época. 2005. Vol. 6: 673-701.
14. Taparelli L. Ensayo teórico del derecho natural apoyado en los hechos. Madrid: Imprenta de Tejado; 1866.

15. Murillo J, Hernández R. Hacia un concepto de justicia social. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. 2011; 9 (4): 8-21.
16. Organización Internacional del Trabajo. Recomendación 69 de la XXVI Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Administración de Servicios de Atención Médica. Publicación Científica N.º 129. OPS/OMS. Febrero 1966.
17. Fundación por la Socialdemocracia de las Américas. ¿Qué es la socialdemocracia? Los principios y los valores de la tercera vía. Santiago de Chile: Fusda y Convergencia Fundación por la Socialdemocracia de las Américas. AC; 2006.
18. Giddens A. La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia. México: Taurus; 1999.
19. Oficina de Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Los principales tratados internacionales sobre derechos humanos. Nueva York y Ginebra; 2006.
20. Habermas J. La idea de dignidad humana y la utopía realista. Anales de la Cátedra Francisco Suárez. 2010; 44: 105-121.
21. Naciones Unidas. Informe de la Cumbre Mundial del Desarrollo Humano. Copenhague, 6 a 12 marzo de 1995 [Internet]. Dinamarca 1995 [citado 6 enero 2016]. Disponible en: <http://www.notivida.com.ar/leginternacional/Copenhague,%201995>.
22. Naciones Unidas. Día Mundial de la Justicia Social: 20 febrero. Resolución aprobada por la Asamblea General el 26 de noviembre de 2007 [Internet]. Nueva York 2007 [citado 2 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/62/10>
23. Organización Internacional del Trabajo. Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa. Ginebra, 10 de junio 2008 [Internet]. 2008 [citado 6 enero 2016]. Disponible en: <http://www.oitcinterfor.org/node/6330>
24. Naciones Unidas. Mensaje del Secretario General el Día Mundial de la Justicia Social, 20 de febrero 2014. [Internet]. 2014. [citado 6 enero 2016]. Disponible en: www.un.org/s/events/socialjusticeday/2014/sgmessage.shtml
25. Naciones Unidas. Observación General N.º 14 (2000) Derecho al disfrute del más alto nivel de salud. 22º período de sesiones. Comité de Derecho Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra. 25 de abril a 12 de mayo de 2000.
26. Rodríguez Rivas M A. El proceso de la ciencia. 1. La ciencia. Segunda edición revisada Lima: Fondo Editorial de la UIGV; 2010.
27. Sobrevilla D. El programa de fundamentación de una ética discursiva de Jürgen Habermas. Cuadernos de Filosofía N.º 1. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad de Lima; 1987: p. 96-123.
28. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. I. Racionalidad de la acción y racionalización social. Buenos Aires: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara S. A.; 1988.
29. Comte-Sponville A. Invitación a la filosofía. Barcelona. Editorial Paidós. 2002
30. Comte-Sponville A. Valeuret et verité. París: Presses Universitaires do France; 1995.

Capítulo segundo

SANIDAD PÚBLICA EN LA REPÚBLICA TEMPRANA

2

- 2.1. CONTEXTO REPUBLICANO EN EL PERÚ DEL SIGLO XIX
 - El contexto político y económico
- 2.2. DESIGUALDAD SOCIAL EN LA REPÚBLICA PERUANA TEMPRANA
 - Continuidades y cambios en las desigualdades sociales
 - Ideas que legitimaron las desigualdades sociales y políticas
 - Movilizaciones campesinas
- 2.3. JUSTICIA SOCIAL EN LA REPÚBLICA TEMPRANA
 - Persistencia del pensamiento colonial sobre la justicia
 - Administración de la justicia y la corrupción
- 2.4. SANIDAD PÚBLICA EN LA REPÚBLICA TEMPRANA
 - Antecedentes coloniales
 - Cientificidad de la sanidad pública
 - Legitimidad de la sanidad pública
 - Legalidad de la sanidad pública
 - Otras organizaciones estatales y los médicos titulares
- 2.5. ASISTENCIA SOCIAL Y BENEFICENCIAS EN LA REPÚBLICA PERUANA TEMPRANA
 - Antecedentes coloniales
 - Legalidad de la asistencia social
 - Legitimidad de la asistencia social
 - Otras modalidades de protección social
 - Primer intento de establecer el Seguro Obrero en el Perú
- 2.6. CRISIS DEL ESTADO PREOLIGÁRQUICO Y DE LA SANIDAD PÚBLICA
 - Crisis del Estado Preoligárquico o Caudillista
 - Situación de la Sanidad Pública al final del período
 - Situación de la Asistencia Social al final del período

REFERENCIAS

2.1. Contexto republicano en el Perú del siglo XIX

EL CONTEXTO POLÍTICO Y ECONÓMICO

Durante el proceso de emancipación política de España, la aristocracia criolla peruana mantuvo, en general, una actitud ambivalente y se mostró, en el momento de la independencia, desarticulada e incapaz de cohesionar un centro nacional dominante que asumiera la dirección política de la nueva República. La desaparición de la burocracia colonial sumada a la inestabilidad en la conducción gubernamental, impidieron inicialmente el control político del territorio nacional y facilitó, por ende, que en el interior del país los terratenientes sumaran, a la propiedad de la tierra, el poder político en su localidad: el “gamonalismo”.^[1] Esta difícil situación fue, además, agravada por la ambición personal de los caudillos militares y por la confrontación ideológica de los políticos autoritarios y liberales. Los primeros 23 años de la nueva República (1821-1844) fueron de gran confusión e inestabilidad política.

Por el lado económico, el Perú comenzó su vida republicana con la herencia de una economía colonial desarticulada, en medio de una difícil situación de empobrecimiento general provocada por la guerra independentista. La recuperación económica del Perú se iniciaría recién en 1834, cuando la producción agrícola y minera comenzó a recuperarse en el país, con base a la exportación del guano –acumulado durante siglos en las islas frente a la costa nacional– así como del algodón y el salitre. La Era del Guano (1845-1866) del país fueron años calificados, por Jorge Basadre, como de “prosperidad falaz”, para hacer referencia a la fácil explotación y venta de los recursos de guano a Europa y Estados Unidos, que hicieron de este producto natural el núcleo de la vida económica nacional durante cerca de 40 años, aportando los recursos financieros fiscales requeridos para la consolidación gradual del poder de Lima como capital el país, y “colocando al resto de la nación bajo la influencia de sus centralizadoras fuerzas armadas y burocracia” (Larson 2004: 151).^[1-3]

De manera paralela a esta centralización, el gamonalismo aumentaba su dominio en el interior del país a través de su papel como intermediador estatal en la sierra, canalizando los recursos fiscales disponibles al interior del país. Durante el segundo gobierno de Castilla (1855-1862), se logró centralizar la administración pública, hasta entonces a cargo de los terratenientes. Los importantes ingresos percibidos por la explotación del guano se destinaron a cubrir los gastos de la administración pública (Cotler, 1979, p.94); igualmente, se fortaleció el aparato militar y se logra establecer una estructura burocrática permanente, constituida inicialmente por prefectos, subprefectos, jueces, gendarmes, maestros y médicos titulares distribuidos en el interior del país.^[4]

En 1872, un régimen civil llegó al Gobierno por vez primera en el Perú. El Partido Civil había triunfado en las elecciones generales con un discurso en el que ofrecían a los electores: el orden frente al desorden, el trabajo frente a vagancia, y el dominio del buen ciudadano republicano frente al de la “plebe”. Conducido por Manuel Pardo y Lavalle, los conservadores más lúcidos estaban dispuestos a construir la “República Práctica”, que, en su entender, materializaría el antiguo ideal republicano de libertad, igualdad y justicia. Lamentablemente, para estos primeros civilistas, el derrumbe de la economía guanera llegó a su fase final durante los primeros meses de gestión de Pardo, en coincidencia con la primera fase de la depresión europea (1873-1876). Las nuevas autoridades civilistas tuvieron que administrar un erario nacional en situación crítica; fracasando todos sus esfuerzos para revertir tal situación, el Perú se declaró en bancarrota. Las elecciones presidenciales de 1876, dieron el triunfo a la oposición liderada por Mariano Ignacio Prado, quien tenía el apoyo del Ejército. El país volvió al viejo patrimonialismo y al caudillismo.^[1-4]

En esa nueva situación política y económica, se inició la Guerra del Pacífico en 1879, y terminó fatídicamente con la firma del tratado de Ancón, el 20 de octubre de 1883. A raíz de la derrota peruana en el conflicto bélico, la endeble economía peruana casi colapsó. Las consecuencias de la guerra fueron catastróficas para el Perú. Luego de la partida de los últimos contingentes militares chilenos la desolación y la miseria reinaban en el país, aunque pronto se iniciaría una reactivación económica nacional.

La experiencia de la Guerra del Pacífico y de las guerras civiles de los años siguientes distanció a las élites políticas del modelo republicano, y se reiniciaron los gobiernos militares: “segundo militarismo” sobre la base de un pacto político entre este militarismo y el civilismo, que dio lugar a una década de autoritarismo cívico-militar. La urgencia por contar con capitales para iniciar la reconstrucción posguerra condujo al gobierno a firmar el polémico Contrato Grace (1889) en virtud del cual el Perú entregó a sus acreedores, a cambio del pago de la deuda, el control y administración de sus más importantes recursos naturales. En estas nuevas circunstancias, la agricultura asumió el papel dinámico en la economía que el guano había desempeñado unos años antes. Los hacendados agroexportadores acumularon el poder suficiente para convertirse en el grupo dominante en el país.^[3,4]

La repentina muerte del presidente Morales Bermúdez devino en una crisis política y la guerra civil de 1895, que condujo al triunfo militar y político de Nicolás de Piérola quien estableció un nuevo orden sociopolítico de carácter oligárquico y civilista. Durante este primer período republicano, la gestión pública se concentró en cuatro ministerios: Hacienda; Gobierno y Policía; Guerra y Marina; e, Instrucción Pública, Beneficencia y Negocios Eclesiásticos. La concepción prevalente del Estado era la de uno mínimo, preocupado casi exclusivamente por la seguridad policial, el mantenimiento de las fuerzas armadas, los servicios de justicia y, en menor medida, la higiene del espacio público. La calidad de vida de la población era un aspecto ajeno al Estado.

Por aquellos años, la administración pública estaba conformada por dos clases de agentes administrativos: los funcionarios políticos, tales como prefectos, subprefectos, gobernadores y tenientes gobernadores, que compartían la autoridad política con el jefe de Estado, aunque eran dependientes del mismo; y los empleados públicos, como ministros de Estado, jefes de ministerios, secretarios, oficiales de oficina y amanuenses, los cuales no compartían dicha autoridad.

Situación laboral

El progreso de las haciendas algodoneras y azucareras y, especialmente, el de las nuevas actividades extractivas –en las islas guaneras y en los campos salitreros– requería una creciente disponibilidad de mano de obra en zonas de la costa peruana, donde esta era particularmente escasa. Los efectos de la ley de inmigración de 1849 permitieron cubrir parcialmente los requerimientos costeros de mano de obra. Se calcula que entre 1849 y 1875 se importaron, gracias a esta ley, 150 000 culíes chinos que trabajaron, en condiciones especialmente duras, en las islas guaneras, en las plantaciones norteñas y en la construcción de las vías ferroviarias.^[1,2,4,5]

Bajo presidencia de Manuel Pardo líder civilista vinculado a los intereses agrarios de la costa norte, se promulgó una nueva ley de inmigración, que tenía el propósito de poblar rápidamente todo el país con migrantes europeos. Esta nueva norma tuvo efectos más bien discretos, apenas unos tres mil inmigrantes alemanes, italianos y franceses se asentaron en el Perú. Además, lejos de asentarse en la Costa, como se proponía el gobierno, se instalaron en su mayor parte en la selva central, con la ciudad de Tarma como cabecera de colonización. Ante el fracaso de las políticas inmigratorias, el gobierno optó por fomentar la migración de la población andina como mano de obra para las actividades agrícolas costeñas. Ampliar la movilidad geográfica de la población fue uno de los argumentos que justificó la política de construcción de las vías ferroviarias que unían a la sierra con la costa, la cual tampoco tuvo los resultados previstos por los gobernantes.^[1,2,4,5]

Secularización de la sociedad peruana

Pilar García Jordán^[6] informa que un proceso de secularización de la sociedad peruana se inició con el surgimiento de la República en 1821 –contando con los antecedentes regalistas borbónicos– logrando un hito relevante con la introducción de la tolerancia de cultos en la Constitución del Perú de 1920. No obstante dicho proceso, durante el subperíodo 1821-1844 existió en el país una relativa armonía entre la Iglesia y el Estado, en tanto este mantuvo una iglesia subordinada al Poder Ejecutivo, a cambio de defenderla contra cualquier ataque a sus dogmas y principios fundamentales.

Luego, entre 1845 y 1879, esa armonía relativa se perdió. El Estado instrumentó reformas liberales que afectaron la economía de la Iglesia; entre ellas: la abolición de los fueros personales y corporativos, así como de las cargas a los campesinos que limitaban el desarrollo agrícola, tales como censos, diezmos, uso de trabajo gratuito indígena, aranceles parroquiales, etc. Estas reformas, así como el intento estatal de asumir funciones hasta entonces a cargo de la Iglesia –tales como el registro civil (nacimientos, defunciones, matrimonios) y la educación– hicieron inevitable los conflictos entre las autoridades del Estado y de la Iglesia.^[6,7]

Más aún, después de la Guerra del Pacífico uno de los aspectos más visibles y polémicos en el escenario político fue el avance de la secularización, en particular lo referente a la tolerancia y/o libertad de cultos, el matrimonio civil entre los no católicos y la laicalización de los cementerios. La respuesta eclesial fue la de fomentar la organización de entidades o partidos políticos capaces de defender el ideario católico y los valores tradicionales.^[5,6]

2.2. Desigualdades sociales en la República Temprana

CONTINUIDADES Y CAMBIOS EN LAS DESIGUALDADES SOCIALES

La “herencia colonial” y sus manifestaciones normativas

Concordando con la política de la Corona Española, la sociedad colonial peruana adoptó una organización que se caracterizó por ser estamental, jerarquizada, racialmente discriminatoria y corporativa. Es decir, una sociedad que formalizó jurídicamente grandes desigualdades entre sus distintos estamentos o componentes o segmentos, las cuales eran aceptadas o soportadas, en esos años coloniales, porque se partía de la idea –basada en postulados aristotélicos y tomistas– de que la justicia es una propiedad natural de las cosas que el hombre no tiene más que conocer y respetar. En tanto que naturales, las cosas son justas, y cualquier tipo de desajuste constituye una desnaturalización. Para Aristóteles la desigualdad y la jerarquía social son naturales, derivadas de las capacidades y virtudes desiguales entre los miembros de la sociedad; de allí, que no es deseable ni justo una

distribución igualitaria del bien para todos sino, por el contrario, proporcional al rango y la jerarquía de las personas.

En la República temprana, las condiciones estructurales de las desigualdades heredadas de la colonia se impusieron sobre las intenciones de los ideólogos liberales que, a través de cambios en la norma jurídica, pretendían modificar dichas condiciones. La abolición normativa del sistema de tributo indígena, la libertad de los hijos de los esclavos y el principio general de libertad proclamado por los libertadores no tuvieron efectos reales en el país.^[4] Los historiadores A. Zapata y R. Rojas comentan:

“La hacienda mantuvo a los peones sometidos a una semiservidumbre que impedía la ciudadanía. Por su parte, los indios de comunidad fueron marginados, su institución crucial abolida y sus tierras asaltadas por los gamonales criollos y mestizos. La igualdad jurídica se mezcló con una radical desigualdad social (...) Por su parte, la esclavitud recién terminó en 1854, en ocasión de la revolución liberal, pero la clase propietaria apeló a sucedáneos de trabajo compulsivo, como la condición de semiesclavitud de los coolies”.^[8]

En la realidad peruana de esos años, las bases estamentales de la sociedad colonial se mantuvieron casi incólumes. Sin embargo, la eliminación de la burocracia colonial y la emigración de los adictos a la causa realista dieron la oportunidad para que criollos y mestizos, que figuraban en las posiciones intermedias de la sociedad colonial, ocuparan las posiciones vacantes y aquellas posibilitadas por la nueva situación. En el proceso social peruano, los mestizos (militares, clérigos, mineros y comerciantes) concretaron mejor tal oportunidad, elevando rápidamente su posición social o política. Es así, que mestizos como Gamarra, Santa Cruz y Castilla llegaron tempranamente a la presidencia de la nueva República, al imponerse a sus rivales criollos.^[1,4]

Entre 1849 y 1875 llegaron a Perú cerca de 150 000 culíes procedentes de Cantón, con un contrato de ocho años, cuya incorporación al país fue difícil. Fueron víctimas de muchos prejuicios y, en ocasiones, objeto de violencia racial, especialmente en los valles del “sur chico”. La incorporación de los asiáticos fue motivo para el recrudecimiento del racismo.^[8]

Asimismo, la abolición de la esclavitud negra, en 1854, representó un desafío, más que una ventaja inmediata, para casi todos los esclavos liberados: “muchos pasaron a formar parte del subproletariado rural y urbano, con grandes dificultades para encontrar trabajo”.^[9]

“Los patrones laborales y económicos que siguieron a la abolición no diferían mucho de aquellos existentes antes de diciembre de 1854. Los negros continuaron trabajando en oficios mal remunerados y despreciados por la sociedad ‘decente’. Muchos abandonaron las haciendas para dirigirse a la ciudad en busca de oportunidades. Allí terminaron viviendo en zonas pobres y tugurizadas”. (C. Aguirre, 2005, p. 194)

Por otro lado, con la independencia se habían puesto en marcha otros dos grandes factores de continuidad y fortalecimiento de la desigualdad horizontal en el Perú. El primero, fue el establecimiento de la ciudad de Lima como el centro clave del poder político formal y la

capital de la nueva República. El segundo, fue el desplazamiento del dominio económico de la sierra por el de la costa, provocado y consolidado por el auge de la exportación del guano. Este desplazamiento permitió que ninguna fuerza modernizadora cuestionara la reproducción del sistema de mediadores o intermediarios con el poder central que, desde la colonia, monopolizaban el acceso al poder, los privilegios y las oportunidades en los escenarios locales. De este modo, el gamonalismo llegó a dominar la vida en la sierra, y específicamente en los pueblos indígenas: los gamonales criollos y mestizos reemplazaron legalmente a los españoles y se apropiaron de las propiedades y trabajo indígena en su provecho. Ambos factores serían fundamentales en la configuración de la carga de la “doble desigualdad” (étnica y regional) de la población indígena en el siguiente período.^[10]

De acuerdo a los resultados del Censo Nacional de 1876, la composición de la población peruana según la variable “raza” era la siguiente: indígena, 57,5 %; mestiza, 24,8 %; blanca, 13,7 %; negra, 1,9 %; y, amarilla, 1,3 %. El Censo también mostró algunos índices que mostraban las grandes desigualdades existentes en el país: solo uno de cada seis peruanos sabía leer y escribir, mientras que más o menos una mitad de la población era incapaz de expresarse en el idioma oficial nacional, que era el castellano.^[5]

En lo que se refiere a la situación jurídica y cultural de la mujer en el Perú durante el siglo XIX, esta fue similar a la que existía durante la época colonial. Continuó en su condición de menor de edad frente a la ley, y persistió la concepción social de que sus “papeles naturales” eran las de esposa, madre y ama de casa. Y, en consecuencia, las relaciones internas del grupo familiar reposó, al igual que en la colonia, en el principio de la sumisión de la mujer al esposo. En el Código Civil de 1852, se prescriben disposiciones concordantes con este principio. Además, aunque en las constituciones políticas republicanas del siglo XIX se definía formalmente el concepto liberal de la ciudadanía se excluía a las mujeres –al igual que a los hombres no propietarios y los sectores populares– del derecho al voto. Asimismo, la educación femenina era un privilegio y tenía un carácter doméstico, moral y patriótico, en tanto su fin era la de formar esposas modelos que fueran el sostén social de la familia. Hasta el final del siglo XIX no existían colegios de educación secundaria para mujeres.^[11,12]

Lima: ciudad tukurizada

La información disponible indica que la población de la ciudad de Lima casi se duplicó entre 1820 y 1862, mientras que el área construida de la ciudad, encerrada entre murallas, solo pudo crecer discretamente. Este desfase provocó la “tukurización” o precarización de la vivienda limeña, con la proliferación del uso de viviendas destinadas a alojar a mucha gente en espacios reducidos. Estas viviendas eran el “callejón”, así como las casas con cuartos de vecindad, donde se concentraron los pobres limeños. El historiador Gabriel Ramón J.^[13] estima que los callejones alojaban por lo menos a la mitad de la población de Lima, la cual tenía como rasgo común: la pobreza. Opinando que esto era la expresión de una “segregación ecológica de los estratos sociales”.

La historiadora Carmen McEvoy^[7] destaca que la epidemia de fiebre amarilla de 1868 no solo evidenció la carencia de hospitales adecuados y la insuficiencia del cementerio para atender la demanda de entierros masivos en caso de epidemia, sino la existencia de un sector de la población que vivía hacinado en los callejones limeños en condiciones de extrema pobreza e insalubridad. Condiciones que hasta ese año seguían siendo consideradas por las mayorías nacionales como algo “natural”. Los directivos de la Beneficencia de Lima, presidida por Manuel Pardo, eran miembros de la élite nacional que fueron testigos de excepción de la precaria situación de aquel sector poblacional. La mayoría de estos directivos serían, pocos años después, fundadores y líderes del Partido Civil, núcleo gobernante de la futura República Aristocrática. En 1859, Francisco Carassa, presidente de la Beneficencia Pública, aludía a los 12 000 “desgraciados” que vivían de la caridad pública; cantidad muy preocupante en una población limeña de cerca 100 000 personas.^[14]

IDEAS QUE LEGITIMARON LAS DESIGUALDADES SOCIALES Y POLÍTICAS

La “soberanía de la inteligencia”

Bartolomé Herrera (1808-1864), como rector del Colegio de San Carlos, fue el baluarte de las ideas conservadoras del Perú durante las décadas de 1840 y 1850. Postulaba la idea de la existencia de una jerarquía natural del saber, por la cual el derecho de gobernar y dictar leyes debía ser ejercido por aquellos a los que la Providencia los hubiere signados como los más capaces. La élite elegida tendría como misión combatir la “tiranía de los partidos” que amenazaba deteriorar una cohesión social generada por un auténtico “amor a la Patria”. El pueblo tendría la obligación de consentir el gobierno de los más capaces y estos, a su vez, el derecho de mandar. Al igual que otros conservadores, Herrera consideraba que la plebe era manipulada fácilmente por los demagogos y que la manera de reconstruir el principio de la autoridad era restringiendo el voto y estableciendo la “soberanía de la inteligencia”.^[8,15]

Por su parte, A. Zapata y R. Rojas^[8] puntualizan que el pensamiento de Herrera significó una innovación en los discursos que justificaban la desigualdad, dejando de lado las consideraciones religiosas, que habían sido esenciales durante la colonia. En esta nueva etapa republicana, el racismo estuvo cargado de elementos culturales que subrayaban la inferioridad de la capacidad de razonamiento de parte de la plebe, tanto la urbana como la población indígena de origen rural.

El “racismo científico”

Desde el inicio de la década de 1870, el “racismo” oficial pretendió fundamentarse en la Ciencia, a través de los aportes de la Eugenesia, nueva disciplina sustentada en el “darwinismo social”. El sociólogo Gonzalo Portocarrero^[16] afirma que las proposiciones eugenésicas –en tanto validaban “científicamente” en esos años la desigualdad intrínseca entre las razas– se difundieron rápidamente en el Perú oficial y se constituirían en la ideología implícita del

Estado Oligárquico. Propositiones que tenían su origen en las tesis, de Gustave Le Bon y de otros teóricos europeos, sobre la degeneración de las razas, la existencia de las razas superiores y su triunfo “inevitable” sobre las inferiores. Tesis que intentaban dar categoría de “científicas” a las ideas mantenidas desde la colonia del dominio necesario de los blancos o, en su defecto, de los mestizos sobre el resto de la población peruana.

Para el mismo Portocarrero, la tesis de bachiller de Letras de Clemente Palma, *El porvenir de las razas en el Perú*,^[17] aprobada por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en 1897, es un manifiesto del “darwinismo social” en el Perú. En esta se pretende demostrar que las razas india, negra y china son inferiores; que la española, es relativamente superior a la indígena, aunque carente de energía y de estabilidad; y, que los mestizos están insuficientemente dotados de carácter y espíritu. La opinión de Palma sobre la raza india es particularmente dura; pero, si bien opina que el genocidio de los indígenas sería la solución ideal, reconoce que no es viable en el país. La única posibilidad de salvación del Perú que percibe es el mestizaje equilibrado, que implica el cruzamiento de los criollos con migrantes bien escogidos. En su opinión la mejor terapia étnica para la raza criolla es el cruce con la raza alemana.

Críticas sobre las “debilidades sociales”

Augusto Salazar Bondy,^[18] en su obra *Historia de las ideas en el Perú contemporáneo*, afirma que en el año 1885 se inicia una nueva etapa del pensamiento peruano, cuando el positivismo alcanza en el país un predominio que “impone una nueva actitud, más libre y crítica, en todos los sectores de la vida intelectual, aunque sus efectos no sean profundos y duraderos”. Predominio que va a tener su máxima vigencia en la generación de intelectuales que surgió en el país después de la derrota en la Guerra del Pacífico. Generación que está convencida que para iniciar la reconstrucción del Estado y la regeneración de la Nación se deben eliminar tres barreras: la ausencia de orden y estabilidad política (generada por el caudillismo), la interrupción del progreso económico y, especialmente, la falta de una cultura positivista. También señala que solo después de las frustraciones generadas por dicha derrota empezó a tomar centralidad social y política la cuestión de las vinculaciones de la debilidad de la población peruana con las posibilidades de progreso del país.

David Sobrevilla^[19] destaca que la gran figura intelectual en esos años fue don Manuel González Prada (1844-1916), cuya concepción del mundo y de la vida fue positivista y naturalista:

“él inicia en el país una crítica radical a las ideas que pretendían legitimar la dominación señorial y al racismo excluyente, con la finalidad de sustentar su propuesta de la necesidad de reorganizar el orden social por medio de la integración social de la población indígena”.

Desde sus primeros escritos explica aquella derrota bélica nacional por el carácter servil de muchos peruanos, la nación estaba dividida en señores y siervos. En este sentido,

afirma que el sistema latifundista y la gran hacienda serrana producían individuos, sin voluntad ni energía, inaptos para una guerra internacional. Individuos con características que corresponden a una realidad en el que los sectores populares no esperan nada de sus dirigentes. Los soldados peruanos carecían de confianza en sus oficiales y ni siquiera hablaban el mismo idioma. Además, recusa a la escolástica como culpable de la derrota y se adhiere al positivismo, porque lo ve como la doctrina que indicará el camino del progreso y de la superación de la crisis nacional. En sus discursos del año 1888, en los teatros Politeama y Olimpo, reitera su invitación: “a los jóvenes a acudir a la ciencia positiva suavizadora de la tiranía de la naturaleza y gran benefactora de la humanidad y a recusar la teología y la metafísica, lucubraciones de la mentira” (citas de D. Sobrevilla, 1996, p.44).

Esos mismos intelectuales señalaban que dar “educación a la raza indígena” era una de las tareas prioritarias para iniciar la reconstrucción nacional. Pero rápidamente se llegó la conclusión de que instruir en los principios de la civilización occidental a dos de los tres millones de los indios que vivían en el autoconsumo y la sumisión del gamonal, era una tarea a largo alcance. A partir de esta conclusión, se comenzó a profundizar en las siguientes décadas el análisis de las causas del “problema indígena”.^[5,8]

En esos años de la posguerra se comienzan a difundir en el país la idea que tanto el atraso del Perú como su derrota bélica ante Chile podrían atribuirse, principalmente, a la creciente prevalencia de la “enfermiza debilidad” física y espiritual de la población nacional provocada por costumbres antihigiénicas, insalubres e inmorales. Estas últimas se expresaban, supuestamente, en un aumento de la frecuencia de “niños nacidos fuera del matrimonio, de la prostitución y de la caída de la tasa matrimonial”. Afirmaciones cargadas de viejos prejuicios culturales y raciales contra los sectores populares; en el año 1899 se escribía en *Germinal*,^[20] un semanario radical limeño, lo siguiente:

“Las conquistas de la civilización no fueron nunca producto de organismos nutridos por sangre impura y miserable. Nuestra enfermiza debilidad: he ahí donde reside el mal que nos aqueja. Ella trae consigo la falta de carácter, la mediocridad..., las cobardes transacciones con la maldad, la inconsistencia..., la pereza incurable, que nos ha hecho derrotar en todas las luchas por la vida”.

MOVILIZACIONES CAMPESINAS

Sobre el papel desempeñado por las masas campesinas en las guerras independentistas, los enfrentamientos de los caudillos militares y los hechos sucedidos en el Perú hasta el final del siglo XIX se dispone apenas de dispersa y escasa información. Sin embargo, en un proyecto de investigación del Instituto de Estudios Peruanos se afirma que, la persistencia de las movilizaciones de aquellas masas tenían una relación estrecha con la percepción campesina de una coyuntura que provocaba un deterioro de su situación material, antes que a una conciencia neta de la injusticia de su situación. “Así pues los grandes violencias colectivas que atraviesan los largos períodos de resignación y de silencio son violencias de consumidores

y no de transformación social⁷⁸. Esta afirmación parece válida si se considera no solo a una vulnerabilidad de su situación material, extremadamente sensible a la más leve distorsión de la coyuntura económica, sino también a las condiciones propias de la producción campesina. Por otra parte, en el mismo proyecto se advierte que a las movilizaciones indígenas se juxtaponen las revueltas de los siervos chinos, sobre todo entre 1870 y 1890, y las de antiguos esclavos negros que incrementaron sensiblemente el bandolerismo rural.^[21]

2.3. Justicia social en la República Temprana

PERSISTENCIA DEL PENSAMIENTO COLONIAL SOBRE LA JUSTICIA

De acuerdo a Contreras, Gruber y Mazzeo,^[22] durante la colonia y hasta el siglo XIX inclusive, la desigualdad en las condiciones de vida de la población fue entendida en el Perú, no como un problema de justicia social a enfrentar y superar, sino como la base del ordenamiento y la estabilidad social. Esta idea quedó tan hondamente grabada en las instituciones económicas y políticas, que incluso la revolución de la independencia no pudo removerla sino tardíamente y nunca por completo. Los esclavos continuaron siendo esclavos hasta 1854, los indios fueron marginados del voto en las elecciones durante gran parte de la vida republicana, y su propiedad agraria quedó inscrita en un régimen comunal distinto al del resto de la población. La herencia colonial racista en las ideas de los peruanos del siglo XIX fue muy fuerte y, por tanto, especialmente resistente al cambio en el ámbito de las costumbres y las relaciones cotidianas entre las distintas “razas”. Ámbitos, en las que los no blancos fueron percibidos, y se percibieron a sí mismos, como gente inferior, a la que los miembros de la élite no podían confiar puestos de gobierno o con la que era complicado tratar.

Cuando se aprobó la primera Constitución Política de la República Peruana, en 1823, ya habían transcurrido más de ocho lustros de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, en la revolución liberal francesa. El contenido de las constituciones peruanas que se sucedieron en el siglo XIX fue influenciado en, menor o mayor medida, por el de la mencionada Declaración, lo que permitió calificarlas como conservadoras o liberales. En estas primeras constituciones peruanas, incluida la de 1860, no existe un reconocimiento sistemático de los derechos sociales y, por tanto, de la regulación de las garantías destinadas a protegerlos. Si bien se pueden ubicar algunos artículos que se refieren a dichos derechos, como es el caso de la gratuidad de la enseñanza en la instrucción primaria, no se halla un capítulo o, al menos, un articulado que haga referencia a los derechos sociales de manera sistemática. Recién en la Carta Política de 1920 se iniciará la etapa del constitucionalismo social peruano.

En lo que se refiere a los aspectos vinculados con la sanidad y la asistencia social esas constituciones fueron poco explícitas; se limitaron a prohibir las actividades que atentaran contra la salubridad de los ciudadanos, así como a señalar la manera de garantizar el

funcionamiento de las instituciones de “piedad” y de beneficencia. En la Constitución de 1856, de corte liberal, se declara que la vida es inviolable y que la ley no podrá imponer la pena de muerte; así, presupone el derecho natural a la vida y, en consecuencia, el de la protección de la salud individual; amplía, además, la restricción de las actividades contrarias a la “salubridad pública”. Las Constituciones de 1860 y de 1867 fueron muy parecidas en lo que se refiere al cuidado de la salud; ambas garantizan la existencia y difusión de establecimientos de “piedad” y de beneficencia, así como señalan que puede ejercerse libremente todo oficio, industria o profesión que no se oponga a la moral, a la “salud” ni a la seguridad pública. En la de 1867, el término de “salud” fue reemplazado por el de “salubridad pública”.^[23,24] Es conveniente precisar que la Carta de 1860 tuvo larga existencia, mantuvo formalmente su vigencia hasta el año 1920; solo sufrió interrupciones cortas por la Constitución de 1867 (cinco meses) y el Estatuto Provisorio de 1879 (doce meses) bajo el gobierno dictatorial de Piérola.

ADMINISTRACIÓN DE LA JUSTICIA Y LA CORRUPCIÓN

En el Estado colonial peruano se instaura una tradición patrimonialista que considera al Estado como una propiedad de quienes lo controlan (el monarca, la élites y altos funcionarios), una mera prolongación de su propiedad privada. La idea de bien público separado de los bienes privados está ausente. Era frecuente que muchas autoridades y funcionarios recurrieran al cobro de comisiones ilegales, el tráfico de influencias, etc. Muchos llegaban al cargo con la expresa intención de aprovecharse del mismo.

La administración de la justicia durante la República Temprana dio continuidad a los defectos de su pasado colonial. Los caudillos militares continuaron viendo al Estado como un botín, antes que una instancia para construir la nación u organizar los intereses y la representación de amplios sectores. Ellos reclutaban clientelas a cambio de ventajas materiales concretas, ejercían el poder de manera autoritaria y manejaban las precarias entidades públicas como una extensión de su propiedad. En la práctica no había contrapesos ni instancias que vigilaran la gestión pública. La noción de corrupción típica de los Estados modernos era casi desconocida.

Según el historiador Alfonso Quiroz,^[25] los niveles más altos de corrupción de la administración pública coincidieron con los regímenes políticos más autoritarios de la República Temprana. Es así, que durante el régimen de los primeros caudillos “las conexiones establecidas entre los caudillos militares, la administración estatal y los compinches privados definieron los círculos de patronazgo después de la independencia”. Toda la riqueza expropiada a los españoles muertos, expulsados o que emigraron fue a dar a un grupo de dirigentes criollos que eran básicamente los generales o héroes de la Independencia, quienes cobraron su premio en tierras, mansiones o esclavos.

El mismo Quiroz afirma, luego de iniciarse la llamada era del guano: “las redes de corrupción enlazaban a ministros, parlamentarios, jueces y hombres de negocios, así como

a ciertos abogados que actuaban como intermediarios claves”. Esto contribuyó a agravar la desigualdad. Los que estaban más cerca del Estado, los que vivían en Lima y tenían un familiar ministro tenían una posición de ventaja respecto de la gente del interior. Es así, que con ocasión del litigio en torno al contrato Dreyfus, “el Ejecutivo redobló su campaña en defensa del contrato y simplemente desautorizó al poder judicial, colocando la decisión final en manos del legislativo”, donde, sobornos mediante, el contrato fue aprobado y se adjudicó en exclusividad la comercialización del guano al empresario francés. “Parlamentarios y jueces, juntamente con las autoridades del ejecutivo, participaron de modo más amplio en el tráfico de influencias y corruptela”.

También destaca que durante el militarismo de la posguerra (1885-1895), se erigió la voz de Manuel González Prada contra la corrupción de la judicatura: “¿qué era el Poder Judicial? almoneda pública, desde la Corte Suprema hasta el Juzgado de Paz”. En efecto, González Prada denunciaba la persistencia en las provincias del interior del sometimiento secular del indígena a la “tiranía del juez de paz, del gobernador y del cura, esa trinidad embrutecedora del indio”, así como su relegación a la última escala de la humanidad. Señalando la gran distancia entre el país legal y el país real, en el que las condiciones coloniales de explotación no habían variado, mientras las constituciones y las leyes disponían lo contrario.^[19]

2.4. Sanidad pública en la República Temprana

El primer modelo de gestión del sistema oficial estatal de cuidado de la salud poblacional en la República fue el que llamaremos “sanidad pública”, dominante durante las primeras siete décadas de existencia de un Estado republicano en formación. Su creación, en 1826, fue parte de la respuesta administrativa de la nueva República al colapso de la burocracia colonial. Superando la antigua concepción de Higiene Pública colonial, como responsabilidad de la autoridad local organizada en Cabildos, los primeros gobiernos republicanos consideraron a la Sanidad Pública como una responsabilidad conjunta y escalonada de las autoridades nacionales, regionales y locales. Sanidad organizada de manera colegiada en Juntas de Sanidad (Suprema, Superiores y Municipales), ubicadas en el ámbito político-administrativo del Ministerio de Gobierno y Policía. Ministerio que estaba encargado del mantenimiento de la higiene, el orden y la seguridad en el espacio público.^[5,26]

ANTECEDENTES COLONIALES

En la época del Perú Colonial y Virreinal, la modalidad de gestión gubernamental de cuidado de la salud poblacional fue la que denominaremos “Higiene Pública”. Modalidad establecida en América por la Corona Española para combatir las “grandes plagas” epidémicas –principales causas de la despoblación indígena–, a través de acciones de higiene pública y de policía médica, destinadas a mantener el orden (sanitario y moral)

y la higiene física en el espacio público. Acciones que eran de responsabilidad directa del Cabildo en su ámbito de gobierno, con el apoyo del Real Tribunal del Protomedicato a partir del año 1570.

Entre esas acciones de higiene pública se incluían formalmente: el cuidado de la salubridad urbana, el control de los alimentos y bebidas, el aprovisionamiento de agua potable; las medidas de cuarentena y de aislamiento en años de epidemias; la administración de las donaciones para la construcción de hospitales, el control de los hospitales y del ejercicio de las profesiones médicas, la designación de administradores y demás personal de los nosocomios; la inspección de farmacias. Los regidores del Cabildo de Lima supervisaban a través de comisiones los mercados, carnicerías, mataderos, molinos, panaderías, tenerías, pulperías y boticas. Además, las autoridades virreinales y de la Iglesia tenían la responsabilidad de apoyar y supervigilar el funcionamiento de las organizaciones privadas de asistencia social y de asistencia médico-religiosa.^[27]

Las amplias atribuciones asignadas inicialmente a los Cabildos en higiene y policía sanitaria fueron limitándose parcialmente conforme pasaban los años, debido a la implantación de otras instituciones españolas y al dictado de leyes, ordenanzas y reales cédulas que reglamentaron todos los aspectos de la vida del país. Entre ellas, el Real Tribunal del Protomedicato (1570) y, finalmente, la Junta Conservadora del Fluido Vacuno (1806). En el Cabildo de Lima, los regidores tomaban la última decisión después de escuchar a los médicos, y al protomedicato a partir del 1570.^[27]

Esta modalidad de intervención sanitaria se fundamentó en las antiguas ideas hipocráticas y galénicas sobre la salud y la enfermedad. Existía una aceptación general de que las personas que respiraban un aire de “mala calidad” (“miasmas”) se enfermaban. Esta “mala calidad” era consecuencia de alguna alteración atmosférica, una corrupción o envenenamiento del aire. La cual, a su vez, era producida por descomposición de la materia orgánica, aguas estancadas y pútridas, o por causas astrológicas o sobrenaturales. Por tanto, la Higiene Pública debía centrarse en la eliminación o el control de todos los “focos miasmáticos” que “infectaban” el aire. Se trataba de mantener el espacio urbano limpio y libre de todo tipo de “pestilencias”; es decir, evitar o eliminar todas las fuentes de vapores miasmáticos.^[27]

CIENTIFICIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA

Disciplinas médicas en el mundo occidental^[28]

En la primera mitad del período 1826-1895 estaban en debate en el mundo académico occidental dos conceptos antagónicos sobre la enfermedad: el ontológico o anatómico, adoptado por la Escuela Clínica de París; y el fisiológico, defendida por F. J. Broussais (1772-1838), que la identificaba como una alteración fisiológica provocada por los miasmas o

un trabajo excesivo. Debate que era parte de la vieja discusión entre los contagionistas, defensores del *contagium vivum*, y los anticontagionistas defensores del contagio inanimado y de los miasmas.

Además, en el contexto revolucionario europeo del siglo XIX aparecen los términos de higiene social (1838) y medicina social (1848) en Francia, así como se constituye un grupo radical de médicos alemanes, liderado por Rudolf Virchow, que relacionan la enfermedad con las condiciones de vida en la sociedad y señalan la responsabilidad política del Estado en su cuidado: “La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala” (1848). Pero, al fracasar los movimientos libertarios en Europa, el desarrollo de una medicina social ingresó a una etapa de declinación en el mundo occidental que duraría más de un siglo.

Paralelamente a esos hechos, los grandes progresos de las ciencias básicas hicieron ingresar la investigación experimental de laboratorio –matriz de todo el moderno desarrollo científico positivista– a las ciencias médicas, las cuales inician una nueva etapa de su desarrollo en el mundo occidental. El máximo representante de estos inicios fue Claude Bernard, quien publicó en 1865 su magna obra *Introducción al estudio de la medicina experimental*. En ella formula las bases metodológicas positivistas de la medicina experimental y, además, introduce la idea del “medio interno”.

Finalmente, en la segunda mitad de este período, los descubrimientos de Pasteur y Koch sumados a los avances de la fisiología experimental comenzaron a desplazar y, luego, provocar el abandono de las viejas teorías anticontagionistas y otras de carácter precientífica que, hasta entonces, eran dominantes en las disciplinas médicas.

Sanidad Pública en el Perú

Las acciones “higiénico-profilácticas” de sanidad pública durante este período en el Perú, eran fundamentadas en concepciones atmosféricas-miasmáticas de la Física Médica e Higiene Pública, y administrativas de la Policía Médica. Aunque complementadas y renovadas con las que validaban los efectos patógenos de los gases pútridos expelidos en el deterioro crítico de las condiciones de vida del ser humano (la “pestilencia de los pobres”). Los enunciados de la *Topografía Médica* de Unanue continuaron siendo hegemónicos en el pensamiento de las autoridades y los médicos nacionales. La enfermedad era entendida como un mal cuyo origen estaba asociado a las variaciones meteorológicas, la acumulación de las inmundicias y pestilencias en el ambiente urbano, así como al comportamiento (antihigiénico e inmoral) de los pobres. Recién en 1890, la Facultad de Medicina San Fernando reconocería la validez de la teoría del germen, con la creación de la Cátedra de Bacteriología y Técnica Microscópica.^[29]

Por otra parte, en agosto de 1854 se fundó, a impulsos del doctor Cecilio Velásquez, la Sociedad de Medicina de Lima, con los objetivos de estudiar los problemas de salud

nacionales y difundir los nuevos conocimientos médicos, así como de “fomentar la unión entre sus miembros y auxiliarse mutuamente”. Funcionó en dos períodos de 1854 a 1868, el primero, y de 1875 a 1879, el segundo. El órgano oficial de la Sociedad fue la *Gaceta Médica*, fundada en 1856, en la que colaboraron los más destacados médicos de la época –entre ellos, José C. Ulloa, Mariano Arosemena y Francisco Rosas– que regresaban al país, luego de sus estudios en Francia, influidos por ideas científicas modernas y positivistas sobre la medicina y la higiene pública francesas. Desde el primer número de la revista, estos médicos mostraron una gran preocupación por el tema de la Higiene. Es a través de esta revista que los médicos van a presentar, de manera corporativa, sus propuestas a las autoridades gubernamentales para modernizar las políticas de higiene urbana y de sanidad pública.^[30]

LEGITIMIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA

Los argumentos político-jurídicos y normativo-morales utilizados para sustentar la legitimidad de las acciones de sanidad pública peruana se desprenden de los escritos que las autoridades políticas hacían en el diario oficial *El Peruano* y en los considerandos de los dispositivos legales que establecieron las bases de la nueva organización sanitaria. El primero de los avisos, publicado el 1 de septiembre de 1826, decía textualmente:^[31]

“De la conservación de la salud pública, depende principalmente la felicidad social. Las leyes más sabias serían superfluas, si dejando de lado la salubridad, no prescribiesen reglas para poner a salvo al común de los males que padece la incuria, o una fatal condescendencia en todo lo referente a la Higiene Pública; o si dictadas una vez no las llevase a cabo para poner en cobro los bienes más preciosos de la humanidad”.

En esa misma fecha, en los considerandos del Decreto del Consejo de Gobierno que crea la Junta Suprema de Sanidad, se argumenta que “se carece en el día de leyes sanitarias, cuya importancia es reconocida por todas las naciones cultas”, y que estando tal legislación fuertemente sujeta a la influencia de las “circunstancias locales”, se debe tener especial cuidado en diseñarla con base a la experiencia y la observación, “para no causar perjuicios al comercio, ni a las demás relaciones sociales”, y que los conocimientos requeridos para tal efecto solo podrán adquirirse mediante la instalación de las Juntas de Sanidad que se ocupen, a la par que desempeñen los deberes más esenciales a la conservación de la salud poblacional, en recoger los datos “para la formación de un cuerpo de leyes sanitarias y examinar los reglamentos adoptados en otros países”.^[26,31]

En realidad, esos argumentos políticos se inspiraban en ideas sustentadas tanto en el discurso de los ilustrados peruanos, especialmente Hipólito Unanue, como en el del utilitarismo de J. Benthan. Con relación a los primeros, estos creían que bastaba la fuerza de la razón ilustrada y de la moralidad filantrópica, expresada en las leyes sanitarias, para que el Estado pudiera garantizar el cumplimiento de la norma política en el campo social.

Habían adoptado el ideario y el optimismo de los ilustrados cristianos, expresados en la legislación española de la época. Por otro lado, desde el utilitarismo, se entendía a la salud colectiva como una condición necesaria para el logro de la “felicidad social”, y a su conservación como una de las obligaciones que el Estado debía garantizar. El logro de la felicidad social justificaría las leyes, las ordenanzas municipales y las regulaciones policiales que los gobernantes debían prescribir, para ordenar el comportamiento de los individuos y de la colectividad, en todo aquello vinculado con la conservación de su salud y, por tanto, con el cuidado de la higiene y el orden en el mundo cotidiano; aunque, con la advertencia que esas normas debían ser aplicadas con prudencia “para no causar perjuicio al comercio, ni a las demás relaciones sociales”.^[5]

Aquellas ideas centradas en la “conservación de la salud” de las personas, serían ampliadas en la parte considerativa del Decreto dictado por Castilla en 1855,^[31,32] en el que se ordena establecer en cada capital de departamento del país un médico titular. Profesional que debía cumplir las funciones asistenciales y sanitarias señaladas en la nueva norma:

“I. Que es uno de los más sagrados deberes del Gobierno atender a la conservación de la salud de las poblaciones, por cuantos medios estén a su alcance. II. Que para conseguir este objeto conviene establecer en el centro de cada una de las grandes divisiones territoriales un facultativo que, a la vez de atender inmediatamente al servicios de los hospitales del punto en que resida, vigile sobre los demás del mismo territorio, y sea el órgano seguro para informar al Gobierno y a la Junta Directiva de Medicina sobre los asuntos de su ramo, bajo de responsabilidad por cualesquiera males que a causa de omisión o ignorancia sobrevenga a los pueblos, con motivo de enfermedades comunes o epidemias de cualquier género...”.

LEGALIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA

Las Juntas de Sanidad

La legalización de esta modalidad de gestión, se inició con el Decreto Supremo del 1 de septiembre de 1826 –dictado por Andrés Santa Cruz, presidente del Consejo de Gobierno– en el que se ordena la creación de los siguientes cuerpos colegiados: una Junta Suprema de Sanidad, en la capital de la República; una Junta Superior de Sanidad, en cada capital de Departamento; una Junta Municipal de Sanidad, en cada población considerable. Además, de Juntas Litorales en “los puertos de mar y poblaciones marítimas por donde puedan introducirse contagios” de enfermedades “exóticas”. Las ideas de justicia implícitas en este Decreto, así como de las posteriores normas utilizadas para legitimar el modelo se derivaban de una mezcla distorsionada de las ideas liberales de utilidad pública y las de la proporcionalidad natural tomista.

84 La Junta Suprema de Sanidad, era el cuerpo colegiado de mayor nivel gubernamental en el ramo de la sanidad. Presidido por el Prefecto de Lima, en su condición de funcionario del Ministerio de Gobierno; en su ausencia, el Protomédico General la presidía. Como

cuerpo colegiado debía reunirse periódicamente para hacer uso de sus atribuciones. Entre las principales: 1) proponer al Gobierno y comunicar, con su aprobación, a las Juntas Superiores de Sanidad todas las medidas extraordinarias que crea oportunas para “prevenir o atajar el contagio”; 2) establecer la “policía interior” de los hospitales de la capital como también la del cementerio general; 3) conservar del mejor modo que prescriba el arte “el benéfico fluido de la vacuna”. En correspondencia con su mayor nivel administrativo, la Junta Suprema tenía, además, las atribuciones siguientes: 1) nombrar las personas que debían conformar las Juntas Superiores y a los médicos de las litorales; 2) ejercer la vigilancia inmediata sobre las Juntas Superiores y Litorales; 3) la superintendencia general de todos los ramos de salubridad pública.^[5,26,32]

Desde 1826, las Juntas Superiores y las Juntas Municipales de Sanidad, eran presididas por el Prefecto u otro funcionario provincial o local de Gobierno y Policía. Actuaba como vicepresidente de las Juntas el Protomédico del departamento (desde 1855, el médico titular) o el médico municipal, cuando fuera el caso. Juntas Superiores tenían que vigilar que las Juntas Municipales cumplieran las reglas generales que –en casos de “infección” o para prevenirla– prescribiera la Junta Suprema, informar a esta la “topografía médica” del departamento, recibir y distribuir la vacuna a las Juntas Municipales. Por su parte, las Juntas Municipales debían cuidar que se cumplieran las medidas de salubridad y de control de las “enfermedades contagiosas” enumeradas en la norma; además, debía informar inmediatamente cuando “se descubran algunos indicios de peste, epidemia o epizootia”, para que la Junta Suprema expidiera las “ordenes convenientes”. Finalmente, el Decreto de 1826 señalaba las disposiciones, vinculadas a la cuarentena y al aislamiento, que debían cumplir las Juntas Litorales.

Posteriormente, en la segunda mitad del siglo XIX se ampliaría y se precisaría esta base legal vigente, con las leyes orgánicas de Municipalidades (1856, 1861 y 1892), la Ley del Servicio de Médicos Titulares (1872) y el Reglamento del Servicios de Sanidad (1887), aunque se mantuvo lo esencial del contenido del Decreto de 1826.

Reglamento General de Sanidad de 1887

El Reglamento General de Sanidad de 1887 fue aprobado para modificar y precisar la organización y funcionamiento de las Juntas de Sanidad. Con esta pretensión, es que definió formalmente el ahora llamado Servicio General de Sanidad. Organización estatal entendida formalmente como una red nacional que funcionaba con una Junta Suprema o Central que no solo era la corporación superior consultiva del Gobierno del ramo de la sanidad, sino que también estaba encargada de dirigir la ejecución de los servicios sanitarios, para lo cual tenía bajo su dependencia a las Juntas Departamentales y las Juntas Municipales de Sanidad. El Servicio General de Sanidad estaba pensado, entonces, como una totalidad conformada funcionalmente por el Servicio de Sanidad Marítima y el Servicio de Sanidad

Terrestre, cada uno de ellos con organización y personal propios. Totalidad en la que se distinguían tres niveles organizativos: el Servicio General, el Servicio Departamental y el Servicio Provincial o Municipal.

La Junta Suprema o Central del Servicio de Sanidad era presidida por el ministro del ramo de Beneficencia y conformada, además, por otros 18 miembros que ocupaban cargos “concejiles i honoríficos”. Entre los principales estaban el prefecto de Lima, el decano de la Facultad de Medicina, el director de la Beneficencia de Lima, el jefe de la Sección de Marina del Ministerio del ramo, el prior del Consulado, el alcalde municipal de Lima; los catedráticos de Higiene, de Medicina Legal y de Farmacia de la Universidad San Marcos, el director general del Ministerio de Beneficencia, que actuaba como secretario de la Junta, y otros. El órgano consultivo de la Junta Central era la Facultad de Medicina.^[5,26]

Además, en el nuevo Reglamento de 1887 se modificó tardíamente lo dispuesto en el Decreto Supremo de 1826, ordenando que los Servicios Municipales de Sanidad estuvieran a cargo de las Juntas Sanitarias Provinciales, bajo la dependencia directa de la Junta Central. Sus funciones estaban precisadas en la Ley de Municipalidades y debían dar cuenta a la Junta Central de todas las ordenanzas y reglamentos que expidiera “para el mejor servicio higiénico de la provincia”. Ejercían sus funciones siguiendo los procedimientos señalados en el nuevo Reglamento de Sanidad.^[5,26]

OTRAS ORGANIZACIONES ESTATALES Y LOS MÉDICOS TITULARES

Organizaciones regulativas^[5,26,32]

En 1821, tuvo lugar un acto solemne en el Real Tribunal del Protomedicato, por el cual esta institución colonial se convirtió en el Protomedicato General del Estado, continuando con su función básica de supervigilar el ejercicio de las profesiones médicas.

Posteriormente, el 30 de diciembre de 1848 se creó la Junta Directiva de Medicina en reemplazo del Protomedicato General del Estado. Luego, con la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lima en 1856, la Junta Directiva de Medicina fue desactivada. La Facultad centralizó las funciones de enseñanza, expedición de grados y títulos, así como el control de las profesiones médicas.

Servicio de Médicos Titulares^[5,26,32]

La primera disposición para el establecimiento sistemático y permanente de un Servicio de funcionarios civiles permanentes responsables de la atención médica de la población, se encuentra en el Decreto Dictatorial de 1855, en el que se ordena establecer en cada capital de departamento del país un médico titular, “dependiente de la Junta Directiva de Medicina y de la autoridad política correspondiente”. Las principales obligaciones de este funcionario eran: asistir personalmente los hospitales de la capital del departamento y constituirse

personalmente en los lugares donde se produjeran epidemias, para realizar las acciones de control necesarias. Además, era miembro de las Juntas Superiores o Municipales de Sanidad.

Diecisiete años después, la Ley de Creación del Servicio de Médicos Titulares fue puesta en vigencia por el Congreso, en la que se prescribe que en cada una de las provincias de la República habrá un médico titular, a cargo del presupuesto del Concejo Municipal Departamental. Luego, se precisaría, en sucesivas resoluciones supremas, que era de competencia de ese Concejo el nombramiento de los médicos titulares, la vigilancia del cumplimiento de sus deberes y el abono de sus haberes. Sin embargo, esta ley solo pudo ejecutarse parcialmente, debido a que su cumplimiento exigía la previa y apropiada existencia de condiciones financieras, organizativas y, especialmente, de médicos dispuestos a ejercer su profesión fuera de la ciudad de Lima.

Posteriormente, con la formalización del Servicio General de Sanidad, en el año 1887, los médicos titulares pasaron a formar parte de los servicios de sanidades departamentales y provinciales; aunque, el pago de sus haberes, así como el de las obstétrices titulares pasó a estar a cargo de las nuevas Juntas Departamentales creadas por la Ley de Descentralización Fiscal de 1886. En esencia, esta ley establecía que en adelante cada departamento debía recaudar sus propios ingresos y ejecutar su propio gasto fiscal. Finalmente, en mayo de 1896 sería aprobado, por el recién creado Ministerio de Fomento, un nuevo Reglamento de Médicos Titulares aunque nunca llegó a ser aplicado de manera apropiada.

Además, la Inspección de Higiene de la Municipalidad de Lima, a cargo de Aurelio Alarco, organizó en 1889 el Instituto Vaccinal de Lima, en reemplazo del modesto Establo Vaccinicus Animal de la Exposición. Nuevo Instituto que proveería de vacuna antivariólica a Lima y al resto del país. De esta manera, iba a quedar abandonada la inoculación vaccinal de brazo a brazo, “que tanto peligros entrañaba, desde el punto de vista de la transmisión de diversas enfermedades”.

2.5. Asistencia social y beneficencias en la República Temprana

Como parte del proceso de secularización de la República, mediante el cual el Estado pretendió asumir las funciones que hasta entonces se había delegado a la Iglesia Católica, se comenzaron a crear las Sociedades de Beneficencia Pública en las principales ciudades del país; a las cuales, se les transfirió la propiedad y se les delegó la gestión de los establecimientos de asistencia privada-religiosa que, hasta entonces, estaban a cargo de las cofradías y hermandades. Sociedades de Beneficencia creadas a través de un mandato legal del Estado y que realizaron sus actividades con recursos públicos a las que se adicionaban los privados.

ANTECEDENTES COLONIALES

En la realidad colonial, al igual que en España, la asistencia social fue fundamentalmente de origen privado y religioso. Para la moral cristiana, la “caridad” es la mejor de las virtudes y, con relación al prójimo, es un sentimiento generalizado de benevolencia para con los otros. Sentimiento que se fundamenta en el deber moral de amar al prójimo como a nosotros mismos. Los actos de caridad para el prójimo se llaman, por esa razón, “obras de misericordia”.

En consecuencia, la provisión de servicios médico-hospitalarios y de asistencia social de mendigos o enfermos incurables no estaba a cargo del Estado colonial, el cual se limitó a una política de apoyo y regulación de las iniciativas privadas, tanto de laicos como de religiosos, mediante el aporte de recursos y la aprobación de las obras de beneficencia o filantrópicas. Sin embargo, esto no significó la inexistencia de una preocupación de la Corona por eliminar la mendicidad y por atender a enfermos comunes o terminales.^[27]

Preocupación que se manifestó tempranamente en una Real Cédula de la Corona Española (1541) se la que se ordenaba a las autoridades coloniales establecer hospitales en todo pueblo de españoles o indios, fundados o por fundar, “donde sean curados lo pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana”; aunque sin asumir directamente la ejecución de las obras y la administración de la asistencia que se efectuaba en los hospitales o “casas de misericordia” de la época (hospitales; asilos para niños, mujeres y ancianos).

Se consideraba, de esa manera, que la caridad impulsaba a los miembros de la Iglesia militante a dedicarse a los menesteres de la asistencia social, con referencia tanto a los religiosos (órdenes hospitalarias, prelados diocesanos y doctrineros) como a los laicos (“benefactores”, cofradías o hermandades). Las “casas de misericordia” se fundaban, generalmente, por el deseo, el trabajo y los aportes voluntarios de algún benefactor, personaje o vecino pudiente. Sin embargo, por tal razón, no era infrecuente que tales establecimientos se empobrecieran luego de la muerte del benefactor fundador y, eventualmente, desaparecieran.^[27]

En resumen, aquellas obras y acciones de asistencia social no surgían en el Perú colonial como consecuencias de un programa gubernamental de justicia social distributiva, ni de instancias administrativas públicas, sino de un sentimiento de caridad cristiana que se hacía apremiante, en un contexto de religiosidad creciente. La importancia de esta asistencia era tanta que, por ejemplo, en Lima llegaron a haber casi tantos hospitales y establecimientos de caridad como templos. En palabras de Casimiro Ulloa:^[33] “Las instituciones caritativas en el Perú (...) tuvieron su origen en la caridad privada que no solo las fundó, sino que las proveyó de todos los medios necesarios para su subsistencia y progreso”. Respecto de estas iniciativas particulares la Corona se reservaba una simple relación de amparo y supervisión y, ocasionalmente, hacía aportes de la hacienda real.

LEGALIDAD DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Los problemas económicos de las hermandades y cofradías coloniales, durante los últimos años de la guerra independentista, habían creado una situación crítica en los establecimientos de asistencia social administradas por aquellas. Para enfrentar esta situación, por Decreto del Consejo de Gobierno presidido por Unanue, en 1826, se creó la Dirección General de Beneficencia, adscrita al Ministerio de Estado en la rama del Interior. El Decreto ordena que las “casas de misericordia” de la ciudad de Lima (hospitales, hospicios, casas de huérfanos o de amparadas, cementerios, etc.), queden sometidos a la autoridad directa del Gobierno Nacional, mediante dicha Dirección General. El Decreto fue seguido de una reglamentación sobre la participación en los hospitales de las congregaciones religiosas (juandedianos y betlemitas): los hermanos de las cofradías fueron excluidos de la administración. Los resultados de esta experiencia de estatización de la asistencia social fueron desastrosos tanto desde el punto de vista económico como administrativo. Ocho años después de su creación la Dirección General de Beneficencia fue desactivada.^[5,36]

El año 1834, el presidente Luis José de Orbegoso expidió un Decreto Supremo que creó la Sociedad de Beneficencia de Lima, con la prescripción que la constituyesen cuarenta vecinos notables de la capital, solventes económicamente y que dispusiesen de tiempo para inspeccionar directamente el funcionamiento técnico y administrativo de las “casas de misericordia”. Posteriores cambios reglamentarios de esta institución ampliaron sus atribuciones, rentas y el número de sus miembros que llegaron, desde 1865, a cien socios. Estos se organizaban en dos Juntas: una general, conformada por el total, y otra denominada “Comisión Permanente”, que era la gubernativa y ejercía la superintendencia correspondiente. Creación y organización inspiradas en la experiencia positiva de sociedades filantrópicas y humanitarias que aparecieron en Europa durante los siglos XVIII y XIX y que promovían la participación de los ciudadanos en asuntos de interés público. En efecto, cada ciudad europea importante poseía una sociedad de beneficencia en la que distinguidos miembros de la alta sociedad velaban por el buen funcionamiento de hospitales, hospicios, asilos, cementerios.^[38]

Con relación a las beneficencias en el interior del país, mediante Decreto expedido en 1836, por Andrés de Santa Cruz, se dispone que esas instituciones se implanten en las capitales de Departamento. Luego, se dispuso que se establezcan comisiones de beneficencias en todas las poblaciones en donde existían colegios. A partir de ese año de 1837 se irían creando entidades benéficas en las principales ciudades del país, que fueron constituidas de manera similar a la de Lima, aunque se regían de acuerdo a sus particulares reglamentos. Además, a partir de 1848, se crearon las Juntas de Beneficencias Provinciales en las capitales de provincia, cada una constituida por cinco miembros; cada una de ellas sometida a la política provincial correspondiente.^[5]

Al final del gobierno de Cáceres, en 1893, se promulgó la primera Ley de Sociedades de Beneficencia de la República, que clasificó dichas sociedades en públicas y privadas, así como precisó sus objetivos que, en todos los casos, debían ser de apoyo y de protección de los desvalidos. Clasificó como públicas a las fundadas, sostenidas o fomentadas por el Estado y por las autoridades departamentales o municipales y a las declaradas como tales por el Gobierno, y les otorgó la calidad de personas jurídicas; y solo ellas podían adquirir por donación o testamento, bienes raíces o rentas perpetuas para su mantenimiento.^[5,36]

De esta manera, el Estado peruano delegaba formalmente la gestión de las acciones asistenciales públicas (incluidas las hospitalarias) a las Sociedades de Beneficencia de las ciudades, reservando las acciones “profilácticas” de la salud para las Juntas de Sanidad gubernamentales. Por otro lado, los asuntos gubernamentales relacionados con la regulación de la Asistencia Pública estuvieron a cargo de las autoridades de la rama de Beneficencia, primero, del Ministerio de Instrucción Pública, Beneficencia y Asuntos Eclesiásticos y, luego, del Ministerio de Justicia, Instrucción, Culto y Beneficencia.

LEGITIMIDAD DE LA ASISTENCIA SOCIAL

No obstante de lo que sucedía en el Perú, desde la Revolución Francesa, la idea central que legitimaba la Asistencia Social había cambiado en el mundo occidental: las ideas de “caridad religiosa” y de “caridad privada o secular”, habían sido desplazadas por la de “obligación del Estado”. En la segunda mitad del siglo XIX, los diccionarios de Economía Política definían a la Beneficencia Pública como “la caridad en el ejercicio de la cual interviene una autoridad pública en nombre del Estado, de la comunidad o de cualquier otra división territorial, sea para suministrar los fondos, sea para organizarlos, o distribuir los socorros”. Por otro lado, el abad Cartón la definía de manera más amplia: “el poder humano imponiendo un acto que la sociedad ha debido practicar por deber religioso: es la contribución legal, en lugar de la voluntaria o meritoria; es el impuesto en lugar de la virtud”. En algunos países y en esos años, por ejemplo en Inglaterra, donde todo ciudadano estaba obligado a pagar un impuesto para el pobre, la Asistencia Social se ajustaba más a esa segunda definición.

Por su parte, J. C. García^[34] interpreta, desde un punto de vista sociopolítico, el origen en América Latina de aquel desplazamiento de lo religioso por lo público, opinando que expresaba un cambio en los valores ideológicos asociados con la atención del indigente:

“El Estado precapitalista de las primeras décadas de la independencia (...) no intenta alterar en su esencia la concepción de beneficencia (que permanece siendo caritativa, en respuesta a una visión religiosa del mundo). Sin embargo, por parte de la burguesía urbana se entabla una larga y tortuosa lucha por quitarle al poder religioso el control de las instituciones de beneficencia. Así, en varios países las sociedades secretas impulsaron la beneficencia, junto con la educación, como un arma de lucha ideológica”.

En nuestro país, la legitimidad de las políticas que orientaban las normas que regulaban las Sociedades de Beneficencia estaban más de acuerdo con ese sentido precapitalista. En

1826, se ordena la supresión de conventos, para reorientar la aplicación de sus bienes y rentas a objetos de instrucción y de beneficencia. En opinión de Paz Soldán:

“Nacionalizados apresuradamente los servicios de asistencia, comienza la República experimentar los postulados que venía de la Europa liberal. En junio de 1826, la Beneficencia queda sometida a la autoridad directa del Estado (...) en 1834, se crea la primera Sociedad Pública de Beneficencia Pública de Lima (...) Con estas Sociedades comienza, efectivamente, un nuevo sistema de organización de los socorros públicos en el Perú (...) las Sociedades de Beneficencia republicanas, fueron un híbrido que nació de la caridad languideciente de la Colonia y del ímpetu juvenil del Estado republicano”.^[35]

Asimismo, al iniciarse la República se había instituido formalmente el régimen de la igualdad civil en el país y, en consecuencia no podían persistir “las diferencias de castas que instituía toda la legislación colonial”. Por esto, la primera reforma introducida en el ejercicio de la asistencia social hospitalaria fue su sujeción a un régimen común. De este modo, sus hospitales no fueron ya de españoles, de indios o de negros, sino de todos los solicitantes de sus servicios.

No obstante esos argumentos “híbridos” de legitimación de la asistencia social, en el inicio de la segunda mitad del siglo XIX, la distribución y los destinatarios finales de los recursos financieros de la Beneficencia Pública de Lima comenzaron a ser temas de debate público. Aspectos importantes de este debate son planteados, en 1856, por Casimiro Ulloa,^[36] cuando propone, desde un enfoque liberal, establecer límites a la caridad pública, afirmando:

“La caridad pública mal dirigida o demasiada extensa puede ser un peligro para el orden moral y político. Para convenir en la evidencia de este principio, basta traer a la memoria el modo como los socialistas comprenden la Beneficencia Pública, y los males sociales que ocasionaría la realización de sus doctrinas. Aún sin dejar de reconocer como un derecho la Beneficencia Pública, su ejercicio podía ser perjudicial a la sociedad: para que sea eficaz y laudable es necesario que sea prudente; que no sea como se le ha llamado, una prima a la improvisación y a la pereza, un estímulo a la ociosidad y a la multiplicación de la clase pobre (...) de aquí la necesidad de encerrarla en ciertos límites, y de someter a su aplicación a condiciones que neutralicen, en cuanto sea posible, las tendencias que a veces se desenvuelven en ella, alejándola de su objeto (...) Nuestro propósito es solicitar únicamente (...) ciertas disposiciones reglamentarias que reduzcan el número de personas que demanden sus socorros, de manera que se hagan más provechoso para aquellos que tienen de ellos verdadera necesidad (...) la indigencia es la única que tiene derecho a sus auxilios: la Beneficencia no deberá, pues, dar entrada en sus establecimientos más que a las personas que comprueben suficientemente su estado indigente (...) disminuirán el número de los que solicitan sus socorros y restringirán su acción dándole por lo mismo más eficacia”.^[36]

No obstante el comentario efectuado por Ulloa, las autoridades de la Sociedad de Beneficencia de Lima, en plena guerra con Chile, habían insistido en que el papel de la Beneficencia está sustentado en el “consuelo dulcísimo de la caridad cristiana”, en el “alivio de las desgracias públicas”. Se señala, además, que pese a los problemas materiales que enfrentaba, seguiría realizando su obra:

“ (en) el expósito y el huérfano, el ciego y el mendigo inválido, el enfermo común, la parturienta vergonzante, el incurable y el insano, la mujer pobre, la decrepitud y la vejez, la ignorancia de la niñez destituida de recursos y otras muchas desdichas que forman parte del obligado cortejo de la miseria humana”.^[38]

OTRAS MODALIDADES DE PROTECCIÓN SOCIAL

Como consecuencia de la situación creada por la independencia y del inicio del secularismo en el país se presentó el problema de la escasez de personal religioso para las actividades caritativas de la Iglesia Católica. Problema que comenzó a ser resuelto a partir de 1858, cuando con la llegada de la congregación de las Hijas de la Caridad, la administración de la mayoría de hospitales y obras de asistencia social comienza a ser asumida por congregaciones religiosas provenientes en su gran mayoría del extranjero y que, una vez instaladas en el país, emprenden una diversa gama de actividades filantrópicas.^[8] Como consecuencia de aquella delegación y de esta administración persistirían en el Perú, hasta las primeras décadas del siglo XX, organizaciones fruto de la caridad cristiana administradas con criterios confesionales antes que técnicos.^[5,29]

Entre 1858 y 1895 llegaron al país más de diez órdenes religiosas, las que, además de atender importantes hospitales u obras sociales dedicaron gran parte de sus esfuerzos a la fundación de nuevos hospitales, obras asistenciales y escuelas. De las órdenes que fundaron nuevos colegios entre 1850 y 1895, vale la pena destacar a las religiosas de los sagrados corazones, los jesuitas y los salesianos. Algunos de los centros educativos más importantes de nuestro país fueron creados en esos años: el Colegio de Nuestra Señora de Belén (1849); la Escuela Normal de Varones (1878), de los jesuitas, que luego se conocería como el Colegio de la Inmaculada; y, el Colegio de los Salesianos de Breña (1888).^[38]

Paralelamente a esas acciones eclesiásticas, aparece un nuevo grupo de organizaciones sociales. En el año 1860 se funda la Fraternal de Artesanos de Auxilios Mutuos, la primera mutual de la historia peruana. Desde entonces y en ausencia de un sistema de seguridad social apropiada, otras asociaciones del mismo tipo fueron creadas como resultado de la necesidad de trabajadores industriales, de protegerse y prestarse auxilio mutuo en caso de enfermedades, accidentes de trabajo o fatalidades imprevistas. En los años siguientes, estas sociedades mutuales, una especie de seguro social comunitario, proliferaron; llegando a tener un poder económico y político significativo.^[39]

PRIMER INTENTO DE ESTABLECER EL SEGURO OBRERO EN EL PERÚ

Alemania se convirtió en el primer país del mundo en adoptar una política de seguro social. Combinando el programa de indemnización a los trabajadores creado en 1884, con el seguro de “enfermedad” formalizado el año anterior, se dio a los trabajadores alemanes un completo sistema de seguridad de los ingresos basado en los principios del seguro social. Las motivaciones del canciller alemán Otto von Bismarck para su adopción fueron promover el

bienestar de los trabajadores –a fin de que la economía alemana siguiera funcionando con la máxima eficiencia– y eludir la demanda de opciones socialistas y social-demócratas más radicales: “es necesario un poco de socialismo, para evitar tener socialistas”.

Jorge Basadre^[1] señala a Paulino Fuentes Castro como el primer peruano que escribió sobre seguros para obreros. Fue en el periódico *Nuevas Hojas para el Pueblo*, editado en 1889. Planteó ahí la tesis de que era necesario introducir un sistema económico en las clases obreras que las hiciera conservadoras de su propio bienestar y que las resguardasen de la miseria, “asegurándoles días de consuelo para la vejez”. Como pensaba que no era viable dejar al Gobierno esta obra, Fuentes pedía que fuese iniciada reformando las sociedades de auxilios mutuos y organizando cajas de ahorro especiales por iniciativa particular y con el apoyo de pequeños capitales. Después de sustentar su iniciativa, hacía notar que en un mensaje del Emperador de Alemania al *Reichstag* se había recomendado la sanción de leyes sobre seguros para obreros.

2.6. Crisis del Estado Preoligárquico y de la sanidad pública

CRISIS DEL ESTADO PREOLIGÁRQUICO O CAUDILLISTA

De acuerdo a la opinión de Sinesio López,^[40] el Estado peruano del siglo XIX no tuvo un definido cuerpo organizativo ni una vertebración institucional suficiente para cumplir sus funciones básicas vinculadas con el bien común. Los intereses públicos no estaban separados de los intereses privados: existía una tensión entre el patrimonialismo de los caudillos y los poderes semif feudales del gamonalismo. Con la excepción de algunas ciudades, los caudillos no tenían una relación directa con la población sino que su poder estaba mediado por los gamonales y los poderes locales que mantenían relaciones de servidumbre y de favores y de lealtades con la población que estaba bajo su propiedad o dominio. El Perú del siglo XIX no tuvo una élite vigorosa y unificada ni instituciones políticas y estatales que reemplazaran de manera apropiada a las que había organizado el orden colonial. Los criollos no lograron constituir una élite alternativa a la élite colonial ni tuvieron, por eso mismo, la capacidad de crear las instituciones necesarias que contribuyeran a la organización de una relación directa, centralizada y personal de la autoridad estatal y al establecimiento de un orden político estable.

El tránsito del Perú hasta el siglo XX fue precedida por una corta pero sangrienta guerra civil que puso fin al segundo militarismo, el cual había controlado el escenario político de manera autocrática desde el término de la guerra del Pacífico. El triunfo de Piérola y sus montoneros sobre Cáceres en esta guerra civil puso de manifiesto la perentoria necesidad de la transformación del obsoleto y deficiente régimen militarista por un nuevo orden político, económico y social y significó, en cierta manera, el renacimiento de la oligarquía costeña y el fortalecimiento del gamonalismo serrano. El gobierno de Piérola, entre 1895

y 1899, vendría a ser el del tránsito del dominio autoritario del militarismo en el escenario político del siglo XIX a la hegemonía de la oligarquía y el segundo civilismo en las dos primeras décadas del siglo XX, durante la República Aristocrática.

SITUACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA AL FINAL DEL PERÍODO

Todos los testimonios de esa época coinciden en criticar duramente la precaria operatividad y, por tanto, la nula o escasa eficacia de esta modalidad colegiada de organización del cuidado de la salud, organizada en el ámbito político-administrativo del Ministerio de Gobierno y Policía, pero también en señalar el pronto surgimiento de conflictos entre la protección de la salud y los intereses de los agentes económicos, tensión que se expresará de manera constante a lo largo de nuestra historia y que a menudo se inclinó a favor de los segundos. Situación ocasionada en buena medida por la debilidad institucional pública para la intervención en salud pública, así como, por la crónica carencia de recursos.

Al respecto, debemos recordar que recién durante el régimen castillista se pudo comenzar a establecer una administración pública nacional sobre bases relativamente estables. Es así, por ejemplo, que las municipalidades dejaron de funcionar entre 1839 y 1852.

En 1884, durante el gobierno de Iglesias, las críticas a la organización colegiada de las Juntas de Sanidad, establecida casi sesenta años antes, se acumulaban. En respuesta a esas críticas, la Junta Suprema de Sanidad acordó modificar el Reglamento Sanitario de septiembre de 1826, por adolecer de vacíos y defectos que era indispensable llenar y subsanar. Días después, la misma Junta solicitó a la Facultad de Medicina San Fernando nombrara una Comisión que se encargara de la elaboración de un nuevo Reglamento General de Sanidad. La Comisión cumplió con el encargo, entregando al decano el Proyecto de Reglamento, para su remisión a la Junta Suprema. Al entregar el resultado del trabajo encargado, la Comisión^[41] hacía el siguiente comentario, donde enfatizan los conflictos entre los intereses sanitarios y los comerciales e industriales:

“ (...)ese reglamento no puede hoy llenar todas las exigencias ni de la administración, ni de la ciencia...En la ciencia se han operado grandes revoluciones en las ideas y en las doctrinas..., por el mejor estudio de todas las enfermedades, especialmente de sus causas, así como de los agentes higiénicos y de sus más ventajosas modos de aplicación, que se traducen en nuevas instituciones y prácticas... De aquí la necesidad de utilizar esos adelantos y de revisar nuestros reglamentos de Sanidad, ensanchando su campo de acción y estableciendo el mejor posible sistema de organización de tan importante servicio administrativo (...). En el régimen de la sanidad marítima... donde es más abierta la lucha entre el interés de la salud y de los comercios y de las industrias cuyo conflicto en naciones adelantadas es causa de mayores divergencias entre ellas y sus gobiernos y aún entre los hombres de ciencia, no extraños a tan poderosa influencia. Felizmente desde 1853, se ha establecido acuerdos relativos a los principales fundamentales del Régimen Sanitario marítimo, (...). Estableciendo un Régimen sanitario, aunque no riguroso, suficiente para ponernos al abrigo de la importación de enfermedades exóticas y funestas hemos

debido buscar los socorros con que proveer a las necesidades de ese régimen que se impone algunos pequeños sacrificios al comercio... Nos referimos a los derechos sanitarios... Algunos, que pueden parecer nuevos... han existido en el Reglamento de 1826 y si no se han hecho efectivos es por no haberse implantado ese Reglamento en todo su rigor (...) En cuanto a la sanidad terrestre, la reglamentación proyectada ha procurado hacer más completa que la de 1826... Ha sido y era necesario comprender en ellas las reglas higiénicas más indispensables para garantizar la salubridad pública...". (Comisión de la Facultad de Medicina, 1884, pp. 2-4)

Luego, en el comentario editorial que sobre ese Proyecto de Reglamento hace la revista “El Monitor Médico”^[42] –órgano de la Academia Libre de Medicina– se afirma lo siguiente:

“El régimen sanitario establecido por dicho Reglamento (aún en proceso de aprobación), es análogo al implantado por el último Reglamento de Sanidad de España, nación cuyas ideas y costumbres se asemejan más a las nuestras, desde que procedemos de ella y nuestra emancipación de su dominio apenas cuenta más de medio siglo... De acuerdo al Reglamento la dirección del Servicio de Sanidad está encomendada a una Junta o Consejo Supremo, corporación consultiva del Gobierno en todo lo que se refiere a Higiene; pero encargada también de dirigir la ejecución del Servicio, como hemos dicho, teniendo bajo su dependencia a todas las demás Corporaciones o Juntas de Sanidad” (Academia Libre de Medicina, 1885, p. 21)

Luego del gobierno de Iglesias, el Proyecto de Reglamento fue nuevamente revisado y, con las “convenientes modificaciones”, finalmente fue aprobado por el Congreso durante el gobierno de Cáceres con lo que adquirió la fuerza de una ley. Lamentablemente, este nuevo Reglamento General de Sanidad que pretendía fortalecer las funciones de los escalones de un Servicio de Sanidad Republicano nunca pudo ser dotado de los recursos suficientes para cumplir –por lo menos de manera aceptable– sus funciones, en el contexto de la crisis política del régimen del segundo militarismo que se expresaría en la guerra civil de 1895.

En el mes de abril de 1896, el doctor Ernesto Odriozola Benavides,^[43] catedrático de la Facultad de Medicina de Lima, al pronunciar el discurso de apertura del año académico de la Universidad Mayor de San Marcos, trató el tema “La medicina preventiva en sus relaciones con la higiene pública”. En esta oportunidad, comentó las limitaciones de la Junta Suprema como organismo consultivo colegiado y, luego, sustentó la necesidad de la creación en nuestro país de una estructura administrativa permanente que se ocupe exclusivamente de la salubridad pública. Odriozola había concluido su formación médica en París, Francia (1888), sería decano de la Facultad de Medicina de Lima (1911-1921) y presidente de la Academia Nacional de Medicina en tres oportunidades. Párrafos de ese comentario se transcriben a continuación:

“... la llamada ‘Junta Suprema de Sanidad’ con sus dependencias casi siempre en receso, solo da señales de vida cuando alguna epidemia amenaza a la capital, y entonces toda su influencia, todas las medidas dictadas, tropiezan con innumerables resistencias o dificultades nacidas de la falta de conveniente organización, pues ese cuerpo simplemente consultivo, sin facultades ejecutivas de ningún género, solo se limita –y ni puede hacer tampoco más– a dar a las autoridades ideas generales sobre las medidas diversas que deben adoptarse en determinados casos, medidas que

nuestros gobiernos aplican sin dirección facultativa y las ejecuta casi siempre mal. Pero esto no es todo, la 'Junta Suprema de Sanidad' solo vive la vida efímera de las epidemias, después de ellas la salud pública no preocupa su atención, ya los gobiernos no necesitan sus consejos (...) No es pura quimera el asegurar que con la organización de un 'Instituto Nacional de Higiene', en cambio de nuestra 'Junta Suprema de Sanidad' llegaríamos a resultados útiles y prácticos, En efecto, una institución de ese género, con el carácter de permanente, en un local apropiado, con rentas suficientes que le permitan rodearse de todo el material de estudios indispensable, con facultades ejecutivas amplias y con el personal conveniente, sería el más poderoso medio de conseguir lo que tanto ansiamos. Dicho cuerpo se encargaría de vigilar y hacer cumplir constantemente todos los preceptos de la moderna higiene..."

Siete años después de ese discurso académico, en la tesis que Francisco Graña Reyes^[44] presentó para optar el grado de bachiller en Medicina, se recoge gran parte de las ideas de Odriozola y se insiste en la inoperancia de las Juntas de Sanidad y la necesidad de una nueva normatividad sanitaria:

"... una Legislación Sanitaria, de que carecemos actualmente, pues como tal no es posible considerar el Reglamento de Sanidad vigente, ni el sin número de ordenanzas municipales, dictadas en distintas épocas, bajo diferentes criterios, la mayor parte de ellas destinadas a combatir defectos momentáneos; sin uniformidad de doctrina, ni de principios y que no solo no se han cumplido jamás. Sino que en su mayor parte son completamente desconocidas del público y hasta de quienes debieran hacerlas ejecutar"

La documentación referente a los nacimientos, defunciones y matrimonios estaba a cargo, desde la época colonial, a cargo de las parroquias. Aunque el Código Civil de 1852 y la Ley de Municipalidades dispuso que los registros civiles fueran de responsabilidad de la Municipalidades, esto nunca se concretó a nivel nacional, debido a la oposición de la Iglesia y a la debilidad extrema de las municipalidades al interior del país. Por lo dicho, la información epidemiológica disponible durante este período fue –al igual que en la colonia– escasa en la ciudad de Lima y casi inexistente en el resto del país.

SITUACIÓN DE LA ASISTENCIA SOCIAL AL FINAL DEL PERÍODO

Durante la mayor parte del siglo XIX republicano, el desarrollo de la infraestructura hospitalaria y la prestación de servicios de hospitalización estuvieron a cargo de las Sociedades de Beneficencia. Pero cada vez era más notorio que estas entidades no estaban en condiciones de atender, sin participación directa del Estado, las crecientes necesidades de reposición urgente y de ampliación de dicha infraestructura. Solo la de Lima y la del Callao habían crecido en importancia, porque los legisladores dieron leyes especiales para ellas, impulsando sus servicios. Los problemas económicos de las Beneficencias determinaban atrasos en el pago de los magros haberes del personal de los hospitales y un agravamiento de los problemas técnicos y microadministrativos que presentaba la atención hospitalaria. La Academia Nacional de Medicina^[45] en su Informe sobre la nueva organización de la Asistencia Pública, publicado el año 1889, hacía un señalamiento sobre

los grandes defectos de sus servicios de asistencia social y de atención hospitalaria de los indigentes, así como las recomendaciones pertinentes, aunque estas no fueran atendidas.

“El sistema que instituye a las Sociedades de Beneficencia, como los cuerpos encargados del manejo y distribución de los bienes de los pobres, está generalmente conceptualizado de bueno (...) pero la manera como (...) llena sus deberes, en relación con la curación de los enfermos pobres, es mala (...) Los mismos hospitales están mal organizados, que podría decirse, que no son casas de enfermos, sino simples asilos para individuos pobres, que sanos o achacosos no requieren sino cama y sustento. Comenzando porque en ellos no existe una Dirección (...) esos establecimientos funcionan como cuerpos sin cabeza, en lo que todo se ha omitido, no respondiendo en ellos de la vida y la salud de los enfermos, sino la virtud y buena voluntad de las hermanas de la Caridad y la honorabilidad del Inspector (...) para ellas basta que un enfermo esté acostado en su cama para suponerlo en condiciones de curación (...) el personal médico es poco menos que un elemento exótico, que es solo soportado por la fuerza de la necesidad. Él no tiene ningún derecho, ninguna franquicia, ni para el estudio, ni para el aprendizaje”. (ANM, 1890, p.p. 39-47)

REFERENCIAS

1. Basadre J. Historia de la República del Perú (1822 - 1933). Obra completa en 18 volúmenes. 7ª ed. Lima: Empresa Editora El Comercio; 2005.
2. Contreras C, Cueto M. El desafío de construir un nuevo Estado. En: Contreras Carlos: Historia del Perú contemporáneo. Desde las luchas por la independencia hasta el presente. 2da, ed. Lima. Instituto de Estudios Peruanos; 2000: 29-74. (Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú).
3. Tamayo J. Época de la República. En: Tamayo, José. Nuevo Compendio de Historia del Perú. 4ª ed. Lima: Cepar; 1995. p. 245-283.
4. Cotler J. Clases, Estado y nación en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1978. (Colección Perú Problema/17).
5. Bustíos C. La Sanidad en los inicios de la República Peruana: 1821-1876. En: Bustíos C (editor). Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú: 1533-1933. Lima: Coediciones. Fondo Editorial de la UNMSM y Concytec; 2004: pp. 185-354.
6. García Jordán P. Iglesia y poder en el Perú Contemporáneo 1821-1919. Cusco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de Las Casas; s/f.
7. McEvoy C. La utopía republicana. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 1997.
8. Zapata A, Rojas R. ¿Desiguales desde siempre? Miradas históricas sobre la desigualdad. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2013. (Serie Estudios sobre Desigualdad, 6).
9. Aguirre C. Breve historia de la esclavitud en el Perú. Una historia que no deja de sangrar. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú; 2005.
10. Contreras C. ¿Ahondó o redujo el Estado la desigualdad en el Perú? Una mirada desde la historia. En: Janina León Castillo y Javier M. Iguíñiz Echeverría (editores). Desigualdad distributiva en el Perú: dimensiones. Lima: Fondo Editorial PUCP; 2011. p. 25-56.
11. Vergara T. Aporte femenino a la creación de la riqueza. En: C. Meza y T. Hampe (compiladores). La mujer en la historia del Perú (siglos XV al XX). Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú; 2007. p. 109-146.
12. Basadre Ayulo J. El estado jurídico de la mujer y la familia en el Derecho Indiano. En: C. Meza y T. Hampe (compiladores). La mujer en la historia del Perú (siglos XV al XX). Lima; Fondo Editorial del Congreso del Perú; 2007. p. 89-108.

13. Ramón Joffree G. La muralla y los callejones: evolución urbana. Nueva Síntesis. 1994; N.º 1-2: 124-141.
14. Beneficencia Pública de Lima. Memoria de su director Francisco Carassa, Archivo de la Beneficencia. Lima, 1859. Citada en La Utopía Republicana de Carmen McEvoy; 1997: p. 123.
15. Herrera B. Escritos y discursos. Lima: Librería Francesa Científica; 1929.
16. Portocarrero G. El fundamento invisible: función y lugar de las ideas racistas en la República Aristocrática. En: Panfichi A, Portocarrero F (editores). En: Mundos Interiores: Lima 1850-1950. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico; 1995. p. 219-260.
17. Palma C. El porvenir de las razas en el Perú. Tesis para optar el grado de Bachiller en Letras. Lima: Imprenta Torres Aguirre; 1897.
18. Salazar Bondy, A. La historia de las ideas en el Perú. Lima: F. Moncloa ediciones; 1965.
19. Sobrevilla D. Filosofía contemporánea en el Perú. Lima: Carlos Matta. Editor; 1996.
20. Germinal, 1.1, 1-1-1899, p. 2. Semanario de Lima.
21. Matos Mar J, Cotler J, Bonilla H, Millones L. Los movimientos campesinos en el Perú desde fines del siglo XVIII hasta nuestros días. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; Septiembre 1967 (Serie: Proyecto de Investigación N.º 4).
22. Contreras C, Gruber S, Mazzeo C. Orígenes históricos de la desigualdad en el Perú. Lima: Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2012 (Documento de Trabajo 328).
23. Ugarte del Pino JV. Historia de las constituciones del Perú. Lima: Editorial Andina S.A.; 1978.
24. Quispe A. Perú: Enfoque histórico del derecho a la salud en las constituciones y en la legislación. En: Fuenzalida-Puelma H, Coonor S (editores). El Derecho a la Salud en Las Américas. Washington D.C.: OPS/OMS; 1989.
25. Quiroz A. Historia de la corrupción en el Perú. 2.ª edición. Ed. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2013 (Colección Popular, N.º 5).
26. Bustíos C. La Sanidad en el Perú: 1826-1902. En: Bustíos C, (editor). Historia de la Salud en el Perú. Volumen 2. Lima: Academia Peruana de Salud; 2009. p. 255-324.
27. Bustíos C. Período de la Conquista y el Virreinato. En: Bustíos C (editor). Historia de la Salud en el Perú. Volumen 2. Lima: Academia Peruana de Salud; 2009. p. 23-168.
28. Bustíos C. Mundo occidental y medicina social. En: Bustíos C (editor). Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú (1533-1933). Fondo Editorial UNMSM y Concytec; 2004. p. 185-208.
29. Bustíos C. Educación médica y su contexto: Facultad de Medicina de San Fernando, Perú: 1856-1969. Lima: Facultad de Medicina UNMSM; 2006.
30. Zárate Cárdenas E. Los inicios de la higiene en Lima Los médicos y la construcción de la higiene. Investigaciones Sociales. 2006; X; N.º 16: 459-484.
31. Oviedo J. Colección de Leyes, Decretos y Órdenes publicadas en el Perú desde el año 1821 hasta 31 de diciembre de 1859. Tomo octavo. Lima: Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Beneficencia, Instrucción Pública y Justicia. Felipe Bailly, Editor; 1862.
32. Lavourería E. Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú. 1870-1920 (tomos I y II). Lima: Edición Lavourería; 1928.
33. Ulloa JC. Asistencia pública II. El Monitor Médico. 1890; Vol. Enero 1º de 1890: 223-231.
34. García J. La medicina estatal en América Latina (1880-1930). Revista Cubana de Salud Pública. 2016; 42(1): 143-175
35. Paz Soldán CE. De la caridad cristiana a la seguridad social. En: Paz Soldán CE, editor. Una doctrina y un templo. Memorias de un maestro. Lima: Instituto de Medicina Social; 1959. p. 96-99.
36. Ulloa JC. Asistencia pública. El Monitor Médico. 1890; Vol.5 (111): 241-247.
37. Ulloa JC. Comentarios a la memoria del director de la Beneficencia Pública de Lima para el año 1856. El Monitor Médico. 1890 Vol. 5 (113): 261-266.
38. Portocarrero F, Sanborn C, Cueva H, Millán A. Más allá del individualismo: el tercer sector en el Perú. Lima: Centro de la Investigación de la Universidad del Pacífico y The Johns Hopkins University; 2002.

39. Tejada L. La influencia anarquista en el Apra. *Socialismo y Participación Cedep*. 1989; N.º 29: 97-110.
40. López S. El Estado y la ciudadanía en el Perú. En: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *El Estado en debate: múltiples miradas*. Lima: Mirza Editores e Impresores S.A.; 2010. p. 33-75.
41. Comisión de la Facultad de Medicina UNMSM. Sección Oficial. Proyecto de Reglamento General de Sanidad. *La Crónica Médica*. Junio 30 de 1884.
42. Sección Editorial Academia Libre de Medicina de Lima. Los progresos de la Higiene en el Perú. II. *El Monitor Médico*. 1885; Vol. I, N.º 2: 21-23.
43. Odriozola E. La medicina preventiva en sus relaciones con la higiene pública. *La Crónica Médica*. 1890;13(177):129-133.
44. Graña F. La cuestión higiénica. Tesis para optar el grado de bachiller de Medicina. Lima: Imprenta Torres Aguirre. Unión 150; 1903.
45. Academia Nacional de Medicina. Informe sobre la nueva organización de la Asistencia Pública. *La Crónica Médica*. 1890;7(7):39-47.

