

La reforma de salud que no fue

Reforma Sanitaria del período 1975-1976



Oswaldo Lazo-Gonzales
Editor

La reforma de salud **que no fue**

Reforma Sanitaria del período 1975-1976



COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
CONSEJO REGIONAL III

JUNTA DIRECTIVA
2018-2020

Dr. Raúl Urquizo Aréstegui
Decano

Dr. Juan René Astuvilca Cupe
Secretario

Dr. Abraham Rodríguez Rivas
Tesorero

Dr. José Carlos Pacheco Romero
Vocal

Dr. Raúl César Alegría Guerrero
Vocal

Dra. María del Carmen Tello Giraldo
Vocal

Dr. José Félix Martín Layten Pazos
Vocal

Dr. Edmundo Alejandro Vargas Laredo
Accesitario

Dra. Julisa Caballero Amado
Accesitaria

La reforma de salud que no fue

Reforma Sanitaria del período 1975-1976

Carlos Bustíos Romaní



La reforma de salud que no fue

Reforma Sanitaria del período 1975-1976/

Primera edición
diciembre de 2019

500 ejemplares

© 2019
Consejo Regional III Lima 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
N.º 2019-18753

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

Editado e impreso 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

Presentación

Es consenso social que nuestro sistema de salud adolece de serías insuficiencias, gran parte de ellas de carácter estructural: segmentación orgánica, desfinanciamiento, débil gestión, entre otras. Esto determina la grave falta de inequidad en el acceso, la orientación asistencialista de sus intervenciones que lo hacen poco efectivo y la baja calidad de la atención que proveen los servicios de salud. Estos males hoy se agravan ante la epidemia de la corrupción e impunidad que corroee nuestro andamio institucional. En este contexto, la reforma de la salud es un clamor desde hace décadas, nos referimos la necesidad de una verdadera reforma de la salud que haga suyos los derechos y las aspiraciones de las ciudadanas y ciudadanos de este país.

No podemos negar que en el transcurso del tiempo se han producido intentos de reforma, el último de ellos de clara orientación de mercado. Por ello es indispensable apelar a nuestra historia sanitaria para aprender de ella, reconocer aciertos y errores. Sin duda entre los mayores aciertos es menester dar la mayor relevancia a la propuesta elaborada por la Comisión Preparatoria de la Ley General de Salud de 1975, por la profundidad del análisis, la solvencia de sus propuestas en sus diferentes dimensiones: política, organizacional, financiera, entre otras, Pero sobre todo por sentar las bases doctrinarias de la salud como un derecho, muchos años antes que aun los organismos internacionales así lo consagraran. Y si bien los cambios en la relación de fuerzas al interior del gobierno de entonces no hicieron posible su aprobación, la necesidad de una reforma basada en el derecho y no en el mercado es una urgencia. Es una bandera que sigue en pie.

Es por lo tanto obligación del Consejo Regional III- Lima, del Colegio Médico del Perú la de dar a conocer la encomiable tarea de un grupo de sanitaristas entre los que destacó el Dr. Carlos Bustíos Romaní, miembros de esta comisión que nos legaron un documento de indispensable análisis, a fin de no volver a cometer tamaños errores. En tal sentido, los esfuerzos del Dr. Carlos Bustíos y del Eco. David Tejada, ambos miembros de la citada comisión, por entregarnos cada cual su valioso testimonio de los debates suscitados y demás pormenores acontecidos en Comisión. De este modo 44 años después, con la serenidad que da el transcurso del tiempo nos regalan sus valiosas reflexiones que, como dice Bustíos, tiene como propósito “evitar su olvido y lo que es más grave su distorsión “. Adicionalmente, el Dr. Lazo Presidente de la Comisión de Políticas de Salud de nuestro Consejo Regional que intenta reflexionar sobre la vigencia de los principios que sustentaron esta propuesta, más allá de la transitoria primacía de las fuerzas del mercado en la atención de la salud.

El Consejo Regional III-Lima del CMP, en su gestión 2018-2019, se siente honrado de publicar y difundir esta obra que testimonia y analiza lo sucedido hace cuatro décadas en la salud pública de nuestro país y que es menester que las nuevas generaciones de médicos y sanitaristas conozcan a fin de no quedar atados por desconocimiento al error de pensar que la reforma neoliberal producida desde el 2009 es la única reforma posible.

Dr. Raúl Urquiza Arésquegui
Decano

Dr. Juan Astuvilca Cupe
Secretario

Dr. Miguel Palacios Celi
Asesor en Salud Pública

Siglas y acrónimos

Caem	Centro de Altos Estudios Militares
Cepal	Comisión Económica para América Latina
CGTP	Confederación General de Trabajadores de Salud
CMP	Colegio Médico del Perú
COAP	Comité de Asesoramiento de la Presidencia de la República
CPLGS	Comisión del Proyecto de Ley General de la Salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
GRFA	Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada
INP	Instituto Nacional de Planificación
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
Minsa	Ministerio de Salud
MSPAS	Ministerio de Salud y Asistencia Social
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SAIS	Sociedad Agraria de Interés Social
Senpas	Servicio Nacional Participatorio de Salud
Sinamos	Sistema Nacional de Apoyo a la Movilización Social
SPT2000	Salud Para Todos en el año 2000
SSP	Seguro Social del Perú
UNFV	Universidad Nacional Federico Villarreal
UNMSM	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Contenido

PREFACIO

<i>Oswaldo Lazo Gonzales</i>	11
------------------------------------	----

INTRODUCCIÓN

<i>David Tejada Pardo</i>	17
---------------------------------	----

CAPÍTULO 1

Aspectos generales	31
--------------------------	----

CAPÍTULO 2

Creación de la CPLGS en un contexto reformista: 1968-1975	33
---	----

2.1. El contexto internacional: 1968-1975	33
---	----

– En el escenario de un mundo bipolar	33
---	----

– En el escenario latinoamericano	35
---	----

2.2. Contexto nacional reformista: 1968-1975	36
--	----

– Antecedentes inmediatos del GRFA	36
--	----

– Inicio del GRFA y su Proyecto Nacionalista Reformista	36
---	----

– El Plan Inca y su instrumentación: 1969-1975	37
--	----

– Apoyo social a la primera fase del GRFA: 1969-1973	40
--	----

– Gestión económica durante la primera fase del GRFA	41
--	----

– Debilitamiento y final de la primera fase: 1974-1975	42
--	----

2.3. Reforma de la Administración Pública Peruana y el Sector Salud: 1968-1975	43
---	----

– La Administración Pública en el Plan Inca y su reforma	43
--	----

– Nueva modalidad organizativa del sistema oficial de salud: 1968-1975	44
---	----

– Hacia la unificación formal de la seguridad social: 1969-1975	46
---	----

– La Escuela de Salud Pública del Perú y el CPLGS: 1968-1975	48
--	----

2.4. Propuestas de reforma del Sector Salud en el Perú: 1969-1975	49
– Antecedentes reformistas en la década de 1970	49
– Propuesta de Integración Funcional del Sector Salud, septiembre 1969	50
– Debate en la orden médica sobre la Reforma: 1972-1973	52
– Plenario Nacional y Primer Seminario del CMP, agosto 1974	53
2.5. Hacia la constitución de la CPLGS: 1973-1975	54
– Reformas en los sectores sociales	54
– Renovado interés de la Alta Dirección del Minsa por la Reforma	55
– Acciones preparatorias	58
– Constitución de la CPLGS, agosto 1975	59

CAPÍTULO 3

La CPLGS en un contexto contrarreformista: 1975-1980

3.1. El contexto internacional: 1975-1980	61
– En el escenario mundial: 1975-1980	61
– En el escenario latinoamericano: 1975-1980	62
3.2. El contexto nacional en la segunda fase del GRFA: 1975-1980	63
– Cambios en la conducción política y el Plan Túpac Amaru	63
– Inicio del desmontaje de las reformas efectuadas en la primera fase	64
– El entorno sectorial del sistema de salud: 1975-1980	66
– Primer Congreso Médico Nacional y la moción de reforma: agosto 1976	67
3.3. Inicio, desarrollo y final de la CPLGS: 1975-1977	68
– Conformación final y funcionamiento de la CPLGS	68
– La primera etapa del trabajo de la CPLGS: octubre 1975-marzo 1976	70
– La segunda etapa del trabajo de la CPLGS:	

abril 1976-febrero 1977	71
– Sustentación de las propuestas en el Consejo de Ministros, febrero 1977	73
– Desactivación de la CPLGS, marzo 1977	74
3.4. Después de la desactivación del CPLGS: 1977-1980	75
– Salud y Seguro Social en el Plan de Gobierno Túpac Amaru, octubre 1977	75
– Apoyo a la Atención Primaria de la Salud: 1977-1980	75
– Creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud, 1978	
– Medicina tradicional y la CPLGS	76
– Creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud, 1978	77

CAPÍTULO 4

Problematización de la salud y propuestas efectuadas por la CPLGS	79
4.1. Problematización de la situación de salud en el Perú: década de 1970	79
– Desigualdades en el acceso a los servicios de salud	79
– Desigualdades en el acceso a los medicamentos	80
– Enjuiciamiento del modelo oficial del sistema de salud por la CPLGS	81
– Informe especial sobre clínicas privadas	82
– Informe especial sobre medicina tradicional	83
4.2. Doctrina sanitaria en el Informe de la CPLGS, 1976	84
4.3. El Modelo Global de Salud en la propuesta de la mayoría	87
4.4. Posiciones discrepantes sobre aspectos específicos del Modelo	91
4.5. Medidas de conversión hacia el nuevo modelo	92

CAPÍTULO 5

Reflexiones después de 44 años de la creación de la CPLGS95

5.1. Sobre el origen y la autenticidad de las propuestas95

5.2. Los grandes cambios contextuales y las continuidades en Salud97

5.3. Reflexiones finales100

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTARIAS103

ANEXOS

Anexo 1. Doctrina sanitaria.....105

Anexo 2. Información sobre los miembros de la CPLGS113

Prefacio

El sistema de salud peruano se asemeja a 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”.¹

Este producto generado por segmentos que van en correspondencia con los estratos socioeconómicos de una sociedad marcadamente inequitativa y excluyente que, antes de ganar en solidaridad y justicia, la pierde aceleradamente. De un lado, el segmento público, conformado a su vez por diversas estructuras sanitarias que recién logran cierto ordenamiento a través de las reformas organizacionales realizadas por el Ministerio de Salud a fines de la década de 1950. Subsiste desde siempre, carente de orientación y recursos. Es una clara expresión de la escasa voluntad del Estado por cumplir su condición de garante de la salud de la población.

El seguro social, inicialmente compuesto por dos instituciones diferentes, como manifestación de nuestra atávica estratificación social que, vale precisar, habiéndosele creado como un fondo de financiamiento: la primera fue la Caja Nacional de Seguro Social, creada en 1936 como un fondo de financiamiento previsional, que devino en una red prestadora de servicios siguiendo las recomendaciones que señalaban que el “seguro debía construir su propia infraestructura”, a diferencia del seguro social chileno “que no tuvo necesidad de construir hospitales porque dispuso de los establecimientos de la beneficencia pública chilena que cubría todo el país”. Recomendación que determinó determinó la formulación de un Programa de construcción de hospitales del seguro social.²

Sin ánimos de hacer historia contrafáctica cabe preguntarse cuán diferente hubiese sido el devenir de nuestro sistema de salud, si esta nueva red de establecimientos de salud no se construía al margen de la red hospitalaria de la beneficencia y, en la medida que se trataba

1. Lazo O y col. El sistema de salud en Perú. Colegio Médico del Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2016.

2. Bustios C. La Salud Pública, la Seguridad Social y el Perú Demoliberal (1933-1968), Concytec, 2005 p. 238.

de un bien público, el Estado y la sociedad civil, debidamente representada, asumían la conducción del segmento público, como finalmente lo hizo 30 años después. Sin duda se habría dado un gran paso en la construcción de la ciudadanía en salud. Igualmente, desde mucho tiempo atrás se habían creado las sanidades de las fuerzas armadas y policiales, cada una de las cuales construyó su propia red de servicios, por lo general, de escaso alcance y limitada capacidad resolutive. En el segmento privado, bastante débil y sumamente diversificado, predominaba el ejercicio médico privado diseminado en miles de unidades productoras, los conocidos consultorios privados. Adicionalmente, emergía el sector empresarial básicamente en el campo prestacional, complementado por la operación de algunas clínicas representativas de las colonias extranjeras afincadas en el Perú, todo esto básicamente en Lima. Es obvio que el mercado privado de la atención de la salud tuvo un escaso dinamismo durante esta etapa.