Capítulo tercero

SALUBRIDAD PÚBLICA EN LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA

3

3.1. CONTEXTO PERUANO EN EL PERÍODO

- Aspectos políticos
- Aspectos económicos

3.2. DESIGUALDAD SOCIAL EN LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA

- La desigualdad social en el Estado Oligárquico Civilista
- Movimientos sociales contra las desigualdades

3.3. PROYECTO DE DESARROLLO CIVILISTA EN LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA

- Vigencia de la Constitución de 1860 y la administración de justicia
- El “problema indígena” y el desarrollo
- Proyecto de desarrollo oligárquico-civilista
- Reforma de la Administración Pública

3.4. SALUBRIDAD PÚBLICA EN LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA

- Cientificidad de la salubridad pública
- Legitimidad de la salubridad pública
- Legalidad de las políticas de gestión de la salubridad

3.5. ASISTENCIA Y PROTECCIÓN SOCIAL EN LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA

- Cuestionamiento a la legitimidad de la asistencia social
- Protección contra los accidentes de trabajo

3.6. CRISIS DE LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA Y AGOTAMIENTO DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA AL FINAL DEL PERÍODO

- Crisis de la República Aristocrática
- Fragilidad político-administrativa de la salubridad pública
- Agotamiento técnico y operativo de la salubridad pública
- Insuficiencias operativas de las Sociedades Públicas de Beneficencia

REFERENCIAS

3.1. Contexto peruano en el período

ASPECTOS POLÍTICOS

Según el sociólogo peruano Sinesio López,^[1] el Estado Oligárquico fue una forma política institucional más o menos centralizada que asumió el Estado en los países periféricos en la fase capitalista de exportación de materias primas, cuando el poder real y formal estuvo en manos de las élites señoriales. Esta forma de Estado suponía la existencia de una élite que lograra reinsertar la economía de los países periféricos en el mercado internacional y centralizar relativamente el poder, con el mantenimiento de las mediaciones con los terratenientes y la superación parcial tanto el aislamiento internacional como la feudalización política del país.

En el Perú y en marzo de 1895, los montoneros encabezados por Nicolás de Piérola, líder del Partido Demócrata, en alianza con el Partido Civil de Manuel Pardo, ingresaron triunfantes a Lima provocando la abdicación del general Cáceres. Este hecho marcó el inicio de la consolidación de una élite agroexportadora, comercial y financiera, núcleo de una “oligarquía”, que ejerció el poder político de manera hegemónica y señorial durante la llamada –por Basadre– República Aristocrática.^[2,-4]

Al comienzo de las actividades gubernamentales en el escenario político abierto en el año 1895, la alianza del Partido Demócrata de Piérola con el Partido Civil se rompió en 1899, quedando los civilistas a cargo de un Estado con perfiles oligárquicos por dos décadas más. En estas décadas, los civilistas, como representantes orgánicos de los intereses de la oligarquía agroexportadora, en alianza con el gamonalismo, acumularon el poder real para hacer del Gobierno un instrumento político de la oligarquía. Es así, que entre 1895 y 1919 se sucedieron presidentes de la República que, con excepción de Piérola y Billinghurst, eran dirigentes del Partido Civil; los cuales desarrollaron una política económica en beneficio del bloque dominante. Política fuertemente vinculada con los intereses británicos y norteamericanos en el país. Uno de esos presidentes fue Augusto B. Leguía (1908-1912), que, finalizado su mandato se exilió en Europa, se apartó del civilismo.

Lo peculiar del Estado Oligárquico Civilista peruano es que organizó y combinó la dominación racial, étnica y social de las élites criollas, señoriales y terratenientes sobre una sociedad multicultural cuya mayor parte de su población fue sometida a la explotación social –principalmente por medio de las relaciones de servidumbre– y la discriminación étnica. Fue un Estado cerrado tanto a las libertades como a la participación política de los ciudadanos.

Durante los sucesivos gobiernos civilistas existió un círculo cerrado de la oligarquía limeña (conformado sobre todo por empresarios y exportadores) eurocéntrica y afrancesada, que detentaba el poder sin apenas saber algo del resto del país, salvo por las visitas ocasionales a sus haciendas (principalmente en la costa), sin ningún tipo de conocimiento sobre las masas indígenas. Para controlar el descontento de los campesinos por la explotación de que eran objeto, el Gobierno central dependía de la acción disuasiva de sus aliados en el interior del país: los gamonales. Estos, los grandes señores feudales de la sierra, habían privatizado el poder público en esos territorios durante el período anterior; y, en tanto eran propietarios de grandes haciendas, mantuvieron el control social y político de la población campesina.^[1-3]

ASPECTOS ECONÓMICOS

Entre 1898 y 1918 las exportaciones peruanas aumentaron ocho veces debido al espectacular crecimiento de las de cobre y petróleo monopolizadas por el capital norteamericano. La bonanza económica continuó hasta el final de la Primera Guerra Mundial, entre 1915 y 1919 las exportaciones crecieron en un 300 %. Con el afianzamiento del capital foráneo en el sector primario exportador, se constituyó en el país una típica economía de enclave que restringió fuertemente el proceso interno de acumulación al repatriarse la mayoría de las ganancias obtenidas. A las ventas de cobre, petróleo y azúcar se sumaron las de algodón, pero sin que esto tuviera un impacto favorable para la economía de la mayoría de la población nacional. La importancia de dichos productos en la economía del país reforzó, además la dependencia del gobierno peruano con respecto a los grandes contribuyentes: el capital imperialista y la oligarquía nacional que producía para la exportación.^[2-4]

A partir del año 1918, el reajuste del mercado internacional repercutió negativamente en la economía peruana. Se produjo una reducción de las exportaciones y, en consecuencia, de las utilidades de los grandes propietarios. Reducción que, a su vez, provocó un violento proceso de desempleo. Además, al descender las exportaciones se paralizaron las importaciones, con un incremento de los costos de producción importados, lo que ocasionó una fuerte inflación y exacerbó una tensión social que ya existía en todo el país. El Partido Civil se había resquebrajado internamente y se había desprestigiado en el ejercicio casi absoluto del poder oficial desde principios del siglo y que, además, mantenía los ideales políticos de la centuria anterior, los cuales habían perdido vigencia.

En esas circunstancias políticas y económicas tan difíciles, el gobierno de José Pardo convocó a las elecciones presidenciales de 1919. Para esta contienda electoral, las fuerzas anticivilistas se unificaron para apoyar al expresidente Augusto B. Leguía, quien había regresado al país para postular nuevamente a la Presidencia de la República, con un mensaje centrado en la construcción de una “Patria Nueva”, que creó grandes expectativas de cambio en el país. Leguía ganó ampliamente en las urnas estas elecciones pero, argumentando que su triunfo sería desconocido por los civilistas, encabezó un golpe militar que lo llevó al poder el 4 de julio de 1919.^[2-4]

3.2. Desigualdad social en la República Aristocrática

LA DESIGUALDAD SOCIAL EN EL ESTADO OLIGÁRQUICO CIVILISTA

La contraparte del crecimiento económico peruano durante la República Aristocrática, ya comentado, fue el incremento de una desigualdad social excluyente y opresiva. Desigualdad que correspondía tanto al carácter de una colectividad peruana poco articulada territorial y políticamente, así como a la hegemonía de una mentalidad racista heredada de su pasado colonial. Todos los historiadores comentan las enormes desigualdades horizontales entre las condiciones de vida de la población de Lima (y unas pocas ciudades más) y las poblaciones del interior del país, a las que Jorge Basadre se refería como el “Perú oficial” y el “Perú profundo”, respectivamente.^[2-4]

La República Aristocrática, además, era conducida en esos años por gobiernos que promovían la vigencia legal de aquellas desigualdades. Se oponían, por ejemplo, a todo proyecto de ley que permitiera o facilitara a las clases subordinadas el voto ciudadano en las elecciones políticas presidenciales o parlamentarias. La Ley Electoral de 1895 había establecido el requisito de alfabetismo para ejercer ese derecho, lo que había reducido el número de votantes a menos de un 5 % de la población de la República. Como resultado de esta reducción los sectores populares y rurales –mayoritariamente indígenas y analfabetos– tenían serias dificultades de acceso al poder político formal y, por tanto, para hacer escuchar sus demandas sociales.

Pese a la precariedad de las estadísticas oficiales, desde inicios del siglo XX las autoridades políticas y los sanitarios comenzaron a manifestar públicamente su preocupación sobre las relaciones que observaban, en la ciudad de Lima, entre las condiciones higiénicas de las viviendas urbanas y los niveles de la morbimortalidad de los distintos grupos sociales que residían en ellas. En los siguientes párrafos se presentan de manera resumida algunas de esas observaciones, así como diversas opiniones sobre el origen y carácter de dichas relaciones.

En el 1904, durante el gobierno de José Pardo, se dictó un Decreto Supremo nombrando una comisión encargada de llevar a cabo un estudio de las condiciones sanitarias de las casas de

“inquilinato y de obreros” de Lima, tomando como guía los datos censales obtenidos por el Concejo Provincial. En los considerandos del Decreto se afirma:

“Que la morbosidad y mortalidad de las ciudades reconocen como causa principal las condiciones antihigiénicas de las habitaciones y de los centros y lugares de reunión; (...) Que no solo la salud física sino también la moralidad de los individuos depende en mucho de la salubridad y cuidado del hogar, cualidad que la hace atrayente y que aleja a sus moradores del alcoholismo y de los vicios, y contribuyen, por lo tanto, al mejoramiento de la raza y de la higiene social...”^[5]

Dos años después, un estudio de Rómulo Eyzaguirre^[6] muestra, estadísticamente, que los distritos con viviendas sobrepobladas y menos habitables de Lima eran Barrios Altos y Abajo el Puente, y que en estos distritos los riesgos de muerte evitables, entre los años 1884 y 1901, eran los más altos. A partir de esta asociación, concluye que el saneamiento y la higienización de la vivienda son determinantes para la reducción de esa mortalidad, aunque insiste en la necesidad de recordar que “el dinero es el marido de la higiene”.

“Es en los callejones y casas de vecindad de los distritos que he citado, donde mueren más que en otra clase de alojamiento ... las casas de mayor mortalidad... serán las más insalubres en su construcción, las más aglomeradas, con sujetos más pobres, más ignorantes de la higiene, y con raza más inferior... Pero también creo que con lo apuntado basta para poder decir: ahí están los culpables: el callejón y la casa de vecindad. Estos que ahí viven tienen derecho al aire, a la luz, a la habitación salubre; pero también tiene la obligación de vivir fuera de ese cuasi amontonamiento que acostumbran y que ellos mismos pueden evitar, si no les aquejara tanta porfiada ignorancia y tanta incuria y tanto alcohol que consume el salario que debieran emplear en vivir vida higiénica, aumentando así las probabilidades de mayor existencia, y de mejor porvenir a su país”. (R. Eyzaguirre, 1906, p. 18)

En el año 1907, el médico Leónidas Avendaño y el arquitecto Santiago Basurco, miembros de la comisión de 1904, presentaron al Gobierno un Informe sobre las casas de “vecindad” de Lima. Resaltando que el 66,7 % de los habitantes de la capital vivían en viviendas sobrepobladas e insuficientes y que todas las enfermedades evitables, endémicas o no, hacían grandes estragos en los callejones, solares, casas de vecindad y lugares análogos porque allí encontraban a sujetos debilitados “por el alcoholismo, la miseria, la ignorancia, la desidia”^[7,8]

En 1919, el Gobierno nombró una Comisión de Estudio de las Causas de la Mortalidad Infantil en Lima. Estuvo conformada por los médicos Abel S. Olaechea, Adolfo Solf y Muro, Rodolfo Neuhaus, Enrique León García y Constantino J. Carvallo.^[9] Como resultado del estudio se constató la existencia de enormes desigualdades de los riesgos de muerte infantil según distritos, “raza” y otras variables.

“...4.ª La mortalidad es mayor en los distritos 3.0 y 5.0, es decir en los que hay más superpoblación, mayor insuficiencia de las habitaciones y más representantes de las razas de color, (...) 5.ª La mortalidad guarda fuerte relación con las razas. Así, la mortalidad, da... Para los blancos: 16 por mil (igual a la general de Buenos Aires). Para los negros: 27 por mil. Para los mestizos: 32,7 por mil (el doble que los blancos). Para los indios: 54 por mil (más que triple que los blancos) (...) 7.ª La mayor mortalidad infantil corresponde a los hijos ilegítimos en todas las razas, en todos los distritos y para todas las enfermedades”. (Comisión Ad hoc, 1919, p.191)

Del análisis de los resultados del estudio y de sus experiencias personales, los miembros de la Comisión concluyen que las causas de la altísima mortalidad infantil en Lima se encontraban fundamentalmente en “la ilegitimidad del hogar, la miseria general y la ignorancia de los padres que se aúnan para embotar o hacer degenerar el sentimiento instintivo de la maternidad que es la única y primordial fuente de salud del niño y la mejor defensa de la infancia”. Al lado de estas causas se enumeran otras, como “la insalubridad de la habitación, la mala alimentación, las enfermedades contagiosas y la falta de protección de la mujer embarazada.”^[9]

Como era de esperar, en el contexto oligárquico-civilista de esos años, las autoridades políticas y académicas asignaban mayor importancia a los factores culturales, morales y raciales, antes que a las económicos y sociales, cuando pretendían explicar esas evidentes desigualdades en los niveles y perfiles de mortalidad de la población limeña.

MOVIMIENTOS SOCIALES CONTRA LAS DESIGUALDADES

La sociedad peruana de esos tiempos es definida por Sinesio López (1978, p. 291) como una trama de relaciones sociales heterogéneas, que configuran un bloque exclusivo y excluyente “conformado por la oligarquía (con su fracción terrateniente y su fracción financiera), por los gamonales y por el imperialismo el cual expolia y oprime a un proletariado obrero desarticulado y disperso y a las masas campesinas que constituyen la mayoría nacional y bloquea el desarrollo de las clases medias.”^[10] Sin embargo, los efectos no esperados, por el bloque dominante, del crecimiento económico del país hasta el año 1918, promueven movilizaciones obreras y campesinas contra las desigualdades sociales que les afectan.

Movimientos obreros^[2,11,12]

Desde el inicio del siglo XX, la incipiente industrialización en Lima, la expansión minera en la sierra, la modernización de las haciendas y plantaciones de la costa comenzaron a establecer contingentes cada vez más importantes de trabajadores asalariados que muy pronto se organizaron en sindicatos. En la formación de movimientos obreros se dieron dos modalidades: la de los centros extractivos-exportadores y la de los centros urbanos industriales. En 1876 los artesanos y los obreros constituían el 25 % de la población capitalina mientras que en el 1908 llegaron a más de un tercio de la misma, es decir, alrededor de 40 mil habitantes de Lima pertenecían a las clases trabajadoras.

A partir de 1904 las organizaciones obreras, dirigidas por el anarcosindicalismo, aparecen en el país iniciando el enfrentamiento obrero-patronal en el escenario político, reclamando al Gobierno nuevas normas legales que garantizaran mejores condiciones salariales y de trabajo. Al no ser atendidos estos reclamos, dichas organizaciones promovieron paros y huelgas laborales. El 10 de abril de 1911 se efectuó, por vez primera en el país, una huelga general, que terminó exitosamente con la cancelación de trabajo nocturno al que estaban

obligados los obreros de Vitarte. El mismo año de 1911 y después de dos graves explosiones en los centros mineros de la sierra central, que costaron la vida a cerca de 100 trabajadores, se logró aprobar la Ley N.º 1378, contra los accidentes de trabajo. Estos hechos mostraron que las demandas populares, no solo podían llegar a las autoridades, sino que la ciudad podía ser movilizada en defensa de estas demandas.

La tensión social provocada por las cada vez más frecuentes movilizaciones obreras agudizadas por el triunfo de la Revolución Socialista en Rusia, resultaron en la promulgación de la Ley General de Jornada de las ocho horas de trabajo, por el presidente José Pardo, en 1919.

Movimientos campesinos

El dominio político de Lima sobre el “Perú profundo” durante estos años favoreció el incremento de la desigualdad horizontal entre la costa y la sierra, con consecuencias en términos étnicos y sociales. Un efecto de este dominio fue que en la sierra las estructuras institucionales tradicionales se mantenían o fortalecían: “en el transcurso del siglo XIX la institución del gamonalismo heredó y fortaleció las costumbres coloniales vinculadas con la explotación, la discriminación y el clientelismo. No faltaban manifestaciones violentas de oposición, pero la capacidad organizativa indígena era limitada y la reacción a las revueltas nativas fue punitiva y, por ende, disuasiva. Los indígenas se hallaban sujetos ahora a una desigualdad que tenía dos orígenes: la estructura del poder local y la subordinación de la región a Lima y a la costa.”^[13]

En el ámbito rural, las rebeliones indígenas se multiplicaron a partir de 1905, dirigidas contra la expansión de las haciendas laneras a costa de las propiedades comunales. La lucha campesina contra el cerco de la hacienda y el gamonalismo se extendió sobre todo en el sur. En 1909 se logró la dación de una ley que prohibía a las autoridades gubernamentales exigir trabajo gratuito a los indígenas. En el mismo año se aprobó que el contrato de “enganche” tenía que ser pagado en efectivo y que nadie podía ser obligado al trabajo minero. Pero, al igual que en la época colonial, estas disposiciones no tuvieron mayor efecto, toda vez que los encargados de hacerlas cumplir eran precisamente los principales usufructuarios del trabajo de indígenas en condiciones de explotación.^[11]

Las revueltas indígenas se sucedieron en todo el período analizado, especialmente en el sur del país, y fueron generalmente acciones locales y de corta duración, reprimidas pronta y brutalmente, con la ayuda de la gendarmería y el Ejército. Una de las más importantes ocurrió en Puno (1915-1916), dirigida por “Rumi Maqui”. Rebeliones que si bien no llegaron a trascender el ámbito local, producirían un relativo debilitamiento de los gamonales, y pondrían en la agenda de discusión nacional el problema indígena. Es razonable pensar, que estos movimientos incidieron en el reconocimiento legal de las comunidades indígenas por la Constitución de 1920.^[14,15]

3.3. Proyecto de desarrollo civilista en la República Aristocrática

VIGENCIA DE LA CONSTITUCIÓN DE 1860 Y LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

La Constitución Política Peruana de 1860, tras un largo período de inestabilidad, había alcanzado cierto consenso al inicio del siglo XX como “ley fundamental”, al punto que mantuvo su vigencia hasta el final de la República Aristocrática y un importante partido político de esos años (el Constitucional) basaba su ideario en la defensa de la misma.

De acuerdo a diversos juristas peruanos, la Carta Política de 1860 fue un compendio de principios individualistas y conservadores, que atendió principalmente a la organización del Estado y a tutelar los derechos individuales de los ciudadanos. En suma, como se afirmaba en el dictamen de la Comisión de Constitución se pretendía establecer un compromiso entre la libertad y el orden, aunque sin afectar el orden social vigente: “nuestro fin ha sido asentar el edificio del orden y darle solidez pero sin ofender los derechos del ciudadano”.^[16]

A pesar de su vigencia formal por seis décadas en la historia constitucional peruana, el contenido de la Carta de 1860, enjuiciada desde el presente, muestra importantes omisiones en el reconocimiento de los derechos ciudadanos. Omisiones que permitieron a las autoridades políticas: ignorar el problema indígena, no asegurar la independencia del Poder Judicial, no garantizar la efectividad del sufragio, no mantener el voto directo ni la jurisdicción del Poder Judicial para los procesos electorales, facilitar la permanencia de gamonales y de caciques en el Parlamento mediante el sistema de la base electoral provincial, suprimir las Juntas Departamentales. Omisiones marcadas por ideas propias de la cultura elitista de los legisladores y un marcado desprecio fáctico hacia las clases populares, reforzadas por una poderosa imagen racista y despreciativa hacia el elemento humano y cultural autóctono. De acuerdo con tales ideas, el gobierno del Estado debía estar a cargo de una élite exclusiva, poderosa y aristocrática.^[16]

Durante la República Aristocrática se aprobaron normas legales que, al ordenar el acceso al gobierno y al ejercicio del mismo de acuerdo a los intereses de la élite y de sus aliados, limitaron la corrupción y el patronazgo político que caracterizaron al viejo régimen caudillista. Los grupos económicos favorecieron derechos de propiedad más claros, estabilidad y costos de transacción más bajos. Los gastos presupuestales y las obras públicas fueron limitados. Por esos y otros motivos, este período es uno de los de más baja corrupción en el país; aunque, esto no significó que los hacendados costeños y gamonales andinos dejarán de manejar los asuntos públicos al viejo estilo patrimonialista y clientelístico. “Estas limitaciones impuestas a la corrupción, modestas pero dignas de notar perduraron a lo largo del período 1899-1918, aunque con algunas interrupciones importantes” (A. Quiroz, 2013, p.238).^[17]

EL “PROBLEMA INDÍGENA” Y EL DESARROLLO

Según Augusto Salazar Bondy,^[18] la filosofía positivista llegó al Perú hacia 1860, alcanzó su auge entre 1885 y 1915 y penetró tanto en las ciencias sociales, la literatura y el derecho, como en la política o el periodismo. Las ideas de Auguste Comte y, aún más, las de Herbert Spencer y Charles Darwin influyeron en gran medida en la concepción positivista. Los positivistas peruanos estaban convencidos de la inferioridad de la raza indígena y de que representaban un elemento inútil en la sociedad.

El positivismo que adoptó la élite civilista peruana exaltaba la filosofía de Herbert Spencer, especialmente en su explicación del progreso o desarrollo social como un proceso evolutivo. El “darwinismo social” de Spencer identificaba el progreso con el orden político y afirmaba la evolución natural de las organizaciones sociales, el civilismo encontró en estas ideas un recurso ideológico para legitimar inicialmente su hegemonía y su propuesta de progreso social en el país.^[18,19]

No obstante, en la primera década del siglo XX comenzó una reacción espiritualista contra los excesos del “darwinismo social”. La mayoría de intelectuales positivistas peruanos adoptaron en su discurso elementos de la metafísica espiritualista de Henry Bergson, influenciados por sus profesores Alejandro Deustua y Mariano Iberico.^[19]

“Es sabido que el spencerismo fue solo a medias positivismo. En el Perú, en cambio, resulta el positivismo genuino. Y es que la denominación del positivismo, usada por los (...) hombres de la época, tenía una significación más amplia que en Europa (...) Muchos de nuestros filósofos pudieron por eso declararse positivistas y, al mismo tiempo, abrazar francamente la fe católica. Y por eso también fue relativamente fácil para la mayoría de ellos abandonasen en su madurez el positivismo y enrolarse en el bergsonismo (arielismo)...” (M. Rivara de Tuesta, 2000, pp. 237-238)

En este nuevo contexto intelectual surgió la llamada “generación del novecientos” (arielista), cuyos representantes más destacados fueron José de la Riva-Agüero y los hermanos Francisco y Ventura García Calderón. Sus escritos muestran el proceso que los llevó desde los planteamientos positivistas heredados del siglo XIX, hasta otros de signo espiritualista y vitalista que, al indagar en el pasado del Perú, les animaron a buscar una síntesis capaz de conciliar el mundo prehispánico con la herencia colonial, con vistas a la creación de un nuevo Perú consciente de su pasado y, por tanto, de su identidad nacional, sobre la que habría de edificarse el futuro. Esta generación se expresó en las críticas a las esperanzas puestas en las políticas de educación utilitarista y de inmigración promovidas por el positivismo, así como en una exigencia del fortalecimiento de la autoridad y de la élite en la conducción del país.^[20]

población peruana, de su desarrollo futuro dependería el destino de la nación. A diferencia del positivismo darwinista, se postula que el “problema indígena” consiste en la existencia de una población india “retrasada” en su evolución, pero no incapacitada para el progreso; y, en consecuencia, se preconiza la regeneración andina, a través de la educación, el servicio militar y la sanidad pública. De esa manera, imaginaron la posibilidad de un porvenir nacional a través de un mestizaje cultural, que sería la base de la integración del país.^[21-23]

“La exclusión social está legitimada por una mezcla de argumentos paternalistas y etnocéntricos; aquí la presencia del racismo está mucho más matizada. El elemento biológico está más diluido. La idea oficial es que la raza indígena está degenerada pero es regenerable. La redención es posible, los genes no lo determinan todo. La educación es la clave... la degeneración está más en la cultura que en la biología. La exclusión política del indígena tendría que ver más con la falta de educación, con su capacidad de discernir su interés, y no con sus genes”. (G. Portocarrero, 1995, p. 224-225)

En esos mismos años, surgieron en las ciudades de Lima, Cuzco y Puno nuevos grupos de intelectuales de la corriente política indigenista, que planteaban la necesidad de educar a los campesinos autóctonos como la mejor forma de introducirlos a la “nacionalidad”. Gran parte de estos grupos estaban convencidos, además, de que para esto se requería de un período de tutela y protección jurídica para los indios hasta que ellos mismos pudieran defender sus intereses. Los miembros de estos grupos se relacionaban, muchas veces, para actuar como los protagonistas y pensadores más importantes en las polémicas sobre la cuestión indígena. Importante en el desarrollo de esta corriente fue el papel de la Asociación Proindígena (1906-1916) dirigida por Joaquín Capelo, Pedro Zulen y Dora Meyer. En la publicación *El deber indígena* (1912-1915), denunciaban la explotación del indígena en los centros mineros y las haciendas del interior, así como la vinculación de esta con las leyes sociales. Sus asociados pretendían promover una democracia social a través de leyes protectoras del derecho indígena, mediante la defensa de los intereses sociales de los indios o el ofrecimiento de apoyo en cuestiones jurídicas. Además, proponían la creación de escuelas-talleres para indígenas, así como también la formación de ligas antialcohólicas y de sociedades de auxilio mutuo para los trabajadores.^[24-26]

De manera distinta a las propuestas de los grupos mencionados, Manuel González Prada, avanzando en su radicalismo, dejó de pensar que la “educación del pueblo”, en especial del indígena, fuera la clave del progreso peruano. Es así, que en sus publicaciones efectuadas entre 1904 y 1908 “penetrará más a fondo en la condición del indio y dará la primera formulación clara y objetiva del problema indígena peruano”. En ellas afirma que el problema del indio es una cuestión social y económica vinculada al servilismo y el carácter feudal del régimen de haciendas y, por lo tanto, es imposible de resolver por medios pedagógicos (la posición más corriente entre los positivistas, arielistas e indigenistas). Señalando como única alternativa realista de solución de dicho problema: la resistencia violenta e individual frente al explotador.^[18]

PROYECTO DE DESARROLLO OLIGÁRQUICO-CIVILISTA

El Partido Civil fue fundado en 1871 bajo el nombre de Sociedad Independencia Electoral. Su fundador fue Manuel Pardo y Lavalle, quien desempeñó el cargo de presidente del Perú durante la República Práctica (1872-1876). Luego, otros miembros del partido ejercieron dicho cargo durante la mayor parte de los años de la República Aristocrática (1895-1919). Finalmente, el partido sufriría un proceso de disolución a lo largo del Oncenio de Leguía.

De acuerdo a la historiadora peruana Carmen McEvoy,^[27] el programa político de los civilistas se caracterizó por proponer la restauración del poder político a los civiles, la implantación de la democracia electoral, la descentralización de la administración económica del Gobierno central, la secularización de la sociedad y la modernización del Estado peruano. Modernización estatal en aspectos que van desde su rol como regulador del proceso productivo, promotor de la inversión privada, impulsor de las obras públicas; hasta su preocupación por la educación, la salubridad, la calificación de los recursos humanos y la profesionalización de la burocracia estatal.

REFORMA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Administración pública y creación del Ministerio de Fomento

Al iniciarse este período, la situación de la administración pública, al igual que el resto de las instituciones nacionales era muy insatisfactoria. En palabras de Basadre:

“El abatimiento y la pobreza imperaban (...) La hacienda pública sin rentas saneadas, sin personal eficiente y sin garantía para las masas tributarias; las obligaciones del fisco, impagas o en el atraso (...) la moneda inestable; la burocracia corrompida o inepta o impotente; las prefecturas convertidas en satrapías...”.

Frente a esta situación tan crítica, el gobierno de Piérola emprendió la tarea de reorganizar la administración pública como parte de la reconstrucción nacional. Desde 1896, el Poder Ejecutivo comenzó a modernizarse creando el Ministerio de Fomento y Obras Públicas, que se sumó a los otros cinco preexistentes: el de Relaciones Exteriores, el de Hacienda, el de Guerra (y Marina), el de Gobierno, y el de Justicia e Instrucción. En este sentido la acción del pierolismo consistió en iniciar la modernización del Estado. A fin de permitir a la emergente burguesía contar con los medios institucionales necesarios para lograr su inserción periférica en el capitalismo internacional. Esto significó la reorganización del Ejército y la entrega de los recursos públicos a los grupos que controlaban la marcha de la producción.^[2,28]

La creación del Ministerio de Fomento y Obras Públicas, por ley promulgada en 1896, fue central en el proyecto de modernización del Estado Oligárquico, dando inicio a una nueva etapa de la administración pública en el país. El nuevo ministerio quedó a cargo de los despachos de las ramas de Obras Públicas, que antes había pertenecido al Ministerio de

Gobierno; así como, el de Industrias, que había formado parte del Ministerio de Hacienda y, el de Beneficencia, extraído del Ministerio de Justicia e Instrucción. Posteriormente, se crearon dos Direcciones en el nuevo ministerio: la Dirección de Fomento, a cargo de los asuntos relacionados con las minas, industrias, beneficencia e higiene; y, la Dirección de Obras Públicas e Irrigación.^[28,29]

Con respecto a sus políticas sociales, los gobiernos civilistas no tuvieron una actitud indiferente. Pensaron que el Estado debía empezar a cumplir un rol moderador, promotor e integrador y que el Ejército, la educación y la salubridad debían servir para integrar y formar a la población indígena. Esto último significó la concepción de la educación y la salud como instrumentos civilizadores, formadores de ciudadanos y una mayor injerencia del Gobierno central en la sociedad a costa de atribuciones formales que en parte tenían las Juntas Departamentales y las Municipalidades.^[30]

La Sección de Beneficencia e Higiene

Un año después de creado el Ministerio de Fomento y Obras Públicas se crea, como una de sus dependencias: la Dirección de Fomento, a cargo de los asuntos de minas, industrias, beneficencia e higiene.^[29]

Como órgano dependiente de esa nueva Dirección de Fomento se identifica a la Sección de Beneficencia e Higiene, a cargo de la tramitación y ejecución de los acuerdos de la Junta Suprema de Sanidad. Al final de los siete años de su funcionamiento, los resultados de sus acciones sobre las Juntas de Sanidad fueron poco significativos, entre otras razones, por su ubicación en un tercer nivel jerárquico de la estructura administrativa del Ministerio, y, por ende, su escasa capacidad política y administrativa para gestionar mayores recursos. Es así, que cuando la Sección dejó de tener injerencia el campo sanitario, disponía en todo el país de un personal profesional constituido solamente de 46 médicos titulares, 5 médicos sanitarios de puerto y 9 obstetrices titulares.^[4,29]

3.4. Salubridad pública en la República Aristocrática

Ocho años después de iniciada la República Aristocrática, comenzó la legalización del segundo modelo de gestión estatal del cuidado de la salud, al que llamaremos “salubridad pública”. El año 1903 se promulgó la Ley de Creación de la Dirección de Salubridad Pública del Ministerio de Fomento y Obras Públicas, que estableció las bases jurídicas de un nuevo modelo organizativo, responsable de la conducción política y la gestión de los asuntos sanitarios, tanto terrestres como marítimos. Modelo que tenía un carácter “profiláctico”, acorde con los presupuestos bacteriológicos dominantes en esos años. La aparición de la peste en las costas peruanas (1902) aceleró la decisión estatal para formalizar, por vez primera en el país, una estructura gubernamental centralizada y permanente a cargo de esos asuntos, ubicada en un segundo nivel político-administrativo.^[31]

CIENTIFICIDAD DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA

Las disciplinas médicas en el mundo occidental desarrollado^[4,31]

En el mundo occidental de fines del siglo XIX, el debate académico entre las posiciones contagionista y anticontagionista sobre el origen de las enfermedades infectocontagiosas se había agotado en la comunidad médica con los descubrimientos de Pasteur y Koch. Si hasta ese momento el saneamiento urbano era la única respuesta social –aún insatisfactoria– para el control de los procesos de transmisión de las enfermedades infectocontagiosas, otras respuestas superiores y definitivas parecieron haber sido encontradas por la microbiología y, luego, por la naciente epidemiología, que acepta como verdadera a la “teoría del germen”.

En los inicios del siglo XX los avances en el mundo occidental de las ciencias naturales, la bacteriología y la inmunología acumularon los argumentos suficientes para el diseño de un modelo unicausal de la enfermedad. Modelo biologicista que se sustenta en la hipótesis de la existencia de una relación lineal de causa-efecto entre el germen (agente biológico) y la enfermedad transmisible pertinente; de esta manera, reproducían el modelo explicativo utilizado por la física. La medicina adopta este paradigma positivista, y se somete a las exigencias cuantificadoras de las ciencias naturales. En adelante, los médicos dedicaron sus esfuerzos a “cazar microbios”, se trataba de identificar el agente biológico de la enfermedad y, luego, encontrar la “bala mágica” para eliminarlo.

Además, a finales del siglo XIX, se asistía a la creación de programas públicos, que los países imperialistas europeos establecían en sus colonias de ultramar, para mejorar la salud de mujeres y niños en países de Europa, así como de la medicina tropical. Este tipo de medicina se formalizó como disciplina científica positivista en 1897. En 1913 se crea el Departamento de Medicina Tropical de Harvard, que organiza expediciones de estudio de enfermedades tropicales a lo largo de la costa este de Sudamérica, especialmente Ecuador y Perú.

En el campo académico europeo, las ideas pioneras de la medicina social de mediados del siglo XIX son rescatadas en las escuelas de medicina de Alemania y tratan de ser sustentadas experimentalmente. Al respecto, Ludwing Teleky afirma que la medicina social es un campo limítrofe entre las ciencias médicas y las sociales, que debe incorporar los nuevos descubrimientos que está aportando la medicina experimental (1909). Por su parte, Alfred Grotjahn, primer catedrático de Patología Social en la Universidad de Berlín, publicó su libro *Sociale Pathologie*, con aquella sustentación, donde concedió especial atención a la eugenesia, dentro de una orientación social darwinista (1911).

La salubridad pública peruana^[4,31]

En el Perú, la influencia del positivismo en la Facultad de Medicina San Fernando facilitó la recepción favorable del nuevo modelo teórico biologicista en el país. David Matto, fundador de la cátedra de Bacteriología y Técnica Microscópica (1890) había sido capacitado en *The*

London School of Hygiene and Tropical Medicine, considerado el centro mundial más importante de esta especialidad. Como delegado del Perú, había concurrido al Congreso Internacional de Medicina de Berlín (1889), donde se adhirió a las investigaciones de Roberto Koch.

La transición del pensamiento higienista (ambientalista) de la Sanidad Pública al biologicista de la Salubridad Pública se desarrolló en el Perú, al igual que en el resto de América Latina, mezclada con elementos de las teorías miasmáticas, así como de las ideas eugenésicas dominantes en la comunidad científica de esos tiempos. En el discurso político sobre la vivienda popular “higienizada” se expresa nítidamente esta transición. Por otro lado, la Comisión Científica del Departamento de Medicina Tropical de la Universidad de Harvard, presidida por Richard Strong y financiada con fondos privados, estuvo presente en la Facultad de Medicina San Fernando, en el año 1913, donde dejó una profunda huella académica. En el pensamiento médico-sanitario peruano se introduce con fuerza la noción de “enfermedades evitables”.

LEGITIMIDAD DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA

La eficacia “profiláctica” de la nueva tecnología derivada del nuevo modelo teórico positivista, se constituyó en un argumento contundente para convencer a las autoridades gubernamentales y académicas de los países occidentales en la necesidad de la reforma del modelo de gestión del cuidado de la salud poblacional. Reforma que implicaba estructuras, procesos y personal distintos a los utilizados por la sanidad pública, en tanto había que conducir, administrar y aplicar una nueva tecnología preventiva orientada, fundamentalmente, a la lucha contra los agentes biológicos y los vectores de las enfermedades transmisibles.^[4,31]

La “administración científica” de la política del segundo civilismo legitimaba, además, la idea que la protección de la salubridad de los puertos, de las ciudades y de la población es una responsabilidad del Estado, en tanto esta protección era un requisito para la marcha normal de la economía de exportación, la intensificación de la productividad de una escasa fuerza de trabajo, así como para la atracción de las inversiones y los inmigrantes europeos. Era necesario ampliar el ámbito y la cobertura del anterior modelo de gestión del cuidado de la salud, para garantizar utilitariamente un crecimiento económico que dependía del comercio exterior.

El año 1903, en la exposición de motivos de la Ley de Creación de la Dirección General de Salubridad, presentada al Parlamento por el ministro de Fomento, doctor Manuel Camilo Barrios,^[32] se había sustentado la científicidad y la legitimidad de la política de salud del civilismo de la siguiente manera:

“Los adelantos de la ciencia y una más perfecta percepción de las necesidades de los pueblos, en orden a su bienestar y felicidad, han establecido como principio administrativo que uno de los primeros deberes de los poderes públicos es atender la conservación y mejoramiento de la salud humana(...) No es únicamente cuando aparece una epidemia mortífera o una enfermedad

exótica devastadora, que la acción de los poderes públicos debe manifestarse en guarda de la salud y la vida (...) También debe exteriorizarse en las épocas normales cuando solo actúan las causas patógenas comunes (...) Precisa, por lo tanto, la organización y preparación de un sistema nacional que se adapte a las necesidades y recursos del país. Labor de tanta importancia que requiere una dedicación tan especial no podrá ser llenada satisfactoriamente sino por una nueva dependencia de este ministerio, a la que se encargará la solución de este delicado problema sanitario y la de todos los asuntos que se relacionan íntimamente con la conservación y mejoramiento de la salud pública (...) Los bien entendidos intereses del país exigen pues, la creación, en el ministerio de mi cargo, de una Dirección de Salubridad Pública (...) En ningún país, sin duda, se hará sentir con más fuerza que en el Perú, la falta de una Dirección Superior de Salud Pública. Sin unidad en la concepción, sin método en el plan, sin oportunidad en la ejecución, los procedimientos profilácticos en el Perú no han dado sino muy escasos resultados prácticos...". (M. C. Barrios, Exposición de Motivos, Ley de Creación de la Dirección General de Salubridad, 1903)

En realidad, más allá del discurso político, fueron los argumentos de tipo económico, antes que los sanitarios, los que justificaron en nuestro país la modernización y el fortalecimiento de las políticas de salud. La élite nacional sabía que las epidemias y la alta prevalencia de las enfermedades endémicas ocasionaban pérdidas económicas crecientes y constituían grandes obstáculos para el éxito económico de sus políticas comerciales, laborales y migratorias. Por tales razones, para el Estado Oligárquico fue importante y urgente garantizar un control más efectivo de dichas enfermedades transmisibles, a través de la creación en 1903 de la Dirección General de Salubridad y el Instituto Municipal de Higiene de Lima, así como apoyar el establecimiento de laboratorios de bacteriología en los hospitales administrados por la Beneficencia, condición necesaria para la aplicación de las técnicas modernas de control correspondientes.

LEGALIDAD DE LAS POLÍTICAS DE GESTIÓN DE LA SALUBRIDAD

Dirección General de Salubridad^[4,29,31,33]

La adopción de aquel nuevo modelo teórico biologicista implicó la reestructuración del modelo de gestión del cuidado de la salud colectiva, se requería nuevas estructuras político-administrativas encargadas de conducir, administrar y aplicar una nueva tecnología orientada a la lucha contra los agentes y vectores biológicos de las enfermedades transmisibles. En consecuencia, en el año 1903, la Sección de Higiene y Beneficencia de la Dirección de Fomento del Ministerio de Fomento y Obras Públicas fue desactivada y reemplazada por la Dirección General de Salubridad Pública.

Con esa nueva ley, promulgada, durante el gobierno de Candamo, se establece que es deber del Estado velar por la conservación y mejoramiento de la salud de la población y que, con tal fin, se crea la Dirección General de Salubridad del Ministerio de Fomento y Obras Públicas. Dirección encargada de organizar y dirigir los procedimientos profilácticos que el estado sanitario del país requiere, para lo cual debe cumplir las siguientes funciones:

- Velar por el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente.
- Estudiar y proponer las reformas que juzgue necesarias a fin de mejorar el estado sanitario de la República.
- Organizar el plan de defensa contra la importación de gérmenes pestilenciales exóticos.
- Concertar y dirigir medidas profilácticas para extinguir las enfermedades endémicas y epidémicas que existen en el país.
- Organizar la estadística demográfica médica, para los efectos del registro de la morbilidad y la mortalidad en el territorio de la República.

La Dirección General de Salubridad, como nuevo órgano de línea del Ministerio de Fomento y Obras Públicas, estaba constituida inicialmente por la dirección general, y de dos secciones: la de Higiene y Servicios Sanitarios, a cargo del doctor Eduardo Lavorería; así como la de Demografía, a cargo del doctor Rómulo Eyzaguirre. Además, el personal profesional de los Servicios de Sanidad Departamentales y Municipales del anterior modelo de gestión pasó a depender exclusivamente de la Dirección de Salubridad; aunque sus haberes continuaron siendo pagados, hasta el año 1921, por las Juntas Departamentales de Gobierno.

Previamente, en el 1902, se había reorganizado el Instituto de Vacuna, que cambió su nombre por el de Instituto de Vacuna y Seroterapia, y creó una sección encargada del cultivo y conservación de los sueros que se empleaban para el tratamiento de ciertas enfermedades infecciosas. Cuatro años después, se aprobó el Reglamento del Instituto, donde se explicita que está “bajo la dependencia y vigilancia inmediata y científica de la Dirección de Salubridad”; y que distribuirá la vacuna de manera gratuita.

La Sección de Higiene y Servicios Sanitario de la nueva Dirección, era responsable de las acciones de sanidad terrestre y de sanidad marítima. En esta Sección actuaban los médicos sanitarios (departamentales y provinciales) y los médicos titulares. Los primeros, en asunción de la representación del director superior, dirigían todo lo que se refería a las campañas contra la epidemias y endemias departamentales, así como a otras medidas de salubridad pública. Los médicos titulares, por su parte, estaban encargados de atender la demanda de asistencia médica en las cárceles y demás establecimientos públicos; así como de cumplir con las funciones de médicos legistas, ahí donde estos no existían.

Cambios en la Dirección General de Salubridad^[4,29,31,33]

La normatividad vinculada con la Sanidad Marítima tuvo cambios importantes. Por ley, de 1903, se crearon las estaciones marítimas en los puertos de Ilo, Callao y Paita; y, luego, en 1910, se modificó su nuevo Reglamento, para tratar de armonizarlo con los avances en el conocimiento sobre la profilaxis de las enfermedades transmisibles.

Además, por Decreto Supremo del 1905 se estableció que todas las cuestiones normativas relativas a la provisión de agua potable y desagüe de poblaciones estaban a cargo de la Dirección de Salubridad, en tanto se consideraba que los trabajos destinados a esta provisión “constituye la base fundamental de la higiene pública y privada”.

También se dictaron, a partir de agosto de 1906 y durante los siguientes años, varias normas legales con relación a la obligatoriedad de la declaración y control de casos de enfermedades infectocontagiosas. La principal fue la Ley N.º 2348, del 23 de noviembre de 1916, que hizo obligatoria la declaración y aislamiento de los casos comprobados o sospechosos de enfermedades infectocontagiosas, así como la desinfección correspondiente.

El Decreto Orgánico, del 17 de agosto de 1907, creó el Consejo Superior de Higiene Pública. Este debía funcionar, por lo menos, una vez al mes, bajo la presidencia del ministro de Fomento. El propósito de este Decreto, era el de evitar los problemas derivados de las insuficiencias normativas en el establecimiento de las relaciones entre los distintos niveles e instituciones públicas que participaban directa o indirectamente en el cuidado de la salud.

Las atribuciones del Consejo, precisadas en su Reglamento, eran de importancia:

- Estudiar e informar al Gobierno sobre todas las cuestiones que interesen a la higiene de las poblaciones, o que afecten la parte técnica de los servicios sanitarios, que el Gobierno someta a su deliberación;
- Formular los proyectos de ley relacionados con los servicios públicos de salubridad y los proyectos de creación o reforma de los servicios especiales de higiene;
- Ejercer el derecho de iniciativa que le acuerda el decreto de su creación, en los asuntos relativos a la salubridad pública.

En diciembre de 1911 se crea la Asistencia Pública de Lima y se encarga a la Dirección de Salubridad la organización del Servicio. De acuerdo a esta norma, debía componerse de tres dispensarios (antivenéreo, antituberculoso y de profilaxia de las enfermedades de la infancia), una oficina de lucha contra el alcoholismo, y un puesto de socorro para los accidentes. En febrero de 1912 se inauguró el primer Servicio de Primeros Auxilios para la atención de emergencias médicas, como una nueva sección de la Asistencia Pública de Lima; instalada con seis puestos de socorro, uno por cada cuartel en que estaba dividida en esos años la ciudad de Lima.

En 1913 se crea una Inspección Técnica Veterinaria de mataderos, lecherías e importación de animales para consumo humano, dentro de la organización de la Dirección de Salubridad.

En octubre de 1915 se aprobó el nuevo Reglamento de Médicos Titulares, donde se precisaba lo siguiente: 1) su número es determinado en los presupuestos de las Juntas Departamentales; 2) son funcionarios dependientes de la Dirección de Salubridad, aunque están, para lo administrativo, bajo la dependencia de los prefectos y subprefectos; 3) deben predominar en todo caso, las obligaciones de orden sanitario, sobre las que les corresponda en el orden médico, el hecho de tener a su cargo, el servicio del hospital en el lugar de su residencia, no impide a los titulares salir a los distritos a combatir las epidemias que en ellos se presente. Además, en enero de 1907 se habían señalado formalmente las obligaciones de las obstetrices titulares, quienes debían prestar gratuitamente sus servicios a las mujeres de la “clase desvalida”; y, en mayo de 1916, se dictó el primer Reglamento de trabajo de estas profesionales.

Otras organizaciones vinculadas con la Salubridad^[4,29,33]

El Servicio de Higiene Pública del Concejo Provincial de Lima había llevado a cabo, entre 1868 y 1876, la canalización del sistema de albañales en Lima. Luego, entre 1901 y 1908, cuando era alcalde Federico Elguera, el Concejo había efectuado una importante labor de urbanización e higienización de la capital: construyó mercados modernos e inició la pavimentación de las calles y la instalación del alumbrado eléctrico; preparó la ampliación de la ciudad mediante la apertura de nuevas vías y dispuso su ornato. Durante la gestión de Elguera se inauguró el Instituto Municipal de Higiene. La Inspección de Higiene de la Municipalidad de Lima estuvo a cargo del doctor Juan B. Agnoli, de destacada labor en la lucha contra la peste.

El Instituto Municipal de Higiene, establecido en 1902, por el Concejo Municipal de Lima, fue inaugurado en 1903 y reemplazó al antiguo Laboratorio Químico Municipal. Especialmente contratado por la Municipalidad, para hacerse cargo de la Dirección Técnica del Instituto, llegó al Perú, en 1902, el bacteriólogo italiano Ugo Biffi Gentile, quien trajo un moderno equipo de bacteriología que convirtió al laboratorio municipal en el más moderno de su tipo en el país. Biffi tuvo una corta permanencia en el país, regresando a Italia en diciembre de 1904, pero esto no impidió que formara un grupo que combinaron la práctica sanitaria con la investigación bacteriológica.

Por Decreto Supremo de 1909, se crea la Sanidad del Ejército y de la Armada con la responsabilidad de “velar por la sanidad y la higiene” de las fuerzas armadas. Luego, en 1915, se independizó el Servicio Sanidad de la Marina del Servicio de Sanidad del Ejército. En concordancia con este último dispositivo se resuelve que el cirujano jefe de la Sanidad Naval sea miembro del Consejo Superior de Higiene.

3.5. Asistencia y protección social en la República Aristocrática

Durante todo el período de la República Aristocrática estuvo vigente la Ley sobre Sociedades de Beneficencias, promulgada en 1893. Es dentro de ese marco normativo, que el Gobierno, para tratar de resolver los crecientes problemas económicos y financieros de estas sociedades, dictó un conjunto de normas destinadas a incrementar sus rentas, entre las principales: la ley que las autorizó a la explotación del ramo de loterías; la ley que dispuso el no requerimiento del expediente judicial de necesidad y utilidad pública para vender bienes inmuebles pertenecientes a Beneficencias, Cofradías o Hermandades. No obstante las intenciones de esas y otras normas, la situación económica y financiera de las Beneficencias continuó deteriorándose. Los crecientes gastos y los altos niveles de ineficiencia en la operación y mantenimiento de los establecimientos de la beneficencia, siguieron produciendo crecientes déficit financieros en sus presupuestos, especialmente en los ubicados en provincias.^[4,29]

La conducción y la gestión de los asuntos hospitalarios y médicos, de carácter asistencial, continuaron a cargo del ramo de Beneficencias, ubicado inicialmente en el ámbito político-administrativo del Ministerio de Justicia y Culto. Las Municipalidades conservaron las atribuciones sanitarias que se les habían asignado en su Ley Orgánica de 1892.

CUESTIONAMIENTOS A LA LEGITIMIDAD DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Desde el inicio del siglo XX, los salubristas peruanos criticaban la persistencia de la delegación que, desde el siglo anterior, el Estado había hecho a las Sociedades Públicas de Beneficencia de la administración de la asistencia médico-hospitalaria en el Perú. Se consideraba inaceptable la afirmación que dicha asistencia fuera efectuada a través de un servicio propio de la Beneficencia, con el argumento que el cuidado del enfermo no es una obra de caridad cristiana, sino una obligación del Estado.

Cuando la Dirección de Salubridad fue creada en 1903, como dependencia del Ministerio de Fomento, los asuntos político-administrativos vinculados con las Beneficencias fueron tratados inicialmente por dicha Dirección, por entender de manera pragmática que la “sanidad y asistencia son inseparables”. Pero, este tratamiento no estaba formalizado y fue resistido por los directorios de esas entidades. Sus miembros, especialmente los de la Beneficencia de Lima, formaban parte de la élite civilista.^[4,29]

En 1917, el gobierno de José Pardo presentó a la Cámara de Diputados un proyecto de Ley Orgánica de Sanidad, que en su artículo 2.º estatuyó que la Dirección de Salubridad “le corresponde la vigilancia de los servicios de Asistencia Social dependientes de las instituciones de Beneficencia Pública en conformidad con la ley orgánica del ramo”, El Proyecto no llegó a ser aprobado por la resistencia de la mayoría parlamentaria civilista, a pesar de que el mismo Pardo había señalado que las funciones de profilaxia y asistencia son en muchos puntos inseparable y que el ejercicio de la beneficencia es en mucho de naturaleza técnico: “el concepto acerca de la misma ha evolucionado, ha dejado de ser considerada como una simple función de caridad, para convertirse en un derecho a la asistencia para el individuo y en el deber correlativo para el Estado”^[34,35]

PROTECCIÓN CONTRA LOS ACCIDENTES DE TRABAJO

La presión de los movimientos laborales obligó al Congreso aprobar la Ley N.º 1378, Ley sobre Accidentes de Trabajo (LAT), durante el primer gobierno de Leguía. Esto dio inicio en América Latina a este tipo de legislación. Conforme a esta ley, el empresario respondía por los abajo o con ocasión directa de este. Además, en su artículo 67.º, precisaba que, para tal efecto, el empresario podía asegurar a sus empleados en una compañía de seguros debidamente constituida. Cinco años después la LAT fue modificada y ampliada.^[36] Sin embargo, debieron pasar 15 años de la promulgación de la N.º 1378 y 10 años de su modificación para que dicha norma pudiera ser aplicada.

3.6. Crisis de la República Aristocrática y agotamiento de la salubridad pública al final del período

CRISIS DE LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA

Durante la mayor parte del período 1895-1919 el Perú experimentó una situación de estabilidad política y prosperidad económica sin precedentes, sustentada en el incremento las exportaciones de sus recursos naturales. Sin embargo, dicha situación había generado nuevas clases sociales –medias y laborales–, que debido a su propia naturaleza iniciaron la desestabilización del orden oligárquico-civilista dominante, pues las nuevas clases comprendieron que sus aspiraciones sociales no podrían ser realizadas por un régimen exclusivo y excluyente. Es así, que a fines del segundo gobierno de José Pardo (1915-1919), la República Aristocrática mantenía una existencia precaria en el escenario político nacional.

A esto se sumarían los efectos negativos derivados de la triple conjunción de la crisis internacional de las exportaciones de 1919 –al final de la Primera Guerra Mundial–, la crisis política nacional generada por el mensaje de la “Patria Nueva” de Leguía y la gran sublevación campesina que convulsionaba a todo el sur andino, para desplazar definitivamente fuera del Gobierno a la oligarquía civilista. En las elecciones presidenciales de 1919, triunfó el expresidente Augusto Leguía, con un discurso anticivilista que ofrecía la construcción de una “Patria Nueva”.

FRAGILIDAD POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA

Ubicar la Dirección General de Salubridad como dependencia permanente del Ministerio de Fomento y Obras Públicas fue un gran avance político-administrativo en comparación con la que había ocupado anteriormente el Servicio de Sanidad Pública como órgano colegiado ubicado en el ámbito del Ministerio de Gobierno y Policía. Sin embargo, en el momento de la sustentación de su creación ante el Parlamento, el mismo ministro Barrios, había tenido el cuidado de advertir que la propuesta era necesariamente incompleta, en tanto: “el *desiderátum* de la organización sanitaria moderna exige para ser completa (...) la creación de un Ministerio de Salud Pública”, es decir, la creación de una entidad de mayor nivel político-administrativo.^[32]

Barrios tenía conciencia de fragilidad que suponía la ubicación de la Dirección General en un segundo nivel de la estructura político-administrativa del Gobierno dificultaría el cumplimiento de las importantes responsabilidades sanitarias que se les estaba asignando. En efecto, el inicio de las actividades de la Dirección no fue fácil debido a lo complejo de su misión y a que fue creada con muy escasos recursos y sin precisar, además, sus relaciones formales con otras entidades que tenían responsabilidades en el cuidado de la

salud, especialmente con las Municipalidades y las Beneficencias Públicas. Al omitirse esas precisiones, las otras entidades no se sentían obligadas a aceptar la dirección técnica de la Dirección y muchas veces rechazaron con energía una pretendida intromisión de esta, por entender que afectaba ilegalmente su autonomía. En otras ocasiones, era la misma Dirección la que se inhibía a normar los aspectos técnicos de los servicios prestados por entidades que no dependían formalmente de ella, porque consideraba no tener la fuerza política suficiente ni los recursos para hacerlo.

El primer director general de la Dirección de Salubridad fue el doctor Julián Arce; con la colaboración de los doctores Eduardo Laverería y Rómulo Eyzaguirre. Arce renunció voluntariamente al cargo el año 1911 –después de siete años y seis meses de sacrificada gestión– cuando el gobierno civilista, violando los reglamentos sanitarios, intentó levantar la cuarentena impuesta al buque Canova, que desde puertos infectados de fiebre amarilla conducía al Callao a tres diputados adictos al régimen. Le sucedieron en el cargo, durante el régimen civilista, los médicos Lauro E. Curletti (1911-1914) y Abel S. Olaechea (1914-1919). Este último^[37] comenta las dificultades político-administrativas que Arce tuvo que enfrentar durante su gestión como director general:

“Labor ciclópea le correspondió al Dr. Julián Arce en 1903 en la organización de la Dirección de Salubridad... Si en los momentos de pavor que infundía la peste, autoridades y particulares, todos actuaban y todos acataban las medidas que había que poner en práctica, cuando la amenaza pasaba o se amortiguaba y se hacía necesario sentar de modo estable las bases (de la Sanidad)... surgía la resistencia, venía la inercia del vecindario y se suscitaban, a la vez, franca o disimuladamente, los conflictos institucionales, provocados, ya sea por la oposición de las Juntas Departamentales para cooperar pecuniariamente en las labores sanitarias, o ya por la de los Concejos Provinciales, que sin poder llevar a cabo por sí mismos las medidas higiénicas a que están autorizados por la ley, encontraban dañoso para sus fueros que las ejecutara la Dirección de Salubridad”. (Abel S. Olaechea, 1933, p. 88-90)

AGOTAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA

Un año antes de la creación de la Dirección de Salubridad, las plazas de médicos, ofertados por el Servicio de Sanidad, continuaban sin ser cubiertas en la mayoría de provincias del Perú, provocando fuertes críticas a la supuesta escasa sensibilidad de la comunidad médica de parte de las autoridades, que se publicaron en el diario El Comercio (1902). En respuesta a estas críticas la Sociedad Médica Unión Sanfernandina señaló, en el mismo diario, que el Gobierno omitía mencionar el problema económico que explicaba este hecho: las exiguas partidas asignadas en el presupuesto para servir a esas plazas: “los haberes igualan o sobrepasan por muy poco el de un amanuense y, además, se paga con mucha irregularidad”. Además, afirmaba que la renta proveniente de la práctica diaria (privada) era tan reducida como la asignada en los presupuestos departamentales. Y, finalmente, que el médico de provincias está aislado de sus colegas, no dispone de recursos terapéuticos, ni tiene muchos enfermos: “No puede hacer práctica, debe quedar forzosamente retrasado...” (Comunicado del SMUS, 1902).

De acuerdo con datos proporcionados por C. E. Paz Soldán,^[38] en el año de 1902 se disponía en el Perú un total de 230 médicos en ejercicio de su profesión, de los cuales 51 estaban al servicio del Estado: 46 médicos titulares, 5 médicos sanitarios de puerto; a los que acompañaban 9 obstetrices titulares. Personal que pasó a depender administrativamente de la nueva Dirección de Salubridad del Ministerio de Fomento; aunque sus haberes continuaron siendo pagados, hasta el año 1921, por las Juntas Departamentales.

Esa fragilidad inicial en la implementación de la Dirección de Salubridad, para cumplir con sus funciones, se hicieron cada vez más evidentes conforme transcurrían los años del período 1903-1919. Entre otras razones, debido a que los médicos continuaron sin motivaciones suficientes para ingresar al servicio público en provincias. Es así, por ejemplo, que en el Reglamento de Médicos Titulares del año 1915, se siguió asignando a estos profesionales un número exagerado de obligaciones formales –ahora un total de 29–, no obstante las condiciones precarias de trabajo que se les imponía. No podía sorprender, entonces, los comentarios que, casi al final de este período, hacía Carlos Paz Soldán sobre la continuidad de las dificultades de la Dirección de Salubridad para cubrir las plazas presupuestadas para profesionales y técnicos de las disciplinas médico-sanitarias en provincias y, especialmente, para mantener en ellas a los médicos que llegaban a ocuparlas.^[38]

“... gran número de provincias carecen de médicos titulares y muchas cuentan con los servicios de un solo médico para dos o tres de ellas (...) alcanzan a sumar 90 y tantos a nivel nacional (...) suma exigua para atender 110 provincias, algunas de una extensión territorial considerable y desprovistas de facilidades de viabilidad (...) Los médicos sanitarios que se nombran cuando algún peligro epidémico amenaza con intensidad anormal no pasan de quince (...) El cuerpo de obstetrices titulares... alcanza a la exigua cifra de 20 y tantas para toda la república (...) El cuerpo de vacunadores alcanzó en 1916 a sumar 123 miembros...” (C. E. Paz Soldán, 1918, pp. 111-115)

Además, cada vez era más evidente que el personal profesional que aceptaba trabajar en la Dirección de Salubridad, salvo algunas raras excepciones, no estaba capacitado formalmente en las disciplinas vinculadas con la gestión y la ejecución de la salubridad pública. Asimismo, la infraestructura física disponible para la prestación eficaz de los servicios “profilácticos” tuvo muy escaso desarrollo en el país durante todo el período, con excepción de la destinada a la sanidad marítima.

Finalmente, la normatividad sanitaria había sido modificada, diversificada y ampliada con frecuencia en este período, lo que generaría una profusa y dispersa normatividad legal y administrativa y un franco agotamiento operativo de este modelo. Conforme transcurría los años, se hacían más fuertes las exigencias académicas y técnicas al Gobierno para que se aprobara una ley que diera unidad y coherencia a esa profusa legislación que sobre el cuidado de la salud se estaba acumulando de manera desordenada en el Perú.

INSUFICIENCIAS OPERATIVAS DE LAS SOCIEDADES PÚBLICAS DE BENEFICENCIA

La aplicación de la Ley sobre Sociedades de Beneficencias, promulgada el 2 de octubre de 1893, no logró resolver las debilidades administrativas y operativas de las Sociedades Públicas, especialmente en lo que se refiere al mantenimiento y desarrollo de la infraestructura hospitalaria y la prestación de servicios de hospitalización que seguían estando a su cargo. Se acumulaban las evidencias de que estas entidades eran insuficientes para, sin participación directa del Estado, las crecientes necesidades de reposición urgente y de ampliación de dicha infraestructura.

Además, los hospitales en operación, construidos la mayoría en los años coloniales, necesitaban no solo un mejor mantenimiento, sino también grandes cambios en su organización y gestión. Las grandes salas de hospitalización recibían indistintamente toda clase de pacientes agudos, crónicos y convalecientes, cualquiera fuera su padecimiento. Apenas se separaban los pacientes de medicina clínica de los que requerían atención de cirugía. Adicionalmente, los problemas económicos de las sociedades de beneficencia determinaban graves atrasos en el pago de los magros haberes del personal de los hospitales.^[39]

La únicas beneficencias públicas que desarrollaron nueva infraestructura física durante este período fueron las de Arequipa y de Lima. La Beneficencia de Arequipa inauguró solemnemente el Hospital Goyeneche, el 11 de febrero de 1912; era uno de los mejores dotados de América del Sur, contaba con 780 camas. Por su parte, la de Lima, financió las obras de construcción del Asilo Colonia de Magdalena, terminadas al final de 1917; las del Hospital Arzobispo Loayza, iniciadas en 1915; así como las del asilo de la infancia y el orfanato de Magdalena.^[39]

REFERENCIAS

1. López S. El Estado y la ciudadanía en el Perú. En: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El Estado en debate: múltiples miradas. Primera edición. Lima. Mirza Editores e Impresores S.A.; 2010. p.33-75.
2. Basadre J. Historia de la República del Perú (1822-1933). Obra completa en 18 volúmenes. 7.ª edición. Lima: Empresa Editora El Comercio S. A.; 2005.
3. Cotler J. Clases, Estado y nación en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1978. Colección Perú Problema/17.
4. Bustíos C. Salud Pública en una República Oligárquica: 1877-1933. En: Bustíos C (editor). Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú: 1533-1933. Lima: Fondo Editorial de la UNMSM y Concytec; 2004. p. 355-707.
5. Comité de Redacción. La higiene urbana de Lima. La Crónica Médica. 1904; N.º 373: 190-191.
6. Eyzaguirre R. Mortalidad infantil. Influencia de las habitaciones en Lima sobre las causas de mortalidad. Lima: Editorial Imprenta Opinión Nacional; 1906.

7. Basurco S, Avendaño L. Higiene de la habitación, Informe emitido por la comisión nombrada por el Gobierno para estudiar las condiciones sanitarias de las casas de vecindad en Lima. Primera parte. Boletín de la Dirección de Salubridad Pública. 1907;3(4):1-20.
8. Basurco S, Avendaño L. Higiene de la Habitación, Informe emitido por la comisión nombrada por el Gobierno para estudiar las condiciones sanitarias de las casas de vecindad en Lima. Segunda parte, Boletín de la Dirección de Salubridad Pública. 1907;3(5):1-93.
9. Comisión Ad hoc sobre Protección a la Infancia en Lima: Comisión Encargada del Estudio de las Causas de la Mortalidad Infantil en Lima. La Crónica Médica. 1919;36(671):190-194.
10. López S. El Estado oligárquico en el Perú: un ensayo de interpretación. Revista Mexicana de Sociología. Universidad Nacional Autónoma de México. 1978;40(3):991-1007.
11. Flores Galindo A. Apogeo y crisis de la República Oligárquica. En: Burga M, Flores Galindo A, (editores). Obras completas II. 5.ª edición. Lima: Fundación Andina Sur Casa de Estudio del Socialismo; 1994. p. 15-364.
12. Sulmont D. El movimiento obrero en el Perú, 1900-1956. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú; 1975.
13. Thorp R, Paredes M. La etnicidad y la persistencia de la desigualdad: el caso peruano. Lima. Instituto de Estudios Peruanos; 2011 (Serie Estudios sobre Desigualdad, 3).
14. Kapsoli W. Los movimientos campesinos en el Perú 1879-1965. Lima: Delva Editorial; 1977.
15. Degregori C, Valderrama M. Indigenismo. Clases sociales y problema nacional. Lima: Celats; 1978.
16. Ugarte del Pino JV. Historia de las Constituciones del Perú. Lima: Editorial Andina S.A.; 1978.
17. Quiroz A. Historia de la corrupción en el Perú. 2.ª Ed. Lima. Instituto de Estudios Peruanos; 2013 (Colección Popular, N.º 5).
18. Salazar Bondy A. La historia de las ideas en el Perú. Primer tomo. Lima: Francisco Moncloa Editores; 1965.
19. Rivara de Tuesta M. Filosofía e historia de las ideas en el Perú. Tomo II. Lima: Fondo de Cultura Económica; 2000.
20. Fernández T. Generación del novecientos y los discursos de identidad. América sin nombre. 2009; N.º 13-14: 85-93.
21. Zapata A, Rojas R. ¿Desiguales desde siempre? Miradas históricas sobre la desigualdad. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2013 (Estudios sobre Desigualdad, 6).
22. De La Cadena M. El racismo silencioso y la superioridad de los intelectuales en el Perú. Socialismo y participación. 1998; N.º 83: 85-119.
23. Portocarrero G. El fundamento invisible: función y lugar de las ideas racistas en la República Aristocrática. En: Panfichi A y Portocarrero F, editores. Mundos Interiores: Lima 1850-1950. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico; 1995. p. 219-260.
24. Sanders K. Nación y tradición, cinco discursos en torno a la Nación Peruana, 1885-1930. Lima: Fondo de Cultura Económica y Pontificia Universidad Católica del Perú; 1997.
25. Portocarrero G. Introducción. En: Portocarrero G (editor). Racismo y mestizaje y otros ensayos. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú; 2007. p. 13-26.
26. Bustíos C. La redención de la raza y el indigenismo en el Perú. En: Bustíos C (editor). La cuestión demográfica y la planificación familiar en la Historia de la Salud Pública Peruana 1821-2005. Lima: Concytec; 2011. p. 80-82.
27. McEvoy C. Un proyecto nacional en el siglo XIX. Manuel Pardo y su visión del Perú. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial; 1994.
28. Saravia J. La gestión pública en el Perú en perspectiva histórica (siglos XIX-XXI). Líneas Generales, 2018; (2): 143-161.
29. Lavorería E. Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú. 1870-1920 (tomo I). Lima: Edición Lavorería; 1928.
30. McEvoy C. La utopía republicana. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú; 1997.

31. Bustíos C. La salubridad pública en el Perú: 1903-1934. En: C. Bustíos (editor). Historia de la Salud en el Perú. Volumen 16. Lima. Academia Peruana de Salud; 2009. p. 325-404.
32. Barrios C. Exposición de motivos de la creación de la Dirección General de Salubridad. La Crónica Médica. 1903;20(354):273-276.
33. Lavorería E. Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú. 1921-1928 (tomo II). Lima: Edición Lavorería; 1932.
34. Olaechea AS. Situación de la Sanidad y Asistencia en el Perú. La Crónica Médica. 1933;50 (839):141-143.
35. Ego Aguirre E. El Estado y la asistencia. La Crónica Médica. 1935;52:27.
36. Ospina E. El aseguramiento de los riesgos de trabajo en el Perú. Seguro complementario de trabajo de riesgo: avances y limitaciones. Lima: Instituto Laboral Andino; 2010.
37. Olaechea AS. Situación de la sanidad y asistencia en el Perú. La Crónica Médica. 1933;50(837): 88-90.
38. Paz Soldán C. Las bases médico-sociales de la legislación sanitaria del Perú. Vol II. Lima Biblioteca de La Reforma Médica; 1918.
39. Rabi Chara M. Del Hospital Santa Ana (1549 a 1924) al Hospital Nacional Arzobispo Loayza (1925 a 1999), tomo II. Lima: De Historia de la Medicina Peruana. Lima; 1999.

Capítulo cuarto

SALUBRIDAD PÚBLICA EN EL “ONCENIO” DE LEGUÍA Y LA CRISIS DE LA DÉCADA DE 1930

4

4.1. CONTEXTO PERUANO EN EL PERÍODO

- Aspectos económicos y políticos
- La coyuntura de crisis

4.2. DESIGUALDADES SOCIALES EN LA “PATRIA NUEVA” Y LA CRISIS DE LA DÉCADA DE 1930

- Cambios en el abordaje político de las desigualdades
- Corrientes de pensamiento sobre las desigualdades sociales
- Movilizaciones sociales y antioligárquicas

4.3. JUSTICIA SOCIAL DURANTE LA “PATRIA NUEVA”

- Justicia y derechos sociales
- Administración de la justicia e incremento de corrupción

4.4. CAMBIOS EN LA SALUBRIDAD PÚBLICA

- Cambios en el modelo de la salubridad
- Cambios en la legislación de la Dirección de Salubridad
- La Asociación Nacional de Higienistas

4.5. ASISTENCIA Y PROTECCIÓN SOCIAL EN LA “PATRIA NUEVA”

- Asistencia social y Beneficencia
- Otras modalidades de protección social

4.6. CRISIS DEL ESTADO OLIGÁRQUICO, DE LA “PATRIA NUEVA” Y DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA

- Crisis del Estado Oligárquico Civilista
- Crisis de la Salubridad Pública y la Asistencia Social

REFERENCIAS

4. 1. Contexto peruano en el período

ASPECTOS ECONÓMICOS Y POLÍTICOS

Leguía, en 1919, llegó al poder prometiendo la creación de una “Patria Nueva”. Pese a que nunca se preocupó por definir con precisión cuáles eran las bases económicas, políticas y sociales de su propuesta, despertó la idea en el pueblo, con el uso de una fuerte demagogia: “la ilusión de que su política estaría al servicio de la limitación de la oligarquía, del desarrollo de la industria nacional, de la modernización del país, del mejoramiento de la situación de la clase obrera y de la búsqueda de una solución al problema del indio”.^[1]

Desde el inicio del llamado Oncenio (1919-1930), la sociedad peruana tradicional se abrió al exterior no solo en términos económicos sino también en términos culturales. A través de esta apertura llegó al Perú información sobre la revolución rusa y la crisis de la posguerra mundial, las corrientes europeas estéticas, políticas e ideológicas, el poderoso desarrollo industrial norteamericano y su filosofía individualista y pragmática, la accidentada revolución mexicana, la lucha antiimperialista en el continente, la reforma universitaria de Córdoba y la afirmación intelectual de una identidad latinoamericana.^[1-3]

En esas circunstancias, el gobierno de Leguía diseñó una política atractiva para el capitalismo norteamericano –que invirtió en diversos sectores de la economía peruana en niveles nunca antes vistos– y solicitó a los bancos una enorme cantidad de préstamos para modernizar y consolidar el aparato estatal peruano. De este modo, el Estado peruano se convirtió en un instrumento de progreso económico. Se construyó una red vial, se inició la modernización de Lima, se creó un aparato policiaco para erradicar el bandolerismo y reprimir los nacientes movimientos obreros y campesinos, y se le dio empleo a la creciente clase media en los nuevos organismos administrativos del Estado.^[2-4]

Asimismo, con Leguía en el gobierno se cambió la dinámica del ejercicio del poder. Atacó centralmente a la oligarquía civilista, ya desgastada políticamente por veinte años de gobierno y desmanteló sus instituciones (la Constitución de 1860, las Juntas Departamentales, la Caja Nacional de Depósitos y Consignaciones); sus empresas agrarias

fueron cargadas con elevados gravámenes y sus líderes políticos, enviados al destierro. Sin embargo, las relaciones de Leguía con el imperialismo norteamericano fueron una prolongación de las que se mantuvieron durante la República Aristocrática.^[2,4]

En su primera etapa de gobierno, de 1919 a 1923, el mensaje de Leguía fue reformista y democratizador. Revalorizó el aporte de la comunidad indígena y garantizó desde el poder el desarrollo de la crítica social al orden, la sociedad y la cultura oligárquico-civilista. Asimismo, promovió el desarrollo de la clase obrera, la burocracia y las clases medias liberales. Su apoyo a los movimientos universitarios que exigían una reforma y a los grupos pro indigenistas movilizó a los nacientes núcleos de intelectuales regionales y limeños. Sin embargo, el orden social continuaba siendo afectado por diversos hechos políticos iniciados al final del período anterior; los indígenas continuaban con sus resistencias, en especial entre 1920 y 1923; adicionalmente, la nueva fuerza social que emergió en esos años fue el movimiento obrero que hizo de la ciudad el principal escenario de sus luchas en busca de justicia social.^[1-4]

Durante la segunda etapa del Oncenio, de 1923 a 1930, Leguía abandonó sus propuestas democráticas iniciales, lo que permitió abiertamente que los banqueros norteamericanos controlaran la economía e influyeran en las políticas interna y externa. El rechazo de los grupos medios y populares a este cambio de conducta gubernamental se expresa en los discursos de nuevas fuerzas sociales que aparecían en el escenario político y que impugnaban las desigualdades sociales que aún se mantenían. En este nuevo contexto surgen el Partido Socialista de José Carlos Mariátegui y el Partido Aprista de Víctor Raúl Haya de la Torre. En los últimos años del Oncenio se agudizan las manifestaciones de protesta y descontento que son violentamente reprimidas por el gobierno, que termina aislado de los distintos sectores que le dieron inicialmente apoyo. Finalmente, se sumaron en el país los efectos del crack financiero de Wall Street que desencadenaron una profunda crisis económica y política en el Perú.^[1-4]

La crisis económica mundial de 1929 provocó una suspensión del apoyo de la banca norteamericana en el país, con una sensible baja de la actividad económica y de las rentas fiscales nacionales. La desocupación se hizo alarmante en las ciudades, los empleados fiscales, cuyo número se había multiplicado durante el Oncenio se encontraban impagos. Se produjeron múltiples conflictos y huelgas que tuvieron como origen la rebaja de los salarios. Esos hechos, dejaron al Estado en condiciones de extrema vulnerabilidad económica, lo cual se materializó negativamente en los órdenes social y político de la sociedad. En el social, disminuyó el poder adquisitivo de los consumidores debido a la devaluación de la moneda, las restricciones al crédito, los recortes salariales y los despidos laborales. En el orden político, se desencadenaron varias asonadas militares contra Leguía, que tuvieron un desenlace en agosto de 1930, con el triunfo de una sublevación acaudillada por el comandante Luis M. Sánchez Cerro en Arequipa, recibida con aprobación tanto por los civilistas como por los seguidores de los nuevos movimientos populares.^[5]

En resumen, durante el período de gobierno de Leguía, se produjo un crecimiento acelerado del aparato estatal y de la burocracia, cuya financiación fue producto de la ampliación de la deuda externa y no del crecimiento de la economía. Es así, que este crecimiento centralizado del aparato estatal no significó un fortalecimiento de su institucionalidad, ya que la política económica siguió orientada a la concesión de los recursos naturales del país, vías de comunicación y parte de la administración; y, sobre todo, fue incapaz de mejorar el nivel de vida de la población peruana.

Lo sucedido durante el Oncenio, no obstante lo discutible de la gestión de Leguía con relación al fortalecimiento de la institucionalidad estatal, marcó el Perú contemporáneo: se legisló la cuestión indígena por primera vez en la historia republicana, se desarrolló un ambicioso programa de modernización, se expandió el Estado hacia un rol intervencionista y promotor, se pasó de la hegemonía económica británica a la norteamericana, se produjo una gran explosión cultural con la llamada "generación del Centenario", surgieron ideologías políticas que marcarían el Perú del siglo XX.

LA COYUNTURA DE CRISIS

La Junta de Gobierno presidida por Sánchez Cerro derrocó a Leguía, con el apoyo de los terratenientes del sur. Como la oligarquía y el Ejército no estaban cohesionados políticamente, la consecuencia fue que la desorientación política se sumó a la crisis económica. Las pugnas entre las fracciones oligárquicas y los distintos sectores militares asociados generaron una gran inestabilidad política que provocó la renuncia de la Junta de Gobierno presidida por Sánchez Cerro. En marzo de 1931, la nueva Junta de Gobierno, presidida por Samanez Ocampo, formalizó la convocatoria a las Elecciones Generales.^[1,2,4,5]

El período preelectoral, de marzo a diciembre de 1931, transcurrió en un entorno de creciente polarización. El Apra creció y se convirtió el principal partido de masas populares en el país. Por otra parte, un nuevo partido político, la Unión Revolucionaria apareció como una aglutinación de fuerzas sociales conservadoras, tras la candidatura de Sánchez Cerro, para defender el viejo orden oligárquico. El resultado final de este proceso electoral lleva a Sánchez Cerro a la Presidencia de la República.^[1,2,4,5]

Sin embargo, el triunfo de Sánchez Cerro en los comicios electorales de 1931, lejos de restablecer el orden social agudizó la violencia política en el país. En julio de 1932 se produjo la sublevación aprista en Trujillo, con la muerte de las fuerzas militares acuarteladas en esa ciudad. Luego, al no recibir el suficiente respaldo, los insurrectos son arrasados por las fuerzas del Ejército. El 30 de abril de 1933, menos de un mes después de promulgarse la Constitución Política de 1933, el presidente Sánchez Cerro fue asesinado. En una situación de agudización de la crisis política, la Asamblea Constituyente eligió al general Oscar Benavides para completar el período presidencial de Sánchez Cerro.^[1,2,4]

4.2. Desigualdades sociales en la “Patria Nueva” y la crisis de la década de 1930

CAMBIOS EN EL ABORDAJE POLÍTICO DE LAS DESIGUALDADES

Durante la primera etapa del gobierno de Leguía se dictó un conjunto de normas de reforma social y laboral, con la intención de fortalecer el apoyo a las nuevas autoridades –en su lucha contra el civilismo– de parte de los sectores urbanos medios, laborales y populares. Sin embargo, tales dispositivos no fueron instrumentados de manera apropiada, lo que, finalmente, fue generando la decepción y el descontento de tales sectores. Se inicia, entonces, la disputa por el control político del movimiento obrero, por dos grupos con ideologías y estilos de conducción distintos en la lucha contra las desigualdades sociales.^[2,4]

También, en esa primera etapa, fueron eliminados del discurso político los argumentos racistas civilistas que pretendían legitimar las desigualdades étnicas. Además, se formalizó el reconocimiento jurídico a las comunidades indígenas y el apoyo estatal a las mismas, mediante la creación de una sección de asuntos indígenas en el Ministerio de Fomento. Se formó el Patronato de la Raza Indígena, se estableció el “Día el Indio” y se organizó centros agrícolas y escuelas técnicas en el área rural. Leguía llegó a autodenominarse, por estas acciones políticas, el “Protector de la Raza Indígena”. No obstante, la Ley de Conscripción Vial de 1920, denunciada por los indigenistas como una mita republicana.^[4]

En la segunda etapa del Oncenio el espíritu reformista y el acercamiento a los nuevos sectores populares que caracterizaron los primeros años del gobierno de Leguía se dejaron de lado. Se dictó una ley que facilitó la legalización de la propiedad de las tierras usurpadas a los campesinos por los nuevos latifundistas que se habían incorporado a la clientela política de Leguía. El gamonalismo mantuvo inalterado su dominio sobre el campesinado.^[1,2,4]

CORRIENTES DE PENSAMIENTO SOBRE LAS DESIGUALDADES SOCIALES

Los miembros de un nuevo grupo de intelectuales sanmarquinos, que constituirían el núcleo de la llamada “generación del centenario” (centenario de la independencia), mostraron en su pensamiento y acción una orientación ideológica opuesta a la que había mantenido la “generación arielista” de fines del siglo XIX; es decir, mostraban en su conducta una línea de gran compromiso con “lo social”, que varió desde una fuerte sensibilidad social hasta un maximalismo revolucionario. La mayoría de estos intelectuales serían protagonistas del quehacer académico, cultural y político de país, destacaron personajes como Raúl Porras Barrenechea, Jorge Basadre, Luis Alberto Sánchez, Víctor Raúl Haya de la Torre, José Carlos Mariátegui, Luis E. Valcárcel y Eleazar Guzmán Barrón.^[3,4]

Es a través del pensamiento de miembros de esa generación que se desarrollaron, durante la década de 1920, en el Perú, dos grandes planteamientos ideológicos con pretensiones

políticas –el aprismo y el socialismo– que en su nacimiento tuvieron muchos puntos en común, aunque luego divergieron considerablemente. Estas corrientes, en búsqueda de su justificación ideológica, creían necesario reflexionar, entonces, cómo sembrar justicia social, antes que razonar sobre las jerarquías. Esta reflexión proponía reformas estructurales, que pasaban por la cancelación de la hacienda andina y las relaciones serviles, reconocían los derechos de los trabajadores e integraban el país desde abajo. Estas corrientes ideológicas conforman el marco de la tradición intelectual política del siglo XX. Haya y Mariátegui alcanzaron a pensar sobre la igualdad social de manera sistemática y lograron influir en el pensamiento político de todas las generaciones siguientes, hasta fines de los años 1980, e incluso, aunque en forma decreciente, hasta nuestros días.^[3,4]

MOVILIZACIONES SOCIALES Y ANTIOLIGÁRQUICAS

Movimientos urbanos antioligárquicos^[1-3,5,6]

Los cambios y los movimientos sociales de la década de 1920 constituyen la base material del surgimiento de las nuevas ideologías ya señaladas. Por primera vez en la historia peruana las masas populares urbanas emergen al escenario político con sus propios programas y organizaciones. Las fuerzas populares opositoras intentan la derrota de la nueva dictadura del Oncenio. El contenido de las principales jornadas de lucha ataca los ejes centrales del sistema de dominación vigente y se orientan a la transformación del orden social y político. Las luchas por el salario y el empleo se encuentran íntimamente entrelazadas con las luchas contra el control monopólico de la economía por el capital extranjero, la lucha por la igualdad jurídica y política y las libertades ciudadanas.

La debacle económica de 1929 y la caída del gobierno de Leguía generaron una situación crítica, donde el empobrecimiento, la violencia y la tensión social fueron fenómenos cotidianos que –agravados por la inestabilidad política– provocaron una desatención de los reclamos obreros y, luego, una represión extrema y sangrienta frente a las crecientes movilizaciones populares urbanas.^[6]

En tales circunstancias, en el proceso de elecciones presidenciales de 1931 se asistió a una polarización política extrema en el país, expresada en el enfrentamiento de las masas ciudadanas que apoyaban a los dos principales partidos que estarían presentes en la escena política electoral. El Apra, que representaba una opción de cambio radical, y la Unión Revolucionaria, de carácter conservador, que garantizaba el continuismo.

Triunfante en las elecciones, Sánchez Cerro ejerció desde el gobierno una dictadura abierta y violenta, sin mostrar ningún interés por encontrar una salida consensual a la crisis política. Una ley de Emergencia fue aprobada el 8 de enero de 1932, la que convirtió al régimen gobernante en una dictadura legalizada. En julio del mismo año estalló la revolución aprista de Trujillo, reprimida violentamente por el Ejército.

Movilizaciones indígenas^[3,8]

Entre 1922 y 1927 hubo una serie de sublevaciones indígenas en Ayacucho, La Mar, Tayacaja, Huancané, Azángaro y Quispicanchis. Una de las razones inmediatas de las mismas fue la Ley de Conscripción Vial, que obligaba a la población indígena a trabajar gratuitamente como peones en las obras viales. Otra razón fue la persistencia de los abusos de los gamonales que seguían ejerciendo un apreciable poder local y eran los más firmes propagadores de la tesis de la inferioridad racial del indígena, tachándolo de vicios que ellos mismos procuraban mantener, como la ignorancia, el consumo de alcohol y coca. Las comunidades indígenas sin protección fáctica de parte de las autoridades seguían resistiendo al esfuerzo que hacían los gamonales por arrebatarles sus tierras y reducir al indio a la condición de siervo.

Asimismo, la sublevación campesina del sur andino (1920-1923) –estudiada por los historiadores Manuel Burga y Alberto Flores Galindo– estaría relacionada a la política del Oncenio de Leguía durante su primera etapa, cuando se reconoce la personería jurídica y legal de las comunidades y el líder de la Patria Nueva parece enfrentarse a los gamonales.

4.3. Justicia social durante la “Patria Nueva”

JUSTICIA Y DERECHOS SOCIALES

Recién al concluir la Primera Guerra Mundial (1914-1918), los políticos del mundo occidental comienzan a aceptar que es necesaria la participación del Estado en la economía, pues esta ni marcha sola ni obedece a leyes absolutas, sino que es producto de la actividad humana. Nace así el constitucionalismo social que está representado, en su primera etapa, por las Constituciones mexicana (1917), rusa (1918) y alemana (1919). Cambia las bases constitucionales de existencia de la organización de la sociedad, de tal manera que el Estado deje de ser un simple espectador del desarrollo de la sociedad y de la comunidad para intentar convertirse en el principal actor o agente de desarrollo y progreso de la colectividad.^[9]

En nuestro país, se inició formalmente la etapa del constitucionalismo social en su Carta Política de 1920. Con ella comienza un reconocimiento formal de los derechos sociales y, por tanto, de la regulación de las garantías destinadas a protegerlos. En su capítulo IV, titulado como las Garantías Sociales, reconoce el derecho de petición, el uso limitado de la propiedad por utilidad pública, la libertad de trabajo, la seguridad en el trabajo, así como los horas mínimas y los salarios mínimos, la solución por arbitraje de los conflictos entre el capital y el trabajo, la enseñanza primaria gratuita (artículo 53), el fomento de los servicios de salud y de previsión social (artículos 55 y 56 respectivamente), la potestad del Ejecutivo de regular la economía para controlar o bajar los precios, así como el derecho de las

comunidades indígenas y nativas. Promulgada el 18 de enero de 1920, había sido elaborada en el seno de la Asamblea Nacional que había elegido como presidente constitucional a Leguía y estaría vigente, formalmente, hasta el 9 de abril de 1933.

En realidad, la Constitución peruana de 1920, con tendencia a reconocimiento de la “cosa social”, puso de manifiesto la influencia de las nuevas ideas sobre la organización del Estado y de los modelos de las constituciones alemana de Weimar y mejicana de Querétaro. Se introducen los principios de centralización de la Administración Pública y de autonomía del Estado, así como se legalizó la propiedad de las comunidades indígenas. En su artículo 4.º, se precisa que el fin del Estado es garantizar la libertad y los derechos de los habitantes y preocuparse por el progreso moral, intelectual, material y económico del país. Se precisó las responsabilidades del Estado en la previsión social y en el cuidado de la salud; y, por vez primera, en la defensa integral de la infancia.^[3,9,10]

“Artículo 55.º El Estado establecerá y fomentará los servicios sanitarios y de asistencia pública, institutos, hospitales, asilos y cuidará de la protección y auxilio de la infancia y de las clases necesitadas (...)

Artículo 56.º El Estado fomentará las instituciones de previsión y de solidaridad social, los establecimientos de ahorro, los seguros y las cooperativas de producción y de consumo que tengan por objeto mejorar las condiciones de las clases populares...”. (Constitución Política del Perú, 1920)

El problema grave fue que esa nueva Constitución, al igual que las anteriores –excepto la de 1860–, careció de la debida estabilidad y duración para que pudiera regular la vida en sociedad y tornar eficaces los derechos e instituciones allí reconocidas. En los hechos, adquirió un carácter meramente declarativo.^[9,10]

ADMINISTRACIÓN DE LA JUSTICIA E INCREMENTO DE LA CORRUPCIÓN

Tal como lo señala el sociólogo Julio Cotler,^[2] la rearticulación política nacional hecha por Leguía, al excluir del gobierno al partido civilista, se efectuó construyendo un nuevo bloque dominante constituido por grupos o individuos que, hasta entonces, no tenían presencia en el escenario oficial. Al igual que siempre, la única manera de mantenerlos satisfechos y sujetos a la voluntad del líder o dirigentes del nuevo bloque –y así gozar de estabilidad política– era “creando y multiplicando el número de prebendas, donaciones y concesiones para que usufructuaran los recursos públicos”. (J. Cotler, 1968, p. 191).

El desplome del régimen de Leguía se produjo en medio de múltiples denuncias de sus opositores acerca de hechos ilícitos durante el Oncenio. La aparente constatación inicial de la magnitud y gravedad de tales hechos propició, a su vez, el nacimiento de “impulsos moralizadores” en una opinión pública que impactada por la amplitud y diversidad de los abusos del régimen exigía sanciones ejemplificadoras. Como respuesta a estas exigencias la Junta de Gobierno creó el Tribunal de Sanción Nacional (TSN).^[11]

4.4. CAMBIOS EN LA SALUBRIDAD PÚBLICA

Al igual que en el período anterior, el Ministerio de Fomento y Obras Públicas, a través de la Dirección de Salubridad, estaba a cargo de los asuntos político-administrativos vinculados con el cuidado de la salud poblacional. El ministro de Fomento continuaba siendo, entonces, la máxima autoridad política en dicho ramo de gobierno, secundado por el Director General de Salubridad.

CAMBIOS EN EL MODELO DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA

En el mundo occidental, el carácter biomédico de la Epidemiología de las Enfermedades Transmisibles es institucionalizado académicamente en la Ciencia Médica por Wade Hampton Frost en su libro *Epidemiology*, publicado en 1927. En esta obra se explicita que “la epidemiología debe estar en relación con el conjunto del campo de las ciencias naturales”, pero más especialmente con la microbiología. Por su parte, en 1931, C. O. Stallybras define los conceptos y los principios de la epidemiología articulados no solo a la microbiología, sino también a la inmunología. Las acciones de investigación sustentadas en la teoría del germen fueron particularmente exitosas en la identificación de la etiología de muchas enfermedades infecciosas, incluso en su control. Éxito que otorgó, inicialmente, una enorme credibilidad al modelo teórico explicativo utilizado. Sin embargo, ese dominio del pensamiento biomédico en la medicina no era absoluto en el campo del cuidado de la salud poblacional. Es así, que los términos de “fomento” de la salud, así como el de “comunidad” aparecen en los glosarios académicos de la segunda década del siglo XX.

En el Perú del Oncenio, la cientificidad de las políticas sanitarias fueron sustentadas formalmente con argumentos vinculados con el Proyecto Modernizador del Gobierno. Al respecto, Leguía estaba convencido de que el éxito de este Proyecto dependía, además del ingreso al país de capital financiero, de la incorporación de la tecnología norteamericana. Es así, que su régimen contrató e incorporó a expertos norteamericanos en la Administración Pública, para dirigir las actividades educativas, agrícolas y sanitarias.^[3,12]

Dos de estos profesionales se sucedieron en el cargo de director general de Salubridad entre el junio de 1921 y marzo de 1922, a pesar de ser ciudadanos extranjeros. El ingeniero William D. Wrightson, que había sido miembro de la Comisión de Fiebre Amarilla de la Fundación Rockefeller, renunció cuatro meses después, cuando no fueron aceptadas sus propuestas para superar las graves deficiencias administrativas internas de la Dirección. Wrightson fue reemplazado por el médico epidemiólogo Henry Hanson, quien se mantuvo en el cargo tan solo por otros cuatro meses.

En reemplazo de Hanson se nombró director al doctor Sebastián Lorente y Patrón, psiquiatra peruano, que completó una gestión de ocho años, sin insistir en las ideas de cambio propuestas por su antecesor. El nuevo director limitó su discurso político de

legitimación a expresar su rechazo al “retrógrado” concepto “caritativo” de la medicina y de la beneficencia, que él relacionaba con el “civilismo y la oligarquía”, y a ensalzar los esfuerzos de Leguía por construir un aparato estatal que, en su entender, daría como resultado la ampliación de una “salud pública preventiva y más fuerte”.^[13-15]

“Lo que caracteriza a la política sanitaria del país es el apoyo que se ha prestado al más grande y precioso de los capitales: el capital humano. En este orden de cosas, la Dirección de Salubridad Pública, apoyada por el Gobierno, ha remediado errores y ha recogido en su seno las adquisiciones modernas de protección y asistencia médico-social. No solo se ha prestado atención a estas cuestiones, sino también a otras, nacidas al calor de las nuevas orientaciones que informan el programa sanitario del actual gobierno” (Informe de la Dirección General de Salubridad Pública, 1929).