El año 1968, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social adopta su actual denominación de Ministerio de Salud, en un intento de dotarse de atribuciones de gobierno o rectoría sobre del conjunto del accionar sanitario nacional cualquiera fuese su naturaleza, pero debido a la hegemonía del modelo desarrollista que equiparaba desarrollo a crecimiento económico, casi siempre se termina priorizando la actividad productiva sin sopesar las consecuencias que esta acarrea sobre desarrollo humano y social. Si a esto se suman la débil institucionalidad de la función salud y las escasas capacidades tecnopolíticas para el ejercicio de gobierno se tuvo como resultado un Ministerio de Salud endeble para ejercer su función rectora. Aun en la actualidad el ejercicio de la función rectora del Minsa resulta, con mucho, una vana pretensión.

En suma, a fines de la década de 1960 encontramos un sistema de atención de salud caracterizado por su segmentación excluyente, fragmentación institucional y limitadas capacidades de gobernanza, no precisamente muy democráticas, pero sí altamente burocratizadas; situación que prácticamente se mantiene hasta nuestros días. Este sistema de salud exigía profundas reformas para avanzar por la senda de la universalidad, equidad y calidad, asunto que cobra la atención y preocupación del sanitarismo nacional. Se trata de un grupo de sanitaristas, inconformes con la deplorable situación sanitaria en un contexto de masiva pobreza e inequidad social, pero altamente motivados y comprometidos en acometer los impostergables cambios que requería el sistema de salud.

Entre ellos hubo gestores y académicos, procedentes de varias generaciones y diversas disciplinas, muchos de ellos se formados fuera del país y embebidos de la gran reforma

3. Este país pese a ser cuna del pensamiento liberal tuvo el mérito de poner por delante la condición de ciudadanía, por lo tanto de derecho universal a la salud en la creación de su sistema nacional de salud, que sería inspiración de múltiples procesos de reforma sanitaria que pese a los grandes cambios operados en el contexto mundial siguen vigentes.

sanitaria universalista realizada en el Reino Unido y que diera lugar a la creación del *National Health Service* (NHS), luego de culminar la segunda guerra mundial.³ En suma, se había conformado una *intelligentia* capaz de desarrollar un pensamiento sanitario genuinamente enraizado en los problemas de salud del país, pero que con mirada amplia acogía los avances generados en el campo de la salud a nivel mundial.

Esta corriente sanitaria contribuyó significativamente al conocimiento de la realidad sanitaria y al análisis y formulación de propuestas de política de salud que se expresó y difundió en los tres Congresos Nacionales de Salud Pública realizados durante la década de 1960 y que congregaron lo mejor del pensamiento sanitario nacional. Estos congresos fueron espacios especialmente importantes e inéditos en nuestra historia sanitaria que permitieron la construcción de consenso respecto de la necesidad de una reforma de la salud, aunque la materialización de la propuesta tuviese que esperar a la siguiente década al no encontrarse mayor apoyo en el gobierno de turno.

Es recién a mediados de la década de 1970 que se abre una ventana de oportunidad. En efecto, el régimen militar de facto, instaurado en 1968, rompe con las tradicionales aventuras golpistas de caudillos militares tan frecuentes por entonces para acometer un conjunto de reformas económicas y sociales que a la postre reconfiguraron el escenario social de Perú. Este élan reformista fue oportunamente aprovechado por aquellos grupos de sanitaristas en búsqueda de cambios en la estructura sanitaria en busca de cambio, en salud, para promover la conformación de una comisión encargada de elaborar el proyecto de Ley General de Salud que contuviese la ansiada reforma sanitaria.

El doctor Carlos Bustíos, insigne sanitarista peruano y protagonista miembro de esta comisión da cuenta del sesudo trabajo que por más de un año congregó a un grupo de multidisciplinario de alto nivel, en la elaboración de la propuesta de reforma, pese a que luego devino en dos propuestas radicalmente diferentes. Bustíos imbrica finamente su testimonio vital y vívido, de activo constructor y operador de consensos, con el análisis tanto de las bases doctrinarias que cimentaron la propuesta, como de los actores e intereses en juego en esta arena política, así como de los vaivenes de la macropolítica que contextualizaron este proceso. Bien podría tomarse como un pulcro caso de análisis de política pública a ser utilizado en la docencia, salvo que lo sucedido finalmente no fue una disquisición académica sino la frustración de la esperanza de muchos en avanzar hacia un sistema de salud más justo y solidario. A su vez, otro integrante de la comisión, el economista David Tejada nos ofrece su experiencia personal como participante de la comisión desde una perspectiva testimonial casi coloquial, pero igualmente reflexiva sobre este corto pero denso periodo de nuestra historia sanitaria. Tejada esboza una mirada complementaria a la que nos presenta Bustíos.

Como se conoce, la comisión contuvo en su seno importantes diferencias que respondían a perspectivas políticas y aun ideológicas. El fortalecimiento de la función rectora del Minsa, principalmente en su capacidad de regular el comportamiento del conjunto de actores y agentes productores de bienes y servicios para la salud, sean estos públicos o privados, fue vista como una medida atentatoria del libre mercado. De igual manera, *la creación del Servicio Nacional Participatorio de Salud*, fue señalada como el intento de establecer un modelo socialista de atención de salud a la manera del cubano. En síntesis, la posibilidad de unificar el segmento público del sistema de atención: Ministerio de Salud, Seguro Social, y demás dependencias sanitarias de otros sectores estatales, enervó los ánimos de la derecha médica que se opuso tajantemente a esta medida a través de su presencia en los órganos de dirección del Colegio Médico del Perú y el Seguro Social de aquel entonces. Era obvio que se ponían en juego importantes intereses corporativos, gremiales y de clientelaje político.

Finalmente, el cambio en las relaciones de poder sucedido con el desplazamiento del sector reformista del Gobierno militar, inclinó la balanza hacia un sentido opuesto a los cambios y finalmente se aprobó y elevó a rango de ley la iniciativa presentada en minoría y que proponía la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Esta propuesta descansaba en la pretensión de gobernar al sistema apelando a la coordinación y concertación sectorial, cuarenta años después, la realidad sanitaria del país habla por sí sola del fracaso de esta aventura. En esencia, la propuesta de la minoría era tan solo una apariencia de cambio que utilizó la conocida política gatopardista: “Si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie”.⁴

En las cuatro décadas transcurridas, se ha producido un acelerado proceso de globalización de un modelo societal inspirado en el pensamiento neoliberal que ha impactado, casi siempre de manera negativa, en los países de menor desarrollo. En el Perú, tras la debacle del modelo cepaliano de industrialización por sustitución de importaciones y la profunda crisis global de la década de 1980, se impuso el neoliberalismo a través de un conjunto de reformas económicas y sociales destinadas a desmontar los resabios del estado de bienestar. Fueron medidas orientadas en último término a promover la expansión y crecimiento de la economía de mercado, cuanto menos regulado mejor.

En esta orientación, se privatiza gran parte del aun frágil sistema de protección social, principalmente mediante tres medidas: la privatización del sistema de pensiones, la privatización parcial del seguro social en salud y la implementación del aseguramiento. Finalmente, antes de terminar el primer decenio del nuevo siglo, se adopta la reforma financiera de la atención de la salud bajo la modalidad del “aseguramiento universal” y,

4. En alusión a la novela de Giuseppe Tomasi di Lampedusa, *El gatoparto*.

como no podía ser de otra manera, con el aval político y soporte técnico de varias agencias financieras internacionales. Es obvio que la salud de la gente no importaba, por lo tanto la reforma de la atención de la salud podía esperar; sin embargo, lo que no podía esperar era la dinamización del mercado privado de la salud. Literalmente, se puso la carreta delante de los caballos. Asimismo, se promueve la implementación de experiencias de gestión del *mix* público-privado de manera similar a lo que sucedía en otros sectores económicos y sociales. Cabe señalar que esta propuesta reposa en el axioma liberal de la ineficiencia –al parecer intrínseca– de la gestión pública a contrapelo de la virtuosidad de gestión privada.

Este año se recuerda el décimo aniversario de la promulgación de la Ley del Aseguramiento Universal, complementada por un extenso paquete normativo emitido en 2013. A la fecha y a la luz de las evidencias, no es posible recabar éxitos sanitarios atribuibles a estas medidas. El sueño de los conductores del “aseguramiento universal” de mejorar la eficiencia del sistema de salud creando unidades de compra de servicios en cada organización de salud de nuestro fragmentado sistema, se transformó en la pesadilla que incubó una de las más importantes maquinarias de corrupción.⁵

Si bien en los últimos años se observaron mejoras en los indicadores de salud, principalmente del niño y la mujer, estas se deben a múltiples factores sociales entre ellas la atenuación de la barrera económica producto de la implementación del SIS, que ha posibilitado el acceso a la atención de estos grupos altamente vulnerables. No obstante, fue justamente esta medida que, al promover un importante incremento de la demanda, puso en evidencia la incapacidad de respuesta de nuestro sistema de atención. Dicho en otros términos, la histórica segmentación del sistema de salud, nos encontró inermes ante la aluvional demanda producida por la masiva afiliación, de modo que la carga de la atención descansó exclusivamente sobre los débiles hombros de los servicios públicos de salud que ya venían operando a nivel de la subsistencia tras décadas de abandono.

Veamos algunas evidencias, se estima que, a la fecha, el Estado peruano asigna 650 dólares per cápita en salud, casi un tercio de lo que invierte Chile, sin embargo los expertos muestran poco optimismo de que se pueda lograr un incremento sustantivo de recursos, supuestamente a causa de lo acotado del espacio fiscal, pero usualmente olvidan señalar que las exoneraciones tributarias le cuestan al fisco enormes sumas,⁶ y que los costos de la corrupción que alcanza cifras igualmente descomunales.⁷ Adicionalmente, las anteojeras ideológicas impuestas por el neoliberalismo impiden la creación de impuestos destinados a salud, medida de política recomendada por la OMS y otros organismos internacionales. Todo indica que nuestro sistema público de atención está condenado a un periodo de

5. La punta del iceberg de la corrupción en salud hizo pública en 2017.

6. La Sunat estimó el monto de 17 240 millones de soles para 2018.

7. El contralor de la República señaló que a 2019 la corrupción le cuesta al país 17 000 millones de soles.

aceleración de su entropía con serio riesgo de descomposición. Será muy malévolo preguntarse si esta situación no responde a una política conscientemente diseñada para lograr este fin.

En este poco auspicioso panorama social y sanitario es menester rescatar del olvido el encomiable esfuerzo realizado por la comisión de Reforma de la salud de 1975, conocer y analizar la propuesta de creación de un sistema de salud realmente universal, que sintetizó lo mejor del desarrollo conceptual y práctico del sanitarismo peruano a este momento. Pero, sobre todo, es imperativo ratificar que la reforma sanitaria que permita plasmar a plenitud el derecho ciudadano a la salud para todas y todos los peruanos es aún tarea pendiente.

Dr. Oswaldo Lazo Gonzales
Presidente del Comité de Políticas de Salud
Consejo Regional III- Lima, CMP

Introducción

David Tejada Pardo

Nadie mejor que el doctor Carlos Bustíos Romaní para escribir las memorias de la más auténtica e importante propuesta de reforma integral en la historia de las políticas de salud en el Perú. Como bien lo señala el destacado salubrista, devenido en dedicado historiador de la salud pública peruana, la reforma sanitaria contenida en el Informe Final formulado durante quince meses del bienio 1975-1976, “...fue el resultado del primer esfuerzo nacional de carácter interdisciplinario e integral, orientado auténticamente hacia la formulación de una propuesta de democratización del cuidado de la salud, entendida como el camino hacia la realización del derecho a la salud.” Esta extraordinaria experiencia de formación de una política pública, a mi juicio solo comparable en nuestro país a la que dio lugar a la Ley General de Educación de 1972, es lamentablemente poco conocida y valorada por las nuevas generaciones de profesionales y técnicos de la salud en el país.

En 2019 se cumplieron los 48 años de presentada aquella propuesta de reforma integral de salud, resulta pertinente y necesario reflexionar sobre la misma, buscando identificar de manera retrospectiva qué elementos doctrinarios, conceptuales y programáticos mantienen vigencia para el actual debate sobre las políticas de salud. El balance meditado de las lecciones aprendidas de las principales experiencias de transformación de los sistemas de salud resulta muy importante, para que otros no cometan errores innecesarios ni vuelvan a transitar por caminos trillados; pero, sobre todo, para que puedan adoptar mejores decisiones de política basada en evidencias –como está ahora de moda decirlo–, pero sin reducir estas solo a datos cuantitativos y medibles –como sucede más que a menudo– sino, más bien, incluyendo los aspectos cualitativos relevantes, que muchos no siempre los reconocen en su calidad de evidencias válidas ni les otorgan el valor que merecen. Con mayor razón si se trata de evaluar, con el rigor correspondiente, los diversos como frustrados intentos de reforma de salud que se han producido de manera discontinua en estas cuatro décadas y media en el país e, incluso, en nuestra región latinoamericana.