Por otra parte, desde los inicios de la década de 1920 ya existían en América varias escuelas de Higiene y Medicina Preventiva que habían sido organizadas bajo las concepciones flexnerianas vigentes en Estados Unidos. Concepciones que privilegian las acciones sanitarias basadas en la bacteriología y la ingeniería sanitaria, con postergación de las tendencias que valoraban la reforma social, los componentes políticos y las ciencias sociales. Es en estas entidades que se capacitaron los primeros cuadros de especialistas latinoamericanos en higiene y medicina preventiva.^[3]

Adicionalmente, las autoridades sanitarias peruanas no se limitaron a reorientar y diversificar las acciones de control de las enfermedades transmisibles sino que también pretendieron ampliar el ámbito de intervención del sistema oficial de salud con acciones en defensa de la salud del niño y de la gestante, ahora fundamentadas con argumentos eugenésicos promovidos por la puericultura francesa.

CAMBIOS EN LA LEGISLACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SALUBRIDAD

Durante el Oncenio se dieron frecuentes cambios en la legislación sanitaria, los que seguían aumentando una profusa y dispersa normatividad legal y administrativa. Conforme transcurría los años, se hacían más fuertes las exigencias académicas y técnicas al Gobierno para que se aprobara una ley que diera unidad y coherencia a esa desordenada legislación que sobre la salud se había acumulado en el Perú.

Descentralización de la Dirección^[3,14,15]

Durante el Oncenio de Leguía, la Dirección General de Salubridad Pública estuvo sujeta a cambios normativos que ahora obedecían a las exigencias de la política de modernización administrativa. De acuerdo a estas exigencias, se trató de incrementar la capacidad político-administrativa de esta Dirección, otorgándole más competencias normativas para el control y supervigilancia del funcionamiento de las entidades públicas y privadas que actuaban en el campo de la Salubridad. Es en este sentido que, a iniciativa de Henry Hanson durante su corta gestión y como respuesta a la evidente precariedad en el cuidado de la salud de las poblaciones

provincianas, se dictó el Decreto Supremo del 23 de junio de 1922, Reorganización del Servicio Sanitario de la República y Creación de las Oficinas Departamentales de Salubridad, como un intento de descentralización de la Dirección General de Salubridad. Para tal fin, la norma prescribía, entre otras disposiciones, las siguientes:

“En las capitales de los departamentos o capitales de una zona sanitaria formada por dos o más departamentos funcionará una Oficina Departamental de Salubridad, dependiendo directamente de la Dirección del Ramo, servida por un médico sanitario departamental y por los empleados que sean necesarios. (...) Los Médicos Sanitarios Departamentales tendrán bajo su inmediata dependencia y responsabilidad, todos los servicios de salubridad de la zona que le corresponda, así como la supervisión de las labores de los médicos titulares, médicos sanitarios, obstetrices titulares, ayudantes e inspectores sanitarios y, en general, de todo el personal de sanidad que trabaje dentro de dicha zona, con excepción de las Estaciones Sanitarias, las que seguirán dependiendo directamente de la Dirección del Ramo, para lo relativo a los asuntos de sanidad marítima, pero que colaborarán con la Oficina Departamental de Salubridad respectiva, en lo que se refiere a Sanidad Terrestre (...) Los Prefectos y las demás autoridades políticas, prestarán a los Médicos Sanitarios Departamentales, todo el apoyo que estos requieran de dichas autoridades... (...) Habrá un Inspector General de todos los servicios de salubridad existentes en los departamentos y provincias de la República. Este médico Inspector General... tendrá la obligación de visitar todos los departamentos de la República una vez al año...”

Para garantizar la unidad de dirección en la ejecución de actividades sanitarias, se desactivó progresivamente el Servicio General de Sanidad, creado en 1887, y se suprimieron las Juntas de Sanidad Departamentales, Litorales y Provinciales, de modo que sus recursos fueron transferidos a las nuevas Oficinas Departamentales de Salubridad.

Existe un consenso general de que las Oficinas Departamentales de Salubridad fue, en palabras del doctor Jorge Estrella, “el primer ensayo serio de descentralización sanitaria centralizada”. Sin embargo, también existe el mismo consenso para calificarlo como un ensayo que no correspondía a la situación administrativa y financiera del país. Los años siguientes validarían esta calificación, porque estas Oficinas nunca alcanzaron la efectividad supuesta; ellas, al igual que las dependencias del Servicio General de Sanidad, nunca dispusieron de los medios suficientes para una instrumentación mínima aceptable de sus organizaciones. En 1930, de acuerdo a datos –ahora de Jorge Estrella Ruiz– trabajaban en los servicios de la Dirección de Salubridad: 230 médicos, tres farmacéuticos, tres dentistas, seis ingenieros y 19 obstetrices; así como 274 vacunadores, 100 de los cuales laboraban en Lima.^[16]

En realidad, la creación de estas Oficinas solo llegó a expresar la continuación de la política de extender la autoridad del Gobierno central a las provincias, con disputa de las funciones tradicionales de las autoridades departamentales, provinciales y municipales. Con las Oficinas Departamentales y las campañas de control dirigidas desde Lima se pretendía disminuir el poder de estas autoridades locales. Los resultados reales de esta política fueron contrarios a la descentralización, en tanto favorecieron la centralización de las decisiones sanitarias y el crecimiento de la burocracia central estatal.^[17]

Servicio Sanitario Marítimo y Campañas de control de transmisibles^[18-20]

Con relación al Servicio Sanitario Marítimo, al final de la década de 1920, esta dependencia de la Dirección de Salubridad, tenía a su cargo las Estaciones Sanitarias establecidas en los puertos del Callao, en el centro; de Paita, en el norte; y, de Ilo, en el sur del país, así como la subestación de Mollendo. Estaciones dotadas de aparatos Clayton y otros elementos modernos de desinfección. Frente al Callao, en la isla de San Lorenzo, se encontraba la Estación de Cuarentena, equipada para atender a pasajeros sujetos a “medidas cuarentenarias”.

Durante la última década de este período y desde el nivel central de la Dirección de Salubridad, se continuaron organizando y conduciendo desde Lima las acciones sanitarias de control de las enfermedades “endemoepidémicas”, así como las vinculadas con el control y la ejecución de obras de higienización y saneamiento urbano. Entre las primeras: 1) campaña profiláctica contra la bubónica en los valles del país; 2) creación del Servicio Antipestoso, con la asesoría de la Oficina Sanitaria Panamericana (1929); 3) campaña contra la fiebre amarilla en el norte del país, con la colaboración de la Fundación Rockefeller; 4) fortalecimiento de la campaña contra la viruela, con la reorganización del Servicio Antivariólico (1925); 5) inicio de la campaña contra la lepra en el oriente peruano y la instalación del leprosorio modelo Colonia-Agrícola en San Pablo; 6) continuación de la campaña contra la malaria en las zonas palúdicas, en el marco de la Ley N.º 2364; 7) primeras disposiciones y acciones estatales de control de las enfermedades venéreas, tuberculosis, fiebre de malta y de la fiebre tifoidea.^[13]

Defensa de la infancia^[3,18,21]

El primer paso oficial del Estado peruano para la organización unitaria de la protección de la infancia en nuestro país fue dado en 1922, con la creación de la “Junta de Defensa de la Infancia”, definida formalmente como “el órgano que representa al Estado en todo lo relativo a la protección y defensa de la infancia en el territorio de la República”. Para cumplir con esta misión, la Junta debía realizar actividades de protección y defensa de la madre, incluida la “puericultura intrauterina”, del recién nacido, del lactante, de los niños abandonados o víctimas de una “paternidad moralmente quebrada”; asimismo, de protección y asistencia de los niños enfermos, de la “infancia en edad escolar”, de la mujer y los hijos menores de los obreros. Esta entidad oficial estuvo presidida por el director de la Dirección de Salubridad, y conformada, además, por doce miembros designados por el Gobierno, por un período de cinco años.

El Estatuto de la Junta, dispuso la creación del Instituto Nacional del Niño, como órgano técnico de la Junta para todo aquello que se relacionara con los fines de ella. El Instituto organizó la propaganda en favor de la protección del niño, así como centralizó las relaciones de la Junta

con todas las entidades públicas y privadas existentes en el país o que se organizaran para la protección del niño: centros de salud infantiles, roperos infantiles, cunas maternas, etc. Además, el Estado, a través de la Dirección de Salubridad, comenzó a intervenir directamente en la atención hospitalaria del menor de edad, mediante la construcción y la inauguración del primer nosocomio pediátrico del país, el Hospital del Niño.

Después de la crisis económica y de la caída del gobierno de Leguía, en 1930, es creada la Comisión Protectora de la Infancia, que sustituyó a la Junta en todas sus funciones y en la conducción de sus dependencias.

Institutos de Salubridad^[3,18,21]

En la primera fase del Oncenio (1921), se reorganizó el Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia, para aumentar y diversificar su producción de biológicos, ejercer el debido “control de los servicios de vacunación antivariólica y antitífica que le están encomendados”, y realizar el estudio de las enfermedades infectocontagiosas endémicas en el país.

El Instituto Nacional del Cáncer fue creado, como dependencia de la Dirección de Salubridad, en 1924, para estudiar y combatir esta enfermedad. Dos años después se reconoció oficialmente la Liga Anticancerosa, luego denominada “Liga Peruana contra el Cáncer”, destinada a unificar la lucha contra dicha enfermedad.

Obras de infraestructura sanitaria básica^[3,18,20,21]

Durante la primera fase del gobierno de Leguía, se otorgó una alta prioridad al desarrollo de las obras públicas de saneamiento e “higienización” de las principales ciudades del país. La Ley N.º 4126, de 1920, facultó al Poder Ejecutivo para que contratara la ejecución de las obras necesarias para dotar a las ciudades de Lima, Callao y otras 30 del interior del país de apropiadas instalaciones de agua y desagüe, pavimentación y eliminación de basuras, pero, con aprovechamiento, en lo posible, de las instalaciones existentes y los estudios realizados sobre la materia. Fijó, además, las rentas y fuentes de financiamiento correspondientes. *Foundation Company*, empresa norteamericana, estuvo encargada de la mayor parte de esas obras y de su administración. La programación y la ejecución de las obras no fueron satisfactorias, los trabajos se realizaron en forma incompleta y dispersa.

Foundation Company paralizó sus actividades en diciembre de 1929, con lo que el Gobierno asumió la administración y la conservación de los servicios de agua y desagüe que tenía dicha compañía en Lima, balnearios y nuevas urbanizaciones, así como la planta que había instalado para la fabricación de tubos de concreto. La inversión ejecutada por *Foundation Company* y otras empresas nacionales sumó, en conjunto, una cantidad que representó casi el 32 % del gasto total en obras públicas realizado durante la “Patria Nueva”. A partir de 1930 las obras públicas en el Perú fueron paralizadas como consecuencia de la crisis económica.

Al final del período en análisis, en las ciudades no cubiertas por la Ley N.º 4126, las acciones municipales referidas al saneamiento consistían, generalmente, en captar el agua de un manantial cercano y en distribuir esta agua en la población. En cuanto al desagüe, se limitaban, casi siempre, en reunir a las "aguas negras" en un colector que las conducía al río más cercano si la ciudad estaba en el interior del país o al mar si estaba en la costa.

Otras instituciones vinculadas con la salubridad^[3,18,20,21]

El Instituto Municipal de Higiene de Lima, desde su creación, formaba un grupo de bacteriólogos que combinó la práctica sanitaria con la investigación bacteriológica. Pero, durante el Oncenio, el Instituto tuvo que subordinar sus actividades de investigación a las tareas rutinarias, tales como el análisis de agua potable y de comestibles, exterminio de ratas y producción de sueros y vacunas. Las necesidades de realización de estas actividades crecían mientras el personal y los recursos del Instituto disminuían. Desde 1920, la investigación se estancó en el Instituto y el otrora mejor laboratorio bacteriológico de Lima inició su franco deterioro. La situación del Instituto empeoró, aún más, con la crisis de la década de 1930.

En el año 1923, con base en la Asistencia Pública de Lima y los sifilicomios que ya funcionaban, fue creado el Departamento de Asistencia Pública, como una dependencia del Ministerio de Gobierno, conformada por dos secciones: la de Primeros Auxilios y la de Profilaxia de Enfermedades Venéreas. Luego, entre el año 1925 y 1929, se crearon los Servicios de Asistencia Pública de Arequipa, Cusco, Iquitos, Trujillo, Cerro de Pasco, Chiclayo y el de La Punta. Todos bajo el comando del mencionado Departamento. Este, por Decreto Supremo de enero de 1927 había pasado a ser una dependencia de la Dirección de Salubridad del Ministerio de Fomento. En el año 1935, seguía cumpliendo sus dos funciones esenciales: la asistencia médica-quirúrgica de urgencia y la profilaxia venérea.

En 1931, se creó el Servicio de Sanidad Aérea. Asimismo, en agosto de 1929, se crea y se organiza el Servicio de Sanidad de Gobierno y Policía, que se encargó de la selección, profilaxia y asistencia médica del personal policial. En 1932, las Sanidades Militar, Naval y de Policía daban trabajo a 120 médicos.

Reorganización de la Dirección de Salubridad al final del Oncenio

A fines del Oncenio, la Dirección General de Salubridad dirigía y supervigilaba el funcionamiento de todos los servicios sanitarios de la República. Dependían, además, directamente de ella los organismos de asistencia y previsión sociales del Estado y todos los trabajos y obras de salubridad, tanto en lo que concierne al saneamiento de las ciudades y campañas, como en lo que se refiere al estudio de la patología nacional y de los medios preventivos y curativos contra las enfermedades existentes en las diversas regiones del país.

En octubre de 1927, con ocasión de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, la

autoridad política sanitaria nacional informó sobre la nueva organización formal de la Dirección General que estaba en proceso de implementación. En ella, además de una Subdirección, se identificaban cinco secciones y otros dos componentes.

- **SECCIÓN DE HIGIENE Y SERVICIOS SANITARIOS.** Actividades de sanidad terrestre y de sanidad marítima.
- **SECCIÓN DEMOGRÁFICA.** Servicios de información (demográfica, epidemiológica, administrativa), propaganda sanitaria y bibliotecas.
- **SECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL.** Responsable de actividades de protección y defensa de la madre y de los niños, de asistencia de los niños enfermos; así como de campañas contra el alcoholismo y las toxicomanías.
- **SECCIÓN DE ESTUDIOS Y OBRAS SANITARIAS.** Reglamentos, inspecciones y obras de saneamiento urbano.
- **SECCIÓN DE AISLAMIENTO Y DESINFECCIÓN.** Servicios de desinfección pública y domiciliaria, y de aislamiento en el hospital de infectocontagiosos, el asilo de leprosos.
- **INSTITUCIONES.** Institutos, Laboratorios y Estudios Experimentales.
- **ASISTENCIA PÚBLICA.** Primeros Auxilios y Profilaxia de Enfermedades Venéreas.

LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE HIGIENISTAS

Veinticinco años después de la creación de la Dirección General de Salubridad, la situación laboral y económica de los médicos a su servicio, especialmente fuera de la provincia de Lima, continuaba siendo precaria e inestable. Recién al final del gobierno de Leguía, en 1928, se promulgó en la cual se ordena que “los médicos que prestan servicios en el ramo de salubridad quedan comprendidos en la ley de 22 de enero de 1850 y en el decreto del 4 de noviembre de 1851 sobre jubilación, cesantía y montepío”. Norma que, en opinión de C.E. Paz Soldán,^[22] era consecuencia de la “audaz y tesonera labor” del doctor Sebastián Lorente, director de Salubridad en ese entonces.

Un día después de esa promulgación, el doctor Hugo Pesce y Francisco Valega, con otros médicos higienistas que laboraban en la Dirección General de Salubridad fundaron la Asociación Nacional de Higienistas (ANH). Luego, el mismo Gobierno, en atención favorable de la solicitud de la ANH, reconoció el carácter oficial de la institución y aprobó sus estatutos. En estos últimos, la nueva institución se autodefine como un “sindicato médico” y precisa que se crea con cinco objetivos:

- Contribuir al progreso científico y técnico de sus miembros para “prepararlos eficientemente a su noble contenido social”.
- Establecer normas deontológicas entre sus miembros que tiendan a la “moralización y dignificación creciente” de sus actividades.
- Trabajar para que sean complementadas y ampliadas sus derechos sobre “sueldo mínimo

y goces de jubilación, cesantía, invalidez y montepío”.

- Colaborar con el Estado y con la sociedad en el progreso médico social del Perú, y, además, procurar la “formación de la conciencia sanitaria de la Nación”.
- Ampliar la adhesión de los demás médicos que ejercen en el país a los principios de la solidaridad profesional, con el fin de crear un Sindicato Médico Peruano.

En ese mismo año de 1928, Carlos E. Paz Soldán,^[22] al escribir sobre las Bases para la creación del Sindicato Médico Peruano, calificaba la creación de la ANH como un “modelo de organización sindical adaptado a nuestro ambiente profesional”; aunque, se cuidó de escribir en un “apéndice” adjunto una advertencia:

“No se ha previsto la huelga, en este sindicato porque esto no cabe frente al Estado, sin incurrir en un acto de rebelión, Los sindicatos de funcionarios tienen que ser grandes fuerzas de cooperación, más no de antagonismo. Es la doctrina universalmente aceptada”. (1928, p.58)

Pero la Asociación, dos años después de su creación tuvo que interrumpir sus actividades. Este hecho era consecuencia de la crisis nacional iniciada por la caída del gobierno de Leguía y agravada por los sucesos violentos de la coyuntura 1930-1933. Al igual que otras entidades públicas, la Dirección General de Salubridad, donde cumplían sus funciones los higienistas, fue reestructurada y la mayoría de estos funcionarios fueron cesados.

4.5. Asistencia y protección social en la “Patria Nueva”

ASISTENCIA SOCIAL Y BENEFICENCIA

Durante todo el Oncenio se mantuvo la vigencia de la antigua Ley sobre Sociedades de Beneficencias, promulgada en 1893. Además, seguía tratando de resolver todas sus cuestiones sin recibir el control orientador de las autoridades del ramo de salubridad y utilizando como conducto regular para sumarse al dinamismo gubernativo, la Dirección de Beneficencia del Ministerio de Justicia, Culto, Instrucción y Prisiones.

Es dentro de ese marco normativo, que el gobierno de Leguía trató de resolver, sin éxito, los crecientes problemas económicos y financieros de estas sociedades. Para esto, dictó un conjunto de normas destinadas a incrementar sus rentas, entre las principales: la Ley N.º 4518 de 1922, por la que se creó el impuesto del 6 % sobre los premios de la Lotería de las Beneficencias Públicas de Lima y Callao, para la conclusión de sus obras de infraestructura.^[3,18,21]

Además, las autoridades de las beneficencias públicas pretendieron reducir sus gastos, limitando y focalizando la gratuidad de la asistencia médica hospitalaria y congelando el monto de los haberes de los médicos que laboraban en sus establecimientos. Esta medida quedó formalizada mediante Decreto Supremo refrendado por el ministro de Justicia, que en su parte prescriptiva decreta:

“Los enfermos que no acrediten su condición de indigentes podrán ser atendidos en los diversos

establecimientos, mediante pago sujeto a tarifas módicas, las que deberán ser aprobados previamente por el Gobierno, tanto para los servicios completos de hospitalización, cuanto por el despacho de recetas en los consultorios dispensarios y farmacias anexos a los hospitales de las Sociedades de Beneficencia Pública”.

Estos cambios fueron criticados por J. C. Mariátegui:^[23]

“La crisis económica de la Beneficencia, por sus efectos en los servicios hospitalarios, indica claramente que esta institución ha llegado cargado de años y de benemerancias, a la edad de jubilación forzosa... Hoy se encuentra en la imposibilidad de pagar cinco libras mensuales a los médicos asistentes... Si algún servicio se quiere reservar a la Beneficencia, para conservarlo por algún tiempo más como una reliquia histórica, que se le encargue la asistencia de los ancianos indigentes y de los mendigos. Esto sería tal vez la ocupación adecuada a su tradición y sus aficiones. Pero los hospitales deben pasar a manos más seguras y robustas...”. (J. C. Mariátegui, 1981, pp. 124-126)

No obstante las intenciones de esas y otras nuevas normas la situación económica y financiera de las Beneficencias continuó deteriorándose. En los años 1929 y 1930 se informaba que los ingresos de 61 sociedades públicas a nivel nacional ascendían, en conjunto, en apenas algo más de 8,5 millones de soles oro, de los cuales 5,5 millones correspondían a la de Lima. Los crecientes gastos y los altos niveles de ineficiencia en la operación y mantenimiento de los establecimientos de la beneficencia, siguieron produciendo crecientes déficit financieros en sus presupuestos, especialmente en los ubicados en provincias.^[3]

Por otro lado, todos los intentos realizados, en esos años, para formalizar la ubicación de las Sociedades de Beneficencias en el ámbito de la autoridad de la Dirección de Salubridad fracasaron, frente a la resistencia de sus directorios. Sin embargo, algunos de los miembros de estas sociedades no dejaron de llamar la atención y hacer observaciones sobre las crecientes dificultades de gestión administrativa y financiera de las Beneficencias, derivadas de una normatividad obsoleta y de la creciente complejidad de las labores asignadas a las mismas. Los problemas técnicos, microadministrativos, económicos y financieros de la gestión de su infraestructura hospitalaria –la mayor parte construida en la época colonial– continuaban acumulándose.^[24-26]

En 1925, el gobierno de Leguía mostró su preocupación por el aumento de aquellos problemas y nombró una Comisión Oficial, presidida por el director de Salubridad, para que elaborara un Plan de Reorganización de las Sociedades Públicas de Beneficencias; pero, esta Comisión nunca llegó a culminar la tarea encomendada. Cuatro años después, el mismo Leguía, reiteraría su preocupación cuando, al inaugurar el futuro Hospital del Niño, declara:

“Nuestras Sociedades de Beneficencia responden al criterio de caridad ya caduco, que establece una irritante desigualdad entre el que la recibe y el que la otorga, y que está muy lejos de satisfacer sus necesidades, cada vez más imperiosas, de la vida contemporánea. Por eso se impone su transformación en organismos flexibles y permeables a la acción tutelar del Estado”.^[3,18]

Protección contra los accidentes de trabajo

La presión de los movimientos laborales había obligado al Congreso aprobar la Ley N.º 1378, Ley sobre Accidentes de Trabajo (LAT), promulgada en 1911, durante el primer gobierno de Leguía. Pero, debieron pasar 15 años para que se estableciera el Fondo de Garantía que respondería por los gastos por la asistencia médica, las indemnizaciones y demás obligaciones prescritas en la leyes 1378 y 2290. Sin embargo, tempranamente se advirtieron las limitaciones de esos dispositivos para la prevención de los riesgos y la atención apropiada de los accidentes de trabajo.

En el año 1928, en la revista *Acción Médica*^[27] se escribía al respecto: “Los poderes públicos no se preocupaban de hacerla cumplir, los patrones encontraban facilidades para burlarse y la clase proletaria renunciaba ingenuamente a sus beneficios a trueque de ocultas transacciones que la misma ley prohibía”.

El primer intento de creación de un Seguro Privado de Salud^[18,28]

En 1928, se concedió a una entidad privada la exclusividad para establecer en el país una compañía de seguros de salud y, además, hacerse cargo de la expedición de certificados de salud, bajo el control de la Dirección de Salubridad: “Tendrá la obligación de establecer dispensarios, consultorios y clínicas con el personal profesional competente y en número suficiente para atender las necesidades de sus servicios...”. La justificación de la norma fue la siguiente: “el establecimiento del Seguro propuesto contribuirá a la defensa de la salud pública, proporcionando asistencia médica económica y eficaz a las clases trabajadoras”.

La publicación de esa Resolución fue objeto de un inmediato rechazo de la orden médica, que, a través de una “alturada protesta”, logró dejar sin efecto esta norma, y se canceló la concesión otorgada a la llamada Compañía Nacional de Seguros de Salud.

4.6. Crisis del Estado Oligárquico, de la Patria Nueva y de la salubridad pública

CRISIS DEL ESTADO OLIGÁRQUICO CIVILISTA

La caída del régimen de Leguía y los efectos de la crisis económica mundial serán los factores desencadenantes de la profunda crisis política que amenazó seriamente la estabilidad del viejo orden social. Las contradicciones gestadas y acumuladas en el período analizado adquirieron madurez en la coyuntura del 30, salen a la luz de la escena política y generan situaciones que presentaban características de guerra civil. Basadre caracteriza esta coyuntura como “una de las etapas de más incertidumbre e inestabilidad en la historia del Perú Republicano”.^[1-4]

A finales del Oncenio de Leguía, el gobierno dio muestras de una gran debilidad que

se reflejó en todos los ámbitos de la vida nacional y de la sociedad peruana. Los altos niveles de desigualdad social y corrupción gubernamental fueron problemas que afectaron gravemente la estructura política y económica del país. Leguía había establecido una política económica que dependía del endeudamiento exterior, sobre todo con la banca estadounidense. En tal sentido, el sistema financiero peruano se resintió a partir de 1928, cuando los banqueros estadounidenses restringieron los futuros préstamos al Perú, en tanto estimaron que sus inversiones estaban en peligro “por el excesivo gasto, despilfarro y corrupción del gobierno”. De los préstamos obtenidos del exterior, los bancos calculaban que menos del 30 % de los recursos fueron destinados a obras públicas.^[5,29]

La constitucionalidad peruana durante la coyuntura 1930-1933 tuvo una gran inestabilidad, producto de la violencia política con la que se inició y terminó. En 1931 se efectuaron, al mismo tiempo, unas elecciones presidenciales muy violentas y una asamblea constituyente especialmente accidentada. En una situación de casi guerra civil y ante la debilidad de la oligarquía para mantener la estabilidad, el Ejército se constituyó en garante del orden social y político ante el avance de las reivindicaciones populares, y, así, estableció un pacto con la oligarquía renovada y sus aliados.

En realidad, durante la primera etapa del Oncenio se afectaron seriamente los intereses políticos de la oligarquía, con la liquidación del Partido Civil, aunque no se pudo hacer lo mismo con los intereses económicos de la misma. Es así, que a pesar de la convulsión política provocada por los movimientos indígenas y populares y del debilitamiento ideológico de la oligarquía, esta conservó sus bases materiales. Bases que les permitieron resurgir como parte del bloque político dominante en esa coyuntura, aunque para esto tuviera que haber establecido una alianza con el militarismo que había derrocado a Leguía, así como un cambio del perfil sociopolítico del Estado durante el siguiente período. Alianza que, después del asesinato de Sánchez Cerro por un militante aprista, se fortaleció mediante un pacto implícito con el Ejército, para mantener, en lo esencial, el viejo orden social.^[2-4]

En materia de conducción política, un análisis retrospectivo de la historia republicana, hasta el final de este período, muestra una sucesión de fracasos y frustraciones en casi todos los campos de la actividad nacional. Resultados enraizados en los aspectos negativos de la cultura tradicional peruana y, especialmente, de las subculturas de los grupos sociales dominantes. Resultados agravados, muchas veces, por la conducta irresponsable e inhumana de los peruanos encargados de dicha conducción. Al respecto, nuestro historiador Jorge Basadre^[30] nos decía, en el año 1931, lo siguiente:

“Los tres grandes enemigos de la promesa peruana; los Podridos, los Congelados y los Incendiados. Los Podridos han prostituido y prostituyen palabras, conceptos, hechos e instituciones al servicio de sus medros, de sus granjerías, de sus instintos y de sus apasionamientos. Los Congelados se han encerrados en ellos mismos, no miran sino a quienes son sus iguales y a quienes son sus dependientes, considerando que nada más existe. Los Incendiados se queman sin iluminar, se agitan sin construir. Los Podridos han hecho y hacen todo lo posible para que este país sea una

chaca; los Congelados lo ven como un páramo; y los incendiados quisieron prender explosivos y verter venenos para que sea una gigantesca fogata". (J. Basadre, 1994, p.367).

CRISIS DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA Y DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Durante los primeros meses de la coyuntura iniciada con el derrocamiento de Leguía, la Dirección de Salubridad Pública, al igual que la casi totalidad de las entidades públicas, fue calificada como desorganizada, ineficiente, ineficaz y corrupta. En consecuencia, por Resolución de marzo de 1931 esta Dirección es declarada en reestructuración y se hacen, además, acusaciones de supuestos actos de corrupción a las autoridades que en años anteriores habían estado a cargo de la Dirección. Denuncias que en su gran mayoría fueron posteriormente desestimadas por los encargados de investigarlas. La situación política y social casi caótica de esos años de crisis se manifestó en el fracaso de todo esfuerzo de reestructuración, entre otras razones por la falta de continuidad de las autoridades de la Dirección y las reducciones en los presupuestos operativos.

Al final del año 1933, los resultados insatisfactorios de la aplicación en el país de esa modalidad de gestión del cuidado de la salud, agravados por la crisis nacional de esos años, son enjuiciados por Luis Ángel Ugarte Ocampo.^[17] Esta descripción y enjuiciamiento se presenta en los dos siguientes párrafos de manera casi textual.

Con relación a la estructura central y los funcionarios de la organización: "La dirección técnica y ejecutiva de la Sanidad está encomendada a la Dirección General... dependencia del Ministerio de Fomento, organismo esencialmente burocrático, con un personal heterogéneo en que el elemento técnico está representado por profesionales médicos "especializados" en ramos generalmente no afines con las funciones que desempeñan en la Sanidad" y que trabajan en esta a tiempo parcial. "En este organismo central están englobados los servicios locales de la capital y sus alrededores, con atribuciones no bien definidas y verificando incursiones frecuentes en las atribuciones municipales". Los comentarios de Ugarte se hacen más críticos cuando se refiere a los directivos departamentales:

"Los funcionarios de la sanidad llegan al cargo sin preparación especial, muchas veces sin aptitudes y sin concepto de la importantísima misión que les encomienda; por otra parte, conscientes de su irresponsabilidad técnica y de su situación precaria esencialmente supeditada a la política personalista que los ha llevado al cargo, convierten a su vez la repartición que les está encomendada, en una agencia de colocaciones..."

Con relación a las Oficinas Departamentales de Salubridad, Ugarte comenta:

"... se ha limitado al establecimiento de Oficinas Sanitarias sin el personal ni material más rudimentario para el desempeño de sus funciones y por consiguiente a simples mecanismos burocráticos. Por otra parte en 1930, al verificarse el reajuste presupuestal obligado por la crisis económica que afectaba al Estado, se suprimieron los cargos de Médicos Sanitarios Departamentales y se encomendaron las funciones burocráticas de las citadas Oficinas a los Médicos Titulares de la Capital del Departamento respectivo... (las cuales) nunca han tenido

ni tienen existencia real, pues un médico con el título de Sanitario Departamental no puede constituir por sí solo una Oficina Técnica si carece de personal auxiliar y de los más elementales medios para realizar la labor sanitaria más insignificante (...) En las provincias la sanidad está encomendada a los Médicos Titulares Provinciales, con las atribuciones múltiples (...) Hay todavía muchas provincias que carecen de todo tipo de servicio sanitario o que lo tienen solo por cortas temporadas”.

Dos años antes, el médico y profesor sanmarquino Carlos A. Bambarén,^[31] cuando analizaba la situación de la salubridad pública nacional, afirmaba:

“Los principales organismos de la salubridad pública no tienen vinculación en su técnica funcional. Han nacido por razones eventuales y no se ha hecho su conexión, porque falta un Código de Sanidad que dando una visión panorámica de lo que conviene hacer en materia sanitaria, indique la forma de vincular el armamento con que cuenta la higiene pública peruana. El empirismo y el ensayo poco afortunado, dominan el escenario de la salubridad pública. Urge declarar que los problemas que atañen a la defensa de la salud y la vida colectivas, se encuentran esperando la mano pródiga que los encause debidamente para contribuir con decisión al afianzamiento de nuestra nacionalidad”. (C. Bambarén, 1931, p. 31)

De otro lado, la crisis nacional, durante la coyuntura 1930-1933, incrementó la demanda de la asistencia social, lo que agudizó los problemas económicos de las Beneficencias. La de Lima seguía siendo la más desarrollada y con mayores rentas; sin embargo, en el año 1932 tuvo ingresos por 3,7 millones de soles y egresos por 4,9 millones, con un déficit de 1,2 millones de soles. Una de las consecuencias de esta situación fue el crecimiento de los servicios de usuarios que pagaban por los servicios recibidos en los dispensarios y hospitales.^[3,24,25]

Los argumentos de tipo doctrinario y técnico que fundamentaban las observaciones críticas a la legitimidad y la legalidad de la asistencia hospitalaria a cargo de las Sociedades de Beneficencia Pública, se resumen en el Informe de mayo de 1930, preparado por el doctor Eduardo Lavoreria, en su condición de subdirector de Salud Pública. En este Informe, publicado por Jorge Estrella,^[19] se considera inaceptable la afirmación que la asistencia hospitalaria es un servicio propio de las Sociedades de Beneficencia Pública, a ser administrada solamente por ellas.

“Es concepto anticuado y ya inaceptable, el que la asistencia hospitalaria es un servicio de Beneficencia... Hoy se piensa de manera diferente. Hoy se juzga que el cuidado de la salubridad pública es el primer deber de los Gobiernos; que la asistencia de los enfermos, no es una obra de caridad, sino una obligación del Estado(...) Pero aparte de los conceptos jurídicos y legales hay, sobre todo, razones de orden técnico que obligan a evitar, siempre que sea posible, que los hospitales estén dirigidos por las sociedades de Beneficencia; porque es evidente que solo puede dirigir y administrar con eficacia un servicio de orden técnico, como es el de la asistencia de los enfermos, quien se ha dedicado a estudiar los problemas que esa asistencia presenta tanto desde el punto de vista médico,... como desde el punto de vista sanitario...”. (Eduardo Lavoreria, 14 de mayo de 1930)

Al respecto, médicos chilenos de visita al país a mediados de la década de 1930, hacían los siguientes comentarios al comparar las sociedades de beneficencia del Perú con las existentes en Chile:^[32]

“No existe una Sociedad Nacional de Beneficencia, sino organismos locales y absolutamente autónomos (...) El verdadero jefe de cada instituto es el inspector encargado. Los inspectores (de los hospitales) de Lima vienen a representar el mismo papel de los antiguos administradores de hospital de Chile, adoleciendo de los mismos defectos de no ser técnicos en la materia”.

REFERENCIAS

1. Basadre J. Historia de la República del Perú (1822-1933). Obra completa en 18 volúmenes. 7.ª edición. Lima: Empresa Editora El Comercio S. A.; 2005.
2. Cotler J. Clases, Estado y nación en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1978. (Colección Perú Problema/17).
3. Bustíos C. Salud pública en una República oligárquica: 1877-1933. En: Bustíos C (editor). Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú: 1533-1933. Lima. Fondo Editorial de la UNMSM y Concytec; 2004. p. 355-707.
4. Ramos Nuñez C. Ley y justicia en el Oncenio de Leguía. Lima. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2015.
5. Sulmont D. El movimiento obrero en el Perú, 1900-1956. Lima. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú; 1975.
6. Pareja Plucker P. El movimiento obrero peruano de los años treinta. Lima: Fundación Friedrich Ebert; 1985.
7. Castillo Ochoa M. El populismo conservador. Sánchez Cerro y la Unión Revolucionara. En: Pensamiento político peruano.1930-1968. Lima. Desco; 1990. p. 45-91
8. Burga M, Flores Galindo A. Feudalismo andino y movimientos sociales (1866-1965). En: Historia del Perú, tomo XI. Barcelona: Editorial Mejía Baca; 1982.
9. Chávez M. La exigibilidad del contenido prestacional condicionado de los derechos sociales en el ordenamiento Jurídico Peruano. Tesis para optar el grado de Magíster en Derecho Constitucional y Derechos Humanos UNMSM. Lima; 2014.
10. Ugarte del Pino JV. Historia de las Constituciones del Perú. Lima: Editorial Andina S.A; 1978.
11. Portocarrero F, Camacho L. Impulsos moralizadores: el caso del Tribunal de Sanción Nacional 1930-1931. En: Portocarrero F (editor). El Pacto infame. Estudios sobre corrupción en el Perú. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú; 2005.p. 35-74.
12. Cueto M. El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1997.
13. Lorente S. La obra médico social del gobierno del Sr. Leguía. Boletín de la Dirección de Salubridad Pública; 1927: p. 137.
14. Lorente S, Flores R. Estudios sobre geografía médica y patología del Perú. Lima: Imprenta Americana-Plazuela del Teatro; 1925.
15. Dirección General de Salubridad Dirección de Salubridad, A. B. Leguía.1929. [Internet]. Lima [citado 6 enero 2016]. Disponible en: augustobleguia.org/peru/libros.../SALUBRIDAD.pdf.
16. Estrella Ruiz J. La sanidad peruana en 50 años: Apuntes para su Historia. Salud y Bienestar Social. 1953; II(6): 52-90.
17. Ugarte LA. Organización sanitaria en el Perú. Cusco: Editorial Revista Médica Peruana; 1935.
18. Lavorería E. Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú. 1921-1928 (tomo II). Lima: Edición Lavorería; 1932.

19. Bustíos C. La salubridad pública en el Perú: 1903-1934. En: Bustíos C (editor). Historia de la salud en el Perú. Volumen 16. Lima: Academia Peruana de Salud; 2009. p. 325-404.
20. Estrella Ruiz J. Prontuario de legislación sanitaria del Perú. 1928- 1935 (tomo III). Lima: Imprenta Americana. Plazuela del Teatro; 1937.
21. Lavoreria E. Prontuario de legislación sanitaria del Perú. 1870-1920 (tomo I). Lima: Edición Lavorería; 1928.
22. Paz Soldán CE. La Ccongregación profesional de los médicos. Lima: Editorial Ausonia S.A.; 1960..
23. Mariátegui JC. La crisis de la Beneficencia y la cuestión de los asistentes. En: Peruanicemos al Perú. 7.ª edición. Lima: Biblioteca Amauta; 1981. p. 124-126.
24. Olaechea AS. Situación de la sanidad y asistencia en el Perú. La Crónica Médica. 1933;50(837): 88-90.
25. Olaechea AS. Situación de la sanidad y asistencia en el Perú. La Crónica Médica. 1933;50(839): 141-143.
26. Ego Aguirre E. El Estado y la asistencia. La Crónica Médica. 1935: 52: 27-28.
27. Acción Médica. Volumen I; 10 de enero de 1928: p. 9
28. Discurso Programa del presidente del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú. Boletín del Colegio Médico del Perú. N.º 1; diciembre 1969: 21-31.
29. Klaren P. Nación y sociedad en la historia del Perú. Serie Estudios históricos 36. Publisher, Instituto de Estudios Peruanos; 2004.
30. Bambarén CA. Temas de medicina pública peruana. Lima: 1931 (Folleto).
31. Basadre, J. Perú: problema y posibilidad. 4.ª edición. Lima: Fundación M.J. Bustamante de la Fuente; 1994.
32. Asenjo A, Lorca R. Sociedades públicas de beneficencia en el Perú. Revista Médica de Chile. 1933: 451:10-15.

Capítulo quinto

SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO OLIGÁRQUICO POPULISTA

5

5.1. CONTEXTO PERUANO EN EL PERÍODO

- Aspectos políticos
- Aspectos económicos
- Aspectos administrativos
- Cambios en la estructura de la sociedad peruana

5.2. DESIGUALDAD SOCIAL EN EL ESTADO OLIGÁRQUICO POPULISTA

- Distribución desigual del ingreso nacional
- Las desigualdades regionales en condiciones de vida y salud
- Movimientos sociales contra las desigualdades

5.3. JUSTICIA SOCIAL EN EL ESTADO OLIGÁRQUICO POPULISTA

- Justicia y derechos sociales: continuidad y cambio
- Administración de la justicia y corrupción
- Surgimiento de nuevas ideas sobre la justicia social

5.4. SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO OLIGÁRQUICO POPULISTA

- Salud pública y Subsector Público Nacional en Salud
- Cientificidad de la salud pública
- Legitimidad de la salud pública
- Legalidad de la salud pública
- Desarrollo de la infraestructura hospitalaria pública
- Sociedad Peruana de Salud Pública:
foro por la reforma de la salud

5.5. ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL ESTADO OLIGÁRQUICO POPULISTA

- Asistencia social y beneficencia
- Surgimiento de la seguridad social en el Perú

5.6. CRECIMIENTO Y FRAGMENTACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA AL FINAL DEL PERÍODO

- Crecimiento y dispersión del Subsector Público Nacional en Salud
- Desigualdades e injusticias en las prestaciones de salud
- El final de un período

REFERENCIAS

5.1. Contexto peruano en el período

ASPECTOS POLÍTICOS

En América Latina, luego de la crisis económica de la década de 1930, la inestabilidad política, la falta de democracia y la fragilidad de los partidos políticos permitieron el aumento de la capacidad de movilización de sectores populares y su mayor presencia en el escenario político. Movilizaciones políticas multclasistas y nacionalistas, liderada por un personaje carismático, que obtiene el apoyo masivo de las clases populares al proponer y/o realizar políticas aparentemente reformistas (el ejemplo clásico fue el peronismo argentino). Movilizaciones definidas, actualmente, como “populistas”.

Al llegar al gobierno, el populismo crea un nuevo estilo o forma de hacer política. Se abandona el esquema de abstencionismo en el campo económicos-social que preconizaba el liberalismo y se pasa a una situación en la que el Estado asume supuestamente un rol promotor del bienestar social mediante in conjunto de reformas en el campo económico y sobre todo social.

El Estado Oligárquico Populista en el Perú^[1-4]

Al finalizar el anterior período, la oligarquía agroexportadora peruana, debilitada ideológicamente, aún mantenía su dominio sobre la sociedad peruana gracias a su alianza política con sectores militares y a su participación, asociada al capital extranjero, en la economía. Alianza que permitió a esta renovada oligarquía reasumir –en este último período de su existencia– el papel de núcleo del bloque dominante que ejercía el poder real en el país.

Al iniciar su gestión, el general Oscar R. Benavides, en el año 1933, dictó una ley de amnistía general, con el fin de establecer un ambiente de “paz y concordia” y de unidad nacional. Pero, rechazada esta iniciativa por los partidos antioligárquicos, se hizo necesario efectuar reformas sociales para tratar de legitimar el nuevo régimen.

Al igual que en otros países latinoamericanos, los gobiernos peruanos se habían visto obligados, desde el inicio de este período, a redefinir sus políticas sociales para atender de manera más favorable a las demandas, cada más beligerantes, de las organizaciones laborales y populares, sobre todo las urbanas, con la clara intención de restar apoyo popular, en el escenario político, a las fuerzas de oposición, así como de tratar de recuperar el dominio ideológico perdido por la oligarquía.

Los historiadores distinguen durante el período 1933-1968, gobiernos constitucionales y *de facto* que pueden ser separados en cuatro subperíodos caracterizados políticamente de la manera siguiente. El primero es el de las dictaduras militares y civiles (1933-1945), incluye los gobiernos del general Oscar R. Benavides (“Paz, orden y trabajo”) y del ingeniero Manuel Prado. El segundo es el del intervalo democrático (1945-1948), durante el corto gobierno del jurista José Luis Bustamante, crucial en la lucha política entre las fuerzas que apoyaban al proyecto reformista popular, encabezado por el Apra, y las que se identificaban orgánicamente con el modelo oligárquico; lucha en la cual resultaron, en octubre de 1948, derrotados los reformistas. El tercero es el de la dictadura del “ochenio” (1948-1956), durante el régimen del general Manuel A. Odría (“Obras y no palabras”). El cuarto es el de la “democracia demoliberal sin contenidos sociales” (1956-1968), incluye los gobiernos de M. Prado (su segundo), de la Junta Militar de Pérez Godoy-Lindley y el de Acción Popular, presidido por el arquitecto Fernando Belaúnde (“El Perú construye”).

ASPECTOS ECONÓMICOS

Superada la crisis financiera mundial de 1929, los años siguientes y los de la Segunda Guerra Mundial fueron favorables para el crecimiento de la economía peruana. Esto, debido al crecimiento del volumen de su sector primario exportador. Luego, la afluencia de las inversiones extranjeras y el auge de las exportaciones, debido a la Guerra de Corea, impulsó un alto crecimiento de la economía peruana. El incremento del PBI entre los años 1949 y 1956 fue “equivalente a un promedio de 8,4 % anual, cifra que no se ha vuelto a registrarse en un plazo similar” (G. Bardella, 1989, p. 387). Pero, concluida la guerra de Corea, en 1953, la situación económica del país comenzó a deteriorarse, lo que puso en evidencia, nuevamente, su vulnerabilidad externa. Superado este deterioro, la economía peruana volvió a crecer de 1960 a 1967, ahora a una tasa media de 6,1 % anual. Pero, la situación económica nacional hizo crisis al comenzar la segunda mitad del año 1967; la deuda externa había llegado a 737 millones de dólares, que representaba casi el 19 % del PBI.^[5-7]

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

154 En este período hubo necesidad de reorientar la política nacional y las instituciones estatales hacia los nuevos roles asumidos por un Estado con perfiles sociopolíticos de carácter populista. Esta necesidad trató de ser satisfecha con la creación de nuevos

ministerios e instituciones, así como en la reestructuración de algunos de ellos, con un incremento significativo del número de organizaciones públicas, así como de empleados públicos. Al respecto de lo último, según estudios de E. V. J. Fitzgerald, el sector público empleaba en 1955 a 148 mil trabajadores, a 179 mil en 1960 y a 270 mil en 1967; asimismo, la participación del Estado en el PBI se incrementaba paralelamente, del 7,8 %, en 1955, al 8,5 %, en 1960, y al 10,6 %, en 1967.^[3]

El alto crecimiento económico permitió a estos gobiernos incrementar de manera significativa el gasto público –con excepción de los momentos de crisis y de gestión de Beltrán como ministro de Hacienda– y, en consecuencia, financiar el desarrollo de los servicios públicos y la infraestructura estatal, especialmente de educación, salud y fuerzas armadas, pero, al costo de acumular los desequilibrios fiscales. Se asistió, entonces, a un crecimiento sostenido, aunque no planificado del sector público y, por lo tanto, desordenado y con escasa racionalidad.

Recién en octubre de 1962, durante el gobierno de la Junta Militar, se creó el Sistema Nacional de Planificación de Desarrollo Económico Social del Perú; y en diciembre de 1962, se promulgó la Ley del Presupuesto Funcional de la República, que estableció el sistema de presupuesto por programas.

En ese sentido reformista, recién en abril de 1964, durante el gobierno de Belaúnde, se dictó un Decreto Supremo que crea la Oficina Nacional de Racionalización y Capacitación de la Administración Pública (ONRAP), cuyo objetivo era “proceder al reordenamiento de la estructura organizativa del sector público nacional, mediante la aplicación de las modernas técnicas de la administración”.^[3]

CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DE LA SOCIEDAD PERUANA

Desde el comienzo de la segunda mitad de la década de 1950, estaba empezando a producirse una recomposición de la sociedad peruana, como consecuencia de cuatro procesos sociales casi simultáneos: el fortalecimiento de las organizaciones laborales; el inusitado crecimiento de la población urbano-marginal; la agudización de la lucha de los campesino-serranos contra los gamonales; y la aparición de nuevos partidos políticos, representativos de las clases medias. Junto a estos procesos ocurría otro cambio de enorme trascendencia en el campo de las ideas políticas en el Perú. El apoyo que los primeros gobiernos populistas dieron a la educación secundaria había masificado los contingentes de jóvenes de los sectores medios y populares que aspiraban ingresar a la Universidad, como un medio de ascensión social. En esta situación, se promulgó la Ley Universitaria de 1960 (Ley N.º 13417), que provocó una expansión enorme de la población universitaria procedente de esos sectores. Como uno de los efectos de este cambio, al final de la década de 1960, “en la mayoría de escuelas y universidades públicas se había consolidado una

visión de la sociedad peruana que descalificaba la conquista y el papel desempeñado en nuestra historia por las clases altas, a la par que exaltaba los movimientos sociales. Esto es lo que Patricia Oliart y Gonzalo Portocarrero denominaron la “idea crítica”.^[8]

Además, estos cambios sociales se desenvolvían en un contexto continental convulsionado por movilizaciones sociales, que estimuladas por el éxito inicial de la revolución cubana amenazaban desbordar el orden demoliberal en América Latina en medio de la “Guerra Fría” mundial. Amenazas que dieron origen en el año 1961 a la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social, de Punta del Este, con los auspicios del gobierno de J. F. Kennedy. En esa reunión, Estados Unidos impulsó su propuesta de la “Alianza Para el Progreso”, como una nueva alternativa “democrática” para el desarrollo latinoamericano. Esta nueva alternativa y su instrumento formal aprobado en esta reunión, la “Carta de Punta del Este”, alentaron a los países a preparar planes integrados, de alcance nacional. La planificación permitiría, según los “desarrollistas” y los representantes norteamericanos, acelerar el progreso económico y social.^[83]

5.2. Desigualdad social en el Estado Oligárquico Populista

DISTRIBUCIÓN DESIGUAL DEL INGRESO NACIONAL

El primer estudio sistemático y cuantitativo sobre esta distribución en el país fue el desarrollado por el economista Richard Webb,^[9] que, mediante la utilización de una cobertura cercana al 92 % del ingreso nacional registrado en cuentas nacionales, encuentra que, en 1961, el 43 % del ingreso nacional se concentraba en manos del 5 % más rico de la población, mientras que el 1 % más rico concentraba 30,5 % de dicho ingreso; además el decil más rico poseía el 52,8 % del ingreso nacional, mientras que el decil más pobre poseía solo el 1 % del mismo. El rango de ingresos resultante puede resumirse así: la persona que se encuentre en el decil más rico recibe casi 50 veces más ingresos que el decil más pobre.

Con relación a los resultados de las políticas redistributivas del ingreso nacional aplicadas por los gobiernos populistas a partir del año 1935, tanto R. Webb como Adolfo Figueroa^[9] coinciden en estimar que no fueron los esperados. El primero señala que la distribución del ingreso empeoró entre 1950-1966, en tanto que muchos campesinos y otros trabajadores independientes sufrieron una disminución en sus ingresos reales y “quienes más necesitaban han sido los menos favorecidos”. Por su parte, Figueroa comenta que, a pesar del crecimiento generalizado que la economía peruana experimentó entre 1950 y 1966 y la mejora absoluta que hubo para la mayoría de la población, la desigualdad en ingresos se elevó hasta alcanzar un coeficiente de Gini de 0,60 a finales de ese período. La razón de esto, según Webb, es que en una economía dual la distribución del ingreso no puede mejorar mucho sin grandes transferencias horizontales (desde el sector moderno hacia el

sector tradicional). En el período estudiado, la mayor parte de la política social distribuyó ingresos dentro de los sectores productivos más ricos, al interior del sector moderno, y dejó de lado a los grupos más pobres, ubicados en el sector tradicional.

“Este período (1950-1966) fue de rápido crecimiento: 2,5 % per cápita anual. El cuartil más rico aumento su ingreso real en una proporción mucho mayor que el resto de la población (4 %). La población rural aumentó su ingreso en solo 1,3 % y el grupo más pobre, formado de pequeños propietarios campesinos (el 30 % más pobre del país) se mantuvo prácticamente estancado. Luego, el cuartil más rico fue el grupo que se benefició relativamente del crecimiento... los grupos más pobres son preferentemente personas que viven en el campo; y el cuartil más rico es preponderantemente urbano”. (A. Figueroa, 1975, p.159)

LAS DESIGUALDADES REGIONALES DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD

En lo que se refiere a las desigualdades en la cobertura de los servicios de saneamiento básico, de acuerdo a los datos del Censo Nacional de 1940, de 269 ciudades con más de mil habitantes solo 70 estaban dotadas de servicio de agua potable. El 50 % de la población total urbana disponía de agua potable y el 45 % de servicios de desagües; porcentajes que descendían al 38 % y al 30 %, respectivamente, si se excluían las ciudades de Lima y Callao. La población rural carecía de tales servicios.^[10,11]

En el año demográfico de 1942-1943 se obtuvo, por primera vez, información relativa a la proporción de defunciones registradas sin asistencia médica en el Perú. De ella se infiere que algo más de las dos terceras partes (67,7 %) de tales defunciones habrían sucedido sin auxilio médico en el momento del hecho; con variaciones regionales del 83,9 % en la sierra, 62,5 % en la selva y de 39,3 % en la costa.^[12] Aunque existía alguna información cuantitativa sobre diferenciales en la mortalidad registrada según variables biológicas y lugar de residencia, no se disponían de datos sobre los diferenciales según variables sociales.

Máxime H. Kuczynsky-Godard,^[13] por encargo de las autoridades de salud, realizó Encuestas Médico-sociales dirigidas al mejor conocimiento de la problemática de la población indígena. Los resultados de las encuestas fueron presentados, entre 1941 y 1945, en varias publicaciones. En el resumen de tres estudios que presenta, en una misma publicación, sobre la vida india en Puno y Cusco, fechada a fines de junio de 1945, denuncia de manera muy dura las deplorables e injustas condiciones en que sobrevivía esa población. Por su parte, en el año 1948, J. Chiriboga y R. Donayre^[14] se encargaron de remarcar los efectos epidemiológicos negativos de los continuos movimientos migratorios temporales, en búsqueda de trabajo, de la población rural en el país, y el escaso interés de las autoridades para controlar tales efectos.

Asimismo, en corroboración y complementación de los datos del Censo de 1940, estudios posteriores mostraban que la disponibilidad de servicios básicos era muy desigual a nivel de las capitales de distrito. Así por ejemplo, en 1959, una Comisión del Ministerio

de Fomento y del Servicio Cooperativo Interamericano de la Salud (SCISP) hicieron un estudio sobre las condiciones sanitarias existentes en 1 418 capitales de distrito del país, sin incluir Lima capital. En el Informe de la Comisión se afirma lo siguiente: solo 21 (1,4 %) capitales de distrito poseen servicios completos de agua, 218 (15,4 %) capitales de distrito tienen servicios, pero son deficientes, y el resto de las capitales de distritos –donde vive una población de aproximadamente 2 000 000 de habitantes– no poseen servicios de agua potable. Datos que no incluyen a la población rural que reside en anexos, villorrios o de manera dispersa, y que sobrevive en condiciones sanitarias generales aún más deplorables.^[15]

En 1954, el Consejo Superior de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) fundamentaba la necesidad de la formalización y la realización de un Plan Nacional de Sanidad Rural, mediante la señalización de la gravedad de los problemas de salud de la población rural y el abandono en que esta permanecía de parte del sistema oficial de cuidado de la salud:

“Hasta ahora la organización sanitaria del país está prácticamente circunscrita a la zona urbana, mientras que la zona rural carece de los más elementales servicios de atención médica y sanitaria permanentes (...) 35 de las 141 provincias del país carecen de médico (...) nuestra incipiente organización sanitaria se limita a nombrar Médicos Sanitarios y Obstetrices Titulares, sin proporcionarles un local adecuado para consultorio, ni facilidades para los más elementales exámenes de laboratorio. ¿Puede esperarse acción realmente fructífera de estos profesionales?”^[16]

Once años después, en un estudio efectuado sobre la situación de las postas médicas y los puestos sanitarios, que tenían la responsabilidad directa de prestar atención a la población rural, se mostraba que las condiciones de tales establecimientos continuaban siendo extremadamente precarias. De un total de 240 postas médicas, solo seis contaban con un local adecuado; por lo general, tenían equipos insuficientes, carecían de medios de comunicación propios; no eran supervisados; no recibían con oportunidad los medicamentos y otros insumos necesarios. Por otro lado, habían disponibles 775 plazas sanitarias, la mitad de las 1 569 capitales de distrito donde se asentaban estos locales. Del total de estos locales apenas 43 tenían un local construido para tal fin. El equipo era insuficiente y estaba deteriorado; faltaba equipo de refrigeración; no contaban con medios de transporte y las medicinas y los recursos materiales eran escasos.^[17]

Finalmente, a partir de 1965, se comenzaron a utilizar en el país las técnicas de análisis propuestas por el Método Cendes-OPS de programación. Con ellas el MSPAS identificó tres problemas como las fundamentales en el origen de las desigualdades en las condiciones de salud de los peruanos: insalubridad ambiental; escasez y mala utilización de alimentos; y, escaso grado de cobertura de la población con servicios permanentes de atención de la salud. Se estimaba que aproximadamente 3,5 millones de campesinos no tenían acceso a los servicios de salud modernos.^[18]

MOVIMIENTOS SOCIALES CONTRA LAS DESIGUALDADES

Movimientos obreros

Según el sociólogo Denis Sulmont,^[19] desde la crisis 1930-1933 hasta fines de la dictadura de Odría en 1956, el proyecto de desarrollo sindical y político del movimiento obrero clasista, que impulsara el grupo de Mariátegui, se vio bruscamente truncado a través de la represión. La organización y orientación de los trabajadores fue asumida por el Apra.

Entre los años 1956 y 1968, al ampliarse la penetración del capital extranjero en el país y diversificarse la economía, el proletariado se reactiva en el escenario político, junto con el campesinado y los sectores populares urbanos. También los sectores medios se movilizan y surgen nuevos partidos políticos, con propuestas reformistas que levantan expectativas de desarrollo nacional. Se asistió, entonces, a un activo proceso de sindicalización; con el resurgimiento de un “movimiento clasista” que radicalizó las movilizaciones laborales y permitió la reconstrucción, en el año 1968, de la Confederación General de Trabajadores del Perú (CGTP): “descartando el diálogo como medio para conseguir sus reivindicaciones, se pasó a las huelgas, marchas y ocupaciones de fábricas”^[20]

Movilizaciones campesinas^[21,22]

El objetivo de las rebeliones indígenas a lo largo del siglo XIX y principios del siglo XX había sido la defensa de las propiedades indígenas, luego desde la promulgación de la Constitución de 1920 el nuevo objetivo de lucha campesina era la recuperación de las tierras comunitarias.

Además, la persistente descapitalización del agro y el intercambio desigual entre el campo y la ciudad, incrementaron la secular pauperización del campesino, acentuada por los efectos de la “explosión demográfica” que empezó a partir de la década de 1950, y la sequía que hubo en el sur entre los años 1955 y 1958. En estas circunstancias, junto con el incremento de la inmigración rural hacia los centros urbanos en búsqueda de trabajo, se asistió a los movimientos campesinos por la tierra que tuvieron un desarrollo sin precedentes entre 1957 y 1965, que adquirieron un carácter masivo. Por primera vez en la historia peruana alcanzaron una dimensión nacional que comprometía a millones de campesinos en las movilizaciones más grandes que se habían vivido en el Perú desde fines del siglo XVIII. Estas movilizaciones se hicieron violentas en los valles de La Convención y Lares.

Esa situación crítica del área rural obligó al gobierno a tomar algunas medidas de reforma agraria, no sin antes reprimir a los sectores más activos de dichas movilizaciones. En marzo de 1963 se promulgó la Ley N.º 14444 que declaró como zona inicial de una primera reforma agraria circunscrita a los valles donde se habían efectuado las mayores luchas. Condición que produjo enormes movilizaciones campesinas y muchas de las tierras de las haciendas

tradicionales fueron así recuperadas, lo que obligó a la dación de una segunda ley, en 1964 a través aunque solo permitía la expropiación de las tierras de las haciendas tradicionales más pobres, sin afectar a los grandes terratenientes. El problema agrario quedó latente.

En el Perú de la década de 1960, la ausencia de reformas estructurales o la mediación de las mismas había decepcionado a los sectores progresistas, con erosión de la legitimidad social del régimen oligárquico-populista. Además de esas movilizaciones campesinas, se produjo la “primera guerra de guerrillas” en el país, entre junio de 1965 y enero de 1966, que termina con la derrota y muerte de los grupos insurgentes.

Movimientos migratorios y movilizaciones barriales^[23-26]

Por otro lado, la migración interna del campo a la ciudad, iniciada antes de la segunda posguerra mundial, era la principal variable demográfica que explicaba las altas tasas de un crecimiento desordenado de los conglomerados urbanos. Alrededor de ellos aparecen nuevos asentamientos creados por invasiones informales e ilegales de terrenos desocupados sin habilitación urbana. Son las “barriadas”, creada por los sectores pobres de la población migrante, en búsqueda desesperada de vivienda.

En la ciudad de Lima, las primeras de esas invasiones fundaron nuevos polos de expansión desde los cuales se fueron ocupando los espacios que los separaban del casco urbano, así se formaron lo que ahora son los conos sur y norte de la ciudad. En 1955 se registró un total de 79 barriadas en Lima, y se estimó que, en conjunto, acumulaban el 10 % de la población de Lima Metropolitana. Para 1970, el número de barriadas se incrementó a 273, con un total de 762 000 habitantes.

La migración del campo a la ciudad, significó el mayor hecho social de nuestra historia en el siglo XX. El perfil de las principales ciudades del país cambiaba, sus nuevos habitantes traían nuevas formas de pensar, de actuar y de vivir, se comenzaba a crear una nueva cultura urbana. Los migrantes se organizaron, primero, para la invasión de los terrenos y, luego, en defensa territorial de los espacios “conquistados” y en búsqueda de la titulación y la provisión de servicios básicos: agua, desagüe, luz eléctrica, escuelas, postas médicas, etc. Los gobiernos desde entonces buscaron establecer relaciones políticas clientelísticas con los movimientos barriales, mediante el intercambio del acceso a los servicios públicos básicos por el apoyo político de la organización barrial a las actividades del partido del Gobierno.^[23,24]

Según el sociólogo Julio Cotler,^[27] el fenómeno de las barriadas hay que interpretarlo como un proceso que formaba parte de los grandes cambios que anunciaban el final del dominio histórico de la presencia de la oligarquía tradicional en el escenario económico y político nacional. Proceso que al inicio fue un efecto de esa presencia y, luego, se convirtió en una de las causas de dicho final:

“La migración hacia las ciudades agudizó los sentimientos de desprecio y temor de los tradicionales sectores medios urbanos y de la clase dominante hacia los sectores populares campesinos. En la medida que la ‘indiada’ bajaba de las serranías rodeando tumultuosamente las ciudades costeñas, inundando con sus hábitos campesinos y su extraño hablar las ciudades ‘blancas y criollas’ (...) Temor y desprecio conjugaban los sentimientos de esas clases, que veían en esa marea un peligro contra la propiedad y las ‘buenas costumbres de la gente decente’. A los intereses clasistas se sumaban los sentimientos étnicos de los que consideraban tener ‘limpieza de sangre’. Por otro lado, la masiva migración a las ciudades (...) hizo patente que ni el Estado (...) ni la burguesía se encontraban en capacidad de satisfacer las exigencias de educación, salud, vivienda y trabajo de quienes llegaban a radicarse en las ciudades”. (J. Cotler, 1978, p. 289 y 292)

El proceso de “cholificación” descrito en 1964 por el sociólogo Aníbal Quijano, significará el nacimiento de una nueva cultura: la cultura migrante, emergente y “achorada”. Los antiguos indígenas serán tratados como cholos, pero en algún momento el tono despectivo se convertirá en tono descriptivo. La identidad chola se afina y el mestizaje cultural cobrará notoriedad. La discriminación hacia el migrante serrano pervive, pero la conquista de la ciudad se hará evidente: el comercio ambulatorio e informal, la difusión del arte de origen andino, la creación de múltiples distritos de origen migrante, redes de contacto entre coterráneos, etc. El desprecio a la “cultura chicha” coexistirá con el avance de una “cultura emergente”. El mito del progreso se impone en los migrantes y el neoliberalismo los incorporará a la cultura emprendedora, con pros y contras.^[28]

5.3. Justicia social en el Estado Oligárquico Populista

JUSTICIA Y DERECHOS SOCIALES: CONTINUIDAD Y CAMBIO

Sánchez Cerro había promulgado en abril del año 1933 una nueva Constitución Política que –con interrupciones provocadas por los gobiernos *de facto*– estaría vigente formalmente hasta 1980. En comparación con la de 1920, había ampliado la participación del Estado en materia de garantías sociales: estableció el reconocimiento del contrato colectivo del trabajo; la participación del Estado en las utilidades mineras y de los trabajadores en las ganancias donde sirven; el derecho del Gobierno de nacionalizar los transportes; la protección especial que se acuerda al matrimonio, a la familia y a la maternidad; el reconocimiento de su deber primordial de defensa de la infancia y los derechos de esta a la vida del hogar, a la educación, a la orientación vocacional y a la más amplia asistencia.^[29]

“Artículo 46. El Estado legislará sobre la organización general y las seguridades del trabajo industrial, y sobre las garantías en él de la vida, la salud y la higiene. La ley fijará las condiciones de trabajo, la indemnización por tiempo de servicios prestados y por accidentes, así como los salarios mínimos...”

Artículo 48. La ley establecerá un régimen de previsión de las consecuencias económicas de la desocupación, edad, enfermedad, invalidez y muerte; y fomentará las instituciones de solidaridad social, los establecimientos de ahorros y de seguros, y las cooperativas.

Artículo 50. El Estado tiene a su cargo la sanidad pública y cuida de la salud privada, dictando las leyes de control higiénico y sanitario que sean necesarias, así como las que favorezcan el perfeccionamiento físico, mental y social de la población.

Artículo 52. Es deber primordial del Estado la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia. El Estado defiende el derecho del niño a la vida del hogar, a la educación, a la orientación vocacional, y a la amplia asistencia cuando se halle en situación de abandono, de enfermedad o de desgracia...”. (Constitución Política del Perú. 1933)

La misma Constitución facultaba a los Concejos Municipales Departamentales para organizar, administrar y controlar, conforme disponga la ley, los ramos de Instrucción, Sanidad y Obras Pública de carácter departamental y demás que se relacionen con las necesidades de sus circunscripciones.

En 1948, como reacción social a las barbaries cometidas durante la Segunda Guerra Mundial, las Naciones Unidas habían asumido la obligación de declarar universalmente los derechos de la humanidad y redactó y aprobó un documento llamado Declaración Universal de los Derechos Humanos. El Perú dio fuerza de ley a la Declaración el 5 de diciembre de 1959, mediante Resolución Legislativa N.º 132282.

ADMINISTRACIÓN DE LA JUSTICIA Y CORRUPCIÓN

Según Alfonso Quiroz,^[30] en las décadas siguientes a la destitución de los miembros de la Corte Suprema por Leguía, el Poder Judicial adquiere un perfil más bajo en el recuento de la corrupción al que está dedicado su libro. Sin embargo, en todos los años del período 1933-1968 irregularidades de todo tipo se suceden, delitos evidentes se repiten una y otra vez, gobierno tras gobierno, sin encontrar condena en los tribunales. Durante el gobierno del general Manuel Odría, la corrupción campeaba en todos los sectores del Estado pero, ante la falta de una rigurosa fiscalización, las denuncias de escandalosos negociados “no tuvieron como resultado sanciones judiciales”. Esta constante de impunidad acompañó también al primer gobierno de Fernando Belaúnde, en el que se multiplican las denuncias periodísticas y parlamentarias sobre sobornos, tráfico de influencias y una modalidad delictiva que alcanzó gran importancia: el contrabando.^[30] Al final del período había un consenso general en describir a la administración de la justicia como muy lenta y parcializada con los poderosos.

SURGIMIENTO DE NUEVAS IDEAS SOBRE JUSTICIA SOCIAL

Augusto Salazar Bondy^[31] comenta que hacia el año 1955 –30 años después de la aparición de los primeros movimientos antioligárquicos– surgen en el país nuevas agrupaciones políticas, procedentes de los sectores medios radicalizados, con distintas orientaciones doctrinarias de justicia social. Es un momento del proceso peruano, en el que el aprismo tiene un viraje ideológico conservador, el partido comunista y los grupos socialistas siguen

sin hacer algún aporte significativo desde Mariátegui, y los grupos doctrinarios de derecha, de tipo fascista, como la Unión Revolucionaria, se han disuelto en la posguerra. Es también un momento en que emergen, al igual que en el pasado, nuevos movimientos políticos en respuesta a la agudización de los problemas económicos y sociales en el país, aunque ahora “están coordinados además con los más importantes sucesos de la política mundial y la evolución del pensamiento filosófico y socioeconómico contemporáneo”. Entre estos nuevos movimientos civiles, Salazar Bondy destaca tres: la Democracia Cristiana, Acción Popular y el Social-progresismo.

Por otra parte, es importante destacar que el Centro de Altos Estudios Militares (CAEM) había comenzado a desarrollar desde 1950, una doctrina de desarrollo nacional que orientó el pensamiento de los mandos de las Fuerzas Armadas peruanas durante las siguientes décadas. Pensamiento que se expresaría, de manera distinta, en las políticas económicas y sociales de la Junta Militar de Gobierno (1961-1962) y, luego, del autodenominado Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada. El punto de partida de esta doctrina era la tesis tomista de que la finalidad suprema y última del Estado es el Bien Común, definido como el orden social óptimo en el que el hombre y la sociedad pueden realizarse a plenitud; para luego, plantear que la problemática general del Estado es lo que se opone a dicho orden social. Problemática que debe ser enfrentada con una política general de Estado, entendida como las acciones que realiza un Estado en todos los campos de la vida del país para alcanzar el bien común. Posteriormente, en el mismo (CAEM), en función de los problemas que enfrentaba el país y en miras a lograr el bien común, distinguió dos objetivos generales: el bienestar general y la seguridad integral, los cuales son subsidiarios e interdependientes para lograr el bien común: “porque no hay bienestar sin seguridad, ni seguridad sin bienestar”.^[32]

5.4. Salud pública en el Estado Oligárquico Populista

Los enunciados de la Constitución de 1930 en el campo particular del cuidado de la salud, hacía necesario ampliar los objetivos y las responsabilidades de la organización oficial encargada de dicho cuidado. En estas nuevas circunstancias, el “modelo de salud pública” reemplazó al de salubridad pública, como parte de la nueva política social de los gobiernos oligárquicos-populistas. Modelo de gestión que estuvo conformado funcionalmente por tres componentes de muy baja integración: el estatal de salud pública, a cargo del Ministerio de Salud Pública; el de asistencia social, a cargo de las Sociedades Públicas de Beneficencia reorganizadas; y, el de la seguridad social constituido, a su vez, por el Seguro Social Obrero (1936) y el Seguro Social del Empleado (1948). Componentes ubicados funcionalmente en el SSPNS.

SALUD PÚBLICA Y SUBSECTOR PÚBLICO NACIONAL EN SALUD

El modelo organizativo del componente estatal de cuidado de la salud poblacional utilizado en la República fue formalizado, inicialmente, el 5 de abril de 1935, durante el gobierno de Oscar R. Benavides, cuando se promulga la Ley N.º 8124 que crea el primer Ministerio de Salud Pública, como una entidad ubicada en el primer nivel político-administrativo del Gobierno central.

El componente estatal creado en 1935 como Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social (MSPTPS); luego será reestructurado, en 1942, como Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Este último ministerio tendrá en su ámbito de gobierno a las nuevas entidades del SSPI en Salud: Servicio Cooperativo de Salud Pública (1942), Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social (1951), Servicio Especial de Salud Pública (1962), entre otros.^[3,33]

El mayor nivel político administrativo alcanzado por el nuevo modelo de gestión estatal del cuidado de la salud fue acompañado de un incremento efectivo de la capacidad de negociación real de sus autoridades en el ámbito presupuestal público. Capacidad que se expresó en la mayor prioridad gubernamental asignada al gasto público en el cuidado de la salud, el cual tuvo un incremento significativo y sostenido hasta el año 1967. Esta mayor prioridad permitió al Ministerio de Salud Pública implementar una política institucional de extensión de servicios, con altas inversiones públicas en la infraestructura de atención médica, así como asumir la responsabilidad, a partir de la década de 1950, de la provisión directa de servicios estatales de atención médica a la población menos favorecida, indigente o desempleada.

Las acciones operativas del nuevo componente estatal se ejecutaron a través, primero, de manera centralizada a través de los Servicios Nacionales de control de enfermedades específicas; y, luego, por medio de los Servicios Departamentales Desconcentrados del MSPAS, con la colaboración de los Programas del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (1942) y del Servicio Departamental de Ica (1945), financiado por la Fundación Rockefeller.

Los Servicios Departamentales incluyeron en sus programas operativos desconcentrados, primero, la ejecución de todas las actividades preventivas, y, luego, la de las actividades preventivas con las asistenciales. Sustentado en la percepción de la unicidad del proceso de salud-enfermedad, el concepto de “atención integral de la salud” se constituyó, desde la década de 1950, en un tema básico en el discurso sanitario peruano, aunque existieron dificultades para su aceptación por el personal de salud, especialmente en el nivel operativo.^[3,33]

CIENTIFICIDAD DE LA SALUD PÚBLICA

Salud pública en Estados Unidos y Europa^[34,35]

En Estados Unidos y Europa, desde el final del período anterior, miembros de la comunidad médica habían comenzado a presentar argumentos válidos sobre las limitaciones de una epidemiología que por su carácter positivista, impedía su utilización para el estudio de “patologías sociales”, generadoras de desigualdades y conflictos. Las debilidades teóricas de la Epidemiología de Frost y Stallybrass ya estaban evidenciadas, y la aplicación de los postulados de Koch había perdido su validez inicial. Se proponía retornar al enfoque holístico del cuidado de la salud, que entendía a la salud sobre la base de las relaciones entre el hombre y los diversos elementos de su ambiente.

Más aún, después de la II Guerra Mundial, esas debilidades teóricas se hacen más evidentes en los países desarrollados cuando se intenta seguir explicando, de manera lineal y unicausal, el origen de las enfermedades crónicas, las “nuevas epidemias” de la posguerra. Además, ya existían evidencias empíricas que vinculaban las conductas individuales con las enfermedades crónicas y se estaba construyendo un marco teórico basado en las ideas de multicausalidad. Gordon (1950) y Leavell y Clarck (1953) recogen esas ideas y evidencias y proponen un nuevo enfoque de la epidemiología, como ciencia centrada en la “historia natural de la enfermedad”. Luego, se plantearían los conceptos de “cadena de causalidad” y de “red de la causalidad”, este último formalizado por Brian MacMahon. Desde la década de 1960, con la introducción de la computación en el campo de la Epidemiología de los Riesgos, se comenzaron a utilizar modelos matemáticos que posibilitaron el análisis cuantitativo de las relaciones de esos múltiples factores de riesgo.

La salud pública peruana^[3,33]

Al iniciarse este período, las intervenciones sanitarias en el Perú continuaban teniendo sus fundamentos teóricos en el modelo explicativo biomédico que había adquirido un dominio casi total en las propuestas de los sanitaristas nacionales desde la década de 1920. Sin embargo, la influencia de los avances las teorías de la salud pública y de la medicina preventiva estadounidenses comenzó a estar presente en el país desde la década de 1940, por medio de los programas de demostración que el MSPAS mantenía en nuestro territorio, con el apoyo de la Fundación Rockefeller, el Gobierno de Estados Unidos y la Oficina Panamericana de la Salud. Además, fue a través de los programas de becas internacionales ofertadas por las organizaciones de cooperación externa en salud que la mayoría de los profesionales de salud peruanos –destinados a ocupar los más altos cargos en la conducción y gestión de las instituciones de salud nacionales– recibieron su capacitación posgrado en aquellas disciplinas.

Por esas razones, los modelos teórico y de gestión estatal de salud pública en el Perú, al igual que en otros países latinoamericanos, eran fundamentadas teóricamente en las proposiciones biomédicas y afines de la epidemiología de enfermedades transmisibles, la medicina preventiva, la administración sanitaria, el saneamiento ambiental y la educación sanitaria que eran difundidas en esos años por las escuelas de Salud Pública latinoamericanas que seguían las orientaciones científicas del informe Welch-Rose (1916). En el año 1964, funcionaban en la Región de las Américas un total de 36 de estas escuelas. La de Lima había iniciado sus actividades en este mismo año de 1964.^[33]

LEGITIMIDAD DE LA SALUD PÚBLICA

El discurso político oficial

Los gobiernos populistas peruanos, como respuesta parcial –implícita o explícita– a las exigencias de los movimientos antioligárquicos y a las demandas de los nuevos actores sociales ya mencionados, expresó en su discurso político, durante este período, sus intenciones de ampliar y fortalecer la infraestructura pública, en los ramos de educación, salud y seguridad social.

Las autoridades gubernamentales legitimaron el nuevo modelo sanitario, durante todo este período, con un discurso socialdemócrata procesado de manera distorsionado por el populismo peruano, concibiéndole como un instrumento de acumulación del “capital humano”; indispensable tanto para el crecimiento de la economía como del tamaño demográfico del país. En este sentido expresaron, hasta inicios de la década de 1960, una gran preocupación por el “escaso” tamaño de la población en relación con la superficie de nuestro territorio, no obstante la existencia en este territorio de “inmensas posibilidades de trabajo y de riqueza”. Se trataba de aumentar tanto la cantidad como la calidad del “capital humano” disponible como fuerza de trabajo y, luego, incrementar su productividad, a través de medidas destinadas a reducir los riesgos de enfermar y morir, así como a promover una mayor natalidad. Las políticas de salud se legitimaban, entonces, con argumentos utilitaristas antes que con razones morales. El incremento de la población peruana sana era entendido como un medio para el progreso del país antes que como un fin en sí mismo.

Esas orientaciones se explicitaron tempranamente en el mensaje leído, el 25 de marzo de 1939, por el presidente Benavides^[36] al final de su gestión gubernamental:

“Si naciones superpobladas impulsan el desarrollo de su capital humano por todos los medios que la ciencia pone al alcance del Estado, con mayor razón debemos hacerlo nosotros, pues la población del Perú es exigua, comparada con la superficie de nuestro territorio, y sus inmensas posibilidades de trabajo y de riqueza”.

Asimismo, durante el primer gobierno de Manuel Prado^[37] se mantienen esas orientaciones, aunque con énfasis la protección eugenésica materno-infantil y, tal como se constata

leyendo algunos párrafos del discurso que Prado pronunció, en julio de 1943, con ocasión de la ceremonia inaugural del Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia:

“La conciencia social contemporánea ha incorporado a las funciones ineludibles del Estado, en el vasto campo de la política asistencial, el imperativo deber de amparar a la niñez (...) Considerando que no es posible ir a la formación de una raza sana y fuerte sin precaverla de las posibles taras hereditarias, se vigila con riguroso celo, el certificado médico prenupcial, a cuyo cumplimiento estricto debe contribuir la colectividad, porque es el punto de partida del problema que nos ocupa (...) La campaña médico-social del Gobierno gira alrededor del binomio madre-niño, teniendo en cuenta que el niño ha de traer al mundo la esencia de sus progenitores. Por eso he dedicado todo mi interés al mejoramiento de los Servicios Especiales destinados a tan patriótica como elevada función...”.

Similares orientaciones políticas en salud se encuentran en un discurso leído, el año 1947, por el mismo presidente José Luis Bustamante y Rivero.^[38] Los párrafos pertinentes contenidos en el discurso se transcriben a continuación:

“Si la defensa del capital humano debe constituir, por la naturaleza misma de las cosas, una de las mayores preocupaciones de todo Gobierno, representa para el que yo presido un objetivo obsesionante y primario por las peculiares condiciones del Perú (...) País el nuestro de escasa población en relación con su área territorial, la falta de hombres se deja sentir en él con mayor apremio cada día debido al ritmo acelerado de progreso que va adquiriendo y a la creciente demanda de inteligencias y de brazos para sus actividades profesionales e industriales...”.

Posteriormente, durante el régimen de Odría, la racionalidad populista de la política de salud fue similar a la utilizada por los anteriores regímenes. Junto al clientelismo existieron motivaciones vinculadas con la idea que la salud era un gasto en favor de la productividad industrial, la erradicación de la pobreza y la modernidad. El sociólogo francés Sulmont^[19] resume su carácter y sentido calificándola de una política social sin democracia.

Por otra parte, con la Carta de Punta del Este de 1961 y, en especial con la aprobación del Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso (Resolución A.2 de la citada reunión) los países de las Américas convinieron en legitimar la necesidad de ejecutar un plan de salud pública de ámbito continental para desarrollar programas sanitarios y, defender en suma, el capital humano. En la Carta se había subrayado las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar; así como, que los programas sanitarios son esenciales y complementarios de los económicos. Dos años después las autoridades del MSPAS reconocían que:

“la finalidad última de la salud pública en el país es mantener la máxima eficiencia física, mental y social de la población a su cuidado, como un medio para elevar los índices de producción y economía, haciendo más eficiente al hombre, que es el elemento motor de la economía”.

Finalmente, al término del primer gobierno de Belaúnde, se elaboró el Plan Sectorial de Salud 1967-1970, donde se definió una política de salud básica. Este Plan no llegó a ser aprobado por la interrupción anticonstitucional del gobierno.^[18]

LEGALIDAD DE LA SALUD PÚBLICA

Creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social^[3,33]

El 5 de octubre de 1935, durante el gobierno de Benavides, se promulgó la Ley N.º 8124 que en su artículo 3.º prescribe:

“crease el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social (MSPTPS), que comprenderá los Departamentos o Direcciones de Salubridad, de Trabajo, de Previsión Social y Asuntos Indígenas del actual Ministerio de Fomento, y el Departamento de Beneficencia del actual Ministerio de Justicia”.

El primer ministro del nuevo Portafolio fue el doctor Armando Montes de Peralta. Quince meses después de la creación del Ministerio se formalizó, por Decreto Supremo de 15 de enero de 1937, la reestructuración de la Dirección General de Salubridad.

La creación del MSPTPS significó un reconocimiento formal del Estado peruano de la importancia de integrar y centralizar las acciones públicas de los sectores de salud pública, trabajo, previsión y asistencia social bajo solo un comando nacional. Pero pronto se haría evidente que la asignación de cuatro sectores de gobierno a un solo ministerio era excesiva, en las circunstancias vigentes en esos años.

En consecuencia de lo comentado en el párrafo anterior, el 11 de diciembre de 1942, a mediados del primer gobierno de Prado, se promulgó la Ley N.º 9679, por la cual las Direcciones de Trabajo y de Asuntos Indígenas, del MSPTPS, se transfirieron al Ministerio de Justicia. La misma norma ordenó que, a partir de esa fecha, el MSPTPS debía ser denominado: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), así, de nuevo, la Dirección General de Salubridad quedó en un segundo nivel político-administrativo pero, ahora, en el campo de la salud pública.

El MSPAS orientó sus primeros esfuerzos a las campañas higiénico-sanitarias dirigidas desde el nivel central, a través de los Servicios Nacionales de Salud. Estos eran dependencias de gestión centralizada del Ministerio para sus acciones de control sobre un específico problema de salud que afectara significativamente la población nacional. Sus Departamentos Técnicos, en el nivel central, coordinaban, dirigían y controlaban verticalmente a los Servicios Especiales, ubicados en el nivel periférico, que correspondían a su área técnica. Al final del año 1945, funcionaban nueve Servicios Nacionales que concentraron los recursos del Ministerio, en detrimento de los Servicios Funcionales Ejecutivos, órganos desconcentrados del MSPAS. Además, en la década de 1940, es cuando se crea e inician sus actividades de administración de servicios de salud en el país tanto el Servicio Cooperativo de Salud Pública como el Servicio Departamental de Ica. Este último con apoyo de la Fundación Rockefeller.

Cambios en la organización del MSPAS^[3,33]

Al inicio del gobierno de Bustamante, la Resolución Suprema del 2 de diciembre de 1945 formalizó la primera reorganización del MSPAS: reemplazó la antigua Dirección General de Salubridad por la Dirección General de Salud Pública. El plan de reorganización estaba orientado a enfatizar las actividades preventivo-promocionales, así como a impulsar la desconcentración administrativa, mediante la desactivación progresiva de los Servicios Nacionales y la transferencia de sus recursos operativos a las Unidades Sanitarias Departamentales, que reemplazaron a los Servicios Funcionales Ejecutivos, para quedar encargadas de integrar la gestión y ejecutar todas las actividades higiénico-sanitarias en el nivel local, con el apoyo técnico de los Departamentos Técnicos del nivel central. Sin embargo, de manera contradictoria con el citado plan, uno de los cambios más importantes de la política de realizaciones del Ministerio fue la alta prioridad asignada a la construcción y administración de hospitales de su propiedad. Es así, que en julio de 1946 se promulgó la Ley N.º 10628, que autorizó al Poder Ejecutivo para que procediera a la ejecución del primer plan de construcción de una red de 40 hospitales del MSPAS, que estarían a cargo de las actividades asistenciales.

Luego, en agosto de 1951, se modificó por segunda vez la organización del MSPAS, con los propósitos de impulsar todos los programas del ministerio, unificar servicios de objetivos análogos y obtener la apropiada coordinación en la producción de las actividades higiénico-sanitarias y las asistenciales. Decreto que en realidad, solo modificó el nivel central del Ministerio. Por vez primera se establecía en el Ministerio, tres direcciones generales: la de Salud Pública, la de Asistencia Social Hospitalaria y la de Administración. Las funciones de carácter higiénico-sanitario o preventivo-promocional, seguían a cargo de la Dirección General de Salud Pública; mientras que las de carácter recuperativo-asistencial, quedaron a cargo de la Dirección General de Asistencia Social y Hospitalaria.

Seis años después, al iniciarse el segundo gobierno de Manuel Prado, en julio de 1957, en el Organismo Central del MSPAS las acciones de conducción técnico-normativa de los programas preventivo se mantenían separadas de las que correspondían a los programas asistenciales. No había entre las direcciones generales responsables ninguna relación, inclusive había emulaciones y celos por los ámbitos y recursos asignados, conductas que promovían la ineficiencia. Con la intención de corregir esta situación, se aprobó el Decreto Supremo de 14 de junio de 1957, que estructuró de manera distinta la institución encargada de la conducción del ramo de la salud pública. Apareció una poderosa Dirección General de Salud, como única instancia política-administrativa entre el Despacho Ministerial y las otras direcciones del Ministerio. Esta Dirección tenía el propósito explícito de avanzar y fortalecer la aplicación del principio de la integralidad en la organización y en la dinámica del Ministerio, y hacía desaparecer la indeseable y artificial división entre lo preventivo-promocional y lo recuperativo-asistencial.

Posteriormente, durante el primer gobierno de Belaúnde, se produjo la reorganización del MSPAS de 1965, con la intención de avanzar en el proceso de desconcentración de las decisiones. Las Áreas de Salud reemplazaron a las Unidades Sanitarias Departamentales, como órganos desconcentrados del Ministerio, y pasaron a depender directamente de la Dirección General de Salud, por lo que la Dirección de Áreas de Salud fue desactivada como instancia intermedia en la toma de decisiones. Las Jefaturas de las Áreas de Salud se empoderaron, ahora debían actuar como dependencias directamente responsables del cumplimiento de las acciones integradas de promoción, protección y recuperación de la salud en un determinado espacio geográfico administrativo.

Al final de este período había un consenso general en que si bien se había logrado la integración administrativa de las dependencias del MSPAS, persistía la desarticulación técnica entre “lo preventivo-promocional” y “lo recuperativo-asistencial” en el trabajo cotidiano de los trabajadores de salud pública. Además, la autoridad política-administrativa sanitaria en el nivel local, delegada por el director general de Salud en las personas de los Jefes de las Áreas y las Unidades de Salud, no llegó a ser establecida satisfactoriamente. En gran parte, este pobre resultado del proceso de desconcentración operativa era consecuencia de las limitadas posibilidades presupuestales del ministerio, la escasa disponibilidad en el nivel periférico de personal profesional especializado convenientemente adiestrado y la actitud negativa de los directivos de las estructuras técnicas del nivel central para actuar de la manera establecida por la norma. Así, se reconocía las atribuciones de las autoridades sanitarias locales.

La sanidad rural^[3,33]

Las nuevas denuncias sobre las deplorables condiciones de vida y de salud de la población indígena de la sierra, así como del abandono que el Estado seguía haciendo de ella, revalorizó el problema indígena en la agenda política de la salud pública. Revalorización que se expresaría en distintas propuestas y experiencias de Sanidad Rural, así como en una preocupación por conocer mejor la situación médico-social de dicha población.

Al respecto, el movimiento político indigenista peruano iniciado en el período anterior se había mantenido activo en los centros urbanos del sureste andino hasta comienzos de la década de 1940. En este limitado contexto y en una línea esencialmente educativa, se desarrollaron en Puno dos propuestas indigenistas de respuesta a los problemas de la sanidad rural. La propuesta rijcharista desarrollada por Manuel Núñez Butrón, a partir de la negación de las posibilidades de la Sanidad oficial; así como la propuesta del ayllu, diseñada por José Marroquín, a partir de la afirmación que dichas posibilidades aún no estaban agotadas, y que llegaría a ser aplicada parcialmente en Puno por un corto período.

Núñez Butrón dinamizó al indigenismo con la fundación, en Puno del movimiento Rijchari (despertador), con la finalidad de asociar al cuidado oficial de la salud a los curanderos

indígenas y los herbolarios campesinos, mediante la transmisión de conocimientos profilácticos de medicina moderna para perfeccionar sus prácticas populares. Sus *rijcharis* eran promotores de salud reclutados entre los mismos indígenas aimaras y quechuas. Era una fusión de medicina tradicional y medicina moderna, pero, sobre todo, articulaba la salud con la educación y la mejora de los estilos de vida de la población indígena, realiza grandes esfuerzos para impulsar la alfabetización, la higiene y la lucha contra el alcoholismo. Este movimiento, iniciado a comienzos de la década de 1930, se fue debilitando a lo largo de la siguiente década, para desaparecer en el año 1952 con la muerte de su fundador.

Conformación del Subsector Público Independiente en Salud^[3,33]

Como resultado de la Segunda Guerra Mundial y de la política planteada en la Conferencia de Cancilleres de Río de Janeiro celebrada en 1942, se establecieron relaciones de cooperación, en materia de salud pública, entre el Perú y Estados Unidos, a través del Instituto de Asuntos Interamericanos. En 1942 se aprobó el contrato de cooperación entre el Gobierno Peruano y la Instituto de Asunto Interamericanos de Estados Unidos para la creación de un Servicio Especial, denominado Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), como organismo autónomo, directamente subordinado al MSPAS. La llamada Campaña Sanitaria en la Región de la Selva, primera actividad realizada por el SCISP, se organizó bajo la concepción dominante en la salud pública estadounidense.

Los programas del SCISP no se limitaron a enfrentar problemas técnicos operativos, sino que se preocuparon en capacitar al personal nacional para que tomara paulatinamente a su cargo la responsabilidad de conducir los programas y proyectos de salud. De esta manera, muchos profesionales realizaron ciclos y cursos de orientación en los servicios operados por el SCISP o revieron becas de entrenamiento en universidades extranjeras. Finalizado el contrato con el Gobierno de Estados Unidos, el SCISP fue reemplazado en el año 1962 por el Servicio Especial de Salud Pública finalmente fue desactivado en 1969.

Un experiencia señera en la búsqueda de integrar los servicios sanitarios de manera análoga a las Unidades Locales de Salud de Estados Unidos de se conformó en 1945 en el Servicio Departamental de Salud de Ica, organizado por la Fundación Rockefeller. Cabe señalar que esta fue una de las primeras experiencias mundiales que incorporó antropólogos al equipo de salud.

En agosto de 1940, se crea en el MSPTPS, el Departamento Nacional de Higiene Industrial, al que se le encargó funciones preventivas frente a las enfermedades profesionales, aunque sin haber previsto las fuentes de financiamiento necesarias para cumplir dichas funciones. Recién el 12 de marzo de 1947, gracias a la gestión de Alberto Hurtado, se promulgó la Ley N.º 10833, que dispuso la contribución del 1,8 % del valor de las planillas de las empresas mineras y conexas para estos fines.

El Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública (INHSP) fue creado en 1938, en reemplazo del Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia. Con el objeto de que el nuevo Instituto pudiera cumplir con su finalidad –investigar los problemas vinculados con la patología humana y animal, y preparar los productos biológicos necesarios– se fusionaron, primero, los recursos del antiguo Instituto con los que pertenecían a los laboratorios del Dispensario Antituberculoso de Lima y del Servicio Nacional Antipestoso; y, luego, con los del Instituto Bacteriológico Peruano S.A., que había sido adquirido por el Gobierno con este propósito. En 1957, con la reestructuración del Ministerio, el INHSP se convirtió en el Instituto Nacional de Salud (INS), siempre como dependencia de la Dirección General de Salud del MSPAS.

En el año 1951, se crea el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, como dependencia del MSPAS, con el fin de “contribuir con los recursos que le asigna la ley a la realización de obras y servicios destinados a mejorar las condiciones sanitarias del país, promover la defensa de la salud y propugnar el bienestar general”.