En el caso particular de quien escribe estas líneas, la urgencia de sistematizar las experiencias vividas de reforma de salud la asume como un reto personal y como una responsabilidad para con el país, considerando las tremendas necesidades insatisfechas de salud de

nuestro pueblo y las inaceptables desigualdades que dicha situación genera, reproduce y convalida. Pero más allá de las consideraciones mencionadas, que se justifican por sí mismas, permítasenos explicar una consideración de forma. Como se trata de compartir un testimonio y no de un ejercicio académico, habré de escribir algunas partes de este artículo en primera persona, lejos del lenguaje impersonal y pretendidamente objetivo del científico o del tecnócrata. Nunca lo he hecho antes, por el prurito elemental que aconseja la modestia y la prudencia. Lo hago ahora porque el tiempo pasa acelerado y mucha juventud se va acumulando sin retorno, por lo que considero mi deber empezar a transmitir en primera persona esta faceta de mi andadura por la vida, tanto a las nuevas generaciones como a quienes tienen interés en tomar en cuenta los caminos recorridos por otros.

Lo cierto es que he decidido asumir la responsabilidad de empezar a contribuir con algunas reflexiones –por ahora iniciales– al insuficiente debate sobre las políticas públicas sociales y la reforma de salud en el país, a partir de la sistematización preliminar de la vasta experiencia que he podido acumular en más de cuatro décadas de participación directa, si bien intermitente, en la formulación, aplicación y evaluación de políticas públicas sociales y de salud. Camino que he tenido la suerte de recorrer no solo en el Perú sino en varios países de América Latina, en particular México y Bolivia. No solo trabajando en diferentes responsabilidades de gobierno, incluyendo el haber sido viceministro de Salud, sino en la cooperación internacional, como responsable de los programas de salud de Unicef México y asesor senior de políticas sociales de la Representación de Unicef Bolivia. También actué como asesor sobre temas de reforma de salud de cuatro ministros de salud en Bolivia y en Perú. No solo he estado vinculado con la academia, como profesor universitario de temas de salud, economía, planeamiento y políticas públicas, sino en la dura arena de la lucha política partidaria que incluyó ser responsable de Plan de Gobierno y asesor de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social del Congreso de la República. Se trata, entonces, de responder positivamente a un imperativo ético que, por insoslayable, me obliga desde el punto de vista intelectual y moral.

En mi trayectoria profesional en el campo de la salud, he tenido la inmensa suerte y el gran privilegio de haber sido protagonista directo en tres procesos de reforma de salud, dos en el Perú y uno en Bolivia. La primera experiencia fue el haber pertenecido a la Comisión Nacional, formada en agosto de 1975, como miembro ejecutivo y responsable de la Subcomisión de Aspectos Económicos de Salud. Era, en esa época, un joven economista de apenas 23 años de edad, con dos años de trabajo como funcionario del entonces Instituto Nacional de Planificación (INP), entidad a la que ingresé apenas llegado al Perú, después de haber estado preso en el Estadio Nacional de Chile como consecuencia del golpe de

estado del general Augusto Pinochet contra el presidente Salvador Allende. Me encontraba concluyendo mis estudios de economía en la Universidad de Chile, después de haber solicitado mi traslado desde Washington D. C., donde me gradué del *Walter Johnson High School* (Bethesda, Maryland) e inicié mi carrera de economía en el *Montgomery College*.

Tremenda responsabilidad la que asumí al ser nombrado miembro ejecutivo de la Comisión Nacional y tener el insólito y extraordinario privilegio de participar y alternar diariamente, por cerca de quince meses continuados, con los más destacados salubristas del Perú, profesionales especializados en políticas de salud y eminencias de otras disciplinas sociales, la gran mayoría de los cuales más que me doblaban en edad y, ni que decir, en experiencia profesional y política acumulada. Eran miembros de la Comisión el filósofo y educador Walter Peñaloza Ramella; el psicólogo y educador Leopoldo Chiappo Galli; el reconocido demógrafo y economista Juan Wicht Rossel; y el abogado Manuel Delgado Bedoya, entre los más renombrados. Destacaba por su compromiso político militante el doctor Antonio Meza Cuadra, médico pediatra. El único politólogo era Manuel Bernal Alvarado y el único economista de la Comisión Nacional era quien escribe estas líneas. Demás está decir, que esa experiencia fue para mí más que el mejor postgrado formal universitario y, de facto, un doctorado en políticas sociales y en salud pública.

Debo reconocer que este poco usual y no convencional proceso de aprendizaje en la Comisión Nacional, en el marco de una intensa deliberación interdisciplinaria y un alturado –y, a veces, apasionado– debate de concepciones doctrinarias e ideas políticas contrapuestas con la crema y nata de los especialistas de salud y temas sociales del país, marcó para siempre mi trayectoria profesional y técnica. A pesar de mi juventud y escasa experiencia laboral, los otros miembros titulares de la Comisión me trataron de “igual a igual”, sin asomo alguno de paternalismo y jamás me hicieron sentir ni menor ni inferior a ninguno de ellos. Recuerdo ahora las intensas discusiones y acalorados debates con el doctor José Barsallo Burga y, sobre todo, con el doctor Alfredo Chirinos Rebaza, que eran lo voceros más connotados de una posición diferente a la nuestra. La confrontación alturada y rigurosa de ideas contrapuestas la mejor forma de aprender, formar un criterio auténtico y, lo más relevante y difícil, pensar y argumentar con “cabeza propia”.

Agradezco que haya sido así porque, viéndolo retrospectivamente, me permitió elaborar con mayor autonomía mis propias concepciones sobre los problemas sociales y de salud, sin los cartabones e impostaciones propias de la enseñanza formal académica. El tipo de formación universitaria que prevalece en el país muchas veces no forma –sino, más bien, deforma– al tratar de reproducir, o repetir acríticamente y por oleadas (de modas vigentes que pasan antes de entenderse a plenitud), marcos teóricos, conceptuales y operacionales

surgidos de otras realidades y tradiciones académicas y culturales. Sin duda, la composición interdisciplinaria de la Comisión Nacional contribuyó a que sus integrantes tuviéramos nuevos elementos para intentar trascender a las limitaciones y sesgos propios de cada una de nuestras profesiones, incluyendo las “anteojeras” concomitantes a la prolongada praxis sectorialista, centralista y burocrático administrativa que siempre caracterizó a nuestra Administración Pública. Identificar, describir, analizar, interpretar y, en general, pensar e interpretar integralmente los problemas y sus soluciones no es nada fácil; nunca se logra a cabalidad aprehender la realidad y lo que se alcanza son tan solo aproximaciones sucesivas, no siempre acumulativas, con menor o mayor grado de pertinencia y concreción.

No solamente fue la composición interdisciplinaria del Comisión Nacional la que nos permitía un abordaje más integral de la realidad sanitaria o, como se decía en esa época, del “estado y situación de salud”, que ahora se simplifica como el “análisis de situación de salud”. Era evidente, además, la atmósfera abiertamente cuestionadora de la época, eso despertó, sin duda, el pensamiento crítico y la disposición de no sujetarse a ninguna receta preconcebida ni a moda intelectual predominante, menos si esta venía del extranjero y de los países altamente desarrollados. Había que trascender la dependencia intelectual, la cultura de dominación y el colonialismo mental que nos ataban a los centros hegemónicos del poder mundial.

Ese contexto nos estimulaba, por cierto, a lograr mejores articulaciones intersectoriales en nuestra propuesta, mayor participación multisectorial en las intervenciones y, sobre todo, pensar la dimensión transectorial de los múltiples factores, variables y determinaciones intervinientes en la comprensión y evaluación de la realidad que aspirábamos a transformar. No por casualidad, el Informe Final, que debió servir para fundamentar un proyecto de nueva Ley General de Salud, fue el producto del intenso trabajo de los 14 miembros ejecutivos a tiempo completo y cinco miembros consultivos que integraron la Comisión Nacional nombrada para tales efectos, contando con la colaboración temporal de 350 profesionales de distintas disciplinas. Como bien nos lo hace recordar el doctor Bustíos, la Comisión “...recibió para el cumplimiento de dicho encargo (el Informe Final) el apoyo bibliográfico y documentario de 146 instituciones estatales y no estatales...” El debate de la Comisión trascendió a parte de la opinión pública y a los gremios de la salud por intermedio de los medios de comunicación de masas, especialmente la prensa escrita. Sin duda, el esfuerzo de la Comisión Nacional constituyó el corolario final de una etapa de profundos cambios estructurales en el país, que clausuraron definitivamente el prolongado ocaso del poder oligárquico y abrieron las compuertas a la voz y demandas de gran parte de los grupos sociales que fueron secularmente excluidos en la sociedad peruana.

Como nos lo hace recordar el trabajo del doctor Bustíos, la propuesta de mayoría del Informe Final de la Comisión Nacional no se pudo traducir en una nueva Ley General de Salud. Factor decisivo de ese fracaso fue, sin duda, el cambio de orientación ideopolítica del régimen militar que, en su segunda fase dirigida por el Gral. Francisco Morales Bermúdez, congeló las reformas del velasquismo y las empezó a revertir de manera sistemática. La correlación de fuerzas políticas y económicas había cambiado sustancialmente en los planos internacional y nacional. Esta crisis económica mundial echó al traste la primacía del enfoque keynesiano en economía, inauguraba la larga agonía del Estado del Bienestar en Europa y, en nuestra región, colocó en crisis terminal la estrategia económica promovida por la Cepal (Comisión Económica para América Latina) de la ISI (“industrialización sustitutiva de importaciones”), el mismo que –dicho sea de paso– sirvió de inspiración primaria del modelo “nacional desarrollista” del gobierno del general Velasco Alvarado.

Por esos años, el monetarismo de Milton Friedman iniciaba su reinado con los *Chicago Boys* en el Chile de Pinochet, inaugurando el primer experimento de aplicación en el mundo del pensamiento neoliberal, a la escala de modelo de desarrollo para toda una nación.

La coyuntura política de agotamiento del impulso reformista del Gobierno Militar, así como el inicio de la crisis económica derivada de factores externos, ciertamente incidieron de manera negativa para lograr la aprobación de la Ley General de Salud, tal como lo había formulado la posición de mayoría de la Comisión Nacional. Pero sería un error quedarse en ese nivel de análisis. Hubo otros dos factores más de fondo que deben ser considerados.

El primer factor era la consecuencia lógica de un proceso de cambios surgido “desde arriba”, propia del carácter centralizado, vertical, y autoritario del estamento militar, que era proclive a considerar con gran desconfianza la movilización autónoma de las organizaciones sociales de base, que casi siempre es vista como caótica y fácil de salirse “fuera de control”, visión que se acerca mucho a la manejada la tecnoburocracia profesional y técnica.

El segundo factor, no siempre aquilatado, que incidió de manera negativa en la aprobación de la reforma de salud, era propio de la naturaleza “nacional desarrollista” del proyecto militar, donde los cambios estructurales de carácter económico tenían clara prioridad sobre las reformas sociales, salvo el caso particular de la reforma educativa que era considerada como un requisito indispensable para el desarrollo económico nacional. Eso explica por qué las reformas de los sectores sociales propiamente tales se dejaron para el final del proceso, una vez terminadas y consolidadas las reformas en el ámbito económico, consideradas como estratégicas para la superación del subdesarrollo. Es decir, la política social era vista como una consecuencia directa de las políticas económicas y lo social se entendía básicamente

en clave económica. Por eso también la alta prioridad que tenía, en esa óptica, la reforma educativa como el eslabón articulador más evidente y reconocido entre lo económico y lo social.

A mediados de la década de 1970 todavía no se había establecido con claridad la importancia de la salud para el crecimiento económico y, en general, su contribución a las tareas del desarrollo. Se hablaba del círculo vicioso del subdesarrollo y de la enfermedad, en el sentido de la mutua causación entre ambos: a más subdesarrollo más enfermedad, y viceversa. Este argumento era una derivación para el campo de la salud de la famosa relación que estableció el economista sueco Gunnar Myrdal entre pobreza y subdesarrollo en su famoso libro *El Drama Asiático*: la “causación circular acumulativa”. Si bien a mediados de la década de 1960, economistas de la Universidad de Chicago, como Gary Becker y Theodore Schultz, empezaron a elaborar la teoría neoclásica del “capital humano”, su aplicación se refería más que todo a la educación. En esencia, se trataba de considerar a la educación y a la formación como inversiones que realizan individuos racionales, con el fin de incrementar su eficiencia productiva y sus ingresos. Esta argumentación era la extensión a las personas de la teoría neoclásica del capital asociado al uso productivo de los activos. Hubo de pasar varios años para que el concepto de capital humano se extendiera a la salud, con lo que pudo argumentarse que el financiamiento de los servicios de salud no eran un gasto corriente sino una inversión social. No fue sino hasta la aparición del Informe del año 1993 del Banco Mundial, con el sugestivo título de *Invertir en Salud*, para que adquiriera relevancia económica positiva el mayor financiamiento requerido para la salud.