Entre los objetivos formales del Fondo se señalan los siguientes: controlar y prevenir las enfermedades evitables y transmisibles; implantar y difundir los servicios de protección y asistencia a la madre y al niño; construir y mejorar los servicios de abastecimiento de agua potable y eliminación de aguas cloacales; construir, terminar y ampliar hospitales; proporcionar apoyo técnico y económico a las beneficencias públicas y otras entidades de asistencia social, e incrementar la construcción de la infraestructura social. Para esto, se le asignaron rentas apreciables, así como la necesaria amplitud y flexibilidad administrativa para la ejecución de sus objetivos.

Sanidades de las Fuerzas Armadas y de las Fuerzas Policiales^[3,33]

En la Sanidad del Ejército, se aprobó el primer Reglamento del Servicio de Sanidad del Ejército en Tiempo de Paz, que luego sería modificado por sucesivas Resoluciones Supremas de 1945 y de 1956. En 1943 se nombró a la Comisión encargada de elaborar el Programa Funcional y se iniciaron las obras físicas del nuevo Hospital Militar Central.

La Sanidad de la Marina inició el período 1935-1968 como una Jefatura de la Dirección de Personal de la Marina, pero en 1948 ya era identificada como el Servicio de Sanidad Naval, y desde 1956 como Dirección de Sanidad de la Marina. También en 1956 comenzó a operar su nuevo Centro Médico Naval.

Con la creación del Ministerio de Aeronáutica en 1941, su personal se escindió del de la Marina, para dar paso a la creación de la Sanidad de Aeronáutica, como un Servicio del Cuerpo Aeronáutico del Perú. El Hospital Central de la FAP sería inaugurado recién en 1970.

172 En 1940 se promulgó la ley que reconocía a la Sanidad de Gobierno y Policía, por su naturaleza técnica, como una Dirección autónoma y dependiente directamente del ministro del ramo.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA PÚBLICA

Desde inicios de la década de 1940, las autoridades del MSPAS identificaron al déficit en infraestructura hospitalaria, en especial en las grandes ciudades fuera de Lima, como un problema a ser atendido de manera prioritaria. Déficit que se agravaba, por el uso ineficiente de la disponible, así como por la obsolescencia y falta de mantenimiento de los hospitales de Beneficencia de provincia. En respuesta inicial a tal problema, se creó, por Ley de Presupuesto de la República, de 1941, el Departamento de Asistencia Hospitalaria y Beneficencia, como dependencia técnica de la Dirección General de Salubridad del MSPAS y se le encarga la ejecución del primer Plan de Red de Hospitales que consideraba la construcción y equipamiento de una red de 40 hospitales, que totalizarían 7 030 nuevas camas hospitalarias a un costo de 76,6 millones de soles.^[3,33,39]

Durante el segundo gobierno de Manuel Prado se logró formulación del nuevo Plan Nacional Hospitalario para la construcción y equipamiento de 31 hospitales –con 3 750 camas– y 113 postas médicas y sanitarias, así como el trámite exitoso de su financiamiento nacional e internacional.

En julio de 1968, el Fondo informaba que, desde su creación, había construido 30 nuevos hospitales (con una capacidad por unidad que variaba entre 130 y 320 camas arquitectónicas) en 20 departamentos; remodelado y terminado 11 hospitales; construido 15 centros de salud en 15 ciudades de más de quince mil habitantes; 60 postas médicas en ciudades de más de cinco mil habitantes y 80 postas sanitarias en pueblos o villorrios de más de 500 habitantes; así como 300 locales para servicios de salud construidos y equipados con participación de distintas entidades y de la comunidad.^[3,33]

LA SOCIEDAD PERUANA DE SALUD PÚBLICA: FORO POR LA REFORMA DE LA SALUD

A principios de 1948, un grupo de profesionales peruanos del MSPAS que regresaban al país después de su capacitación especializada en las Escuelas de Salud Pública extranjeras iniciaron, con algunos miembros de la Asociación Nacional de Higienistas, decidieron relanzar la Asociación como una institución científica y gremial de carácter multiprofesional en el campo de la salud pública bajo la denominación de Sociedad Peruana de Salud Pública (SPSP). Esta entidad fue instalada en agosto de 1959, en sesión presidida por el doctor Luis Ángel Ugarte Ocampo y que contó con la presencia del ministro de Salud Pública y Asistencia Social, doctor Edgardo Rebagliati Martins.^[40]

La Sociedad Peruana de Salud Pública tuvo una actuación descollante en el debate sobre los temas políticos y administrativos vinculados con el cuidado de la salud colectiva, entre los años 1962 y 1968, período en el que se realizó tres congresos nacionales de Salud Pública.

Las conclusiones y las recomendaciones de estos eventos se constituyeron en orientaciones para la organización de la acción sanitaria en las dos siguientes décadas.

En el año 1962, al final del I Congreso Nacional de Salud Pública, en la llamada Declaración de Salud de Huampaní,^[41] los sanitaristas definen, por vez primera, los diez Principios que van a orientar hasta el siglo XXI el pensamiento y el discurso de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud. Estos principios que conformarán el núcleo de la doctrina sanitaria peruana son los que se enuncian a continuación:

- La salud es un derecho inalienable de todos los habitantes del Perú, sin distinción alguna.
- La salud pública es de responsabilidad de la colectividad con la participación técnica y económica del Estado.
- La salud es un fenómeno unitario y, por ende, las acciones tendientes a fomentarla, protegerla y recuperarla deben estar integrada.
- La salud, la economía y la cultura son interdependientes; por lo tanto, la salud es requisito indispensable para el Desarrollo Económico y Social del país.
- La política sanitaria del país debe ser determinada por el Estado en forma tal que se traduzca en un Plan Nacional de Salud integrado dentro del Plan General de Desarrollo del país.
- Los problemas de salud incluyen características locales, que deben ser tomadas en cuenta en el proceso de Planificación.
- La salud del individuo y del grupo es una necesidad básica de la comunidad; por lo tanto, es su responsabilidad participar activamente en la organización y en el funcionamiento y desarrollo de los organismos locales de salud.
- Los organismos estatales y paraestatales que actualmente tienen a su cargo actividades de salud deben integrar sus programas hasta conformar progresivamente un Servicio Nacional capaz de atender en forma eficiente a todos los habitantes del país;
- Los limitados y dispersos recursos destinados a satisfacer las necesidades sanitarias deben ser incrementados, y debe planificarse su unificación para ser mejor utilizados;
- La complejidad de los problemas de salud pública requiere de un equipo de trabajadores con diferentes conocimientos y capacitación en ciencias y disciplinas naturales y sociales, guiados por una misma doctrina, adecuadamente remunerados y con las garantías del Escalafón y perfeccionamiento profesional. (Actas y Trabajos I Congreso Nacional de S.P., 1962, p. 33).

En el segundo congreso, efectuado en 1965, se recomendó la conformación de un Servicio Nacional de Salud que incorpore bajo un comando único a las diversas entidades del sector. En el tercero, realizado en 1968, se recomendó, de manera especial, la preparación de un anteproyecto sobre la organización y funcionamiento de un Servicio Único de Salud.^[3,33]

5.5. Asistencia y seguridad social en el Estado Oligárquico Populista

ASISTENCIA SOCIAL Y BENEFICENCIA

Pérdida de legitimidad de la asistencia social

En 1937, las Sociedades de Beneficencia Pública seguían siendo las principales responsables de la asistencia hospitalaria en el país. De un total de 70 hospitales públicos y privados en operación, 54 de ellos, con casi el 90 % del total de camas hospitalarias disponibles, eran de su propiedad. Pero los problemas financieros para la operación y mantenimiento de estos nosocomios, iniciados en el período anterior, se incrementaron sensiblemente en las siguientes décadas. Muchos de sus hospitales ubicados en provincias tuvieron que ser clausurados o eliminados por irrecuperables; especialmente, en localidades donde el Ministerio comenzó a construir y operar hospitales.^[3,33]

La casi totalidad de los hospitales de Beneficencia Pública estaban mal administrados: funcionaban según las normas anacrónicas de la asistencia semiconventual caritativa y gratuita; con serios problemas administrativos y financieros. Sin embargo, entre 1939 y 1945 fueron creadas 16 nuevas Sociedades Públicas de Beneficencia en diferentes provincias del país. Al final de 1946, el doctor Miguel Ángel Delgado,^[42] informaba que la situación de la infraestructura de la casi totalidad de los hospitales de las Beneficencias era extremadamente precaria en el país:

“... muchos con más de cien años de existencia, pues aún se conservan algunos de la época de la Colonia; que aproximadamente treinta de ellos carecen de agua potable y que usan como desagües acequias abiertas, que en un número más o menos igual, no poseen energía eléctrica y ninguno tiene vapor y agua caliente, que a los más le falta no solo servicio de Rayos X, laboratorio, esterilización, desinfección. etc., sino también (otros) elementos indispensables (...) En cuanto a su organización, ninguno está conveniente y modernamente organizado; la acción de los médicos no se expresa ni en la función directriz, la que en general está en manos de profanos”. (M. A. Delgado, 1947, p. 275-276)

Tradicionalmente las rentas propias de las Beneficencias Públicas para desempeñar su labor social y asistencial, provenían de legados, donaciones, herencias, etc. Pero conforme avanzaban los años, las rentas propias eran cada vez más insuficientes para cubrir los presupuestos operativos de la mayor parte de las Beneficencias; los déficit que en algunos casos alcanzaban el 80 % del total, tenían que ser cubiertos por subvenciones del Gobierno. Además, debían recibir subvenciones extraordinarias para sus gastos de capital, con cargo a partidas del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.^[43]

En el año 1965, las subvenciones del Gobierno tenían que financiar, en promedio, el 40 % de los gastos operativos de las Beneficencias, con un rango de variación entre el 5 % y el 91 %

del gasto. La proporción de los subsidios era mayor en las ciudades menores, donde las beneficencias tenían muy escasos recursos. Estos presupuestos operativos, casi siempre deficitarios solo les permitían administrar personal con remuneraciones muy bajas y en circunstancias de un deterioro progresivo de la calidad de los servicios prestados. Esta situación, obligó a numerosos Convenios del MSPAS con las Beneficencias interesadas, por los cuales estas transferían por 30 años el patrimonio del hospital de su propiedad para que fueran administradas por el Ministerio.^[44]

Al final del período, del total de 113 Beneficencias existentes en el país, solo 58 administraban hospitales, que en conjunto acumulaban el 28 % del total de camas hospitalarias disponibles en el país. En los últimos años, su número había disminuido significativamente, como consecuencia de las transferencias descritas y de la pérdida de las ubicadas en establecimientos clausurados y eliminados por irrecuperables.

Cambios legales en las beneficencias^[33]

En 1935, se aprobó la Ley N.º 8128, Ley Orgánica de Beneficencias, que reemplazó a la anterior, de 1893. La nueva norma estableció que cada Sociedad debía operar bajo la dirección administrativa de su Junta General y la supervigilancia del Ministerio del ramo de Asistencia Social. Solo las Beneficencias Públicas podían adquirir por donación o testamento bienes inmuebles o rentas perpetuas. También prescribía que para subvenir y cooperar a la satisfacción total de las necesidades de los hospitales y demás establecimientos análogos de asistencia pública, además de las cantidades que destinen las Beneficencias para este objeto, el Gobierno entregará a las Beneficencias Públicas las cantidades que fuera menester. En cumplimiento de esta ley, el MSPTPS asumió, a través de la Sección Administrativa de la Dirección de Salubridad, la supervigilancia de las Beneficencias del país.

SURGIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERÚ

Legitimidad del seguro social en salud

Después de la primera guerra mundial, los sistemas de seguros sociales se desarrollaron rápidamente en el mundo occidental, y la protección social se incluyó en los programas de las organizaciones internacionales recientemente creadas, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Conferencia Internacional de Uniones Nacionales de Mutualidades y Cajas de Seguro de Enfermedad. Esta última, iniciaba sus acciones en Bruselas en octubre de 1927 y posteriormente se convertiría en la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS). En 1935, el presidente de EE. UU. aprobó la Ley de la Seguridad Social, que acuñaba un nuevo término que combina “seguridad económica” con “seguro social”.^[3,45,46]

Para explicar el sentido de las leyes de creación de los seguros sociales en el Perú, Edgardo Rebagliati afirmaba que su contenido se inspiró, en lo general, en las normas usuales de

previsión social, así como en los principios establecidos en los Convenio adoptados por la OIT; y, en lo particular, en las condiciones especiales del país, “en cuanto estas podían influir en el otorgamiento de los beneficios y en la estimulación de su consumo”. En realidad, el Perú adaptó su política de seguro social de esos años a los principios generales bismarckianos de previsión social; los acuerdos de las Convenciones de la Conferencia Internacional del Trabajo, en lo referente al Seguro Social de Enfermedad (1926), y lo concerniente al Seguro Social de Invalidez, Vejez y Muerte (1933); así como se orientó con los textos legislativos de los sistemas de previsión social establecidos en Europa (Alemania, Francia e Italia) y en Chile.^[45,46]

De acuerdo con esas orientaciones el seguro social tiene las siguientes características. Es un servicio público nacional con tarifas que se establecen previamente por ley, de acuerdo con el salario del trabajador. La incorporación del trabajador es obligatoria. Los riesgos cubiertos son limitados y protegidos por leyes específicas. La cotización es tripartita (Estado, empleador, trabajador). La cobertura depende de la condición laboral del individuo, genera derechos individuales del trabajador y, por tanto, exige la existencia previa de una relación laboral. Su financiamiento se basa en un estudio actuarial. No persigue fines asistenciales, solo otorga beneficios a las personas que hayan realizado aportaciones. El seguro social funciona con una administración tripartita.

El seguro social obrero en salud

La Ley N.º 8433, de creación del Seguro Social Obligatorio, fue promulgada por Benavides el 12 de agosto de 1936. Luego, fue modificada en 1937 y reglamentada en 1941. Su financiamiento quedó a cargo del Estado, los trabajadores y los patronos mediante el pago de cotizaciones a porcentaje sobre la remuneración de cada asegurado. Cubría los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Los trabajadores asegurados tendrían derecho a una pensión de vejez a los 65 años y luego de haber cotizado 20 años. Las prestaciones por el riesgo de enfermedad eran: asistencia médica general y especial, asistencia hospitalaria, servicio de farmacia y subsidio en dinero. La ley incluyó solo a los trabajadores manuales (obreros) de la industria, el comercio y la agricultura.^[3,47]

La puesta en operación de los servicios de la Caja Nacional del Seguro Social obligó a tomar decisión respecto de la estrategia de brindar las prestaciones de salud a la población asegurada. Surgieron dos opciones: encargar la provisión de servicios a la Beneficencia Pública tal como había sucedido en Chile o, construir una propia red hospitalaria. El doctor Andrés Bello señala que para decidir respecto de este asunto se realizaron estudios que mostraron las insuficiencias de los establecimientos de salud de la Beneficencia Pública para la provisión de los servicios. En consecuencia se optó por formular y ejecutar un Programa de Construcción de Hospitales de la institución que estuvo a cargo de Luis Ángel Ugarte.^[3]

Es posible que esta decisión fuese percibida, desde una perspectiva pragmática, como la alternativa más adecuada, pero vista a largo plazo marcó un hito en la segmentación excluyente de nuestro sistema de salud. Si hubiese existido voluntad política, los fondos de la Caja pudieron ser invertidos en la construcción de una red pública de establecimientos de salud que atendiese a la población peruana sin ningún tipo de distinción y, así, superado las diferencias entre la asistencia benéfica y el seguro social. De esta manera, se perdió una de las más importantes oportunidades de constituir espacios públicos únicos de cuidado de la atención y, por lo tanto, de avanzar en la construcción de equidad y ciudadanía en salud.

El año 1941, se inauguraron oficialmente las actividades del Hospital Mixto y Policlínico de Lima, actualmente Hospital Guillermo Almenara. Era el primer nosocomio de propiedad de un Seguro Social en América Latina. Para 1965, veinticuatro años después de esa inauguración, la Caja Nacional del Seguro Obrero era propietaria de 13 hospitales, 4 policlínicos y 31 postas médicas, dotadas con 2.617 camas para hospitalización. Los hospitales obreros eran de excelente fábrica y dotados de equipos muy superiores a los disponibles en otros establecimientos públicos y privados nacionales y mantenían un alto nivel de productividad y de calidad.^[3,45,46]

El Seguro Social del Empleado

La Junta Militar de Gobierno de Odría aprobó mediante Decreto Ley N.º 10902, el Estatuto Provisorio del Seguro Social del Empleado (SSE), para la protección de la salud-maternidad de empleados y servidores públicos y privados, que cubría los riesgos ocupacionales y no ocupacionales de los mismos, así como los de maternidad de la esposa. El dispositivo legal dispuso la construcción de hospitales propios para la mejor y más eficaz atención a los riesgos de enfermedad y maternidad de sus beneficiarios. En 1949, el Reglamento de Prestaciones del SSE crea el sistema de “libre elección” de médico y de clínica, incluidos los pagos por concepto de consultas médicas, hospitalización, atención quirúrgica, maternidad, atención dental, medición de la vista, exámenes radiológicos y de laboratorio, así como una asignación al cónyuge o a los hijos en caso de muerte del asegurado.^[3,45,46] El sistema de libre elección permitía al asegurado recurrir a profesionales de práctica privada, a los cuales el Seguro les reembolsaba los gastos correspondientes, de acuerdo a una tarifa establecida.

En 1961 se promulgó la Ley N.º 13724, Ley del Seguro Social del Empleado, con el fin de reestructurar los preceptos fijados por la norma precedente. En esta nueva norma se prescribe que el SSE es una institución autónoma, con personería jurídica de Derecho Público Interno, destinada a cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte de los empleados públicos y privados. Los empleados particulares tenían derecho a todas las prestaciones en dinero y asistenciales; de manera distinta, los empleados públicos solo tenían derecho a las prestaciones asistenciales, al subsidio de lactancia y a la asignación

del sepelio. Las asistenciales consistían en atención médica y obstétrica; hospitalización, exámenes y tratamientos auxiliares; medicamentos esenciales y material indispensable de curación; y atención odontológica. Este dispositivo incluye entre los riesgos cubiertos por el SSE los vinculados con el accidente en general, incluso el del trabajo.^[3,47]

Cuatro años después, el 3 de agosto de 1966, durante el gobierno de Belaúnde, se aprueba el Reglamento de la Caja de Enfermedad y Maternidad del SSE. En esta norma se precisan dos sistemas excluyentes, el directo y el de la libre elección, entre los que el asegurado debe elegir uno de ellos para su atención. El directo estaba referido a las prestaciones que se otorgaban en los servicios propios o centros asistenciales de la institución o en los hospitales contratados, y la libre elección o sistema indirecto, al que elegía libremente el asegurado entre los médicos o clínicas particulares, con reembolso por tarifas y aplicación de un petitorio de medicamentos.^[3,47]

5.6. Crecimiento y fragmentación de la salud pública al final del período

CRECIMIENTO Y DISPERSIÓN DEL SUBSECTOR PÚBLICO NACIONAL EN SALUD

Reiteramos que todos los gobiernos que se sucedieron en este período aplicaron una política social de carácter populista, con una expansión significativa del personal y de la infraestructura pública de los sectores de educación y de salud. Expansión que fue financiada con un incremento significativo y sostenido, de la participación del gasto público social (salud + educación) en el gasto fiscal total. Esta participación se fue elevando de alrededor del 12 %, en 1940-1945, al 20 %, en 1948-1956, al 35 %, en 1964, y a un valor máximo de 41 %, en 1966, cuando iniciaría su declinación. Las crisis económicas de 1947-1948, 1953-1954 y 1958-1959 no impidieron este incremento del gasto; solo a partir de la crisis de 1967-1968 comenzó a decrecer.^[50]

Como consecuencia de ese mayor gasto social, al final de este período, el Subsector Público Nacional en Salud (SSPNS) se había convertido en el mayor propietario de los medios de producción de los servicios médico-sanitarios en el país, y el mayor empleador de la fuerza de trabajo médica disponible. Es así, por ejemplo, en el caso de la infraestructura hospitalaria nacional –de acuerdo a la información oficial disponible e incluido la de propiedad privada– el número de camas hospitalarias disponibles en el país se habría más que duplicado entre los años 1950 y 1968: de un total de 17 515 a otro de 39 477 camas arquitectónicas, con tasas de 2,29 a 2,44 por mil habitantes, respectivamente.^[51]

Pero tales cambios, habían beneficiado fundamentalmente a los grupos laborales urbanos y, desde la década de 1950, a la población urbano-marginal hacinada en las “barriadas”;

debido a que los mismos obedecían a políticas populistas de búsqueda de mayores niveles de gobernabilidad, en los términos establecidos por la alianza oligárquica-militar. Además, los gastos de inversión se habían orientado a crear medios de producción de carácter asistencial médico, especialmente hospitalarios, sin haberse previsto el financiamiento futuro de sus costos operativos y de mantenimiento.

Dispersión de responsabilidades institucionales

En enero de 1964, durante el primer gobierno de Belaúnde, se promulgó la Ley N.º 14816, Ley Orgánica de Presupuesto Funcional de la República, que estableció la división del sector público nacional en tres campos: Gobierno central, subsector público independiente y los Gobiernos locales.^[44] De acuerdo a los criterios establecidos en la norma, en el ámbito del Sector Público Nacional en Salud estaban incluidas las entidades y dependencias públicas que se detallan en la Tabla 5.1.

La dispersión en las responsabilidades públicas formales en el campo del cuidado de la salud poblacional, tanto operativas como de inversión, ya era un problema antes de la década de 1960. Cada una de las entidades enumeradas tenía su base legal que le reconocía a ella, o a una de sus dependencias, como persona jurídica con autonomía administrativa y patrimonio independiente, con determinados objetivos, funciones, estructura y relaciones. Por esto, la participación autónoma de estas numerosas entidades públicas, sin la coordinación necesaria, provocó superposición de funciones y, en consecuencia, una gran ineficiencia e inequidad en el uso y destino de los recursos presupuestales asignados al SSPNS como totalidad. Más aún, se crearon numerosas entidades ubicadas en el Subsector Público Independiente (SSPI), con la finalidad de otorgarles autonomía económica y financiera para la administración de programas y proyectos de infraestructura física.

Al final del año 1968, las numerosas entidades públicas con responsabilidades formales en el cuidado de la salud actuaban con la autonomía que les otorgaban su base legal, con diferentes propósitos y en respuesta a demandas particulares que las habían generado en distintos momentos históricos. A esta situación jurídica, se sumaba el hecho que la política de salud, como política gubernamental unitaria, nunca había sido explicitada formalmente. Por tales razones, estas entidades interpretaban erróneamente su autonomía administrativa, como la casi total libertad de dictar sus políticas institucionales en forma independiente de las necesidades de salud del resto de la población y del desarrollo económico y social del país.

DESIGUALDADES E INJUSTICIAS EN LAS PRESTACIONES DE SALUD

De acuerdo con sus funciones legales, la mayoría de entidades que actuaban produciendo servicios de cuidado de la salud poblacional lo hacían como instituciones cerradas y exclusivas para determinados segmentos sociales que cumplían determinados requisitos que los calificaban para tener el derecho a recibir sus prestaciones.

Tabla 5.1. Subsector público nacional en salud según campos gubernamentales

- Gobierno central
 - Entidades productoras de servicios de salud
 - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
 - Sanidad Militar, del Ministerio de Guerra
 - Sanidad de la Marina, del Ministerio de la Marina
 - Sanidad de Gobierno y Policía, del Ministerio de Gobierno y Policía
 - Dirección de Coordinación de Sanidad Escolar, del Ministerio de Educación Pública
 - Servicios médicos de otros ministerios
 - Entidades formadoras de capital social básico de salud
 - Subdirección de Obras Públicas, del Ministerio de Fomento y Obras Públicas
- Subsector público independiente
 - Entidades productoras de servicios de salud
 - Seguro Social del Empleado
 - Caja Nacional del Seguro Social
 - Sociedades de Beneficencia Pública
 - Entidades formadoras de capital social básico de salud
 - Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social
 - Corporaciones de Saneamiento
 - Fondo Nacional de Desarrollo Económico
 - Corporaciones de Fomento y Desarrollo
 - Entidades de apoyo al MSPAS
 - Servicio Especial de Salud Pública (SESP)
- Gobiernos locales
 - Entidades productoras de servicios de salud
 - Servicios de salud de los concejos provinciales y distritales

Fuente: elaboración propia

Por ejemplo, el MSPAS ofrecía servicios a toda la población cualquiera sea la edad o condición de sus miembros; las prestaciones de salud del SSO y del SSE correspondían, de manera desigual, a los obreros y empleados asegurados; las dependencias de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía atendían a sus efectivos y familiares directos; y las clínicas privadas solo a la población que tenía la capacidad de pagar sus servicios y a los beneficiarios del SSE. Además, existía una notoria superposición de responsabilidades de estas entidades en la atención del adulto, de los residentes en el área urbana y de los grupos de mayores ingresos, que contrastaba con las limitadas responsabilidades institucionales en el cuidado de la salud de los niños, de los residentes en el área rural y de los grupos de menores recursos.^[52]

De acuerdo a la información oficial, en el año 1969 se estimaba que alrededor de tres millones de la población carecía de acceso a la atención médica. El resto de la población nacional tenía acceso a una provisión de servicios médicos desigual y a veces discontinua. De acuerdo a estimaciones oficiales del MSPAS, el SSPNS era responsable de la atención médica del 85,3 % de del total de la población con acceso a los servicios. Mientras que el Sector Privado en Salud solo cubría al 14,7 % del total de dicha población, en tanto solo cubría la demanda económica de los grupos de mayores ingresos y complementaba, además, la atención del Seguro Social del Empleado a través del sistema de libre elección.^[53]

Además, en el mismo SSPNS se aplicaron políticas de estratificación en la prestación de servicios de cuidado de la salud. El Ministerio de Salud y las Beneficencias Públicas eran responsables de la atención médica del 66 % de la población indigente o de escasos recursos accesible a sus servicios; adicionalmente, el MSPAS era responsable de prestar servicios de protección de la salud a casi toda la población nacional y era la única entidad que mantenía programas de penetración en el área rural, a través del cuidado no profesional de la salud y de provisión de servicios de saneamiento básico. Por su parte, los seguros sociales para los empleados y obreros, estaban separados y mantenían desigualdades –en términos de cobertura, de calidad y de costo– en sus servicios de atención médica; aunque siempre por encima de los prestados por el MSPAS. El gasto anual por persona de la población a ser cubierta por el Ministerio y las Beneficencias era de 172 soles (a precios de 1963), mientras que los beneficiarios de los Seguros del Empleado y del Obrero tenían un gasto de 1 082 soles y de 956 soles, respectivamente. Asimismo, existían diferencias marcadas en el consumo de servicios de atención médica, especialmente en consulta médica, tal como puede apreciarse en la Tabla 5.2.^[53] En suma, se conformó un SSPNS que consolidó profunda e inequitativa segmentación de la sociedad peruana.

Tabla 5.2. Índices de desigualdad en atención médica por entidades de salud. Perú, 1969

	% población accesible	Gasto per cápita	Egresos x 100 hab	Consumo medio per cápita
● Población accesible	100,0	347	4,84	1,89
● Ministerio y SBP	66,5	172	4,45	0,86
● Seguro Social Obrero	5,1	956	8,36	4,41
● Seguro Social Empleado	6,3	1.082	8,54	2,69
● Sanidad FF. AA. y FF. PP.	7,4	347	3,00	1,87
● Sector privado	14,7	606	4,69	5,36

SBP: Sociedad de Beneficencia Pública. FF. AA.: Fuerzas Armadas. FF. PP. Fuerzas Policiales.
Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Aquella dispersión y fragmentación del SSPNS, así como las desigualdades en los índices de cobertura legal y consumo de servicios de atención médica según entidades de salud expresaban, en una primera instancia, la intención del Estado Populista de organizar entidades de salud separadas y desiguales, en la medida que esta forma de organización le servía como medio de cooptación de los nuevos actores políticos emergentes; así como, finalmente, la persistencia y consagración de las orientaciones discriminantes y excluyentes existentes en la sociedad peruana desde su pasado colonial.^[54]

EL FINAL DE UN PERÍODO

Para finales de la década de 1960, el Perú había alcanzado un punto de inflexión. En términos políticos y económicos, el patrón de desarrollo del siglo y medio anterior ya no funcionaba. El modelo de crecimiento impulsado por las exportaciones, que había producido un crecimiento razonable durante casi un siglo en relación simbiótica con el capital extranjero, había dejado de rendir frutos en términos políticos y económicos. Las relaciones con el capital extranjero estaban deteriorándose, hasta alcanzar un agudo punto de tensión en torno a la controversia generada por el contrato suscrito con la *International Petroleum Company* para que explotara los campos petrolíferos de La Brea-Pariñas. Y la presión social estaba creciendo en el campo, agravada por las tibias medidas de reforma agraria emprendidas por el gobierno de Fernando Belaúnde Terry. El desalojo violento de quienes tomaban las tierras no constituía una respuesta satisfactoria.^[48]

El 3 de octubre de 1968 se inició, “por la razón de la fuerza y la fuerza de la razón”, el autodenominado Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada (GRFA), que tempranamente se declararía nacionalista, antioligárquico y antiimperialista, no capitalista y no comunista, que liquidaría definitivamente los restos de la antigua oligarquía.^[49]

REFERENCIAS

1. Pease H, Romero G. Segunda Parte, La crisis del Estado oligárquico. En: La política en el Perú del siglo XX. Lima, Fondo Editorial PUCP; 2013. p. 143-221.
2. Bernaldes E. La crisis de los partidos políticos. En: Fernández F. (coordinador). Sociedad, partidos y Estado en el Perú: estudios sobre la crisis y el cambio. I Congreso Peruano de Ciencia Política. Lima: Universidad de Lima; 1995:25-190.
3. Bustíos C. La Salud Pública, la Seguridad Social y el Perú Demoliberal (1933-1968). Lima: Facultad de Medicina UNMSM y Concytec; 2005.
4. Cotler J. El Perú llega a los 80. *La Revista*. 1980;1:5-6.
5. Bardella G. Un siglo en la vida económica del Perú. 1889-1989. Lima: Banco de Crédito del Perú; 1989.
6. Valdizán J. Sección II. Economía republicana. En: Valdizán, Armas, Palacios, Seiner. El Perú Republicano: 1821-2011. Lima: Fondo Editorial Universidad de Lima; 2012. p. 103-240.
7. Thorp R, Bertram G. Perú 1890-1977: crecimiento y políticas en una economía abierta. Lima: Fondo Editorial Universidad del Pacífico; 1989.

8. Oliart P, Portocarrero G. El Perú desde la Escuela. Lima: Instituto de Apoyo Agrario; 1989.
9. Webb R, Figueroa A. Distribución del ingreso familiar en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1975.
10. Oficina Nacional de Estadísticas y Censos. Resultados de los Censos Nacionales de Población. 1940, 1961, 1972.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural. Primera Etapa. Lima: Publicación del MSPAS; 1962.
12. Dirección General de Estadística. Extracto estadístico 1943. Lima: Ministerio de Hacienda y Comercio; 1944.
13. Kuczynski-Godard M. Estudios médico-sociales en minas de Puno con anotaciones sobre migraciones indígenas. Lima: Ministerio Salud Pública y Asistencia Social; 1945.
14. Chiriboga J, Donayre R. Epidemiología en los Andes y el problema de las migraciones humanas. Trabajo presentado al II Congreso Indigenista Americano del Cuzco. Departamento de Malaria. Lima: Publicaciones de la Dirección General de Salud Pública; 1948.
15. Ministerio Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural. Primera Etapa. Lima: Publicación del MSPAS; 1962.
16. Comité del Consejo Superior de Salud Pública. Plan Nacional de Sanidad Rural. Salud y Bienestar Social. 1954; 3 (8): 165-174.
17. Reátegui I, Martínez N. Atención de la salud de la población rural. En: Actas del III Congreso Nacional de Salud Pública, 19-25 de mayo de 1968. Lima: Sociedad Peruana de Salud Pública; 1968. p. 152-174.
18. Instituto Nacional de Planificación. Perú: Plan de Desarrollo Económico y Social. 1967-1970. Salud. Lima: Publicación del Sistema Nacional de Planificación; 1965.
19. Sulmont D. El movimiento obrero en el Perú/1900-1956. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú; 1970.
20. Panfichi A, Coronel O. Cambios en los vínculos entre la sociedad y el Estado en el Perú: 1968-2008. En: Orlando Plaza (coordinador). Cambios Sociales en el Perú. 1968-2008. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Cisepa; 2009. p. 1-42.
21. Manrique N. Historia de la agricultura peruana, 1930-1980. En: Contreras C (editor). Compendio de historia económica V: la economía peruana entre la gran depresión y el reformismo militar, 1930-1980. Lima: BCRP e Instituto de Estudios Peruanos; 2014. p. 159-216 (Historia económica 22).
22. Klarén P. Nación y Sociedad en la Historia de Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2004 (Estudios Históricos, 36).
23. Matos Mar J. Estudio de las barriadas limeñas. Lima: UNMSM, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Departamento de Antropología; 1955.
24. Collier D. Barriadas y élites: de Odría a Velasco. Lima, Instituto de Estudios Peruanos; 1978.
25. Sánchez A, Calderón J. El laberinto de la ciudad: Políticas de Estado 1950-1979. Lima: Desco; 1980.
26. Guerrero R, Sánchez A. La trampa urbana. Ideología y problemas urbanos. El caso de Lima. Lima: Desco; 1977.
27. Cotler J. Nuevo carácter de la penetración imperialista y cambios en la estructura social y política. En: J. Cotler. Clases, Estado y nación en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1978. p. 272-333 (Colección Perú Problema/17).
28. Pajuelo M. El lugar de la utopía. Aportes de Aníbal Quijano sobre cultura y poder. Contextualización Latinoamericana. 2011; 3 (5).
29. Chávez M. La exigibilidad del contenido prestacional condicionado de los derechos sociales en el ordenamiento Jurídico Peruano. Tesis para optar el grado de Magister en Derecho Constitucional y Derechos Humanos UNMSM. Lima 2014.
30. Quiroz A. Historia de la corrupción en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Instituto de Defensa Legal; 2013.
31. Salazar Bondy A. La historia de las ideas en el Perú. Primer tomo. Lima: Francisco Moncloa Editores; 1965.

32. Chávez Quelopana J. Proyecto desarrollo: base del proyecto nacional. Defensa Nacional. Lima. Centro de Altos Estudios Militares; 1984.
33. Bustíos C. La Salud Pública en el Perú: 1935-1968. En: Bustíos C, editor. Historia de la Salud en el Perú. Volumen 3. Lima: Academia Peruana de Salud; 2008. p. 29-173.
34. Isasi C. La evolución del pensamiento y la técnica epidemiológica en el siglo XX. *Asnales de la Facultad de Medicina UNMSM*. 1988; 59 (4): 347-351.
35. Romero A. El desarrollo histórico de la epidemiología en América Latina. Ponencia al I Congreso Brasileiro de la Epidemiología en América Latina. Campinas, Brasil, 5 septiembre 1990.
36. Benavides OR. La sanidad en el Perú. Mensaje del 25 de marzo de 1939. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1939;18(7):622-624.
37. Prado M. Discurso del presidente del Perú, citado en Primer Congreso Nacional de Protección de la Infancia. *La Crónica Médica*; 1943. p. 233-234.
38. Bustamante y Rivero JL. Mensaje oficial del presidente de la República en 1947. *La Reforma Médica*. 1947; XXXIII. p. 503.
39. Candela E, Contreras F, Lossio J. Populismo y salud pública durante el ochenio de Odría (1948-1956). *Acta Herediana*. 2017;60:34-48.
40. Secretaría de Publicaciones. Informativo de la Sociedad Peruana de Salud Pública. *Revista Peruana de Salud Pública*. 1952; 1 (1): 34-37.
41. Declaración de Salud de Huampani. Actas y Trabajos del I Congreso Nacional de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. Lima, (Huampani). Noviembre de 1962. p. 33-44.
42. Delgado MA. Problemas generales y regionales de Salud Pública. *La Reforma Médica*. 1947;33 (503): 273-280.
43. Comité de Redacción. El fondo de salud y bienestar social. *Revista Salud y Bienestar Social*. 1953; 2 (6): pp. 14-16.
44. Villalobos E. Estructura y funcionamiento de las otras entidades del sector salud a nivel nacional. Actas de Trabajos del II Congreso del II Congreso de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. Lima, 21-27 de Noviembre de 1965. p. 66-85
45. Rebagliati E. Los seguros sociales en el Perú. *Boletín de la Dirección General de Salubridad*. Imprenta Americana; 1941: pp. 53-60.
46. Valcarcel JA. Opinión sobre la legislación de la Caja Nacional del Seguro Social Obrero. En: Ramírez Otárola J. *Compilación de la Legislación del Trabajo y Previsión Social en el Perú*. Lima: Seguro Social Obrero; 1955. p. 608-610.
47. Guerrero V. *Manual de la seguridad social*. 3.ª edición. Lima: Juristas Editores; 2010.
48. Thorp R, Paredes M. La etnicidad y la persistencia de la desigualdad: el caso peruano. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2011 (Serie Estudios sobre Desigualdad, 3).
49. Pease H. La reforma agraria en la crisis del Estado oligárquico. En: VV.AA. *Estado y política agraria: cuatro ensayos*. Lima: Desco; 1977
50. Gonzáles Olarte E, Samamé L. El péndulo peruano. Políticas económicas, gobernabilidad y subdesarrollo, 1963-1990. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1991.
51. Bustíos C. Atención médica y su contexto. Perú: 1963-1983. Lima: Impreso por la Escuela de Salud Pública del Perú y la OPS/OMS; 1984..
52. Oficina Sectorial de Planificación de la Salud. Plan Nacional de Salud 1966-1970. Primera Aproximación al Plan Sectorial de Salud. Integrante del Plan de Desarrollo Económico y Social 1967-1978. Lima. Julio de 1965.
53. Instituto Nacional de Planificación. Volumen IX Plan de Salud. En: Plan Nacional de Desarrollo para 1971-1975. Tomo IV. Lima: Presidencia de la República Peruana; 1972: p. 255-317.
54. Comisión para el Proyecto de la Ley General de la Salud. Informe General. Lima: Ministerio de Salud, noviembre 1976.

Capítulo sexto

EL SECTOR SALUD EN EL ESTADO INTERVENCIONISTA

6

6.1. CONTEXTO PERUANO EN EL PERÍODO

- El contexto político y económico
- La reforma administrativa
- La reforma agraria

6.2. DESIGUALDAD SOCIAL EN EL ESTADO INTERVENCIONISTA

- Nuevas ideas sobre la desigualdad
- Desigualdad social y pobreza
- Desigualdad en los riesgos de enfermar y morir
- Movilizaciones gremiales y populares
- Subversión y violencia

6.3. JUSTICIA SOCIAL EN EL ESTADO INTERVENCIONISTA

- Derechos en la Constitución Política de 1979
- Administración de justicia y corrupción

6.4. SECTOR SALUD EN EL ESTADO INTERVENCIONISTA

- El modelo de gestión sectorial en salud
- Cientificidad del modelo sectorial en salud
- Legitimidad de la política sectorial de salud
- Legalidad del modelo sectorial de salud
- Colegio Médico del Perú: espacio de legitimación del modelo sectorial

6.5. LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL ESTADO INTERVENCIONISTA

- Legitimidad del desarrollo e integración de los seguros sociales
- Legalidad de la integración de los seguros sociales
- Resultados de la integración de los seguros sociales

6.6. HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- Debate y propuestas de reforma del cuidado de la salud en el Perú
- Sistema Nacional de Servicios de Salud
- Integración Funcional del Minsa y el IPSS

6.7. CRISIS DEL ESTADO INTERVENCIONISTA Y DEL MODELO SECTORIAL DE GESTIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

- Crisis del Estado Intervencionista
- Crisis del modelo sectorial en salud

ANEXO 1: OBSERVACIONES DESDE LA ENSAP

REFERENCIAS

6.1. Contexto peruano en el período

EL CONTEXTO POLÍTICO Y ECONÓMICO

El período 1968-1992 del proceso peruano se inicia y termina con sucesivas rupturas del orden constitucional nacional: la revolución de la Fuerza Armada del 3 de octubre de 1968 y el autogolpe de Fujimori del 5 de abril de 1992. Con el golpe del general Velasco se abrieron las puertas al intervencionismo planificador del Estado peruano en el desarrollo económico-social a gran escala, con la pretensión de gobernar de un modo opuesto a lo que hacía el Estado Liberal, cuya acción se reducía a la administración de justicia y seguridad.

En efecto, la Fuerza Armada emprendió, durante su primera fase de gobierno, una amplia gama de reformas para reestructurar la propiedad de los activos económicos en favor del sector público y, en general, aumentar el papel del Estado en la economía. El sustento teórico de las reformas era la creencia en la capacidad de un Estado Intervencionista para orientar –de manera planificada– la actividad empresarial hacia objetivos nacionales y eliminar la dependencia extranjera a través de la adopción de políticas de comando y control. Tipo de Estado que, en sus rasgos intervencionistas generales, fue institucionalizado en la Constitución Política Peruana de 1979.

Entorno reformista en la primera fase del Gobierno Militar^[1-6]

Iniciando este período, en octubre de 1968, en medio de una crisis económica y política, la Fuerza Armada asumió “por la fuerza de la razón y la razón de la fuerza” el poder del Estado. De acuerdo al discurso oficial, resumido en el Manifiesto, el Estatuto y el Plan Inca del Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada (GRFA).^[1] Se trataba de llevar a cabo un proceso de transformación de las estructuras económicas, sociales, políticas y culturales del Perú, con el fin de lograr una nueva sociedad definida, posteriormente, como una “democracia social de participación plena”. En la primera fase de este proceso, los cambios en la propiedad, la liquidación de los últimos representantes de la oligarquía, la expropiación de empresas extranjeras, la formación de la banca asociada, entre otras reformas, configuraron un nuevo perfil de Estado.

La Fuerza Armada gobernó al país con su Estatuto de 1968, que *de facto* prevalecía sobre la Constitución Política de 1933 en todo aquello que fuera compatible con los objetivos del GRFA.

En la primera fase de este gobierno (1968-1975), dirigida por el general Juan Velasco Alvarado, se rompió definitivamente la alianza que el Ejército mantenía con la oligarquía, desde 35 años atrás, a través de dos medidas. La primera, un paquete de políticas controlistas y nacionalistas. La segunda, la reforma agraria de 1969, por la cual se expropió gran parte de las tierras de los latifundistas y se liquidó definitivamente la oligarquía terrateniente y el gamonalismo. Sin alterar radicalmente las bases del sistema económico vigente, las acciones gubernamentales durante esta primera fase pretendían impulsar una reorganización y modernización nacional orientada hacia aquella transformación nacional.

Desde 1969 y hasta 1974, con la ejecución parcial de tales acciones de reforma, el GRFA puso en marcha un vasto proceso de cambios y reivindicaciones nacionales sin precedentes en la historia peruana. Sin embargo, uno de los aspectos más complejos y contradictorios de estas reformas fue lo referente al apoyo a la participación popular, como base para reorganizar el sistema económico y sociopolítico. Esta propuesta de democratización encontró en el propio GRFA uno de sus mayores obstáculos en razón del estilo centralista, jerárquico y autoritario del mando en las fuerzas armadas. Las formas de participación creadas y promovidas por el régimen –por ejemplo, a través del Sistema Nacional de Apoyo a la Movilización Social (Sinamos)– afectaban seriamente la autonomía de las organizaciones sociales y tendían a ocultar las raíces de los conflictos sociales. Como resultado de esta contradicción entre el discurso y la práctica, “la autogestión y la posibilidad de construir una sociedad participatoria de esas características no estaban presentes en el horizonte de la vida nacional”^[2]

Complementariamente a las reformas políticas, en lo económico el GRFA adoptó un modelo sustitutivo de importaciones propuesto por la Cepal, aunque el modelo ya mostraba un agotamiento marcado en la mayoría de países de la región de las Américas. De acuerdo con este modelo, la primera gran reforma estructural efectuada por el GRFA fue la agraria. Pero esta no alcanzó los efectos económicos esperados.

La primera fase finalizó en agosto de 1975, con el relevo de Velasco, en la dirección del GRFA, por el general Francisco Morales Bermúdez que lideraba a los “institucionalistas”.

Entorno contrarreformista de la segunda fase del Gobierno Militar^[3-6]

La segunda fase del GRFA estuvo marcada por sucesivas crisis de balanza de pagos y por sus efectos sociales negativos, y transcurrió en cinco años de inestabilidad económica y política para el país. Esta situación obligó a la adopción de un plan de estabilización económica ortodoxa bajo los auspicios del Fondo Monetario Internacional. Plan económico que introdujo, además, medidas de desmontaje de las reformas económicas y sociales instrumentadas en la primera fase, así como la adopción de medidas que encaminaron al aparato productivo hacia un modelo de promoción de exportaciones.

Como respuesta ciudadana a los paquetes de medidas de estabilización económica, los movimientos huelguísticos en el país alcanzaron nuevas y grandes dimensiones (leer más adelante) que casi paralizaron al país. En estas circunstancias, el Gobierno Militar consideró necesario iniciar un proceso de retorno del poder a la civilidad en tres etapas: elecciones municipales, elección de una Asamblea Constituyente y elecciones generales. Como resultado, se formuló un nuevo texto constitucional, que fue sancionado en julio de 1979 y entró en vigencia a partir del 28 de julio de 1980, con la inauguración del segundo gobierno constitucional de Belaúnde.

Contexto durante la década de 1980^[3-6]

Julio de 1980 fechó el inicio del segundo gobierno de una alianza política liderada por el arquitecto Fernando Belaúnde y el de la lucha armada de grupo Sendero Luminoso contra el Estado peruano. Este movimiento terrorista se convertiría en pocos años en uno de los más cruentos de nuestra historia, que puso en cuestión la viabilidad de Perú como nación.

En lo económico, el nuevo gobierno adoptó un proyecto liberal, con una política que continuaba el programa de estabilización y liberalización iniciada en 1978. Pero, a pesar del propósito de redimensionar el papel del Estado, mediante la privatización de algunas empresas públicas y la estimulación de la inversión privada, el sector público siguió creciendo. Cinco años después, en medio de una retórica populista y antiimperialista, un nuevo gobierno, presidido por el abogado aprista Alan García Pérez, comenzó su gestión aplicando políticas de gasto público expansivo, subsidios generalizados, adopción de controles de precios y moratoria explícita en el pago de la deuda externa. El resultado macroeconómico de estas políticas intervencionistas y heterodoxas fue favorable entre los años 1986 y 1987, pero el agotamiento de las reservas internacionales, el creciente aislamiento financiero del sector productivo, y el advenimiento del fenómeno inflacionario, generaron la total reversión de las mejoras logradas.

A inicios del año 1990, el país estaba al borde del caos económico y político, con el terrorismo en su etapa más violenta y con el narcotráfico en avanzada. La crisis nacional se reflejaba no solo en la violencia generada por la subversión, sino en la hiperinflación, el desempleo, la pobreza generalizada y la devaluación de la credibilidad en la eficacia y en la moralidad de los dirigentes de los partidos políticos tradicionales. En julio de 1990, tanto el sector Salud como las entidades de seguridad social estaban en medio de las peores crisis de sus historias.

En julio de 1990 se inició el gobierno del ingeniero Alberto Fujimori. Apenas once días después, el titular del MEF, Juan Carlos Hurtado Miller, anunció al país un drástico plan de estabilización económica, que se aplicó con un altísimo costo social. Casi dos años después, el Gobierno, respaldado por las Fuerzas Armadas, disolvió el Congreso, asumió facultades extraordinarias y estableció de régimen *de facto* un autodenominado “Gobierno de emergencia y reconstrucción nacional”, con el argumento de que lo hacía para “enfrentar el terrorismo y la crisis interna por medio de la transformación del Estado y de sus instituciones”^[7]

LA REFORMA ADMINISTRATIVA

Reforma Administrativa durante el Gobierno Militar

Con relación a la Reforma de la Administración Pública, el Plan Inca^[1] señalaba como objetivo específico: una estructura dinámica y eficiente para una mejor acción de gobierno y un efectivo servicio a la sociedad. El cual era una respuesta a la siguiente caracterización de su situación: estructura orgánica deficiente, carente de planificación, coordinación y control, lo que origina la centralización y la burocracia; ineficiencia y deshonestidad en la administración pública.

La Reforma de la Administración Pública se inicia con el Decreto Ley N.º 17271, Ley de Ministerios, de 3 de diciembre de 1968.^[8] En este dispositivo se organiza la Administración a partir de la definición de sectores de actividad gubernamental, así como se precisa que el Ministerio es el órgano rector de cada sector y que la principal función del ministro es la de formular y dirigir la política del sector o sectores que le competen, en armonía con la política general y los planes del Gobierno. El término “sector” alude a un ámbito que no es administrable, sino gobernable. Asimismo, se crearon los sistemas administrativos de “equilibrio” y de “apoyo”, horizontales a los sectores, con la finalidad de racionalizar la acción pública.^[6,9]

El Sistema Nacional de Planificación (SNP) fue muy importante en la orientación de la política social hasta el final de la década de 1970. Formuló, publicó y evaluó con regularidad los Planes Nacionales de desarrollo a mediano y corto plazo. El jefe del Instituto Nacional de Planificación (INP) tenía el rango de ministro del Estado.^[9]

Además de las tradicionales funciones de seguridad y de legitimación, el Estado desplegó agresivamente durante la primera fase del GRFA, una función de de acumulación económica. Como resultado de la nacionalización y estatización de las empresas, en 1975, el sector público generaba más del 50 % del producto minero, casi el 20 % del industrial, así como controlaba las más importantes empresas del sector minero y más del 80 % de las actividades del sector pesquero. Asimismo, el GRFA se había transformado en la principal entidad financiera del país y controlaba casi dos tercios de los recursos disponibles.^[3,6]

Como alternativa a la regionalización administrativa, que al intentarse encontró serias insuficiencias y resistencias burocráticas, el Gobierno creó los Organismos de Desarrollo (ORDE), como entes de la función ejecutiva desconcentrada del Estado. Estos entes asumieron, en el ámbito de su jurisdicción, la ejecución de los proyectos así como las funciones y servicios sectoriales que, hasta entonces, estaban administrados por los ministerios. Llegaron a constituirse doce ORDE; de ellos, seis eran regionales y los restantes departamentales.

Cambios y continuidades en la administración pública

En julio de 1981, se promulgó la Ley del Poder Ejecutivo, con la finalidad de adecuar la organización de la administración pública a lo dispuesto en la Constitución Política de 1979. Ocho años después, se dio una nueva Ley del Poder Ejecutivo, Decreto Legislativo N.º 560, con la finalidad de concordar la organización y funciones del Ejecutivo con lo dispuesto en la nueva Ley de Bases de la Regionalización.^[6,10]

No obstante los sucesivos cambios en el contenido de esas normas, se persistía en el ordenamiento del Ejecutivo a través de sectores de gobierno y de sistemas administrativos. Sin embargo, la presencia del INP en el proceso de toma de decisiones políticas económicas y sociales disminuyó significativamente. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) adquirió cada vez más importancia en la coordinación de la acción gubernamental. En esta nueva situación, la planificación estratégica para el desarrollo a mediano plazo perdió sentido político o se debilitó, en tanto se privilegiaba la conducción económica a corto plazo.^[7,10]

Con relación a la descentralización política y administrativa, al iniciar su gestión el gobierno de Belaúnde puso en vigencia la Constitución de 1979, en la que se concibe al Estado como “unitario y descentralizado” y se prescribe la creación de Gobiernos regionales y locales autónomos con autoridades elegidas democráticamente, así como señala acciones a realizar, al respecto, en una etapa previa y transitoria. Pero, hubo dudas y demoras en dicha creación. Recién en 1987, durante el gobierno de García, se promulgó Ley de Bases de la Regionalización. Luego, a partir de marzo de 1988, comenzaron a promulgarse las leyes orgánicas de creación de las Regiones. En julio de 1990 existían formalmente once Gobiernos regionales, todos ellos creados en un lapso menor a dos años y conducidos por autoridades electas, miembros de los partidos políticos “tradicionales”. Había un consenso general de que se había dado un paso importante en la descentralización, pero se reconocía que la normatividad vigente tenía aún muchos y graves defectos.

LA REFORMA AGRARIA

La reforma agraria impuesta al inicio del Gobierno Militar, bajo el lema “la tierra para quien la trabaja”, fue el punto central de la vida de los campesinos peruanos en la década de 1970. Entre junio de 1969 y junio de 1979 se expropiaron 15 826 fundos y haciendas, con alrededor de once millones de hectáreas. Sobre la superficie de estos terrenos se organizaron: las cooperativas agrarias de producción social (CAPS) y las sociedades agrícolas de interés social (SAIS), con la finalidad de mantener economías de escala y la infraestructura necesaria. Las CAPS fueron formadas en las haciendas agrícolas de la costa como propiedad colectiva de los trabajadores agrícolas. Las SAIS fueron organizadas en las haciendas ganaderas andinas como combinación de cooperativa de trabajo asalariado y comunidades campesinas tradicionales.^[11]

La mayor parte de esos terrenos fue adjudicada a 370 mil beneficiarios. No obstante, pronto empezaron los problemas y contradicciones. Era difícil mantener grandes complejos productivos; la disciplina del antiguo régimen había terminado y los intereses de los grupos campesinos eran muy distintos; además, la política diferenciada de precios controlados aplicada por el Gobierno perjudicó al campo y evitó posibles beneficios económicos de la reforma agraria. En este contexto, sobrevino una etapa de gruesas dificultades económicas, y de gestión, por lo que se extendió la pobreza rural. Ante estos hechos, el campesinado terminó rechazando el modelo asociativo que no había traído ni autogestión, ni prosperidad.^[12]

Cincuenta años después de la reforma agraria de 1969 aún son discutidas sus consecuencias. Por un lado, sus propuestas productivas asociativas no tuvieron sentido, lo que provocó un serio retraso de la productividad agraria. Sin embargo, tuvo gran impacto en la liquidación de la oligarquía terrateniente –el núcleo del grupo que Carlos Malpica denominó “los dueños del Perú”–, así como de los viejos enclaves extranjeros. Liberaron al campesinado de las ataduras serviles y ampliaron a la ciudadanía peruana, con una integración al país más que ningún otro gobierno. Hechos que contribuirían de manera significativa a modernizar la economía nacional.^[6,7]

6.2. Desigualdad social en el Estado Intervencionista

NUEVAS IDEAS SOBRE LA DESIGUALDAD

Desde la década de 1960, las ideas políticas de la nueva clase media peruana propugnaban la creación de instituciones que otorgaran al Estado la suficiente capacidad de intervención en el proceso económico-social peruano para promover el cambio de las estructuras sociales y la nacionalización de la economía del país, con la finalidad de superar su situación de subdesarrollado y dependiente del capital extranjero.

Esas ideas fueron adoptadas por importantes sectores del Ejército; los cuales, en la medida que las tensiones sociales crecían consideraron urgente la puesta en marcha de medidas tecnocráticas, dirigidas a la reducción de las desigualdades sociales, que impulsaran “desde arriba” el cambio de estructuras sociales, sin que el “principio de autoridad” se viera afectado. Estas ideas reformistas de carácter intervencionista se vieron fortalecidas por el ejemplo de la revolución cubana, así como por sus coincidencias con la teoría de la dependencia de la Cepal y el discurso desarrollista de la Alianza para el Progreso. Es esta orientación se sitúa el Centro de Altos Estudios Militares (CAEM), con un claro y urgente mensaje por “realizar reformas sociales para evitar el desquiciamiento institucional, la lucha de clases y el desarrollo político autónomo de las clases populares”,^[6,12]

El modelo de Estado propuesto en el Plan Inca del GRFA se sustentaba básicamente en la idea que la finalidad del Estado es el Bien Común, expresado en objetivos generales de bienestar general y seguridad integral para todos los miembros de la sociedad nacional: “No hay bienestar sin seguridad, ni seguridad sin bienestar”.^[12,13]

Asimismo, la Iglesia Peruana había asumido un papel más progresista, había abandonado su viejo rol de sustentador de la ideología de los grupos dominantes. En julio de 1968, durante el Encuentro Nacional del Movimiento Sacerdotal ONIS (Oficina Nacional de Información Social), en Chimbote, se sientan las bases de una nueva perspectiva teológica, la Teoría de Liberación, desarrollada por el sacerdote peruano Gustavo Gutiérrez. A tres meses de iniciado el Gobierno Militar, la XXXVI Asamblea Episcopal Peruana, difunde sus conclusiones en las que se aprecia importantes coincidencias con las propuestas gubernamentales, hecho que no llamaba a sorpresa pues eran concordantes con la orientación y el contenido de la doctrina social de la Iglesia que se había expresada en las Encíclicas de Juan XXIII y Pablo VI.^[14,15]

DESIGUALDAD SOCIAL Y POBREZA

Distribución del ingreso y la pobreza

Estudios basados en datos de cuentas nacionales sostienen que el Gobierno Militar, más allá de sus intenciones, no logró alterar la inequidad en la distribución del ingreso debido a que la casi totalidad de las transferencias se produjeron dentro del cuartil más rico de la población. Las reformas, incluida la reforma agraria, se hicieron básicamente al interior del núcleo capitalista.^[17]

De manera distinta, Saavedra y Díaz,^[18] en un estudio publicado en 1998, encuentran una reducción continua de la desigualdad del ingreso familiar desde 1971 (con un Gini-ingreso alrededor de 0,55) hasta 1991 (con un Gini de 0,43), en especial después de las reformas del GRFA en su primera fase. Según estos autores, la reducción en la desigualdad había sido una tendencia, independiente al hecho de que la pobreza aumentara o disminuyera (Tabla 6.1).

Tabla 6.1. Evolución histórica de la distribución del ingreso

Población	1961	1971-1972	1985-1986	1991
• El 50 % más pobre	12,3	10,7	18,8	21
• El 20 % más rico	77,3	60,9	51,4	46,6
• Gini	0,58	0,55	0,48	0,43

Fuente: Saavedra y Díaz, 1998.

Tabla 6.2. Población en pobreza monetaria según área. Perú: 1971, 1985 y 1991

Área	1971-72	1985	1991
• Perú (%)	64,0	43,1	59,5
• Urbana (%)	39,6	36,0	53,3
• Rural (%)	84,5	55,2	80,7

Fuente: Grade

Posteriormente, en un estudio de Grade^[17] con datos de Enca recogidos por Amat y León (1981) y por las Enniv de 1985-86 y de 1991, se nos informa que los indicadores de pobreza monetaria –estimados a partir de los datos de esas encuestas– muestran una tendencia pautaada por la dinámica económica del país: con un pico de disminución del indicador en 20 puntos, que corresponde al crecimiento económico en los dos primeros años del régimen aprista y, luego, otro de incremento del mismo en 16 puntos, coincidente con la crisis económica iniciada en el año 1987 y agravada con el *shock* económico de 1991 (Tabla 6.2).

Cambios y continuidades en la discriminación y exclusión del indígena

El Gobierno Militar promulgó la Ley de Comunidades Nativas y Campesinas, que otorgó un régimen legal particular a las campesinas (indígenas andinos) y un régimen distinto a las amazónicas (indígenas selváticos). La instauración de la ciudadanía campesina, basada en el reconocimiento del derecho de propiedad de la tierra, permitiría en la Constitución de 1979 la aprobación del voto universal, sin exclusión de analfabetos, así como la autonomía de las comunidades y las organizaciones campesinas. Diez años después el Perú suscribiría el Convenio 169 de la OIT (1989), instrumento jurídico de carácter internacional que protege, promueve y propaga los derechos humanos, laborales y económicos de los pueblos indígenas.

Esos avances normativos, sin embargo, contrastarían con la gran indiferencia con que las autoridades políticas y la población no indígena continuaban enjuiciando la magnitud y la gravedad de los problemas de los, ahora, llamados campesinos, durante la guerra antisubversiva. Esta indiferencia se expresaba en el poco respeto de las fuerzas subversivas y antisubversivas por la vida y la dignidad de la población campesina: “el 75 % de las víctimas fatales del conflicto armado interno tenían el quechua u otras lenguas nativas como idioma materno” y del total de víctimas reportadas, el 79 % vivía en zonas rurales y el 56 % se ocupaba en actividades agropecuarias”.^[20]

Reconocimiento de la discriminación de género

En 1968, por vez primera en la historia del Perú, el problema del “género” fue reconocido oficialmente como problema social y una preocupación del Estado. Esto sucede cuando en el Plan Inca^[1] se denuncia la discriminación sexista y la postergación de la “mujer peruana”; y se propone como objetivo gubernamental: lograr su “efectiva igualdad con el hombre en derechos y obligaciones”. La percepción del problema se refuerza en el escenario oficial y el asunto se debate públicamente, cuando la necesidad de mejorar la situación de la mujer, en todo lo relacionado con la salud y el desarrollo, es reconocida por la Asamblea General de las Naciones Unidas y proclama el período 1976-1985 como Decenio de Naciones Unidas para la Mujer.^[21]

Al final de la década de 1980, la situación de la mujer en el Perú había mejorado, en conjunto las mujeres estaban más educadas, tenían un mejor conocimiento y acceso a cuestiones relativas a su salud reproductiva y mayores expectativas de inserción en el mercado laboral. La situación de crisis vivida había impulsado a numerosas mujeres a participar en el campo político y a crear nuevas organizaciones y canales de participación.^[22]

DESIGUALDAD EN LOS RIESGOS DE ENFERMAR Y MORIR

Riesgos de mortalidad general

Los resultados de estudios sucesivos de la Universidad del Pacífico^[23] y el Banco Central de Reserva del Perú^[24] –con utilización de los datos censales de 1972 y 1981– mostraban, por ejemplo, que los pobladores residentes en provincias del estrato más bajo que tienen los mayores niveles de mortalidad, viven en condiciones entre veinte y cien veces más desfavorables que las existentes en Lima. Es en tales provincias –que concentraban el 25 % de la población nacional en el año 1972– donde se iniciaría la violencia terrorista.

Riesgos de mortalidad materna

De acuerdo a estimaciones basadas en Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes), la tasa de 303 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos para el año 1985 habría disminuido a 261 para el año 1993. No obstante este notable decrecimiento, la última tasa seguía siendo una de las más altas de América; además, las mujeres sin educación presentaban tasas diez veces mayores que las registradas en mujeres con educación superior.^[25,26]

Con relación a la atención del parto, la Encuesta Nacional de Fecundidad informaba que para el bienio 1977-1978, muestra que el 48 % de los partos había sido atendido por personal profesional (médico, obstetrix y enfermera), en tanto que el 23 % por partera empírica y el 29 % por familiares. Catorce años después, de acuerdo a datos del Endes 1991-1992, la situación no había mejorado significativamente: el 53 % de los partos había sido atendido por personal profesional, un 29 % quedaba a cargo de comadronas o parteras y el 18 % restante, bajo la atención de familiares.^[27]

Los mayores riesgos de los “niños” y los jóvenes

Según el INP, la población nacional de “niños” (de 0 a 18 años), a mediados de la década de 1990, totalizaba 9,5 millones; de los cuales 6,5 millones vivían en extrema pobreza (situación de riesgo). De la población de menores en extrema pobreza, 5,0 millones residían en el área rural. Los menores que vivían en las zonas de conflicto armado o en zonas cocaleras estaban en “circunstancias difíciles”; en efecto, era conocido que Sendero Luminoso reclutaba sus efectivos entre los adolescentes, y eran estos los encargados de realizar las tareas más crueles de aniquilamiento. Otras circunstancias difíciles del niño en el país eran: el trabajo, el maltrato, la excepcionalidad, la indigencia, la orfandad, el abandono, el embarazo precoz.^[28]

La más ominosa de las situaciones de alto riesgo para las niñas, además de la violación, era el embarazo. En 1990, fueron madres precoces en el Perú 55 800 niñas entre 15 y 17 años, muchas de ellas tendrían varios embarazos antes de cumplir los 18 años. La Encuesta 1991-92 mostró que el 11 % de las mujeres de 15-19 años ya eran madres o estaban embarazadas. A los 19 años ya son una de cada cuatro. La alta fecundidad de adolescentes se hacía más evidente en la selva, donde su nivel era dos veces más alto que en el resto del país.^[29]

En esas condiciones y en un contexto de crisis económica y social, numerosos “niños” y jóvenes desarrollaban sentimientos de frustración y de insatisfacción que se expresaban en comportamientos agresivos orientados a la delincuencia o hacia la autodestrucción a través del alcoholismo, la drogadicción y la prostitución. Una encuesta nacional realizada en 1987 por Cedro, señaló la existencia de consumo habitual de alcohol en el 8 % del subgrupo de 12 a 18 años, así como que el 24 % y el 10 % de los jóvenes son consumidores de estimulantes y marihuana, respectivamente.^[30]

Otros riesgos vinculados con el acceso a los servicios

En 1971 y 1972, años de relativa expansión económica en el país, se realizó una encuesta nacional sobre el gasto familiar mensual. Sus resultados mostraron que las familias, según estrato, destinaban solo entre el 2 % y el 5 % de su gasto a la atención de la salud, lo que en soles corrientes significaba un gasto mensual con variaciones entre 36 nuevos soles para el estrato de los pequeños agricultores y 1 225 nuevos soles para el de los profesionales. Según área geográfica, ese gasto variaba entre 72 nuevos soles en las familias rurales y 312 nuevos soles en las de Lima Metropolitana. De este gasto, cerca del 50 %, en promedio, correspondía al rubro productos medicinales y farmacéuticos.^[31]

En 1976, se realizó uno de los primeros estudios sobre el comportamiento del gasto en la atención médica y medicinas por niveles de ingreso en Lima Metropolitana.^[32] Los principales resultados de dicho estudio son los siguientes:

- El gasto en salud en general y por tipo de gasto constituye un bien suntuario para la mayoría de la población limeña. La elasticidad-ingreso es considerablemente alta para las familias de bajos ingresos.
- El gasto en salud por consultas, servicios y medicamentos, se da únicamente en el caso de enfermedad. El monto de este tipo de gasto está en relación directa con el nivel de ingreso familiar. Relación que resulta de los altos costos relativos de estos tipos de bienes y servicios que los aleja de las posibilidades de compra de las familias de bajo nivel de ingresos.

MOVILIZACIONES GREMIALES Y POPULARES

Entre los años 1969 y 1973 los radicales del GRFA acumularon un fuerte apoyo entre las fuerzas gremiales y populares a su gestión reformista. Se reconoció oficialmente a un gran número de organizaciones sindicales, a la Central General de Trabajadores del Perú (CGTP) y a las comunidades campesinas.^[33,34]

Posteriormente, el Gobierno Militar perdería ese apoyo a su gestión durante la segunda fase de gobierno. El movimiento huelguístico alcanzó nuevas dimensiones. Se realizó, con éxito, el Paro Nacional del 19 de julio de 1977, el más importante desde el de enero de 1919, por la lucha para la jornada de ocho horas. En respuesta se realizó el despido masivo sus dirigentes, lo que debilitó ostensiblemente al movimiento sindical.^[33-35]

En la década de 1980 se acentuó la fragmentación y el debilitamiento de los movimientos sindicales y gremiales. En estas circunstancias, de manera paralela al deterioro de los ingresos de la población en general y del gasto social, surgieron como iniciativa popular las llamadas estrategias de supervivencia, en defensa de la vida y de la salud que tomaron diferentes formas organizacionales: comedores populares o multifamiliares, comités de vaso de leche, comités de salud, club de madres, talleres artesanales, entre otros; promovidas usualmente por los Gobiernos locales, las organizaciones no gubernamentales (ONG), Iglesias, Partidos Políticos. Un comentario aparte, debe hacerse sobre el éxito del Programa de Salud Municipal, creado en 1983 por el alcalde de Lima, Alfonso Barrantes; el Programa del Vaso de Leche llegó a movilizar a miles de mujeres en 7 200 Comités en Lima. Según Panfichi y Coronel: “Las grandes movilizaciones de la década de 1970 habían quedado atrás, pero la ciudadanía participaba políticamente a través de estas instituciones, con identidades políticas relativamente estables”.^[36-39]

Además, desde el año 1976, los conflictos laborales del personal del sector Salud se hicieron más frecuentes y prolongadas: huelgas indefinidas, paros y otras acciones de protesta (plantones, marchas de sacrificio, toma de locales). La casi totalidad de ellos por demandas reivindicativas tanto salariales como de condiciones de trabajo. En todos estos conflictos tuvieron una participación activa los gremios y sindicatos de profesionales y trabajadores de salud; asimismo, los colegios profesionales comenzaron a participar como mediadores en la búsqueda de solución a los conflictos de las autoridades sectoriales con sus representados.^[6,26]

SUBVERSIÓN Y VIOLENCIA

El grupo maoísta Sendero Luminoso (SL) inició sus acciones armadas subversivas en mayo de 1980. Cuatro años después comenzó sus operaciones en el país el grupo Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA), integrado por antiguos militantes de organizaciones de la “nueva izquierda”.

La ampliación del conflicto armado interno alcanzado hacia el final del año 1990 se revela con las cifras de la Comisión de la Verdad y de la Reconciliación: en 1985, el 6,04 % de la población nacional y el 7,25 % del territorio estaba bajo el régimen de estado de emergencia o de un comando político militar, mientras que cinco años después, en 1990, lo estaba el 45,18 % de la población y el 29,62 % del territorio.^[20]

La violencia ejercida por las fuerzas terroristas y las antisubversivas del Estado rompió las estructuras tradicionales de las diversas formas de organización social, así como impidió el desarrollo de la familia y la comunidad, sobre todo en el mundo rural. Al final del período, el 36 % de los 1 770 distritos del país se encontraban en zonas de emergencia, por lo que las autoridades municipales y locales corrían un alto riesgo de ser asesinados.^[6,7,40]

6.3. Justicia social en el Estado Intervencionista

DERECHOS EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1979

La institucionalización de la llamada Carta Internacional de Derechos Humanos se inició a través de la ratificación, por los países miembros de Naciones Unidas, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc), ambos aprobados en 1966 y puestos en vigor en 1976.^[41,42] En el caso del Perú, el Pidesc se suscribió en agosto de 1977, y entró en vigor en julio de 1978. Por tal razón, el discurso político oficial que legitimó la justicia de los cambios normativos en el cuidado de la salud se sustentó en la doctrina de los derechos humanos y las ideas igualitaristas e integracionistas promovidas por las Naciones Unidas. Además, los lineamientos de este discurso fueron institucionalizados por la Constitución Política de 1979.^[43] Esta carta magna sistematizó y otorgó mayores elementos para proteger y defender los derechos sociales, como derechos inherentes a la persona humana. De esta manera, se abrió paso al reconocimiento constitucional del Estado Social de Derecho.^[44] Esto explica que se superaran las viejas concepciones en el tratamiento de lo social, en el país se institucionalizaron los derechos a la salud y a la seguridad social, así como la responsabilidad solidaria de todo ciudadano de proteger la salud y la seguridad de su persona y de sus semejantes.^[43]

ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA Y CORRUPCIÓN

Los dirigentes del gobierno velasquista tuvieron expresiones radicales sobre la actuación pasada del Poder Judicial: “el imperio de la justicia fue tan solo una forma de asegurar que todo continuara igual en el Perú”; y, “en nuestro país la justicia siempre tuvo dos caras, una adusta y cruel, para los humildes, y otra, tolerante y buena para los poderosos”. En los hechos, sin embargo, los cambios introducidos por el Gobierno Militar se centraron en el cambio de jueces. Se cesó a unos y jubiló forzosamente a otros, al tiempo que estableció el Consejo Nacional de Justicia para examinar a los candidatos y designar a los magistrados según sus méritos.^[45]

Por su parte, Alfonso Quiroz^[46] nos recuerda que, en la década de 1980, cobró singular relieve el narcotráfico. En esta situación:

“los escandalosos casos de ineficiencia judicial, el descarrío de la justicia y el soborno de los magistrados contribuyeron a la caída precipitada del prestigio de la judicatura. (...) la percepción de que los jueces estaban parcializados o sobornados por terroristas y narcotraficantes detenidos exacerbaron el cinismo con respecto al poder judicial”.

Además, el mismo Quiroz enfatiza que durante el primer gobierno de Alan García (1985-1990):

“El sistema de justicia mantuvo una decadencia que parecía imparable. (...) Muchos narcotraficantes operaban con virtual impunidad sobornando a los jueces, en tanto que los magistrados de Lima y provincias temían condenar a terroristas por miedo a sufrir represalias.”.

6.4. Sector Salud en el Estado Intervencionista

El cuarto modelo organizativo del cuidado de la salud poblacional dominante en la historia republicana peruana es el que llamaremos “modelo sectorial de salud” o simplemente “sector Salud”. Estaba conformado orgánicamente por el Minsa, como órgano rector en su ámbito de gobierno, y sus Organismos Públicos Descentralizados, entre ellos, las Beneficencias Públicas. También conformaban el sector Salud, para fines de coordinación funcional, las instituciones o dependencias públicas y no públicas, ubicadas en el ámbito administrativo de otros Sectores, así como las personas naturales, “cuando su acción o inacción afecte positiva o negativamente la situación de salud de la población”. Paralelamente al desarrollo del sector Salud, se realizó la integración administrativa y técnica de las entidades de seguridad social, primero, en el Seguro Social del Perú y, luego, en el Instituto Peruano de Seguridad Social. Ambas ubicadas en el ámbito administrativo del Sector Trabajo.

EL MODELO DE GESTIÓN SECTORIAL EN SALUD

Como parte de la reorganización de la administración pública durante el Gobierno Militar, se definió al Ministerio de Salud (Minsa), como la institución central del sector Salud, y al ministro de Salud como el funcionario que le compete la función primordial de conducir el Sector, de acuerdo con una política previamente establecida. Se cambia la denominación del MSPAS por el del Minsa con el fin de formalizar la ampliación de su ámbito de autoridad, más allá del campo público. El nuevo modelo organizativo se sustentaba políticamente en la idea que la salud de la población es un fin y un medio del desarrollo económico-social, y cuya protección es un derecho humano que debe ser garantizado por el Estado. Los principales rasgos de este nuevo modelo de gestión fueron institucionalizados en la Constitución Política de 1979.

Con la intención de fortalecer al Minsa, en su condición de órgano rector en el sector Salud, así como a la autoridad política del ministro de Salud, en el ámbito del cuidado de la salud, se formalizaron, primero, el Sistema Nacional de Servicios de Salud (1978) y, luego, el proceso de Integración Funcional del Ministerio de Salud-Instituto Peruano de Seguridad Social (1987). Se formularon y ejecutaron planes sectoriales de salud, conformados por programas de atención integral de la salud, a cargo de estructuras desconcentradas del Minsa y de las otras entidades de salud, en un ámbito departamental, zonal o regional. También se completó la transferencia de la administración de los hospitales de las Beneficencias al Minsa.

Además, durante la segunda mitad del período, se trató de aplicar en el país la Estrategia de Atención Primaria de Salud, entendida como un proceso de “democratización de la salud”. Estrategia que constituyó un desafío a los sistemas de salud convencionales, para que mejoraran su desempeño, mediante la democratización de los esfuerzos orientados a la protección social de la salud.

CIENTIFICIDAD DEL MODELO SECTORIAL EN SALUD

En el mundo occidental^[47]

La epidemiología de riesgos siguió abordando los problemas de salud colectiva con un monismo metodológico, de base empírica y naturalista, que supone la existencia de un solo tipo de conocimiento válido, el positivista, y un solo método, lógico y matemático. Método que utilizaba modelos estadísticos, cada vez más sofisticados, para analizar aquellos problemas; sin interesarse por el contexto sociocultural donde ellos ocurren.

Sin embargo, la publicación de Carol Buck, *Popper's philosophy for epidemiologist*, ya había abierto un debate sobre las limitaciones epistemológicas y metodológicas de los estudios cuasi experimentales de la epidemiología de riesgos, así como la ausencia de una reflexión crítica sobre los resultados de los mismos (1975). Además, en 1980, el *Black Report*, en

Reino Unido, sistematizó la información sobre lo que desde hace varias décadas, incluso siglos, era ya conocido: la clase social representaba una gran influencia en la salud de las personas, y se documentó gradientes del nivel de salud entre las distintas clases, incluso ajustadas por otros factores sociodemográficos.

Paralelamente a ese debate, se diseñaban, especialmente en Canadá, varios modelos teóricos para fines de definición de políticas de salud, sin las exigencias estadísticas de la epidemiología oficial. De todos ellos prevaleció el modelo “campo de la salud”, propuesto inicialmente por H. L. Laframboise (1973), y utilizado por Marc Lalonde para plantear la nueva política sanitaria de Canadá (1974), así como por Alan Dever como base de su propuesta de “modelo epidemiológico para el análisis de una política sanitaria” (1976). Este último modelo identificó “cuatro divisiones primarias” entre los múltiples factores que influían sobre la salud: estilos de vida, medio ambiente, organización del sistema de salud y biología (población y su acervo genético). En este modelo, el ambiente no se limita a los factores físicos sino que incluye el ambiente social en el más amplio sentido. La crítica fundamental a la aplicación de este modelo es su énfasis inicial sobre los estilos de vida que hacía regresar al individuo las responsabilidades del cuidado de la salud de la población.

A partir de la crisis económica mundial de la década de 1970, los países del mundo, en proceso de globalización, acuerdan y aplican nuevas estrategias que comienzan a ser aplicadas en la mayoría de esos países: Estrategia de Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, OMS y Unicef (1978) y Estrategia de Supervivencia de la Unicef (1983). Ambas estrategias sustentadas con distintas bases científicas e ideológicas. Finalmente, en 1987, el Departamento de Población, Nutrición y Población del Banco Mundial presenta los principales argumentos del nuevo paradigma economicista del cuidado de la salud, que se aplicaría de manera casi hegemónica en América Latina desde el siguiente período.

Modelo sectorial de salud peruano^[6,48,49]

Este cuarto modelo de gestión sanitaria republicana se fundamentó, desde un enfoque teórico biomédico-social, en los argumentos conceptuales promovidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Panamericano de Planificación de la Salud (CPPS). Argumentos procedentes de las proposiciones de la epidemiología de riesgos, la planificación de la salud, la medicina comunitaria, la administración de sistemas de salud y las ciencias políticas. Proposiciones difundidas en el país, primero, por la Escuela de Salud Pública del Perú y, luego, por los programas de capacitación de los Proyectos de Cooperación Técnica Internacional en Apoyo a la Atención Primaria de la Salud. Los equipos encargados del diseño y de la implementación del modelo de gestión estaban conformados por especialistas en administración sanitaria, epidemiología y planificación de la salud.

No obstante esa fundamentación, desde mediados de la década de 1970 ya se debatía en el mundo académico nacional los límites de la epidemiología de riesgos. Asimismo, la teoría y

la metodología de la planificación del desarrollo utilizada en el sector público fue perdiendo su credibilidad como instrumento de racionalización de las políticas gubernamentales, en situaciones de poder compartido; en 1972, Carlos Matus, economista chileno, había publicado el libro *Estrategia y Plan*, donde había hecho una crítica demoledora de este tipo de planificación gubernamental.^[9]

LEGITIMIDAD DE LA POLÍTICA SECTORIAL DE SALUD

Para legitimar las políticas del cuidado de la salud, las autoridades sectoriales y académicas peruanas utilizaron, hasta el final de la década de 1980, argumentos de carácter ético-moral y político-jurídico, promovidos por las organizaciones de Naciones Unidas y de la cooperación técnica internacional. Especialmente, los difundidos en documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Planificando un nuevo decenio y la extensión de cobertura

La III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, en Santiago de Chile y octubre de 1972, se aprobó el Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980 que se constituyó en un documento de referencia para la planificación nacional en la década. Los ministros al final del evento, declararon que la salud es un derecho universal, reconocieron la importancia de la participación popular en la toma de decisiones, y con relación a los servicios a las personas recomendaron: extender la cobertura, con servicios mínimos integrales, a todos los habitantes que residen en comunidades accesibles al menos de dos mil habitantes y proveer de servicios públicos y especializados a la población restante, a través de un sistema regionalizado de salud. En la declaración final de los ministros de salud se afirma lo siguiente:

“Mirando el amplio espectro de nuestras acciones y la huella de los pasos para desbrozar la senda, hemos reafirmado nuestro sentido ecuménico y universal de la salud como una ciencia y una filosofía al servicio del hombre y de la humanización del desarrollo. Tampoco hemos olvidado a la salud como fuente de la consolidación de seres con el ambiente en que a diario se debaten (...) Reconocemos el vasto problema de nuestras comunidades que viven al margen de la atención médica o que les llega apenas como vestigio. Esta realidad nos compromete, en especial con los grupos marginados y por su conducto con el Continente”. (OPS/OMS, 1973,p. 127)

Atención primaria de la salud

Cinco años más tarde, en la IV Reunión de Ministros de Salud de las Américas, en Washington y septiembre de 1977, los ministros hicieron suya la meta “Salud Para Todos en el año 2000” (SPT 2000) establecida por la OMS, y afirman que la atención primaria con participación de la comunidad debe ser una estrategia para reestructurar los sistemas nacionales de salud y no solo el primer nivel de atención.^[6,50]

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, efectuada del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de las últimas décadas. La conferencia fue organizada por la OPS/OMS y Unicef; en ella participaron 134 países, entre ellos el Perú, y 67 organizaciones internacionales. En la Declaración de Alma Ata, se manifiesta que la atención primaria de la salud constituye la clave para reducir las desigualdades en materia de salud que existen entre los países y dentro de los mismos y, por ende, para lograr la ambiciosa meta de una “Salud para todos en el año 2002”. Aprobada por aclamación y, luego, adoptada en el año 1979 por la Asamblea Mundial de la Salud, consta de un total de diez puntos no vinculantes para los Estados que la suscribieron. El sexto de estos puntos define el concepto de atención primaria de salud.^[6,48]

La Declaración de Alma-Ata difundió una concepción de “atención primaria de la salud integral” (APS-I), que resultó de una interpretación consensuada que la considera como la estrategia de un sistema integrado de cuidados de la salud y del desarrollo económico-social de una sociedad. Estrategia que involucra la cooperación con otros sectores para enfrentar los determinantes sociales de la salud y la promoción de la participación social. Los defensores de la APS-I privilegian en su argumentación los aspectos políticos y sociales de la participación, concibiéndola como una actividad necesaria por sus efectos democratizadores sobre la comunidad, que se manifiestan en una mayor autosuficiencia, independencia y, por tanto, autonomía. En esta modalidad, la participación se plantea como un fin en sí misma y es siempre deseable, independientemente de su impacto en salud, siempre y cuando eleven los niveles de organización y conciencia democrática de la comunidad.

Dos años después de Alma Ata, en octubre de 1980, en la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS, se acordaron las estrategias regionales para las Américas tendientes al cumplimiento de la meta SPT 2000 y se adoptaron metas y objetivos mínimos regionales.^[50] Posteriormente, ante los problemas existentes para alcanzar aquellas metas, en la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS, efectuada en septiembre de 1988, se aprobó la Resolución XV. En esta, se subrayó la urgente necesidad de acelerar la transformación de los sistemas nacionales de salud, mediante el desarrollo y el fortalecimiento de los “sistemas locales de salud”, como táctica operativa de la estrategia de atención primaria, considerada clave para alcanzar la meta de SPT 2000, y se establecieron las directivas correspondientes que debían ser seguidas por los países miembros.^[51]

En el Perú, los principios y valores expresados en los argumentos de sustentación de aquellos documentos, así como en los que se debatieron durante la primera fase del Gobierno Militar, se sistematizaron y publicaron, en 1986, bajo el título de *Introducción a la Salud Pública*,^[52] por la Escuela de Salud Pública del Perú. Estos principios específicos son los siguientes:

- “Universalidad. Todos los miembros de una sociedad deben tener acceso a la atención de la salud. No deben existir barreras económicas, culturales, legales o administrativas al cuidado de la salud”.
- “Equidad. Implica la posibilidad equivalente de recibir el mismo tipo de atención de la salud y rechaza la alternativa de una atención diferenciada, que no obedezca a razones estrictas de complejidad del problema”.
- “Integralidad. Deben estar articuladas en un proceso único, todas las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, así como las de rehabilitación; es decir, debe integrarse todas las responsabilidades técnico-operativas en una totalidad a cargo de un sistema de servicios de salud unitario”.
- “Autenticidad”. La atención de la salud, para ser eficaz y eficiente debe corresponder, necesariamente, a las características, potencialidades y experiencias de cada sociedad concreta”.
- “Carácter participante”. Condición indispensable para la aplicación de los anteriores principios, es la participación de toda la sociedad en la adopción de las decisiones y en la ejecución de una atención de la salud que, por sus características, no puede ser impuesta desde arriba”.

Además, el doctor David Tejada de Rivero,^[53] a su regreso al país en el año 1985 –luego de renunciar al cargo de subdirector de la OMS y asumir el cargo de ministro de Salud del primer régimen aprista– inició la difusión de sus ideas sobre una nueva política de salud, que tenía como objetivo central la “democratización de la salud”, resumida en los siguientes términos:

“Hacer que la atención de la salud llegue en forma integral y permanente a todos los peruanos; acortar las tremendas e injustas diferencias que existen en la situación de salud, entre una minoría privilegiada y las grandes mayorías abandonadas; reorientar los recursos financieros y humanos que la sociedad asigna para el cuidado de la salud del pueblo, en forma tal, que su distribución sea equitativa –dar más a los que tienen menos–; facilitar la participación del pueblo, como objeto y sujeto de los propósitos de todo el quehacer de la salud, de tal modo que sea el pueblo mismo el que maneje, supervise y controle el sistema de salud”. (D. Tejada, 1985, p. 16)

LEGALIDAD DEL MODELO SECTORIAL DE SALUD

En marzo de 1969 se promulgó el Decreto-Ley N.º 17505, Código Sanitario,^[54] primer dispositivo legal peruano que, en forma orgánica, contempló las normas que consagran y regulan el derecho a la salud. En su título preliminar prescribe que “la salud es un bien jurídicamente irrenunciable” y que “no se puede pactar contra la Norma de Salud”. En la Sección Primera “De la Autoridad de Salud” de su Libro Primero se precisa:

“Artículo 1.º. La Autoridad de Salud corresponde al Organismo del Estado que tiene respecto de las personas y a las cosas la facultad de dictar y hacer cumplir las Normas de Salud”...
Artículo 3.º. El ministro de Salud personifica la primera Autoridad de Salud de la República...
Artículo 4.º. La Norma de Salud deberá ser dictada previo estudio técnico y con la intervención directa de la Autoridad de Salud”.

En diciembre de 1968, al iniciarse en Gobierno Militar, se dictó la Ley de Ministerios.^[55] En esta nueva norma, se define al Ministerio como la institución central de cada Sector, y al ministro como el funcionario que le compete la función primordial de dirigir el Sector. A partir de este dispositivo general, se promulga la Ley Orgánica del Sector Salud,^[56] que estableció la estructura del Minsa.

De acuerdo a esa primera Ley Orgánica, el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social y las Sociedades de Beneficencia Pública son Organismos Públicos Descentralizados integrantes del sector público en Salud; que mantienen una relación funcional con el Ministerio. Quedaron suprimidos como organismos del SSPI tanto el Servicio Especial de Salud Pública como el Instituto Peruano de Rehabilitación, que se incorporaron al Minsa; el primero como la nueva Dirección General de Servicios Especiales. Adicionalmente, la cuarta disposición complementaria precisa que el Minsa “aprobará los planes y programas de salud y de asistencia social de las entidades de seguridad social”. Sin embargo, esta cuarta disposición nunca se llegó a cumplir de manera cabal, en tanto que dichas entidades, en el mejor de los casos, se limitaron a informar al Ministerio, a través del INP, del número de sus actividades programadas y ejecutadas.

La Ley Orgánica del Sector Salud de 1969 fue modificada posteriormente por los siguientes Decretos Leyes: el N.º 17642, de 1973, que define como Organismo Público Descentralizado a los Institutos Nacionales de Salud. Luego se crea el Instituto de Neonatología y Protección Materno Infantil como Organismo Público Descentralizado y se suprime la Dirección General de Programas de Asistencia Social y dispone que la Junta de Asistencia Social sea un Organismo Público Descentralizado. En 1974, que crea las Direcciones Regionales de Salud.

En abril de 1981, el nuevo Gobierno de Belaúnde aprobó el Decreto Legislativo N.º 70, Ley de Organización del Sector Salud.^[57] Los principales cambios, con relación a la anterior norma, son los siguientes: 1) se crea el cargo de viceministro, que reemplaza al anterior de director superior; 2) se ratifican a las Sociedades de Beneficencia Pública como organismos públicos descentralizados, en tanto que los Institutos Nacionales de Salud se integran al Ministerio de Salud, y el Fondo de Salud y Bienestar Social es transferido al Sector Economía; y, 3) se crea formalmente la Empresa Nacional de Insumos, Bienes y Servicios para la Biomedicina, como Empresa Estatal del Sector. Los dos primeros de esos cambios eran coherentes con el discurso de la política de reforma administrativa del nuevo gobierno, especialmente en lo referente a la reducción del aparato estatal. No sucedía así con el tercero, que obedecía a una propuesta hecha en el Proyecto de la Ley General de Salud y resultaba contradictorio con dicha política. Por tal razón, dicho cambio nunca se concretó, en tanto su creación material quedó supeditada a una posterior expedición de un Decreto Supremo con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros.

En octubre de 1985, se promulgó la Ley Orgánica del Sector Salud.^[58] La nueva Ley en su artículo 1.º, prescribe que la Ley “norma la política general del sector Salud; constituye su ley general de bases; y, regula las funciones del Sector y de las instituciones que la conforman”. Esta norma, en los artículos 11.º y 14.º precisa el rol rector del ministro de Salud, así como se define al Consejo Nacional de Salud, como órgano asesor, responsable de la formulación de las políticas.

Además, esta nueva norma legal distingue dos tipos de conformación del sector Salud. El conformado orgánicamente por las instituciones y dependencias públicas cuya finalidad específica es el cuidado de la salud de la población; es decir, por el Minsa y sus organismos públicos descentralizados. Y, el conformado, para efectos de coordinación funcional, por estas últimas entidades y, además, por las instituciones o dependencias públicas y no públicas de otros Sectores así como las personas naturales, cuando su acción o inacción afecte positiva o negativamente la situación de salud de la población. Para los efectos de la coordinación funcional, el sector Salud estaba constituido por las siguientes entidades y dependencias: 1) el Minsa; 2) el Sistema de Prestaciones de Salud del IPSS; 3) las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales; 4) las dependencias de salud de las instituciones públicas de otros Sectores; 5) las dependencias de salud de los organismos de desarrollo regional y de los Gobiernos locales; 6) las personas naturales y jurídicas del sector no público, que proveen servicios de salud; y, 7) los organismos públicos descentralizados que dependen del Ministerio de Salud.

El Decreto Legislativo N.º 351 establece, en su artículo 25.º, cinco Sistemas de Coordinación Funcional. Cada uno conformado por representantes permanentes de Ministerios, Instituciones y Organismos Públicos y No Públicos vinculados significativamente con las competencias y atribuciones de las áreas funcionales siguientes: 1) de Movilización y Participación del Pueblo; 2) de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud; 3) de Investigación y Desarrollo de Tecnologías; 4) de Cooperación Externa, Técnica y Financiera en el campo de la salud; 5) de la Planificación, Programación Presupuestaria y de Inversiones en Salud. Asimismo, señala la existencia de cinco Organismos Públicos Descentralizados del Sector Salud: el Consejo Nacional de Población, el Consejo Nacional de Protección del Medio Ambiente para la Salud (Conapmas), el Consejo Nacional de Beneficencias y de Juntas de Participación Social, el Consejo Nacional de Medicamentos, Alimentos y Drogas (Conamad); y, el Instituto Peruano para el Desarrollo de la Salud (Indes).^[59]

En marzo de 1990, cuatro meses antes de finalizar el Gobierno de García, se promulga la Ley del Poder Ejecutivo,^[60] en cuyo artículo 19.º se precisa que “Los Ministerios son organismos administrativos del Poder Ejecutivo que formula, en coordinación con los Gobiernos regionales, las políticas sectoriales de su competencia...”. Su promulgación tan tardía, solo se explica por la necesidad formal de concordar la organización y competencias

del Gobierno central con las recientes disposiciones del Texto Único Ordenado de la Ley de Bases de Regionalización y de las leyes orgánicas de creación de las Regiones. Con relación al tema en cuestión, es conveniente revisar lo dispuesto en los siguientes artículos de la Ley:

“Artículo 27.º. Corresponde al Ministerio de Salud formular y evaluar las políticas de alcance nacional en materia de salud y supervisar su cumplimiento. Norma las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación y ejecuta las correspondientes al cuarto nivel de atención. En coordinación con los Gobiernos Regionales, formula los planes y programas que le corresponde en las materias de su competencia”.

Artículo 28.º. Corresponde al Ministerio de Trabajo y Promoción Social formular y evaluar las políticas de alcance nacional en materia de... higiene y seguridad ocupacional... y supervisar su cumplimiento. Asimismo, formular y evaluar la política de seguridad social en el área de su competencia. En coordinación con los Gobiernos Regionales, formula los planes y programas que le corresponde en las materias de su competencia”.