Habida cuenta del peculiar contexto transicional entre dos épocas que le tocó vivir a la Comisión Nacional, cuyos rasgos generales acabamos de explicar, cabe ahora preguntarse sobre la trascendencia actual de la doctrina sanitaria, del marco teórico y conceptual utilizado y, en particular, sobre la pertinencia contemporánea de sus principales propuestas. La primera conclusión que resalta, como evidente por sí misma, es la influencia decisiva del contexto político, social, económico y cultural en la viabilidad de un proyecto de reforma de salud. Queda claro que el momento en que se tomó la decisión de iniciar la reforma de salud fue tardío, por haberse dado en el momento de crisis terminal del ímpetu reformista de un gobierno, acosado por la crisis económica internacional, en una situación de relativo aislamiento regional y con crecientes problemas de legitimidad para seguir impulsando su proyecto de transformaciones. Pero, más allá de esa primera constatación, se trata ahora de intentar una respuesta a preguntas como las siguientes; ¿Cuáles fueron los aportes principales y cuáles las limitaciones de la propuesta de reforma integral de salud derivada del Informe Final de la Comisión Nacional constituida en el bienio 1975-1976? ¿Cuál es la

vigencia actual de tales aportes y limitaciones? ¿Qué lecciones de esa experiencia se deben tomar en cuenta hoy en día para quienes quieren reformar de manera integral nuestro sistema de salud?

A mi juicio, el principal aporte de la experiencia del período 1975-1976 fue la capacidad de pensar con autenticidad y “cabeza propia” los problemas de salud del país y sus soluciones. Se trató, huelga repetirlo, de un amplio grupo interdisciplinario de trabajo, con profesionales de gran experiencia y del más alto nivel, que abordó los temas sin ninguna constricción interna y al margen de la participación o influencia de organismo internacional alguno. Había sí un marco de referencia doctrinario y programático: las bases ideológicas del gobierno militar y el denominado Plan Inca, ambos en abierta contraposición al estatus quo vigente y en concordancia con lo más avanzado del espíritu reformista de la época. El carácter explícitamente transformador del régimen permitía un amplio debate abierto y una gran capacidad crítica frente a la realidad nacional que se aspiraba a cambiar radicalmente. A mi entender, destacaron entre varios, los siguientes aspectos que abrían las compuertas de la creatividad y la innovación, inclusive trascendiendo más allá del horizonte cultural e intelectual de la época:

Desde el punto de vista doctrinario y de los marcos teórico y conceptual de análisis:

- Se desarrolló y sistematizó una doctrina sanitaria de 28 Principios de Salud, de avanzada para su época, que se adelantó a muchos conceptos e ideas que recién tomaron cuerpo varios años después. Entre estos principios destacan algunos que se adelantaron a la Declaración de Alma-Ata, que dio lugar a la APS, y a la Carta de Ottawa, que dio legitimidad a la “promoción de la salud”: el pleno reconocimiento de los aportes de la tradición en la atención de salud y el respeto a las variantes culturales (que en esa época se llamaba “medicina tradicional” o “etnomedicina”); la centralidad otorgada a la participación social y comunitaria en todos los niveles de gestión; la autenticidad y creatividad en el enfrentamiento de los problemas de salud que prefiguró la idea posterior de la “tecnología apropiada y apropiable”. Destaca por su claridad y clarividencia el siguiente enunciado de la Doctrina Sanitaria elaborada por la Comisión Nacional, consignado por el doctor Bustíos pero que vale la pena volverlo a transcribir: “Se quiere desterrar la concepción focalista de la salud que ha sido el punto de vista tradicional y que centra el esfuerzo en la enfermedad ya producida y manifiesta, en la necesidad de contrarrestarla, con la casi completa abstracción de los condicionantes múltiples que le han dado origen y con la escasa participación activa de los miembros de la comunidad, que son convertidos así en meros receptores pasivos del servicio de salud. Se quiere desechar la concepción elitista de la salud, que ha transformado sus problemas, aún los más simples, en hechos

complejos que solo un grupo de iniciados puede afrontar y del que los demás quedan excluidos. Se quiere, así mismo, sobrepasar los criterios tecnocráticos que, so pretexto de alta sofisticación, traen como consecuencia la restricción de la atención de la salud a una parte de la población peruana...”

El analista acucioso se dará cuenta que en esos elementos ya estaban contenidos, en potencia y casi tres años antes, los componentes básicos del núcleo conceptual de lo que habría de plantear la Conferencia Mundial de Alma Ata de 1978, que aprobó la meta de “Salud para todos en el Año 2000” y la nueva estrategia denominada “Atención Primaria de Salud” (APS), sin duda un hito en la historia de la salud pública mundial, que marcaría un antes y un después en las estrategias de intervención pública sobre los problemas de salud. Como es conocido, el doctor David Tejada de Rivero en representación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue uno de los dos organizadores del referido evento junto con el doctor Nye Nye del Unicef. El contenido primigenio y transformador de la APS fue sintetizado, cuando fuera ministro de Salud en el período 1985-1986, en los conocidos Siete Lineamientos de Política Nacional de Salud (7 LPNS), en cuya redacción tuve el privilegio de participar directamente. Vale la pena volver a transcribirlos en su primera versión, con el propósito de que se compare como después fueron tergiversados y desnaturalizados, para resignificarlos y así hacerlos inofensivos a los intereses creados del modelo biomédico reparativo y su “trenza de poder”: el hospital tradicional, la tecnología sofisticada (equipamiento, insumos críticos e industria farmacéutica) y la “medicalización” del equipo de salud. A saber:

- Movilización y participación del pueblo organizado en todos sus estratos y a todos los niveles del sistema de salud.
- Descentralización efectiva de los servicios de salud, con delegación de autoridad y de responsabilidad hasta el establecimiento del nivel local más periférico.
- Acciones intersectoriales en el campo de la salud.
- Desarrollo de nuevos enfoques para el enfrentamiento de los problemas de salud.
- Reordenamiento del Sector Salud y sus instituciones.
- Rol rector del ministro, del Ministerio de Salud en el Sector Salud.
- Salud para todos como el objetivo final del Sector Salud, con prioridad en los sectores más pobres y vulnerables.

- No es el tema de estas memorias contar el accidentado recorrido de la APS y de cómo le fueron limando progresiva y definitivamente las aristas más agudas de su

mensaje transformador. Pero en aras de una visión retrospectiva, orientada a la mejor comprensión de los debates actuales sobre la reforma sanitaria, puedo afirmar que los mismos intereses que reformularon la APS son los que condenaron al silencio los grandes avances de la doctrina sanitaria y lo esencial de las propuestas formuladas en el Informe Final de la Comisión Nacional del período 1975-1976. En ambos casos, se trataba de cambios de alcance paradigmático que avanzaban en la crítica radical al modelo biomédico reparativo, huelga repetirlo, basado en la tecnología sofisticada, la “medicalización” del equipo de salud y centrado en el hospital. Con la APS por primera vez se plantea de manera abierta y explícita en la agenda de salud mundial el tema de la determinación social, económica y política de la salud. Y, por primera vez también, la corriente de cambio sanitario vino del Sur y no del Norte, es decir, de los países que recién ganaron su independencia y luchaban por el desarrollo y la construcción de un Estado nacional. Frente a la medicina colonizada de las antiguas potencias imperiales europeas surgía una respuesta alternativa desde los «condenados de la Tierra», esta vez avalados por organismos internacionales como la OMS y Unicef.

Como estrategia de alcance comprehensivo la APS no se agota en los servicios de salud sino que postula la necesidad imperiosa de la articulación intersectorial y las vinculaciones de la salud con el desarrollo social. Además, la APS sostiene que es en el espacio local donde mejor pueden crearse sinergias entre sus postulados, abanderando la gestión descentralizada hasta el nivel más periférico de los servicios de salud que incluye a la propia comunidad y se articula con el desarrollo local. La movilización social, la participación organizada a todo nivel, la articulación intersectorial, la tecnología apropiada y apropiable y la descentralización con transferencia efectiva de recursos y poder, fueron los elementos insolubles que caracterizan el núcleo duro transformador de la APS como estrategia integral de democratización de la salud y de su vinculación sinérgica con el desarrollo social.

La respuesta del modelo biomédico y del *establishment* sanitario no se dejó esperar. El contenido transformador de la APS fue cohibido o tergiversado al punto de desnaturalizarla totalmente como estrategia integral. La primera distorsión de la APS fue considerarla solo como el primer nivel de atención y, en no pocos casos, como medicina de bajo costo y dudosa calidad para los sectores pobres. La segunda gran distorsión fue tomar solo alguna de sus estrategias por separado y no asumirlas todas en su integridad insoluble. Pero la distorsión más sutil y difícil de distinguir fue la producida por su reducción a paquetes de intervención altamente efectivos en su relación con los costos. Se convirtió así en una APS «selectiva» y de «alto impacto»

restringida a programas verticales de bajo costo unitario con énfasis en el primer nivel de atención y con intervenciones «focalizadas» en los más pobres y vulnerables.

El mismo enfoque de la acción intersectorial fue reducido a estrategias de intervención puntuales de gran impacto y bajo costo, orientadas a los grupos más pobres y vulnerables de la población, en particular la madre y la niñez. La tecnología apropiada se entendió como tecnología simple y de bajo costo. La movilización social se redujo a campañas periódicas a escala nacional y regional. La participación se transformó en una forma de conseguir mano de obra gratuita o de muy bajo costo para complementar las acciones de los servicios de salud. La descentralización se circunscribió a la ampliación de la red de servicios con policlínicos, puestos y centros de salud como simples extensiones de los hospitales o completamente subordinados a ellos. La opción preferencial por los más pobres y vulnerables se redujo a un ejercicio de estimaciones del costo y efectividad de un paquete de intervenciones que terminaron siendo «focalizadas» y no universales.

No puede dejar de mencionarse en este análisis la iniciativa Buena Salud a bajo Costo de la Fundación Rockefeller, que hizo conocer experiencias de países que lograron grandes éxitos sanitarios a pesar de tener bajos niveles de gasto per cápita comparado con los países de mayores ingresos. En la misma línea puede ubicarse la llamada Revolución de la Supervivencia Infantil que impulsó Unicef bajo el liderazgo de James P. Grant. En el centro de la misma estuvo el paquete integrado cuyo acrónimo era GOBI, luego complementado con FFF. El paquete GOBI integraba: monitorización del crecimiento del niño sano, terapia de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización. Mientras que el complemento FFF incluía: planificación familiar, educación de la mujer y complementación nutricional. Lo cierto es que el paquete integrado GOBI-FFF no logró aplicarse en la mayoría de los países. Por el contrario, en muchos casos solo se aplicaron de manera masiva la terapia de rehidratación oral y las campañas de inmunizaciones.

- Otro principio que adquiere gran actualidad, por su precisión y vigencia, fue el referido a la relación entre Salud y Seguridad Social como derechos reconocidos: “En nuestra Democracia Social de Participación Plena, el derecho a la salud es parte constitutiva del derecho a la seguridad social –derecho universal y totalizador, cuyo goce debe proteger a la persona humana frente a toda contingencia individual y social que impide su realización plena. La Seguridad Social sin duda dejará de ser, en su conjunto, derecho exclusivo de quienes realizan trabajo remunerado, para, solidariamente, universalizarse a todos los integrantes de la comunidad sin excepción.” (Los subrayados son nuestros). Sin duda, este concepto de seguridad social además de amplio avizora

la superación necesaria de la seguridad social de origen bismarckiano que la asocia al trabajo remunerado estable y a la contraprestación derivada del aporte basado en el salario. Si bien podría decirse que se acerca a la planteado por el Informe Beveridge como seguridad social universal del salud (“desde el nacimiento hasta la muerte”), que diera lugar a la creación del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*) de Gran Bretaña, el financiamiento del Senpas –como se verá más adelante– no estaba en función de los fondos generales del Tesoro Público. En realidad, la Comisión Nacional pensó en un nuevo concepto del financiamiento de la salud diferente y equidistante de los planteos clásicos heredados de Beveridge y la tradición bismarckiana. Podría agregar ahora, cuatro décadas y media después, que se hace imperativo pensar en el aporte no solo por el trabajo en la producción de bienes y servicios económicos sino también por el consumo de los mismos. Esto es, pensar el aporte de las personas tanto como productores como por ser consumidores de bienes y servicios económicos. Como sugería Alvin Toffler, ahora todos somos “prosumidores”, es decir, simultáneamente productores y consumidores.

- Se le otorgaba gran importancia a la devolución y transferencia de los conocimientos a la población de una salud concebida como integral, más allá de los aspectos meramente recuperativos. Se recogía así la crítica de pensadores, como Iván Illich (en su famoso libro *Némesis médica*) y Michel Foucault (*Microfísica del poder*, entre otros trabajos que inciden sobre la “medicalización” de la salud). en el sentido de la expropiación de los conocimientos ancestrales de salud y de la sabiduría popular por parte de los profesionales de la salud, en particular como mecanismos de acumulación de poder de los médicos dentro del “espacio sanitario”. En este sentido, el papel de la educación era clave en la “formación del nuevo hombre”, siendo la salud un “...eje de la nueva sociedad, que contribuirá poderosamente a hacer reales de justicia, participación y solidaridad...” En suma: se reconoce a la Salud como un derecho propio de todos los que habitamos en el territorio nacional. Esto implica no solo el derecho a recibir atención, sino el de participar activamente en los programas y en las acciones de salud que benefician tanto a los individuos como a la comunidad, entendiéndose por tales, las de carácter curativo y también las que tienen como propósito la protección, la difusión y el aprestamiento, que permitan a la comunidad, como conjunto, manejar la salud como un bien común. Ello demanda de todos la toma de conciencia y una permanente y cada vez mayor solidaridad, apoyado esto en una constante transferencia de conocimientos, que se hará en estrecha coordinación con el sistema educativo.” (Los subrayados son nuestros).