Artículo 44.º. En cada Ministerio funciona un Consejo Sectorial de Concertación encargado de concertar políticas, planes y programas de desarrollo sectorial y en el marco de las orientaciones establecidas en Plan Nacional de Desarrollo... Lo preside el ministro”. (Decreto Legislativo N.º 560, Ley del Poder Ejecutivo)

Luego, en abril de 1990, se promulgó la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.^[61] En él, se reitera que el Minsa es órgano del Poder Ejecutivo y ente rector del Sistema Nacional de Salud. Además, con el propósito de formalizar las relaciones funcionales de las entidades públicas y no públicas en el campo de la salud se señala, en su artículo 4.º, que el Minsa tiene por finalidad mejorar la salud colectiva con el concurso del Sistema Nacional de Salud y la participación activa y responsable de la comunidad. Los Sistemas de Coordinación Funcional y los Organismos Públicos Descentralizados del Sector Salud, creados en 1985, fueron eliminados o desactivados.

Igualmente, en octubre de 1985, se promulga la Ley de Creación del Consejo Nacional de Beneficencias y Juntas de Participación Social.^[62] En este nuevo dispositivo se reorienta las acciones de las Sociedades de Beneficencia. Se precisa que son organismos públicos descentralizados del sector Salud, constituidos por personas naturales y jurídicas del sector privado, que brindan su aporte voluntario y filantrópico, colaboran con acciones, medios y recursos al servicio de la comunidad. En su artículo 5.º se señalan los siete fines de estas entidades, los tres primeros son los siguientes:

“1.º Colaborar en la solución de las necesidades de salud y bienestar social de los niños abandonados, de acuerdo con la política nacional (...) 2.º Coadyuvar en la solución de las necesidades de salud y bienestar social de las mujeres y ancianos abandonados y/o en extrema precariedad económica (...) 3.º Participar en la ejecución de los programas especiales del Ministerio de Salud”.

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ: ESPACIO DE LEGITIMACIÓN DEL MODELO SECTORIAL

Creado por Ley promulgada por el Gobierno del arquitecto Belaúnde, el Colegio Médico del Perú (CMP) fue definido como una “entidad autónoma de derecho público interno, representativa de la profesión médica en todo el territorio de la República”; y, se señala que la “colegiación es requisito indispensable para el ejercicio de la profesión de médico-cirujano”. Pero por defectos en su contenido –inaceptables para los futuros colegiados– la norma original nunca fue acatada por la orden médica. Cuatro años después, en 1968, el Gobierno Militar, en atención favorable al pedido de corrección de dichos defectos, dictó el Decreto Ley 17239, ampliatorio y modificadorio de la anterior.

En coincidencia con la necesidad de una reforma en Salud, en agosto de 1974, el Consejo Nacional del CMP realizó el Plenario Nacional y el Primer Seminario del Colegio Médico. Una de las principales conclusiones del evento fue promover la necesidad de coordinar las acciones de salud a nivel nacional, mediante un Sistema Nacional de Salud, con la meta a largo plazo, cuando estuvieren dadas las condiciones adecuadas, de la integración de un Servicio Nacional de Salud.^[6,63]

A fines de agosto de 1976, se realizó el Primer Congreso Médico Nacional, organizado por el Consejo Nacional del CMP. Una de las mociones aprobadas por la Asamblea Nacional de este Congreso, con 135 votos a favor y 32 en contra, fue la siguiente: “Proponer la creación del Sistema Nacional de Salud” con un organismo rector, presidido por el ministro de salud y cuatro componentes operativos: organismos del sector público, seguridad social, sanidades de la Fuerza Armada y del Ministerio del Interior y el sector no público. El organismo rector debería estar constituido por los representantes legales de cada uno de los componentes, de los usuarios y de los trabajadores de salud. Los componentes tendrían autonomía económica y financiera, pero estarían comprometidos a realizar la consolidación presupuestal a nivel regional y a integrar planes y programas a nivel regional y local de acuerdo al concepto de atención integral, de modo de contribuir eficazmente a ampliar la cobertura de salud”.^[6,64]

En agosto de 1987, el Consejo Nacional del CMP –en un comunicado conjunto con la directiva de la FMP– hizo conocer públicamente su posición frente a la política de salud del gobierno:

“la gestión del anterior ministro (Tejada)... ha acumulado un saldo en contra considerando lo que propuso y lo que hizo... los lineamientos de política que en su momento generaron justas expectativas, quedaron en letra muerta... Demandamos el avance real de la integración Minsa-IPSS... proceso (que) está confrontando serios problemas... Es evidente la carencia de una política nacionalista y democrática frente al problema de los medicamentos”.^[6,65]

6.5. La seguridad social en el Estado Intervencionista

LEGITIMIDAD DEL DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LOS SEGUROS SOCIALES

Los principios práctico-morales que legitimaron el desarrollo y la superación de la estratificación de la seguridad social en el país se inspiraron en los valores que orientaron el Informe de Beveridge y los convenios de la OIT, después de la Segunda Guerra Mundial. Entre estos últimos: el Convenio 102 de 1952 (norma mínima); 162 de 1962 (igualdad de trato); 121 de 1964 (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales); 130 de 1969 (atención de la salud); 157 de 1982 (conservación de derechos); y, 168 de 1988 (fomento del empleo y prevención del desempleo).^[66] Convenios que se sustentan en los principios básicos de la seguridad social que rigieron en el mundo occidental, sin ningún tipo de reto, hasta el final de la década de 1980: la solidaridad, la universalidad, la participación y la igualdad:

- **SOLIDARIDAD.** Se define en cuanto cada cual aporta al sistema de seguridad social según su capacidad contributiva y recibe prestaciones de acuerdo a sus necesidades, a efectos de cumplir con el objetivo social de la seguridad social: la redistribución de la riqueza con justicia social.
- **UNIVERSALIDAD EN SUS DOS VERTIENTES.** La objetiva, en la que la seguridad social debe cubrir todas las contingencias (riesgos) a las que está expuesto el hombre en sociedad; y la subjetiva, en la que todas las personas deben estar amparados por la seguridad social, principio que se deriva de su naturaleza de Derecho Humano.
- **PARTICIPACIÓN.** La sociedad debe involucrarse en la dirección y administración de la seguridad social, a través de sus organizaciones representativas, y también de su financiamiento.
- **IGUALDAD DE TRATO.** Toda persona humana como tal tiene el derecho a la seguridad social, se prohíbe toda clase de discriminación en cuanto a raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Por su parte, Mesa-Lago,^[67] experto internacional en seguridad social, identifica seis principios fundamentales, interrelacionados entre sí, hegemónicos en el mundo que, en su opinión, legitimaron la seguridad social en los Estados de Bienestar de Europa, y los Estados Intervencionistas de América Latina, hasta antes del inicio de la década de 1990. Estos seis principios son los siguientes: 1) universalidad en la cobertura; 2) igualdad, equidad o uniformidad en el trato; 3) solidaridad y redistribución del ingreso; 4) comprensividad y suficiencia de las prestaciones; 5) unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación en la gestión; y, 6) sostenibilidad financiera.

LEGALIDAD DE LA INTEGRACIÓN DE LOS SEGUROS SOCIALES

Desde la creación del Seguro Social del Empleado se había criticado las injustas desigualdades en los servicios otorgadas por las distintas entidades de seguridad social, responsables de sus particulares beneficiarios, así como se habían presentado grandes dificultades para incrementar la cobertura de protección. Frente a esta situación dos de los objetivos de la política de seguridad social del Gobierno Militar fueron los siguientes: 1) extender la Seguridad social, con ampliación de la población protegida; 2) establecer la unificación de las instituciones de Seguridad Social, con coordinación de las prestaciones y reducción drástica de las desigualdades de los servicios.^[1]

La integración orgánica de las entidades de seguridad social en el país se formalizó, en 1973, con la creación del Seguro Social del Perú (SSP), como Institución Pública Descentralizada del Sector Trabajo, con personería jurídica de Derecho Público Interno, en base de la unificación o fusión de la Caja Nacional del Seguro Social, el Seguro Social del Empleado y la Caja Nacional de Pensiones.^[48]

Seis años después, se aprueba por ley el Sistema de Prestaciones de Salud, con esta norma se unificó los sistemas de prestaciones de salud de obreros y de empleados, y se extiende los mejores beneficios de cada uno de los anteriores sistemas a todos los trabajadores asegurados. Para financiar el nuevo sistema se incrementó las aportaciones, de los patronos y a los trabajadores, con una tasa total del 7,5 %.^[6,68]

La nueva Constitución Política del Perú, sancionada y promulgada el 12 de julio de 1979, prescribe en su artículo 12.º:^[6, 48]

“El Estado garantiza el derecho de todos a la seguridad social. La Ley regula su acceso progresivo a ella y su financiación”; y, en su artículo 14, “Una institución autónoma y descentralizada, con personería de derecho público y con fondos y reservas aportados obligatoriamente por el Estado, empleadores y asegurados tienen a su cargo la seguridad social de los trabajadores y sus familiares. Dichos fondos no pueden ser destinados a fines distintos los de su creación... La Ley regula su financiamiento...”.

Posteriormente, 13 días antes que el Régimen Militar transfiriera el poder al nuevo Gobierno Civil, se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), como institución autónoma y descentralizada, con personería jurídica de Derecho Público Interno. El IPSS asume las funciones, atribuciones, derechos, obligaciones y patrimonio del Seguro Social del Perú. Los alcances de esta norma legal se precisan en la Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social dada en diciembre de 1987, donde señala que la actividad prioritaria del IPSS es la integración funcional IPSS-Minsa. Además, amplía formalmente el ámbito de protección de la entidad a nuevos tipos de posibles beneficiarios.^[6,48]

RESULTADOS DE LA INTEGRACIÓN DE LOS SEGUROS SOCIALES

Entre los años 1977 y 1984, el programa enfermedad-maternidad de la seguridad social terminó con déficit económico. Entre las causas del lado de los ingresos se mencionaban a la deuda del Estado como empleador, la creciente evasión de los empleadores privados, el deterioro de los ingresos reales, la retención de los depósitos e inversiones financieros en el Banco de la Nación, sin ninguna protección contra la inflación, y el uso de los inmuebles de la entidad sin el correspondiente pago de la renta. Por el lado de los egresos, las causas más importantes fueron: el aprovechamiento, por parte del Estado, de los recursos y reservas de la seguridad social para fines distintos a los de su creación; elevados gastos en personal y en el mantenimiento del régimen de “libre elección”; la gran ineficiencia gerencial, los altos costos de los servicios contratados y de los medicamentos, así como de los administrativos internos.^[48]

Aquellos déficits fueron cubiertos mediante préstamos o transferencias internas de los fondos de invalidez y pensiones, que nunca fueron amortizados. El estudio actuarial pertinente realizado, con el apoyo de la OIT, en el año 1984 mostraba una mala situación financiera del programa, con reservas previstas por Ley agotadas y deudas crecientes. Para tratar de superar esta situación, al final del período se decidió incrementar los ingresos del programa. Es así, que en 1984, las aportaciones correspondientes se incrementaron del 7,5 % (2,5 % a cargo del trabajador y 5,0 % a cargo del empleador) al 9 % (3 % a cargo del trabajador y 6 % a cargo del empleador).^[69,70]

En septiembre de 1985, José Barsallo, por entonces presidente ejecutivo del IPSS, describe a este organismo como centralista y burocratizado; en crisis económica, moral y administrativa; excesivamente dependiente del Gobierno central, con una baja cobertura y que brindaba una atención insatisfactoria. Asimismo anunció que era decisión del Gobierno el extender los beneficios de la seguridad social al campesino, a los marginados y a los menores hasta los 14 años.^[71]

En 1986 y 1987, el directorio del IPSS y el Gobierno aprobaron y promulgaron, respectivamente, un conjunto de normas dirigidas a ampliar la cobertura de sus prestaciones, para lo que se incorporó dentro del régimen de protección del IPSS a nuevos grupos laborales. Incorporaciones que se formalizaron sin ningún tipo de análisis técnico o de costo beneficio y, peor aún, sin estudios actuariales previos. De acuerdo a cifras oficiales, entre julio de 1985 y julio de 1990, el IPSS incorporó a cuatro millones de nuevos beneficiarios sin recibir recursos financieros adicionales. Por ende, tales incorporaciones solo tuvieron un carácter formal, por la existencia de un gran desfase entre esas intenciones y los recursos efectivamente disponibles. Desfase que se incrementó en los siguientes años debido al fracaso de las acciones dirigidas a mejorar la productividad de los servicios del IPSS y lograr la integración funcional con el Minsa.^[72]

En realidad, desde finales del año 1986, los datos contables del IPSS ya habían comenzado a mostrar déficits en todos los programas de la institución. En 1987, solo el programa de enfermedad-maternidad había consumido el 58 % de los gastos totales del IPSS, lo que provocó un déficit presupuestal que debió ser cubierto, al igual que en el período anterior, con préstamos y transferencias del programa de pensiones, los cuales nunca se amortizaron. Tales prácticas contribuirían en la descapitalización de este último programa, que en 1988 haría frente a una grave crisis financiera.^[48]

Al inicio de la década de 1990, las obligaciones del IPSS se habían expandido enormemente debido a las políticas de ampliación de la cobertura del sistema adoptadas, durante la década de 1980, sin ningún sustento financiero. Mientras que en el año 1980 existían 18 aportantes por cada beneficiario, en el año 1989 los aportantes se habían reducido a 11 (F. Verdera, 1997, p. 32).^[72]

Con la creación del IPSS en 1980 había culminado el proceso de integración del sistema de seguridad social en salud, aunque subsistían algunos remanentes de la estratificación precedente, el más importante de los cuales es el de las Fuerzas Armadas y Policiales, que continuarían con sus regímenes anteriores. Otro remanente era la Caja de Beneficios Sociales del Pescador (1965, 1978), entidad que no tenía hospitales de su propiedad, por lo que celebró convenios con el Minsa para que prestara servicios de hospitalización a sus beneficiarios.^[73]

6.6. Hacia un sistema nacional de salud

DEBATE Y PROPUESTAS DE REFORMA DEL CUIDADO DE LA SALUD EN EL PERÚ

El Informe Final del Grupo de Estudio, convocado por la OEA y la OPS/OMS, para revisar los avances en la coordinación de los servicios médicos de las Américas, fue publicado a finales de la década de 1960. La difusión de este Informe generó en los distintos países latinoamericanos un intenso debate sobre las posibilidades y la pertinencia de los planteamientos de cambio propuestos por el Grupo aludido. El debate se centró sobre la reforma de la organización de los servicios de salud. Como opciones límites se plantearon, en un extremo, el Servicio Único de Salud, con una integración orgánica institucional en aras de la universalidad de la cobertura y, en el otro extremo, el Sistema Nacional de Salud, con una coordinación funcional interinstitucional que, con mantenimiento de la autonomía de sus componentes, lograría una mayor eficiencia en el uso de recursos disponibles. Una opción intermedia proponía al Sistema Nacional de Salud como una primera etapa de un proceso que culminaría con el Servicio Único de Salud.^[74]

En mayo de 1968, el III Congreso Nacional de Salud Pública había recomendado: "...preparar un anteproyecto sobre la organización y funcionamiento de un Servicio Único de Salud". Luego, en el inicio de la década de 1970, al igual que en otros países latinoamericanos, las

propuestas de la Reforma en Salud trascendieron el espacio particular de los sanitaristas. Los médicos asistenciales del Seguro Social del Perú y del Ministerio de Salud comenzaron a debatir públicamente, desde posiciones opuestas, sobre las ventajas alternativas de esas dos modalidades de organización. Desde ambas posiciones, se afirmaba que se coincidía en la defensa del derecho a la salud, pero que existían discrepancias antagónicas con relación a la participación del Estado en la producción y en la propiedad de los servicios de salud, así como en la autonomía de los componentes del futuro Sistema o Servicio. En realidad, los médicos defensores del Sistema temían que la Reforma propuesta por los sanitaristas haría desaparecer el Seguro Social del Perú y afectaría gravemente a la práctica médica privada.^[75]

Propuesta de integración del sector público en Salud

En septiembre de 1969, funcionarios del Minsa formularon un documento denominado Anteproyecto de Decreto Ley sobre Organización del Sector Salud,^[76] en el que se proponía importantes cambios a la novísima Ley Orgánica del Sector Salud, con relación a la constitución funcional del sector público en Salud y, especialmente, a las fuentes de financiamiento para la prestación de servicios de salud. Se proponía la creación del Servicio de Salud, como organismo público descentralizado de producción de servicios de salud de un nuevo Sistema Institucional del Sector Público en Salud:

“El Sistema Institucional del Sector Público en Salud comprende el Ministerio de Salud como órgano central y el Servicio de Salud; los Institutos Nacionales de Salud, y, el Instituto de Capacitación en Salud, como organismos públicos descentralizados (...) Todos los establecimientos encargados de producir servicios de salud... pasan a la administración del Servicio de Salud, para integrar el sistema de establecimientos básicos de salud (...) Para la atención de sus afiliados, la Caja Nacional de Seguro Social y el Seguro Social del Empleado contratarán con el Servicio de Salud las prestaciones médicas de protección y recuperación para cuyo efecto se firmarán convenios ad-hoc”. (Ministerio de Salud, 1969).

En cumplimiento de los procedimientos vigentes en esos años, para que dicho Anteproyecto pudiera ser presentado a consideración del Consejo de Ministros, tenía que ser previamente sustentado ante el Comité de Asesoramiento de la Presidencia de la República (COAP) y aprobado por este. Cumplida la reunión de sustentación, el Anteproyecto no fue aprobado, debido a que el COAP, de acuerdo a versión de testigos, lo consideró “poco revolucionario”.

Informe General de la Comisión del Proyecto de Ley General de Salud^[77]

El 6 de agosto de 1975, mediante Decreto Supremo, se constituyó una Comisión encargada de realizar los estudios necesarios de la situación de salud del país y formular el Proyecto de Ley General de Salud (CPLGS). El 10 de noviembre de 1975, tres meses después de su constitución formal, se realizó en el Ministerio de Salud la ceremonia de instalación de la Comisión ampliada. El 6 de diciembre de 1976, la CPLGS presentó su Informe General al señor ministro de Salud, con dos propuestas alternativas –una aprobada en mayoría y otra en minoría. Las discrepancias no resueltas se produjeron con relación a tres aspectos

esenciales del sistema de salud: la estructura, el régimen de propiedad y el financiamiento. La estructura del “Modelo Global de Salud” propuesta por la mayoría consideraba cuatro tipos de organismos componentes.

- Organismo de conducción política y técnico-normativo: Ministerio de Salud.
- Organismos de gestión productiva de servicios de salud: Servicio Nacional Participatorio de Salud (Senpas), Sanidad de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales, Servicios de Atención Privada.
- Organismos de gestión de la formación de recursos humanos y de la investigación en salud: Centro Nacional de Capacitación de Salud, Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud, otros centros de capacitación y/o investigación públicos y privados.
- Organismos de gestión productiva de bienes e insumos para la salud: Empresa Nacional productora de insumos fundamentales para la salud, empresas no públicas productoras de otros insumos para la salud.

El Senpas sería una nueva persona jurídica de Derecho Social a ser constituida con la integración orgánica de los recursos destinados a la producción final de servicios de salud y que fueran, en el momento de dicha constitución, de propiedad pública (excepto Fuerzas Armadas y Policiales), propiedad social o del Seguro Social. En su organización y funcionamiento se aseguraría la participación de la comunidad, de los trabajadores y del Estado; el financiamiento de los gastos operativos y de inversión del Senpas estaría a cargo del Fondo Solidario, donde confluirían transferencias del Tesoro Público, y de otras fuentes que señalará la Ley.

La minoría proponía, por su parte, un Sistema Nacional de Servicios de Salud con cuatro componentes autónomos, similar al que se había aprobado en el Primer Congreso Médico Nacional del Colegio Médico, con la diferencia en que ahora se sugería la integración, a nivel regional, de los planes y programas locales de salud de los cuatro componentes efectores de salud, con la participación de la comunidad.

En febrero de 1977, la CPLGS sustentó ante el Consejo de Ministros las dos propuestas alternativas y las dos posiciones en minoría, todas ellas contenidas en su Informe General, la decisión final del Gobierno quedó en suspenso hasta noviembre de 1978.

SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

El 18 de noviembre de 1978, un año y diez meses después de haberse sustentado ante el Consejo de Ministros el Proyecto de Ley General de Salud, el Gobierno Militar dictó el Decreto Ley N.º 22365 que crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con la exclusiva finalidad de coordinar los planes y programas de los servicios prestadores de salud a nivel central, regional y local. Formaban parte del Sistema todas las entidades o personas

jurídicas y naturales que actuaban en el ámbito del sector Salud. El Decreto enfatizaba que cada componente constitutivo del Sistema mantenía su autonomía económica, administrativa y financiera; tenía la obligación de coordinar sus planes y programas; ordenaba la constitución del Consejo Nacional de Salud (CNS), presidido por el ministro de Salud, como órgano responsable de realizar las acciones de coordinación necesarias para el cumplimiento de sus fines y que actuaría, además, como órgano de consulta del Minsa para la formulación de la política nacional de salud. El CNS estaría conformada por doce miembros, uno de ellos era el decano del CMP.^[78]

En realidad, a través del Decreto Ley N.º 22365, el GRFA formalizaba la propuesta en minoría de la CPLGS, aunque recortaba significativamente sus alcances participativos y se limitaba a los aspectos de coordinación. Es así, que con relación a la propuesta en minoría de la Comisión se pueden observar, por ejemplo, los siguientes cambios: la “integración de programas a nivel operacional” fue reemplazada por la de “coordinar sus planes y programas”; no se incluyó lo referente a la “consolidación presupuestaria” en el nivel regional; y se omitió lo referente a la participación de los representantes de los trabajadores y de los usuarios en el CNS así como la de la comunidad en la organización de la infraestructura del servicio.^[12,77]

Funcionamiento del SNSS

El Decreto Ley N.º 22365 comenzó a ser instrumentado con un fuerte apoyo del Ministerio de Salud, los Colegios Profesionales y la Universidad Peruana. En enero de 1979, el CNS del Sistema definió su Plan de Acción y señaló claramente tres prioridades: 1) la extensión de la cobertura mediante la estrategia de la atención primaria de la salud; 2) el fortalecimiento del Programa de Medicamentos Básicos; y, 3) la extensión de la seguridad social. No obstante los logros obtenidos en la aplicación de ese Plan de Acción, desde un inicio existieron problemas que impidieron al SNSS actuar, a nivel regional, con la efectividad requerida. Uno de los principales, se derivó de la creación de los Organismos de Desarrollo (ORDE) para “dirigir, coordinar y supervisar, según el caso las acciones e inversiones en el sector público” en los ámbitos regionales o departamentales. Estos problemas impidieron, hasta el final del Gobierno Militar, la organización de los Comités Locales del SNSS y casi paralizaron el funcionamiento de los Consejos Regionales de Salud, en la mayoría de ámbitos que estaban bajo la administración de los ORDE.

En 1982 se aprobó el nuevo Reglamento del Decreto Ley N.º 22365, en el que se refuerzan formalmente los mecanismos de coordinación entre los componentes y niveles del SNSS. Por otra parte, se amplió las funciones del CNS, mediante la asignación de las que corresponden a la Comisión Sectorial del Plan de Salud.^[6,79] No obstante, tres años después, al final de la gestión presidencial de Belaúnde, el desarrollo del SNSS estaba lejos de ser el satisfactorio. Para explicar este hecho las autoridades oficiales señalaban –en abstracción

de las causas estructurales ya identificadas por la CPLGS- las siguientes limitaciones de carácter político-administrativas:

- La escasa prioridad política otorgada por el Gobierno a la atención de la salud.
- Ausencia de una decisión del más alto nivel de Gobierno en apoyo al SNSS, que pudiera comprometer a todas las entidades públicas en su desarrollo.
- Cambios frecuentes de autoridades sectoriales e institucionales, que afectan la estabilidad de la composición del CNS.
- Avances y retrocesos de la política de descentralización y desconcentración de la administración pública que impidieron el establecimiento consistente de los Consejos Regionales de Salud.
- Persistencia de restricciones legales para el uso común de recursos, así como de conflictos entre los componentes del SNSS, lo que generó una actitud ambivalente de sus autoridades frente a la finalidad y objetivos del Sistema.
- Problemas financieros de las instituciones de salud, los que provocaron una escasa o nula disposición de los componentes del Sistema para aceptar responsabilidades que comprometieran recursos institucionales para atender grupos de población que eran de responsabilidad directa o formal de las otras entidades.
- Ausencia de una metodología de planificación susceptible de ser aprobada, adoptada y utilizada por los componentes del SNSS a fin de coordinar planes y programas.

Finalmente, el Decreto Legislativo N.º 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (1990) derogó el Decreto Ley N.º 22365 de creación del SNSS, que se encontraba desactivado fácticamente desde 1985, y lo sustituyó por el Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual recién sería reglamentado en agosto de 1992, pero su implementación se interrumpió precozmente y, por lo tanto, el CNS previsto inicialmente no llegó a ser instalado.^[6,79]

INTEGRACIÓN FUNCIONAL DEL MINSA Y EL IPSS

En el primer año del gobierno de García, ante los escasos avances en las coordinaciones interinstitucional y sectorial alcanzados por el SNSS, se aprobó el Decreto Supremo N.º 022-86-SA, que estableció el marco legal de la integración funcional de los servicios del Minsa y del IPSS:

“...Esta integración se efectuará mediante la utilización conjunta de los recursos de salud, - de infraestructura física, humana, materiales y técnicos existentes -, creados o por crearse, de ambas instituciones (...) La integración funcional... respeta la autonomía que la Constitución Política del Perú otorga al IPSS. Para este efecto, El Estado incrementará los recursos presupuestarios destinados a Salud, como contribución de la población no asegurada y en cumplimiento de los principios de unidad, solidaridad y universalidad de la Seguridad Social” (...) “establézcanse el Comité Nacional de Integración Funcional (Conif) y los Comités Departamentales de Integración Funcional”. (Artículos 1.º, 2.º y 6.º del Decreto Supremo N.º 022-86-SA)

La aprobación de este Decreto fue el resultado de una decisión inesperada tomada por el mismo presidente de la República en marzo de 1986. Decisión que trató de ser implementada forzosamente por las autoridades de ambas instituciones, con apoyo de la OPS. Como era fácil de prever, el proceso de integración funcional enfrentó grandes dificultades para su aceptación por el personal de ambas instituciones y, más aún, para desarrollar sus funciones sin distorsionar sus propósitos formales.

Un año después, en marzo de 1987 se aprobó el Decreto Supremo N.º 004-87-SA, en cuyo artículo 1 se ordena que el Conif determinará progresivamente los establecimientos de salud que pasen a depender administrativamente, del Minsa al IPSS; y, de este al Minsa. Asimismo, en otros artículos se precisa que todos los establecimientos escogidos para formar parte de un sistema unitario, que comprenden una red asistencial de complejidad creciente, eran cedidos en uso por el Minsa, pero el Estado mantenía su derecho de propiedad.

Sin embargo, el proceso de integración funcional fracasó en el nivel departamental y local. Solamente el Minsa transfirió algunos de sus establecimientos a la administración del IPSS. Los hospitales transferidos no recibieron el apoyo técnico del nivel central, ni se consideró la adecuación administrativa requerida por sus nuevas funciones. La transferencia del personal se hizo sin incluir al personal contratado y por el contrario el IPSS contrató nuevo personal. La logística y los servicios de farmacia no estaban preparados para cumplir sus nuevas funciones. Pero lo más negativo, fue el hecho que cuando los hospitales de propiedad del Minsa pasaban a ser administrados por el IPSS, sus autoridades y su personal operativo comenzó a prestar una atención preferente a la demanda de los beneficiarios de la seguridad social, e imponer o incrementar las tarifas de los servicios prestados a la población no asegurada. Esta conducta, facilitada por la falta de supervisión del Minsa y la inoperancia del Conif, provocó la postergación asistencial hospitalaria de las personas de menos ingresos o indigentes, que antes de la integración era la población objetivo de estos nosocomios. Esto provocó rechazo y fuertes protestas de parte de las organizaciones populares, médicas y políticas locales. En los hechos, la intencionalidad formal de la integración funcional fue distorsionada groseramente.

La acumulación de las dificultades políticas, financieras, administrativas, institucionales y contextuales, paralizaron a partir de 1988 el proceso de integración. Por el lado del IPSS, sus autoridades consideraban que los costos financieros del proceso eran demasiados onerosos para la institución, al tener que aumentar los sueldos del personal del Minsa transferido a sus planillas, para igualarlos con los de su propio personal. Por el lado del Minsa, las frecuentes denuncias sobre la postergación que los usuarios tradicionales del Minsa sufrían en los hospitales integrados, tuvieron un alto costo político.

Finalmente, el proceso de integración funcional Minsa-IPSS sería desactivado fácticamente en 1990. Así, se inició un nuevo proceso, largo y dificultoso, de recuperación de parte del Minsa de los establecimientos integrados antes de la desactivación. Recién a fines de 1996, mediante la Ley N.º 26743, se dejó sin efectos las normas de esta pretendida integración.^[6,79]

6.7. Crisis del Estado Intervencionista y del modelo sectorial de gestión del cuidado de la salud

CRISIS DEL ESTADO INTERVENCIONISTA

Finalmente, las políticas gubernamentales intervencionistas aplicadas –con marchas y contramarchas– por gobiernos militares y civiles en los 24 años del período 1968-1992 no tuvieron el éxito económico y social deseado. Esto contribuyó, al concluir este período, a la eclosión en el país de una de las peores crisis de la historia peruana: recesión e hiperinflación, desempleo, pobreza generalizada, terrorismo, narcotráfico y devaluación de la credibilidad en los partidos políticos tradicionales. La falta de visión de la clase política peruana para comprender que su vínculo representativo con los grupos de interés existentes se estaba tornando ineficaz, sumada a los efectos de la crisis económica y la violencia política, cerró la oportunidad de institucionalizar la precaria democracia que se había abierto con la liquidación de la vieja oligarquía.

Tras este desastre general, habían quedado desacreditadas las ideas en torno a un Estado intervencionista y motor de la economía. La credibilidad de las instituciones y la preparación profesional del personal responsable de la conducción y gestión pública en esos años quedo en entredicho. En realidad, la precariedad en la elección de autoridades y altos funcionarios públicos fue una característica de la década de 1980.^[80]

“...los altos mandos de la administración pública no se seleccionaron de acuerdo a criterios profesionales, sino por el criterio de los cargos de confianza, que se expandieron hasta el nivel de las subdirecciones, y el personal administrativo de apoyo creció vertiginosamente en cada uno de los gobiernos como una forma de pagar favores a sus leales partidarios, familiares y amigos”.
(S. López, 1997, p. 282)

Los modelos de Estado intervencionista que seguían ofreciendo los partidos de masas estaban descontextualizados y deslegitimados, sin embargo, los partidos políticos seguían pretendiendo representar a los actores y el mundo social sin adecuar sus modelos explicativos y aplicativos a las nuevas circunstancias económicas, políticas y culturales del país, en el contexto de un mundo en proceso de globalización.^[39]

“El modelo Estado-céntrico entró en crisis (por su fracaso como mecanismo de redistribución y por el colapso de los servicios sociales). La informalidad se convierte en la mayor fuente de trabajo y erosiona la identidad clasista (...) Finalmente, las disputas intra e interpartidarias, la corrupción, el fracaso económico, la falta de capacidad para lidiar con el problema del terrorismo y la violación sistemática de los derechos humanos hacen que los partidos se vean además de poco representativos, ineficientes y corruptos (...) al agotarse los paradigmas de desarrollo creíbles desaparece una de las bases de adhesión a los partidos (...) cuando la población no tiene ya nada que perder, hay más probabilidad... para aventurarse a elegir a un desconocido, a un redentor. Ese es el inicio de Fujimori”. (A. Panfichi y O. Coronel, 2009, pp.14-19)

Al finalizar este período, el Perú estaba en un estado de crisis total, tanto en la economía como en la estructura política, lo que tuvo consecuencias institucionales negativas: una abrumadora anomia y fragmentación política, y una sensación de ingobernabilidad a medida de que la inflación y el terrorismo alcanzaban altos niveles. Sin embargo, tal como lo destacan diversos científicos sociales^[4] también se habían producido cambios trascendentes para el futuro del Perú.

“... pero dos cosas no regresaron: el poder tradicional basado en la vieja oligarquía y sus relaciones sociales precapitalistas, así como el Estado débil y ausente, que intervenía poco en la economía. Todavía era un Estado vertical y burocrático como el militar, pero con ‘respiradores’ abiertos para la lucha, más social que política, que cambió el rostro de las ciudades... Por otro lado, en las provincias, desapareció la servidumbre y aparecieron, progresivamente, nuevos actores, aunque la ciudadanía social y política continuaba como proyecto por construir”. (H. Pease, 2013, p. 239)

CRISIS DEL MODELO SECTORIAL EN SALUD

Las políticas sectoriales de reforma de la organización y de funcionamiento del cuidado de la salud que se formularon y se formalizaron en el país durante el período estuvieron marcadas, en general, por el carácter voluntarista de sus intenciones. Políticas que se sucedieron sin mayor éxito en un contexto nacional, donde se evidenció un proceso de crecimiento económico discreto interrumpido con episodios de crisis (de 1976-1979, de 1983-1985 y de 1988-1992) cada vez más negativos y profundos. Proceso acompañado, desde 1980, por los efectos de la violencia subversiva y de grandes cambios en los escenarios políticos y económicos.^[81]

En este período de 24 años tan difíciles, se aplicaron políticas en los campos específicos de la salud y de la seguridad social que se limitaron a efectuar reformas normativas y administrativas orientadas formalmente a la conformación de un Sistema Nacional Coordinado de Servicios de Salud, encargado de la realización de los derechos a la salud y a la seguridad social, en los términos señalados por la Constitución Política Peruana de 1979. Políticas reformistas que se acompañaron, de manera contraria al período anterior, con un gasto sectorial que, en general, se mantuvo estacionario hasta el año 1987; luego, registraría una caída abrupta que se mantendría hasta el final del período. Es así, que los gastos reales del Minsa llegaron a representar en 1990 apenas al 15 % de lo alcanzado en 1980, así como el gasto ejecutado por el IPSS en 1992 equivalía solo el 34 % del valor de 1980:

“...entre 1980 y 1987, el promedio anual del gasto (del Minsa) fue superior a 1,600 millones de nuevos soles de 1994, y hubo cierta estabilidad del mismo... entre 1987 y 1989, hubo un descenso brusco del gasto sectorial, cuyo promedio anual fue de apenas 600 millones de nuevos soles de 1994”. (Minsa, 1995, p.26)

Por otra parte, los estudios realizados por G. Hall,^[82] que utilizaron como fuente principal los datos provenientes de las Encuestas Nacionales de Niveles de Vida (Enniv) de los años 1985-1986 y 1990, y que tomó como base los gastos del año 1985 (100 %), muestran

resultados que corroboran los datos del Minsa, por lo menos en lo que corresponde al subperíodo 1985-1990. De acuerdo a sus cálculos sobre la evolución de los gastos anuales en el sector Salud: el gasto total habría decrecido de 100 en 1985 a 47 en 1990, el gasto corriente de 100 en 1985 a 53 en 1990, y el gasto en formación bruta de capital (inversión) de 100 en 1985 a apenas 9 en 1990. “Esta disminución implicó un deterioro aún más grande en el gasto per cápita y, dado el incremento de la pobreza que acompañó a este período, también produjo una severa restricción en el gasto de las personas pobres” (G. Hall, p. 299).

Con relación a la aplicación de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) en el país, las limitaciones fiscales y los condicionantes negativos ya comentados explican que, más allá del discurso oficial, se aplicara solo como una estrategia tecnológica destinada a los sectores menos favorecidos de la sociedad, e instrumento de contención de costos en salud. La APS nunca tuvo la oportunidad de ser aplicada como una estrategia destinada a reducir las desigualdades en salud de cara al desarrollo social menos aun como “función central y núcleo principal” del sistema de salud, lo que hubiese supuesto la reforma sustantiva del mismo, que nunca se produjo. Por otro lado, los gastos de operación e inversión destinados al cuidado secundario y terciario de la salud disminuyeron significativamente, lo que agravó las insuficiencias tradicionales de infraestructura y de servicios públicos.

Finalmente, los hechos acaecidos en este período mostraron el fracaso de políticas sanitarias voluntaristas centradas en cambios normativos y administrativos, usualmente fragmentados e inconexos, en un contexto y circunstancias tan difíciles como las descritas. Políticas sanitarias que, además de su escasa o nula viabilidad política y social, se formularon y trataron de instrumentar de manera vertical, autoritaria en las que prevalecían los intereses de grupo antes que el bien común, en una situación de deterioro de recursos físicos y financieros sectoriales y de conflictos con los gremios y sindicatos del personal de salud. Asimismo, con relación a la seguridad social, los datos disponibles reiteraron el carácter pro cíclico de sus ingresos, así como la existencia de problemas similares a los descritos para el sector Salud. Al término de este período, tanto el sector Salud como la Seguridad Social estaban sufriendo las peores crisis financieras de sus historias, y sus establecimientos de producción de servicios o de prestaciones estuvieron al borde de un colapso operativo.

Sin embargo, ese deterioro de la situación de salud no sucedía solo en el Perú. Al final de la llamada “década perdida latinoamericana” era evidente que los resultados de la aplicación del modelo intervencionista de gestión del cuidado de la salud en América Latina estaban lejos de ser los esperados y el desencanto sobre sus posibilidades reales se generalizaba en la Región. Este desencanto se expresaría en el título y el contenido de la Publicación Científica N.º 540 de la OPS/OMS, *La crisis de la salud pública, del año 1992*.^[83]

Además, en el contexto de la crisis económica mundial de la década de 1980 se comenzó a comentar, en los foros internacionales, sobre la existencia de una crisis sanitaria mundial, entendida como la incapacidad de la mayoría de sociedades en cuidar la salud de sus poblaciones

en la medida que las nuevas circunstancias históricas lo requería. Estos comentarios aceleraron la devaluación de la confianza política y social sobre las recomendaciones que, al respecto de la crisis, hacían los epidemiólogos y planificadores y expertos de la OMS, en el marco de las teorías que sustentaban el Estado de Bienestar. Entre ellas, la teoría económica de Keynes, hasta entonces hegemónica, que promovía la participación del Estado en la distribución de servicios y en la adecuación de los servicios sociales. Paralelamente a estas devaluaciones, el modelo conceptual de las ciencias económicas neoclásicas aumentaba su prestigio en la comunidad académica y la política mundial, se pasó a orientar al final de este período la agenda internacional en salud, bajo el comando de los economistas y expertos del Banco Mundial. Entidad financiera de Naciones Unidas que comenzó a desplazar a la OMS en el liderazgo de la cooperación técnica internacional en salud.^[6,7,49]

REFERENCIAS

1. Comité de Asesoramiento de la Presidencia de la República. La Revolución Nacional Peruana: Manifiesto, Estatuto Plan del Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada. Lima: Editorial Universo S.A.; 1974.
2. Guerra García F. Significado histórico de la Revolución Peruana. Cuadernos de Marcha. Segunda Época. México. 1979;1(4):45-55.
3. Parodi C. Perú 1960-2000. Políticas económicas y sociales en entornos cambiantes. Lima: Centro de Investigación Universidad del Pacífico; 2000.
4. Pease H, Romero G. Tercera parte: el Estado intervencionista. En: La política en el Perú del siglo XX. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú; 2013. p. 227-264.
5. González Olarte E, Samamé L. El péndulo peruano. Políticas económicas, gobernabilidad y desarrollo, 1963-1990. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1991.
6. Bustíos C. Crisis de los sistemas de salud y de seguridad social en el Perú: 1968-1990. Lima: Facultad de Medicina de la UNMSM; 2007.
7. Bustíos C. Perú: La salud pública moderna y la reforma en salud al final del segundo milenio. Lima: Consejo Superior de Investigación UNMSM; 2002.
8. Decreto Ley N.º 17271, Ley de Ministerios. El Peruano del 3 de diciembre de 1968.
9. Bustíos C. Título XV. Planificación en salud. En: Bustíos C, Sánchez T (editores). Historia de la salud en el Perú. Volumen 22, Academia Peruana de Salud; 2008. p.17-159.
10. Ugarte Ó, et al. Título VII. Descentralización en salud. En: C. Ricci y E. Mini (editoras). Historia de la salud en el Perú. Vol.7, Academia Peruana de Salud; 2008. p. 23-216.
11. Matos Mar J, Mejía JM. La reforma agraria en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1980.
12. Bustíos C. Perú: Memorias sobre el Proyecto de Ley General de Salud 1975-1977 (Primera parte). Hontanar. Revista de Facultad de Ciencias y Filosofía. UPCH. 2012;XIX(1):21-49.
13. Morales Bermúdez F. Reflexiones sobre política nacional. Defensa nacional. Publicación del Centro de Altos Estudios Militares. 1982: Año 2, N.º 2: pp. 32-34.
14. Asamblea Episcopal del Perú. Informe de la XXXVI Asamblea Episcopal del Perú. Lima; enero de 1969.
15. Young-Hyun J. Sacerdotes y transformación social en Perú (1968-1975). México: Centro Coordinador y Difusor de Estudios Latinoamericanos. Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
16. Webb R, Figueroa A. Distribución del Ingreso en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1975 (Perú Problema 14).
17. Escobal J, et al. Los activos de los pobres en el Perú. Grade. Análisis y plenarias, tomo I. Primer Foro: Diálogo sobre experiencias y retos en la lucha contra la Pobreza. Ica, Perú, 26-27 de octubre, 1998. Banco Mundial, Comisión Europea. Presidencia del Consejo de Ministros del Perú. Lima, Perú, abril de 1999 (Mimeo).

18. Saavedra J, Díaz J. La distribución del ingreso en el Perú antes y luego de las reformas estructurales. Reporte de investigación presentado a la Cepal. Lima: Grade; 1998.
19. Verdera F. Causas del agravamiento de la pobreza en el Perú a fines de la década de 1980. Ponencia presentada en el Congreso de LASA2000, 15-18 de Marzo, Miami. IEP; Febrero 2000.
20. Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe final (Perú 1980-2000) de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Tomo I. Lima: UNMSM y PUCP; 2004.
21. Blondet C. El movimiento femenino en el Perú. En: Julio Cotler (editor). Perú 1964-1994: economía, sociedad y política. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1995. p. 103-113.
22. Blondet C, Montero C. La situación de la mujer en el Perú: 1980-1994. Serie Estudios de Género, I. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1994 (Documento de Trabajo N.º 68).
23. Amat y León C. La Desigualdad interior en el Perú. Lima: Centro de la Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP); 1981.
24. Flores R. Mapa de la pobreza 1981. Agro (revista del Banco Agrario del Perú). 1984;1(1):20-25.
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991-92. Lima: INEI. Asociación Benéfica Prisma. Demographic Health Surveys Macro Internacional Inc., 1993.
26. Rubín de Celis E, Bustíos C. Estudio: Las condiciones de salud en el Perú 1985-1988 (Documento de Trabajo). Encargado por la Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud. Lima; 1989.
27. Bustíos C. Atención médica y su contexto, Perú 1963-1983. Lima: Escuela de Salud Pública del Perú y OPS/OMS; 1985.
28. Comisión Especial del Senado. Violencia y pacificación. Comisión Especial del Senado sobre las causas de la violencia y alternativas de pacificación en el Perú. Lima: Desco y la Comisión Andina de Juristas; 1989.
29. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud 1991-1992. Resumen INEI. Lima: INEI y DHS-Perú; 1993.
30. Lerner R, Ferrando D. El consumo de drogas en occidente y su impacto en el Perú. En: Diego García Sayan (editor). Coca, cocaína y narcotráfico. Laberinto en los Andes. Lima: Comisión Andina de Juristas; 1989. p. 61-88.
31. Amat y León C, León H. Niveles de vida y grupos sociales en el Perú. Lima: Centro Investigación de la Universidad del Pacífico; 1983.
32. Comisión Proyecto Ley General de Salud. Documentos de Trabajo de las Subcomisiones nombradas por la Comisión para el Proyecto de Ley General de Salud. Lima, 1976.
33. López S. Estado, régimen político e institucionalidad en el Perú. En: Portocarrero G, Valcárcel M (editores). El Perú frente al siglo XX. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú; 1995. p. 99-134.
34. Sulmont D. El movimiento obrero peruano (1890-1980). Reseña histórica. Lima: Tarea. 30 de julio de 1980.
35. Pease F. La transición de Morales Bermúdez al Gobierno Civil. En: Historia de la Cámara de Comercio de Lima: 1963-1990. Lima: Industria Gráfica S. A.; 2000. p. 95-135.
36. Martínez S, Ruez R, Cárdenas V, Martínez O. Recuperación de la historia del A. H. San Carlos-Parque Bajo (primera aproximación). Lima: Serie Estudios Ceprodesa y Fokus-CEE; 1994.
37. Díaz J. La alimentación popular urbana y las estrategias de supervivencia. Salud Popular. Revista del INSAP. 1988;(6):51-70.
38. Velit E. Participación popular a través de los gobiernos locales. En: Políticas de salud en el Perú. Medidas de urgencia. Lima: Instituto de Investigaciones Cambio y Desarrollo. Fundación Friedrich Ebert. Perú; 1985. p. 35-37.
39. Panfichi A, Coronel O. Cambios en los vínculos entre la sociedad y el Estado en el Perú: 1968-2008. En: Orlando Plaza (coordinador). Cambios sociales en el Perú. 1968-2008. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú: Ciencias Sociales. Cisepa; 2009. p. 1-42.
40. Tapia C. El poder y la subversión. En: Álvarez Rodrich. El poder en el Perú. Lima: Editorial Apoyo; 1993.

41. Oficina de Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Los principales tratados internacionales sobre derechos humanos. Nueva York y Ginebra: OMS/OPS; 2006.
42. Tejada Pardo D. Derechos humanos y de salud: construyendo ciudadanía en Salud/ Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
43. Asamblea Constituyente. Constitución Política del Perú. Lima: Imprenta Olímpico; 1979.
44. Chávez M. La exigibilidad del contenido prestacional condicionado de los derechos sociales en el ordenamiento Jurídico Peruano. Tesis para optar el grado de Magíster en Derecho Constitucional y Derechos Humanos UNMSM. Lima; 2014.
45. Reid M. Una región amenazada por el narcotráfico. En: Diego García Sayan (editor). Coca, cocaína, narcotráfico. Laberinto en los Andes. Comisión Andina de Juristas. Lima; 1989.p. 153-157.
46. Quiroz A. Historia de la corrupción en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Instituto de Defensa Legal; 2013.
47. Bustíos C. Salud Pública Mundial: avances cognitivos. En: Crisis de los sistemas de salud y de seguridad social en el Perú: 1968-1990. Lima: Facultad de Medicina de la UNMSM; 2007. p. 35-37.
48. Bustíos C. Capítulo Cuarto. El sector salud en el Perú: 1969-1991. En: C. Bustíos (editor). Historia de la salud en el Perú. Volumen 3, Academia Peruana de Salud; 2008. p.179-330.
49. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Enfoques actuales del proceso de4 planificación de la salud. Documento para discusión de la segunda fase del Proyecto RLA/68/083 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Santiago; 1975.
50. OPS/OMS. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial N.º 155. OPS Washington D. C.; 1977: p. 3-18.
51. Paganini JM, Chorny A. Los sistemas locales de salud: Desafíos para la década de los noventa. Bol Of Sanit Panam. 1990;109(5-6):424-430.
52. Bustíos C. Introducción a la Salud Pública. Lima: Publicaciones de la Escuela de Salud Pública del Perú; 1986
53. Tejada de Rivero D. Política Nacional de Salud. Presentación del Dr. Ministro de Salud David A. Tejada de Rivero. Lima: Ministerio de Salud; septiembre de 1985.
54. Decreto Ley N.º 17505, Código Sanitario, El Peruano de 18 de marzo de 1969.
55. Decreto Ley N.º 17271, Ley de Ministerios. El Peruano de 3 de diciembre de 1968.
56. Decreto Ley N.º 17523, Ley Orgánica del Sector Salud, El Peruano de 21 de marzo de 1969.
57. Decreto Legislativo N.º 70, Ley de Organización del Sector Salud, El Peruano de 14 de abril de 1981.
58. Decreto Legislativo N.º 351, Ley Orgánica del Sector Salud, El Peruano de 28 de octubre de 1985.
59. Ministerio de Salud. Ley Orgánica de Salud y Decretos Legislativos del Sector. Lima: Ministerio de Salud; 1985.
60. Decreto Legislativo N.º 560, Ley del Poder Ejecutivo, El Peruano de 28 de marzo de 1990.
61. Decreto Legislativo N.º 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, El Peruano de 16 de abril de 1990.
62. Decreto Legislativo N.º 356, Ley de creación del Consejo Nacional de Beneficencias y Juntas de Participación Social, El Peruano de 28 de octubre de 1985.
63. Colegio Médico del Perú. Plenario Nacional y Primer Seminario del Colegio Médico del Perú. Acta Médica Peruana. 1974;III(3-4):235-240.
64. Colegio Médico del Perú. Mociones Aprobadas por la Asamblea Nacional del I Congreso Médico Nacional. III Tema Oficial: Ley General de Salud. I. Modelo de Salud. Lima; 28 de agosto de 1976.
65. Ortiz P. Comunicado del Colegio Médico del Perú del 27 de marzo de 1988.
66. Organización Internacional del Trabajo. Principios y normas de la seguridad social. OIT, Ginebra, edición 2002.
67. Mesa-Lago C. La reforma de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social. Documentos de proyecto. Santiago: Cepal y GTZ; 2005.

68. Instituto Peruano de Seguridad Social. Libre elección y los servicios contratados. Boletín de la Gerencial Central de Salud, IPSS. 1984;1(1):36-37.
69. Instituto Peruano de Seguridad Social. Informe Final: Estudio financiero actuarial del régimen del Sistema Nacional de Salud DL. 22482. Oficina de Actuario y Estadística IPSS. Lima; Año 1984.
70. Oficina Internacional del Trabajo. Nota Técnica de la OIT sobre aspectos financiero actuariales del Régimen de Prestaciones de Salud del IPSS. (Preparada por el Departamento de Seguridad Social con la colaboración de los Sres. Juan Carcelen y César San Román, funcionarios del IPSS). Ginebra; octubre de 1984.
71. Barsallo J. 50 Años. Un año de gestión. Agosto 85-julio 86. Lima: Dirección General de Imagen Institucional IPSS; 1986.
72. Verdera F. Seguridad social y pobreza en el Perú, una aproximación. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1997. (Documento de Trabajo N.º 84 Serie Economía, 28).
73. Slodky J. Dilemas de la seguridad social en el Perú. Lima: Fundación Friedich Ebert; 1985.
74. OPS/OMS. Sistemas de salud. Publicación Científica N.º 234. Washington. OPS; 1972.
75. Barsallo J. La salud está enferma. A propósito de la Reforma en Salud y la modernización de la seguridad social. Lima: Barsallo Burga; 1999.
76. Ministerio de Salud. Integración orgánica del Sector Salud. Documento Confidencial. Lima; septiembre de 1969.
77. Comisión Proyecto Ley General de Salud. Informe General de la Comisión para el Proyecto de Ley General de Salud. Ministerio de Salud. Lima; noviembre 1976,
78. Sistema Nacional de Servicios de Salud. SNSS-CNS-SC-002-79. Lima: Consejo Nacional de Salud; 1979.
79. Sánchez-Moreno Ramos F, Ayala G, Dejo H, y col. Volumen 6. Sistema nacional de salud. En: F. Sánchez Moreno, editor. Historia de la Salud en el Perú. Lima: Academia Peruana de Salud; 2008. p. 30-242.
80. López S. Ciudadanos reales e imaginarios. Concepciones y mapas de la ciudadanía en el Perú. Lima: Instituto de Diálogo y Propuestas, 1997.
81. Ministerio de Salud. Un desafío del cambio de milenio: un Sector Salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. Ministerio de Salud del Perú. 1998.
82. Hall G. El bienestar social en Lima: cambios en la estructura de acceso y uso de servicios públicos, 1985-86 a 1990. En: Moncada G, Webb R (eds.) ¿Cómo estamos, análisis de la Encuesta de Niveles de Vida. Lima: Cuánto S.A., Unicef; 1994. p. 295-320.
83. OPS/OMS. La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. Washington D.C.: Publicación Científica N.º 540; 1992.
84. Bustíos C. Realismo en salud. Revista Ensap. 1986;1(2):3.
85. Tejada D. Discurso del Sr. Ministro de Salud. Revista Ensap. 1987;1(3):9-15.

Anexo 1. Observaciones desde la Ensap

El 23 de agosto de 1986 en la ceremonia de clausura del Curso de Orientación en Salud Pública efectuado en la Escuela Nacional de Salud Pública (Ensap), dirigido a un grupo especial de jóvenes médicos vinculados políticamente con el partido de gobierno, el director general de la Ensap^[84] y el ministro de Salud^[85] hacen los siguientes comentarios sobre las dificultades que limitan los avances en el proceso de reforma sanitaria iniciado un año antes:

NECESIDAD DE REALISMO EN LA REFORMA SANITARIA

“Después de ocho años de la Reunión de Alma Ata y un año de la aplicación de la PNS, la realidad peruana en salud se muestra cualitativamente diferente. No se puede discutir la existencia de cambios que se perciben, en una perspectiva histórica, como precondiciones ideológicas y jurídicas indispensables para que todos los peruanos comprometidos con el proceso de la democratización de la salud, pueda realizar las acciones que la hagan factible y viable. Sin embargo, tampoco se puede discutir que esos cambios se han iniciado en una sociedad que aún no se recupera de un deterioro moral que devaluó la justicia y la solidaridad democrática, así como la honestidad, la dignidad y la disciplina de los actores sociales. Una devaluación ética que condicionó en el personal de salud y en el Pueblo, actitudes y comportamientos incompatibles con un apropiado cuidado de la salud”

“Las dificultades que implica reivindicar valores ético-humanísticos, con el fin de reorientar actitudes y comportamientos sociales en el campo de la salud, hace indispensable pensar y actuar con realismo, pero tomando conciencia que realismo no quiere decir cinismo, ni conformismo, ni indiferencia, ni pesimismo”

“Realismo en salud, significa un reconocimiento de las limitaciones y restricciones que se enfrenta, pero también la comprensión clara de las enormes oportunidades que la actual coyuntura ofrece al cambio. Significa percibir que la democratización sectorial ya se inició, a través de un proceso complejo, fragmentario, dependiente y contradictorio. Significa entender que la envergadura de la tarea a realizar, demandará un esfuerzo que no se podrá efectuar en el corto y mediano plazo y que, además, generará, indefectiblemente, nuevas demandas, nuevos interrogantes y nuevos problemas”

“Realismo en salud, quiere decir reconocer que las aspiraciones populares a una participación plena en el cuidado de su salud ya no puede ser postergadas. Significa comprender que el trabajo descentralizado, interdisciplinario, intersectorial y con el Pueblo, exige la toma de decisiones con base en el diálogo. Significa tener presente que son muchos los problemas que el Sector debe superar aplicando nuevos enfoques y tecnologías, sacando lecciones en el proceso de su aplicación, vía ‘prueba-error-explicado y controlado’. Significa actuar con plena confianza en nuestras capacidades y en las del Pueblo. Significa, entender que la revolución en salud exige honestidad, lealtad al Pueblo, disciplina, sacrificio y autocrítica de sus actores...”. (C. Bustíos, 1986, p.3)

EL SENTIDO HISTÓRICO DE LA REFORMA SANITARIA

“Quiero referirme a la crisis (nacional)..., como lo ha mencionado el Dr. Bustíos, no es solamente una crisis económica, es una crisis social, es una crisis moral, es una crisis de autoridad y una crisis generada por hechos, políticas, por decisiones muy lejanas en el tiempo que datan de nuestra independencia política. Si una mira con sentido histórico se dará cuenta que la independencia de 1821, no significó realmente una revolución fundamental en las estructuras social y económica del país. Más bien estas estructuras se prolongaron y, en lugar de ir desapareciendo para dar lugar a un nuevo tipo de sociedad, en algunos aspectos se fueron consolidando. Además, como en todo devenir histórico, se fueron incrustando en el camino nuevos elementos estructurales... que nos dieron tal vez la impresión de que nosotros cambiábamos... pero que, en el fondo, nos hicieron perder la perspectiva de que no habíamos hecho los cambios sociales, económicos y políticos fundamentales para tener un destino diferente”

“Esto me lleva a compartir con ustedes el balance... de un año de gobierno en el Sector Salud... Yo diría que ese año, el mayor esfuerzo ha sido crear las precondiciones para poder llevar a cabo el cambio que significa nuestra Política Nacional de Salud (PNS)... Iniciar un proceso, es partir de un punto aparentemente estático a un sentido dinámico de movimiento. Y hay que reflexionar, que si hoy, más que nunca, existen una serie de resistencias al simple movimiento, más deben a ver determinada dirección del movimiento... Se han hecho muchos esfuerzos, que eran inevitables, que eran impostergables... Todo esto requiere tiempo... ajustes... cuidado, las cosas no pueden cambiar de la noche a la mañana”

“Pero esto no significa que el balance que yo hago es positivo... que distamos mucho de haber realizado lo que podríamos haber hecho... (En) una síntesis de cuáles son los factores fundamentales que han impedido aplicar la política... la conclusión que sale clara, nítida, es que el factor fundamental es el hecho de que todo proceso de cambio... tiene que comenzar en la mentalidad y la actitud de las personas. No hay otra forma, no se hacen... cambios sociales por decreto, ni tampoco bastan las políticas de salud bien concebidas, que pueden quedarse en el papel... cuando se trata de cambiar la dirección de todo nuestro quehacer, cuando entran elementos absolutamente nuevos frente a los cuales, no solo no hemos estado acostumbrados, sino que hemos estado deformados para vivir sin ellos. La participación del pueblo sigue siendo para nosotros un motivo de temor y de miedo y, de pánico en algunos casos, la aceptamos de labios para afuera... Todo esto (la PNS en su conjunto), en un plano declarativo, es aceptado unánimemente. Pero nuestra conducta, nuestra mentalidad, nuestras actitudes... siguen siendo las del pasado”. (D. Tejada, 1987, p.9-12)

Capítulo séptimo

MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DEL ASEGURAMIENTO, EN EL RÉGIMEN NEOLIBERAL AUTORITARIO

7

7.1. EL CONTEXTO PERUANO EN EL PERÍODO

- El neoliberalismo y el Consenso de Washington
- El neopopulismo de Fujimori
- El “autogolpe” de Fujimori y las bases del Estado Neoliberal
- Estado Neoliberal Autocrático
- Reformas político administrativas y lucha contra el terrorismo

7.2. LA POBREZA EN EL ESTADO NEOLIBERAL

- Crecimiento económico y pobreza
- Estrategia de lucha contra la pobreza
- Programas de alivio a la pobreza
- Salud en la lucha contra la pobreza

7.3. JUSTICIA SOCIAL EN EL ESTADO NEOLIBERAL

- Estado, mercado y derechos humanos
- Los derechos sociales en la Constitución Política de 1993
- Administración de justicia y corrupción

7.4. INICIOS DE LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

- Mercantilización de la salud
- Origen y características del modelo del aseguramiento en salud
- Cientificidad del modelo de aseguramiento en salud
- Legitimación del modelo de aseguramiento en salud
- Bases jurídicas del modelo de aseguramiento en salud
- Implementación de las políticas de mercantilización en salud

7.5. PRIVATIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERÚ

- Bases de legitimación de la privatización de la Seguridad Social
- Bases jurídicas de la privatización de la Seguridad Social

7.6. CONSOLIDACIÓN DE MERCANTILIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

- Formalización del proceso de mercantilización del sistema de salud
- Régimen contributivo
- Régimen no contributivo
- Posición del Colegio Médico del Perú

7.7. SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO AL FINAL DEL SIGLO XX

- A modo de balance

REFERENCIAS

7.1. El contexto peruano en el período

EL NEOLIBERALISMO Y EL CONSENSO DE WASHINGTON

La caída del Muro de Berlín (1989), la desaparición de la Unión Soviética (1991) y la crítica al Estado del Bienestar abrieron paso al triunfo del capitalismo y a la consolidación del paradigma neoliberal de desarrollo en el mundo. El mercado parecía convertirse así en el único capaz de reflejar y canalizar los diversos intereses de la sociedad, garantizar el crecimiento económico y la movilidad social. A inicios de la década de 1990, este nuevo modelo de desarrollo fue auspiciado por los organismos internacionales multilaterales, sobre todo por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) y sintetizado en el llamado Consenso de Washington.

Durante las reformas económicas gubernamentales de la década de 1980 se habían aplicado medidas neoliberales de manera diferente en varios países de América Latina; así, se acumuló un recetario de medidas que constituirían la base del Consenso de Washington y sus diez prescripciones para diseñar el Programa de Ajuste Estructural (PAE) para las economías de la Región. Este decálogo recopilado por John Williamson^[1] en la reunión de economistas organizada en 1989 por el *Institute for International Economics*, está constituido por las siguientes reglas: disciplina fiscal, priorización del gasto público, reforma fiscal, liberalización financiera, tipo de cambio competitivo, liberación comercial de la inversión extranjera, privatización de las empresas públicas, desregulación y derechos de propiedad. En 1991, Stanley Fisher incorporó tres nuevas reglas: promoción de la agricultura, programas de alivio a la pobreza y reformas de la administración de las empresas públicas.

Para el economista peruano Efraín Gonzales de Olarte,^[2] un PAE es un conjunto de medidas políticas de carácter neoliberal, que tiene el objetivo de reformar la estructura institucional que rige la producción, la circulación, la distribución y el consumo de bienes y servicios de un país, por medio de la redefinición de los roles económicos del Estado y del mercado, así como de las reglas de juego a nivel microeconómico, con el propósito de desarrollar una

economía capitalista y abierta. Las reformas tienen como propósito, entonces, una profunda transformación del modelo de economía mixta, del Estado Populista o Intervencionista, de la estructura social, de la cultura y, finalmente, del poder económico y político.

Se trataba de crear un Estado neoliberal mercado-céntrico en los países latinoamericanos, con la expectativa de generar una mayor acumulación y expansión del mercado, que permitiría un crecimiento económico significativo y sostenible. Por lo tanto, era necesario privatizar la propiedad de las empresas públicas, así como “desestatizar” los sistemas públicos encargados de la prestación de servicios de salud, educación y protección social. Privatización que tenía la intención de reabrir espacios de inversión del sector privado en el campo social, especialmente en aquellos rubros rentables como seguros, servicios educativos, asistencia médica, entre otros.^[3]

EL NEOPOPULISMO DE FUJIMORI

En algunos países latinoamericanos, como el Perú, la construcción y conducción de ese nuevo perfil de Estado se acompañó de medidas gubernamentales propias de un “neopopulismo”, entendido como una versión neoliberal del “populismo clásico”. Se introduce la “democracia delegativa”, el dirigente neopopulista se presenta como enemigo de la política tradicional, dueño de “una nueva forma de hacer política”, donde la interacción con el pueblo se hace sin arbitraje institucional, es decir, en forma directa. La socióloga canadiense S. Rousseau señala:^[4]

“Fujimori fue un líder neopopulista por cuanto, en su discurso, sostenía que colocaba por delante ‘el interés del pueblo’, promoviendo la ‘democracia real’ en contraposición con la ‘democracia para los privilegiados’, la que la mayoría había supuestamente experimentado en el pasado. Los símbolos de orden, modernidad y pragmatismo, mezclados con algunos aprovisionamientos de bienes materiales a sectores sociales seleccionados (principalmente en las clases populares no organizados) fueron utilizados durante el régimen de Fujimori para justificar la mayoría de las severas políticas de ajuste neoliberal, las reformas del Estado y las flagrantes violaciones a los derechos humanos”. (S. Rousseau, 2009, p. 37)

EL “AUTOGOLPE” DE FUJIMORI Y LAS BASES DEL ESTADO NEOLIBERAL

En abril de 1992, se produjo el llamado “autogolpe” de Fujimori, quien con el respaldo de las Fuerzas Armadas estableció *de facto* un gobierno, con el argumento de que lo hacía para “enfrentar el terrorismo y la crisis interna por medio de la transformación del Estado y sus instituciones”.

El “autogolpe” fujimorista fue ampliamente respaldado por el empresariado y los sectores populares. El 80 % de los peruanos encuestados por la prensa nacional apoyó esta medida. Además, los trabajadores informales y las poblaciones campesinas se sentían cada vez menos representados por el Estado Intervencionista, así como, por los partidos políticos

tradicionales que se mostraba tan impotente frente a la crisis de fines de la década de 1980. La política de Fujimori comenzaría a crear en el país un nuevo tipo de vínculo entre la sociedad y un nuevo Estado de perfil neoliberal mercado-céntrico. Además, cinco meses después del “autogolpe”, las Fuerzas Policiales capturaron a Abimael Guzmán, máximo líder de Sendero Luminoso. Tras este hecho, Sendero entró en un franco retroceso, y en pocos años había quedado reducido a unas pocas columnas localizadas en la selva alta peruana.^[2,5,6]

Tres meses después del “autogolpe”, se desactivó el Instituto Nacional de Planificación, y sus funciones normativas fueron asumidas por el Ministerio de Economía y Finanzas. Se trataba de reducir al máximo las intenciones de las entidades públicas de intervenir sobre el mercado con fines redistributivos. Las medidas legales para la liberación del mercado farmacéutico, se iniciaron el año 1992, con la eliminación del control del precio de venta del medicamento, que comenzó a ser comercializado como cualquier otra mercancía.

Ante el rechazo de la comunidad internacional a ese “autogolpe”, Fujimori fue obligado a comprometerse en restablecer los derechos constitucionales en el país, con la convocación a elecciones para un Congreso Constituyente, mediante el cual se aprobó una Constitución ajustada a las intenciones del grupo gobernante.^[6,7]

Con el reemplazo de la Constitución de 1979 por la de 1993, se eliminaron los obstáculos jurídicos que impedían o limitaban la realización de políticas económicas neoliberales, se elimina la toda referencia a la planificación del desarrollo. La nueva Constitución había definido un régimen económico neoliberal en su capítulo I del título III, y permitiría el establecimiento de una nueva Ley de Defensa para enfrentar con mayor agresividad y poco respeto de los derechos humanos, al terrorismo. En los siguientes dos años, se desplegó un proceso de reformas económicas y privatizaciones en la dirección de reducir el tamaño y la capacidad de intervención del Estado y abrir paso a una economía orientada por el mercado.

La aplicación autoritaria de la estrategia gubernamental, enmarcada por una estabilización macroeconómica y la puesta en marcha de medidas básicas de alivio a la pobreza, comenzaron a dar en el año 1993 los primeros resultados favorables para los objetivos del Gobierno. Fujimori, había creado las condiciones propicias para su reelección la que se produjo en las elecciones de 1995; asimismo, el movimiento oficialista obtuvo los votos necesarios para controlar el Parlamento.^[6,7]

ESTADO NEOLIBERAL AUTOCRÁTICO

El año 1995, Fujimori comenzó su gestión como presidente reelecto. Su régimen había logrado articular los nuevos intereses sociales, surgidos después de la crisis, con las nuevas instituciones políticas, para lo que utilizó tres tipos de instrumentos: neopopulistas,

mediáticos y coactivos. Los primeros establecieron redes de intermediación clientelística a través de la que se hacían llegar “obras” y servicios a los sectores más desconectados con el Estado y el mercado, mediante la implementación de programas de compensación social. Los segundos utilizaron una “lógica electoral mediática” para su promoción personal como artífice de la recuperación nacional. Su poderoso y nefasto asesor, Vladimiro Montesinos pudo montar “un aparato de propaganda del que se beneficiaron tanto los ejecutivos como los periodistas” (Degregori, 2000, p. 5). A la par, se impuso una “política del miedo” que se tradujo en la criminalización de la política y la práctica abolición del derecho a la huelga y a toda protesta social u oposición incómoda, so riesgo de ser etiquetado como de “terrorista”.^[6,8,9]

Sin embargo, los avances macroeconómicos efectuados desde el año 1992, así como los alcanzados en el campo interno no fueron suficientes para evitar que a partir de marzo de 1996 la economía peruana diera signos de crisis fiscal, lo que obligó al gobierno a efectuar un reajuste de su programa económico.

En 1998, dos años después de ese reajuste, los estragos del fenómeno de El Niño sumados a los efectos de la crisis asiática y rusa al comercio exterior provocaron un nuevo debilitamiento económico del país. Además, por el lado de lo político, la “interpretación auténtica” de la Constitución logró la viabilidad “legal” de la reelección de Fujimori a un tercer período presidencial consecutivo, situación que desencadena una movilización masiva de la ciudadanía de nivel nacional, a esto se unió la presión internacional, los escándalos de corrupción, los conflictos internos del régimen. A 49 días después de juramentar como presidente reelecto por segunda vez, en noviembre de 2000, Fujimori se vio obligado a huir del país para establecerse en el Japón, desde donde “renunció”. Al final del segundo milenio, el Perú se encontraba nuevamente en una situación de crisis económica, política y, especialmente, moral.^[5,7]

REFORMAS POLÍTICO ADMINISTRATIVAS Y LUCHA CONTRA EL TERRORISMO

El objetivo político central del neoliberalismo en América Latina fue el de desmontar un aparato estatal de “tamaño excesivo”, que los gobiernos habían pretendido crear con fines populistas o intervencionistas. En el caso del Perú, además de ser supuestamente extenso, se mostraba ineficiente, por lo cual además era necesario crear instituciones diferentes o reorganizar las ya existentes, así como dotar a los funcionarios públicos más acorde a las necesidades de expansión del sector privado.

A comienzos de la década de 1990, se desarrolló un proceso de reducción del aparato administrativo, que implicó, según algunas estimaciones, el despido de 450 000 trabajadores. En ese sentido, se fomentó la flexibilidad del empleo público y la modernización institucional. Las reformas estructurales de la década de 1990 fortalecieron la economía

de libre mercado y redujeron el tamaño del Estado. Surgió entonces una nueva élite que aprovechó las reformas para enriquecerse y apropiarse de los recursos públicos. El control autoritario del sistema político y de los medios de comunicación, neutralizaron denuncias aisladas sobre las graves irregularidades que estaban sucediendo.

En lo referente al enfrentamiento a los movimientos terroristas, cabe señalar que durante el gobierno de Fujimori se aprobó la llamada Ley del Arrepentimiento que permitió perdonar a unos 8 000 terroristas que aceptaron rendirse y colaborar en la lucha contra la subversión. En 1991, se promulgó el Decreto Legislativo N.º 741, que dio a las Rondas Campesinas de autodefensa un estatus legal, hecho fundamental para neutralizar y, luego, derrotar a Sendero Luminoso (SL). La nueva estrategia antiterrorista focalizó la atención de la Dirección Contra el Terrorismo (Dircote) en la captura de los cabecillas de las organizaciones subversivas. En septiembre de 1992, se capturó a Abimael Guzmán y varios dirigentes senderistas en Lima.

En cuanto al Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA), sus fuerzas quedaron diezmadas tanto por la Ley de Arrepentimiento como por el encarcelamiento de sus principales cabecillas. Cabe señalar que paralelamente operaban grupos paramilitares, como el denominado “Grupo Colina”, que realizaba detenciones y ejecuciones ilegales de supuestos terroristas, según consta en el informe de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación.^[10]

7.2. La pobreza en el Estado Neoliberal

CRECIMIENTO ECONÓMICO Y POBREZA

Las desigualdades sociales aparecen en este contexto neoliberal como una preocupación subordinada a las necesidades de la reestructuración económica y la recuperación del crecimiento económico. Esto no significa ignorar la persistencia de la desigualdad; sino reconocer que su reducción implica la necesidad de aplicar políticas de reorientación del gasto público, las cuales permitirían “evitar distorsiones de los precios relativos y privilegios” para, así, poder focalizar la atención en sectores sociales en extrema pobreza o pobreza. De acuerdo con este pensamiento, si el mercado y la libre competencia funcionan, el Estado podría concentrarse en crear oportunidades para los más pobres. “Una distribución de la riqueza más igualitaria surgiría como el resultado de esta lógica y no cabría tanto buscarla a través de voluntarismos que afectan el proceso de inversión y generan desequilibrios fiscales.”^[11]

La década de 1990 se inició en el Perú con la implementación de un severo programa de estabilización, orientado a enfrentar los severos desajustes macroeconómicos que se habían generado a partir de 1988. Luego de la recesión, el nivel de actividad económica se

empezó a recuperar en 1993, y hacia 1994 se observó una tasa de crecimiento del PBI anual de 12,3 %, la más alta de América Latina. Luego, el crecimiento anual del PBI se desaceleró marcadamente en el de 1998-2001, como consecuencia del Fenómeno del Niño y de la crisis en los mercados financieros internacionales: -0,4 % en 1998; 1,5 % en 1999; 2,7 % en 2000.^[12]

De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 7.1, las variaciones en la tasa de crecimiento del PBI entre 1991 y 2000 se acompañaron de una discreta reducción de la pobreza, especialmente de la pobreza extrema; aunque con un impacto poco claro sobre las desigualdades existentes, al respecto, entre la población de Lima Metropolitana y la asentada en el área rural nacional. Entre 1985 y 1991, el nivel de pobreza total en la población peruana se había elevado en 14 puntos porcentuales: del 41,6 % al 55,3 %. Luego, entre 1991 y 2000 dicho nivel se mantuvo, con discretas variaciones. Por último, el nivel de la pobreza extrema recién comenzó a decrecer de manera significativa a partir de 1997, cuando alcanzó una cifra del 14,7 % que se mantuvo hasta el año 2000.

Por otro lado, al final del año 2000 y en relación con el año 1991 las desigualdades entre los niveles de pobreza total registrados en la población de Lima Metropolitana y en la población del área rural se habían, mantenido en alrededor de 25 puntos porcentuales, mientras que los correspondientes a la pobreza extrema habían decrecido en 10 puntos porcentuales (Tabla 7.1).

Tabla 7.1. Distribución de la población nacional según niveles de pobreza y tasa de crecimiento anual del producto bruto interno (PBI). Perú: 1991, 1994, 1997, 2000

Indicador	1991	1994	1997	2000
● País				
– Pobreza total (%)	55,3	49,6	50,7	54,1
– Pobreza extrema (%)	20,2	19,0	14,7	14,8
● Lima Metropolitana				
– Pobreza total (%)	47,6	37,6	35,5	45,2
– Pobreza extrema (%)	10,1	4,7	2,4	4,7
● Rural				
– Pobreza total (%)	70,8	65,5	64,8	66,1
– Pobreza extrema (%)	46,8	35,2	31,9	30,1
Tasa crecimiento del PBI*	2,2	12,3	6,5	2,7

Fuente: E. Gonzales de Olarte, 2008 p. 56

* Banco Central de Reserva.

ESTRATEGIA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA

Según los autores neoliberales las formas de combatir la pobreza consisten en proporcionar mayor libertad; se pueden introducir programas focalizados de alivio a la pobreza para los más necesitados bajo la condición de no “distorsionar el mercado o impedir su funcionamiento” (Friedman, 2002). Entre las prácticas restrictivas que pueden distorsionar el mercado se encuentran el funcionamiento de sindicatos o la legislación en materia de salarios mínimos. En este sentido, Friedman recurre a la obra de Adam Smith, *La riqueza de las naciones*, y dice que su hallazgo “consistió en afirmar que todo intercambio voluntario genera beneficios para las dos partes [...]; no es necesaria una fuerza externa, la coerción o la violación de la libertad para conseguir la cooperación entre individuos que se pueden beneficiar de esta”. Entonces, la pobreza es el problema de la falta de la cooperación voluntaria entre los hombres.^[13] Mayor igualdad es subproducto de la libertad. La igualdad de las oportunidades no está en contradicción con la libertad, pero la igualdad de resultados sí. La forma de combatir a la pobreza estriba en las inversiones en el capital humano que tienen efectos directos en los ingresos, el empleo y otras variables económicas, Esto quiere decir que “la educación, la capacitación laboral, el gasto en instituciones especializadas como los servicios de salud contribuyen al capital humano, que es una parte integral de la riqueza de las naciones, como lo son las fábricas, las viviendas, la maquinaria y otros tipos de capital físico”.

En junio de 1993, se creó la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), para coordinar las acciones en el área social. La CIAS estaba conformada por los ministros de la Presidencia, Economía y Finanzas, Salud, Educación y Trabajo. En noviembre de 1993, la CIAS aprobó el documento Lineamientos Básicos de la Política Social.^[14]

El nuevo documento delimita el ámbito de la política social: “incluye... población, empleo, consumo y acumulación, salud-nutrición, el hogar y su medio, familia, tiempo libre, seguridad social, justicia, protección y seguridad al consumidor”. Se señala su objetivo formal: “promover la igualdad de oportunidades para todos los habitantes del país”. Se precisa su prioridad: “El Gobierno enfatizará la intervención selectiva y focalizada... el programa de acciones tiene como eje fundamental la focalización del gasto en los sectores de extrema pobreza”. Se delinea su estrategia básica: “... buscará el difícil equilibrio entre las actividades permanentes (justicia, salud y educación) y aquellas otras de naturaleza más urgente, tales como el empleo y el apoyo alimentario”. Se señalan como instrumentos de reforma: la CIAS para revisar y coordinar la política social; y el “Programa presupuestal de mejora de la calidad del gasto social básico”, para ejecutar los planes de trabajo específicos. En opinión de C. Ewig,^[15] esta política social buscaba establecer medidas de carácter asistencialista “sin distorsionar las señales del mercado ni trabar el crecimiento económico”.

En diciembre de 1996, el Ministerio de la Presidencia presenta el documento *Elements of the Focalized Strategy to Combat Extreme Poverty 1996-2000*, texto que explicitaba la reafirmación del propósito inicial del gobierno: focalizar la ayuda gubernamental en los grupos de pobreza extrema. El objetivo era reducir, al final del quinquenio, este tipo de pobreza en un 50 %, mediante dos formas complementarias de acción gubernamental: la primera, universal, a cargo del Programa de Mejora en el Gasto Social Básico, cuyo fin era satisfacer las necesidades básicas de esos grupos, a través de la expansión y mejora de los servicios sectoriales sociales; la segunda, focalizada, a cargo del Ministerio de la Presidencia mediante sus programas de inversión en infraestructura económica y social.^[16]

En el año 1998, el Consejo de Ministros actualizó el discurso oficial en materia social, trazando cuatro ejes de la estrategia social que, en teoría, debían ser aplicadas por todos los programas públicos: 1) el acceso universal a servicios sociales básicos de alimentación y nutrición, salud, educación y saneamiento; 2) promoción de la ciudadanía a través de la cultura de derecho y deberes; 3) garantizar el acceso a servicios de justicia y seguridad, la equidad de género, la reducción de la violencia familiar, la atención especial de niños y adolescentes trabajadores y de aquellos con necesidades educativas especiales; y, 4) promoción económica que busca mejorar la acción del Estado en las áreas de: justicia, infraestructura económica, focalización y subsidios. Sin embargo, el carácter asistencialista o neopopulista de tales estrategias y su opción por la focalización del gasto social a ser ejecutado, esencialmente, por los programas de compensación, fueron tempranamente objeto de críticas por los especialistas.^[16,17]

“La pobreza es tratada como una suerte de invalidez inherente a la persona cuyos síntomas externos pueden ser momentáneamente aliviados, mas no así sus causas. En contraste, la política social que se construye como derechos sociales universales entiende a la pobreza y la necesidad como una condición temporal o excepcional de insuficiencia de ingreso o de insuficiente inversión para desarrollar las capacidades de la persona. En este sentido, las medidas y los programas dirigidos a pobres no puede diferir en su naturaleza de las medidas y programas dirigidos a toda la sociedad, sobre todo cuando existe un problema paralelo de integración social que también se pretende atender (...) tenemos aquí un argumento a favor del uso de un sistema universal de previsión para resolver situaciones de extrema pobreza, antes que programas específicos ‘para pobres’...” (J. Anderson, 1994, p. 346)

PROGRAMAS DE ALIVIO A LA POBREZA

La respuesta oficial para enfrentar los problemas sociales se centró, desde 1991, en las denominadas políticas de alivio a la pobreza. Recién en agosto de ese año –en cumplimiento de una de las condiciones establecidas por el BID para su apoyo financiero al país– se crea el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (Foncodes), como un Banco de inversión estatal y responsable de gran parte del gasto social de compensación. Luego de la creación del Foncodes, apareció en febrero de 1992, el Programa de Apoyo Alimentario

(Pronaa). Además, en abril de 1992, se reactivó el Ministerio de la Presidencia, para concentrar en su ámbito los distintos fondos sociales y acelerar la puesta en marcha de los diferentes programas sociales orientados a atender a la población en situación de pobreza.^[2]

Las orientaciones de los organismos de cooperación externa y el pragmatismo político de las autoridades nacionales determinaron que las reformas económicas se combinaran con una política social asistencialista, que se ejecutaba a través de dos tipos de programas sociales: los sectoriales y los de compensación. Los sectoriales, de carácter permanente, estaban a cargo de los Ministerios de sectores sociales (salud, educación, trabajo, vivienda) que atendían la demanda de servicios públicos sociales. Los de compensación, puramente asistenciales, de corto plazo y destinados a amortiguar los costos sociales del ajuste. Estos últimos estuvieron a cargo, primero, de la respuesta inicial a la emergencia social y, luego, de la ejecución de las estrategias de lucha focalizada contra la pobreza.

El gasto social destinado específicamente a los programas de lucha contra la pobreza fue incrementado de manera sostenida entre los años 1992 y 1998. Su participación en el Gasto Público total aumentó del 3,1 %, en 1992, al 7,9 %, en 1998. Además, representaba en 1998 el 10,8 % del Presupuesto total del Sector Público. Estos programas eran apoyados desde el año 1993 por el Banco Mundial y el BID. Sin embargo, aquel primer índice se encontró siempre muy por debajo del registrado en 1985, y su valor al final de la década era menos de la mitad que la registrada en Argentina o Chile, donde la cifra era cercana al 20 %.^[17]

Para administrar el gasto de los programas de compensación social, se creó una frondosa maquinaria administrativa, puesta al servicio político del partido del gobierno, que cumplió un papel importante en las reelecciones de 1995 y 2000. Las organizaciones de los usuarios de dichos programas fueron manipuladas y convertidas en las principales bases de apoyo incondicional al fujimorismo. Por otro lado, desde el año 1997 todos los autores, que tratan el tema que analizamos, señalan la existencia de grandes debilidades en la gerencia de los programas sociales durante la década de 1990. Se estima que el porcentaje de la filtración a “No pobres extremos beneficiarios” alcanzó entre el 70 % y el 80 % del total de beneficiarios.^[11,17,18]

A la par, los movimientos campesinos y populares sociales se debilitaron ostensiblemente por diferentes razones: legislación laboral de corte neoliberal, que amedrentó al movimiento sindical; la crisis ideológica del marxismo; la socialdemocracia. No obstante, durante los últimos años de la dictadura se configuró un nuevo discurso en defensa de los derechos humanos, la democracia y la inclusión y reconocimiento de las minorías y la protección del ambiente; enarbolado por diversos colectivos sociales, lamentablemente poco cohesionados.^[19]

SALUD EN LA LUCHA CONTRA LA POBREZA

En aplicación de la estrategia de alivio a la pobreza se organizó y se comenzó a ejecutar en 1994 el Programa de Focalización del Gasto Social Básico, posteriormente denominado Programa de Mejora del Gasto Social Básico (PMGSB), orientado a recuperar y mejorar en cantidad y calidad la inversión estatal en las áreas de nutrición, salud, educación y justicia. Inicialmente fue formalizado por los artículos 29.º y 32.º de la Ley de Presupuesto del Sector Público de 1994.^[20]

Particularmente, en el área de Salud, los recursos asignados por el PMGSB eran administrados por el nivel central del Minsa y ejecutado en los centros y puestos de salud prioritarios de las Oficinas Regionales de Salud. Entre los años 1992 y 1995, de acuerdo a información oficial del Minsa, los recursos físicos disponibles para la atención básica de la salud se habían incrementado significativamente: el número de centros de salud había aumentado de 660 a 931 y el número de puestos de salud de 2 991 a 4 598. Además, hasta 1995 se había logrado recuperar la operatividad del 76 % de los establecimientos de salud ubicados en los departamentos calificados como muy pobres, y del 50 % en los departamentos pobres. Adicionalmente, Foncodes había rehabilitado o construido 1 213 puestos de salud a un costo de 30 millones de dólares.^[20]

Programa de Salud Básica para Todos

En el año 1995, como parte del proceso de su inserción en la Administración Pública, el PMGSB cambiaría su denominación, en el ámbito del sector Salud, por la de Programa de Salud Básica Para Todos (PSBPT). Programa que se definía como una fuente de financiamiento con recursos del Estado dirigida a desarrollar y reforzar actividades orientadas a mejorar la salud de las personas. Se articulaba con el Minsa a través de la Dirección General de Salud de las Personas, y el responsable político era el ministro de Salud. Como unidad de planeamiento, debía asegurar la distribución de los recursos del presupuesto asignado por el Tesoro Público al PSBPT. Estos recursos se canalizaban a través de las 33 Direcciones Regionales o Subregionales de Salud; responsables de la ejecución, cumplimiento de los objetivos y rendición de cuentas, de los recursos que se les transfieren.^[21-24]

Entre 1995 y 1997, el PSBPT, con una unidad de gestión central paralela a las otras oficinas de la Administración Central del Minsa, señaló y aplicó tres líneas de acción: 1) reactivación de puestos y centros de salud, a través de la contratación de personal asistencial para la ampliación de la oferta de un “paquete de servicios básicos”, la capacitación de los trabajadores de salud, la inversión en rehabilitación y mantenimiento de infraestructura y en equipamiento básico; 2) apoyo financiero a las actividades de los Programas Nacionales de Salud del Ministerio de Salud; 3) fomento de la participación comunitaria local. Esta última línea de acción del Programa es el desarrollo de actividades que convoquen y

promuevan la participación de los usuarios de servicios, organizaciones e instituciones de la comunidad, en la administración y gestión de las acciones locales de salud; tenía como línea de inversión el apoyo a los “Comités Locales de Administración de Salud” (CLAS), según se presentará luego.^[21,22] De acuerdo con la información oficial, al final del año 1997 el PSBPT había priorizado un total de 3 601 de establecimientos focalizados en zonas de estratos muy pobres (72 %), e incorporado un total de 5 029 establecimientos de salud (4 256 puestos de salud y 773 centros de salud) para su optimización, lo que habría permitido favorecer la atención de 20 millones de personas. Este resultado incluye 580 establecimientos incorporados bajo la modalidad de administración compartida que forman parte de 548 CLAS. A septiembre de 1997, el PSBPT había contado con los servicios de 10 806 personas, de los cuales 1 573 son médicos, 3 758 profesionales no médicos y 5 475 técnicos de salud. Finalmente, la disponibilidad presupuestaria otorgada al Programa había permitido invertir en los 43 meses de su vigencia, el monto de 786 millones de nuevos soles (317 millones de dólares).^[21-23]

En 1998, el PSBPT tenía un presupuesto asignado directamente por Tesoro Público que alcanzaba un monto de 100 millones de dólares. Aunque incluía algunos fondos para gastos en infraestructura y equipamiento, estos nunca superaron al 10 % del gasto total ejecutado. Los mayores gastos se destinaron al pago de profesionales de la salud, que fueron captados bajo una nueva forma de contrato a corto plazo que, sin encuadrarse dentro del régimen privado, hizo posible pagar salarios más altos que al resto de funcionarios públicos. A pesar de la expansión del PSBPT, existieron serias limitaciones en sus esfuerzos para reducir la inequidad en el acceso a los servicios de salud básica. Los resultados de la Enniv-1997 mostraron que, en términos de nuevo acceso, el quintil I (los más pobres) era el menos beneficiado del Programa (16 %) y el quintil IV (los menos pobres), el más beneficiado (26 %). Con relación a los gastos en saneamiento, se aprecia una menor regresividad, en tanto que el quintil II fue el más favorecido (24 %); aunque, nuevamente, el quintil I (16 %) fue el menos favorecido.^[21-23]

Logros y limitaciones en la atención básica de la salud

El incremento del gasto en la atención básica prestada por los centros y puestos de salud del Sector se mantuvo hasta el año 2000 mediante los programas de focalización que, en sus inicios, utilizaron recursos nuevos del Tesoro, a los que se sumaron los de cooperación externa. El uso de nuevos fondos para financiar este tipo de programa postergó la necesidad de reasignar fondos existentes y la introducción de reformas sustanciales en los modelos de cuidado de la salud tanto de nivel básico como los de mayor complejidad. Las limitaciones de esta medida comenzaron a mostrarse a mediados del año 1999, cuando, ante la contracción del gasto fiscal, el “Minsa respondió con significativos recortes a los presupuestos de los programas focalizados, comprobándose que sus recursos podían ser recortados más fácilmente que los financiados por los presupuestos regionales”.^[25]

Por otro lado, los esfuerzos para incrementar el número de establecimientos y de personal destinados a la atención básica fueron exitosos temporalmente, pero crearon nuevos desafíos vinculados con la productividad. La mayoría de los establecimientos registraban niveles de productividad extremadamente bajas. Los problemas vinculados con defectos del subsector público, conductas del personal de salud, y propios del ámbito de aquellos establecimientos en administración compartida generaron dudas acerca de la validez de la eficacia del programa. Además, se habían destacado otras debilidades dependientes de la ubicación urbana-rural del Comité y de insuficiencias en el control, el monitoreo y la evaluación.^[23,24]

7.3. Justicia social en el Estado Neoliberal

ESTADO, MERCADO Y DERECHOS HUMANOS

El neoliberalismo es la corriente económica y política mundial inspirada y responsable del resurgimiento, desde las décadas de 1970 y 1980, de las ideas asociadas al liberalismo clásico, propone una política económica que coloca el acento en lo tecnocrático y macroeconómico. La estrategia económica neoliberal se orienta, entonces, a acrecentar el papel del mercado como mecanismo de asignación óptima de recursos, maximizador de la producción y del empleo, corrector automático de eventuales desajustes económicos y garante de la inversión productiva y el desarrollo económico; transfiere a los agentes privados y al mercado, gradual pero sostenidamente, las funciones económicas anteriormente asignadas al Estado.^[25]

El politólogo Martín Tanaka^[11] comenta que, desde el inicio la década de 1990, “se instauró en el país un sentido común pragmático e individualista, desconfiado de las instituciones y de sus procedimientos, con una lógica caudillista”. Propuestas de política económica que poco antes eran rechazadas por la ciudadanía por su poca “sensibilidad social”, lograron una hegemonía en el pensamiento de los principales actores sociales. Nociones económicas como las de “equilibrio” y “disciplina fiscal”, “reorientación del gasto público con criterios de eficiencia”, “liberación de los mercados”, “promoción de la inversión” y “garantía de los derechos de propiedad” reemplazaron a las propuestas anteriores que situaban como protagonista al Estado y sus políticas redistributivas, en concordancia con el pensamiento social de los principales actores de la escena política.

En lo que corresponde particularmente a la “política privatista en los sectores sociales” el Estado Neoliberal tiene como estrategia central: la penetración y dominio del capital privado en los espacios sociales rentables, con el fin de mercantilizar el bienestar de la sociedad de acuerdo con la doctrina neoliberal. Para legitimar socialmente esta nueva política se usaron en el Perú varios argumentos y medios. Entre estos últimos, los mediáticos que fortalecieron en la opinión pública una percepción de la ineficiencia, corrupción e

insuficiencia de los servicios de la administración pública en el pasado. Además, durante la “década perdida de 1980” los gobiernos latinoamericanos habían tenido que reducir el gasto público asignado a los sectores sociales, lo que deterioró la calidad de la prestación del servicio y la imagen de lo público frente a la sociedad. Reducción que se justificó por la crisis fiscal.^[3,5,24]

Carlos Boloña,^[25] ministro de Economía y Finanzas, sería el verdadero impulsor de las reformas económicas que fueron puestas en marcha en el país entre marzo de 1991 y diciembre de 1992. Hasta 1998, la mayoría de tales reformas fueron legisladas por el Ejecutivo gracias a facultades extraordinarias delegadas por el Congreso, sin mayor debate parlamentario sobre las mismas, sus contenidos y sus formas

“El ‘Estado Planificador’(...) colapsó con la caída del socialismo. El ‘Estado Interventor’ que imperó durante este siglo, fracasó o se agotó. El ‘Estado Benefactor’(...) con su sesgo redistributivo (...) hizo crisis(...) en las últimas dos décadas (...) El Estado no debe tener como función ‘el logro de una mayor equidad social’. La palabra ‘equidad o igualdad’ es muy riesgosa y permite contrabandear intervencionismos redistributivos que al final generan más costos que beneficios. Adicionalmente, la palabra igualdad puede referirse a la igualdad de resultados, oportunidades, condiciones, que nunca serán igualables. La única igualdad que debería preocupar es la ‘igualdad ante la ley’. Así nos evitaremos el contrabando ideológico del ‘Estado Promotor del Desarrollo’ que se nos promete como activo, socio y equitativo; y que al final acabaría...fracasado (...) en ‘nombre de la equidad y la promoción’...”. (C. Boloña, *El Comercio*, 12 de diciembre de 1999)

LOS DERECHOS SOCIALES EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1993

La Constitución Peruana de 1993^[27] recoge en su mayoría los derechos sociales reconocidos en la Constitución de 1979. Así, se reconocen dentro del título I, en el capítulo II, a los derechos sociales y económicos (artículos 4 al 29), sin que por supuesto esta descripción sea cerrada, ya que en otros artículos de la Constitución se recogen derechos sociales (p.e. artículos 39, 40 y 42); además, de aquellos derechos implícitos que se funden en la dignidad del hombre, o en los principios de soberanía del pueblo, del Estado democrático de derecho y de la fórmula republicana de gobierno (artículo 3).