Desde el punto de vista de la propiedad, la gestión y los aspectos económicos

- La gran importancia atribuida a la participación social directa y con el mínimo de intermediación posible, a partir de las organizaciones de base más que por la acción individual. De ahí que algunos ideólogos del proceso de cambios la definieran como una “Revolución Participatoria”. La definición final respecto del tipo de sociedad a la que se aspiraba arribar lo dice todo: una “democracia social de participación plena”. La crítica a la democracia representativa y al negativo papel intermediario de los partidos políticos era radical y contundente, manteniendo plena vigencia en la actualidad. No es casualidad, por ello, que la Comisión Nacional de planteara como alternativa organizativo institucional de estructuración de los servicios de salud lo que denominó como el Servicio Nacional Participatorio de Salud (Senpas), con consejos de participación en todos sus niveles, constituidos por representantes de la población a partir de sus organizaciones territoriales, los trabajadores de salud y las organizaciones laborales del Estado.
- La nueva concepción del carácter de la propiedad de los servicios de salud y de los atributos derivados de la misma, como consecuencia de la definición inicial “ni capitalista, ni comunista” adoptada por el proceso de cambios. Esta era la consecuencia de la adopción de una versión radical del humanismo cristiano que, en su versión laica, se denominó “humanismo revolucionario” y que, al final, terminó sustentando una concepción socialista no estatista, denominada ‘socialismo peruano’. Esta versión de socialismo era muy crítica del estatismo, burocratismo, centralismo y verticalismo del socialismo realmente existente en los países del Este, liderados por la extinta Unión Soviética. De ahí la concepción, muy avanzada para su tiempo, de una “propiedad social no estatal”, que se acercaba mucho a la autogestión yugoslava. Tal fue el origen del carácter autogestionario de la Ley de Propiedad Social y que inspiró a la forma de propiedad adoptada por el Senpas, donde la propiedad “...es común e indivisa y corresponde al conjunto Estado y comunidad; es decir, es social en su dimensión total”. De acuerdo a esta forma de propiedad del Senpas, inédita para el país, “...todo los peruanos tendrán derecho a beneficiarse de sus servicios, estando obligados al mismo tiempo a contribuir a su sostenimiento: sin embargo, ningún ciudadano podrá ejercer derecho de usufructo ni de disponibilidad, no siendo posible tampoco la disolución del Senpas con objeto de repartir su patrimonio...” De esta manera, el Senpas se consideraba como un Servicio Nacional donde la comunidad y el Estado se consideraban derechohabientes de una persona jurídica diferente de la pública estatal y de la privada: el patrimonio del Senpas se sujetaba a un régimen de propiedad de Derecho Social.

- La gestión del Sempas, como Servicio Nacional de propiedad social, no podía ser concebida como la tradicional gestión pública vertical y centralista de naturaleza tecnoburocrática. Le correspondía una gestión participatoria y con finalidad no lucrativa, a cargo del Estado y de la comunidad organizada en todos los niveles de gestión, donde los trabajadores de salud participan en la gestión “...como integrantes técnico operativos que hacen posible la prestación de servicios...” El carácter no lucrativo era taxativo: “El Sempas no está dirigido a producir excedentes económicos, pues sus beneficios se traducen en el mejoramiento permanente de la salud de toda la población. En este sentido, la rentabilidad de los servicios será medida en función de su capacidad para prestar a la comunidad un servicio de salud universal, eficiente, oportuno y eficaz, sin cobro directo para el usuario ni interurrencia de factor de índole económico que limite al accesibilidad al servicio”.
- Otra innovación importante, que trascendió al debate de la época, se adelantó a posteriores planteamientos y adquiere ahora una gran actualidad para el debate de la economía política de la reforma de salud, le cupo desarrollar a la Subcomisión de Aspectos Económicos que tuve la responsabilidad de presidir y sustentar. Al respecto, cabe distinguir lo referido al financiamiento, de las políticas sociales en general, de la manera diferente cómo se concibió el problema económico de los servicios de salud. En cuanto al financiamiento lo creativo fue la nueva concepción del Fondo Solidario del Sempas. Lo referente a la manera novedosa de analizar el problema económico de los servicios de salud en general, se explicará en un acápite especial.

En efecto, los fondos sociales proliferaron como gran innovación recién en la segunda mitad de los ochenta en base a la experiencia del Fondo Social de Emergencia de Bolivia, creado el año 1985 como instrumento para mitigar el costo social de la crisis económica y de las políticas de ajuste. Se crearon también en el Perú a inicios de la década de 1990, cuando, después del tremendo ajuste fiscal contra la hiperinflación generada en las postrimerías del primer gobierno de García Pérez, se lanzó el Fondo de Emergencia Social que poco después devino en el Foncodes, que subsiste hasta la fecha. En el caso de Salud existió la experiencia anterior en nuestro país del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, creado el año 1951, que solo financiaba gastos de inversión en hospitales, vivienda y saneamiento. Como se verá a continuación, el Fondo Solidario es también el antecedente más inmediato del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) de Chile, creado en 1979, como ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los recursos estatales destinados a salud, aunque en el marco de un programa de seguros de salud y no de un Servicio Nacional de propiedad social como se concebía el Sempas.

El Fondo Solidario del Sempas no se planteaba como respuesta a una coyuntura de emergencia sino como la confluencia de varios e innovadores tipos de aportes para financiar los gastos operativos y de inversión del Sempas. Su concepción trascendía al enfoque bismarckiano del entonces Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), financiado por el aporte tripartito basado en el empleo asalariado formal. Las entidades jurídicas, entre ellas las empresas, cotizarían de manera proporcional al valor bruto de sus ingresos y no de la cantidad de personal contratado, evitándose de esa manera los juegos contables y las tremendas fluctuaciones que se derivan del cálculo de utilidades de ejercicio (cuando se aporta en proporción al excedente generado) y evitando penalizar como costos para las empresas la creación del empleo. De esta manera, las empresas de mayores ingresos aportarían mayores recursos que las empresas que proveían el mayor empleo, que no siempre son las de mayores ingresos.

De otra parte, los aportes de las personas naturales se calculaban a partir de tasas diferenciales y progresivas, en función de tramos de ingresos. Esto replanteaba el aporte porcentual único de la seguridad social basada en el trabajo: los asalariados de menores ingresos aportarían a tasas menores que los que ganan sueldos más elevados, con lo cual el criterio solidario se ampliaba no solo a los propietarios del capital sino también al trabajo. Junto con los aportes de las entidades jurídicas y personas naturales, confluían en el Fondo Solidario otras fuentes de financiamiento: transferencias del Tesoro Público, endeudamiento externo, donaciones, la inversión-trabajo de la comunidad, además de otras fuentes que señalara la ley. La inclusión de la inversión-trabajo comunitaria permitía valorar el aporte de la población y refutar la argumentación de que los beneficios deben ser proporcionales y estar en correspondencia con la magnitud de los aportes de las personas. No obstante lo anterior, al considerarse la salud como derecho era obvio que el acceso a los servicios no estaba sujeto a barreras económicas o financieras de ningún tipo. Por el contrario, la “concepción integralista y solidaria del cuidado de la salud”, como bien lo consigna el doctor Bustíos, buscaba “...rescatar la salud, como derecho de todos los hombres y mujeres del país, de la trama fría de la oferta y de la demanda que la ha tornado en materia de lucro y de comercio, y que la ha puesto fuera del alcance de las mayorías nacionales.” Nunca más vigentes esas palabras como admonición de lo que es hoy la lacerante situación de nuestra salud mercantilizada, privatizada y convertida en un espacio más de la acumulación del capital.

Aspectos generales

En América Latina y desde inicios de la década de 1960 la reforma de la organización y gestión de la Administración Pública ha sido considerada como un aspecto esencial de la política de desarrollo socioeconómico, especialmente en cuanto es el logro de los objetivos de justicia, eficacia y eficiencia. Paralelamente, se venía produciendo un debate regional sobre la forma de alcanzar esos objetivos de reforma en el campo de las instituciones del cuidado de la salud poblacional; planteándose como opciones límites, el “Servicio Único de Salud” con una integración orgánica institucional y, en el otro extremo, el “Sistema Nacional de Salud” con una coordinación funcional interinstitucional.

Ese debate sobre la “reforma de la salud” comenzó en el Perú tempranamente, con ocasión del Primer Congreso Nacional de Salud Pública (1962), y continuó en los dos siguientes congresos nacionales de salud pública (1965, 1968), aunque sin participación significativa de los profesionales de la salud que cumplían funciones asistenciales. Recién, a partir del año 1972, estos profesionales –especialmente los médicos de la seguridad social y la práctica privada– mostraron un fuerte interés en participar en aquel debate, preocupados por las reformas sociales iniciadas en el país en la primera fase del autodenominado “Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada” (GRFA). Preocupación que se agudizó desde el 25 agosto de 1975, cuando el gobierno militar, conducido aún por el general de división EP Juan Velasco Alvarado, ordenó formalmente la constitución de una comisión que se encargara de realizar “los estudios necesarios de la situación de salud del país y formular el Proyecto de Ley General de Salud que permita lograr una medicina socialmente orientada y al alcance de toda la población”.

Para cumplir con ese encargo se conformó la “Comisión del Proyecto de Ley General de Salud” (CPLGS), que se instaló oficialmente el 10 de noviembre de 1975, un mes después del comienzo de la segunda fase del gobierno militar, conducida por el general de división EP Francisco Morales Bermúdez. Esta Comisión tuvo una composición interdisciplinaria e interinstitucional, y recibió para el cumplimiento de dicho encargo el apoyo bibliográfico y documentario de 146 instituciones estatales y no estatales, así como la colaboración temporal de 350 profesionales de las distintas disciplinas sociales y de salud para la

creación, recuperación y análisis de la información necesaria. Transcurridos quince meses desde su instalación, la Comisión cumplió con el encargo recibido y presentó al Consejo de Ministros, presidido por el general EP Morales Bermúdez, su informe general final.

Los miembros de la CPLGS habían coincidido en el análisis y conclusiones diagnósticas sobre la situación de salud del país, así como consensuado la redacción de la mayor parte de los principios doctrinarios que debían sustentar los objetivos del Modelo de Cuidado de la Salud a ser formalizado por la Ley General de Salud. Pero hubieron tres aspectos del modelo en los que no hubo consenso: su estructura organizativa, su régimen de propiedad y su financiamiento. Por tal razón, el Informe contenía dos propuestas alternativas, una en mayoría y otra en minoría (con dos posiciones singulares), sobre esos tres aspectos. Veinte meses después de presentado el Informe, el Gobierno Militar promulgó el Decreto Ley N.º 22365 por el que creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud, con base en la alternativa propuesta en minoría.

La publicación que se presenta en esta oportunidad, sobre los hechos vinculados con la CPLGS, tiene tres propósitos. El primero, relatar nuestra versión de dichos hechos y las circunstancias contextuales y sectoriales que, en nuestra opinión, determinaron o condicionaron el origen, el desarrollo y los resultados del trabajo de la Comisión. El segundo, socializar lo esencial del contenido del Informe General Final de la CPLGS, especialmente en lo que se refiere a sus aspectos doctrinarios, que constituyen un hito en la definición de los valores y principios básicos que sustentan el proceso de realización progresiva del derecho a la salud en el Perú. El tercero, reflexionar sobre los alcances y las limitaciones de la viabilidad y la legitimidad de toda propuesta de reforma de cuidado de la salud poblacional dirigida a la realización auténtica del derecho de todos a la salud.

El contenido de esta publicación tiene en gran parte un carácter testimonial y está motivado por la obligación personal de evitar que se pierdan en el olvido o, peor aún, se distorsionen los resultados de los esfuerzos de los miembros de la CPLGS para tratar de encontrar respuestas que permitieran garantizar el acceso universal a la salud. Obligación que con el paso de los años se hace más fuerte considerando que en el año 2020 se cumplen 45 años de haberse creado la CPLGS.

Finalizo esta introducción rindiendo mi más sentido homenaje a mis compañeros de la Comisión, especialmente a los que nos han dejado de acompañar en este mundo: José Barsallo Burga, Mario León Ugarte, Antonio Meza Cuadra, César Palomino Toledo, Walter Peñaloza Ramella, Enrique Rubín de Celis, Julio Sánchez Quiroz del Valle y Enrique Vallejos Paulet.