Con relación a los asuntos sociales, la Constitución Política del Perú de 1993 fue elaborada con la clara intención de adecuar la base jurídica del Estado peruano a los requerimientos del proyecto neoliberal, mediante la eliminación o recorte de la Carta Política de todo aquello contrario a dichos proyectos. Tal como nos hace notar el profesor de Derecho Constitucional, Carlos Mesía Ramírez,^[28] a diferencia de la de 1979, en la de 1993 se precisa que solo los derechos civiles y políticos tienen el carácter de fundamentales, no así los denominados derechos sociales, económicos y culturales. Es decir, considera a estos últimos solo como derechos adquiridos, y no como derechos fundamentales inherentes a la persona en su condición de ser humano; retroceso, en contraposición con la doctrina de derechos humanos en lo que se refiere al principio de la progresividad en el reconocimiento de tales derechos.

Además, en la Constitución de 1993, el derecho a la salud surge como derecho universal de segunda generación, un derecho social de carácter programático. Estos derechos, en coherencia con lo establecido en la Constitución, se definen como: “obligaciones mediatas del Estado, que necesitan de un proceso de ejecución de políticas sociales para que el ciudadano pueda gozar de ellos o ejercerlos de manera plena”. Los derechos programáticos no facultan a los ciudadanos a requerir judicialmente su ejecución inmediata, pues no gozarían de tutela jurisdiccional; sin embargo, estos derechos sí serían exigibles políticamente, y podrían encontrar satisfacción de acuerdo a la coyuntura gubernamental vigente.

Asimismo, en la nueva Carta constitucional –siempre en comparación con la de 1979–, el Estado pasa de ser garante de las prestaciones de salud y pensiones a garante de la “libertad” de obtenerlas, en una sociedad donde el problema es el acceso a estas prestaciones. De esta manera, confunde la seguridad privada con la seguridad social y la libertad formal con la libertad efectiva. Asimismo, excluye toda referencia a la responsabilidad del Estado en la organización de un sistema nacional de salud que facilite a todos el acceso igualitario y con tendencia a la gratuidad de los servicios de salud; y el deber de todos a “participar” en la promoción y defensa de la salud es reemplazado por el deber a “contribuir” a su promoción y defensa.

ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA Y CORRUPCIÓN

Desde los inicios del régimen neoliberal, Fujimori y su asesor Vladimiro Montesinos montaron un sistema de corrupción que les permitió dominar a las instituciones del Estado y usar los recursos públicos con fines ilícitos. Este sistema, que tuvo como núcleo el Servicio de Inteligencia Nacional (SIN) contaba con el apoyo de los altos mandos militares y de la mayoría parlamentaria subordinada al régimen. Sobre esta base, el gobierno intervino en casi todo el aparato estatal.^[10]

En el estudio de Alfonso Quiroz^[29] se pueden leer los siguientes comentarios sobre la corrupción en la década de 1990.

“Una poderosa organización de corrupción había penetrado el sistema de justicia: los jueces de la Corte Suprema y de los juzgados superiores y provinciales conformaron una red de prevaricación y cohecho que otorgaba decisiones y sentencias a favor de intereses privados y políticos protegidos por Montesinos”.

Según Quiroz, los costos de la corrupción durante el régimen fujimorista ascendieron a 14 087 millones de dólares; cifra que representaría aproximadamente del 30 % al 35 % del gasto presupuestal de la década de 1990 y un 4 % del PBI por año.

Por otra parte, Proética^[30] corrobora y complementa los comentarios de Quiroz sobre la década de 1990:

- La corrupción en el país es considerada un problema muy grave por la mayor parte de la ciudadanía (63 % de los entrevistados). Solo le preceden la situación económica y la falta de empleo.
- La evaluación del desempeño de las instituciones en la lucha contra la corrupción es bastante crítica. El poder judicial es percibido como la institución más corrupta del país (73 % de los entrevistados), seguida por la policía (66 %) y el gobierno.
- Dos de cada tres personas muestran algún grado de tolerancia hacia diversos actos ciudadanos de corrupción. Solo cada uno de cada tres personas se pronuncia claramente en contra.

7.4. Inicios de la mercantilización del cuidado de la salud

MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD

La política neoliberal en el Perú diseñó e implementó aunque de manera aún incipiente un nuevo modelo de gestión del cuidado de la salud poblacional –al que vamos a denominar “modelo de aseguramiento en salud”– a través de varios ejes: reconfiguración pública-privada del financiamiento de los servicios de salud, privatización de lo público rentable, selectividad de intervenciones, focalización de la provisión pública en poblaciones calificadas de pobres o extremadamente pobres, conformación de paquetes básicos de atención de la salud y el inicio de los programas de aseguramiento público en salud. En el proceso de su aplicación, incorpora la lógica de mercado a las instituciones públicas de salud, fortalece los discursos tecnocráticos –descalificando los argumentos normativos que sustentaban el anterior modelo– y privilegia propuestas que minimizan responsabilidad del Estado, como sujeto obligado de garantizar el derecho a la salud.

Este proceso de expansión sin límites de la lógica de mercado definido como mercantilización que bajo la égida de capitalismo ha invadido todas las dimensiones de la vida y las relaciones humanas. Colins lo explica como sigue:

“No todo lo útil es una mercancía. Lo que convierte cualquier cosa en una mercancía es la posibilidad de comerciarla con fines de lucro. Las manzanas cultivadas en el patio trasero de alguien no son productos básicos; las manzanas se convierten en mercancías solo cuando se cultivan para la venta. Bajo el capitalismo, no se produce nada que no pueda venderse con fines de lucro, por lo que la producción de mercancías es la razón de ser del capitalismo. El economista italiano Piero Sraffa incluso definió el capitalismo como «la producción de mercancías por medio de mercancías», es decir, por medios de producción que también se comercializan: es decir, no solo materias primas y maquinaria, sino también trabajo que bajo el capitalismo es vendido por trabajadores y comprado por los empleadores”.^[31]

El término referido a la expansión de la lógica de mercado en los sistemas de salud alude precisamente a:

“...el incremento de la lógica privada dentro de los sistemas públicos de salud, al incrementar la participación directa del sector privado como proveedor de servicios y recursos privados en financiación, así como la adopción de principios privados de gestión, retribución y organización de los sistemas... A partir de la observación de la mercantilización, sistematizamos que este proceso se concentra en dos esferas: en el financiamiento y en la provisión de servicios de salud”.^[32]

En tal sentido, la mercantilización es el instrumento central de transformación de los sistemas de salud utilizado por la corriente neoliberal y es así como ha operado el Perú.

Pedro Brito,^[33] en lo referente a la implantación de esta macropolítica en el sistema de salud peruano, señala que:

“La mercantilización de los sistemas de salud se refiere a un proceso complejo y de vasto alcance –casi no hay límites a la mercantilización– que consiste en incorporar en la gobernanza (instituciones y reglas de juego para el gobierno) y en el funcionamiento de los sistemas sanitarios la lógica del mercado promoviendo la mayor participación del sector privado como proveedor y como financiador. Al mismo tiempo que se adoptan en la gestión pública principios, mecanismos (administración, remuneración, organización, etc.) y técnicas propias de la gestión de negocios privados como la “Nueva Gestión Pública”, impulsada en nuestro país desde el Ministerio de Economía y Finanzas, la isla tecnocrática por excelencia.

La mercantilización del financiamiento de la protección social empezó con la creación de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). En 1997 se inicia su implementación en salud con la creación de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), que expande el mercado privado a la seguridad social en salud. Luego, la lógica de “cuasi mercado” (compra-venta) inspira la normatividad que crea los seguros públicos: Seguro Escolar Gratuito y Seguro Materno Infantil, entidades precursoras del Seguro Integral de Salud, aunque se traten básicamente de programas de subsidio a la demanda. El conjunto de la propuesta devendría luego en el Aseguramiento Universal en Salud”.^[33]

ORIGEN Y CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Al finalizar la “década perdida de 1980”, uno de los principales temas en debate en las Américas era el de la “crisis sanitaria” en la Región. En estas circunstancias el Banco Mundial (BM) formula el documento *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reforms, A World Bank Policy Study*, que en su versión en español fue publicado por la OPS en 1987,^[31] en él se señala que es:

“Ciertamente, es harto defendible la tesis en favor de un mayor gasto público en salud en los países en desarrollo, donde las expensas por este concepto de los sectores público y privado, en conjunto, equivalen a menos del 5 % de los gastos similares en los países desarrollados (...) Pero en la mayoría de los países la austeridad presupuestaria generalizada torna difícil la prédica en favor de un aumento del gasto público...”

246 Los autores del Informe, a partir de la supuesta imposibilidad de aumentar el muy insuficiente gasto público en salud, se plantean la pregunta ¿Qué puede hacerse?

Para sustentar su respuesta, los autores del documento señalan, tres problemas: 1) gasto insuficiente en salud e ineficacia del gasto en función de costos; 2) ineficiencia interna de los programas públicos, y 3) desigualdad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud. Luego, proponen cuatro reformas a efectuar en el sistema de salud de aquellos países: 1) cobro de aranceles a los usuarios de los servicios públicos de salud, especialmente para medicinas y atención curativa; 2) estímulo de programas bien diseñados de seguro de salud para ayudar a movilizar recursos hacia el sector de la salud; 3) estímulo al subsector privado para que provea servicios por los cuales los consumidores estén dispuestos a pagar; 4) descentralización de la planificación, presupuestación y adquisiciones para los servicios de salud gubernamentales, particularmente aquellos que rinden beneficios privados por los cuales se cobra a los usuarios.^[34]

Finalmente, para justificar y aplicar esas cuatro reformas, se clasifican –en la citada publicación– los bienes y servicios provistos por el sistema oficial de salud en dos categorías: “bienes netamente privados”, cuyos beneficios son captados totalmente por la persona que recibe el servicio de salud, y “bienes puramente públicos”, cuyos beneficios perciben por igual todos los miembros de la comunidad. Luego, con la aceptación que esta clasificación y las siguientes comparaciones no son exactas, consideran a los primeros bienes como idénticos a los servicios de “atención curativa”, por cuyo uso el público tiene una mayor disposición a pagar, y equiparan a los segundos con los de “atención preventiva”. La conclusión es obvia: se debe reducir la responsabilidad del Gobierno en cuanto al financiamiento de los “bienes netamente privados”, por ser estos de beneficio solo persona. La búsqueda de la “eficiencia” del sector público en Salud, supuestamente sobredimensionado, fue el argumento inicial con que los gobernantes latinoamericanos justificaron el recorte de los gastos públicos en salud.^[34] El modelo de gestión y financiero del sector Salud propuesto en aquel documento comenzó a tratar de ser implementado legalmente en nuestro país luego del “autogolpe” de Fujimori, en el marco establecido por el programa de reformas económicas neoliberales.^[20,24]

Este informe del Banco Mundial fue continuado por otro publicado en 1993, bajo la denominación de *Invertir en Salud*,^[35] en continuidad del informe publicado en 1987, donde se concretan las políticas, principalmente de carácter económico, para las reformas de los sistemas de salud y de seguridad social. Principios que fueron asumidos y utilizados por otras agencias internacionales o de cooperación bilateral (BID; Usaid); los consorcios de aseguradoras/proveedoras y prepagas privadas; así como por los funcionarios de los gobiernos y académicos para justificar su participación en dichas reformas. A partir de estas orientaciones, los procesos de reforma adquieren básicamente una lógica económica y mercantilizada contraria a la lógica de satisfacción de las necesidades y realización de derechos. Kelley Lee y Hilary Goodman^[36] analizan con bastante precisión como discurrió este proceso:

“El debate político sobre las tarifas de los usuarios y, en particular, sobre cómo optimizar su potencial y mitigar sus efectos adversos, continuó durante la década de 1990. Sin embargo, a principios y mediados de la década de 1990, este enfoque en las tarifas de los usuarios ya se estaba replanteando dentro del contexto más amplio de la reforma del sector de la salud en su conjunto. Se reconoció que el financiamiento del cuidado de la salud, como componente fundamentalmente importante de un sistema de salud, no se podía reformar de forma aislada. La idea central del Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en Salud (Banco Mundial 1993), por ejemplo, tenía una perspectiva sectorial y se centraba en mejorar la eficiencia de la asignación mediante, por ejemplo, el gasto del sector público en un paquete básico y limitado de atención de la salud. En otras palabras, el asunto no era solo de dónde vendría el financiamiento, sino y sobre todo en qué se gastaría. El doble desafío de recaudar fondos y asignarlos de manera más eficiente definió cada vez más la agenda de políticas. A lo largo de la década, se desarrolló una comprensión más sofisticada de los diferentes esquemas de seguros, sistemas de incentivos y estructuras regulatorias, incorporando el financiamiento de la atención de la salud en estas discusiones (Van de Ven 1996). A fines de la década de 1990, la aceptación generalizada de la necesidad de múltiples fuentes de financiamiento del cuidado de la salud había reemplazado el debate sobre si tal financiamiento debería ser público o privado, a través de investigaciones y análisis de políticas dedicados a temas como la subcontratación, la división entre compradores y proveedores y la combinación público-privada”. (Lee K, Goodman H, 2002, pag: 101)

Las reformas de los sistemas de salud dejan de tener su centro de atención en el cuidado de la salud para focalizarse en el mercantilizar su financiamiento y provisión de los servicios. La estrategia implementada para esto a nivel internacional fue la creación de los cuasi mercados en salud. Ana Sojo,^[37] experta de la Cepal, los define como mecanismos que:

“promueven una competencia de proveedores y/o de aseguradores, pero difieren de los mercados convencionales en algunos aspectos... obedecen a dos racionalidades. En relación con los prestadores públicos, buscan introducir competencia en el ámbito público mediante la separación de funciones, para mejorar su eficiencia y calidad. Respecto a una combinación público-privada (al considerar la salud como bien público porque sus externalidades positivas exceden los beneficios individuales, o como bien meritorio que actualiza un derecho social), se trata de hacer efectiva la demanda por encima de los precios del prestador, las condiciones de salud de las personas y su capacidad de pago, aplicando reglas del juego para el aseguramiento, el financiamiento y la prestación que establecen condiciones de solidaridad mediante subsidios cruzados entre estratos de ingreso, grupos de riesgo o de edad, o bien mediante subsidios a grupos específicos. En ambos casos, el financiamiento se vincula con productividad, cobertura, rendimiento y cumplimiento de metas”.

A nivel internacional, luego de transcurridas algunas décadas de la implementación de los procesos de mercantilización de la salud, esta se constituye en el eje central de las reformas del financiamiento de los sistemas de salud. Fenómeno que se produce mediante la conformación de redes de políticas globales, una de las dimensiones de la globalización en el campo de la salud. A través de este medio se globalizan las políticas públicas en salud y se implantan masivamente en ambos hemisferios. Estamos a reformas del financiamiento de la salud “modeladas” desde y a través de estas redes globales.

Redes de política global en salud

Estas redes pueden definirse como “un grupo o sistema interconectado, en el que los miembros de ese grupo o sistema pueden ser individuos o agrupaciones de individuos”. Por lo tanto, se trata de conocer “cómo y por qué se forman, quiénes son sus miembros, cómo funcionan y qué resultados producen”. Los analistas de redes ven a las redes como cruciales para el desempeño organizacional y argumentan que la efectividad de una red es inversamente proporcional a su formalidad. “Necesita una araña, no un presidente; una lista de miembros, no un conjunto de estatutos; grupos, no comités, y un número de teléfono en lugar de un edificio”. Estas estructuras de red ha caracterizado la reforma de los sistemas de salud y has sido importantes para la difusión efectiva.^[36]

Respecto de quienes conforman estas redes de globalización de las políticas, Kelley Lee y Hilary Goodman señalan que sus miembros son comunidades epistémicas.

“Una comunidad epistémica es «una red de profesionales con experiencia y competencia reconocidas en un dominio particular y un reclamo autorizado de conocimiento relevante para las políticas dentro de ese dominio o área temática»”. Si bien los miembros de una comunidad epistémica pueden provenir de diferentes disciplinas y antecedentes, tienen 1) un conjunto compartido de creencias normativas y de principios; 2) creencias causales compartidas; 3) nociones compartidas de validez; y 4) una empresa de política común. Es importante destacar que “control sobre el conocimiento y la información”... y... la difusión de nuevas ideas e información “es una dimensión importante del poder de las comunidades epistémicas, ya que pueden conducir a” nuevos patrones de comportamiento y... coordinación de políticas internacionales”... Además, esta comunidad epistémica puede describirse como “global”, en el sentido de que ha abarcado una amplia gama de actores estatales y no estatales en países de ingresos altos, medios y bajos (Lee K, Goodman H, 2002, pag: 102-103).

Respecto de la naturaleza de estas redes también existen discrepancias tras las que subyacen diversas opciones políticas, como señalan Lee y Goodman.

“En contraste con las descripciones de la política de salud internacional como esencialmente pluralista como resultado de la mayor participación de los actores no estatales (Frenk 1995), Cox sostiene que está surgiendo una nueva élite política que: ‘abarca a los funcionarios públicos de las agencias nacionales e internacionales involucradas con la gestión económica y una amplia gama de expertos y especialistas que de alguna manera están relacionados con el mantenimiento de la economía mundial, en la que prosperan las multinacionales, desde consultores de gestión hasta educadores de negocios, psicólogos organizacionales, operadores de electrónica que ensamblan el base de información para las decisiones comerciales, y los abogados que elaboran acuerdos comerciales internacionales. ‘Juntos, sirven como los:’ focos para generar el consenso de políticas para el mantenimiento y defensa del sistema. La “interdependencia” es el símbolo clave de una ideología que vincula la racionalidad económica, el bienestar social y la libertad política o “modernización”. . . con una economía mundial abierta a los movimientos corporativos de bienes, capital y tecnología.” (Lee K, Goodman H, 2002, pag:103)

“De hecho, en el área del financiamiento de la atención de la salud, una élite global ha llegado a dominar las discusiones sobre políticas a través de su control de los recursos financieros y, quizás más importante, el control de los términos del debate a través del conocimiento experto, el apoyo de la investigación y la ocupación de nodos clave en el red de política global.” (Lee K, Goodman H, 2002, pag:103)

A partir de 1995:

“el Minsa trabajó en el diseño de un programa integral de reforma del sector Salud que sería ejecutado hasta el año 2000, para lo cual intentó adoptar las recomendaciones de las organizaciones internacionales en cuanto a la priorización de las necesidades y focalización del gasto. Para ello, el Minsa contó con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial (...) Posteriormente, la Ley General de Salud desarrolló y detalló estas normas constitucionales sobre salud y abrió la posibilidad de emprender la mayor parte de las reformas sin necesidad de la expedición de normas con rango de Ley”. (P. Pollarolo, 2000, pp. 324-325)^[20]

En Perú, la aplicación de la reforma del sistema de financiamiento de la salud bajo en nombre de Aseguramiento Universal de Salud se considerarse un éxito estas redes globales en el campo político y financiero, teniendo como sus actores relevantes el BM, el BID, Usaid y contando con la operación de diversos proyectos u consultoras financiados que constituyeron esta “comunidad epistémica” al amparo de los recursos y subvenciones de las agencias señaladas y muchas veces con la anuencia de grupos de funcionarios del Minsa. Más en términos sanitarios sus resultados distan mucho de los inicialmente prometidos, aun en lo referente mejoras en la eficacia y transparencia de la gestión financiera que la mayor competencia supuestamente debería garantizar. Estos y otros aspectos de la propuesta se analizan posteriormente.

CIENTIFICIDAD DEL MODELO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

En el mundo occidental

La cientificidad y la neutralidad de las teorías de la economía del bienestar y de la elección racional, que privilegian la perspectiva individual frente a la solidaridad colectiva, dieron al neoliberalismo la oportunidad de presentarse como la única opción para aminorar los estragos de la crisis de la década de 1970 y reactivar el funcionamiento mundial del capitalismo en el mundo occidental. Con la crisis, había llegado el momento para que el Estado Intervencionista o Benefactor cediera su lugar al Estado Neoliberal o subsidiario. Las políticas redistributivas del keynesianismo que legitimaron el intervencionismo estatal perdieron terreno frente al neoliberalismo este encontró en el momento y las condiciones oportunas para volver a la escena académica o política en una posición dominante y luego hegemónica. En los siguientes años, las tareas de gobierno deberían apegarse a los nuevos lineamientos de eficiencia y eficacia de las leyes del mercado.^[38]

El marco teórico básico del nuevo modelo de gestión del cuidado de la salud se deriva, entonces, de un concepto dual y contradictorio del servicio de salud y de sus principales insumos (medicamentos, vacunas); por una parte, los bienes públicos para el cuidado de la salud en su dimensión colectiva y, por otra, los bienes individuales, como la asistencia médica, que deberían administrarse como mercancías sujetas a las leyes del mercado. Esta concepción pasó a ser determinante en la agenda del cuidado de la salud internacional, bajo el comando de los expertos del BM, bajo un enfoque básicamente economicista. Esto sucedía paralelamente a la devaluación de la científicidad de los argumentos utilizados por los epidemiólogos y los planificadores de la salud y a la declinación de la influencia de los expertos de la OMS en las decisiones gubernamentales internacionales sobre el cuidado de la salud de la población.^[39,40]

En América Latina, incluido al Perú

Al inicio de la década de 1990, funcionarios de la OPS/OMS hicieron un análisis crítico del anterior modelo de gestión sectorial utilizado en la Región de las Américas cuyos resultados se presentaron en 1992 a través de la Publicación Científica N.º 54 de la misma organización, cuya denominación sintetizaba la conclusión final de dicho análisis: La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate.^[41] Dos años después, en la XXXIV Conferencia Sanitaria Panamericana se aprobó el documento Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y El Caribe,^[42] que tenía como referencia la propuesta “transformación productiva con equidad” de la Cepal y las nuevas políticas de la OPS. En este segundo documento, se enfatiza la importancia de la combinación pública-privada y de los nuevos modelos de financiamiento y atención de los sistemas nacionales de servicios de salud.

La científicidad del modelo de gestión del sistema de salud, promovido por el BM y el FMI, ha sido fundamentada a través de las proposiciones de nuevas o renovadas disciplinas como la economía de la salud en su vertiente neoclásica, la nueva gerencia pública y la epidemiología basada en evidencias que se concretan en las políticas de mercantilización según se presentó previamente. Propositiones sustentadas, a su vez, en el paradigma de la ciencia positivista. Estas disciplinas forman parte de los programas de capacitación de gerentes de la salud, en las nuevas Escuelas de Negocios o de la Industria del Bienestar que, con financiamiento de la cooperación externa, aparecieron en América Latina desde la primera mitad de la década de 1990.

Los argumentos derivados de esas nuevas disciplinas pretenden, entonces, fundamentar cognitivamente las reformas neoliberales del modelo de gestión del cuidado de la salud a través de varios ejes: reconfiguración del financiamiento, privatización de lo público rentable, selectividad de intervenciones, focalización de poblaciones, impulso al aseguramiento individual y conformación de paquetes básicos de atención; de esta manera, se configura una propuesta integral de mercantilización del cuidado de la salud.

En ese marco teórico dominante, los principios neoliberales de la elección racional son fundamentales y el análisis económico destaca nítidamente la dimensión financiera y fiscal del cuidado de la salud. Su difusión y su aceptación por el resto del siglo XX estarían fuertemente vinculadas con la hegemonía del modelo de desarrollo neoliberal, promovido a través de las publicaciones del BM.

LEGITIMACIÓN DEL MODELO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

En neoliberalismo utiliza a los conceptos de la subsidiariedad del Estado y de la responsabilidad individual como elementos de legitimación del nuevo modelo organizativo y financiero del sistema oficial del cuidado de la salud. Desde esta postura se busca relacionar la eficiencia del gasto público en salud con la equidad en la prestación de servicios públicos, en el sentido de que con la cofinanciación y la recuperación de costos de estos servicios (copagos) se liberan recursos para asignarlos a las personas más pobres. Esta relación lleva a la definición de un tercer concepto, la “focalización”, entendida como el proceso por el cual se identifica la población-objetivo y se diseña la política de acuerdo a sus características, con lo que se concentran los recursos disponibles en un número limitado de personas. Por ende, el indicador utilizado para evaluar la legitimidad de los programas públicos de salud no sería el gasto social total en salud y su impacto en el bienestar, sino el “costo-beneficio” alcanzado en la “población objetivo” para el cual fueron diseñados.

En 1996, en el Perú, se difundió el documento normativo *El desafío del cambio de milenio: un sector Salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000*,^[43] publicado por el Minsa. En este documento se resumen la misión, la visión-objetivo y las estrategias del sector Salud con las frases “Salud para Todos por Todos”, “Un sector Salud con equidad, eficiencia y calidad”, y “En marcha hacia la Reforma Sectorial” respectivamente. Los lineamientos de la política son: 1) garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y atención individual, con prioridad en los sectores más pobres y vulnerables; 2) modernizar el sector Salud, con la incorporación del sector a la revolución científico-tecnológica y la renovación de los enfoques en salud; 3) reestructurar el Sector en función de una mayor accesibilidad, competitividad y calidad en la atención de la salud; 4) prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud; y, 5) promover condiciones y estilos de vida saludables. Meses después, en febrero de 1997, las autoridades del Minsa transparentan la intencionalidad real de esos lineamientos cuando, al presentar su nuevo enfoque en el área de salud reproductiva, explicitan el orden de prioridad de los principios que orientan sus actividades: la eficiencia sobre la equidad, la calidad sobre la universalidad, la persona como usuario o demandante y no como ciudadano sujeto de derechos, el individuo y no el colectivo y la participación ciudadana.

Esos argumentos normativos fueron difundidos en el país por el Minsa a través de sus publicaciones oficiales y del material educativo utilizado en los cursos de capacitación de

los funcionarios y médicos del sector Salud, desarrollados en esos años, por el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS) del Minsa. En este material educativo se redefine la finalidad de la Reforma del sector Salud y se hace una crítica de los “falsos paradigmas” del cuidado de la salud estatal utilizados hasta el final de la década de 1980, con fines de actualizarlos con los nuevos principios de “responsabilidad individual”, “subsidiariedad” y “focalización”.^[21]

“La Reforma del Sector Salud se concibe como medio para mejorar la calidad de vida de los peruanos, elevar la productividad y evitar gastos innecesarios en salud. La hegemonía del Estado en las organizaciones dirigidas a la prestación de servicios a los individuos ocasiona injusticia, ineficiencia, abandono, que se expresa en grandes desigualdades. Es necesario un nuevo modo de percibir la realidad, para derrumbar falsos paradigmas que a continuación se enuncian: la unidad... a priori; la gratuidad... a fortiori; la integralidad... nebulosa; la universalidad... acotada; la ruralidad... estereotipada; la atención por niveles de complejidad creciente... predefinida por una burocracia; la solidaridad... restringida a grupos o clases; la propiedad institucional de la información; la organización jerárquica; y, la ética corporativista”. (Curso de Posgrado. Reingeniería en Servicios de Salud, R. Corcuera R, 1997)

BASES JURÍDICAS DEL MODELO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Catorce años después de la anterior, la Constitución de 1993^[27] fue elaborada y aprobada por el autodenominado Congreso Constituyente Democrático, y promulgada por Fujimori un año después de su “autogolpe”. La Constitución de 1993 recorta los derechos a la salud y la seguridad social en comparación con los avances logrados en la de 1979, en especial con relación a las ideas de justicia y solidaridad social, según se desprende del articulado constitucional dedicado a estas materias.

“Artículo 7.º. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa...”

Artículo 9.º. El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla de manera plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Artículo 10.º. El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

Artículo 11.º. El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.

Artículo 12.º. Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley”. (CPP 1993)

En agosto de 1992 se aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N.º 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. En su artículo 1.º se reitera que el Ministerio es “el órgano del Poder Ejecutivo y ente rector del Sistema Nacional de Salud.”^[44]

Igualmente, en 1997, se promulgó la Ley General de Salud^[45] de clara impronta liberal, que establece los siguientes “principios”:

- La salud colectiva es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.
- El Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que puedan afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido.
- El financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones sanitarias y a subsidiar total o parcialmente a la atención médica de las poblaciones de menores recursos que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado. Los servicios de atención médica son financiados por el Estado con arreglos a principios de equidad.
- El Estado es responsable de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Esta ley fue fuertemente criticada por los principales actores involucrados con la defensa de los derechos sociales debido a la forma apresurada y autoritaria como fue aprobada por la mayoría oficialista, pese a su innegable importancia.^[7,21]

IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE MERCANTILIZACIÓN EN SALUD

La mercantilización de la salud opera en diferentes esferas de las cuales la de financiamiento y provisión de servicios son las más importantes, según se presentó previamente. A su vez, en cada una de ellas se manifiesta con estrategias propias, que en algunos casos llega a la privatización tanto del financiamiento como de la provisión.^[32,33] En el Perú, el proceso de mercantilización optó inicialmente por estrategias parciales y focalizadas que luego confluyeron en una propuesta de mayor calado con promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, que se abordará luego. A continuación se analizan las modalidades iniciales de mercantilización.

Recuperación de costos^[46,47]

La crisis económica de los primeros años del régimen fujimorista y los ajustes económicos impuestos por las nuevas leyes del Presupuesto Público generaron grandes limitaciones financieras para la operación de los establecimientos públicos de atención médica de segundo y tercer nivel de complejidad. Limitaciones que trataron de paliarse a través de la autorización, a los responsables de las unidades ejecutoras del sector Salud, para generar autónomamente “ingresos propios”; los cuales, sumados a los asignados por el Tesoro Público permitirían, supuestamente, mantener la eficacia operativa de dichos establecimientos.

Esta autonomía fue utilizada para incrementar significativamente las tarifas de los “copagos” que, por los servicios públicos prestados, debían hacer los usuarios; así como, para formalizar la apertura de salas de clínica de paga en los hospitales públicos, que entraron en competencia con las clínicas privadas. En el caso de los hospitales nacionales del Minsa, la importancia relativa de esta fuente se elevó del 10 % del total del presupuesto en 1992 a cerca del 25 % en 1997. Esta autonomía no había sido reglamentada, por lo que el aumento del precio de los servicios se realizó sin la existencia previa de un estudio de costos. Una consecuencia de este proceso fue el decrecimiento de la demanda que la población en extrema pobreza hacía históricamente a este tipo de establecimiento, pese a la existencia formal de un régimen de exoneraciones. Además, se aumentó de manera progresiva y sostenida la participación del usuario en la provisión de los insumos que iban a ser utilizados en su atención hospitalaria.

Programa de Administración Compartida^[21,23,24,33,48]

Desde 1994, el Minsa inició un proyecto bajo el nombre de Programa de Administración Compartida (PAC) mediante el cual se diseñó y fomentó la creación de los Comités Locales de Administración Compartida (CLAS), como una asociación civil sin fines de lucro, con personería jurídica de derecho privado responsable de la administración de uno o más establecimientos de salud del nivel básico de atención.

El objetivo de los CLAS es mejorar la calidad y cobertura de los servicios básicos de salud a través de la participación de la población en el planeamiento, administración y supervisión de los recursos públicos. Entre los representantes legales del CLAS y la Dirección Regional de Salud se firmaban dos tipos de contratos.

El primero, renovable cada tres años, es el de “administración compartida”. Por este, la Dirección Regional de Salud transfiere oficialmente al CLAS la gestión de uno o varios establecimientos de salud para la ejecución de un Plan de Salud Local (PSL) y se compromete a financiar la ejecución del PSL, materia del contrato de gestión, mediante el pago de la planilla del personal nombrado y asignado al establecimiento y la entrega de equipos, medicamentos básicos e insumos, así como de supervisar, monitorear, evaluar, controlar, asesorar y apoyar el cumplimiento de las acciones programadas. Por su parte, la asociación civil asumía la función de dirigir la marcha administrativa y financiera del o los establecimientos, mediante la ejecución de un PSL, formulado a partir de un censo comunal, así como a motivar la participación de la comunidad en la atención de la problemática de salud.

El segundo es un contrato de gestión para la prestación de los servicios incluidos en el PSL, con renovación anual basada en la consecución de los objetivos de salud. Iniciadas las actividades de la CLAS, se hicieron observaciones a su organización y funcionamiento; la primera, que los representantes oficiales de las municipalidades locales no tenían

representación en el consejo directivo; la segunda, que su creación había sido casi secreta y, por tanto, había desconfianza de los funcionarios y profesionales de salud sobre cuáles eran sus objetivos reales.

En 1997, tres años después de iniciado el PAC, los funcionarios del Minsa se habían dividido entre quienes querían desactivarlo por entender que sus resultados no eran los deseados y los que defendían con entusiasmo su continuidad por entender lo contrario. “La evidencia acumulada de problemas hacía que la gente pusiera en entredicho la validez de todo el programa”. Se estuvo creando, entonces, las condiciones para una crisis “que hacía peligrar la propia existencia del PAC”. Desde los inicios de 1998 la creación de nuevos CLAS quedó congelada, debido a una combinación de escasez de fondos fiscales y falta de apoyo político. Luego, no obstante estas apreciaciones y los resultados insatisfactorios de los estudios de evaluación externa realizadas, una nueva fase de ampliación comenzó en enero de 1999, cuando se decidió la incorporación al PAC de otros 700 establecimientos de atención básica de salud.

Acuerdos de Gestión^[21,33]

En agosto de 1996, se había anunciado que como parte de la reforma en el Sector se aplicaría el Programa de Modernización de la Gestión de Establecimientos Hospitalarios, en un plan piloto que incluiría seis hospitales del Minsa; en ellos, se pasaría gradualmente de un régimen de subvención a la oferta a otro de subvención de la demanda, para lo cual se les otorgaría a sus directivos una autonomía regulada.

Un año después, se creó el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) los que comenzaron a ejecutarse dentro del marco legal del Presupuesto del Sector Público de 1998 y dentro de las autorizaciones del gasto que aprobaba el MEF. Cada hospital o red tenía que elaborar el Plan Estratégico Institucional y el Plan Anual de Gestión. Este último incluía un programa de mejora del gasto, cuotas de productividad y metas físicas y financieras. Al final del mismo año de 1998, el balance general de este primer ensayo del PAAG era negativo y así era evaluado por la mayoría de los equipos de gestión comprometidos en la experiencia. El problema central era que no se entendió que la autonomización de los hospitales y entidades prestadoras era solo una parte del armado global de la reforma.

Verticalización y fragmentación de los Programas^[21,49]

En la década de 1990, el Minsa y los establecimientos de las Direcciones Regionales y Subregionales de Salud se organizaron, para fines operativos, en programas o subprogramas verticales, que tenían su correlato organizacional en los niveles central, regional, subregional y local (centro de salud) del sector público en Salud. A nivel central, la Dirección General de Salud de las Personas se desconcentraba en Jefaturas de las Oficinas de los Programas; cada una de ellas, estaba encargada de formular en el nivel central los presupuestos pertinentes, que eran enviados directamente a cada Dirección Subregional, para que esta se encargara de distribuir los recursos a los establecimientos.

Los nuevos programas se implementaban, en gran parte, gracias al apoyo de diversas agencias de cooperación externa. Primero se creaba los proyectos y, luego, los programas, que se iban incorporando sucesivamente en la organización formal del Sector. Debido a su verticalidad, cada programa determinaba los aspectos epidemiológicos, de programación y presupuestación, como en los de información, capacitación, supervisión y evaluación, de manera aislada y desarticulada, de manera que existía una multiplicidad de normas y duplicidad de acciones, lo que limitaba la eficacia y la eficiencia de sus intervenciones. La priorización de los programas o subprogramas dependía de iniciativas externas al Sector y expresaba las prioridades de política de las entidades cooperantes preocupadas fundamentalmente en la expansión y fortalecimiento de los mercados de la salud. Los programas y subprogramas verticales, existentes el año 2000, eran diecinueve.

7.5. Privatización de la seguridad social en el Perú

BASES DE LEGITIMACIÓN DE LA PRIVATIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En las dos últimas décadas del siglo XX, los sistemas de seguridad social existentes en Europa Occidental fueron seriamente cuestionados en sus reales o supuestas debilidades e imperfecciones doctrinarias vinculadas con su sostenibilidad económica y financiera. Los argumentos de deslegitimación de estos sistemas coincidían con los utilizados por los neoliberales para promover el desmantelamiento del Estado de Bienestar. Las ideas negativas sobre el presente y el futuro de los regímenes pensionarios fueron determinantes en las propuestas de cambio que garantizaran la sostenibilidad de los futuros sistemas de seguridad social. En América Latina, hasta inicios de la década de 1990, la mayoría de los regímenes pensionarios eran de naturaleza contributiva y los administraba el Estado. Se trataba de un sistema de repartición de un fondo solidario. Chile era la única excepción, en 1981 había pasado de este sistema a otro privado, basado en la capitalización individual y a cargo de los Institutos de Salud Previsional (Isapre). Además, las nuevas políticas de sostenibilidad de las prestaciones de salud siempre estuvieron subordinadas a las vinculadas con las pensiones.

En la década de 1990, el Banco Mundial diseñó y, luego, promovió un nuevo modelo pensionario cuya organización descansa en tres pilares: 1) asistencia pública obligatoria, administrado por el Estado y financiado con impuestos; 2) ahorro privado obligatorio, administrado por el sector privado y financiado de manera integral, en tanto las sumas que sirven de pago de pensiones se capitalizarían; 3) ahorro privado voluntario, administrado por el sector privado e integralmente prefinanciado. El primero, tendría como fin reducir la pobreza de las personas mayores. El segundo, dirigido a todas las categorías sociales, les permitiría a los asegurados transferir una parte del ingreso de la vida activa hacia la jubilación. El tercero, cumpliría una función de ahorro para los individuos que tienen la capacidad de hacerse de ingresos complementarios para la jubilación. Este modelo recibió

una serie de críticas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Asociación Internacional de la Seguridad Social. Sin embargo, sirvió de base para reformas radicales del régimen de pensiones del Perú (1993), Colombia (1994), Argentina (1994), Uruguay (1996), Bolivia (1997) y México (1997). Todas ellas tienen en común la incorporación del segundo pilar. Al respecto de la reforma efectuada en el Perú, es ilustrativo leer los comentarios que en diciembre de 1993, hacía Carlos Boloña:^[50]

“... quiero aprovechar esta exposición para explicar qué es lo que pasaba con el Seguro Social cuando yo llegué al Ministerio de Economía (...) el IPSS era la institución típica de quiebra (...) es uno de los casos que no tiene salida, definitivamente, ni como Sistema Nacional de Pensiones ni como Sistema Nacional de Salud, por más que sus defensores líricos nos hablen de ‘justicia social’, de equidad, de solidaridad y de todas estas cosas (...) Las Administradoras de Fondos de Pensiones, por su parte, son un intento de privatizar o romper el monopolio en lo relativo a las pensiones, con lo que entramos directamente a lo que era la parte previsional del IPSS (...) Entonces, se aprobó la Ley de las Organizaciones de Servicios de Salud, aprovechando la delegación de facultades de 1991, pero sabiendo que el reglamento nos iba a tomar más tiempo. Además, el IPSS jugaba a decirnos: ‘quítanme pensiones, que está quebrado, pero déjenme Salud’. Y en 1991, sale la ley (de pensiones), estableciendo que la reglamentación la expediríamos seis meses después. Obviamente, no contábamos con el 5 de abril y todas sus consecuencias, y luego el 16 de julio, Tarata... Se nos complicó el panorama... la agenda cambió un poco... quedo latente el problema Salud. De allí en adelante, el IPSS se concentró en mejorar su servicio de salud y trató de ser competitivo”. (C. Boloña, 1994, pp. 151-163)

En opinión de Mesa-Lago,^[51] en este período y en América Latina las reformas de la seguridad social en salud han tenido, formalmente, objetivos sanitarios como extender la cobertura y mejorar la equidad y la calidad de las prestaciones de salud pero, con igual o mayor énfasis, han perseguido fines económicos vinculados con la sostenibilidad de dichas prestaciones. Entre estos fines: 1) el mantenimiento del equilibrio financiero de los sistemas de salud y de la estabilidad fiscal frente al costo creciente del cuidado de la salud; 2) desmonopolización del subsector público y del seguro social, así como su sustitución, al menos parcial, por el subsector privado en la provisión y financiamiento, así como la separación de estas funciones de las de regulación y supervisión que quedan a cargo del Estado; 3) el desarrollo de mercados de aseguradoras y/o proveedoras de salud que compiten entre sí; 4) la introducción de la libertad de elección de las aseguradoras y/o proveedoras por el asegurado, la que unida a la competencia debe promover una mayor eficiencia y reducción de los costos de gestión; y 5) el establecimiento de la equivalencia entre las cotizaciones y las prestaciones.

“Las metas de las reformas de salud eran bastante claras: mantener la solvencia del sistema de salud frente a los crecientes gastos operativos, conseguir una mayor participación del sector privado en el ámbito de los servicios de salud y de seguridad social creando mercados competitivos de seguro de enfermedad y de servicios de salud, ofreciendo mejores opciones para seleccionar proveedores y creando un servicio más eficaz, así como una cobertura más equitativa, entre otros factores”. (C. Mesa-Lago, 2005)

BASES JURÍDICAS DE LA PRIVATIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Entre los numerosos Decretos Legislativos (DL) del régimen de Fujimori que conformaron su primer paquete normativo de reformas económicas –formalizado en su mayor parte en noviembre de 1991– destacan tres que afectaban a la seguridad social, los DL 688, 718 y 724.

En lo que refiere a los DL 718 y 724, estos se expidieron conjuntamente el 8 de noviembre de 1991. Dispositivos que creaban entidades privadas que podían ofrecer, en forma alternativa, las prestaciones de salud y de pensiones que estaban a cargo del IPSS. El DL N.º 718, crea el Sistema Privado de Salud, el cual debería tener formalmente un carácter de complementario al sistema de salud administrado por el IPSS; en la norma se precisa que las organizaciones de servicios de salud (OSS) se encargarán de administrar el Sistema Privado de Salud. Por su parte, el DL N.º 724, creaba las administradoras de fondos de pensiones (AFP), entidades privadas inspiradas en las Isapre chilenas. La publicación de ambos dispositivos produjo movilizaciones de protesta y rechazo de las organizaciones de trabajadores y de profesionales de la salud que lograron dejarlas sin efecto.^[21,52]

Producido el autogolpe e iniciada, luego, la formulación de la nueva Constitución Política, los DL 718 y 724 quedaron en suspenso. Sin embargo, el 18 de julio de 1992 el gobierno publicó en el diario oficial El Peruano un nuevo Anteproyecto de Ley sobre el Sistema Privado de Administración de Pensiones y su reglamento, que debían derogar y sustituir el DL N.º 724. Al respecto, se reiteraron los pronunciamientos públicos de rechazo al contenido del mismo de parte de la Asociación Médica del IPSS (Amssop) y otras entidades de la sociedad civil.

Privatización del sistema de pensiones

No obstante la resistencia generada en 1992 se aprobó el Decreto Ley N.º 25897 que creó el Sistema Privado de Administradoras de Fondo de Pensiones (SPAFP), con el objeto de “contribuir al desarrollo y fortalecimiento del sistema de previsión social”. “El SPAFP funciona bajo la modalidad de Cuentas Individuales de Capitalización”. Bajo esta modalidad los asegurados financian sus propias pensiones futuras a través del depósito de sus aportes en cuentas personales en el sistema financiero, en alguna AFP. Estas contribuciones son invertidas por las AFP y sus rendimientos se capitalizan en la cuenta individual. Ocho días después, el 6 de diciembre de 1992, se aprobó el Reglamento del SPAFP.^[53]

Luego, se crea la Oficina de Normalización Previsional (ONP), a la que se establece como su objeto principal, la administración centralizada del Sistema Nacional de Pensiones y el Fondo de Pensiones a que se refiere el Decreto Ley N.º 19990 así como de otros sistemas de pensiones administrados por el Estado. La creación de la ONP separa las funciones del IPSS de salud y pensiones, para darle un mejor manejo y autonomía al fondo de pensiones.

De esta manera, desde fines de 1992 comenzaron a coexistir en el Perú dos sistemas de pensiones. Por un lado, el Sistema Nacional de Pensiones (SNP), también denominado estatal o público; y, por otro lado, el Sistema Privado de Pensiones (SPP).^[54]

7.6. Consolidación de la mercantilización del sistema de salud

En mayo de 1996, el Gobierno hizo público su compromiso con el FMI, durante el período comprendido entre el 1 de abril de 1996 y el 31 de diciembre de 1998, para:

“complementar sus esfuerzos en los sectores de salud y educación facilitando la inversión privada en estas áreas. Se buscará mejorar la eficiencia en la prestación de servicios de salud fomentando la introducción de condiciones competitivas en el mercado de seguros de salud...”. (Carta de Intención con el FMI, 11 de mayo de 1996)

El año 1996, se aprobó por Decreto Legislativo la primera Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. En el considerando 2.º del nuevo decreto se argumenta:

“Que en el marco del proceso de modernización, se hace necesario modificar los conceptos de la Seguridad Social a fin de procurar una eficiente asignación de recursos y mejorar la calidad de vida en el país (...) Que la eficiente conjunción de esfuerzos demanda la integración al sistema de todos los agentes intervinientes a fin de que su aporte contribuya eficazmente al logro de los objetivos ante señalados en concordancia con el mandato del artículo 11.º de la Constitución que consagra el derecho a la libre elección”.

En la ley se distinguen, por un lado, el Régimen Estatal y, por otro, el Seguro Social de Salud. El primero, a cargo del Minsa y financiado por el Tesoro Público. El segundo, a cargo del Instituto Peruano de la Seguridad Social (IPSS) que se complementará con los planes y programas de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) debidamente acreditadas; financiado con los aportes y otros pagos que correspondan con arreglo a ley.

Las críticas a este dispositivo no se hicieron esperar, se alertó que el objetivo era desestabilizar al IPSS. Algunas semanas después, varios parlamentarios presentaron una acción de anticonstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional en contra del citado Decreto.

Para evitar el pronunciamiento del Tribunal Constitucional, sobre la mencionada acción, el Parlamento aprobó la Ley N.º 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud,^[55] aunque mantuvo lo esencial de su contenido. La ley derogó, también, los decretos leyes N.º 18846 y 22482. Mediante la nueva ley se crearon definitivamente las EPS, como empresas e instituciones públicas o privadas distintas del IPSS, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud –con infraestructura propia y de terceros– complementarios a los prestados por el IPSS; así como la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) con el objeto de autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las EPS y cautelar el uso correcto de los fondos por estas administrados.^[15,21]

FORMALIZACIÓN DEL PROCESO DEL MERCANTILIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

En septiembre de 1997, con la aprobación del Decreto Supremo N.º 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, se precisó los alcances de la reforma de la seguridad social en salud en el Perú. En el segundo considerando de este

Decreto, se reitera y precisa que la Ley N.º 26790 crea un Sistema de Seguridad Social en Salud, de cobertura para toda la población:

“conformado por el Régimen Contributivo constituido por el Seguro Social del Perú a cargo del IPSS y complementado por las EPS, y el denominado Régimen Estatal no contributivo, a cargo del Ministerio de Salud, que otorga prestaciones de salud colectiva y prestaciones de salud individual para la población de escasos recursos”.

El objetivo de largo plazo de la reforma era, formalmente, lograr que la población en capacidad de hacerlo esté cubierta por el Seguro Social del Perú, y que la población de extrema pobreza quede a cargo de los servicios de salud del Estado. En el capítulo 8.º de este Reglamento, se precisa lo referente al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, que otorga cobertura adicional por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud, que es obligatorio y por cuenta de las entidades empleadoras que desarrollan actividades de alto riesgo.^[53]

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

El argumento central del nuevo régimen contributivo, reiteramos, es el siguiente: el rompimiento del monopolio del IPSS en la seguridad social crea condiciones de competitividad y, en consecuencia, se garantiza una mayor eficiencia en la atención de la salud. Por esto, la creación y la regulación de las EPS es el elemento central de la reforma. La cobertura de las EPS debe incluir todas las prestaciones de salud contempladas en la “capa simple” (servicios de salud de baja y mediana complejidad), y deben contener iguales beneficios para todos los trabajadores de la empresa afiliada. Por otra parte, el IPSS permanece como entidad prestadora de servicios de la “capa compleja” (intervenciones de mayor complejidad, pero de menor frecuencia) para todos los afiliados al régimen contributivo y también como prestadora de servicios de la “capa simple” para los usuarios que voluntariamente lo escojan; y, se encarga del pago por natalidad y la compensación salarial en caso de enfermedades que impidan trabajar por más de 20 días.

Los afiliados al régimen contributivo continúan aportando el 9 % de su remuneración (en el caso de afiliados regulares pensionistas es el 4 % de la pensión mensual y en el de los afiliados potestativos depende del plan elegido por cada afiliado). La Ley N.º 26790 permite que los empleadores puedan ofrecer a sus trabajadores cobertura de salud a través de planes o programas contratados con una EPS, que los trabajadores deben elegir por mayoría de votos. Solo en este último caso, los empleadores, reciben un crédito equivalente al 25 % de aportes a la seguridad social destinados a la EPS elegida, mientras que el 75 % restante sigue destinado al IPSS. La razón de esta distribución es que los servicios de las EPS son complementarios y no sustitutos a los que presta el IPSS.

Finalmente, en el año 1999 se promulgó la Ley de Creación del Seguro Social de Salud (Essalud), Ley N.º 27056. Essalud es definido como un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción

Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestaria y contable, Su máxima autoridad, el consejo directivo, cuenta con participación tripartita del Estado, los empleadores y los trabajadores.^[52]

Al final del año de 1999 se había autorizado el funcionamiento de cuatro EPS. Estas recién habían iniciaron sus actividades efectivas en el mes de febrero de 1999, con la venta del primer plan de salud a una empresa. Existía poco interés del sector privado en invertir en la creación de las EPS.^[53]

Al año 2000, R. Torres,^[54] presidente de la Comisión permanente monitora de la seguridad social en salud (COMSSS), señala que funcionaban solo tres EPS; el número de sus asegurados regulares había llegado a 240 084 asegurados (89 097 afiliados y 150 987 derecho habientes) agrupados en 1 096 centros de trabajo del país. El número de asegurados potestativos en las EPS solo alcanzaba a 2 806 en mayo de 2000. En el mes de junio, los seguros potestativos solo eran ofrecidos en el mercado por Essalud, en la fecha existen unos 30 000 planes colocados, cifra muy inferior al tamaño del mercado potencial, estimado en un millón de personas. En lo que se refiere específicamente al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), el total de afiliados en las EPS había crecido de 19 133 en julio de 1999 a 68 022 en junio de 2000; existía un problema serio con la supervisión encargada al Ministerio de Trabajo, por lo que solamente un tercio de las empresas obligadas por ley a comprar el SCTR lo habían adquirido.

Fujimori, en el mensaje presidencial de 1998, anunció sorpresivamente la creación de un Seguro Universitario de Salud, a cargo del IPSS, que atendería a los estudiantes universitarios de todo el país. La iniciativa no tenía base legal ni estaba considerada en el Plan Estratégico del IPSS. La puesta en marcha del seguro no generaría costos adicionales ni margen de utilidad para el IPSS (luego Essalud) en tanto el precio de las primas estaba ajustado al mínimo. Al final del año 1999, el Seguro Universitario solo había logrado afiliar, de abril a diciembre, a poco más de 100 mil estudiantes, de una población objetivo de 380 mil alumnos del nivel universitario.^[55]

RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO

Programas focalizados en los pobres extremos a cargo del Estado, que buscan aliviar los costos de una atención recuperativa, mediante exoneraciones parciales o totales del pago por concepto de servicio. Sin embargo, este mecanismo tenía varios puntos débiles. El principal de ellos es el que no existía un fondo para subsidiar medicamentos y suministros a nivel de proveedor, aunque el costo de estos constituía más del 80 % del costo directo total de la atención médica ambulatoria de los pobres. Para enfrentar este problema, por iniciativa del entorno inmediato del presidente Fujimori, se decidió que el sector Salud iniciara la aplicación de esquemas de seguro orientadas a proporcionar acceso gratuito o semigratuito a la atención médica y a los medicamentos a grupos seleccionados.

En julio de 1997, en medio de una situación de tensión política, el presidente Fujimori anunció sorpresivamente la creación del seguro escolar “gratuito” para los estudiantes de centros estatales. Como dicho seguro no tenía financiamiento previsto en el Pliego del sector Salud, el Minsa tuvo que improvisar los medios y procesos financieros pertinentes. Para esto distinguió dos tipos de entidades: las prestadoras de servicios, constituidas por los establecimientos del Minsa; y las financiadoras, representadas por la Administradora de Riesgo de Seguro Escolar (ARSE) que actuaría, además, como una entidad controladora. La ARSE, ubicada en la Alta Dirección del Minsa, pagaría a las entidades prestadoras por las atenciones y los medicamentos brindados a los escolares, utilizando, en el primer año, transferencias del Ministerio de Economía y Finanzas.^[56]

En octubre del mismo año de 1997, el ministro de Salud tuvo que admitir que las operaciones del Seguro Escolar Gratuito (SEG) podían ocasionar una sobredemanda de hasta el 30 % en la utilización actual de los servicios del Minsa, por tal razón, se propuso la creación de un Fondo del SEG que surgiría de la administración de los recursos asignados por el Gobierno a la ARSE. La subvención estatal al SEG alcanzaría en el año 1999 un monto de 100 millones de nuevos soles. Pero, esta subvención solo cubría el costo de los medicamentos y, por tanto, los establecimientos se vieron forzados a cubrir el costo de otros insumos de atención con sus propios ingresos.^[21,56]

No obstante que la estrategia que pretendía poner en marcha un subsistema previsional “no contributivo” ya tenía dificultades con el financiamiento del SEG, el ministro de Salud anunció la puesta en marcha, a partir del mes de octubre de 1998, de la etapa inicial del Seguro Materno Infantil (SMI) dirigido a gestantes, púerperas y niños hasta los cuatro años de edad. Sin embargo, en marzo de 2000, se informó oficialmente que el SMI no había continuado en su expansión debido a problemas técnicos y de financiamiento. Se enfatizaba que la cobertura era integral y gratuita, aunque los afiliados que pueden pagar abonar sumas simbólicas. Las atenciones prestadas por el SMI complementaban y no duplicaban las acciones de los diversos programas del Sector orientados a dichos grupos. De acuerdo a las evaluaciones, tenía menos filtración que el SEG, pero baja cobertura.^[57,58]

POSICIÓN DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

En 1996, durante la realización del IV Congreso Médico Nacional, organizado por el CMP, se produce un tajante rechazo de la propuesta de “modernización” de la seguridad social en salud, el que se hace público mediante el documento denominado Propuesta Médica 1997-2000: Diez lineamientos de política para una auténtica Reforma en Salud y Seguridad Social. La propuesta parte del reconocimiento que “la salud es un derecho fundamental de las personas” y define diez lineamientos de política para su realización auténtica en el Perú:

- Políticas de Salud como política de Estado.
- Metas de Salud como objetivos nacionales.

- Universalidad progresiva de la Seguridad Social.
- Financiamiento del Sistema Nacional de Salud.
- Descentralización y modernización de la gestión en Salud.
- Nuevos procedimientos en la asignación de recursos.
- Mejorar la calidad de la atención en Salud, mediante el promover el desarrollo de recursos humanos y la innovación tecnológica.
- Medicamentos de calidad para todos.
- Promoción del subsector privado y fomento de su rol social.
- La profesión médica y la defensa de los derechos de los pacientes.

A esto se sumó la férrea defensa del derecho a la salud de todos, abanderada por el Frente Nacional de Defensa de la Salud y la Seguridad Social (FRENDS), con la participación del Consejo de Decanos de los Colegios Profesionales del Perú.

Luego de dos años, durante la gestión decanal del doctor Maximiliano Cárdenas se efectuó el V Congreso Médico Nacional, donde se acordó continuar la lucha contra la privatización de la salud, así como, solicitar la puesta en marcha de los procesos de acreditación de los estudios médicos, la certificación y recertificación. (Comunicado del CMP, Miraflores, 18 de julio de 1999).^[59]

7.7. Situación del sistema de salud al final de siglo XX

A MODO DE BALANCE

Es imprescindible recurrir al *World Health Report 2000- Health systems: Improving performance*,^[60] publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en junio de 2000. Este documento presenta los resultados de un primer análisis evaluativo, con datos correspondientes al año 1997, del desempeño de los sistemas de salud de 191 Estados miembros de la OMS, entre los que se encontraba el del Perú. De acuerdo a los indicadores seleccionados, el sistema de salud peruano presenta un desempeño muy insatisfactorio:

- **INDICADOR “NIVEL GLOBAL DE SALUD DE LA POBLACIÓN”**. Perú está ubicado en el lugar 105 en el mundo; en América del Sur solo está mejor ubicado que Brasil (111) y Bolivia (133).
- **INDICADOR “DISTRIBUCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN”**. Perú está ubicado en el lugar 103 en el mundo; en América del Sur solo está mejor ubicado que Brasil (108), Bolivia (118) y Ecuador (133).
- **INDICADOR DEL “NIVEL GLOBAL DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD”**. Perú está ubicado en el puesto 172 en el mundo, en América del Sur está en el último lugar.
- **INDICADOR “DISTRIBUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD”**. Perú está ubicado en el lugar 161 en el mundo; en América del Sur solo está mejor ubicado que Bolivia (178) y Ecuador (182).

- **INDICADOR DE LA “DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD DENTRO DE LA POBLACIÓN”.** Indicador que pretende conocer quien paga los costos y medir la justicia de la contribución financiera. Brasil y Perú se ubican entre los últimos lugares en el mundo, en razón de los elevados gastos de bolsillo que la población destina para cubrir la atención de la salud. De acuerdo a este indicador, el Perú está en el puesto 184 en el mundo, en América del Sur solo está mejor ubicado que Brasil (189).

A partir de esos cinco indicadores, y del gasto en salud, se construyen tres índices que pretende medir el desempeño del sistema de salud. El primero resume los cinco indicadores, y los dos segundos pretenden medir, utilizando la econometría, la *performance* de los sistemas. Los valores de los tres índices para el caso peruano, con datos del año 1997, califican muy mal el desempeño del su sistema de salud.

- **ÍNDICE DEL LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS DEL SISTEMA.** Medida compuesta que utiliza criterios de ponderación definidos por mil funcionarios de salud pública de cerca de 100 países. De acuerdo a este índice, el sistema de salud peruano está ubicado en el puesto 115 en el mundo, en América del Sur solo está mejor ubicado que Bolivia (117) y Brasil (125).
- **ÍNDICE DE PERFORMANCE DEL SISTEMA SOBRE EL NIVEL DE SALUD.** Es una tasa que pretende reportar cuan eficientemente traslada el sistema de salud el gasto efectuado a los principales problemas de salud-enfermedad. De acuerdo a este índice, el sistema de salud peruano está ubicado en el puesto 119 en el mundo, en América del Sur solo está mejor ubicado que Bolivia (142).
- **ÍNDICE DE PERFORMANCE TOTAL DEL SISTEMA DE SALUD.** Es construido de manera similar al anterior pero, en este caso, relaciona el “índice del logro total de los objetivos del sistema” con el nivel de gasto efectuado por el sistema de salud. De acuerdo a este tercer índice, el sistema de salud peruano está ubicado en el puesto 129 en el mundo, en América del Sur está ubicado en el último lugar.

De acuerdo a los datos financieros –expresados en dólares estadounidenses al cambio oficial– contenidos en aquel Informe de la OMS, el monto total del gasto en salud (público más privado) en el Perú y en 1997 representó el 5,6 % del PBI, con un per cápita de 149 dólares. El valor de este último índice resulta de la suma de un gasto público per cápita en salud de 59 dólares (39,7 %) y un gasto privado per cápita en salud de 90 dólares (60,3 %). El “pago de bolsillo” per cápita fue de 75 dólares (50,2 % del total).

A su vez, una publicación del Minsa, *Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2012*,^[61] presenta información sobre el gasto nacional en servicios de salud efectuado en el quinquenio 1995-2000. En ella se muestra que el gasto total en salud, medido en nuevos soles, se mantuvo en alrededor de 10 320 y 10 750 millones de nuevos soles (a precios de 2007), equivalente a valores entre el 4,4 % y el 4,9 % del PBI; con un per cápita que fluctuó entre 400 y 435 nuevos soles, así como entre 25 y 100 dólares (a precios corrientes). La principal fuente de financiamiento de este gasto fueron los hogares que aportaron entre el 40 % y el 46 % del total.

El informe del PNUD sobre la situación de salud en el Perú al final de la década de 1990 afirma que nuestro país es uno con el mayor grado de desigualdad en el mundo. Las grandes desigualdades en el estado de salud y en el acceso a los servicios de salud de los peruanos, se muestran de manera resumida, según quintiles de ingreso, en la Tabla 7.2 de indicadores –con datos oficiales alrededor del año 1999– recogidos por Juan Casas-Zamora.^[62]

Con relación a la desigualdad del acceso de la mujer gestante a los servicios de salud, se ha tomado como indicador de la misma a la cobertura de atención profesional del parto. La información disponible para el año 2000, muestran que aproximadamente el 40 % de los partos registrados no ocurrieron en establecimientos de salud; y que, de igual manera, cerca del 40 % de las gestantes no fueron asistidos por personal profesional de salud en el parto. Peor aún, los desagregados de esos datos muestran la persistencia de grandes desigualdades: en las zonas urbanas, la cobertura institucional del parto en el quintil de ingresos superior es el doble que la del quintil inferior; en las zonas rurales, la brecha es de 5 a 1 en lo que se refiere a dicha cobertura en el quintil superior en comparación con el inferior. En el quintil de ingresos inferior, 81,6 % de las mujeres tiene su parto en su vivienda; en las zonas rurales, lo hace el 74,5 % de las mujeres, mientras que en las comunidades indígenas, esta proporción alcanza al 90 % de los partos. Según los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica “en el 66 % de las muertes maternas ocurrió demora para solicitar ayuda; en el 69 % la demora fue en el traslado al establecimiento de salud y en un 7 % la demora se produjo luego de llegar al establecimiento hasta recibir la atención idónea”.^[63] La Tabla 7.2 muestra parte de esta información.

Tabla 7.2. Perú: indicadores de salud y de acceso a los servicios de salud según niveles de ingreso: alrededor del año 1999

Indicadores de salud y quintiles de ingreso de acceso a servicios	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º
• Tasa mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	78,3	53,6	34,4	36,0	19,5
• % de desnutrición en niños menores de 5 años	45,6	30,8	18,8	9,9	5,2
• % de niños que recibieron atención por IRA	35,8	49,2	52,6	46,9	60,2
• Cobertura de vacunación completa (%)	55,3	63,8	63,5	71,7	66,0
• Cobertura de atención prenatal (%)	37,3	64,8	79,1	87,7	96,0
• Cobertura de atención profesional del parto	13,7	48,0	75,1	90,3	96,6
• % mujeres en edad reproductiva usa anticonceptivos	24,0	37,5	45,2	48,9	50,3
• Distribución porcentual del gasto público en salud	20,1	20,7	21,0	20,7	17,5

IRA: infección respiratoria aguda. Fuente: Rev Panam Salud Pública. 2002;11(5-6):397-408.

Un estudio del grado de satisfacción en la atención recibida por madres usuarias en los ámbitos de 12 Direcciones Regionales de Salud de nuestro país identificó, en el año 1998, que las principales razones para no demandar los servicios de salud ofertados eran el costo (40,6 %), temor (29 %), maltrato (20 %), tiempo de espera (15 %), vergüenza (11 %) y distancia (8 %). Estos resultados eran concordantes a los que reporta Endes-2000, donde los principales obstáculos para el acceso de las usuarias son: costo, ausencia de personal femenino para la atención y distancia al establecimiento.^[64,65]

“Los pacientes y sus familiares suelen recibir escasa o ninguna información, no coparticipan en las decisiones y no tienen a quien recurrir si surgen problemas imprevistos... Causa particular preocupación la forma en que se trata a los indígenas, ya que la marcada falta de respeto de que son objetos ha hecho que no utilicen los servicios de salud”. (Informe de la Misión del BID, citado por Grupo de Agenda Social, 1995, p. 76-77)

En la década de 1990 se registró una gran reducción en el acceso de la población peruana a los medicamentos. Esto se expresa en el hecho que en 1988 se vendieron 7,75 unidades de farmacia por persona, mientras que en el año 2000 se redujo a 2,26 unidades por persona. La principal razón de esta contracción en el consumo de medicamentos era su costo, lo cual implica una mayor marginación de los sectores más pobres de la población. Al respecto, R. Cortez (2002), con base en la Encuesta Nacional de Demanda de Salud (Endesa 1995), encontró que aproximadamente solo el 27 % de los pobres extremos adquirió las medicinas que se les recetó, mientras que, en el caso de los no pobres, lo hizo el 59 %. El mismo autor, con base en la Encuesta Nacional sobre Medición de Niveles de Vida 2000 (Enniv 2000), señala que la falta de acceso a los medicamentos es más aguda en los quintiles de menores ingresos y en las zonas rurales.^[66]

En 1998 se publica, en los Anales de la Facultad de Medicina de la UNMSM, el artículo La Salud Pública al final del siglo XX,^[67] donde se presenta, por vez primera en la bibliografía sanitaria nacional, los resultados de un análisis efectuado a partir de las ciencias críticas o de la acción, una de sus conclusiones se transcribe a continuación:

“Con la crisis de los 70, los gobiernos del mundo iniciaron reformas de sus proyectos de desarrollo y de sistemas de salud, y al final del siglo XX, sus rasgos en la sociedad occidental validan la teoría de la modernidad de Habermas. En este contexto, se verifica una práctica de la Salud Pública subordinada a una política económica, eje central del proyecto de desarrollo dominante. Práctica que aumenta su eficiencia técnica, pero también las desigualdades en el acceso a los servicios de salud de calidad y en la satisfacción del usuario; hechos esencialmente derivados de la aplicación autoritaria de una racionalidad instrumental que percibe al sector Salud como un área directa de acumulación económica, antes que de capitalización social de vida saludable. Actualmente, crece el consenso sobre la urgencia de replantear el actual proyecto de desarrollo y de reforma del sistema de salud. Finalmente, una nueva propuesta de reforma de la Salud Pública –que pretenda ser eficaz, correcta y veraz– debe ser el resultado de un esfuerzo democrático e interdisciplinario, acorde con los Derechos Humanos, y que permita acuerdos propios de una racionalidad comunicativa” (C. Bustíos, 1998, p. 309).

REFERENCIAS

1. Williamson J. El cambio en las políticas de América Latina. México D. F.: Ed. Gemika; 1990.
2. González de Olarte E. El neoliberalismo a la peruana: economía política del ajuste estructural, 1990-1997. Lima: Instituto Estudios Peruanos /CIE; 1998.
3. World Bank. Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study. Washington D.C.: World Bank; 1987.
4. Rousseau S. Mujeres y ciudadanía: las paradojas del neoliberalismo en el Perú de los noventa. Lima: Instituto Estudios Peruanos; 2012 (Lecturas Contemporáneas, 15).
5. Pease H, Romero G. Cuarta parte. El Estado neoliberal. En: La política en el Perú del siglo XX. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2013. p. 327-410.
6. Panfichi A, Coronel O. Cambios en los vínculos entre la sociedad y el Estado en el Perú: 1968-2008. En: Orlando Plaza (coordinador). Cambios Sociales en el Perú. 1968-2008. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Ciencias Sociales; 2009. p. 1-42.
7. Bustíos C. Perú. La salud pública moderna y la Reforma en Salud al final del segundo milenio. Lima: Consejo Superior de Investigaciones UNMSM; 2001.
8. Burt JM. Quien habla es terrorista: The Political Use of Fear in Fujimori's Perú. Latin American Research Review. 2006; 41(3):32-62.
9. Degregori Cl. La década de la antipolítica; auge y huída de Alberto Fujimori y Vladimiro Montesinos. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2000.
10. Comisión de la Verdad y la Reconciliación. Informe final (Perú: 1980-2000). Tomo I. Lima: Comité Editorial del Informe Final CVR, 2003 (Edición UNMSM Y PUCP. Lima; 2004).
11. Tanaka M. La desigualdad en las ciencias sociales peruanas: itinerarios y temas en la agenda actual. En: Cotler J, Corcuera R (editores). Las desigualdades en el Perú: balance y críticas. Lima. Instituto Estudios Peruanos; 2011: 59-96 (Serie Estudios sobre desigualdad, 2).
12. Gonzales de Olarte E. ¿Está cambiando el país: crecimiento, desigualdad y pobreza. Pobreza, desigualdad y desarrollo en el Perú. Informe Anual 2007-2008. Lima: Oxfam; 2008.
13. Friedman M. Capitalism and freedom. Chicago: University of Chicago Press; 1962.
14. Presidencia del Consejo de Ministros. Lineamientos básicos de la política social. Lima: Documento publicado por la Presidencia del Consejo de Ministros; Noviembre 1993.
15. Ewig C. Democracia diferida: un análisis del proceso de reforma en el sector salud. En: Felipe Portocarrero (editor). Políticas Sociales en el Perú: nuevos aportes. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú; 2000. p. 481-518.
16. Shack N. La estrategia de lucha contra la pobreza. En: R. Abusadas, F. Dubois, E. Morón y J. Valderrama (editores). La reforma incompleta. Rescatando los noventa. Tomo I. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima: Instituto Peruano de Economía; 2000. p. 218-253.
17. Aramburú C, y col. Evolución de la política social en la década de los 90: cambios en la lógica, intencionalidad y el proceso de hacer política social en el Perú de hoy. Lima: CIES. 17 de mayo de 2002 (versión preliminar).
18. Parodi C. Perú 1960-2000: Políticas económicas y sociales en entornos cambiantes. Lima: CIUP; 2000.
19. Bebbington A, Scurren M, Bielich C. Los movimientos sociales y la política de la pobreza en el Perú. Lima: IEP, Cepes, Grupo Propuesta Ciudadana; 2011 (Perú Problema, 36)
20. Pollarolo P. La reforma del sector salud. En: R. Abusadas, F. Dubois, E. Morón y J. Valderrama. (editores). La reforma incompleta. Rescatando los noventa. Tomo II. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Instituto Peruano de Economía. Lima; 2000. p. 299-334.
21. Bustíos C. Capítulo quinto. Salud, reforma neoliberal y neopopulismo. Perú: 1991-2000. En: C. Bustíos (editor). Historia de la Salud en el Perú. Volumen 3, Academia Peruana de Salud; 2009. p. 335-472.
22. Ministerio de Salud. Memoria 1994-1997. Programa de Salud Básica Para Todos. Lima: Ministerio de Salud; 1998.

23. Altobelli L, Pancorvo J. Perú: Programa de Administración Compartida y los Comités Locales de Administración de la Salud (CLAS). Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud. San José de Costa Rica; 24-26 mayo 2000.
24. Pollarolo P. La reforma del Sector Salud. Lima: Instituto Peruano de Economía; 1999 (Documento de Investigación).
25. Boloña C. Experiencias para una economía al servicio de la gente. Lima: Nuevas Técnicas Educativa S. A. C; 2000.
26. Von Hayex F. La higiene de la democracia. En: De Soto H (editor). Democracia y economía de mercado. Lima: Instituto Libertad y Democracia; 1981.
27. Constitución Política del Perú, 1993. Lima: Editorial Rivera, 1995.
28. Mesía Rámirez C. Derechos de la persona/dogmática constitucional. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú; 2004.
29. Quiroz A. Historia de la corrupción en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Instituto de Defensa Legal; 2013.
30. Proética. Primera Encuesta Nacional sobre Corrupción y Gobernabilidad. Lima: Apoyo. Opinión y Mercado; noviembre 2002.
31. Colin L. Commodification: the essence of our time. *Open Democracy*, April, 2, 2012.
32. Ribeira M, Nogueira A. Commodification in the reforms of the German, French and British health systems. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(7):2159-2170.
33. Brito P. Los mercados de la salud y la salud de los mercados. Treinta años de mercantilización del sistema sanitario peruano. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración (FASPA). Unidad de Investigación de Políticas y Sistemas de Salud. Septiembre de 2015. Lima
34. Banco Mundial. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la Reforma. *Bol. Of. Sanit Panam*. 1989;103(6):695-708.
35. Banco Mundial. Invertir en Salud. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Washington D.C.: Banco Mundial; 1993.
36. Lee K, Goodman H. Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s. En: *Health Policy in a Globalising World*. Edited by Kelley Lee, Kent Buse and Suzanne Fustukian. Cambridge University Press; 2002. p. 129-151.
37. Sojo A. Reformas de gestión en salud en América Latina. *Revista de la Cepal* 74. Agosto 2001.
38. López-Arellano O, Jarillo-Soto EC. Reforma neoliberal de um sistema de saúde: evidencia do caso mexicano. *Cad. Saúde Pública* 2017;33Sup 2.
39. De Melo M, Costa N. Desenvolvimento sustentável. Ajuste estrutural e politica social: as estratégias de OMS/OPS e do Banco Mundial para a atencao á saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*. 1994;(11): 49-108.
40. Walt G. Who under stress: implications for Health Policy. *Health Policy and Planning*. 1993;(24): 5-7.
41. Organización Panamericana de la Salud. Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. *Publicación Científica N.º 540*. Washington D.C.: OPS/OMS; 1992.
42. Comisión Económica para América Latina y Organización Panamericana de la Salud. Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y El Caribe. Santiago: Cepal-OPS; 1994.
43. 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 del Perú; 6 de diciembre de 1995.
44. Decreto Legislativo N.º 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. *El Peruano* de 18 de abril de 1992.
45. Ley N.º 26842, Ley General de Salud. *El Peruano* de 15 julio 1997.
46. Petrerá M. Privatización de la salud. En Petrerá, M. et. al. *La gestión estatal y la privatización en el sector salud, la seguridad social y el sector financiero*. Lima: Instituto Estudios Peruanos; 1993 (Documento de Trabajo N.º 50).

47. Francke P. Piden regular tarifas en establecimientos públicos de salud. Declaraciones en conversatorio convocado por la Facultad de Salud Pública de la UPCH. *Gestión Médica*. 1999; edición 125, 17 al 23 de mayo de 1999: 3.
48. Vicuña M, Ampuero J, Murillo J, y col. Análisis de la demanda efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Modelo de gestión del establecimiento de salud y la Participación Comunitaria de los líderes comunales. Serie de Informes Técnicos N.º 2 y N.º 3. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Ministerio de Salud; 2000.
49. Banco Mundial. Perú. Improving health care for the poor, A World Bank country study. Washington D. C.: World Bank; 1999.
50. Boloña C. La privatización de los servicios de salud en el marco de las reformas estructurales: el caso del Perú. En: Mario Ghibellini (editor) *La privatización de la salud rumbo a la modernidad*. Lima: Organización San Ignacio de Loyola, Instituto de Economía de Libre Mercado; 1994. p. 151-164.
51. Mesa-Lago C. La reforma de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social. Santiago: Cepal y GTZ; 2005 (Documentos de proyecto).
52. Guerrero V. Manual de la seguridad social. 3.ª edición. Lima: Juristas Editores; 2010.
53. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Al primer trimestre del 2006. Boletín Estadístico. Informativo Oficial de la SEPS. 2006; 7 (1): enero-marzo 2006.
54. Torres R. Entidades prestadoras de salud al primer trimestre del 2000. Boletín Estadístico. Informativo Oficial de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. 2000: I (2): enero-marzo 2000.
55. Ley N.º 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, promulgada en 15 de mayo de 1997
56. Jorge U. Seguro Escolar es paso para proteger a todo menor de edad. *Gestión Médica*. 1998; edición 72, 13 al 19 de abril de 1998: 2.
57. Costa Bäuer M. Inician Plan Piloto de Seguro Materno Infantil. *Gestión Médica*. 1998; edición 102, 9 al 15 de noviembre de 1998: 2-3.
58. Aguinaga A. BID otorgará US\$ 87 millones para seguro materno infantil. *Gestión Médica*. 1999; edición 146, 11 al 19 de octubre de 1999: 5-6.
59. Bustíos C. El Colegio Médico del Perú y 50 años de la legislación en salud: 1964-2014. Lima, 2014 (inédito)
60. World Health Organization. World Health 2000-Health systems: Improving performance. Washington D. C.: WHO; 2000.
61. Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012. Lima: Minsa; 2015.
62. Casas-Zamora J. Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina a inicios del siglo XXI. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2002;11(5-6):397-408.
63. Organización de Naciones Unidas. Hacia el cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio en el Perú. Un compromiso del país para acabar con la pobreza, la desigualdad y la exclusión. Informe 2004. ONU-Perú 2004; noviembre de 2004.
64. Anderson J. Ni bienestar ni equidad: los fundamentos de la política social peruana. En: Anderson J, et al. *Pobreza y políticas sociales en el Perú*. Lima: CISP- Taller de políticas y desarrollo social; 1994.
65. Grupo de la Agenda Social. Desafíos para alcanzar la paz. Hacia un desarrollo sostenible en el Perú (1994). Informe de la Misión Piloto del Programa de Reforma Social del BID; Julio de 1995.
66. Cortez R (editor). *Salud, equidad y pobreza en el Perú: Teoría y nuevas evidencias*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico; 2002
67. Bustíos C. La salud pública al final del siglo XX. *Anales de la Facultad de Medicina*. UNMSM. 1998; 59(4):309-320.

8.1. CAMBIOS EN EL CONTEXTO

- El contexto internacional: más allá del Consenso de Washington
- El contexto político y económico nacional
- El contexto político-administrativo nacional

8.2. POBREZA Y DESIGUALDAD EN EL ESTADO NEOLIBERAL

- Crecimiento de la economía y disminución de la pobreza
- Mantenimiento de los índices de desigualdad
- Movimientos y conflictos sociales

8.3. LA POLÍTICA SOCIAL NEOLIBERAL

- El rol del Estado
- Administración pública y corrupción
- La lucha contra la pobreza

8.4. GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

- Continuidades y cambios
- Renovación de la estrategia de atención primaria en salud
- Cambios en la organización del Ministerio de Salud
- Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
- Cambios en la gestión del sector Salud
- Cambios en el gasto en salud

8.5. ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD: DISCURSO, ACTORES Y PROCESO

- El discurso
- Los actores y el proceso
- Legalización del Aseguramiento Universal de Salud
- Colegio Médico del Perú: Un actor relevante
- Aseguramiento Universal de Salud hacia el final del período
- Aseguramiento Universal de Salud: posición de los actores

8.6. LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y EL SISTEMA DE SALUD AL FINAL DEL TERCER LUSTRO

- Debilidad institucional y descrédito de la burocracia
- Situación de la gestión pública
- Sistema de Salud: mercantilización, inequidad y exclusión
- Nuevas disposiciones para la implementación del Aseguramiento Universal de Salud

8.1. El contexto internacional: más allá del Consenso de Washington

EL CONTEXTO INTERNACIONAL

Desde mediados de la década de 1990, con el antecedente del llamado milagro del sudeste asiático, se produjo una inflexión en el debate internacional sobre los modelos neoliberales. La experiencia internacional, los nuevos paradigmas institucionalistas y, sobre todo, el crecimiento sostenido de los países asiáticos demostraron que una economía de mercado requiere instituciones “eficaces” para optimizar su desempeño económico. Los estudios de Peter Evans (1992, 1995) y del propio Banco Mundial (BM), apoyado en los aportes teóricos de su entonces vicepresidente, Joseph Stiglitz (1999), plantearon la necesidad de mejorar las capacidades estatales para edificar una robusta economía de mercado. Stiglitz, desde una perspectiva pragmática, aunque sin cuestionar con los postulados básicos de la economía neoclásica, admite que el buen funcionamiento de los mercados requiere políticas de regulación fiscal, fomento de la competencia, desarrollo de la educación, estímulos a la transmisión de tecnología y fomento de la transparencia, temas ausentes en el Consenso de Washington.^[1]

En ese nuevo contexto teórico, el Informe del BM de 1997 titulado El Estado en un mundo en transformación^[2] representó un hito al replantear la reforma del Estado, desde la perspectiva del liberalismo, como un tema clave en la nueva agenda del desarrollo. En el inicio del Informe se lee lo siguiente: “Han fracasado los intentos de desarrollo basados en el protagonismo del Estado, pero también fracasarán los que se quieran realizar a sus espaldas. Sin un Estado eficaz el desarrollo es imposible”. Se acepta, así, que un Estado eficaz es imprescindible para poder contar con los bienes y servicios –y las normas e instituciones– que hacen posible que los mercados prosperen. Se reconoce que el Estado es fundamental para el proceso de desarrollo económico-social pero no en cuanto agente directo del crecimiento sino como socio subsidiario, elemento catalizador e impulsor de este proceso.^[3]

Interpretación de los cambios

Este giro en la propuesta del BM era una consecuencia, en opinión de A. C. Laurell y Joel Herrera de los fracasos sociales de la Reforma del Estado en las décadas de 1980 y 1990, orientada por el Consenso de Washington. Fracasos que habría obligado a los organismos financieros internacionales a plantear una segunda reforma o modernización del Estado para atenuar los problemas causados por la primera y recuperar la legitimidad cuestionada por esos fracasos. Además, los mismos autores advierten que:

“En una interpretación inexacta se ha creído que la segunda reforma significa el reconocimiento de que el mercado no resuelve la ‘cuestión social’ y, por esto, es necesario reintroducir al Estado como garante de los derechos sociales. Sin embargo, la lectura de los textos con que esos organismos fundamentan esta segunda reforma aclara que esta no debe infringir los cánones de la nueva economía, o sea, el mercado como principio rector de la economía, la competencia, la flexibilidad del trabajo, el equilibrio fiscal, la apertura externa, o causar la competencia desleal del Estado con el sector privado. La reforma solo debe centrarse en lograr una mayor eficiencia del Estado, la cohesión social y la gobernabilidad”.^[4]

Por otro lado, los hechos mostraron que el grado de impacto de esa crisis mundial sobre cada país latinoamericano dependió de los mercados de destino tradicional de sus exportaciones. A mayor concentración de las exportaciones en las zonas más afectadas por la crisis, mayor impacto. En el caso del Perú y al final del año 2014, con una economía que dirigía sus productos a diferentes mercados internacionales y con un incremento de su participación en los mercados asiáticos, sufrió un impacto tardío y menor en comparación con otros países de la Región.

EL CONTEXTO POLÍTICO Y ECONÓMICO NACIONAL

Los regímenes presidenciales de Paniagua, Toledo, García y Humala, que se sucedieron después de la década de 1990, iniciaron un proceso de transición hacia formas más democráticas de gobierno neoliberal, con el apoyo de los sectores empresariales y conservadores; sin renunciar a la aplicación ortodoxa de políticas macroeconómicas.

De otro lado, la sociedad civil permaneció carente de iniciativa, fragmentada y desorganizada. Cada vez era más evidente que los partidos políticos tradicionales continuaban devaluándose y progresivamente eran reemplazados en su papel de intermediarios entre la ciudadanía y el Estado, por movimientos sociales emergentes.

La transición democrática^[5,6]

En noviembre de 2000, se inició en el Perú la recuperación de la democracia representativa con la instalación del gobierno provisional encabezado por Valentín Paniagua. Durante los 249 días que duró este gobierno, estuvo dedicado a recomponer y administrar las funciones

básicas del Estado, a abrir instancias de concertación social en lucha contra la pobreza y la corrupción, y, principalmente, a establecer condiciones favorables para celebrar un proceso electoral libre y transparente en el año 2001. Sin duda, el hecho más trascendente en este corto período del gobierno de Paniagua fue la creación e instalación de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR) con el mandato de investigar las ominosas violaciones de los derechos humanos cometidas durante el período de la violencia política acaecido en el Perú entre 1980 y 1995, y formular recomendaciones para afrontar sus secuelas.

El gobierno de Toledo^[6,7]

Alejandro Toledo triunfó en las elecciones presidenciales de 2001. Su gobierno dio continuación a las políticas económicas iniciadas por el régimen de Fujimori y logró un sostenido crecimiento del PBI entre los años 2002 y 2006, con un promedio anual del 5,6 %. Entre las razones de este crecimiento se destacan los ingresos generados por la producción minera, así como la expansión de diversos sectores de la actividad económica.

En lo concerniente a las políticas sociales, estas no pudieron revertir de manera suficiente las tendencias al empobrecimiento de las mayorías nacionales, pero sobre todo no pudieron evitar la creciente ampliación de las brechas económicas, por lo que los conflictos sociales se mantuvieron latentes. La política laboral establecida en la década de 1990 se mantuvo sin mayores cambios, continuaron las tendencias a la informalidad y la precariedad del empleo. Cabe resaltar que durante este período se respetaron las normas constitucionales, la independencia de los poderes estatales y la libertad de expresión. Esto sucedió, pese a que casos de corrupción y escándalos políticos rodearon la gestión gubernamental y comprometieron a importantes líderes del partido de gobierno.

Por el lado de la democratización, se promovió formalmente una política de promoción de la participación ciudadana en la toma de decisiones y se reinició, con el mismo fin, el proceso de descentralización; además, se establecieron instancias de diálogo como la Mesa de Lucha Contra la Pobreza, las mesas de concertación y la formulación de presupuestos participativos. Pero, los dirigentes del partido oficialista obstaculizaron tempranamente esta política participacionista y optaron por establecer nuevos vínculos clientelistas con la ciudadanía. En estas circunstancias, volvieron a surgir en el país los conflictos sociales, acentuados por la falta de intermediarios eficaces entre la sociedad y el Estado. Los vínculos entre la sociedad y el Estado quedaron reducidos a las acciones clientelares, promovido por el partido del gobierno; y, al conflicto social, que estalla y obliga al gobierno a dialogar.

Un logro del régimen de Toledo fue la institucionalización, en marzo de 2002, del llamado Compromiso de Diálogo para lograr un Acuerdo Nacional, suscrito por los más altos representantes del gobierno, partidos políticos con representación parlamentaria y sectores representativos de la sociedad civil. La primera etapa de reuniones de trabajo y foros

descentralizados dio como resultado la firma del El Acuerdo Nacional de Gobernabilidad, suscrito el 22 de julio de 2002. El Acuerdo tenía como propósito formal: definir y afirmar un consenso sobre políticas del Estado para los próximos veinte años, en cuatro áreas fundamentales: democracia y Estado de Derecho; equidad y justicia social; competitividad del país; y Estado eficiente, transparente y descentralizado.

Durante el primer año de acción del Foro del Acuerdo Nacional se lograron, en medio de grandes expectativas, importantes avances para el logro de sus propósitos, entre ellos la definición por consenso de 30 políticas de Estado; así como la instalación de la Secretaría Técnica Autónoma. Tres de estas políticas de Estado tienen como objetivos: el “acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social”, el “desarrollo sostenible y gestión ambiental” y el “desarrollo en infraestructura y vivienda”. No obstante, en los siguientes años la participación efectiva de dicho Foro en la afirmación del consenso para la instrumentación de esas políticas del Estado fue insuficiente. La opinión generalizada es que esta instancia se convirtió tempranamente en una plataforma mediática utilizada por los gobiernos para tratar temas de coyuntura, en lugar de trabajar las políticas de largo plazo.^[7]

Estado Neoliberal en segunda gestión de García^[8,9]

Durante la segunda gestión presidencial de Alan García, líder del Partido Aprista Peruano, se continuó con la política económica de sus antecesores. En este quinquenio se vio crecer el PBI en un promedio anual de 7,2 %. La minería y el alza de los precios internacionales de los minerales y otros *comodities* fueron importantes responsables de estas cifras. Esto permitió al país superar sin mayores sobresaltos la crisis financiera de 2008, que golpeó a las principales economías del mundo. Desde 2002, en el contexto de América Latina, Perú estaba mostrando uno de los mejores desempeños económicos en términos de crecimiento del PBI, acompañado de una baja inflación y un tipo de cambio estable.

Los índices de pobreza monetaria que eran elevados, comenzaron a disminuir de manera sostenida. Sin embargo, las mayores críticas a esta gestión de García, al igual que en el caso de Toledo, están en la continuidad y acentuación de los niveles de desigualdad social, que no se condecían con los niveles de riqueza producida. Perú estaba rezagado, en el *ranking* de 17 países latinoamericanos, según el índice de la ONU que mide la igualdad de oportunidades, ocupaba el puesto 13. Por otro lado, se sucedieron acusaciones de corrupción al gobierno y a dirigentes del Partido Aprista Peruano. Además, hubo un pésimo manejo de los conflictos sociales, en especial, los ambientales. En junio de 2009, los indígenas de Bagua se movilaron violentamente contra los decretos que regulaban la explotación de las tierras eriazas para la explotación de recursos naturales, con importante costo de vidas.

El gobierno de Humala

El Partido Nacionalista del candidato Ollanta Humala publicó, en diciembre de 2010, antes de la primera vuelta de las elecciones de 2011, su Plan de Gobierno 2011-2016: Gran Transformación. Este Plan fue denunciado por sus opositores como un plan antisistema y radical. Para asegurar su triunfo, en la segunda vuelta electoral, Humala optó por abandonar su discurso antisistema para asumir uno más conciso y concertador, “Lineamientos centrales de política económica y social para un gobierno de concertación nacional”, denominado “Hoja de Ruta”, que se comprometió a cumplir. El contenido de este programa era concordante con los lineamientos económicos del modelo neoliberal y más moderado en lo social.^[10]

Durante los primeros años del gobierno de Humala la economía nacional siguió creciendo de manera importante, con un incremento anual del PBI del 6,0 % en 2012 y del 5,6 % en 2013; aunque, en comparación con los años anteriores, se iniciaba, una tendencia hacia la desaceleración. El mismo Ministerio de Economía advertía que en el futuro inmediato esta última tendencia podría hacerse más marcada por la existencia de ciertos riesgos tanto en el frente externo como en el interno.^[10-12]

El Gobierno de Humala tuvo un importante apoyo de la ciudadanía en los primeros seis meses de su gestión. Pero, los siguientes meses estuvieron marcados por los conflictos sociales y la polarización entre los que defendían y atacaban la actividad minera. A partir de 2012 comenzó una etapa más politizada, sobre la base del discurso de las fuerzas de oposición al Gobierno. Asimismo, se presentó un rebrote del narcoterrorismo en el VRAE (valle de los ríos Apurímac y Ene), que pasó a llamarse VRAEM (valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro).^[11-13]

Finalmente, a lo largo del bienio 2013-2014, se asistió al aislamiento creciente del Gobierno en el escenario político, a su vez el incremento anual del PBI solo había alcanzado al 2,4 %, y los problemas de inseguridad ciudadana, narcotráfico, informalidad y minería ilegal iban en aumento.

EL CONTEXTO POLÍTICO-ADMINISTRATIVO NACIONAL

Al comenzar el gobierno de Toledo, se promulgaron la Ley de Modernización de la Gestión del Estado y la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo pero, al igual que los intentos de los gobiernos anteriores, el proceso de reforma del Estado fue interrumpido muy pronto. Persistía la escasa voluntad política para efectuar avances democráticos significativos.^[7]

Cinco y medio años después, se publicó una nueva Ley Orgánica del Poder Ejecutivo luego, durante el gobierno de Humala, se publicó la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública como el “principal instrumento orientador de la modernización de la gestión pública en el Perú”. Normas que nunca llegaron a ser implementadas de manera concordante con sus objetivos formalmente explicitados.

En 2008, se creó la Autoridad Nacional del Servicio Civil (Servir) como organismo técnico especializado y rector del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos del Estado, encargado de establecer, desarrollar y ejecutar la política del Estado respecto del servicio civil. Es el intento más serio del Estado por tener personal capacitado y elegido con criterios exclusivamente meritocráticos. Sin embargo, su inadecuada implementación supuso una nueva frustración.