Creación de la Comisión del Proyecto de Ley General de Salud en un contexto reformista: 1968-1975

2.1. EL CONTEXTO INTERNACIONAL: 1968-1975

En el escenario de un mundo bipolar

En lo político, al iniciarse el período 1968-1975, persistía la llamada “Guerra Fría” entre las superpotencias que dirigían los sistemas económicos capitalista y comunista, así como la lucha ideológica entre el liberalismo, la socialdemocracia y el marxismo ortodoxo, en el contexto de un “mundo bipolar”. En la década de 1970, en Vietnam se desarrolla la mayor confrontación militar de la década de 1970; se inicia en 1970 y finaliza en 1975, con la derrota de los ejércitos de Estados Unidos y Francia.

En lo económico, en el segundo semestre de 1973, la economía internacional entró en una grave recesión que se prolongó hasta el final de 1975. El aumento del precio del petróleo, el cual se duplicó entre 1970 y 1973, y se triplicó en 1974, desencadenó la crisis de la economía norteamericana que se extendió a todo el mundo. La inflación se desbordó y la competencia por el control económico mundial se trasladó de los estados nacionales a las empresas transnacionales. La economía mundial iniciaba un reordenamiento tan importante como el desencadenado por la crisis de 1929.¹

Iniciada la crisis económica de 1973, el nuevo director general de la OMS, Halfdan Mahler, alertó al mundo sobre los futuros efectos restrictivos de esta crisis en el financiamiento del cuidado de la salud, así como sobre la urgencia de concentrar esfuerzos en el logro de un nivel de salud que permitiese a todos los pueblos, sin postergaciones ni marginaciones, llevar una vida social y económicamente productiva.

En el escenario latinoamericano

Aspectos económicos y políticos

Según el economista peruano Richard Webb, en los años de la década de 1960, la ortodoxia económica internacional:

*“abogaba por una fuerte intervención estatal en la economía. El Banco Mundial de esa época exigía como requisito para un crédito que el país prestatario tuviera una institución de planificación, y apoyaba a los bancos estatales de fomento de la agricultura, industrias y otras actividades. Por otro lado, no apoyaba ni alentaba el gasto en la educación y salud. Otra influencia importante (en el Perú) fueron las ideas de la Cepal (...) cuyos economistas ayudaron directamente en la creación del primer Instituto Nacional de Planificación (del Perú) en 1962, y capacitaron a los primeros técnicos de esta entidad que guiaron los gobiernos de Belaúnde y Velasco. El economista chileno Pedro Vuskovic, quien dirigía esta capacitación, más tarde sería el ministro de Economía de Salvador Allende”.*²

La fuerte influencia en la política económica latinoamericana con su tesis del “deterioro de los términos de intercambio”, que se plasmó en la propuesta de industrialización por sustitución de importaciones comúnmente conocido como “desarrollismo”. Frente a ella surge la teoría de la dependencia como respuesta y crítica radical a las insuficiencias que ya manifestaba el desarrollismo de la cepaliano. Esta última sustenta la política de confrontación con el capital extranjero en el gobierno socialista de Salvador Allende, en Chile (1971-1973), una política de negociación activa en el Perú durante el gobierno de Velasco y una política defensiva con el gobierno peronista (1973-1974), así como otras expresiones en la línea de regular el uso del capital extranjero. Pero, los fracasos y las caídas de los gobiernos que promovieron esas políticas reactivas determinaron la suerte del enfoque de la dependencia que pronto perdió su predicamento y su gravitación en la Región.³

Por otro lado, en lo político e ideológico, al final de la década de 1970, en medio de la “Guerra Fría”, los grupos dominantes en América Latina se sentían amenazados doblemente. Por un lado, la presencia de una Cuba socialista que, hasta esos años, parecía estar resolviendo los problemas del subdesarrollo; y, por otro, la posibilidad que el incremento de los movimientos subversivos populares nacionales pudiera poner en peligro el orden social vigente. Siguiendo el ejemplo de Sierra Maestra, en Cuba, se encendieron focos guerrilleros en varios países de América. En el Perú, el Ejército de Liberación Nacional, que se levantó en armas en 1963, y, luego el Movimiento de Izquierda Revolucionaria (MIR), en 1965. Estos últimos fueron abatidos en Mesa Pelada..

En esa situación, Estados Unidos apoyó la instauración de regímenes militares de derecha en esta parte de América, en “defensa del orden y el mundo democrático”. El objetivo era evitar el avance de la influencia soviética en América Latina a través de partidos marxistas locales y movimientos guerrilleros apoyados por Cuba. En Brasil, el general da Costa Silva reemplaza en 1967 al general Castello Branco e inicia la “línea dura” de la dictadura militar. En Bolivia, el general Juan José Torres, con un plan revolucionario nacionalista, fue

derrocado en 1971 por el general Banzer, con el apoyo de la derecha boliviana. En Chile, el general Pinochet pone fin a la experiencia de transición al socialismo de Allende, con el cruento golpe de Estado de septiembre de 1973. En el Perú, el general Morales Bermúdez, sostenido por los “institucionalistas” del Ejército Peruano desplaza del poder, en agosto de 1975, al general Velasco, quien ejecutaba un proyecto reformista y nacionalista.^{3,4}

Aspectos sanitarios

En la Resolución A.2. de la Carta de Punta del Este (1961), “Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso”, se recomienda perfeccionar la organización y administración de los servicios nacionales de salud nacionales y locales integrando sus funciones. Atendiendo a esta recomendación, la política de coordinación de la atención médica para las Américas fue formulada en dos reuniones de Ministros de Salud (1963, 1969) y en la XVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS (1968):

“Es indispensable que los Ministerios de Salud promuevan la consecución de instrumentos legales e institucionales para la coordinación efectiva, en lo normativo y en lo ejecutivo... Recomendar a los países que planifiquen en forma amplia y coordinada el sector salud como parte del desarrollo económico-social... Es indispensable y urgente la adopción de sistemas nacionales de coordinación efectiva de los servicios de salud de los Ministerios con aquellos de las instituciones de seguridad social, universidades y otros organismos públicos y privados... Que para ofrecer la pluralidad de servicios preventivo, curativo y social necesarios para mantener la salud y considerando el alto costo...no es posible esperar de momento que una sola institución... esté en condiciones de financiarlo en su totalidad, y de ahí que sea necesario recurrir a un financiamiento multilateral y a una administración coordinada bajo un sistema nacional de salud”

(OPS/OMS, 1972, p. 28)⁵

La difusión de esta política generó en los distintos países un intenso debate, que se centró sobre la reforma de la organización de los servicios, planteándose como opciones límites, 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, manteniendo 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. El Servicio Único de Salud ya existía en la Cuba socialista de Fidel Castro, desde el 1 de agosto de 1961. Años después, el Gobierno socialista de la Unidad Popular de Salvador Allende trataría, sin éxito, llegar al Servicio

Único Estatal de Salud. En 1975 se formalizó la organización del Sistema Nacional de Salud en Colombia, constituida por tres subsectores: oficial, de seguridad social y privado; sin alterar la autonomía ni las estructuras básicas de las entidades componentes.⁴

2.2. CONTEXTO NACIONAL REFORMISTA: 1968-1975

Antecedentes inmediatos del GRFA

En la década de 1960, el proyecto político de la nueva clase media peruana propugnaba una política intervencionista que acabara con la oligarquía, creando instituciones que otorgaran al Estado la capacidad de ejercer de manera efectiva y auténtica el papel de árbitro social en el territorio nacional. Por lo tanto, promovía el cambio de las estructuras sociales y la nacionalización de la economía peruana como medios para superar el subdesarrollo económico-social y la dependencia que el país mantenía con el capital extranjero. Este proyecto fue adoptado por importantes sectores del Ejército y de la Iglesia. Los cuales, en la medida que las tensiones sociales crecían –provocadas por los movimientos sindicales, las invasiones en la formación de barriadas, las tomas de tierras campesinas, las guerrillas del MIR– consideraron necesario y urgente la puesta en marcha de medidas tecnocráticas que impulsaran “desde arriba” el cambio de estructuras sociales, sin que el “principio de autoridad” se viera afectado.

Estas ideas reformistas se vieron fortalecidos por el ejemplo de la revolución cubana, la teoría de la dependencia y el discurso desarrollista de la Alianza para el Progreso. Además, los exalumnos del Centro de Altos Estudios Miliars (CAEM) estaban llegando a los altos mandos del Ejército imbuidos del mensaje de la doctrina del desarrollo y defensa nacional, cuyas bases habían sido propuestas por el primer director del CAEM, el general José del Carmen Marín.

El mensaje del CAEM era muy claro y urgente: “realizar reformas sociales para evitar el desquiciamiento institucional, la lucha de clases y el desarrollo político autónomo de las clases populares” (Marín, 1956; Gallegos, 1960; Mercado Jarrín, 1967).⁴

Inicio del GRFA y su Proyecto Nacionalista Reformista

En los primeros días de octubre de 1968, de manera concordante con aquellas ideas reformistas y en medio de una crisis económica y política –generada por los escándalos de los contratos por el petróleo y de los contrabandos– la Fuerza Armada asume “por la fuerza de la razón y la razón de la fuerza” el poder del Estado, a través del Gobierno

Revolucionario de la Fuerza Armada (GRFA), que tempranamente se declara nacionalista, antioligárquico y antiimperialista, no capitalista y no comunista.

La Fuerza Armada justifica su golpe de Estado en su Manifiesto del 2 de octubre de 1968,⁶ donde denuncia y afirma:

“Poderosas fuerzas económicas, nacionales y extranjeras, en complicidad con peruanos indignos, detentan el poder político y económico, inspiradas en lucrar desenfrenadamente, frustrando el anhelo popular en orden a la realización de las básicas reformas estructurales, para continuar manteniendo el injusto orden social y económico existente que permite que el usufructo de las riquezas nacionales esté al alcance de solo los privilegiados, en tanto que las mayorías sufren las consecuencias de su marginación, lesiva a la dignidad de la persona humana (...)

La acción del Gobierno Revolucionario se inspira en la necesidad de transformar la estructura del Estado... las estructuras sociales, económicas y culturales...; restablecer... el principio de la autoridad, el respeto y la observación de la ley, el predominio de la justicia y de la moralidad...”

(Junta Revolucionaria, 1968).

El golpe de Estado no fue resistido por los partidos políticos y las instituciones de la sociedad civil, aunque el pueblo recibió con escepticismo el mensaje de “transformación” emitido por los militares. No obstante, ante la sorpresa de muchos, el nuevo gobierno, comandado por el general Juan Velasco Alvarado, intentó transformar la sociedad peruana en los términos expresados en el Manifiesto.

Para tratar de lograr esa “transformación” y a partir de una nueva concepción del Estado, el GRFA aplicó entre 1968 y 1975 un Proyecto Nacionalista Reformista, cuyos objetivos eran la superación de la dependencia externa y del orden socioeconómico tradicional, a través de una estrategia que tenía como líneas centrales la socialización parcial de la propiedad de los medios de producción y la participación activa del Estado en la economía.

A diferencia de la intervención tradicional de las autoridades gubernamentales en la economía, el fortalecimiento del aparato estatal era una condición necesaria, aunque no suficiente en el Proyecto, para impulsar un crecimiento firme, autosostenido y menos desigual. Sin alterar radicalmente las bases del sistema económico vigente, las acciones de las autoridades de la primera fase del GRFA pretendían impulsar una reorganización y modernización nacional orientada hacia aquella “transformación”.

El Plan Inca y su instrumentación: 1969-1975

El GRFA asumió que era el representante de la sociedad antioligárquica, tanto de los sectores populares como de las clases medias y empresariales, así como que los problemas de la sociedad peruana solo se podían resolver desde el Estado. En vísperas de asumir el poder, los “coroneles radicales” del entorno de Velasco habían elaborado un Plan de Gobierno, conocido posteriormente como Plan Inca,⁶ estructurado en 31 ámbitos de acción gubernamental. Para cada uno de estos se describía la situación problema y se definía los objetivos y las acciones correspondientes.

Este Plan, fechado el 3 de octubre de 1968, se mantuvo durante varios años en reserva por “razones de estrategia” y solo se dio a publicidad el 28 de julio de 1974 para demostrar que las acciones gubernamentales “obedecían a una programación basada en un plan de largo alcance, coherente y normativo”. En los cursos de Alto Mando del CAEM se formaban, en esos años, los cuadros militares y civiles que iban a ejercer los cargos directivos en las Fuerzas Armadas y la Administración Pública, con el mensaje de que “no hay bienestar sin seguridad, ni seguridad sin bienestar”.^{7,8}

Uno de los ámbitos fundamentales del Plan Inca era el N.º 25, Participación de la Población, cuya situación era caracterizada de esta manera:

- ▶ la casi totalidad de la población está deliberadamente marginada de la solución de los problemas que le incumben;
- ▶ el poder de decisión en todas las actividades de la población está concentrado en minorías privilegiadas que lo usan en su propio beneficio o en el de los grupos de presión;
- ▶ escaso interés de la población por la participación.