Descentralización político-administrativa^[14]

Con la caída del régimen fujimorista, se abrió nuevamente la posibilidad de avanzar en el proceso de descentralización política. En marzo de 2002 se promulga la Ley de Reforma Constitucional sobre Descentralización, que modifica la Constitución de 1993. Luego se promulgan, la Ley de Bases de la Descentralización, que crea el Consejo Nacional de Descentralización (CND); y, en noviembre de este mismo año, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, que define cuáles son las funciones específicas de los Gobiernos regionales en su ámbito. Solo cuatro días después, se celebraron elecciones regionales y municipales, lo que dejó atrás los Comités Transitorios de Administración Regional (CTAR). Posteriormente, se promulgan la Ley Orgánica de Municipalidades, en mayo de 2003, y la Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales, en julio de 2004.

No obstante los avances normativos en el proceso de descentralización, formalizados entre 2002 y 2005, aún quedaba por ser dado el último paso para la conformación de regiones mediante la fusión de departamentos. Por tal razón, la Ley Bases de la Descentralización prevé dicha fusión, con la condición que la ciudadanía exprese su aprobación mayoritaria a la misma, mediante un referéndum. Este referéndum, llevado a cabo en octubre de 2005, fue rechazado masivamente, con excepción de Arequipa.

El crecimiento económico que experimentó el país en esta última década, permitió destinar fondos, a través del canon minero, a los diferentes Gobiernos regionales para que se emprendieran proyectos en beneficio de la región y sus habitantes. Sin embargo, en el desarrollo de esos proyectos se presentaron problemas no previstos. Uno de ellos fue la poca capacidad de gestión e insuficiencia de personal técnico disponible en las regiones. Además, la corrupción se hizo más evidente en la gestión regional, al hacerse repetitivos los casos de nepotismo, malversación de fondos y tráfico de influencias, sobre todo, en las regiones beneficiadas con el canon.

Intentos de retomar la planificación gubernamental

Con relación a la planificación gubernamental, ella fue retomada tímidamente a fines del 1999, con la promulgación de la Ley N.º 27209, Ley de Gestión Presupuestaria del Estado. Habían pasado siete años de la desactivación del Instituto Nacional de Planificación. En el artículo 5 de esta ley, se ordena que los presupuestos institucionales de los pliegos

presupuestarios anuales tienen que ser articulados con sus planes estratégicos institucionales (PEI), formulados desde la perspectiva del mediano y largo plazo. Los PEI a su vez tienen que enlazarse con su plan estratégico sectorial multianual (Pesem). Estos planes deben ser aprobados por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y la Presidencia del Consejo de Ministros. Se trataba, de incrementar la productividad en el uso de los recursos fiscales y de garantizar el cumplimiento de una serie de reglas macrofiscales, de prudencia en el gasto y conducción coherentes con las finanzas públicas. Con acierto, Francisco Sagasti^[15] señaló que: “A veces se confunde planeamiento estratégico con el uso de indicadores de gestión, contratos de gestión, administración por resultados y el análisis Foda...”

El 23 de mayo de 2005, apenas dos meses antes del término de la gestión de Toledo, se promulgó la Ley N.º 28522 que crea el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (Sinaplan) y el Centro de Nacional de Planeamiento Estratégico (Ceplan). Este último, destinado a conducir y desarrollar en el país la planificación concertada como instrumento técnico de gobierno y de gestión pública. Sin embargo, esta norma legal nunca llegó a ser implementada, fue derogada, en su mayor parte, tres años después por el Decreto Legislativo N.º 1088. En esta última norma, publicada el 28 de junio de 2008, durante la gestión de García, se vuelve a crear el Sinaplan y el Ceplan. Este último se define como el órgano rector y orientador del primero y que sus competencias normativas son de alcance nacional.^[16]

Al final del periodo, existía un consenso sobre la carencia en la administración pública de un sistema eficiente de planeamiento en todos los niveles gubernamentales y serios problemas de articulación del Sinaplan con el sistema de presupuesto público.

8.2. Pobreza y desigualdad en el Estado Neoliberal

CRECIMIENTO DE LA ECONOMÍA Y DISMINUCIÓN DE LA POBREZA

La economía peruana comenzó a acelerarse en el bienio 2002-2003 a una tasa promedio cercana al 5 % del PBI, antes incluso del inicio del *boom* internacional de las materias primas. Este *boom* duró 10 años, entre 2003 y 2013; la economía nacional se expandió a una velocidad promedio del 6,4 % anual. En resumen, entre 2002 y 2013 (doce años), la economía peruana creció a un promedio de 6,2 %, mientras la economía mundial lo hizo a una tasa del 4 %. Luego, a la vuelta de la normalidad en los precios internacionales de las materias primas, la economía peruana tendría un crecimiento discreto para un país emergente, del 2,4 %, el año 2014, al 3,3 %, el año 2015.^[17]

De manera paralela con el crecimiento de la economía peruana, la cifra promedio nacional de la pobreza monetaria total en el Perú –medida por el INEI– disminuyó de manera significativa y sostenida en los diez últimos años: del 58,7 % de la población total, en el año 2004, hasta otras del 33,5 %, en 2009, y del 22,7 %, en 2014. Con decrecimientos

quinquenales sucesivos de 15 y de 11 puntos porcentuales, que sumaron 26 puntos al final del período 2004-2014. Asimismo, la cifra promedio nacional anual de la pobreza extrema en el Perú disminuyó en esos diez últimos años: del 17,1 % de la población total, en el año 2004, a otras del 9,5 %, en 2009, y del 4,3 %, en 2014. Con reducciones quinquenales sucesivos de 7,6 y de 4,2 puntos porcentuales, que sumaron 11,8 puntos al final del período 2004-2014.^[18] Ciertamente, se trataba de la reducción de la pobreza monetaria, medida solo a partir de la capacidad de gasto de los ciudadanos y no incluía otras dimensiones claves como el acceso a educación y salud de calidad, igualdad de oportunidades, etc. Además, si bien la desigualdad monetaria total se había reducido, esta seguía siendo alta.

MANTENIMIENTO DE LOS ÍNDICES DE DESIGUALDAD

Existe un consenso general en que, no obstante aquel alto crecimiento económico, no se avanzaba en lograr un desarrollo equitativo en el país. Es así, que en el año 2014 y de acuerdo con datos del INEI, la pobreza total incidió en el 15,3 % de la población urbana y en el 46,0 %, de la población rural, es decir, la rural fue el triple de la urbana. Además, afectó al 33,8 % de la población de la sierra, principalmente, a los del área rural (50,4 %); al 30,4 % de la selva (selva rural 41,5 %); y, al 14,3 % de la costa (costa rural 29,2 %); mientras que en Lima Metropolitana, la pobreza total incidió en el 11,8 % de su población.^[19]

En lo que se refiere a la pobreza extrema y ese mismo año de 2014, ella incidió en el 1,0 % de la población urbana y en el 14,6 %, de la población rural, es decir, catorce veces la incidencia urbana. Mientras, que afectó al 9,2 % de la población de la sierra, principalmente, a los del área rural (17,0 %); al 6,1 % de la selva (selva rural 10,5 %); y, al 0,9 % de la costa (costa rural 9,0 %). En el caso de Lima Metropolitana, la pobreza extrema incidió solo en el 0,2 % de su población.^[19]

De igual manera, se proclamó como éxito del modelo económico el “incremento de la clase media”, con la aclaración que en esta clase media se consideran a personas que pertenecen a familias con ingresos mensuales desde los 1 880 hasta los 10 900 soles, condición que entró en desaceleración los últimos años.^[19]

Por otro lado, de acuerdo a datos publicados por la Cepal, en ese mismo período se habría producido solo una discreta disminución de la desigualdad en la distribución de ingreso en los hogares peruanos, tal como se mostraba en el decrecimiento tanto del coeficiente de Gini (de 0,525 en 2001 a 0,439 en 2014), como del índice de Theil (de 0,556 en 2001 a 0,355 en 2014).^[20]

Asimismo, ahora de acuerdo con datos calculados por el INEI, el coeficiente de Gini habría disminuido solo discretamente a nivel nacional y en casi todos sus dominios, con la única excepción de la Costa rural. Además, a pesar de las importantes brechas en el ingreso y en el gasto entre los hogares de las zonas urbanas y aquellos de las zonas rurales, el nivel de desigualdad al interior de estos ámbitos es alto y bastante similar.

Estudios posteriores han enfatizado la persistencia de diferentes mecanismos discriminatorios que operan perpetuando la situación desventajosa de diferentes grupos étnicos/raciales en el Perú, no solo para aquellos con orígenes andinos sino también para aquellos provenientes de grupos afroperuanos o miembros de las diferentes etnias nativas de la Amazonía peruana. De acuerdo al INEI, cuando se analiza la incidencia de la pobreza, según lengua materna de las personas, se observa que afecta más a la población que tiene como lengua aprendida en la niñez una lengua nativa: quechua, aimara o amazónicas.^[20]

El economista Carlos Figueroa, cuando mide para el Perú el índice de exclusión social (IES), encuentra que, para el año 2007, el Perú tenía un IES promedio ponderado nacional de 0,338. En 2014 este índice fue de 0,307, con un valor equivalente al 91 % del que se tenía siete años atrás, una mejora muy escasa si consideramos que en ese mismo período la pobreza monetaria total del año 2014 (22,7) representaba el 58 % del índice de pobreza de 2007 (39,3). Figueroa concluye que el gobierno “había enfatizado más la reducción de la pobreza que la exclusión social. Y la pobreza monetaria es solo un factor de la exclusión social que implica además el acceso a los servicios básicos”.^[21]

MOVIMIENTOS Y CONFLICTOS SOCIALES^[22-24]

Al efectuar un análisis de los principales movimientos y conflictos sociales que se sucedieron en el Perú durante el período 1991-2014 se distinguen dos grandes modalidades de organización de los mismos. Primera, la de movimientos cuya problemática se enfoca en cuestiones más bien sectoriales y económicas con un discurso de “izquierda” y una estructura de carácter sindical (universitarios, docentes, campesinos, médicos, etc.). Segunda, la de movimientos de diversas poblaciones que se organizan contra la expansión de la industria extractiva, en especial la minera y petrolera, para lo que apelan a revaloraciones étnicas y a la defensa de los recursos, con base en una organización más bien territorial (Cajamarca, Espinar, Islay, etc.). Ambas, surgen o se reorganizan en la última década, y expresan un profundo malestar provocado por la continuidad de las políticas económicas implementadas desde el año 1992 y la falta de atención gubernamental a las demandas populares de cambios en la normatividad vigente y en el marco ideológico dominante. El énfasis en la exigencia de participación y la consulta, tanto como la desconfianza frente a los actores políticos tradicionales, son características que marcan estos movimientos.

Respecto al primer grupo de esos movimientos, ellos son conducidos por diversas organizaciones sindicales y gremiales vinculadas con alguna rama del sector público. Es el caso por ejemplo del Sindicato de Trabajadores de la Educación o de la Federación Médica, por anotar algunos de los que más se han movilizad o en los últimos años en reclamo de mejoras salariales, pero también por políticas educativas y de salud que los incluyan como interlocutores. Movimientos que plantean impugnaciones concretas tanto al marco normativo heredado del fujimorismo, con una legislación laboral abiertamente favorable a

los empresarios, como a las inequidades derivadas de una política económica que, pese al crecimiento sostenido del PBI, no resuelve problemas de exclusión ni garantiza derechos para las y los trabajadores.

En el segundo grupo de estos movimientos, se ubican los pueblos indígenas y comunidades afectadas por la industria extractiva, los mismos que han protagonizado intensas y masivas protestas que expresan políticamente el descontento de un vasto sector de la ciudadanía con el modelo neoliberal, la depredación de los recursos naturales y la parcialidad estatal frente al capital transnacional extractivo. Entre esas protestas, las que provocaron el Paro Amazónico de mayo de 2009 y los sucesos de Bagua, así como la paralización del proyecto Conga, en 2011. Sus reivindicaciones se vinculan más bien con la defensa del territorio como espacio de reproducción de la vida, y señalan como su principal antagonista al capital transnacional, por razones vinculadas con la afectación socioambiental y la contraposición de distintas cosmovisiones, modelos de vida y formas de propiedad.

La postura coercitiva asumida finalmente por los sucesivos gobiernos, contra esos movimientos socioambientales, generó una intensa reacción en localidades donde existen importantes proyectos o concesiones mineras. En julio de 2011, la Defensoría del Pueblo reportó 118 conflictos socioambientales activos, el 55 % del total de casos; para diciembre de 2014, informó 139 conflictos activos, poco más del 66 % del total. Esos movimientos locales y regionales expresan un cuestionamiento a la política económica del Estado, puesto que, desde la década de 1990, los gobiernos favorecen, promueven y defienden acriticamente la dinámica de desarrollo generada por la acción de la empresa privada en beneficio del país, muestran cifras de crecimiento macroeconómico, pero, no obstante tales cifras, omiten que los pueblos rurales de la sierra y la selva no han mejorado de manera sustancial sus condiciones de vida, pues persisten en sus ámbitos altas tasas de pobreza y de extrema pobreza.

8.3. La política social neoliberal

EL ROL DEL ESTADO

Después de una década de aplicación ortodoxa de políticas económicas neoliberales en nuestro país, los economistas y tecnócratas peruanos coincidían, más allá de sus diferencias de visión, en que se deben continuar las políticas estatales dirigidas a estimular un crecimiento económico sostenido, a través del apoyo tanto a la minería privada como mediante estrategias de diversificación productiva. Sin embargo, también coincidían en criticar la escasa capacidad, mostrada por el Estado, tanto para brindar servicios básicos apropiados a la ciudadanía, como ejecutar las inversiones en infraestructura pendientes destinadas a garantizar dicha sostenibilidad.

Martín Tanaka^[25] comentaba en el año 2010, que en el Perú existe, entre los estudiosos de la realidad peruana:

“una tendencia cada vez mayor de la importancia del Estado, sus características, acciones y omisiones, para dar cuenta de la dinámica de la política y de la sociedad, por lo que estudiarlo y actuar sobre él (reforma del Estado) y entenderlo... es imprescindible”.

Asimismo, señala que:

“recurrentemente se habla de la consecuencias negativas de no haber ejecutado la ‘segunda generación’ de reformas estructurales, que implicaba una reforma del Estado, empezando por el establecimiento de la carrera pública. Como consecuencia de ello, el Estado no ha logrado utilizar los abundantes recursos fiscales obtenidos por el acelerado crecimiento económico ocurrido en los últimos años, lo que ha generado un amplio malestar social y un aumento de las acciones de protesta”. (M. Tanaka, 2010, p. 22)

Por otro lado, distintos científicos sociales coinciden en afirmar que la posición de la ciudadanía peruana respecto al rol del Estado en la sociedad y la economía configuran, en la actualidad, una “posición mixta” en que se entrelazan posturas intervencionistas respecto a los sectores que proveen servicios, con las más conservadoras sobre la intervención estatal en la economía y que valoran la estabilidad macroeconómica como un fin en sí mismo. Esta posición es consistente con una situación en la que las transformaciones económicas y sociales del país en las últimas décadas han configurado un sector “moderno y económicamente integrado” que genera demandas pos-estatales, por un lado, y otro sector “tradicional y económicamente excluido” con demandas “estatales” que se reflejan en las propuestas programáticas que estos sectores apoyan, por lo general, en épocas electorales.^[25, 27]

Finalmente, la escasa capacidad estatal para cumplir sus objetivos de política social se hizo más evidente, a partir de 2013, en el contexto desfavorable de una caída brusca en los términos de intercambio comercial de nuestros recursos naturales, a la que sumaron los efectos negativos de los conflictos socioambientales, la informalidad, la corrupción y la inseguridad ciudadana.

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y CORRUPCIÓN

Algunos estudiosos del tema consideran que, en los últimos años, se han dado al menos dos modelos de corrupción política en nuestro país: un régimen centralizado y autoritario, donde la corrupción era controlada desde la cúpula, que permite políticas anticorrupción solo en niveles inferiores del Estado; y un régimen más democrático, con la corrupción dispersa y “descentralizada” por toda la estructura del poder. El primer modelo es económicamente más costoso para el país; el segundo lo es políticamente, pues crea la sensación de una corrupción generalizada que desprestigia el sistema democrático.

La encuesta nacional en población realizada por Ipsos Apoyo sobre corrupción en junio de 2010,^[27] arroja hallazgos este estudio son preocupantes. Pese a que la corrupción es calificada por la población como el principal problema nacional, la mayoría de los encuestados

muestra tolerancia hacia la corrupción. Cuatro años después de esta encuesta, se conoce los resultados del informe Cultura política de la democracia en Perú y en las Américas, 2014: Gobernabilidad democrática a través de 10 años del Barómetro de las Américas,^[28] cuya información es concordante con la disponible en la encuesta mencionada. Según sus datos, la corrupción generalizada afecta seriamente al país, ya que se ubica como el tercer problema más importante, por debajo de la inseguridad y los problemas económicos.

LA LUCHA CONTRA LA POBREZA

En el período anterior, para administrar el gasto de los programas de compensación social se creó una frondosa maquinaria administrativa, puesta al servicio político del partido del gobierno. Además, desde el año 1997 los investigadores analizan críticamente el carácter meramente asistencialista de las intervenciones, a la par que caracteriza la poca capacidad de focalización de los pobres extremos como una ostensible “debilidad” de estos programas.^[29,30] Para el año 2007, se insistía en estas críticas, y continuaba quedando claro que, bajo la concepción neoliberal, el desarrollo social se limita al alivio a la pobreza de los extremadamente pobres, lo demás es tarea del mercado. Bajo esta lógica, se crea el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), en octubre de 2011, para conducir una política de desarrollo e inclusión social que pretende enfatizar la focalización de las intervenciones, articular procesos de manera intersectorial e intergubernamental, y evaluar los resultados.^[31]

Al final del año 2014, parece haber coincidencia entre los expertos sobre la necesidad de continuar en la lucha frontal contra la pobreza, la desnutrición, la anemia, la exclusión, mas no respecto de las estrategias de cómo abordar estos serios y crónicos problemas sociales. Juan Mendoza,^[32] economista de la Universidad del Pacífico, propuso poner el énfasis en medidas de mejoramiento del mercado laboral, así como de la calidad de la inversión pública. “Los programas sociales pueden ser complementarios pero no el foco de atención de una política para reducir la pobreza”. Mientras Carolina Trivelli,^[33] exministra del Midis, señala que: “hay programas sociales que sirven para resolver necesidades inmediatas de la población en extrema pobreza y otros programas que están diseñados a ayudar a los pobres a salir adelante por sí solos, dotándoles de capacidades”. En consecuencia, opina que la política social peruana ha buscado una combinación de estos dos tipos de programas:

“No es uno o otro. No se puede hacer un desarrollo de capacidades si la familia no tiene con qué comer”; los programas sociales ayudan a los pobres a enfrentar esa situación, pero para superar la pobreza se necesitan estos programas, pero también servicios universales de calidad (salud, educación, justicia, identidad), infraestructura (caminos, agua, luz eléctrica, comunicaciones, desagüe) y además programas de desarrollo productivo, emprendimiento, capacitación laboral, inserción laboral.

Según información de la Cepal,^[20] la prioridad del gasto social (medido en porcentaje del PBI), para el promedio ponderado del total de países de América Latina y el Caribe fue del 19,5 % del PBI para el bienio 2013-2014. Además, 19 de estos países informaron sobre el

Tabla 8.1. Gasto social y en salud, según países agrupados por prioridad en la inversión social. 2013-2014

Índices del gasto social	Grupo I	Grupo II	Grupo III
• Gasto total social per cápita (precios en dólares de 2010)	2 110	1 160	366
• Gasto público social (% del PBI)	20,3	14,0	11,0
• Gasto público en salud (% del PBI)	5,0	2,9	2,6

PBI: producto bruto interno. Fuente: Cepal

gasto social efectuado alrededor de 2010-2014, presentando datos en materia de protección y promoción social. Datos que permitieron a la Cepal distinguir tres grupos de países de acuerdo con la prioridad otorgada a dicho gasto, medida por índices del gasto social (promedio simple para cada grupo). En el grupo III, se incluyen nueve países que otorgaron durante el bienio 2013-2014, según esos índices, la menor prioridad al gasto social en la Región. El Perú se ubicaba en este grupo, con un gasto público social inferior al 10 % del PBI.

De acuerdo a la información proporcionada por el INEI, en el Perú el presupuesto ejecutado del conjunto de programas de lucha contra la pobreza se incrementó de un total de 3 884 millones de soles nuevos corrientes en 2006, a otro de 7 716 millones en 2010.^[30]

8.4. Gestión del Aseguramiento en Salud

CONTINUIDADES Y CAMBIOS

Desde hace varias décadas se están desarrollando en varios países del mundo occidental un esfuerzo para separar las explicaciones causales de la situación de salud colectiva, de las que no lo son. Han surgido nuevos enfoques, teorías y modelos interpretativos desde la epidemiología crítica o social, tanto en su vertiente ecológico-holística como en la histórico-social. Todos ellos, parten de la idea que la comprensión o interpretación de la presencia o ausencia de problemas de salud humana son más complejas que la proporcionada por modelos biomédicos y positivistas.^[34] La más conocida es la contenida en el Informe Final de Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) establecida por la OMS para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigar las desigualdades en salud.

Cada vez parece más claro que los procesos causales de los problemas de la salud-enfermedad comprenden diversos niveles de la realidad e involucran la interacción de variables de tales niveles, por lo que parece necesario seguir tratando de desarrollar modelos holísticos que integren esos niveles para incluir así estos tipos de variables en los

estudios pertinentes. Pero, tal como lo señala Rita Barradas,^[35] la formulación de una teoría causal que integre variables individuales y grupales de múltiples niveles y explique las relaciones e interacciones entre niveles de distinta dimensión es muy compleja. Por esto, la epidemiología social o crítica seguía enfrentando desafíos para su desarrollo y aplicación, que aún no se resuelven. Esta complejidad es una dificultad pero, al mismo tiempo, refleja mejor las limitaciones del modelo multicausal biomédico positivista.

RENOVACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En las circunstancias económicas y políticas del período anterior se asistió en la mayoría de países, entre ellos el Perú, a un retroceso en la democratización del cuidado de la salud, que se manifestó en lo siguiente: la reducción de la estrategia de la atención primaria en salud (APS) a una serie de intervenciones tecnológicas de alta prioridad, lo que provocó la vuelta a los programas verticales; la falta de interés por el desarrollo de las comunidades, con olvido de la base social de la enfermedad; que no fueran las comunidades las que fijen sus prioridades en salud, sino expertos dependientes de las agencias donantes, con la existencia de una imposición externa y, en algunas ocasiones, un conflicto de intereses; y, la promoción de programas sanitarios de segunda clase, destinados a los pobres extremos.^[36]

Tratando de enfrentar parcialmente a esos retrocesos, las autoridades de la OPS –animadas por la Declaración del Milenio y sus Objetivos de Desarrollo– decidieron iniciar en el año 2003 un proceso de diálogo y debate sobre una renovación del concepto de APS definido en Alma Ata, destinada a su adecuación a los cambios sufridos por nuestras sociedades y Estados en las décadas anteriores, aunque sin renunciar a los principios que le dieron origen. Once años después, esa renovación ha producido se plasmó cuando durante la 53.ª Reunión del Consejo Directivo de la OPS, los Estados Miembros de la OPS, aprobaron por unanimidad la “Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud”. En ella se reafirma nuevamente el compromiso de los países con los valores y principios expresados en la Declaración de Alma Ata, y se vuelve a insistir en una estrategia de APS desde una perspectiva integral, que atraviesa a la totalidad del sistema de salud con la pretensión de constituirse en la manera más adecuada de garantizar el derecho a la salud de forma universal e igualitaria. De esta manera, la APS renovada estaría en línea con las críticas más consistentes que, durante los últimos años, se hicieron a la versión selectiva de la APS y a la apropiación que de ella hizo el discurso neoliberal en los últimos procesos de reforma sectorial.^[37]

CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD

En 2002, se promulgó una nueva Ley del Ministerio de Salud.^[38] La nueva ley, en su artículo 2.º, reitera la naturaleza del Minsa:

“El Ministerio de Salud es ... el ente rector del sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud (SNS), con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana..., con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona...”.

Luego, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Once años después, se promulga la nueva Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, en la que se mantiene su condición de organismo rector del sector Salud y, por tanto, su función rectora: “conducir el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”. Así como, se precisa que una de sus funciones específicas es la de “Establecer la política de aseguramiento en salud, regular a las entidades y los procesos vinculados a esta”.^[39]

CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL COORDINADO Y DESCENTRALIZADO DE SALUD

La Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDs) fue promulgada en agosto de 2002, con la finalidad formal de:

“coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo la implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector a efecto de lograr el cuidado integral de la salud, de todos los peruanos y avanzar hacia la seguridad social universal en salud”.

El SNCDs tenía una composición, estructura organizacional y competencias similares al SNS, aunque tales características eran concordantes con la nueva normatividad establecida por la Ley de Bases de Descentralización, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y la Ley Orgánica de Municipalidades.^[40]

Para finales de 2014, el SNCDs había cumplido 12 años de existencia, en los que trató de coordinar, sin éxito, el proceso de aplicación de la política nacional de salud, a pesar de promover su implementación concertada y descentralizada. En realidad, el SNCDs mostró serias limitaciones en lo que se refiere a sus capacidades para organizar y articular de manera efectiva el sistema, tanto en el nivel intersectorial como en el nivel intergubernamental.

Las decisiones del Consejo Nacional de Salud, presidido por el ministro de Salud, han acompañado –en general– la agenda ministerial; sin embargo, resulta evidente la falta de correspondencia entre los avances del proceso de descentralización, las necesidades de implementación del Aseguramiento Universal en Salud y el contenido de esta ley particularmente en cuanto se refiere a que sus acuerdos no tienen la carácter vinculante para los integrantes del Sistema de Salud. Varios de los cuales, además, no tienen mayor representatividad ni capacidad de decisión.^[41] Por los demás, los Consejos Regionales de Salud no mantienen mayor coordinación con el Consejo Nacional y se abocan a sus propias agendas que en mucho reflejan la inestabilidad, inmediatez y escasa capacidad de conducción de las Diresas/Geresas. En suma existe muy poco de “sistema coordinado”.

CAMBIOS EN LA GESTIÓN DEL SECTOR SALUD

Descentralización en salud^[42,43]

En la Ley de Bases de la Descentralización, se identifica a la salud pública como una de las competencias compartidas entre los tres niveles de gobierno y define que las leyes orgánicas correspondientes determinarían las funciones específicas para cada nivel. Es así, que en la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, señala que tienen como función organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que rindan servicios en la región, así como, la de organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud. Asimismo, en la Ley Orgánica de Municipalidades, de mayo de 2003, se definen las funciones exclusivas y compartidas de las municipalidades provinciales y distritales en saneamiento y salud. Finalmente, en la Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales, de julio de 2004, se establece que los Gobiernos regionales o locales que deseen recibir las funciones vía transferencia deberán acreditar que cumplen o cuentan con determinados requisitos.

Sin embargo, al identificarse algunos vacíos en la norma de transferencia de competencias y a iniciativa de los Gobiernos regionales, se inició un proceso de concertación para precisar el contenido y la dinámica de aquellas transferencias. En el curso de este proceso de concertación se definió un total de 125 facultades o funciones específicas a ser transferidas por el Minsa a los Gobiernos regionales.

El sector Salud comenzó en el año 2005 el proceso de transferencia progresiva de esas 125 funciones sectoriales, así como de las responsabilidades y de la administración de los recursos a los Gobiernos regionales. Al terminar el año 2010, el Minsa había concluido con la transferencia de 16 funciones sectoriales, con sus recursos asociados, a 25 Gobiernos regionales. Las transferencias de las funciones sectoriales de salud culminaron o avanzaron en todo el país, a excepción de Lima ciudad, donde los servicios operativos públicos de salud seguían bajo el control del Minsa.

A fines del año 2014, había un consenso en que los resultados del proceso de descentralización en salud, al igual que en todos los sectores y ámbitos, no eran en conjunto satisfactorios. Oswaldo Lazo, cuando analiza este proceso en el sector Salud, señala “la descentralización (en el sector Salud) concitó un conjunto de legítimas expectativas en los actores sanitarios y la opinión pública “regional”... Lamentablemente, muchos de estos desafíos ni siquiera fueron abordados, se puso grandes esfuerzos y se agotaron las energías en conseguir los medios –transferencia de competencias, funciones y recursos– y se hizo poco o nada para lograr los fines –democratización, participación y desarrollo–, como se suele decir, se puso la carreta por delante de los caballos.

Posiblemente, el mayor obstáculo para el logro de los fines propuestos fue la misma materia de transferencia. Esto es, el mismo Estado y su sector Salud, según la experiencia internacional, los procesos de descentralización son exitosos cuando forman parte de proceso mayor, el de la reforma del Estado y, en particular, el de la reforma de la salud. Un asunto particularmente importante es la marcada inestabilidad de los cargos de funcionarios, que atenta seriamente contra la institucionalidad de la gestión regional. A la base de esta situación está la ausencia de carrera funcionaria que propicia el abuso de la designación de funcionarios por razones de confianza política o amical, cabe señalar que en el período 2003-2006 por lo menos dos Gobiernos regionales contaron con 12 diferentes directores regionales de salud. Adicionalmente, otros factores atentaron contra el logro de los fines antes mencionados, entre los más importantes:

- Ausencia de una real descentralización fiscal que mantiene a los gobiernos subnacionales sujetos a las decisiones económicas muchas veces arbitrarias del gobierno nacional, principalmente el MEF.
- La incursión del MEF como organismos “superplanificador” del desarrollo social –obviamente de salud– mediante la creación de los denominados “programas estratégicos” administrados por la estrategia de Presupuesto por Resultados (PpR), donde a los sectores –salud y educación– les cabe el mero rol de operadores. Esta modalidad de acción evade la reforma institucional de sector y fortalece la presencia del MEF como instancia planificadora a contrapelo de la necesidad de fortalecer a un órgano central de planificación del desarrollo (Lazo O, 2012, pp: 66-83).

Redes de Salud

El fortalecimiento del primer nivel de atención de salud encontró legitimidad en el país por su importancia para brindar atención integral, integrada y continua. En el entendido que su funcionamiento adecuado, unido a un relacionamiento armónico con los otros niveles, le permitiría resolver a nivel local un elevado porcentaje de problemas de salud, mediante la selección y la derivación de los casos que requieren hacia el siguiente nivel de atención. Para esto era condición indispensable mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud del primer nivel de atención, así como efectuar cambios en el modelo de atención, gestión y financiamiento de la atención.

Con la finalidad de iniciar ese fortalecimiento, el Minsa estableció, a través de dos resoluciones ministeriales, las normas para la conformación y la delimitación de las redes y microrredes de salud. En ellas, se define a la microrred como el conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. Los distintos procesos de gestión se centralizan en la microrred alrededor de su centro de salud, que actúa como su eje. La agregación de microrredes conformará una red

de salud de salud.^[14] Resta realizar un análisis detallado del proceso de conformación de estas redes sanitarias, análisis que debiese comenzar por superar la confusión conceptual existente en el uso de este término.

Con frecuencia se viene equiparando una Red de Atención de Salud con un ámbito desconcentrado de gestión sanitaria, de los cuales tenemos múltiples ejemplos con diferentes denominaciones (Unidad de Salud, Área de Salud, etc.); otros asimilan las redes de atención con los denominados espacios de desarrollo sociosanitario, como en su momento pretendieron serlo los Sistemas Locales de Salud, en tanto “estrategias operativas” de la APS muy difundidas durante la década de 1980 bajo el nombre de Silos o Zonadis. En ambos casos, se obvia que la esencia de una red de atención de salud es la justamente la capacidad de proveer “atención en red”. Es decir, que un conjunto de unidades productoras y establecimientos de salud establezcan los vínculos necesarios y permanentes para garantizar la atención de la salud individual y colectiva de manera eficaz, oportuna y de calidad a toda la población de un ámbito socioespacial. En suma, la red de atención de salud es primariamente prestacional, lo administrativo brinda soporte y acompaña a la atención en red.^[44]

El Ministerio de Salud y los Gobiernos regionales contaban en el año 2011 con 7 447 establecimientos de salud; de ellos, 11 son institutos especializados, 146 son hospitales; 1 331 centros y 5 959 puestos de salud. Estos dos últimos tipos de establecimientos de salud (centros y puestos) representan el 97,89 % de todos esos establecimientos de salud y corresponden al primer nivel de atención.^[45,46]

El Modelo de Atención Integral de Salud

En los dos primeros años del gobierno de Toledo se diseñó un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que pretendía concretar operativamente los postulados de la APS renovada. Este modelo se convertiría en una norma programática básica que delinea y organiza la instrumentación de la atención de los servicios en todos los niveles del sector Salud. El modelo tiene dos ejes, el de las necesidades de salud y el de las prioridades sanitarias.

El eje de las necesidades de salud del MAIS, opera a través de dos tipos de programas: Programas de Atención Integral de Salud por Etapas de Vida (PAIS), y Programas de Atención Integral a la Familia (Pafam), así como del cumplimiento de lineamientos técnicos para la generación de comunidades y entornos saludables. Los PAIS norman los procesos de atención y cuidado de la salud de las personas y se dirigen a grupos específicos (niño, adolescente, adulto y adulto mayor) diferenciados. Por su parte, los Pafam norman los procesos de atención y cuidado de la salud de la familia. A su vez, el eje de las prioridades sanitarias del MAIS, opera a través de las Estrategias Sanitarias y Regionales, en tan sentido se organizaron diez estrategias nacionales.^[47] A su vez, el eje de las prioridades sanitarias del MAIS, opera a través de las Estrategias Sanitarias y Regionales.

Hasta el año 2011, se había avanzado en el proceso de implementación del MAIS, a través de la conformación de las redes y microrredes de salud del Minsa, así como del desarrollo de las formas de atención extramural y de las modalidades de oferta móvil para poblaciones dispersas (equipos o brigadas itinerantes de atención integral). Pese a los esfuerzos iniciales por implementar el MAIS la persistencia en el país de brechas sanitarias considerables ponían en evidencia otras eran las causas de los grandes déficits de atención, entre otras, a la inequidad en el acceso a los servicios de salud, debido a razones geográficas, económicas, culturales, administrativas, y de género. Estas observaciones provocaron cambios en la propuesta que dieron origen al Documento Técnico “Modelo de Atención Integral de la Salud Basado en Familia y Comunidad”^[47]

Asociaciones público-privadas

En 2008, se aprobó la Ley Marco de Asociaciones Público-Privadas (APP), bajo el objetivo de establecer los principios, los procesos y las atribuciones del sector público para la evaluación, la implementación y la operación de infraestructura pública o la prestación de servicios públicos, con participación del sector privado, así como establecer el marco general aplicable a las iniciativas privadas.^[48]

El 26 de noviembre de 2013, la ministra de Salud y funcionarios de Proinversión presentaron a representantes de más de 400 empresas, una cartera de inversiones en hospitales públicos, como parte de la reforma del sector Salud. En aquella ocasión, la ministra expuso un paquete de proyectos hasta en nueve hospitales de Lima con una inversión total superior a los 7 500 millones de soles (unos 2 770 millones dólares). Además, desde el año anterior se había iniciado una ofensiva estatal para promover la introducción de capitales privados y sus lógicas mercantilizantes al subsistema público en salud, mediante la utilización de las convocatorias de las APP, la entrega de concesiones hospitalarias vía el Programa Obra por Impuestos y los contratos con clínicas privadas. Se trataba de tanto la mercantilización tanto del financiamiento como de la provisión de servicios. Para esto, impulsaba la introducción de estos capitales a este subsistema, así como el traslado de fondos públicos a las empresas privadas de salud, aunque de manera desregulada y poco transparente.^[49] No obstante esa ofensiva y, en 2015, la aprobación de una nueva Ley Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante APP y Proyectos en Activos, aquellas iniciativas de inversión solo tendrían tímidos avances en los siguientes años.

CAMBIOS EN EL GASTO EN SALUD

Según datos procedentes de las Cuentas Nacionales de Salud: 1995-2012,^[50] en este período el gasto nacional en servicios de salud, denominado Gasto Nacional en Salud, creció en 126,8 % en valores reales (actualización en soles de 2007), lo que expresado en términos per cápita pasó de 435,5 a 784,0 nuevos soles, con las siguientes características:

- **UNA ASOCIACIÓN POSITIVA ENTRE EL GASTO EN SALUD Y EL PBI.** Esta se aprecia incluso a través de dos tendencias en sus tasas de crecimiento promedio anual real: 0,5 % (1995-2004) y 10,3 % (2005-2012). El contexto del crecimiento económico del país explica, en gran medida, el incremento del gasto en salud debido a la mayor recaudación y el aumento de la demanda privada.
- **UNA MAYOR PROPENSIÓN MEDIA AL GASTO EN SALUD EN RELACIÓN AL PBI.** La importancia relativa del gasto en salud en el PBI se incrementó durante el período 1995-2012 del 4,4 % al 5,2 %, el mayor aumento fue a partir del año 2009, estimulado por un mayor incremento del gasto público lo que sugiere una mayor prioridad del sector Salud, además de un contexto de mayor crecimiento del PBI. No obstante, cuando se compara este índice con el promedio latinoamericano –del 7,6 % para el año 2012– el gasto efectuado por el Perú es aún insatisfactorio.
- La composición del gasto público-privado respecto del PBI. Mostró un mayor crecimiento del gasto público del 2,3 % al 2,8 %. El gasto que se efectúa en establecimientos privados se hizo a un menor ritmo, del 2,0 % al 2,3 % del PBI, en el período 1995-2012.

8.5. Aseguramiento universal en salud: discurso, actores y proceso

EL DISCURSO

Desde el inicio del siglo XXI, en el discurso de las autoridades políticas nacionales la primacía del concepto de “aseguramiento en salud” se sustentó en la conjugación de los postulados clásicos del derecho a la seguridad social, con los principios éticos que justifican esencialmente el derecho humano a la salud, y había logrado concretarse con la creación de sistemas de seguridad social en algunos países latinoamericanos como Costa Rica y Uruguay.

Es así, que la doctrina del derecho a la seguridad social aporta a esa sustentación los postulados de su exigibilidad, frente al Estado, del otorgamiento de prestaciones integrales e idóneas que satisfagan necesidades ineludibles para el desarrollo de una vida digna; el de la solidaridad social, entendida esta como la redistribución justa de los ingresos sociales, de los ricos a los pobres, de las generaciones activas a las pasivas, de las actuales a las pasadas; y el de la universalidad subjetiva y objetiva, para todos los sujetos y todas las prestaciones, respectivamente. Mientras que, por su parte, la doctrina del derecho a la salud aporta los principios de la disponibilidad suficiente de recursos de salud; de la accesibilidad a los servicios disponibles; de la aceptabilidad de dichos servicios por los beneficiarios, en ejercicio de su autonomía; y el de calidad, por el cual los servicios de salud deben estar sujetos a estándares básicos y, si es del caso, el del desarrollo de condiciones especiales en cuanto a sexo, ciclo de vida, situación de discapacidad o diversidad cultural.^[51-53]

Sin embargo, la vigencia efectiva en el país de esos postulados y principios se estaba debilitando o relativizando en las últimas décadas, al igual que en todo el mundo. Al respecto, Carmelo Mesa-Lago,^[54] experto internacional en el tema hace el siguiente comentario:

“Los cambios económicos, sociales y demográficos ocurridos en los últimos dos decenios del siglo XX, así como la acción influyente en la seguridad social de los organismos financieros internacionales y regionales (Banco Mundial, FMI, BID) y el proceso de globalización, han gestado un nuevo paradigma de la seguridad social, auspiciado reformas estructurales que se desvían de varios de sus principios convencionales e introducido nuevos principios”.

Asimismo, informa que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) acordó, en la Conferencia de 2001, una resolución tripartita sobre seguridad social, en la cual se afirma que: la seguridad social “continúa basándose en sus principios fundamentales pero respondiendo a los nuevos retos”; por lo que “no existe un modelo idóneo único de seguridad social”, y que, por ende, “cada sociedad debe elegir cual es la mejor forma de garantizar la seguridad del ingreso y el acceso a la atención de salud”, aunque “todos los sistemas deberían ajustarse a ciertos principios básicos” (Carmelo Mesa-Lago, 2005).

En estas circunstancias se produce una modificación conceptual sustantiva que transita desde los sistema de salud basados en la seguridad social vigentes en muchos país del primer mundo y aun en América Latina, hacia un enfoque integral y adecuadamente estructurado de mercantilización del sistema de salud, tal como su denominación lo señala: modelo de pluralismo estructurado; diseñado y promovido por Juan L. Londoño y Julio Frenk.^[55] Esta propuesta, en apelación a la búsqueda de mayor eficacia y, sobre todo, eficiencia del sistema de salud, inserta la lógica de “cuasi mercado” en los segmentos e instituciones del sistema de salud. Esto crea unidades de compra y unidades de venta de servicios y bienes sanitarios, a fin de facilitar la incorporación de la empresa privada sobre todo en la provisión de servicios. A su vez, la propuesta incorpora la creación de organismos de regulación de los procesos de financiamiento y prestación con carácter de superintendencia, sobre cuya eficacia surgen controversias. La primera concreción de este diseño se produjo en Reforma Sanitaria de Colombia, mediante la conocida Ley N.º 100, de 1993.^[56] En suma, este modelo de sistema de salud profundiza el proceso de mercantilización del sistema de salud, a la par que perpetúa y consolida sus males fundamentales del sistema cuales son: inequidad y exclusión, que se plasman en la segmentación excluyente del sistema.

La idea política de avanzar en el país hacia el aseguramiento universal en salud comenzó a socializarse a partir de 2001, en el documento Por un país saludable. Propuesta de Políticas para la Salud, publicado por el Minsa. Luego, debido a la activa promoción de proyectos financiados por la cooperación internacional, este pensamiento político alcanzó difusión en algunas esferas académicas y en la sociedad civil y se expresó formalmente en el Acuerdo Nacional de Gobernabilidad suscrito por representantes de las organizaciones políticas, religiosas, de la sociedad civil y del Gobierno. Posteriormente, la idea se precisó

en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud (2005) y en el Plan Nacional Concertado de Salud del Ministerio de Salud (2007). Para implementar estos acuerdos, a principios de 2008 se constituyó la Comisión Multisectorial que elaboró un proyecto que se convirtió en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, del año 2009.

LOS ACTORES Y EL PROCESO

En marzo de 2001, se conforma una Comisión Técnica adscrita al sector Economía y Finanzas, encargada de: 1) elaborar un plan conjunto de inversiones entre el Minsa, Essalud y las Fuerzas Armadas y Policiales para el período 2001-2006; 2) formular las bases técnicas para el intercambio de servicios de salud y otras asociadas; 3) la racionalización del gasto corriente de estas instituciones; y, 4) diseñar la estrategia de separación de funciones de prestación, financiamiento, regulación y supervisión en salud. En el Informe de la Comisión, conformada con representantes de esas entidades públicas, se señalaron lineamientos y recomendaciones sustentados en los argumentos promovidos por el Banco Mundial desde la década de 1980.^[57]

Luego, en julio de 2001, el Minsa publicó el documento Por un país saludable. Propuesta de Políticas para la Salud,^[58] donde se enfatiza en la necesidad de “vitalizar el derecho a la salud como un derecho ciudadano, para asumir la salud como eje del desarrollo ciudadano...”. Se plantea, un proyecto de transformación sectorial:

“cuya visión-objetivo es la seguridad universal en salud para todos... Para construir esa visión se propone un modelo sectorial cuyo eje repose en un Seguro Público de Salud Integrado y Descentralizado, para que toda la población cuente con un Plan Garantizado de Salud”.

A pesar de este énfasis, los responsables de este documento tuvieron especial cuidado en remarcar que:

“la articulación de un Fondo Financiero no significará una mezcla de los fondos provenientes del Tesoro y de los aportantes al Seguro Social, que continuarán contando con los servicios y pisos de atención superiores al plan básico. La política de prestación social, pública-privada, dará una importante oportunidad al subsector privado de salud de promover su participación en la prestación, además de la derivada de los seguros privados”.

Recomendaban, además, que “la transición hacia esta integración descentralizada deberá ser considerada un proceso de mediano plazo, desarrollada en forma pausada pero continua, dialogante y concertada” (Ministerio de Salud, 2001).

Este último documento había sido elaborado por un Grupo de Trabajo de Diagnóstico Sectorial, convocado por el Minsa en abril de 2001, y conformado por especialistas provenientes de la administración pública, la academia, la cooperación internacional y las ONG vinculadas con esta última. La mayoría de ellos con una orientación doctrinaria coincidente con la promovida por el Banco Mundial, BID y Usaid. En esta orientación, el Acuerdo Nacional de Gobernabilidad, antes señalado, enunció la Décimo Tercera Política de Estado de la manera siguiente:

“Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social: Nos comprometemos a asegurar las condiciones para el acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables, Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud”.^[8]

Tal como puede apreciarse proponía una forma de acceso universal gratuito, que era incompatible con las propuestas de reforma de la organización y el financiamiento del cuidado de la salud que se hacían hecho un año antes desde el Minsa y el MEF.

Luego, el Minsa publicó un documento: Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-20012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio agosto 2001-julio 2006.^[58] Este documento, en relación al segundo lineamiento, proponía como uno de los objetivos estratégicos 2002-2006: “Se realizará un fortalecimiento del aseguramiento en salud a través del desarrollo del Seguro Integral de Salud con financiamiento público y el mejoramiento de la cobertura y calidad de atención del Seguro Social”. No se menciona al Acuerdo Nacional en esta publicación.

Posteriormente, con ocasión de las elecciones presidenciales del año 2006, distintos actores sociales presentaron en los escenarios políticos y académico sus particulares propuestas sobre la reforma peruana en salud. La principal fue la del Acuerdo de Partidos Políticos en Salud,^[59] que fue el resultado de una iniciativa del proyecto PHR-*Plus Partners for Health Reform* de la Usaid (que luego se convierte en Praes). Iniciativa que tuvo como objetivo el de construir consensos, a través de acuerdos básicos de 16 partidos y agrupaciones políticas que resultaron de reuniones de trabajo entre marzo y diciembre de 2005. Uno de estos acuerdos básicos fue el compromiso para universalizar progresivamente la seguridad social en salud. También se acordó: 1) priorizar en el corto plazo, mediante el mecanismo de presupuesto protegido, el financiamiento fiscal al aseguramiento público para ampliar la cobertura a los pobres y excluidos; 2) ampliar la oferta de seguros de salud para trabajadores independientes e informales como una estrategia para alcanzar la universalización de la seguridad social; 3) constituir una Superintendencia Nacional de Salud que regule y fiscalice el uso de los fondos del Sistema de Salud y garantice el cumplimiento de estándares de calidad del prestador al usuario; 4) definir en el corto plazo, sobre la base de un consenso de prioridades de salud nacionales y regionales, un plan garantizado de beneficios, que incluya promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para los problemas más importantes de salud, que incorpore progresivamente prestaciones sociales.

Dos años después, se aprobó el Plan Nacional Concertad de Salud.^[60] El tercer Lineamiento de Política de Salud 2007-2020 del Plan es el Aseguramiento Universal: “Todos los peruanos tendrán acceso a un seguro de salud, a través del acceso a un plan de salud que garantice para todos un conjunto de prestaciones, independientes del sistema de aseguramiento que elijan”.

Luego de siete meses de aprobado ese Plan, se constituyó la Comisión Multisectorial encargada de proponer los “mecanismos necesarios que permitan consolidar un Sistema Nacional de Salud”. En cumplimiento del encargo, la Comisión recomendó –a través de su Subcomisión de Aseguramiento Universal– la creación de un sistema coordinado de aseguramiento en salud, para el fortalecimiento de la rectoría del Minsa, y el establecimiento de estándares de atención, cobertura, resultados y otros iguales para todas las instituciones. Asimismo, elaboró un Proyecto de Ley de Aseguramiento Universal y un plan de implementación, que incluyó un Plan Esencial de Atención en Salud.^[61]

Por otro lado, durante el segundo trimestre del año 2007, la Comisión de Salud, Familia y Personas con Discapacidad del Congreso de la República había formado una mesa de trabajo multipartidaria con la misión de elaborar el documento que serviría como base para la elaboración de un dictamen sobre el proyecto de Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. El Proyecto Praes de Usaid brindó asistencia técnica y recursos para tal propósito. El dictamen del proyecto de ley fue aprobado en la Comisión de Salud en diciembre de 2008. En la reunión final se propuso la unificación de fondos de aseguramiento y la adscripción de Essalud al Ministerio de Salud, propuestas que no fueron aceptadas por la mayoría.^[62]

Paralelamente a la Comisión Parlamentaria, el mismo mes de diciembre, por iniciativa del ministro de Salud, Oscar Ugarte, el Consejo de Ministros aprobó un proyecto de Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, elaborado por la Comisión Multisectorial anteriormente citada. El proyecto de ley del Ejecutivo fue aprobado por el Congreso de la República tras un amplio debate y promulgada en abril de 2009.^[62] Días después de esa promulgación, en mayo de 2009, se realizó el VIII Congreso Médico Nacional organizado por el Colegio Médico del Perú, uno de los principales acuerdos fue el de solicitar, por razones técnicas y morales, que se detallaran más adelante, la derogación de dicha ley (CMP, 2009, pp. 23, 24).^[63]

LEGALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD

El proceso de legalización del aseguramiento universal de salud en el Perú se efectuó, entre los años 2002 y 2009, dentro del marco normativo general establecido por la Constitución de 1993, la Ley General de Salud, de 1995, y la Ley de Modernización de la Seguridad Social, de 1997.

El Seguro Integral de Salud

En enero de 2002, se promulgó la Ley del Minsa, que en su artículo 6.º formaliza la existencia del Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Descentralizado del Minsa, con personería jurídica de derecho público y autonomía económica y administrativa. Entidad que fusionó los programas de subsidio a la demanda en salud ya existentes: Seguro Escolar Gratuito y Seguro Materno Infantil.

Esa misma ley define al SIS como un organismo que tiene por objeto promover el acceso de las personas, sin ningún tipo de seguro, a las prestaciones individuales de salud, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza. Su misión es administrar los fondos financieros asignados a este tipo de prestaciones de acuerdo con la política del sector. Seis meses después, se aprobó el Reglamento de la Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud, su Estatuto y Reglamento y en agosto de 2002, se promulga la Ley N.º 27812, norma que define las fuentes de financiamiento del SIS.^[64,65]

Luego, entre los años 2002 y 2007, se establecieron numerosas disposiciones legales y administrativas que ampliaron la cobertura del SIS en términos geográficos, etarios y de grupos vulnerables de la población, referidas a las prestaciones ofrecidas, mediante la incorporación, como prioridad, de prestaciones agrupadas en los planes de beneficio. El 17 de marzo de 2007 se oficializó el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) del SIS, que incluye un conjunto integral de atenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación, estructurado con base en la información existente acerca de las principales intervenciones de salud disponibles a nivel nacional. Además, se introduce el concepto de intervenciones priorizadas para los planes de beneficio del SIS y se establecen 23 intervenciones priorizadas, cuyo financiamiento es garantizado por el SIS.^[66]

Igualmente el año 2007, el SIS inició un proceso de reorganización de su estructura y funciones, para adaptarse a la extensión del aseguramiento establecida en aquel Decreto Supremo, que modificó los planes existentes y amplió la cobertura del SIS al conjunto de la población no asegurada, mediante dos componentes: el subsidiado, para la población pobre (quintiles 1 y 2), y el semisub subsidiado para la población con limitada capacidad de pago (quintil 3). Antes, los planes del SIS no se vinculaban con una condición o daño sino más bien a un contexto general de atención (atención ambulatoria, hospitalización, de emergencia o de cuidados intensivos). La modificación introducida permite que tanto el proveedor como el usuario tengan certeza sobre la posibilidad real de que una condición va a ser efectivamente financiada por el SIS, sea mediante el componente subsidiado o semisub subsidiado. Además, en estas intervenciones priorizadas se incluyen las preventivo-promocionales, algo que no había sido considerado en la normatividad anterior.^[66]

Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

En abril de 2009, se promulgó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) orientada a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a prestaciones de carácter integral (preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación), sobre la base de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), aprobado en noviembre de 2009.^[67] En suma, se busca “garantizar” la afiliación a algún seguro de salud, cual fuera su naturaleza, eficacia y calidad. La misma ley crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Sunasa),

encargándole las funciones de registrar, autorizar, supervisar, y regular a las instituciones que administran fondos de aseguramiento en salud (Iafas), así como supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress). Cuatro años después cambia su denominación por la de Superintendencia Nacional de Salud (Susalud). En abril de 2010 se aprobó el Reglamento de la Ley de AUS. Cabe recordar que esta política que modificó sustancialmente el sistema de salud fue impulsada por el médico Oscar Ugarte, quien previamente a ser ministro de Salud estuvo vinculado a proyectos de apoyo a la reforma del sector Salud financiados por la Usaid.

En resumen, la Ley Marco de Aseguramiento Universal define como características de este aseguramiento: que este sea obligatorio, progresivo, garantizado, regulado, descentralizado, portable, transparente y sostenible. Además distingue tres regímenes: contributivo, subsidiado y semicontributivo, así como un Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal) para enfermedades de alta complejidad en el régimen de subsidio. Las prestaciones de salud brindadas por las Ipress, tanto públicas como privadas (EPS), deberán adecuarse en forma progresiva al nuevo plan de salud denominado PEAS que establece las condiciones mínimas asegurables en los paquetes básicos de salud que deben brindar las Iafas.^[62,67]

El PEAS consiste en una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que, como cobertura mínima, son financiadas a todos los asegurados por las administradoras de fondos de aseguramiento en salud. El PEAS fue diseñado a partir de un estudio de carga de enfermedades, que tomó en cuenta las consideraciones económicas para identificar diagnósticos que deberían incluirse (Banco Mundial, 2011; Usaid, 2011b).^[62,66]

Cabe precisar que el SIS constituye una Iafas, que presta los servicios de recepción, captación y gestión de fondos para la cobertura de las atenciones de salud y oferta de cobertura de riesgos a personas que se encuentren en condición de pobreza o vulnerabilidad o que no pueden acceder a otro seguro de salud. En julio de 2012 se aprobó la Ley de Financiamiento de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal de Salud, que creó el Fissal, encargado de financiar las enfermedades de alto costo y enfermedades raras o huérfanas.

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ: UN ACTOR RELEVANTE

En su comunicado público del 2 de diciembre de 2000, titulado “Propuesta de una agenda para la transición en el sector Salud”, el Consejo Nacional del CMP, solicitaba:

“Evaluar el proceso de Reforma en Salud y Modernización de la Seguridad Social en Salud. Revisar su legislación particularmente la Ley General de Salud, la de Modernización de la Seguridad Social (26790), la de creación de EsSalud (27056) y el Decreto de Urgencia 067/98 cuya derogatoria hemos solicitado en forma fundada y reiterada. Se propone la formulación de las bases para una auténtica reforma en Salud y Seguridad Social”. (Comunicado del Consejo Nacional del CMP, 2 diciembre de 2000)

El VI Congreso Médico Nacional del CMP realizado en 2001, hizo un balance de los resultados de las políticas fujimoristas de reforma en salud e hizo suya la propuesta de Lineamientos de Política de Salud 2001-2006 formulada por el Comité de Salud Pública del Consejo Nacional del CMP. En el curso del debate, la orden médica reiteró que la reforma social en salud debe concebir a “la salud como derecho de las personas y como proceso de desarrollo de ciudadanía y no como una mercancía que se adquiere en los mercados de la salud de los que los pobres son excluidos”.

Dos años después, en 2003, se efectuó el VII Congreso Médico Nacional, en el se ratificaron los lineamientos de política aprobados en el VI Congreso. Es importante precisar que el organismo representativo de la comunidad médica peruana se inclinaba por una reforma sanitaria cuya meta fuese “la Seguridad Social Solidaria y Universal” según declaraciones de su decano.

Posteriormente, en mayo de 2009, se realizó el VIII Congreso Médico Nacional, evento en el cual se arribó a los siguientes acuerdos en el área de la salud pública:

- *“Articular salud y desarrollo humano y social, orientando una vigorosa acción del Estado para modificar sustantivamente los determinantes sociales de la salud..., para hacer realidad el derecho a la salud, que como tal debe ser consagrado en el texto de una Nueva Constitución que, alejándose del modelo neoliberal, recoja las legítimas aspiraciones de nuestra población y haga posible el logro del bienestar individual y colectivo”.*
- *“Construcción de un Plan Nacional Concertado en Salud sobre la base de la XIII Política del Acuerdo Nacional que haga realidad el acceso universal a los servicios de salud y al seguro social, devolviendo al Minsa su rol rector en la conducción de dicha política de salud”.*
- *“Promover la construcción de un Sistema Nacional de Salud descentralizado, participativo y financiado, que articule todos los recursos orientados a garantizar el derecho a la salud con atención de calidad y segura a toda la población”.*
- *“Derogar la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud recientemente promulgada... porque debilita aún más la rectoría del Minsa, profundiza la segmentación, no es sostenible financieramente y su cobertura es mínima, Promulgar una nueva ley para emprender una real reforma financiera del sector salud, que se concrete en un efectivo aseguramiento universal en salud como parte de una política integral de protección social basado en derechos...”. (CMP, 2009, pp. 23, 24)*

Adicionalmente, en junio de 2011, el Comité Ejecutivo del CMP emitió un Pronunciamiento público titulado “El Colegio Médico del Perú frente a los desafíos de salud para el próximo período gubernamental”, de los que cabe resaltar:

“2. Esta situación (insatisfactoria) exige la puesta en marcha de una reforma sanitaria sustantiva que aborde de manera central la histórica segmentación, fragmentación y burocratización de nuestro sistema de salud... Cabe señalar que las diferentes medidas implementadas desde hace más de una década... no constituyen soluciones que vayan al fondo del problema y que por el contrario..., perpetúan la segmentación del sistema”.

“7. El Colegio Médico del Perú, en representación de la Orden Médica, invoca a los gobernantes que próximamente conducirán los destinos del país, a asumir estos desafíos... Creemos que la apuesta por las personas, el desarrollo humano y sostenible del país, así lo exigen”.
(Pronunciamiento del CMP, 4 de junio 2011)

ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD AL FINAL DEL PERÍODO

Cobertura del aseguramiento de la población

Al terminar el año 2014, según información de Susalud,^[67,69] la población nacional cubierta por algún tipo de seguro de salud alcanzó al 69,0 % del total, con una tendencia creciente desde 2004. En este período la cobertura se incrementó 32 puntos porcentuales. El aumento de la cobertura observado se explica, principalmente, por la mayor proporción de personas aseguradas en el SIS (del 14,9 %, en 2004, al 39,0 %, en 2014) Por otra parte, la cobertura de Essalud también creció, aunque lo hizo en menor medida (del 17,3 %, en 2004, al 24,6 %, en 2014). A nivel nacional y en el año 2014 la afiliación alcanzó, entonces, a una cobertura del 39,0 % para el SIS, del 24,6 % para Essalud y del 5,4 % para las EPS y otros seguros.^[67,68]

Según la condición de pobreza monetaria, la población considerada como “pobre extrema” es el grupo con mayor grado de afiliación a un seguro social al final de 2014, el 80,5 % tiene un seguro de salud; seguida de la población de “pobres no extremos”, donde el 74 % cuenta con un seguro; mientras que en la población “no pobre”, el 67,0 % tiene un seguro de salud. Asimismo, se observa que la población pobre y extremadamente pobre está afiliada en mayor porcentaje al SIS, en tanto que los no pobres están afiliados en mayor porcentaje a Essalud. A través de los años se aprecia un mayor incremento de la cobertura del aseguramiento en la población en extrema pobreza: de solo el 29,4 % en 2004 pasó al 80,5 % en 2014. Del mismo modo, en los pobres no extremos el crecimiento de la cobertura ha sido importante, pasó de un 29,9 %, en el año 2004, al 67,0 %, en 2014.^[68]

Situación del Régimen no contributivo a cargo del SIS

El SIS se financia con recursos ordinarios provenientes del Tesoro Público, recursos directamente recaudados generados de la operatividad del SIS, donaciones y contribuciones no reembolsables de gobiernos, organismos de cooperación internacional, así como aportes provenientes de personas naturales, entidades públicas o privadas y los recursos que le transfiera el Fondo Intangible Solidario. El SIS transfiere recursos financieros a las Unidades Ejecutoras y estas a sus establecimientos adscritos, para cubrir los costos variables de las prestaciones sanitarias (medicamentos, procedimientos e insumos y por excepción contratación de personal para atenciones específicas consideradas en las normas presupuestales), mas no financia los costos fijos que son los de mayor envergadura y que discurren vía el tradicional presupuesto público para cubrir los gastos de personal, e inversiones en infraestructura y equipamiento y demás. El financiamiento del SIS es

realmente exiguo, en términos porcentuales ha fluctuado entre el 8 % y el 12 % del gasto que demanda la producción del servicio.

Con relación a los logros y limitaciones del SIS en los primeros años de sus actividades, es ilustrativo leer un comentario que al respecto se hace, en un documento oficial del Minsa:^[69]

“Pese al rol que ha jugado el SIS para reducir la barrera de acceso económico a los servicios de salud de las poblaciones de menores recursos, este es aún insuficiente, ya que esta institución enfrenta restricciones presupuestales y su financiamiento está limitado a grupos específicos. Asimismo no se han desarrollado eficientemente los mecanismos de focalización y no hay difusión de sus beneficios en la población marginal. Como consecuencia de ello, solo el 30 % de la población en situación de pobreza se encuentra asegurada”. (Minsa, 2007)

Posteriormente, entre los años 2006 y 2011, se promulgaron normas complementarias que posibilitaron su formalización. A través de medidas extraordinarias se dispuso la reestructuración del SIS y algunos mecanismos para incrementar la cobertura de aseguramiento a través de algunos programas pilotos en algunas localidades y el uso del Sistema de Focalización de Hogares (SISFHO) para la selección de beneficiarios. Se flexibilizó la rígida política de focalización, de manera de incluir a toda la población pobre y en pobreza extrema, junto con otros ciudadanos que no tuvieran cobertura de salud. Como resultado de estas nuevas medidas y mecanismos, la cobertura del SIS se duplicó entre los años 2006 y 2011: pasó de valores cercanos al 15,0 %, en el período 2004-2006, al 37,8 % de la población nacional, en el año 2011. La gran mayoría de estos asegurados pertenecen al régimen subsidiado. Por otro lado, el 56,1 % de los afiliados vive en zonas rurales; así como el 54,6 % de los afiliados son mujeres y la mitad de ellas se encuentra en edad fértil. De hecho, la cobertura del SIS en el área rural pasó de un 24,7 %, en 2004, al 75,9 %, en 2011, mientras que en el área urbana la cobertura del SIS pasó del 12,6 % al 30,5 %, en idéntico período. Además, en el año 2011 aumentó, en relación con el año 2010, la proporción de asegurados bajo el nuevo esquema de aseguramiento universal (PEAS-Régimen Ley N.º 29344).^[69]

Finalmente, según información de la Susalud, basada en la base de datos de Enaho, la población asegurada al SIS alcanzó, en el año 2014, al 39,0 % de la población nacional. En este mismo año, la proporción de la población afiliada al SIS, según nivel de pobreza, alcanzó las siguientes cifras: 79,5 % de la población de pobres extremos, 64,5 % de la de pobres no extremos y 30,7 % de la de no pobres.^[69]

Situación del régimen contributivo a cargo de Essalud

El número de afiliados a Essalud registró una tendencia creciente en los últimos años. La cantidad de asegurados pasó de 5,9 millones, a mediados de 2006, a 9,2 millones, a principios de 2012, lo que implica un crecimiento del 56,2 %. Además, del total de los afiliados, un 55,0 % son titulares y un 45,0 %, derechohabientes. Por otra parte, se manifiesta

que la población afiliada se concentra, sobre todo, en redes asistenciales ubicadas en las localidades más pobladas del país. De acuerdo a información oficial de Essalud, la cobertura de asegurados pasó del 17,4 %, en 2004, al 22,6 %, en 2011. Este incremento solo se observa en el área urbana, que entre 2004 y 2011 pasó de 22,2 % a 27,2 %; mientras que en el área rural pasó, apenas, del 4,7 % al 5,1 %.^[70,71]

Sin embargo, esas tendencias y cifras no se habían superado los problemas de embalse en los servicios de salud derivados tanto del desfase creciente entre la demanda y la oferta de los mismos, como de la ineficiencia y de la falta de confianza de los asegurados sobre la institución. Por tales razones, Essalud fue declarado en reorganización en septiembre de 2012, con el fin de mejorar la gestión institucional y garantizar la efectiva prestación de los servicios que se brinda a los asegurados y la intangibilidad de sus recursos. Para lo cual se constituyó una comisión integrada por representantes el Minsa y del Ministerio de Trabajo, cuyo producto final, luego de identificar la problemática institucional, fue la presentación de un documento con recomendaciones destinadas a superar los problemas de desfase entre la oferta y demanda de servicios nivel estratégico, táctico y operativo.^[70,71]

Después de dos años de esa reorganización, según información de la Susalud, basada en la base de datos de la Enaho, la población asegurada a Essalud alcanza, en el año 2014, al 24,6 % de la población nacional. En este mismo año, la proporción de la población afiliada a Essalud, según nivel de pobreza, alcanzó las siguientes cifras: 0,9 % de la población de pobres extremos, 9,0 % de la de pobres no extremos y 29,5 % de la de no pobres.^[68]

La calificación de los usuarios sobre la calidad de la prestación del servicio es uno de los principales problemas de Essalud. De acuerdo con un estudio hecho por Ciudadanos al Día, publicado en 2013, la mitad de los usuarios (50 %) está poco o nada satisfecho con el servicio. Uno de cada tres asegurados (27 %) declaró sentirse poco o nada satisfecho con la atención de su médico en los hospitales; por factores relacionados tanto al médico (su actitud, el tiempo de atención, la falta de explicación de la receta) como a los medicamentos (entrega, efectividad). De acuerdo al INEI, los principales problemas que enfrenta la entidad son la demora en la atención (43,9 % de encuestados), el maltrato en la atención (34,4 %), la falta de medicamentos (18,1 %) y el incumplimiento en la programación de citas, cirugías y otros (14,6 %). Uno de cada tres asegurados (27 %) declaró sentirse poco o nada satisfecho con la atención de su médico en los hospitales de Essalud. Esta situación se explica por factores relacionados tanto al médico (su actitud, el tiempo de atención, la falta de explicación de la receta) como a los medicamentos (entrega, efectividad).^[72]

Situación del régimen contributivo a cargo de las EPS y otros seguros

En diciembre del año 2014, el total de los afiliados a otros seguros sumaban, de acuerdo con datos de la Susalud, al 5,6 % de la población nacional y al 6,9 % de la población no pobre. Ese total porcentual nacional se distribuía en tres componentes: 1,8 % en únicamente seguros privados (seguros particulares, universitarios, escolar, otros seguros); 1,8 % en únicamente

seguro de Sanidades; y, 2,0 % con dos o más seguros. Las EPS autorizadas para operar son cuatro: Pacífico S.A., Rímac Internacional S.A., Mapfre Perú S.A. y La Positiva Sanitas S.A. Sobre la afiliación al sistema de EPS contaban, en conjunto, con 1,96 millones de afiliados. Una cifra que se compone de 1 126 868 afiliados al SCTR; 776 726 afiliados regulares (con una relación asegurado/titular de 2,15); y, 55 682 afiliados potestativos. Con relación a diciembre de 2003 mostraban un 3,5 % en el crecimiento global de sus afiliados.^[68]

ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD: POSICIÓN DE LOS ACTORES

En la publicación Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2005^[50] se hacen –a partir de los resultados del procesamiento de datos de la Enaho– las siguientes apreciaciones sobre el aseguramiento y la utilización de servicios de salud durante el subperíodo 2002-2012.

- El porcentaje de la población asegurada entre los años 2002 y 2012 subió del 40,5 % al 61,8 %, principalmente, por el crecimiento en la afiliación al SIS (31,4 % de la población nacional, lo que equivale de 9,7 millones de personas para el año 2012) destinado mayoritariamente a la población en condición de pobreza. A pesar de que el SIS tiene un peso relativamente bajo en el total del financiamiento público del Minsa y de los Gobiernos regionales se incrementó del 12,6 % (2002) al 17,0 % (2012).
- Sin embargo, el aseguramiento en salud no garantizó el acceso de los afiliados a los prestadores adscritos a su respectivo seguro. Es así que entre los años 2004 y 2012: 1) el porcentaje de afiliados al SIS que fue atendido en establecimientos del Minsa y de las Regiones disminuyó del 56,0 % al 37,4 %; 2) los afiliados a Essalud que acudieron a sus establecimientos disminuyeron del 38,7 % al 28,0 %; 3) en los asegurados las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional se registró una tendencia similar, pues bajó del 41,7 % al 27,8 %. En todos los casos anteriores la consulta de farmacia aumentó considerablemente. Solo en quienes contaron con seguro privado, se registró una tendencia al aumento en las consultas a sus prestadores.
- Pese al aumento en el financiamiento público la principal restricción que enfrenta la oferta pública Minsa-Regiones y Essalud ha sido la limitada concordancia entre el gasto operativo para incrementar la cobertura y la baja disponibilidad de recursos humanos especializados, así como de la infraestructura física correspondiente, por lo que parte de esta no se encontraba en funcionamiento.

A su vez el Informe Anual julio 2012-julio 2013 del Seguro Integral de Salud (SIS)^[73] hace el siguiente comentario sobre la situación del sistema nacional de salud:

“...Hay que reconocerlo, el nuestro es hoy un sistema segmentado, con redes fragmentadas, no coordinado y que ha llevado a que exista mucha inequidad en salud, que no sea eficiente y eficaz, que no sea aceptable por la población, que no sea oportuno y que no sea seguro... Para revertir esta situación necesitamos trabajar en varios aspectos que figuran en los lineamientos de la reforma en salud. El primero de ellos está dirigido a incrementar el financiamiento para

extender los servicios y la cobertura... en los últimos años se ha mejorado significativamente el financiamiento de la salud, especialmente del SIS, institución que el año 2011 recibió un presupuesto de 540 millones de soles, mientras que para el 2012 se incrementó a 560 millones y en el 2013 pasó a 1,000 millones de soles... Estas cifras indican que el Estado está haciendo esfuerzos, que podrían aún no ser suficientes, pero apuntan en la línea correcta... Asimismo, trabajamos en fortalecer al Fondo Intangible Solidario en Salud como financiador de segundo piso con miras a cubrir enfermedades de alto costo... No obstante, tenemos problemas como el reconocimiento y aceptación del derecho a la salud, lo que motiva que cuando nuestros asegurados llegan a un establecimiento de salud se les niega determinadas coberturas financiadas por el SIS". (SIS, 2013, pp. 9-11)

Además, en ese mismo Informe Anual se afirma que:

"A los retos propios del proceso de aseguramiento universal en salud... se suman otros desafíos que el Seguro Integral de Salud ya viene asumiendo. Entre estos nuevos retos que se imponen, figuran el desarrollo de un estudio actuarial para establecer el monto per cápita que debe ser financiado por el Ministerio de Economía y Finanzas, y el desarrollo de convenios con los establecimientos de salud públicos con incentivos que garanticen una atención con equidad, inclusión calidad y oportunidad para todos los asegurados. También, desarrollar el sistema de quejas y reclamos a nivel nacional y su coordinación con el Minsa y la Sunasa para la implementación de mecanismos de regulación, supervisión y control a los establecimientos de salud (Ipress) responsables de la atención, a fin de que garanticen una adecuada calidad de las prestaciones a los asegurados. Otro desafío ya vigente es seguir extendiendo la modalidad del 'pago capitado', la depuración de afiliados a fin de evitar las filtraciones de personas que no califican como beneficiarios del SIS y la revisión del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)".^[73]

En opinión oficial de las autoridades de la salud, al final del año 2014 el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) es una realidad jurídica y se está avanzando en su proceso de implementación para convertirla en una realidad económica, financiera y social. En este sentido, señalan que el avance más notorio es el significativo aumento de la cobertura formal de población asegurada. A los seis años de haberse promulgado la Ley Marco del AUS, el número de asegurados aumentó en 15 puntos porcentuales. El SIS fue el motor de este incremento, resultado que evidencia el rol estratégico que tiene el sector público en este logro.^[73]

A través de esos seis años se aprecia un mayor incremento de la cobertura del aseguramiento en los pobres no extremos, de solo el 32,4 %, en 2008, pasó al 80,5 %, en 2014, con un aumento de 48 puntos porcentuales. Del mismo modo, en los pobres extremos el crecimiento de la cobertura ha sido importante, pasó del 64,7% %, en el año 2008, al 80,5 %, en 2014, con un incremento de 16 puntos porcentuales. Por otro lado, el incremento de este índice en los no pobres fue algo menor, subió del 52,8 %, en el año 2008, al 67,0 %, en 2014, con un aumento de 14 puntos porcentuales.

Sin embargo, y a pesar del incremento en el presupuesto público destinado a la Salud y al aseguramiento, ese aumento en el número no ha tenido una correspondencia financiera. El

desequilibrio entre la afiliación y su financiamiento pone en peligro el AUS, ya que provoca una disminución en el subsidio por afiliado. Por otro lado, si bien este aumento de cobertura ha traído un incremento en el presupuesto y la inversión pública, la infraestructura, equipamiento y personal de salud es insuficiente para cubrir a cabalidad con el PAES en diversas regiones de salud. Aún no se cuenta con la capacidad instalada para ofrecer todos los servicios previstos en los PAES.

Percepción de los usuarios

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que, según los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud^[75] realizada a nivel nacional entre los meses de marzo y mayo del año 2014, el 49,3 % de los encuestados identificaron como principal problema la demora en la atención de salud, el 34,4 % indicó el maltrato en la atención y el 18,1 % la falta de medicamentos en las farmacias de los establecimientos de salud. Otros inconvenientes que tuvieron que afrontar los usuarios fueron el incumplimiento en la programación de citas, cirugías u otros (14,6 %), problemas para su atención como asegurado (12,7 %), médico o personal no acudió a su turno (9,0 %), el seguro no cubre todas las especialidades (3,2 %), entre los principales.

En la misma encuesta y con relación a la consulta externa: el 70,1 % de los usuarios indicaron estar satisfechos con la atención que recibieron en el establecimiento de salud, el 21,5 % refirió no estar ni satisfecho, ni insatisfecho y el 8,3 % estuvo insatisfecho. De las cuatro instituciones que formaron parte de esta investigación estadística, la mayoría de pacientes manifestaron estar satisfechos. Los porcentajes de satisfacción fueron los siguientes: 87,1 %, en los servicios de las Clínicas; 82,7 %, en los de las Fuerzas Armadas y Policiales; 68,2 %, en los de Essalud; y 66,3 %, en los del Minsa. El 60,2 % de los usuarios manifestaron que el tiempo de espera para ser atendidos es muy prolongado; esperan en promedio 81 minutos desde que llegan a los establecimientos de salud. A nivel nacional el promedio de días que los usuarios esperan para obtener una cita para consulta externa es de 17 días. Con relación a la información recibida por el usuario acerca de su enfermedad y tratamiento de parte del personal médico, el 41,4 % de los usuarios refirieron que el médico les explicó sobre su enfermedad o problema de salud. Asimismo, el 77,7 % de los encuestados manifestaron que el médico que los atendió le explicó sobre el tratamiento que recibirá.^[74]

Corrupción en el sistema de salud

Con relación a la existencia de la corrupción en los sistemas de salud ya existían abundantes evidencias, a nivel internacional, sobre sus negativas consecuencias en el acceso, calidad, equidad y efectividad de los servicios de salud. La corrupción en la administración financiera, a través de malversación y fraude de las adquisiciones, afectan severamente los presupuestos públicos. Los sobornos para evitar la regulación gubernamental de drogas y

medicamentos han contribuido al creciente problema de falsificación de medicamentos. A nivel de prestación de servicios, los pagos extraoficiales o innecesarios del usuario pueden constituir una carga importante en los escasos recursos de los hogares: 15 % de los ingresos quincenales per cápita en el caso del Perú (Banco Mundial, 2009). Además, el ausentismo del personal médico a sus labores en el sector público reduce aún más el acceso y la calidad de atención y aumentan las derivaciones a la práctica privada; en el Perú, el 32 % de los médicos y enfermeras encuestadas para un estudio al respecto, clasificó dicho ausentismo como “muy común” o “común”.^[27]

En un trabajo efectuado por el PNUD, publicado el año 2010, sobre la corrupción en el Ministerio de Salud del Perú –basado en una revisión de la bibliografía y en un estudio exploratorio con entrevistas a expertos clave–, se concluye que existen una serie de vulnerabilidades en el área de recursos humanos, en particular el ausentismo de médicos, la derivación de los pacientes a la práctica privada y la “compra” de puestos de trabajo; así como, que las áreas de la adquisición y de la gestión de medicamentos y de activos aparecen como particularmente vulnerables a abusos. También se señala que existen aspectos de la cultura organizacional en el sector que impiden un enfoque más abierto de lucha contra las prácticas corruptas y no éticas: “no solo existe resistencia para abordar problemas de corrupción abiertamente, pero tampoco existe un gran entusiasmo por una mayor énfasis en la ética y la transparencia”. Finalmente, se afirma que: “no existe todavía una conciencia o voluntad para abordar proactivamente los riesgos de corrupción de manera sistemática y priorizada”.^[75]

8.6. La administración pública y el sistema de salud al final del tercer lustro

DEBILIDAD INSTITUCIONAL Y DESCRÉDITO DE LA BUROCRACIA

Los datos publicados en Barómetro de las Américas para el año 2014^[29] corroboraron los comentarios que desde la década anterior hacían los politólogos peruanos sobre el debilitamiento de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, así como sobre el descrédito ciudadano de las instituciones democráticas para resolver los problemas nacionales. Este descrédito refleja la debilidad del Estado para combatir con eficacia los problemas sociales vinculados con el bienestar general y la seguridad integral.

Con relación a la informalidad, la mayoría de ciudadanos cree que hay poca probabilidad de ser sancionado por invadir un terreno desocupado o por robar luz. El promedio del país (en una escala de 0 a 100) para el primer caso se encuentra en 52 y en el segundo en 49. A esto se suma que a 7 de cada 10 peruanos nunca le dan una boleta de venta en la bodega de su barrio. Esto gráfica el bajo nivel de compromiso que tienen los ciudadanos con el pago de tributos, así como la poca exigencia de parte del Estado para aumentar los recursos públicos.

En la misma encuesta, en lo que se refiere a la confianza en las instituciones estatales, en una escala del 0 al 100, las Fuerzas Armadas y el Jurado Nacional de Elecciones son las que gozan de mayor respaldo ciudadano con un promedio de 53 y 47, respectivamente. Todo lo contrario ocurre con el Congreso (27 %) y los partidos políticos (25 %), lo cual se explica por el gran descontento de la población con el accionar de los actores políticos en general.

Por otro lado, la medición correspondiente realizada en 28 países de todas las Américas revela que la tasa de victimización por delincuencia en el caso de Perú asciende a 30 %, y supera a Ecuador (28 %), Argentina (24 %) y Venezuela (24 %). El estudio muestra cómo la inseguridad se ha convertido en el problema más importante de los peruanos con el transcurrir de los últimos años, pasó del 11 %, en 2006, al 47 %, en 2014, y, así, superó a los problemas económicos (28 %).

Finalmente, los resultados de la encuesta también señalan que el debilitamiento de los partidos tradicionales desde el final de la década de 1980 y la fuerte fragmentación existente entre las nuevas organizaciones ha erosionado la confianza ciudadana en los partidos políticos. En ese año, el nivel de identificación partidaria es extremadamente bajo en el Perú: solo el 20 % de los ciudadanos declara identificarse con un partido. Por otro lado, las personas que residen en zonas rurales, así como las que declaran tener mayores dificultades económicas son las más propensas a recibir y aceptar propuestas clientelísticas de los partidos.

Los resultados de dicha encuesta también muestran una actitud ciudadana sobre los servicios públicos que puede parecer paradójica cuando uno considera el bajo nivel de confianza en los aparatos del Estado. Cuando se interroga a los entrevistados acerca de sus percepciones de la calidad de los servicios públicos de la educación y la salud se encuentra una insatisfacción básica. Sin embargo, cuando se pregunta a los mismos si estarían dispuestos a pagar mayores impuestos para incrementar la inversión estatal en la educación y la salud, solo un porcentaje relativamente bajo estaría dispuesto a hacerlo. El reconocimiento ciudadano de la debilidad estructural del Estado es reforzado por la percepción de ineficiencia y la consecuente baja legitimidad que goza el Estado entre los ciudadanos. Asimismo, el apoyo de la ciudadanía a la manera en que el gobierno se desempeña en el manejo de temas de corrupción, seguridad ciudadana y economía es también muy débil.

En síntesis, llama la atención sobre la escasa relación existente entre la percepción negativa que tiene el ciudadano promedio sobre el desempeño estatal y el poco interés o compromiso de este mismo ciudadano en participar en el desarrollo de políticas o financiamientos que puedan responder a sus demandas en este escenario complejo. La demanda por una mayor presencia del Estado no se traduce en una agenda ciudadana respecto a la mejora de servicios concretos ni al fortalecimiento del sector público a través de una recaudación efectiva de impuestos o a la posibilidad de un manejo menos ortodoxo de las finanzas

públicas en atención de las deficiencias en la provisión de servicios públicos básicos. Hasta el punto que el mantenimiento de esta situación puede parecer funcional para un sector significativo de la población, en especial, de aquella que ha avanzado en sus prerrogativas al margen del Estado.

Por su lado, Proética solicitó a Ipsos Perú^[76] la realización de un nuevo estudio cuantitativo para evaluar la opinión pública sobre la corrupción en el país. Para esto, se encuestó a adultos residentes en las principales ciudades del país, en noviembre de 2015. Los principales resultados del nuevo estudio son concordantes con los obtenidos en el año anterior por Barómetro y son presentados a continuación:

- El 45 % de los encuestados considera a la corrupción y las coimas como uno de los principales problemas del país. Es el problema más importante después de la delincuencia y la falta de seguridad. Como problema específico del Estado, el que fue señalado por el 61 % de los encuestados fue la corrupción de funcionarios y autoridades (49% en 2006 y 58 % en 2013).
- Cuatro de cada cinco encuestados percibe que la corrupción ha incrementado en los últimos cinco años. Como problema asociado a la corrupción, dos tercios de los entrevistados destaca la corrupción en el Poder Judicial y el Ministerio Público y un poco más de la mitad remarca la corrupción en el Poder Ejecutivo.
- A nivel del desempeño institucional se tiene una evaluación mayoritariamente negativa de los partidos políticos y del Poder Judicial. En este sentido, el Poder Judicial, el Parlamento y la Policía Nacional son consideradas como las instituciones más corruptas del país.
- Respecto a la lucha contra la corrupción, el 85 % considera que el Gobierno central es poco o nada eficaz y, para la mitad de los participantes, existen acuerdos entre los corruptos y quienes debían sancionarlos. En el caso del poder judicial, su desempeño es calificado como malo (42 %) o muy malo (19%). Asimismo, 82 % indica que el crimen organizado estaría muy infiltrado en la política, sobre todo, a través del financiamiento de las campañas (38 %) y con las conexiones con funcionarios en puestos clave (22 %).
- Cuando la corrupción es considerada a nivel más micro y, cercano a los encuestados, encontramos que existe tolerancia media a las coimas, los sobornos, la “vara”, las “argollas” y el robo de servicios públicos.

SITUACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA

La situación general de la gestión pública en el país se había deteriorado al final del período. Esta percepción era compartida por los funcionarios de la Presidencia del Consejo de Ministros.^[77] Es así, que cuando enjuician la Política Nacional de Modernización de la Gestión incluyen una cita crítica de un politólogo de Harvard sobre esta situación,

para comentar que el “bajo desempeño del Estado” se “refleja en la poca confianza de la población en el Estado y bajos niveles de satisfacción ciudadana”. Los principales párrafos de la cita son los siguientes:^[78]

“Perú tiene uno de los Estados más disfuncionales de América Latina. Muchas instituciones estatales no funcionan y en algunas zonas, ni siquiera existe. En muchas partes del interior, los servicios públicos no llegan, y si llegan, son plagadas por la corrupción y la ineficiencia. Los gobiernos locales y regionales carecen de un mínimo de capacidad administrativa. Y la seguridad y la justicia –funciones básicas del Estado– no son ni mínimamente garantizadas”.
(S. Levitsky, 2012)

Por otra parte, transcurridos diez años de gestión autónoma de los Gobiernos regionales, sus resultados no eran en conjunto satisfactorios; peor aún, para algunos analistas^[79] habían sido un fracaso.

“En la práctica, se está dando un uso abusivo de esta autonomía, que desde las regiones es asumida como una especie de gobierno paralelo al gobierno central y la no aceptación de la autoridad del Congreso sobre las instituciones regionales. Esto, sumado a la debilidad de los sistemas de control, puede ser asumido como una explicación causal del libertinaje y los abusos de poder visibles en varios gobiernos regionales”. (E. Bernales, 2014)

SISTEMA DE SALUD: MERCANTILIZACIÓN, INEQUIDAD Y EXCLUSIÓN

Después de 20 años de la promulgación de la Constitución de 1993, el modelo neoliberal del sistema de cuidado de la salud aún no se había legitimado en el país, a pesar del apoyo explícito y sostenido de cuatro gobiernos neoliberales, de las fuerzas conservadoras nacionales y de las organizaciones financieras y sanitarias de cooperación externa, así como de las oportunidades creadas por el crecimiento económico del país en esos años. Entre las razones de esta falta de legitimidad, están las señaladas anteriormente para el fracaso de los anteriores modelos de cuidado de la salud, a las que se sumaron las derivadas del rechazo, de parte importante de la sociedad civil, a la imposición de medidas de mercantilización, que colisionaban con los principios del derecho a la salud.

En la organización del sistema de salud persistía la segmentación excluyente y la fragmentación institucional con distintos regímenes, fuentes de financiamiento, fondos financieros, compradores, proveedores y usuarios. Estos últimos siempre estratificados en pobres, trabajadores de ingresos medios y personas de altos ingresos. Se trata de un “sistema” organizado por múltiples seguros a los que se afilia la población según sus condiciones socioeconómicas y laborales, cada modalidad de seguro ofrece planes de beneficios bastante diferentes. Cada seguro cuenta con su propia red de prestadores de servicios con capacidad resolutive y calidad de atención marcadamente distintos. Este sistema es formalmente conducido por un Consejo Nacional de Salud inoperante, presidido por un ministro de Salud, casi siempre debilitado, como la autoridad en el ámbito del sector Salud. La principal fuente de financiamiento seguía siendo el “gasto de bolsillo”, que aportaba el

44 % de todo el gasto en salud en el año 2013, mientras que el Estado aportaba el 33 % y Essalud el 23 % (Forsalud, 2014). La mayor parte del mismo destinado a la compra de medicamentos y de servicios de diagnóstico.^[80]

Según datos de la OMS publicados por el Banco Mundial,^[81] el gasto total en salud en el Perú –medido como porcentaje del PBI– fue del 4,5 % en 1995, del 5,1 % en 2012 y del 5,5 % en 2014; con un gasto per cápita de 100 dólares en 1995, de 337 en 2012 y de 359 en 2014. Índices que mostraban que dicho gasto, no obstante su incremento, resultaba totalmente insuficiente para que el sistema de salud pudiera cubrir las necesidades de servicios de salud de los peruanos. Esta última afirmación se sustenta en la comparación de los valores de estos índices con los estimados en el año 2012 para el promedio latinoamericano y, más aún, con los registrados para Costa Rica: para el promedio regional el gasto total fue estimado en el 7,6 % del PBI, con un per cápita de 845 dólares; mientras que para Costa Rica, estos índices fueron de un 10,9 % y de 1 242 dólares, respectivamente (OMS, 2012). Por otro lado, durante este período no se pudo reducir en el Perú la carga económica que tienen los hogares en el financiamiento de la salud, el gasto de bolsillo representa entre el 34 % y el 38 % del total de financiamiento.

Además, en el año 2012 y en el marco de un Convenio Específico OIT-Essalud, un equipo consultor, conformado por cuatro funcionarios de la OIT, realizó un estudio cuyo objetivo principal era evaluar la sostenibilidad financiera de los seguros contributivos administrados por Essalud. Para esta evaluación se desplegó una serie de acciones que tuvieron como resultados un estudio financiero actuarial de Essalud y un informe complementario que analiza el sistema de salud del Perú, su organización y financiamiento. Informe que se publicó el año 2013 con el título de *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*.^[71] En este documento se identifican los principales rasgos que, a criterio del equipo consultor, caracterizan al sistema de salud peruano, así como los desafíos que deberán ser enfrentados si el sistema pretende de mejorar su eficiencia, el impacto distributivo y alcanzar la cobertura universal. Rasgos y desafíos que se resumen a continuación.

Con relación a los rasgos que caracterizan al sistema de salud, se afirma lo siguiente. El gasto en salud, en especial el público, es sumamente reducido, mientras que el gasto de bolsillo es excesivo; una parte importante de este gasto se destina a la compra de medicamentos y servicios de diagnóstico. Los recursos humanos y de infraestructura con que cuenta el sector son insuficientes y dispersos institucionalmente; además, la disponibilidad de recursos presenta grandes brechas regionales. Se presentan importantes restricciones en el acceso a los servicios, por diversas causas de carácter geográfico, económico y cultural. La cobertura de seguros de salud ha aumentado durante la última década, aunque todavía no es satisfactoria; las mayores deficiencias se presentan en los sectores de ingresos

medios. Como rasgo de un país desigual, el sistema ha desarrollado un elevado grado de fragmentación institucional, que actúa como fuente de inequidades e ineficiencias.

El mismo equipo identifica y comenta, a partir del análisis de esas características del sistema, quince desafíos y recomendaciones para alcanzar la cobertura universal, con especial referencia al papel de Essalud: 1) aseguramiento universal; 2) definir con especial cuidado las medidas de transición; 3) reducir los gastos de bolsillo; 4) revisar la política de copagos; 5) mejorar la regulación del sector privado, en especial, del productor de medicamentos y aparatos de alta tecnología; 6) aumentar el financiamiento público para el sector; 7) incrementar los recursos tributarios; 8) mejorar la dotación de recursos humanos en el sector; 9) levantar restricciones en el acceso a los servicios; 10) desarrollar políticas para eliminar las brechas regionales; 11) construir redes de atención; 12) coordinar y, posteriormente, integrar las diferentes partes del sistema; 13) expandir la cobertura de seguros; 14) mejorar el diseño del gobierno del sector y de Essalud en particular; y, 15) aprovechar el bono demográfico.

NUEVAS DISPOSICIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD

Desde el comienzo de la implementación del modelo neoliberal de salud, las organizaciones representativas de la orden médica, de los trabajadores y de la sociedad civil se opusieron a él, en tanto consideraban que terminaba por consagrar la segmentación y fragmentación del sistema de salud, acentuado con esto su carácter inequitativo y excluyente. Varias de estas organizaciones presentaron propuestas de reforma que no fueron consideradas. Las frecuentes huelgas médicas nacionales “en defensa de la vida y la salud” es una expresión de esta oposición.

En enero de 2013, el Gobierno reconoció, mediante Resolución Suprema, la existencia de defectos en la implementación y aplicación de este modelo, por lo tanto, la necesidad de su *aggiornamento* en miras a mejorar su cuestionada legitimidad. Para esto, se encargó al Consejo Nacional de Salud (CNS) presentar las “políticas de la reforma del sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud”, en el marco constitucional y legal que sustenta el Aseguramiento Universal de Salud (AUS).

En cumplimiento de esa norma, el CNS organizó el proceso de formulación de las medidas pertinentes que culminó en cuatro meses. El resultado final fue un documento técnico, aprobado en mayo de 2013 por la mayoría del CNS, que, extrañamente, incluía el voto del decano del Colegio Médico, doctor Juan Villena. Sin embargo, los representantes de la comunidad, entre ellos el de Forosalud y otras instancias representativas de la sociedad y los sectores laborales que históricamente habían bregado por el derecho a la salud, votaron en contra de los lineamientos. En julio del mismo año, el CNS presenta al gobierno y al país el documento El Perú saluda a la vida. Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud.^[82]

En ese documento se señala lo siguiente:

“Existen cuatro retos para avanzar hacia un Sistema de Salud enfocado en la ciudadanía: extender mejoras en el estado de salud a toda la población; instaurar una cultura de prevención y protección de la salud en la sociedad; avanzar hacia un sistema al servicio de la población; y, aliviar la carga financiera”. “...Para cerrar las brechas de infraestructura, de recursos humanos y de gestión el Estado está cifrando sus esperanzas en las Asociaciones Público-Privadas, con las cuales se puede negociar de múltiples maneras”; y, luego, se propone “... diseñar e implementar una estrategia de movilización de recursos que permita ampliar los recursos disponibles para el sector y, a su vez, avanzar hacia una estructura sostenible y progresiva de financiamiento, que según la evidencia internacional corresponde... que al menos el 80 % de los recursos sea canalizado al sistema de salud, bajo financiamiento público o esquemas de aseguramiento basados en la Seguridad Social, y no más de 20 % mediante el financiamiento directo a través del gasto de bolsillo...”.

Finalmente, se proponen 12 lineamientos de reforma, siete de los cuales son de carácter económico-financiero”. En el mismo documento, además, se informa que los funcionarios nacionales, los Comités Nacionales del CNS han contado con el apoyo y la participación de expertos de la OPS, de diversos proyectos de Usaid y de algunas ONG como Prisma y Care, entre otras.

Pocos días después de esa publicación, la Ley N.º 30073, promulgada el 8 de agosto de 2013, delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del Sector por el término de 120 días. Luego, en uso de esta delegación, el Poder Ejecutivo aprobó un paquete de 23 decretos legislativos. Se elaboraron de manera totalmente reservada e inconsulta, por funcionarios del Minsa, con el apoyo evidente del Ministerio de Economía y Finanzas.

El 30 de noviembre de 2013, la VI Conferencia Nacional de Salud, organizada por Forosalud,^[83] aprobó una Declaración Política en la que se expresa el rechazo al proceso de “reforma” en curso. Rechazo que se fundamenta, primero, en que los cambios promovidos por el gobierno y que son impulsados por el Minsa y el Ministerio de Economía y Finanzas no constituyen una reforma. La mayoría de esos cambios son “medidas administrativas de profundización del esquema legal, político y económico que irresponsabiliza progresivamente al Estado de sus obligaciones en salud”; por tal razón, no se incluyen, en el documento presentado por el CNS, “propuestas o normas que abarquen el sistema ni se propongan rutas de sostenibilidad financiera”. A esto, se suman las siguientes consideraciones:

- Se ha tratado de un proceso ilegítimo al desconocer la presencia, participación y aporte de las fuerzas vivas de la salud en el país.
- Busca profundizar el modelo de seguros en contraposición al derecho universal, integral y solidario a la salud, y la participación desregulada del capital privado en la prestación y la gestión.

- Se ha diseñado por funcionarios con orientación de mercado que no se condice con la expectativa y necesidades nacionales en salud, ni con los mandatos que como país nos hemos comprometido a respetar en diversos tratados y en el Acuerdo Nacional.
- Mantiene serios cuestionamientos legales en su desarrollo en el CNS y está en tela de juicio la legalidad y constitucionalidad de varios de sus instrumentos legales.
- Se trata de una “reforma” que carece de sostenibilidad financiera pública y se constituye inviable social y políticamente al persistir en desconocer la participación y aporte de los actores sociales y gremiales.

Al final del año 2014, continuaban las severas críticas a la orientación, los alcances y los contenidos de los 23 decretos legislativos, de parte de especialistas y de organizaciones de la sociedad civil como Forosalud, Academia Peruana de Salud, Federación Médica Peruana, Colegio Médico del Perú, Federación Nacional Unificada de Trabajadores del Sector Salud (Fenutsa), entre otras. En general, coincidían en señalar que este paquete de normas no se orienta a la reforma del sistema de salud vigente, sino a la reorganización y fortalecimiento del proceso de privatización del sistema de cuidado de la salud poblacional iniciado en el año 1993. Todo esto bajo la supervisión de una superintendencia que debería regular todo lo relativo a la administración y el financiamiento de los planes de aseguramiento previstos en la normatividad. En este mismo sentido crítico, el economista Pedro Francke, exgerente general de Essalud, afirma que los cambios normativos no buscan corregir la segmentación y fragmentación institucional, sino que está “totalmente centrada en los servicios”, ni tienen una sola directriz que se ocupe de “los determinantes sociales de la salud”. Además, remarca que “se omiten elementos como la descentralización y desplazan la participación ciudadana.”^[84]

Adicionalmente, un conjunto de comentarios críticos sobre los alcances de esos dispositivos aparecen en la publicación Cuadernos de Debate en Salud. Reforma de salud, editado por el Colegio Médico del Perú en el año 2014.^[85] Comentarios que coinciden en afirmar que las cuestiones fundamentales de la reforma de los sistemas oficiales de salud para el siglo XXI son: 1) las inequidades en el estado de salud; 2) las inequidades en la disponibilidad, acceso, aceptabilidad, calidad y eficacia en la prestación de servicios de salud; 3) los límites de la intervención de las autoridades del sector Salud en las decisiones gubernamentales que afectan a la salud poblacional; y, 4) la participación, transparencia, moralidad y responsabilidad de los distintos entes sociales que actúan en el escenario político de la salud. Por lo mismo, desde esta posición crítica, se insiste en la necesidad de un nuevo modelo de reforma que trascienda el tradicional enfoque biomédico, sectorial e instrumental del cuidado de la salud poblacional, para reemplazarlo por otro de carácter social, multisectorial, y equilibrado en el tratamiento complementario de los aspectos científico-tecnológicos, político-jurídicos y ético-morales de dicho cuidado. Enfoque que permitiría diseñar y aplicar respuestas políticas dirigidas, de manera auténtica, a superar

las inequidades y los otros problemas que limitan el progreso de la realización del derecho humano a la salud.

Por último, en octubre de 2014, el consejo directivo de la OPS ya señalaba la persistencia en la Región de las Américas de tres grandes obstáculos para la realización de una reforma del sector y del sistema de servicios de salud concordante con el derecho a la salud. El primero, la Región seguía siendo una de las más inequitativas del mundo. El segundo, el proceso para disminuir la inequidad en salud se hacía más complejo debido a los nuevos patrones epidemiológicos y demográficos que demandan respuestas innovadoras de los sistemas de salud. El tercero, los sistemas de salud seguían actuando con grandes inequidades, financiamiento desigual, segmentación y fragmentación, falta de sostenibilidad y escasa flexibilidad para responder a las necesidades de la población y hacer frente a los desafíos procedentes de contextos nacionales e internacionales cambiantes y más difíciles.

REFERENCIAS

1. Banco Mundial. Más allá del Consenso de Washington; la hora de la reforma institucional. Washington DC: BM; 1998.
2. Banco Mundial. Informe del Banco Mundial 1997. El Estado en un mundo en transformación. Washington DC: BM; 1997.
3. Banco Interamericano del Desarrollo. Modernización del Estado. Documento de estrategia. Washington DC: BID; 2003.
4. Laurell AC, Herrera J. La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. Salud colectiva. 2010; 6 (2) no.2: 137-148.
5. Palacios R. Sección III. Estado y política. En: Valdizán, Armas, Palacios, Seiner (editores). El Perú Republicano: 1821-2011. Lima: Universidad de Lima Fondo Editorial; 2012. p. 241-394.
6. Panfichi A y Coronel O. Cambios en los vínculos entre la sociedad y el Estado en el Perú: 1968-2008. En: Plaza O (coordinador). Cambios sociales en el Perú. 1968-2008. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Ciencias Sociales. Cisepa; 2009. p. 1-42.
7. Secretaría Técnica del Acuerdo Nacional. Políticas de Estado. Acuerdo Nacional. Séptima edición. Lima: Acuerdo Nacional; agosto de 2008
8. Valdizán J. Sección II. Economía republicana. En: Valdizán, Armas, Palacios, Seiner. El Perú Republicano: 1821-2011. Lima: Universidad de Lima Fondo Editorial; 2012, pp.103-240.
9. Mendoza W, Leyva J, Flores JL. La distribución del ingreso en el Perú: 1980-2010. En: J. León Castillo y J. M. Iguíñez E. (editores). Desigualdad distributiva en el Perú, dimensiones. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2011.p. 23-56.
10. Alva M, Benites R, et al. Trabajo de investigación: Partido Político Gana Perú. Lima: Facultad de Ciencias Sociales Pontificia Universidad Católica del Perú; 2011.
11. Balance de los primeros dos años del Gobierno de Ollanta Humala. Lima: Llorente y Cuenca; 2013. [Internet]. 2013. [citado 16 marzo 2016]. Disponible en: www.dmasilllorenteycuenca.com
12. Jimenez F. Veintinueve meses de Gobierno de Ollanta Humala: Balance de su gestión económica. Diciembre 2013. [Internet]. 2013. [citado 16 marzo 2016]. Disponible en: [http:// felixjimenez.blogspot.com/.../veintinueve-meses-de-gobierno-de.html](http://felixjimenez.blogspot.com/.../veintinueve-meses-de-gobierno-de.html)
13. Ministerio de Economía y Finanzas. Marco Macroeconómico Multianual 2015-2017. Aprobado en Sesión del Consejo Ministerial del 23 de abril de 2014.
14. Zas Fritz J. Descripción y análisis de las principales normas en materia de descentralización. En: Descentralización y buen gobierno. Compendio de normas Defensoría del Pueblo. 2005: pp.13-47.

15. Sagasti F. Planificación en Perú. [Internet]. 2008. [citado 16 marzo 2016]. Disponible en: www.francisco.sagasti.com/.../, 2008
16. Centro de Nacional de Planeamiento Estratégico. Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N.º 020-2014-Ceplan/ PCD. Lima: Ceplan; 2 de abril de 2014.
17. Cuba E. ¿El fin del milagro económico peruano? Diario El Comercio, 20 de noviembre de 2019: p. 38.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la pobreza monetaria 2009-2014. Informe Técnico. Lima: INEI; abril 2015.
19. Hurtado, C. La clase media peruana estuvo cerca de quintuplicarse en la última década. Diario El Comercio, Portafolio. 15 de mayo de 2015, p. B.2.
20. Comisión Económica para América Latina. Panorama social de América Latina 2015. Documento Informativo. Santiago: Cepal. Naciones Unidas. 2015.
21. Sin.cero en economía: El blog de Carlos Figueroa. ¿Qué pasó con la exclusión social en el Perú? Diciembre 2015. En Internet: <https://cdfa.wordpress.com/.../que-paso-con-la-exclusion-social-en-el-peru/>
22. Banco Mundial, Perú: A la búsqueda de la igualdad de oportunidades para todos. Comunicado de Prensa. Arequipa. Junio 8, 2012
23. Bebbington A, Scurrah M y Bielich C. Los movimientos sociales y la política de la pobreza en el Perú. Lima: Instituto Estudios Peruanos, Cepes, Grupo Propuesta Ciudadana; 2011 (Perú Problema, 36).
24. Durand A. Movimientos sociales y política en el Perú de hoy. Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos. 2014; Vol. 58: 59-84.
25. Tanaka M, Vera S. Perú: la dinámica “neodualista” de una democracia sin partidos. En: M. Cameron y J M Luna (eds). Democracia en la región andina. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2010.p. 197-242.
26. Carrión J, Zárate P, Selington M. Cultura política en la democracia en el Perú. Consolidación democrática en las Américas, en tiempos difíciles. Lima: Usaid. Instituto Estudios Peruanos; 2010.
27. Sexta Encuesta Nacional sobre percepción de la corrupción en el Perú. Lima: Proética-Ipsos-Apoyo-Confiep; 2010.
28. Carrión Zárate P, Zaclemeister E. Cultura Política en la democracia en Perú y las Américas, 2014. Gobernabilidad democrática a través de 10 años del Barómetro de las Américas. USAID; 2014.
29. Lavado P. Desigualdad en los programas sociales en el Perú. Lima: CIES, Banco Mundial; 2007.
30. Contraloría General de la República. Programas sociales en el Perú. Elementos para una Propuesta desde el Control Gubernamental. Lima: febrero 2008.
31. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social. Lima: Midis; 2012.
33. Entrevista a Juan Mendoza y Carolina Trivelli. ¿Cuál ha sido el impacto de los programas sociales en la reducción de la pobreza? Diario Gestión lunes, 26 de octubre de 2015.
33. Entrevista a Carolina Trivelli, exministra de Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Programas sociales contribuyen a enfrentar mejor a la desigualdad. El Peruano. 11 de enero de 2016.
34. Diez-Roux A. Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel. American Journal of Public Health. 1998; 88 (21): 216-222.
35. Barradas R. Epidemiología social. Revista Brasileira de Epidemiología Sao Paulo. 2005; 8 (1): 7-17.
36. Lúgia G (organizadora). Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Unasur; 2015.
37. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2014
38. Ley del Ministerio de Salud, Ley 27657. El Peruano, 28 de enero de 2002.
39. Decreto Legislativo N.º 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. El Peruano, 10 de diciembre de 2013.

40. Sánchez-Moreno F. Sistema nacional de salud. En: F. Sánchez-Moreno, editor Historia de la Salud en el Perú. Volumen 6. Lima: Academia Peruana de Salud; 2008. p.205-225.
41. Sánchez-Moreno F. Creación y evaluación del SNCDS. Exposición en el Encuentro Nacional del SNCDS. 12 diciembre 2012. Rev Acad Peru Salud. 2012;19(2).p. 39-41
42. Lazo O. Descentralización en Salud: situación y perspectivas. En: Cuadernos de Debate, Fondo Editorial Comunicacional del CMP, marzo 2012. pp: 66-83.
43. Bardalez C. Descentralización en salud y gobiernos locales. Lima: Praes-Usaid. Abt. Associates. Inc.; 2006.
44. Ministerio de Salud. Lineamientos para la conformación de Redes de Salud. Resolución Ministerial N.º 122-2001-SA/DM. Lima, 26 de febrero de 2001.
45. INEI. Compendio estadístico del Perú, 2014, Capitulo Salud. p.373-514.
46. Ministerio de Salud. Memoria Ministerio de Salud 2001-2006. Lima: MAD Corp S. A. Usaid/Perú; 2006.
47. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 464-2011/ Minsa, del 14 de junio de 2011, que aprobó el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de la Salud Basado en Familia y Comunidad.
48. Decreto Legislativo N.º 1012, que aprueba la ley marco de asociaciones público-privadas. El Peruano, 13 de marzo de 2008.
49. Programa de Inversiones Minsa. 26 noviembre 2013. [Internet]. 2013. [citado 16 marzo 2016]. Disponible en: www.minsa.gob.pe/portal_web/.../prog_inversion_ensalud2013.pdf
50. Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud Perú: 1995-2012. Lima: Dirección General de Planeamiento y Presupuesto. Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud; 2015.
51. Barboza-Tello M. El aseguramiento universal en el Perú: la reforma del financiamiento de la salud en perspectiva de derechos. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2009; v.26 n.2: 243-247.
52. Navarro R. El derecho fundamental a la seguridad social, papel del Estado y principios que informan la política estatal en seguridad social. Rev Cienc Adm Financ Segur Soc. 2002; 10(1): 13-18.
53. Defensoría del Pueblo. Salud mental y derechos humanos: la situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud. Lima: Serie Informes Defensoriales. Informe Defensorial N.º 102. diciembre 2006.
54. Mesa-Lago C. La reforma de salud en América Latina y el Caribe. Su impacto en los principios de la seguridad social. Documentos de proyectos. Santiago: Cepal. Naciones Unidas; diciembre 2005.
55. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina, Banco Interamericano de Desarrollo Oficina del Economista Jefe Documento de Trabajo 353. 1997
56. República de Colombia. Ley N.º 100, de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
57. Ministerio de Economía y Finanzas. Bases para la reforma de la salud. Lima: MEF; 2001.
58. Ministerio de Salud. Por un país saludable. Propuesta de Políticas para la salud. Lima. Ministerio de Salud; 25 julio 2001.
58. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-20012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001.Julio 2006. Dirección General de Comunicaciones Minsa. 2002.
59. Mendoza I. El acuerdo de partidos políticos en salud. Sistematización de experiencias. Lima: Praes/Usaid; 2006.
60. Ministerio de Salud. Plan Nacional Concertado de Salud. Lima: Ministerio de Salud; septiembre 2007.
61. Sistema Nacional de Salud. Informe Técnico Final de la Comisión Multisectorial encargada de proponer los mecanismos que permitan consolidar un Sistema Nacional de Salud. Resolución Suprema N.º 002-2008-SA.

62. Wilson L, Velásquez, Ponce C. La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción. hasta su promulgación. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*. 2009; 6 (2): 207-217.
63. Colegio Médico del Perú. Informe del VIII Congreso Médico Nacional el 28 y 30 de mayo de 2009. Lima: Colegio Médico; 2009.
64. Zanelli H. Seguro Integral de Salud. Camino a la universalización del seguro de salud. Lima: Ministerio de Salud; julio 2006.
65. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud. Estrategia básica en la ruta hacia el aseguramiento universal. Lima: Seguro Integral de la Salud; julio 2006.
66. Sobrevilla A. El listado priorizado de intervenciones sanitarios y la universalización del aseguramiento en salud. *Bol Praes*. 2005; (11): 4-9.
67. Ministerio de Salud. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento. Documento Técnico (Ley N.º 29344. D.S. N.º 008-2010-SA). Lima: Ministerio de Salud; 2011.
68. Parodi S. Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud sobre la equidad en salud materna. *Grade. Economía y Sociedad CIES*. 2007; 66: 30-36
69. Seguro Integral de Salud. Informe Anual Julio 2012-Julio 2013 del SIS. Lima: Seguro Integral de Salud. Ministerio de Salud. 2014.
70. Durán F. Estudio financiero-actuarial y de la gestión de EsSalud: análisis y recomendaciones técnicas. Informe final. Lima: Oficina Subregional de la OIT para los Países Andinos. mayo de 2005.
71. Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, Casali P. El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos; 2013.
72. Informe final. Encuesta Nacional de Usuarios en Salud. Ensalud 2014. Lima. Junio 2014.
73. Grillo P. Avances y logros del SIS en aseguramiento universal en salud. Problemas y soluciones a priorizar. Exposición del gerente de Riesgos y Evaluaciones de Prestaciones. Lima, Ministerio de Salud; 2013.
74. INEI. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014.
75. Hussmann K. Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: perspectivas de la América Latina en los sub-sistemas para los pobres. Panamá: Programas de Naciones Unidas para el Desarrollo. Centro Regional PNUD; Septiembre 2011.
76. Novena Encuesta Nacional sobre corrupción en el Perú. Lima: Proética, Capítulo Peruano de Transparencia Internacional. Ipsos Perú; 2015.
77. Presidencia del Consejo de Ministros. Política Nacional de Modernización de la Gestión al 2021. Lima: Secretaria General y Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros; Octubre 2013.
78. Levitsky S. Una paradoja peruana. [Internet]. 2013. [citado 16 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/columnistas/aproximaciones/una-paradoja-peruana-12-05-2012>, 13 mayo 2012.
79. Bernaldes E. Opinión: Constitución y gobiernos regionales. *Diario El Comercio*, lunes, 9 de junio de 2014.
80. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda, G. Sistema de salud de Perú. *Salud Pública Mex*. 2011; 53 supl 2: 243-254.
81. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra: OMS; 2014.
82. Consejo Nacional de Salud. El Perú saluda a la vida. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Lima: Ministerio de Salud; Julio 2013.
83. Declaración Política de la VI Conferencia Nacional de Salud. *Forosalud*. 30 de noviembre de 2013. [Internet]. 2013. [citado 16 marzo 2016]. Disponible en: www.forosalud.org.pe/declaracionpolitica.pdf
84. El capital privado, ¿la panacea del sector salud? [Internet]. 2013. [citado 16 marzo 2016]. Disponible en: <https://redaccion.lamula.pe/2013/12/29>
85. Colegio Médico del Perú. Cuadernos de Debate en Salud. Reforma de salud. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del CMP, abril 2014.

Capítulo noveno

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

9

9.1. MODELOS DE GESTIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD EN EL PERÚ REPUBLICANO

- Introducción
- Cambios en la racionalidad de los modelos
- Limitaciones de los modelos

9.2. ACUERDO NACIONAL: UNA EXPRESIÓN DE RACIONALIDAD Y JUSTICIA EN EL CAMPO DE LA SALUD

- Acuerdo Nacional: compromiso con la justicia en salud
- Restricciones contextuales a la propuesta del Acuerdo Nacional
- Restricciones del sector Salud a la propuesta del Acuerdo Nacional

9.3. ANÁLISIS DE LOS ACTORES Y PROCESOS DE LAS TRANSFORMACIONES DEL CUIDADO DE LA SALUD, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA JUSTICIA SOCIAL

9.4. CONCLUSIONES

REFERENCIAS

9.1. Modelo de gestión del cuidado de la salud en el Perú republicano

INTRODUCCIÓN

Luego de la revisión de la historia del sistema de cuidado de la salud poblacional en el Perú republicano, hemos llegado a conocer que entre los años 1821 y 2014 se formalizaron sucesivamente cinco modelos o arquetipos organizativos de gestión sobre los cuales reposó el cuidado de la salud. Estos modelos fueron los de sanidad pública, salubridad pública, salud pública, sectorial de salud y aseguramiento en salud.

Estos cinco modelos que orientaron las reformas durante uno o dos períodos sociopolíticos del proceso republicano peruano, en los cuales tuvieron suficientes argumentos políticos, administrativos y técnicos para iniciar, construir y mantener su legalidad y su legitimidad política y social, han sido descritos, interpretados y enjuiciados en los capítulos anteriores y ahora serán caracterizados, de manera sucinta y esquemática, en los siguientes párrafos para los fines interpretativos de este último capítulo.

Modelo de Sanidad Pública

Formalmente vigente en la denominada República Peruana Temprana (1826-1903); y, legitimado con argumentos derivados de una concepción liberal ilustrada, la cual entiende a la conservación de la salud humana como una condición para la felicidad social. Su vigencia se inició con el Decreto Supremo del 1 de septiembre de 1826 que crea las Juntas de Sanidad, organismos colegiados presididos por funcionarios del Ministerio de Gobierno y Policía. En este modelo prevalece claramente el enfoque colegial de conducción política del cuidado de la salud pero sin contar con estructura burocrática que ejecutase las decisiones tomadas. En consecuencia, el Ministerio de Gobierno, con ostensibles limitaciones, se constituye en el órgano ejecutivo encargado del mantenimiento de la higiene, el orden y la seguridad en el espacio público. Las Juntas de Sanidad fueron parte de la respuesta administrativa de la nueva República ante el colapso de la burocracia colonial y fueron responsables formalmente de las acciones higiénico-preventivas de sanidad marítima y terrestre, en sus niveles nacional, regional y municipal.

La pretendida validez científica y eficacia sanitaria de este modelo se fundamentó en ideas “miasmáticas” o ambientalistas sobre la enfermedad, así como sobre los efectos patológicos de la “peste de los pobres”. Paralelamente a estas acciones higiénico-sanitarias, las Sociedades de Beneficencia prestaban servicios de asistencia social-hospitalaria. Este primer modelo de gestión sanitaria, presentado en el segundo capítulo, terminó su vigencia formal como una de las consecuencias de carácter social producto de la derrota material e ideológica del segundo militarismo en la revolución del año 1895. Derrota que marcó el nacimiento de la República Aristocrática.

Modelo de Salubridad Pública

Formalmente vigente, entre los años 1903 y 1935, durante los gobiernos de la República Aristocrática, de la Patria Nueva y de la crisis de la década de 1930. Su implementación jurídica se inició en 1903, con la creación de la Dirección de Salubridad Pública, como una estructura estatal permanente que asumió legalmente la conducción política y la gestión de los servicios “profilácticos” de salubridad en todo el país, aunque ubicada en un segundo nivel político-administrativo del Ministerio de Fomento y Obras Públicas. El nuevo Ministerio creado expresamente para establecer la infraestructura legal, administrativa y física requerida a fin de promover la participación del sector privado en la economía nacional. El modelo de salubridad fue legitimado por la corriente oligárquica que logró hegemonía política durante este período –en sus variantes civilista y leguista-. En este período, aunque de manera incipiente, se entiende que la conservación y mejoramiento de la salud humana es uno de los primeros deberes de los poderes públicos, aunque limitada a las actividades de salubridad, no así a las actividades asistenciales de carácter recuperativo. Concepción que se traduce en la creación de la Dirección de Salubridad, dotándola una plataforma administrativa básica que le permitiese ejecutar sus decisiones. Validada cognitivamente, por las nuevas teorías del germen y del vector que fundamentaban la necesidad de la reforma de los procesos de producción de servicios “profilácticos” de la enfermedad, con un enfoque biomédico. Se trataba de conducir, administrar y aplicar una nueva tecnología orientada a la lucha contra los agentes biológicos y vectores de las enfermedades transmisibles. En el pensamiento médico-sanitario peruano se introduce con fuerza la noción de “enfermedades evitables”. Las acciones hospitalarias y asistenciales continuaban a cargo de las Sociedades Públicas de Beneficencias, a pesar de que sus capacidades de asistencia estaban ampliamente desbordadas por la demanda existente. Este segundo modelo de gestión, presentado en el tercer y cuarto capítulos, termina su vigencia y dominio en el país con la crisis económica y política general de la década de 1930, la cual provocó el debilitamiento ideológico de la oligarquía y, por ende, el inicio de los gobiernos de un Estado con perfiles oligárquico-populistas.

Modelo de Salud Pública

Vigente y dominante en un Estado peruano con perfiles oligárquico-populistas (1935-1968), con gobiernos constitucionales y *de facto*. Modelo legitimado con una concepción sociopolítica utilitarista y populista, en sus variantes dictatorial y democrática, que entendió el cuidado de la salud poblacional como un instrumento de acumulación del “capital humano”, necesario tanto para el crecimiento de la economía como del tamaño demográfico del país, dicho en otros términos hay un esfuerzo de concebir la salud y su atención, no solo como deber del Estado, sino, y ante todo, como el soporte social del modelo de desarrollo económico vigente. Su implementación legal se inicia en octubre de 1935, con la creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, que ubica –por vez primera en el país– a la autoridad sanitaria nacional en el primer nivel político-administrativo del Estado. Ministerio que fue reemplazado en el año 1942 por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que se constituirá en el organismo central del subsector público en salud. Este mayor nivel jerárquico, permitió al Ministerio instrumentar una política institucional de extensión de servicios, con altas inversiones públicas en la infraestructura de atención médica, así como asumir la responsabilidad –a partir de la década de 1950– de la provisión directa de servicios estatales de atención médica a la población indigente o desempleada. Además, la administración de los hospitales de las Beneficencias Públicas comienza a ser transferida al MSPAS. Paralelamente a estos cambios, la atención médica de los trabajadores asalariados comienza a ser responsabilidad del Seguro Social Obrero, creado en 1936, y del Seguro Social del Empleado, creado en 1948. El desarrollo de la legalización de estos cambios se efectuó dentro del marco establecido por la Constitución Política de 1933. La vigencia y el dominio de este tercer modelo, presentado en el quinto capítulo, finalizó con la crisis económica y política 1967-1968 y la inminente liquidación de la oligarquía terrateniente.

Modelo Sectorial de Salud

Vigente y dominante durante el período 1969-1992, el cual corresponde a los años de un Estado Intervencionista que intentó planificar el desarrollo socioeconómico del país, a través de un Sistema Nacional de Planificación. Legitimado a partir de una concepción sociopolítica desarrollista, que concibe la salud como un derecho humano universal. Su implementación jurídica se inició en marzo de 1969, con la Ley Orgánica del Sector Salud y el Código Sanitario, y se consolidó con la Constitución Política de 1979. El órgano rector del Sector es el Ministerio de Salud (Minsa) que reemplazó al MSPAS. Durante este período, se generó por primera vez una propuesta de reforma del sistema de salud con clara orientación social, sin duda la más importante de nuestra historia sanitaria y, pese a no lograr su aprobación, marcó un hito sustantivo en el desarrollo de la conciencia ciudadana respecto del derecho en el Perú. Alternativamente, se creó el Sistema Coordinado de Servicios de Salud y, luego, se implementó un proceso de integración funcional del Minsa-

Instituto Peruano de Seguridad Social: ambos intentos fracasaron. El dominio formal de este cuarto modelo, presentado en el sexto capítulo, terminó con la severísima crisis económica y política del Estado Intervencionista en los últimos años de la década de 1980 y, por ende, con el inicio de los gobiernos neoliberales.

Modelo de Aseguramiento en Salud

Vigente y dominante en el país desde la década de 1990 hasta la actualidad, período que corresponde a los años de implantación y hegemonía del Estado Neoliberal, que gobierna siguiendo las señales del mercado. Legitimado con una concepción ideológica neoliberal, en sus variantes autoritaria y democrática, que entiende a la protección integral de la salud humana como un derecho sujeto en lo fundamental a las leyes del mercado y, por lo tanto, a la capacidad adquisitiva de las personas; y que utiliza como mecanismo de organización y financiamiento el aseguramiento sea social, público o privado. En consecuencia el supuesto logro de universalización de la atención sería el resultado de la sumatoria de múltiples modalidades de aseguramiento con profundas diferencias en planes de beneficios, capacidad resolutoria y calidad de sus prestadores. El Estado cumple un rol subsidiario con la provisión de atención focalizada en los segmentos sociales pobres o en extrema pobreza, mediante el seguro público o la tradicional asistencia sanitaria pública. Se desarrolla actualmente en el marco establecido por la Constitución Política de 1993 y la Ley Marco del Aseguramiento Universal, de 2009. Este modelo se presenta en el séptimo y octavo capítulos.

CAMBIOS EN LA RACIONALIDAD DE LOS MODELOS

Los argumentos utilizados en el discurso oficial, para fundamentar la validez de la científicidad, eficacia y eficiencia instrumental de las respuestas gubernamentales a los problemas vinculados directamente con el cuidado de la salud poblacional cambiaron en los distintos períodos sociopolíticos del país. Supusieron un esfuerzo por tratar de aplicar en el país –en forma tardía, acrítica y distorsionada– innovaciones biomédicas, sanitarias u organizacionales utilizadas con relativo éxito en los países centrales del mundo occidental. Innovaciones que, desde el inicio del siglo XX son promovidas por los expertos de la cooperación técnica internacional, la cooperación bilateral –principalmente la norteamericana– y, más recientemente, de organismos financieros internacionales, como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Por otra parte, los argumentos utilizados en el discurso para sustentar la justicia (en sus sentidos jurídico y moral) de las intenciones y las realizaciones de los distintos modelos de gestión de salud también variaron en esos distintos períodos. Es así, que el carácter de los argumentos jurídicos que sustentaban la legalidad de cada uno de los modelos ha cambiado de acuerdo con el dominio político que tuvieron sucesivamente, en el escenario oficial, las fuerzas políticas preoligárquicas, oligárquico-civilistas, oligárquico-populistas, intervencionistas y neoliberales. Asimismo, los argumentos ético-morales que intentaban legitimar la moralidad

y eticidad de las intenciones y realizaciones gubernamentales en el campo del cuidado de la salud se han modificado desde diferentes posiciones axiológicas, frente a la vida, el bienestar humano, la protección social y la salud humana, en que se ubicaban aquellas fuerzas.

LIMITACIONES DE LOS MODELOS

La mayor parte de los testimonios y las opiniones sustentadas en datos de los historiadores y sanitaristas que han sido recogidos y presentados en los anteriores capítulos del estudio, coinciden en afirmar o demostrar que las políticas de transformación o reforma de los modelos de gestión de las organizaciones de salud nunca fueron socializadas e implementadas de la manera establecida formalmente en las normas legales pertinentes, por diversas razones científico-tecnológicas, político-jurídicas o ético-morales, tanto sectoriales como contextuales.

Esta situación puso en evidencia, en los hechos, la existencia de las grandes limitaciones de factibilidad y de viabilidad política y social en la implementación del modelo pertinente. Además, la veracidad o autenticidad de las intenciones gubernamentales expresadas en el discurso de política de salud, que supuestamente apoyaba la adopción del modelo, no siempre fue corroborado con el apoyo político efectivo a su implementación y menos aun en los esfuerzos por lograr los “objetivos” y realizaciones sectoriales propuestos, especialmente en lo concerniente a la equidad y la solidaridad.

Un ejemplo reciente de esa limitación se hizo evidente, en enero de 2017, cuando el Gobierno creó el Grupo de Trabajo denominado Comisión de Protección Social, dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), con el encargo de elaborar una propuesta para una reforma del sistema de pensiones, el financiamiento de la salud y la creación del seguro de desempleo. El Grupo cumplió con el encargo, en septiembre de ese año, entregó su informe final a las autoridades pertinentes. Informe que, finalmente, fue desestimado por las autoridades políticas. Janice Seinfeld, miembro de esta Comisión, formula la siguiente apreciación respecto de la actual situación del sistema de salud:

“Existe consenso en que tenemos un sistema fragmentado y segmentado. El gasto público per cápita en salud representa el 3,3 % del PBI, cuando el promedio en la región está cercano al 8 % y el compromiso firmado en el Acuerdo Nacional es del 6 %. Una de cada cinco personas no está cubierta por ninguno de los sistemas públicos vigentes y tampoco puede costearse un seguro privado. El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) solo existe en el papel, porque en la práctica no se cumple: el gasto actual per cápita en el sector público es de 85 soles por asegurado, cuando el costo real debería ser de 532 soles. La calidad de los servicios es muy baja en promedio y con muchísima varianza de una región a otra del país. Del total de hospitales públicos, un 40 % tiene una antigüedad de entre 26 y 50 años y carece de un adecuado mantenimiento o reposición (...) Existe un subsidio escondido desde el sistema público a Essalud de 847 millones de soles, según estimaciones del Banco Mundial al 2016. En suma, es un aparato ineficiente e inequitativo”.^[1]

9.2. Acuerdo nacional: una expresión de racionalidad y justicia en el campo de la salud

ACUERDO NACIONAL: COMPROMISO CON LA JUSTICIA EN SALUD

Trece años después de suscrito el Acuerdo Nacional y a dos años de iniciada la última Reforma de Salud, tres instituciones (Minsa, Acuerdo Nacional y Perú-Progreso para Todos) publican –en el diario El Comercio del 22 de octubre de 2015– el documento *Objetivos de la Reforma de Salud*,^[2] elaborado y consensado por representantes del Minsa, la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, la Asociación de Municipalidades del país, quince partidos políticos, diez organizaciones de la sociedad civil y seis invitados. El documento, al parecer el de mayor consenso respecto de las orientaciones que debiesen regir los destinos del sistema de cuidado de la salud poblacional a la fecha, está estructurado en tres componentes, en cada uno de los cuales se precisan los objetivos y las medidas de reforma pertinentes.

- **SER HUMANO COMO FIN DE LA REFORMA DE SALUD, INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN Y PARTICIPACIÓN.** derecho fundamental y desarrollo humano; acceso universal al cuidado y a la atención de la salud; políticas; rectoría y gestión; y participación.
- **CIERRE DE BRECHAS EN EL ACCESO A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** Cierre de brechas como prioridad de las políticas públicas; fortalecimiento del Seguro Integral de Salud (SIS); complementariedad del sector privado; acceso universal al primer nivel de atención como entrada a un sistema de salud de calidad; emergencias y urgencias; y, políticas de medicamentos.
- **FACTORES CRÍTICOS A ATENDER.** Personal de salud; infraestructura, equipamiento y mantenimiento; materiales e insumos de calidad; tecnología, investigación e información; y, financiamiento.

Con relación al tema de justicia social en salud, al desarrollar el contenido del primer componente se explicitan los fundamentos ético-morales pertinentes:

“La salud y la seguridad social son derechos fundamentales para el desarrollo humano y la igualdad de oportunidades que generan las condiciones para una vida digna y plena, Bajo este principio, la reforma de salud debe tener a las personas como la finalidad de las medidas de cambio y mejora continua del sistema de salud”.

Además, se señalan –con un excesivo optimismo– las características que deben definir el acceso universal seis años después:

“Al 2021, el acceso al cuidado y atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientemente de la condición socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derechos de salud y de interculturalidad. Asimismo, el

cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población. El Estado es garante y principal responsable de asegurar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad del cuidado y la atención en salud a través de un sistema nacional de salud efectivo, eficiente y eficaz”.

RESTRICCIONES CONTEXTUALES A LA PROPUESTA DEL ACUERDO NACIONAL

Desigualdad socioeconómica y su relación con la crisis de la moralidad pública

Efraín Gonzales de Olarte,^[3] economista e investigador peruano, hace el siguiente comentario:

“Cuando la desigualdad de ingresos, de riqueza y de capacidades humanas es grande y persistente, se generan condiciones propicias para su aprovechamiento hacia fines políticos particulares y, sobre todo, para mantener el statu quo social. El detonante para que esto suceda es la pérdida de valores morales y del significado ético sobre el uso de los bienes públicos, el sentido de la equidad y sobre los recursos del Estado. Esto es lo que va ocurriendo en el Perú de los últimos años, el peligro es que podríamos estar convirtiéndonos en un país donde el ‘todo vale’, nos llevará a un país que no vale”.

Gonzales de Olarte argumenta que el origen de tal situación está tanto en los determinantes sociales estructurales de la desigualdad, como en la capacidad redistributiva del Estado y en el tipo de sistema político vigente que se establece para promover la justicia social y la equidad, en otras palabras en cómo está distribuido el poder económico y político en el país.

“Es obvio que si no cambian los orígenes de la desigualdad no hay porque esperar que cambie su distribución. La única manera de conmovier la desigualdad es atacando sus orígenes más profundos: la desigualdad de activos entre las personas, la desigualdad de las capacidades humanas para trabajar o emprender y el modelo económico que no genera igualdad de oportunidades para todos”.

Luego enfatiza, que las altas desigualdades permanentes, como las del Perú, no solo se deben a los factores estructurales señalados, sino a que desde el Estado, no se logra romper con las trampas de la desigualdad: “Nuestra hipótesis es que esta desigualdad puede ser funcional al sistema político cuando no hay un sistema de control efectivo del comportamiento de los gobernantes. Este sistema tiene dos componentes uno institucional y el otro moral”.

Hipótesis que fundamenta en las siguientes apreciaciones:

“La vigilancia de los gobernantes... se basa en el contrapeso entre los poderes del Estado, donde el ejecutivo es vigilado por el congreso y ambos son vigilados por el poder judicial, a través de un ordenamiento jurídico y una organización institucional instrumental, todo lo cual parece tener

el Perú. Sin embargo, la clave para que este complejo sistema funcione es que las autoridades y los funcionarios del Estado se comporten con base en un código ético y una moral ciudadana que los haga cumplir sus funciones, que ejecuten fielmente lo que dicen las normas, utilicen los recursos del Estado de manera proba, es decir, que tengan una moral pública que no solo les genere legitimidad y reputación, sino que además generen una cultura cívica de promover oportunidades para todos de manera abierta y democrática y promuevan con el ejemplo comportamientos éticos. Esto no existe en el Perú”.

Para explicar la inexistencia de esa moralidad pública señala varias razones:

“En primer lugar, la debilidad del Estado peruano, en la medida que sus instituciones no pueden cumplir con sus funciones a cabalidad, porque los que toman las decisiones –los gobernantes elegidos– están preocupados por su popularidad y sobrevivencia política antes que por las metas del Estado e incluso por las metas de sus propios planes de gobierno y, los que ejecutan las decisiones –los funcionarios y empleados públicos– están preocupados por aprovecharse de cualquier oportunidad o resquicio que les da la administración pública para mejorar sus bajos ingresos, salvo obviamente honrosas excepciones. Es decir, tanto gobernantes como funcionarios tratan de maximizar sus ingresos particulares a partir de los recursos del Estado, cuando se ha perdido el control de los contrapesos de poderes y los mecanismos institucionales y políticos de fiscalización... más aún cuando honradez, la veracidad y la confianza como principios morales han prácticamente desaparecido, entre otras razones porque las prácticas inmorales se han generalizado y se han convertido en una suerte de ‘nueva moral’... De otra parte, los bajos niveles de desarrollo humano y la pobreza de la mayoría de la población, constituyen el entorno social que facilita estos comportamientos”. (E. Gonzales de Olarte. Abril 2015)

A su vez, desde una perspectiva histórica, Alfonso W. Quiroz^[4] presenta un país profundamente afectado en su institucionalidad, por una corrupción administrativa y estatal, que puede evidenciarse desde las postrimerías del período colonial hasta nuestros días. El autor describe y analiza con detalle el abuso de los recursos públicos y explica cómo la corrupción ha limitado el desarrollo y el progreso del país. Además, trata de estimar el impacto de la corrupción en el desarrollo en el Perú: “... debido a la corrupción sistemática y descontrolada, el Perú perdió o distribuyó mal (entre los años 1820 y 2000) el equivalente de aproximadamente el 40 % y el 50 % de sus posibilidades de desarrollo” (A. Quiroz, 2013, p. 554).

Escasa y débil institucionalidad pública^[5-7]

Las instituciones son parte fundamental de la estructura política de una sociedad para perseguir sus dos grandes objetivos nacionales: el bienestar general y la seguridad integral. A pesar de que, en estricto, se puede definir las como las “prácticas y normas estables que condicionan las conductas de los integrantes de una sociedad, caracterizándola y estructurándola”. En el lenguaje de la discusión política, el término institución pública es utilizado usualmente para referirse a estructuras u organizaciones estatales que deben cumplir con algún rol específico en el marco de la Constitución y la ley. Hablar de instituciones públicas equivale en gran medida, entonces, a hablar del Estado, pues son sus

organizaciones quienes establecen normas o reglas que organizan el sistema político, regulan actividades económicas, garantizan derechos ciudadanos, y proveen servicios públicos. En este último sentido, para que un país tenga un desarrollo y `progreso satisfactorio, equitativo, sostenible y de largo plazo, se requieren instituciones transparentes, honestas, eficientes y eficaces, en las que los agentes económicos y sociales confíen.

En ese mismo sentido, el sociólogo peruano Pablo Quintanilla^[6] hace dos comentarios que consideramos válidos para el tema de la debilidad de nuestro aparato estatal en la actualidad. En el primero, afirma que el Perú es un país donde nunca se llegó a construir una institucionalidad sólida, especialmente en términos de justicia social. En el segundo, señala que, en los últimos años, ciertas prácticas y normas sociales negativas se estaban consolidando a lo largo del territorio de nuestro país, las que favorecían a una serie de actores formales e informales que aprendieron a beneficiarse de esta debilidad.

Esta debilidad institucional ha hecho que el Perú tenga un déficit en la calidad de su democracia, un periódico problema de gobernabilidad y una enorme dificultad para aplicar la ley, hechos que en conjunto expresan una problemática vinculada con el respeto al Estado de derecho. La confianza ciudadana en el Perú también es deficitaria, en general, el peruano no confía en el Estado ni se fía de sus conciudadanos. Es así, que según el Foro Económico Mundial (2018), el Perú está ubicado en el puesto 116 en una relación de 137 países ordenados por institucionalidad. Además, de acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2017), el 82 % de la población peruana no confía en el Gobierno y el 83 % cree que la corrupción está extendida en todo el sector público. Además, conforme al Latinobarómetro (2017), el apoyo a la democracia, la satisfacción con la democracia y la aprobación de un Gobierno en el Perú son del 45 %, 16 % y 30 %, respectivamente.^[7]

Incumplimiento de los compromisos internacionales con los derechos humanos

En el año 2014 se cumplieron 68 años de la aprobación, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; asimismo, otras Declaraciones, Convenios y Pactos sobre derechos humanos, habían sido aprobados y suscritos por amplios consensos o por unanimidad de los Estados miembros participantes en los eventos correspondientes, con lo cual adquirieron carácter vinculante. No obstante, se ha constatado el escaso avance, cuando no el fracaso, alcanzado en el cumplimiento efectivo de estos compromisos, principalmente de aquellos dirigidos a eliminar la pobreza y de reducir las desigualdades sociales, es decir, a alcanzar mayores niveles de justicia social.

En camino a interpretar las causas de esta disociación entre el discurso y la práctica, Miguel Giusti,^[8] cuando revisa las razones teóricas e históricas por la que ciertas escuelas filosóficas cuestionan la supuesta validez universal de los derechos humanos, señala que:

“En esencia, lo que cuestiona (estas escuelas) es la hipocresía del mundo occidental rico, que encubre la injusticia de facto del orden económico y el orden político internacional por medio de un discurso moral que legitima de iuri una posición de dominio. Por el carácter formal que poseen, los derechos humanos son como los principios del liberalismo: tienen vigencia plena solo en condiciones ideales de igualdad y bajo el supuesto de que las reglas de juego son compartidas por todos. Por eso justamente los teóricos de los derechos humanos han sostenido siempre que es preciso, ya no partir de, sino al menos llegar a, una situación utópica de ciudadanía mundial... en la que todos los seres humanos podrían ajustarse a un mismo sistema de reglas de acción. Pero ésa es naturalmente solo una utopía. En el mundo real ... las condiciones de partida han sido y siguen siendo de desigualdad ... La distribución de los bienes, de la riqueza, de las oportunidades y, sobre todo, de las decisiones económicas y políticas, es asimismo notoriamente desigual, y las reglas de juego no parece sino perpetuar este orden, o este desorden internacional”. (M. Giusti, 2000, p. 683)

Acentuación del individualismo

Transcurridos más de tres décadas de la aplicación a nivel internacional de los planteamientos neoliberales, Gonzalo Portocarrero,^[9] hace un “balance tentativo” de sus resultados económicos y sociales en el mundo, donde expone lo siguiente:

“El neoliberalismo ha funcionado muy bien para las empresas internacionales y las economías emergentes, pero no tan bien para los países desarrollados y los países más pobres. (Pero) En el campo de la cultura y de la vida cotidiana el balance es menos favorable. El hecho decisivo es que el proyecto neoliberal con su culto al éxito individual y al consumo, ha debilitado la cohesión social, erosionando los valores colectivos (solidarios) que fundamentan la moralidad pública y la vigencia de la ley. El éxito como máximo valor y la visión de la vida como una carrera se materializa en... rankings en todos los campos de la vida social... La presión por ser exitoso tiende a aislar a los jóvenes que ven a sus compañeros como rivales que debemos vencer. Todos somos llamados a triunfar y se nos hace creer que nuestro bienestar depende exclusivamente del esfuerzo individual desplegado. De esta manera la gente que tiene menos oportunidades para tener éxito queda reducida al silencio, pues se insiste en que si no logra el ansiado éxito la culpa es solamente suya. En esta situación se comprende bien la generalización de los trastornos depresivos, la baja autoestima... y, paralelamente, la extensión creciente de las prácticas transgresivas, desde la corrupción hasta la delincuencia”. (G. Portocarrero, agosto de 2013)

Específicamente, el impacto de este individualismo extremo suscitado por el neoliberalismo ha distorsionado de manera notoria el abordaje de la salud y su cuidado tanto en su dimensión epistemológica, como metodológica, como indica Juan Manuel Jiménez:^[10]

“Tradicionalmente todo el corpus teórico-práctico de la salud pública había asumido, teóricamente, un enfoque «ambientalista y poblacional», independientemente de que el énfasis en la salud de los individuos versus salud de las poblaciones... No obstante, de facto, ha tendido a prevalecer un enfoque individualista que convirtió el enfoque poblacional en mero aggiornamento, por más que el salubrismo no haya cesado de producir narrativas colectivistasEsto quiere decir que se asumió como supuesto filosófico fundamental un individualismo epistemológico y metodológico que convierte al individuo en fundamento y medida de toda la vida social. Y, por tanto, en la principal unidad de análisis (¿cómo se comportaría un idealizado paciente, elector o

ciudadano medio, entendido como si ese individuo fuese una unidad autónoma, independiente del contexto?)... Sin embargo, el individualismo epistemológico y metodológico implícito en el modelo de los factores de riesgo es epistemológicamente incoherente con la definición de salud pública, resulta inadecuado para entender una realidad eminentemente poblacional, social.”

Además señala que:

“Fusionando los argumentos de Marx y Weber, podríamos decir que son las «condiciones materiales y espirituales –simbólicas– de existencia» las que determinan el hecho y el significado (la conciencia) de enfermar. Y esto es válido tanto para el análisis de la enfermedad a nivel individual como a nivel colectivo”. (J. M. Jiménez, 2012, pág: 114-115)

Persistencia de la discriminación

En el Perú se tiene una larga tradición de reflexión intelectual sobre raza, identidad y exclusión. Se ha examinado el alcance de nuestra herencia colonial racista, el desprecio por “lo indígena” y el temor al “otro” que caracteriza a nuestras clases dominantes, y los prejuicios y fracturas que también caracterizan a los peruanos “dominados”. En cambio, el estudio de la discriminación como práctica social y política es un tema más reciente en las agendas académicas y la esfera pública; asimismo, es un fenómeno que difícilmente se presta a la observación y medición directa.

Al respecto, el historiador peruano Nelson Manrique^[11] destaca que en el Perú, además de las formas de discriminación basadas en la condición económica de las personas, se superponen otros sistemas de jerarquización social entre los cuales tiene especial importancia la discriminación racial. Por lo general, los sectores racialmente discriminados son los que sufren las más agudas formas de exclusión social y económica: “el racismo tiende más bien a presentar la discriminación socioeconómica como un resultado de ‘orden natural’... son pobres y excluidos no porque exista un orden social injusto sino porque su inferioridad biológica les impide lograr mejores posiciones por méritos propios”.

Por otro lado, en los últimos años ha surgido mayor interés entre los académicos en la medición de la opinión pública sobre desigualdad y discriminación, a través de encuestas. Los resultados de las mismas, coinciden en demostrar la percepción general de los peruanos de que esta sociedad es clasista, machista y racista. Asimismo, un alto porcentaje de los encuestados reporta haber experimentado personalmente alguna situación discriminatoria, sea en una interacción social, una dependencia pública, centro de salud o educación, o al solicitar un empleo. Sin embargo, la mayoría no considera que su raza o grupo étnico fuera el motivo de la discriminación, sino otros factores, en especial su situación económica o clase social, o su “falta de conocimientos” o “contactos”. Por cierto, estos resultados no necesariamente constituyen evidencia de la falta de racismo o discriminación étnica, pues también pueden reflejar el estigma asociado al tema.

Según C. Sanborg,^[12] del Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, aunque los motivos para la discriminación entre peruanos son muchos, los estudios efectuados en

el país enfatizan las variables de raza o etnicidad, sexo y nivel socioeconómico. Diversos autores plantean que la discriminación étnica o racial sería la causa de la mayor pobreza y exclusión relativa de los indígenas y nativos peruanos, y también de la situación de desventaja de los afrodescendientes. Según este enfoque, el maltrato y aun desprecio hacia estas poblaciones dentro de las instituciones del Estado –y con gran frecuencia en las organizaciones de salud– confluyen con las actitudes racistas y excluyentes de la élite política y social y en conjunto explican los bajos niveles de inversión pública en estos grupos y la poca voluntad de mejorar la calidad de servicios que reciben.

Esta actitud de incriminar a la víctima es muy usual en las acciones por el cuidado de la salud, donde el paciente o usuario es culpado de los males que padece. Esta inversión en la relaciones de causa y efecto con convierten en causante de su enfermedad, por descuido personal, por inadecuados estilos de vida o por falta de control permanente de sus estado de salud, ente otros; sin considerar el cúmulo determinaciones de diversa índole que operan en este comportamiento, donde frecuentemente aunque de manera sutil o subyacente se percibe algún grado de discriminación étnica o racial.

RESTRICCIONES DEL SECTOR SALUD A LA PROPUESTA DEL ACUERDO NACIONAL

Débil liderazgo sectorial^[13]

El sistema de salud no cuenta con un liderazgo claro y efectivo. El Minsa tiene una rectoría debilitada por la segmentación y fragmentación del sistema. En la práctica cada segmento opera como un sistema autónomo, condición que realmente imposibilita el ejercicio de la función rectora en su dimensión horizontal y afecta al conjunto del sector Salud. A esta ya compleja situación, se agregó el proceso de descentralización de la función salud. Este proceso diferenció el ejercicio de competencias y funciones entre los tres niveles de gobierno, bajo los criterios de subsidiariedad y complementaridad, pero cuya implementación exige capacidad y disposición de diálogo y coordinación, virtudes escasamente desarrolladas en el aparato del Estado. Por esto, a menudo, se dificulta o pone en cuestión el ejercicio la función rectora, también en su dimensión vertical. Condición que se torna propicia para el surgimiento de la corrupción, más aún si no existen mecanismos eficaces de rendición de cuentas a la ciudadanía. Adicionalmente, vale recordar que la descentralización solo compromete al subsector público estatal en salud, no así a Essalud ni demás organizaciones públicas o privadas de salud.

A esto se añade el caos propiciado por el mismo modelo en su afán de crear unidades de compra y unidades de venta que diferencien plenamente estas funciones en cada organización de salud, situación que dificulta, y muchas veces imposibilita, la adecuada supervisión de la multiplicidad de organizaciones financieras y prestadoras del sector. Las Iafas y las Ipress son supervisadas por diferentes instituciones para temas específicos. Es

así, que Susalud pierde autoridad y no ha sido capaz de impulsar buenas prácticas en la atención a las personas ni supervisar adecuadamente a las Ipress y las Iafas.

Finalmente, otra situación que debilita aún más el ejercicio de la función rectora del Minsa es la condición de “guardián” del modelo neoliberal asumida por el MEF, que interviene de forma decisiva, no solo en la aprobación de la política pública en salud, sino también en el diseño y ejecución de programas de intervención sanitaria.

La segmentación y fragmentación del sistema de salud^[14]

“El sistema de salud peruano parece un gran collage construido por múltiples recortes de diversas estructuras organizaciones provenientes de diferentes estadios sanitarios. Tributario de diversas concepciones y portador de variados intereses, patrones culturales, formas de financiamiento y modelos de gobierno, de gestión y de prestación; acumulados a modo de estratos geológicos, algunos de ellos procedentes del mundo colonial”. (Lazo O, Alcalde J, Espinoza O, 2016)

Ese gran *collage* se corresponde con los segmentos socioeconómicos de una sociedad marcadamente inequitativa y excluyente. De un lado, el subsector público, conformado a su vez por diversas estructuras sanitarias que, según se señaló, recién lograron cierto ordenamiento a fines de la década de 1950, allí es donde se atiende la población de menores recursos económicos. El seguro social, según el modelo establecido en la Alemania del siglo XIX por el canciller Bismarck, fue creado como fondo de financiamiento y devino en un nuevo segmento del sistema dirigido a la atención de la clase obrera y la empleocracia pública y privada, en esta misma lógica operan las sanidades de las fuerzas armadas y policiales, cada una con su propia red de servicios, de escaso alcance y limitada capacidad resolutive. Y, el sector privado, inicialmente de escaso dinamismo, débil y muy diversificado, que progresivamente fue cobrando importancia, primero en su dimensión financiera, con la conformación del mercado de los seguros de salud, y luego en su dimensión prestacional, con la constitución de la empresa privada en salud. De esta manera se constituyeron los tres segmentos del sistema de salud peruano. A su vez, cada segmento del sistema, que, según se señaló, expresa la segmentación social y económica del país, está fragmentado en multiplicidad de instituciones con funciones a menudo mal definidas, algunas veces sobrepuestas y otras contrapuestas que caotizan aún más el sistema de salud.

Richard Webb^[15] coincide con las apreciaciones de diferentes organizaciones de la sociedad civil en señalar a la segmentación de la protección social como una negación al “desprendimiento, la lealtad, en el sacrificio personal” que exige la justicia social.

Respecto del sistema del sistema de salud, señala que:

“La segmentación y limitación de la atención de salud también es notoria. Si bien la responsabilidad del Ministerio de Salud siempre ha sido universal, el acceso a esa atención ha sido severamente limitado por las distancias, por la renuencia a suplir el presupuesto necesario para una cobertura verdaderamente universal, y por la desigualdad en esa cobertura, creada por el poder político y mediático que produce la cercanía. A esas causas de la segmentación se

suma la discriminación, que si bien no se formula a nivel formal, aún persiste en las actitudes de las personas encargadas de la atención de la salud. El objetivo de la atención universal en salud ha sido impulsada por la creación del SIS, que ha avanzado sustancialmente durante la última década, pero el derecho a la atención gratuita sigue quedando en el papel debido a las distancias y severas limitaciones presupuestales de los centros de atención (...) El balance es de un país que ha hecho poco para comprometerse con la seguridad colectiva, y que lo que sí ha hecho ha tenido un carácter tan segmentado que termina dividiéndonos". (Richard Webb, julio 2016)

Financiamiento sectorial limitado y fragmentado

En términos de financiamiento, el sector Salud se encuentra desfinanciado, tanto en comparación con otros países como en relación a los servicios que deberían estar cubiertos por cada subsistema. Asimismo, existe una gran fragmentación en el financiamiento: algunos de los subsistemas cuentan con fondos para su población objetivo, y otros se financian con presupuestos que se asignan a los grupos de población según condición laboral y nivel de ingreso. Los fondos no se manejan de forma mancomunada, lo cual genera diferencias en el riesgo promedio entre fondos y en los costos asociados.^[14]

El flujo de financiamiento de los subsectores genera más ineficiencias y gastos administrativos innecesarios. En el sector público, convive el sistema de presupuestos-programa y presupuestos históricos. Por un lado, la aplicación del primero en el sector Salud ha sido ineficiente porque genera una sobrecarga a los prestadores para reportar y responder a los requerimientos del MEF. Este sistema además plantea objetivos en la producción que generalmente son medidos por indicadores de alcance y no de impacto, que no son acordes con una lógica sanitaria. Por otro lado, el financiamiento separado entre “costos fijos” a través de los Gores y “costos variables” a través del SIS limitan la capacidad de planificar de los prestadores.^[14]

Con relación a la disponibilidad y distribución de recursos financieros para el cuidado de la salud, en el año 2017, el “Instituto Peruano de Economía” informaba, sobre las enormes diferencias de recursos financieros disponible por afiliado según tipo de seguro (en soles): 1 119 soles para Essalud y apenas 108 soles para el SIS; es decir, un afiliado a Essalud disponía de un monto 9,5 veces superior al disponible para un afiliado al SIS. Asimismo, destacaba que dos años después, esa brecha se habría incrementado. En el año 2019, Essalud disponía de 12 122 millones de soles, lo que implicaba un presupuesto promedio por afiliado de 1 202 soles; es decir, 13,4 veces superior al monto disponible para un afiliado al SIS, que había decrecido a 89,4 soles.^[16]

Escasez y uso inapropiado de recursos humanos y materiales de salud

334 En la última década, el Minsa ha empleado diversas estrategias para mejorar la calidad de la atención de la salud de la población urbana y extender la cobertura en zonas rurales o de escaso desarrollo. Sin embargo, persisten los problemas de calidad y de cobertura como

efecto, básicamente, de la escasez relativa de recursos humanos adecuadamente calificados para aplicar dichas estrategias. Escasez que se agrava por una inadecuada distribución de los mismos, en la que las mayores concentraciones son en las zonas de mayores recursos.

Adicionalmente, existe un desfase entre el perfil laboral de profesionales de salud requeridos por el sector y el perfil formativo utilizado por las universidades, el cual obedece a modelos educativos centrados en la enfermedad y no a los de cuidado integral de la salud colectiva. Desfase que se expresa en una desalineación entre las necesidades de salud de la población y las competencias de los trabajadores de la salud.

Al respecto de la disponibilidad de recursos humanos en salud, la OMS ha establecido el estándar internacional mínimo de contar con 44,5 trabajadores de salud por 10 000 habitantes. Sin embargo, en Perú, para 2017 no solo se encontraba por debajo de la cantidad mínima requerida (con un 31,88), sino que la distribución de este personal era notablemente desigual e inequitativa. Es así, que en este mismo año, se registraron 265 460 trabajadores del sector Salud a nivel nacional, y casi el 50 % (102 777) se concentraba en la ciudad de Lima y más del 90 % pertenecían al sector público, que es el principal empleador.^[17]

Además, la Dirección General de Personal de la Salud del Minsa^[17] informaba que la brecha de recursos humanos en los establecimientos de salud a fines de 2017 fue de 62 128, de los cuales 1 628 son médicos cirujanos, 8 797 médicos especialistas, 27 294 son profesionales de salud (médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, psicólogos y tecnólogos médicos) y 24 479 son técnicos asistenciales. La mayor brecha se encuentra en el primer nivel de atención (28 804), seguida del segundo nivel de atención (26 157), donde se concentra la mayor brecha de médicos especialistas. Por otro lado, existen limitaciones en la disponibilidad nacional de médicos especialistas, con persistencia de sus grandes diferencias entre regiones.

Por otro lado, Alfonso Soto,^[18] del departamento de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en un artículo publicado en 2019, ofrece una mirada desde una perspectiva diferente, aquella que encuentra en su práctica diaria como prestador de salud de un hospital de referencia. Llega a la siguiente conclusión:

“La falta de recursos en los hospitales de referencia nacional del Minsa constituye una problemática que requiere abordarse de manera inmediata. La carencia de equipamiento, insumos y medicamentos constituye un riesgo para la calidad de atención al paciente. El médico peruano debe ingeniárselas para practicar la medicina en muchos casos con herramientas del siglo pasado (...) La pobreza, la falta de acceso o el acceso inequitativo a la salud y las trabas burocráticas no deberían ser motivos para morir en pleno siglo XXI en un país de recursos medios a altos como el Perú”.

Entre los argumentos que presenta para validar sus opiniones, destaca los hallazgos de la evaluación de la calidad de atención realizada por la Contraloría General de la República en 2018,^[19] en establecimientos de mediano y alto nivel de complejidad:

“Como resultado del operativo se identificó un alto nivel de incumplimiento de las Normas Técnicas de Salud en los servicios de consulta externa, emergencia, farmacia, diagnóstico por imágenes y laboratorio que brindan los hospitales e institutos especializados de salud pública a nivel nacional, lo que genera el riesgo de una inadecuada atención a los pacientes. Las evidencias de la situación descrita se observan, entre otros, a través de las horas de atención y facilidades de acceso a los pacientes, alta dotación de equipos sin el mantenimiento requerido, elevados niveles de sobre stock de algunos medicamentos y bajo stock de otros, alta exposición a deterioro de los medicamentos (...), así como falta de recursos humanos suficientes en los servicios visitados”.

Esa situación de escasez general de recursos para el cuidado de la salud se ve reflejada y ampliada en una publicación conjunta de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y el Banco Mundial,^[20] fechada en 2020, en la que –con base en diversos indicadores de salud– se comparan la disponibilidad de recursos (humanos financieros y de infraestructura hospitalaria) entre los países integrantes del OCDE y los que conforman América Latina y El Caribe (LAC). Comparación en la que el Perú destaca con índices inferiores al promedio de los países de LAC y, por ende, muy alejados con relación al promedio de los del OCDE.

- **MÉDICOS POR MIL HABITANTES.** En promedio, en los países de LAC hay dos médicos por cada 1 000 habitantes y la mayoría de los países se sitúan por debajo del promedio de los países OCDE de 3,5. Cuba tiene el mayor número de médicos per cápita, con más de 8 médicos por cada 1 000 habitantes, más de dos veces que el promedio de la OCDE. En el Perú es de 1,3.
- **PERSONAL DE ENFERMERÍA.** El número más alto se registra en Cuba, con casi ocho enfermeras por cada 1 000 habitantes. En promedio, en los países de LAC hay menos de tres enfermeras por cada 1 000, tres veces menos que el promedio de la OCDE, que es de casi 9. En el Perú, es de 2,4.
- **NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS POR CÁPITA.** En LAC es de 2,1, inferior al promedio de la OCDE, de 4,7. Existen grandes disparidades que reflejan diferencias sustanciales en los recursos invertidos en la infraestructura hospitalaria de los distintos países. En el Perú es de 1,6.
- **NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS.** Se sitúa en un promedio de 54,4 por cada 1 000 habitantes en 11 países de LAC con datos disponibles, en comparación con el promedio de 154 de la OCDE. Las tasas más altas se registran en Chile con 89 egresos anuales por cada 1 000 habitantes, mientras que en el Perú es de 27, lo que sugiere retrasos en el acceso a los servicios.
- **PROMEDIO DEL GASTO CORRIENTE EN SALUD PER CÁPITA.** El promedio del gasto corriente de la OCDE en salud per cápita para el año 2017 era unas cuatro veces mayor que el de los países de LAC (3 994 vs. 1 025 dólares). El gasto en salud per cápita en países de LAC varía de 83 dólares internacionales en Haití a 2 484 dólares internacionales de Cuba. En el Perú fue de 680 dólares internacionales.

Mercantilización del cuidado de la salud

Las últimas tres décadas se vienen impulsando –como parte del enfoque del desarrollo de América Latina– reformas financieras en los sistemas nacionales de salud, cuya característica central ha sido la de considerar los servicios de salud como una mercancía más, para lo que recurrió a diversos esquemas de financiamiento y prestación. Al final de esas décadas, esa forma de financiar y entregar los servicios de salud había conducido a un mayor grado de exclusión e inequidad para la población y a un deterioro marcado de la salud pública. En Perú, esta reforma del esquema de financiamiento tomó la denominación de “aseguramiento universal en salud”, con resultados también insatisfactorios, especialmente en términos de equidad. No obstante esos resultados, el modelo continúa vigente en el discurso de las autoridades sanitarias y académicas. Más aún, para un importante sector de expertos en políticas de salud su vigencia pareciera no estar en cuestión y su idoneidad se había convertido en acto de fe. “Causa extrañeza la hegemonía alcanzada por la lógica mercantil en el cuidado de la salud, hecho que no condice con los magros resultados y que parece tomar ribetes ideológicos. Sería de esperar que con la disminución de la pobreza y el incremento del gasto social, principalmente del gasto público en salud, acaecidos durante el periodo, los resultados sanitarios fuesen mucho mejores. Basta señalar que varias intervenciones de salud pública se han visto afectadas, entre ellas las coberturas de inmunizaciones y el control de las enfermedades transmitidas por vectores, condición a menudo descrita en sistemas de salud que han adoptado modelos de aseguramiento.

Más aún, si se tiene en cuenta que el aseguramiento fue diseñado e implementado –impuesto podría decirse– por decisión de las élites políticas, y que contó con la estrecha colaboración de algunos proyectos financiados por agencias de la cooperación internacional y que, por el contrario, generaron rechazo en diversas organizaciones de la sociedad civil, los colegios profesionales y el mundo académico. Además, cabe precisar que la adopción del aseguramiento como política pública careció de evidencias científicas que informasen sobre su validez y eficacia, condición que seguramente hubiese sido exigida de tratarse de otro modelo. Al parecer, la fuerza de los intereses políticos de las denominadas comunidades epistémicas que operan a través de las redes globales de salud los eximió de este “requisito”. En consecuencia, como corresponde a todo proceso de formación de una política pública, surge la necesidad de preguntarse: ¿por qué aseguramiento y no sistema unificado o universalismo? ¿Qué factor confería mayor factibilidad y viabilidad uno frente al otro? O quizá ¿a qué agentes e intereses representa el modelo adoptado?

Esta situación puede encontrar explicación en la creciente, aunque muchas veces soterrada, mercantilización de la vida social, que convierte a todo bien público en mercancía como un hecho natural. Quizá a esto se deba que muy pocos cuestionan el modelo de aseguramiento. Asunto que lejos de estar resuelto y volverá de forma reiterada a la escena político sanitaria en tanto el AUS no demuestre logros principalmente en equidad y calidad en la atención. En consecuencia, llama la atención que la propuesta del Acuerdo Nacional tampoco se interroge sobre este asunto realmente fundamental.

9.3. Análisis de los actores y procesos de las transformaciones del cuidado de la salud, desde la perspectiva de la justicia social

Entre los años 1821 y 2015, se han alternado en la conducción del Estado peruano gobiernos militares y civiles, constitucionales y *de facto*, conservadores y progresistas, cuyo denominador común ha sido, en general, su actuación en un escenario de inestabilidad política, provocada por crisis o variaciones económicas intensas y la fragilidad de las instituciones políticas. Inestabilidad que condicionó un escaso interés de los gobiernos por tratar de establecer Políticas de Estado orientadas al logro de objetivos nacionales a largo alcance. Gobiernos que, de manera independiente del perfil sociopolítico del Estado, se limitaron a definir políticas orientadas hacia objetivos particulares a corto plazo o de carácter coyuntural, sin considerar medidas efectivas de lucha contra la pobreza, la injusticia y la corrupción, así como contra el deterioro ambiental.

En ese contexto de inestabilidad política y económica, las acciones gubernamentales nunca llegaron a alterar en su esencia el patrón de distribución económica y del poder existente en el Perú desde la colonia. Las promesas políticas de integración e inclusión social contenidas en el discurso político oficial fueron, en el mejor de los casos, solo intenciones, en tanto no se concretaron de manera efectiva. Las demandas y presiones de los partidos antioligárquicos de la década de 1930, de los partidos de la clase media en la de 1950, de los movimientos campesinos en la de 1960, del clasismo de los movimientos populares en la de 1970, de la lucha contra la dictadura en la de 1990 y de los últimos conflictos socioambientales y regionales son expresiones de la persistencia de aquel patrón, así como del incumplimiento de esas promesas.

En la realidad peruana, cualquiera fuera el perfil sociopolítico de Estado vigente, los gobernantes siempre tuvieron que estimar el “costo de oportunidad” de elegir entre objetivos económicos y objetivos sociales, entre crecimiento económico y distribución de ingresos, cuando definían la primacía y prioridad de los sectores productivos y los sociales en sus políticas globales de desarrollo. Pero, en la medida que la mejor distribución puede lograrse solo a costa del crecimiento económico, todos los gobiernos –inclusos los populistas– terminaron aplicando políticas que más allá de la autenticidad de sus intenciones tuvieron, finalmente, efectos redistributivos limitados.

Al respecto de esos efectos limitados, debemos recordar que las decisiones gubernamentales sobre políticas de desarrollo nacional dependen de la correlación de las fuerzas (económicas, sociales y políticas) existente en el país en una determinada coyuntura. Históricamente, las fuerzas conservadoras que apoyan el *statu quo* y priorizan el crecimiento económico han sido dominantes en esta correlación. Por ejemplo, en la actualidad, tales fuerzas controlan

el escenario político a través de los medios masivos de comunicación, controlan la vida social mediante una serie de organizaciones conservadoras (los gremios empresariales, las iglesias, etc.), así como controlan la economía a través de las inversiones de las grandes empresas productivas, extractivas y financieras, son los conocidos poderes fácticos que dominan y muchas veces hegemonizan el discurso y la acción social. De manera contraria, las fuerzas progresistas que priorizan el cambio democrático del orden social y promueven la redistribución económica, siempre carecieron del apoyo organizativo suficiente para definir y defender una propuesta que, pudiera viabilizarse y sostenerse en el país. Además, las decisiones rara vez respondieron a consensos sociales y políticos contruidos mediante el diálogo que tuviese como sustento una acción social comunicativa, cuando estos consensos se lograron estuvieron limitados a las élites sociales y políticas, con explícita exclusión del mundo popular, más aun si este se ubicaba en el mundo rural. En otros términos, la participación social en las decisiones políticas vinculadas con la satisfacción de sus necesidades, usualmente no se hizo efectiva a través de sus organizaciones auténticas, por el contrario fue materia de políticas clientelistas y populistas destinadas manipular la opinión y el voto de los sectores populares.

La decisión política de establecer la base legal para transformar mediante un cambio de modelo de gestión y el cuidado de la salud, en cada caso, fue tomada por autoridades estatales que iniciaban por la fuerza de los hechos un nuevo período sociopolítico del proceso peruano, a menudo en el marco de un contexto de crisis política o social. Por tales razones, estos cambios o reformas casi siempre fueron secundarios o marginales a la instrumentación legal de una nueva propuesta sociopolítica general que pretendía superar dicha crisis, aunque con especial cuidado de no afectar en lo esencial el orden social y económico dominante.

Es en esas circunstancias de crisis y de definición de un nuevo perfil de Estado, que la sustentación de la legalidad y la legitimidad de las decisiones en la implementación del nuevo modelo de gestión del sistema de salud estuvo –al igual que en su diseño– a cargo, finalmente, de un grupo exclusivo y excluyente de funcionarios y tecnócratas, identificados con la nueva propuesta sociopolítica general. En síntesis, el diseño y la implementación de cada nuevo modelo de salud era efectuado, por dichos funcionarios, a través de un proceso unilateral y descontextualizado, sin participación efectiva de la ciudadanía, dentro del marco establecido por aquella propuesta. Por lo tanto, exento de esfuerzos genuinos para que estas transformaciones respondiesen a consensos alcanzados entre los diferentes actores socio sanitarios, primó la imposición sobre el consenso. Esta modalidad de acción política devino en la escasa legitimidad y se evidenció en la débil implementación de los cambios.

Por otro lado, los argumentos técnicos de fundamentación cognitiva utilizados en el diseño e instrumentación de esos nuevos modelos procedían de recomendaciones de las organizaciones de salud de los países del hemisferio norte y de la cooperación técnica

internacional, que muchas veces carecían de solida evidencia científica respecto de su eficacia aun en otras latitudes. Recomendaciones que eran aceptadas de manera acrítica, subordinada o complaciente, por los decisores nacionales, principalmente funcionarios del sector, sin considerar su pertinencia respecto a las particularidades históricas y geográficas nacionales, así como a los cambios demográficos, sociales, epidemiológicos y ecológicos que se sucedían en el país.

La idea de justicia social, entendida como ausencia de inequidades, no se expresa como principio ni fin último en las Constituciones Políticas del Perú vigentes durante el siglo XIX. Más aún, las desigualdades sociales eran percibidas por las autoridades preoligárquicas y oligárquico-civilistas “hechos naturales”, base del ordenamiento y la estabilidad política y social de la naciente República. Recién en la Constitución de 1920, aparecen prescripciones sobre las responsabilidades estatales en el fomento y la realización de ideas vinculadas con la protección y auxilio de la salud de los más necesitados y de las clases populares. Normas que se perfeccionaron en la Constitución de 1933, con una concepción de mayor sentido social de las funciones del Estado, y que comenzaron a ser aplicadas desde el año 1935. Finalmente, las Constituciones de 1979 y de 1993 reconocen los derechos de todos a la protección de la salud y a la seguridad social, aunque con nítidas diferencias derivadas de las distintas concepciones sociopolíticas utilizadas para delimitar sus alcances.

Cualquiera fueran las ideas de justicia distributiva utilizadas en la sustentación de los modelos de cuidado de la salud, siempre existieron restricciones económicas, políticas y culturales de carácter externo o contextual para su apropiada aplicación en el país. Entre las que tienen sus raíces en nuestro pasado colonial se destacan la racionalidad instrumental implícita en las decisiones de los principales actores sociales, que privilegia el éxito en lo económico y lo político sobre el entendimiento de lo correcto y lo justo. Esta lógica instrumental genera, por consiguiente, la exclusión, la discriminación principalmente por razones etnoraciales y la corrupción presentes a lo largo de nuestra historia, las que debilitan el tejido social en sus diferentes segmentos y corroen la administración pública. Asimismo, constata el débil cumplimiento de los compromisos internacionales del gobierno con la realización progresiva de los derechos humanos sociales y culturales; así como, el avance creciente del individualismo extremo, de la anomia y de la informalidad en el comportamiento de los peruanos.

A esas complejas restricciones, presentes en todo proceso de cambio orientado a una mayor justicia social, se sumaron las limitaciones del propio sistema de cuidado de la salud en lo que se refiere a la disponibilidad, el acceso (legal, económico, organizacional, cultural y geográfico), la aceptabilidad, el efecto y las consecuencias de los servicios de salud. Limitaciones que se derivan de las deficiencias tecnológicas y administrativas del sistema, así como de los conocimientos, actitudes y conductas inapropiadas tanto del personal de salud como de los usuarios.

La estructuración e implementación de un nuevo modelo no desplaza radicalmente al anterior ni logra pronta hegemonía, por el contrario se establecen relaciones de continuidad y cambio que hace del sistema una superposición de intervenciones provenientes de modelos previamente vigentes. Esto le otorga identidad al sistema. Además, a lo largo de la implementación –siempre con limitaciones en su factibilidad y su viabilidad– usualmente se hacen patentes serios desfases, primero, entre el discurso político y la sustentación técnica; luego, entre las intenciones formalizadas y las realizaciones concretas.

En el diseño de los modelos de gestión del cuidado de la salud poblacional primaron los argumentos vinculados con el financiamiento del sistema de salud y con la estabilidad política de la autoridad sectorial frente a los que se originaban en el saber médico-sanitario. Los argumentos morales vinculados con la justicia social estuvieron por lo general ausentes o devaluados. En consecuencia, aun las medidas normativas y administrativas que se tomaban con carácter correctivo no escapaban del marco conceptual impuesto al modelo vigente y menos aún a los cánones del modelo societal hegemónico o dominante; en tales condiciones era de esperar que las mayor parte de estas acciones correctivas no tuvieran los resultados propuestos. La acumulación de desfases irresueltos, explican el hecho que las intervenciones sanitarias nunca alcanzaron logros socialmente satisfactorios, en términos de eficiencia, eficacia y, especialmente, justicia.

Desde el inicio de la quinta década del siglo XX se produjeron en el país avances en el acceso formal a los servicios de cuidado de la salud. Avances que beneficiaron de manera diferenciada a los sectores medios y populares de la población urbana. De esta manera, se manifestaron cambios en la correlación de fuerzas políticas que favorecieron a esos sectores, como producto de concesiones del bloque dominante en situaciones que estos avances eran favorables para sus intereses. No obstante, los avances logrados, persisten en el país amplios bolsones de excluidos del cuidado oficial de su salud, especialmente en la sierra y selva rural, donde el sistema de salud continúa ausente o tiene una presencia muy precaria e intermitente.

En el Perú, al igual que en otros países de América Latina, como parte del proceso de implementación del modelo neoliberal, se sustituyó el sistema intervencionista de cuidado de la salud vigente hasta el año 1992, por un sistema de aseguramiento en salud. El primero en búsqueda de satisfacer de manera universal las necesidades de salud de la población, de acuerdo con los principios del derecho a la salud, fracasó cuando los gobiernos trataron de implementarlo con una racionalidad normativa notoriamente distorsionada por el voluntarismo, el sectarismo y la ineficiencia. El segundo se está constituyendo con la pretensión de lograr la cobertura universal de la demanda efectiva de servicios de salud, de acuerdo con principios neoliberales y del seguro privado aplicados con una racionalidad instrumental (económica). En este sistema de aseguramiento en salud, la cobertura universal sería alcanzada de manera diferenciada en función del nivel de ingresos y situación laboral

de los usuarios, con paquetes de servicios de salud desiguales en capacidad resolutive y calidad de atención.

A la par, se han operado grandes cambios en los mecanismos de gobernanza mundial de la salud, en las últimas décadas las propuestas de un organismo financiero, el Banco Mundial han desplazado las emanadas por la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, la influencia de estos y otros organismos financieros de cooperación externa han incidido de forma relevante en la opinión de los funcionarios y tecnócratas que participan en la conducción y la gestión de los sectores sociales, y han provocado decisiones de política de salud con esperados sesgos en favor de la expansión del mercado privado de salud. La racionalidad economicista orientada por el costo-beneficio se ha convertido en hegemónica en el escenario oficial donde se deciden las políticas sociales. Actualmente, tal como lo comenta el economista Richard Webb,^[21] para definir la prioridad de un tema social en el gobierno, no basta el valor intrínseco de los objetivos sociales: educación, ambiente, democracia, salud, igualdad de ingresos o derechos de la mujer; se exige un visto bueno del economista, quien debe certificar que el objetivo social es, además, favorable al crecimiento económico.

Después de 26 años de la promulgación de la Constitución de 1993, el modelo de aseguramiento en salud impuesto por el Estado Neoliberal, aún no se ha consolidado, a pesar del apoyo explícito de los gobiernos neoliberales, de las fuerzas conservadoras nacionales y de las organizaciones financieras y sanitarias de cooperación externa, así como de las oportunidades creadas por el crecimiento económico del país en esos años. Debemos reiterar que en la organización actual del sistema de salud no solo persiste sino que se ha acentuado la segmentación socialmente excluyente y la fragmentación institucional condiciones que promueven su mercantilización. Estamos ante un sistema caótico, donde se coexisten y a veces se superponen distintos regímenes e instituciones de afiliación, financiamiento, fondos financieros, compradores, proveedores y usuarios. Estos últimos estratificados en pobres, trabajadores de ingresos medios y personas acaudaladas, que tienen acceso diferenciado a los proveedores. Frente a esta situación el Estado se muestra incapaz e inerte de implementar una propuesta de regulación y supervisión aun en los marcos de su concepción liberal, pues si bien se creó una Superintendencia de Salud (Susalud) su eficacia es muy pobre y surgen sólidos cuestionamientos sobre la idoneidad en el cumplimiento de sus funciones y el tipo de interés que realmente gestiona.^[22]

La historia de las respuestas oficiales a los problemas nacionales de salud poblacional solo puede ser entendida o comprendida como parte de la historia de las intenciones y las realizaciones del Estado peruano en sus políticas gubernamentales de progreso o desarrollo socioeconómico del país, en el contexto del mundo occidental. Intenciones y realizaciones que implican la toma de decisiones de las autoridades gubernamentales en el curso de la formulación, la implementación, la aplicación, el control y la evaluación de las políticas

y estrategias pertinentes. Decisiones que, en el caso de nuestro país, se han tomado con una racionalidad instrumental orientada al éxito material (lucro, poder), que se impuso casi siempre a todo tipo de racionalidad práctica moral orientada a un entendimiento consensual (deber). Esto se expresa nítidamente en la primacía y la prioridad de los argumentos político-jurídicos sobre los de carácter científico-tecnológico y, de estos, sobre los de carácter ético-moral en el escenario político oficial, cuando se tenía o se tiene que tomar una decisión en la que estas racionalidades entran en conflicto o en contradicción.

9.4. Conclusiones

- En este trabajo se identifican cinco modelos de gestión pública del sistema oficial de cuidado de la salud poblacional, que estuvieron vigentes en distintos períodos de la historia del Perú republicano. Cada uno de estos modelos inició su formalización e implementación como parte de una reforma general de la organización del Estado, la cual respondía a la necesidad de superar una grave crisis política y económica nacional que ponía en peligro el mantenimiento de las estructuras sociales vigentes en el país. Reforma del Estado orientada supuestamente por una nueva concepción sociopolítica sobre el papel del Estado en la realización del progreso o desarrollo económico y social general del Perú, bajo una racionalidad de carácter instrumental.
- Como parte de esa reforma general del Estado, la sustentación de la creación, la validez y la vigencia de cada uno de esos modelos de gestión del sistema de salud, por lo general, se efectuó utilizando argumentos científicos-tecnológicos, políticos-jurídicos y ético-morales, en el marco de la nueva concepción sociopolítica general adoptada. En este nuevo marco, los argumentos ético-morales, vinculados con la justicia social en salud, siempre estuvieron subordinados a los científico-tecnológicos vinculados con la eficacia médico-sanitaria y estos, a su vez, a los políticos-jurídicos vinculados a los intereses de agentes económicos o de actores políticos que detentaban la administración del Estado con la finalidad de mantener el *statu quo*. En consecuencia, la racionalidad instrumental siempre se impuso a la racionalidad práctico-moral.
- Los ideales de justicia social son utilizados de manera implícita o explícita en el discurso político oficial para sustentar la legitimidad de las transformaciones propuestas por cada uno de los modelos de gestión del sistema de salud. Esos ideales respondían a las concepciones teóricas sobre la justicia, hegemónicas en los países centrales del mundo occidental y promovida en nuestro medio por las organizaciones de cooperación técnica internacional. Particularmente, las concepciones de justicia sobre el sistema de salud surgía de interpretaciones unilaterales y distorsionadas construidas por autoridades y funcionarios gubernamentales y a menudo canalizaban intereses de los poderes económicos y políticos dominantes durante el período sociohistórico correspondiente.

- El enorme divorcio entre la veracidad o autenticidad de las intenciones gubernamentales contenidas en el discurso oficial y las realizaciones efectivas de las políticas de reforma de un determinado modelo de gestión del sistema de cuidado de la salud fue una constante, especialmente en lo que concierne a la búsqueda de la equidad. Adicionalmente, estas políticas de cambio nunca fueron difundidas ni implementadas según lo previsto en las normas legales que las formalizaron, aduciendo razones de factibilidad y viabilidad política y social.
- Visto en perspectiva, las desigualdades en el acceso legal al sistema del cuidado de la salud se redujeron en las últimas décadas, sin que las brechas de cobertura efectiva decrecieran de manera socialmente aceptable. En realidad, ese incremento formal del acceso al sistema, no significó necesariamente la superación de las barreras de acceso a la atención principalmente para los sectores sociales de menores ingresos. Esto se debe a la escasa disponibilidad efectiva de los recursos para salud o a su utilización técnica o culturalmente inapropiada, situación que impacta negativamente en la calidad y la continuidad de los servicios de salud prestados. En consecuencia, las brechas de inequidad al acceso a la atención eficaz, de calidad y culturalmente pertinentes a menudo no se han atenuado y por el contrario parecen haberse incrementado.
- En una primera aproximación interpretativa, esos resultados insatisfactorios son consecuencia de las limitaciones del enfoque sectorial biomédico que las autoridades gubernamentales utilizaron –sin participación significativa de otros sectores y actores sociales– en el diseño e implementación de las políticas de reforma del modelo de gestión, así como en su control y evaluación. Adicionalmente, se debe considerar que cualquiera fuese la racionalidad utilizada en la sustentación de esas políticas su implementación se produjo bajo un contexto de restricciones económicas, políticas y culturales que limitaron o distorsionaron sus logros. A estas restricciones se sumarían otras tantas limitaciones técnicas, administrativas y culturales del propio sistema de cuidado de la salud.
- En una segunda aproximación interpretativa, la historia particular del proceso de cambios tendientes a logro de eficacia y justicia social de los distintos modelos en cuestión, solo puede ser comprendida como parte de la historia general de la implementación de políticas nacionales supuestamente dirigidas a modernizar el Estado y la sociedad peruana, con resultados usualmente insatisfactorios al margen de las distintas concepciones subyacentes. Por lo general, fueron políticas impuestas, desde una racionalidad esencialmente instrumental, por las élites dominantes en su pretensión de administrar el Estado peruano sin afectar, en lo esencial, el carácter patrimonial, fragmentado y excluyente de la sociedad peruana. Es importante señalar que esta lógica instrumental se ha acentuado durante los últimos decenios debido al acelerado proceso de globalización de la economía, la información y la cultura, mediante la cual se ha expandido a escala planetaria un proceso de mercantilización del conjunto de las relaciones humanas.

- En el Perú actual, al igual que en otros países de América Latina, se ha proclamado al aseguramiento de la salud como la estrategia para lograr cobertura universal en la atención de salud. Esta propuesta reposa en el establecimiento de cuasi mercados en la operación de las organizaciones sanitarias, lo que genera la separación entre el financiamiento y la prestación como medio para lograr mayor eficiencia y calidad en la provisión de los servicios de salud, pero que en la práctica tiene como propósito formalizar los mecanismos de mercantilización tanto financiera, como prestacional del sistema de salud. A la luz de lo acontecido durante la última década, la supuesta universalización de la atención lograda por esta vía tiene el enorme costo de consagrar y ahondar las ya profundas brechas de inequidad existentes en la atención de la salud de nuestra población.
- No obstante que el derecho universal a la salud está institucionalizado jurídicamente en el Derecho Internacional. En el Perú es y será siempre una tarea muy difícil, organizar y gestionar un sistema de cuidado de la salud que se oriente de manera auténtica y transparente a la realización efectiva y sostenible de este derecho. Más aún, en la actual situación jurídico-política nacional, debido a que todo esfuerzo gubernamental en tal sentido deberá realizarse dentro de los límites establecidos por el marco del sistema jurídico neoliberal construido a partir de la Constitución de 1993, que al no reconocer a la salud como un derecho humano fundamental, su real ejercicio queda a expensas de los magros recursos públicos pero sobre todo a que en su realización no se vean afectados los intereses de los grupos de poder. Todos los días somos testigos de la oposición, casi siempre exitosa, de los empresarios y comerciantes de la salud a todo tipo de regulación destinada a la protección de la salud de la población y de la calidad ambiental, en tanto ella pueda hacer disminuir la rentabilidad de sus actividades.
- Para diseñar e implementar, una reforma que resulte en un nuevo sistema de cuidado de la salud capaz de alcanzar y sostener logros socialmente satisfactorios en términos de eficacia, rectitud y justicia social y, por tanto, avances sustantivos y auténticos en la realización del derecho universal a la salud, tendríamos que haber ingresado a una nueva situación sociopolítica general, en la cual los actores socio sanitarios actúen con racionalidad consensual. Esta situación por su complejidad, constituye un desafío que debe ser abordado de manera integral, democrática y participativa, en el marco establecido previamente por una política general de Estado que tenga como finalidad el bien común de las generaciones actuales y futuras. Racionalidad vinculada con el supuesto y (con la permanente posibilidad) de un acuerdo nacional auténtico, fundamentado y legitimado –de manera equilibrada y complementaria– en los mejores argumentos científico-tecnológicos, jurídico-políticos y ético-morales expuestos en un debate democrático.

- Esa nueva situación sociopolítica, implicaría la existencia de una sociedad peruana solidaria, autónoma y justa que, habiendo superado su carácter fragmentado y excluyente, considere a las desigualdades sociales, a la pobreza y a la corrupción como las más grandes violaciones de los derechos humanos y, por tanto, problemas inaceptables e insoportables. Es decir, implicaría la existencia de una sociedad moral que hoy día nos podría parecer una utopía igualitarista inalcanzable, antes que una verdad futura. Frente a las dudas razonables sobre la posibilidad de alcanzar esta nueva situación socio-histórica en un futuro previsible, solo queda evocar las palabras del escritor Anatole France cuando afirma que: “la utopía es el principio de todo progreso y el diseño de un futuro mejor”.

REFERENCIAS

1. Seinfeld J. Debatir para sanar. Diario El Comercio. Lima, 23 de noviembre 2017.
2. Ministerio de Salud. Acuerdo Nacional... unidos para crecer. Los objetivos de la Reforma de Salud. Diario El Comercio. Lima, 22 de octubre de 2015.
3. Gonzáles de Olarte E. Distribución, política y moral en el Perú. Revista Argumentos del IEP. 2015; N.º 1, Año 9, marzo 2015.
4. Quiroz AW. Historia de la corrupción en el Perú. Primera edición. Lima: Editorial: Instituto de Estudios Peruanos; 2013.
5. Rodríguez Cairo V. La debilidad institucional en el Perú. Quipukamayoc. Revista de la Facultad de Ciencias Contables UNMSM. 2011;Vol. 19 (36): 83-112.
6. Quintanilla P. Tres caminos para fortalecer instituciones en el Perú. Ideele Revista. 2015; N.º 250. [Internet]. Lima [Citado Mar 10 2019]: Disponible en: [http://revistaideele.com/ideelee>content>tres-caminos-para...](http://revistaideele.com/ideelee/content/tres-caminos-para...)
7. Diaz Albertini J. La insoportable levedad del debe ser. Diario El Comercio, 30 de septiembre de 2020.
8. Giusti M. La crítica culturalista de los derechos humanos. En: Miguel Giusti/ editor. La filosofía del siglo XX: balance y perspectivas. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú; 2000. p. 660-663.
9. Portocarrero G. Opinión: Balance del neoliberalismo: a 30 años de las reformas de libre mercado en el mundo. Diario El Comercio, 10 de agosto de 2013.
10. Jiménez J. Manual. Salud pública en tiempos postmodernos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie: Nueva Salud Pública N.º 6, 2012.
11. Manrique N. Sociedad. Enciclopedia Temática del Perú. VII. Lima: Editorial El Comercio, S/F, p. 28.
12. Sanborg C (editora). La discriminación en el Perú: Balance y desafíos. Lima: CIUP. Universidad El Pacífico; 2012.
13. Comisión de Protección Social. Propuesta de Reforma en el Sistema de Pensiones, Financiamiento, en la Salud y Seguro del Desempleo. Resolución Ministerial N.º 017-2017-EF/10. [Internet]. Lima, [Citado Mar 8 2019]. Disponible en: [http://trabajodigno.pe/wp-content/uploads/2017/11 >...](http://trabajodigno.pe/wp-content/uploads/2017/11/...)
14. Lazo O, Alcalde J, Espinoza O. El sistema de salud. Situación y desafíos. CMP, UPCH, 2015
15. Webb R. Rincón del autor: Un país. Diario El Comercio, 10 de julio de 2016.
16. Economía. Informe de El Comercio-IPE. El costo de unificar la salud. Diario El Comercio, 3 de agosto de 2020, p. 11.
17. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2017 / Ministerio de Salud. Dirección General de Personal de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2017. [Citado Mar 8 2019]. Disponible en: <http://digep.minsa.gob.pe/bibliografica.html>.

18. Soto A. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*. 2019; 36 (2): 304-311.
19. La Contraloría General de la República. Operativo de control «Por una salud de calidad» Lima: LCGR; 2018. [Cita: marzo 8, 2019]. Disponible en: <http://doc.contraloria.gob.pe/documentos/operativos/OP>
20. OECD/The World Bank (2020), Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe. Washigton D. C.; World Bank; 2020,
21. Webb R. Opinión. Profesión: Economicista. *Diario El Comercio*, 3 de diciembre de 2012.
22. Brito P. Los mercados de la Salud y la Salud de los Mercado. Treinta años de mercantilización del sistema sanitario peruano”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración (FASPA). Unidad de Investigación de Políticas y Sistemas de Salud. Septiembre de 2015. Lima.



FONDO
EDITORIAL
COMUNICACIONAL