Frente a esta situación se proponía un objetivo: “participación activa y libre de todos los hombres y mujeres en las actividades que requiere el desarrollo nacional, sin la influencia de las ideologías importadas”; y cuatro acciones. La cuarta acción era: “crear los organismos necesarios para facilitar la participación del pueblo”.⁶

El aspecto más complejo y contradictorio de la política del GRFA durante su primera fase fue, sin duda, lo referente al apoyo a la participación popular como base para reorganizar el sistema económico y sociopolítico del país. El Gobierno declaraba que se proponía sentar las bases de una “democracia social de participación plena”, promover la autogestión económica y crear una “moral solidaria” en la sociedad peruana, mediante el desarrollo de nuevas formas de propiedad, dirección y distribución de excedentes en las empresas, así como de cooperativas agrarias y otras organizaciones colectivas en el campo. Secundadas

por el surgimiento de organizaciones afines en escuelas, barrios y medios de difusión, tales empresas participativas serían la base de una red institucional que progresivamente adquiriría niveles superiores de integración horizontal y vertical, hasta gestar una nueva estructura de poder y organización estatal. Sin embargo, 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. Estas mantuvieron una estricta centralización de las decisiones políticas, aunque en el discurso enfatizaban la necesidad de “la transferencia progresiva de poder en las unidades institucionales básicas de la sociedad: los centros productivos y los núcleos educativos”.⁹

Además, las formas de participación promovidas por el régimen –por ejemplo, la creación 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 no estaban presentes en el horizonte de la vida nacional”.¹⁰

Por otra parte, desde 1969 y hasta 1974, ejecutando parcialmente las acciones de reforma propuestas en el Plan Inca, el GRFA puso en marcha un vasto proceso de cambios y reivindicaciones nacionales sin precedentes en la historia peruana. Tras intensos debates internos, el GRFA decretó el 25 de junio de 1969 una nueva Reforma Agraria (Decreto Ley N.º 17716). Posteriormente, se nacionalizaron la industria pesquera, las grandes empresas, los servicios de electricidad y telecomunicaciones. Asimismo, se promulgó la Ley General de Industrias y se crearon las Comunidades Laborales, mediante las cuales los trabajadores accedían al patrimonio, a la gestión y a las utilidades de las empresas. En cuanto a la política de empleo, en 1970 se dio la Ley de Estabilidad Laboral, la cual señalaba que tras un período de prueba de tres meses el trabajador adquiere estabilidad en el empleo. También se constituyó el sector de propiedad social, integrado por empresas de trabajadores, que debía contar con apoyo técnico y financiero estatal. A estos cambios se sumaron la reforma bancaria, la creciente presencia del Estado en el comercio externo e interno, la reforma del sistema educativo y la reestructuración de la administración pública. Con relación a los medios masivos de comunicación, en 1974 se procedió a la expropiación de los diarios de circulación nacional.¹¹

Complementariamente a esas 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 acuerdo con este modelo, la primera gran reforma estructural efectuada por el GRFA fue la Agraria, pero esta no tuvo

los efectos económicos esperados. El resultado más significativo de esta reforma fue quizás culminar la desaparición de la oligarquía: “la liquidación no solo de la clase terrateniente tradicional, sino también de la gran burguesía agraria propietaria, fenómeno sin par en América Latina”.¹²

En una mirada retrospectiva, se puede apreciar que la racionalidad política primó sobre la racionalidad económica.

“Se buscó la liquidación de una reconocida fuente de poder político, como en el caso de los complejos agro-industriales, antes que una mejor eficiencia en la explotación productiva”
(Franklin Pease, 2000, p. 77-78).¹³

Asimismo, no obstante la nueva Ley General de Industrias y la aplicación de otras políticas proteccionistas, se estuvo lejos de lograr los objetivos de la reforma industrial. Mucho menos notables fueron, sin embargo, los progresos alcanzados por las Comunidades Laborales, debido a la tenaz resistencia de los empresarios; más aún, lejos de atenuar los conflictos laborales, los acentuó. Cabe destacar, además, que en junio de 1974 el GRFA expidió la Ley de Propiedad Social, que normó la nueva forma de propiedad empresarial considerada prioritaria en la estrategia oficial. Aunque el número de empresas pertenecientes a este nuevo sector no pasaron de 30, el contenido ideológico de esta Ley despertó una feroz oposición conservadora y fue rápidamente anulada al cambiar la correlación de las fuerzas políticas.^{4,11}

Apoyo social a la primera fase del GRFA: 1969-1973

Entre los años 1969 y 1973 los radicales del GRFA habían logrado acumular un fuerte apoyo a su gestión reformista, entre las fuerzas gremiales y populares. Para ello, se había reconocido oficialmente a un gran número de organizaciones sindicales, a la Confederación General de Trabajadores del Perú (CGTP) y a las comunidades campesinas; se crearon las cooperativas agrarias y las Sociedades Agrarias de Interés Social (SAIS), al mismo tiempo que se liquidaba tanto la plantación como la hacienda tradicional. Por otro lado, los partidos políticos tradicionales estaban paralizados, tanto por las críticas gubernamentales y ciudadanas a su mal comportamiento en el pasado inmediato, como por el hecho de que las reformas llevadas a cabo por el GRFA eran las mismas que ellos habían estado prometiendo desde hacía largas décadas.^{14,15}

Asimismo, la Iglesia acentuaba en esos años la orientación reformista de su doctrina social respaldando abiertamente al Gobierno. La Iglesia Peruana había asumido un papel más progresista, abandonando 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, había surgido la Teoría de Liberación, que sería desarrollada por el sacerdote Gustavo Gutiérrez.

Tres meses después del inicio del GRFA, en enero de 1969, la XXXVI Asamblea Episcopal del Perú¹⁶ coincidía parcialmente con el contenido del Manifiesto del GRFA y lo ampliaba, afirmando:

“La resistencia al cambio se manifiestan también por presiones internas: los grupos dominantes luchan por no dejar sus privilegios... los valores individualistas de la sociedad de consumo, determinan la actividad reticente de las clases medias; los sectores populares no logran descubrir sus cauces y el sentido de su participación desorientados ante políticas represivas o ante manipulaciones poco honestas de grupos políticos. Estos sectores, ilusionados falsamente por la propaganda de una sociedad de consumo, con frecuencia solo buscan la promoción individual que les saque de su medio, sin solidarizarse con sus hermanos de clase en una promoción total. La presencia de los cristianos es ambigua, manifestando unos el apoyo decidido a las medidas de cambio, e incluso, exigiendo una mayor radicalización de ellas, mientras que otros pretenden justificar desde su fe, la defensa de sus privilegios, por la carencia de una visión más amplia de la solidaridad basada en el Evangelio” (Asamblea Episcopal del Perú, 1969).

La intención de cambio y las ideas de justicia social señaladas en el Manifiesto y Estatuto y, luego, en las Bases Ideológicas del GRFA eran concordantes con la orientación y el contenido de la doctrina social de la Iglesia que se había expresada en las Encíclicas de Pablo VI y de Juan XXIII. Ello no debía sorprender, en tanto que los líderes del Gobierno Militar habían sido instruidos en esta doctrina social, así como, algunos de ellos, tenían vínculos especiales con las autoridades de la Iglesia.¹⁷

“... Desde su formación en el CAEM por medio de los padres Louis Joseph Lebret y el jesuita Romeo Luna Victoria, estos enseñaron la doctrina social de la Iglesia... Asimismo, algunos de los generales como Leónidas Rodríguez Figueroa, Alfredo Carpio Becerra y José Fernández Maldonado tomaron Cursillos de Cristiandad para formar líderes católicos laicos... Entre 1973 y 1974 nueve de los once miembros del Comité de Asesoramiento de la Presidencia de la República (COAP) eran cursillistas. Los más destacados ministros del gabinete de Velasco habían recibido su educación en colegios dirigidos por órdenes religiosas... También otros tenían vínculos familiares o conexiones especiales con la Iglesia, tales como el general Ernesto Montagne, cuñado del cardenal Landázuri, y el general Pedro Richter Prada, hermano del obispo auxiliar de Piura, posteriormente arzobispo de Ayacucho...”

(Young-Hyun Jo, 2005, p. 188).

Gestión económica durante la primera fase del GRFA

En los primeros años de la primera fase, en medio de esas reformas y luego de la crisis nacional de 1967-1969, la economía peruana estaba en un período de auge general. A pesar de la renuencia inicial de los inversionistas privados y extranjeros ante la experiencia velasquista, el aumento del gasto público y el avance de la estrategia del GRFA posibilitaron que de 1970 a 1974 el PBI global se incrementara a una tasa anual de 6,6%. La subutilización de la mano de obra (desempleo + subempleo) decreció de 52% en 1969 a 44% en 1974, la menor en varios lustros. Pero en el mismo lapso, de manera contraria a esos efectos favorables, la situación de las finanzas públicas se deterioró y el déficit fiscal ascendió de 1,4% a 6,2% del PBI. Se redujo la disponibilidad de divisas y se acentuó los desequilibrios financieros; de 1970 a 1974 la balanza comercial pasó de un saldo positivo a un déficit equivalente a 3,5% del PBI.^{4,8}

En esas circunstancias desfavorables al financiamiento de un gasto público que adquiría nuevas dimensiones, el régimen militar recurrió al endeudamiento interno y externo pese a que ello generó más presiones sobre la balanza de pagos y las finanzas públicas. En el período 1970-1974 la deuda pública externa se duplicó. Pero, desde fines de 1974, el flujo de recursos provenientes del exterior se debilitó y el gobierno comenzó a sufrir serias dificultades económicas y financieras que pusieron en entredicho su política reformista. En 1975, los efectos de la crisis cíclica mundial ya había alcanzado al Perú: los precios de sus principales exportaciones cayeron y las importaciones se encarecieron. El crecimiento económico del país había sufrido una brusca desaceleración y el producto por habitante decreció. Finalmente, los efectos de la crisis petrolera mundial, así como de la conducción voluntarista de la economía nacional, asociada con una conducta política contradictoria, en su afán de controlar la sociedad y mantener su autonomía respecto a ella, hicieron fracasar el Proyecto Reformista Nacionalista del GRFA.^{4,8}

Debilitamiento y final de la primera fase: 1974-1975

Con la aparición de los problemas económicos descritos se intensificaron también los conflictos en el escenario oficial y en el político general. En la cúpula gubernamental estos conflictos habían existido desde el inicio de la experiencia reformista, cuando se desataron enconadas luchas entre los “coroneles radicales”, partidarios de transformaciones más profundas, y los “institucionalistas”, quienes exigían moderar la política estatista, aunque la correlación de fuerzas siempre había sido favorable, con el apoyo de Velasco, a los primeros. Pero, en los primeros meses de 1973 iba a suceder un hecho fortuito, que debilitó el dominio de la fracción radical, el deterioro de la salud de Velasco. Para los “institucionalistas” y

los liberales la inesperada limitación física de Velasco fue una ocasión para cuestionar su liderazgo y evitar que decidiera la transferencia del papel de conductor de la revolución.^{11,18}

A partir de 1974, con la limitación física de Velasco y el inicio de la crisis económica, la correlación de las fuerzas políticas comenzó a ser desfavorable a los radicales. Con la caída de los salarios reales, se reactivaron las huelgas sindicales, que terminaron por romper el esquema político conciliatorio que los trabajadores mantenían con el régimen. Las fuerzas políticas se fueron polarizando hacia posiciones populistas o liberales. Los movimientos sociales rebasan la estrategia gubernamental de establecer un vínculo corporativo con la sociedad; se convierten en los actores sociales y políticos principales desbordando el marco propio de la revolución militar.

El 5 de febrero de 1975, reaparecieron violentamente en el escenario político el Apra y algunos sectores de izquierda con motivo de una huelga policial por incrementos salariales, que hace estallar en la capital un movimiento de saqueo y agresiones a edificios públicos e instituciones vinculadas al Gobierno. Finalmente, el velasquismo se mostraba incapaz, en lo político, de superar las contradicciones internas del equipo gobernante, de contener la lucha por las reivindicaciones populares y de vencer al acoso de los grupos conservadores; y, en lo económico, de enfrentar la crisis cíclica. El desenlace final de esta situación tendrá lugar el 29 de agosto de 1975, con el relevo de Velasco, en la dirección del GRFA, por el general Francisco Morales Bermúdez que lidera a los “institucionalistas”.^{11,14,15}

2.3. REFORMA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PERUANA Y EL SECTOR SALUD: 1968-1975

La Administración Pública en el Plan Inca y su reforma

El Gobierno Militar comenzó a gobernar con el Estatuto del GRFA de 1968, que de facto prevalecía sobre la Constitución en todo aquello que fuera compatible con los objetivos del GRFA. En este sentido, las funciones ejecutivas y legislativas fueron unificadas bajo un solo comando, el poder judicial fue sometido al Ejecutivo, el Presidente del Perú y su sucesión dependía de la Junta Revolucionaria integrada por los comandantes de las Fuerzas Armadas, el Presidente nombraba a los ministros así como a los miembros del poderoso Comité de Asesoramiento de la Presidencia de la República (COAP), el cual además de asesorar al Jefe de Estado, cumplía funciones legislativas.¹⁰

Con relación a la situación de la Administración Pública, el Plan Inca la caracterizaba de la siguiente manera:

- estructura orgánica deficiente, carente de planificación, coordinación y control, lo que origina la centralización y la burocracia;

- ▮ ineficiencia y deshonestidad en la administración pública;
- ▮ procedimientos de administración de personal que responden al favor político y a los intereses de grupo; y,
- ▮ morosidad en la tramitación de expedientes y documentos. Señalando como objetivo específico de su Reforma: una estructura dinámica y eficiente para una mejor acción de gobierno y un efectivo servicio a la sociedad.⁶

Reforma que se inicia con el Decreto Ley N.º 17271, Ley de Ministerios, de 3 de diciembre de 1968. En este dispositivo se organiza la Administración a partir de Sectores de Actividad, 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. Luego, se crearon los Sistemas Administrativos de “equilibrio” y de “apoyo”, horizontales a los Sectores, con la finalidad de racionalizar la acción pública; sin embargo, estos sistemas adquirirían pronto las características burocráticas y centralistas que pretendían corregir en las entidades públicas. El Sistema Nacional de Planificación, con sus planes globales y sectoriales a mediano y corto plazo, adquirió especial relevancia durante el período. Además, se crearon y organizaron como Sistemas horizontales: el de Propiedad Social y el de Defensa Nacional.¹⁹⁻²¹

Por otro lado, como resultado de las nacionalizaciones y estatizaciones de las empresas, en 1975, al final de la primera fase del GRFA, el Sector Público generaba más del 50% del producto minero y casi el 20% del industrial, así mismo controlaba las más importantes empresas del sector minero y más del 80% de las actividades del sector pesquero. El control directo del Estado comprendía a mediados de la década de 1970 cerca del 50% del PBI agrícola. Asimismo, el GRFA se había transformado en la principal entidad financiera del país y controlaba casi dos tercios de los recursos disponibles. El Estado tenía la mayor injerencia en el comercio exterior y controlaba puertos, aeropuertos, ferrocarriles, vapores y telecomunicaciones.^{4,8,11}

Nueva modalidad organizativa del sistema oficial de salud: 1968-1975

LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PLAN INCA: 1968

En el Plan Inca,⁶ la situación nacional en el campo del cuidado de la salud estaba caracterizada de la manera siguiente:

- ▮ concentración de los servicios en las grandes ciudades y desamparo absoluto en el resto del país;
- ▮ ausencia de la medicina preventiva y de rehabilitación;

- criterio utilitarista en el ejercicio de la medicina privada y en la producción y comercio de medicamentos;
- infraestructura insuficiente e inadecuada.

Frente a esta situación se proponían seis acciones para el logro de un objetivo: “Medicina socialmente orientada y al alcance de toda la población”. Entre estas acciones destacan dos: la primera, planificar e integrar las actividades de salud con criterio social, cubriendo toda la población; y la quinta, establecer el servicio médico rural obligatorio y gratuito de recién egresados. La cuarta, expresaba un deseo antes que una acción realizable: “producir íntegramente los medicamentos en el país”.

En el mismo Plan, cuando se trata la situación de la Seguridad Social se la describe como limitada a una minoría de la población y con problemas de corrupción, deficiencia y falta de unidad en sus instituciones. Para corregir estos defectos, se define un objetivo: “Seguridad Social eficiente y generalizada para toda la población”; así mismo, se proponen dos acciones: la primera, “extenderla progresivamente a toda la población; asegurándola inicialmente al trabajador y sus familiares”; y, la segunda, “reorganizar, unificar y moralizar sus instituciones”.⁶

CÓDIGO SANITARIO DE 1969 Y SU APLICACIÓN

El 18 de marzo de 1969 se promulgó el Decreto Ley N.º 17505, Código Sanitario, primer dispositivo legal peruano que, en forma orgánica, contempló las normas que consagran 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”. De acuerdo con ello, cualquier pacto que contenga una renuncia a ese derecho es nulo. Al ser nulo, no prescribe, es decir, no es afectado por el transcurso del tiempo. En cualquier momento se puede hacer valer el derecho. Además, precisaba que la Norma de Salud debe ser dictada previo estudio técnico y con la intervención directa de la Autoridad en Salud.²² Diez años antes, el 5 de diciembre de 1959, el Gobierno Peruano había dado fuerza de Ley a la Declaración Universal de Derechos Humanos, mediante Resolución Legislativa N.º 132282.

El contenido del Código constituyó por cerca de tres décadas el marco jurídico de las acciones y de las relaciones en el campo de la salud en el país y formalizó los principios básicos de la Salud Pública moderna definidos en el año 1962 durante el I Congreso Nacional de Salud Pública. En la redacción del Código cumplieron una labor destacada el jurista Luis H. Angulo Bezada y el sanitarista Mario León Ugarte, directores generales de la Oficina de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud y de la Escuela de Salud Pública del Perú, respectivamente.

Sin embargo, las prescripciones del Código fueron, en muchos casos, acatadas solo parcialmente o aplicadas de manera recortada, debido básicamente a la debilidad política del Ministro de Salud para cumplir con su papel de Autoridad normativa, la precariedad de recursos de las dependencias gubernamentales encargadas de controlar su cumplimiento y al hecho de que el Código solo fuera reglamentado parcialmente. Esto último, limitó las posibilidades de las autoridades sanitarias para sancionar las infracciones previstas y de establecer las medidas correctivas pertinentes.

PRIMERA LEY ORGÁNICA DEL SECTOR SALUD Y SUS MODIFICATORIAS, MARZO 1969

Como ya se informó, al inicio del GRFA, se dictó el Decreto Ley N.º 17271 de 3 de diciembre de 1968, Ley de Ministerios. A partir de este dispositivo, se formula y promulga, con fecha 21 de marzo de 1969, el Decreto Ley N.º 17523, Ley Orgánica del Sector Salud, que estableció la estructura del Minsa. De acuerdo a esta norma, el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social y las Sociedades de Beneficencia Pública son Organismos Públicos Descentralizados del Sector Público en Salud; que mantienen una relación funcional con el Minsa.²³

Los mencionados Decretos prescriben que corresponde al Sector Salud el desarrollo de las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, así como las de rehabilitación y asistencia social; además, que su ámbito de gobierno incluye a todas las entidades y personas que desarrollan actividades del Sector. Adicionalmente, la cuarta disposición complementaria de la citada Ley Orgánica precisa que “El Ministerio de Salud 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 Instituto Nacional de Planificación (INP), del número de sus actividades programadas y ejecutadas.

Una de las principales causas de ese incumplimiento residió en el hecho de durante toda la primera fase del GRFA, el Consejo de Ministros estuvo conformado exclusivamente por miembros de las Fuerzas Armadas. Los ministerios asignados a la Fuerza Aérea Peruana (FAP) eran los de Aeronáutica, de Trabajo y de Salud; cuyos ministros eran nombrados – según grado y antigüedad, en ese mismo orden descendente – por el Comando de la FAP. De esta manera, el Ministro de Trabajo, que conducía las reformas de las entidades del seguro social, tenía más jerarquía o antigüedad militar que el ministro de Salud, encargado de establecer las normas y de supervisar “los organismos de prestación de servicios de salud” de las entidades de seguridad social. Además, durante gran parte de la primera fase del GRFA, el ministro de Trabajo –teniente general FAP Pedro Salas Orozco– era uno de los más cercanos y leales colaboradores del general Velasco, en ese entonces jefe indiscutido del GRFA.

Hacia la unificación formal de la seguridad social: 1969-1975

PRIMERAS MEDIDAS

El Decreto Ley N.º 19415 de 16 de mayo de 1972, crea el Consejo Directivo Único como órgano supremo común para la Caja Nacional del Seguro Social (CNSS) y el Seguro Social del Empleado (SSE). Primer paso para la integración administrativa de ambas entidades.^{4,19,20}

En el mes de abril de 1973, se dieron los decretos leyes N.º 19990 y 19992. El primero, crea el Sistema Nacional de Pensiones (SNP), que unifica diversos sistemas de pensiones; el segundo instituye la Caja Nacional de Pensiones, estableciendo un organismo central único para la administración del Sistema de Pensiones. El estudio actuarial estuvo a cargo de una Comisión nominada por Resolución Ministerial N.º 112-72-TR. Estudio validado por el matemático Antonio Zelenka, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que con ese propósito estuvo en Lima, a solicitud del Ministerio de Trabajo, los primeros meses de 1973.^{4,19,20}

El 11 de mayo de 1973, por Resolución Ministerial N.º 280-73-TR, se nombró una Comisión para elaborar un Proyecto de Decreto Ley que creara un Sistema Nacional de Prestaciones de Salud de la Seguridad Social único, por medio del cual todos los trabajadores recibirían prestaciones de salud similares, eliminando las diferencias existentes. Comisión que estaría encargada de efectuar el estudio actuarial pertinente. Para tal efecto, previamente se había firmado un convenio de cooperación técnica entre el Ministerio de Trabajo y la Organización de Estados Americanos (OEA), por medio del cual llegaron y permanecieron en Lima, del 16 de abril al 31 de mayo de 1973, dos expertos de la OEA: el señor Jorge Brenes, actuuario-matemático, y el doctor Taufix Esmahán Granados, planificador de salud. Ellos, efectuaron un diagnóstico de la situación de los organismos de seguridad social encargados de las prestaciones de salud y dejaron a la Comisión las orientaciones técnicas para obtener las estadísticas necesarias y realizar el estudio actuarial encargado. Pero, las resistencias burocráticas internas para la integración impedirían a la Comisión aplicar dichas orientaciones y cumplir con dicho encargo.^{4,19,20}

EL SEGURO SOCIAL DEL PERÚ (SSP): 1973-1975

La integración orgánica de la seguridad social en el país se formalizó por el DL N.º 20212 de 6 de noviembre de 1973, que crea el Seguro Social del Perú (SSP), como Institución Pública Descentralizada del Sector Trabajo, con personería jurídica de Derecho Público Interno, con base en la unificación o fusión de la CNSS, el SSE y la Caja Nacional de Pensiones. El SSP tenía como finalidad administrar el Sistema Nacional de Pensiones, el Sistema Nacional de Prestaciones de Salud y otros Sistemas de Prestaciones Económicas de la Seguridad Social.

No obstante la intención política integradora del citado Decreto, en la estructura orgánica del SSP en salud se diferenciaban formalmente: la Gerencia de Prestaciones de Salud N.º 1 (ex-CNSS) y la Gerencia de Prestaciones de Salud N.º 2 (ex-SSE); persistiendo las desigualdades en las prestaciones de salud para obreros y empleados, con relación a la libre elección y a los subsidios. Se preveía que la integración efectiva de ambas exentidades sería una tarea difícil y larga. Recién el 27 de marzo de 1979 se pudo aprobar el Decreto Ley N.º 22482, Sistema de Prestaciones de Salud, que formaliza la integración en una sola estructura administrativa de las Gerencias de Prestaciones de Salud N.º 1 y N.º 2.^{4,19,20}

La Escuela de Salud Pública del Perú y el CPLGS: 1968-1975

La Escuela de Salud Pública del Perú fue creada en 1964, como dependencia del MSPAS, bajo la conducción de su director fundador, el doctor Mario León Ugarte. Cinco años después, el Código Sanitario²² la define como “Centro Superior de enseñanza especializada en su campo...tiene la responsabilidad de la capacitación posgrado del personal de los diversos campos profesionales relacionados con la Salud Pública”.

Debido al prestigio académico alcanzado por la Escuela, se realizaron tres Cursos Básicos Internacionales de Planificación en el Sector Salud (1972, 1974 y 1975), con un total de 67 egresados, 45 eran altos funcionarios peruanos de entidades del Sector Salud; los 22 restantes procedían de otros países latinoamericanos. Estos cursos se realizaron con el apoyo técnico y financiero del Centro Panamericano de Planificación de la Salud (CPPS). Para desarrollar los más importantes temas, fueron invitados los más distinguidos sanitaristas de la década de 1970, entre los que mencionaremos a David Tejada de Rivero, director del CPPS y futuro subdirector de la OMS; Carlyle Guerra de Macedo, que años después sería director de la OPS/OMS; así como a Mario Testa, Emiro Trujillo, Eduardo Sarue, Claudio Sepúlveda y Enrique Rubín de Celis. Todos ellos pioneros y maestros de la planificación y la administración sanitaria latinoamericana. El doctor Jorge Castello Castello, en ese entonces director de Estudios de la Escuela, fue el coordinador de dichos cursos.⁴

Lo relatado en los dos párrafos anteriores tiene sentido, para los propósitos de este documento, por razones que a continuación se presentan. En septiembre de 1971, la Oficina Sanitaria Panamericana había organizado el CPPS, nombrando al doctor Tejada como su primer director, con la finalidad de encontrar nuevas orientaciones para superar –a través de programas de asesoramiento, adiestramiento, investigación e información– las limitaciones teóricas y prácticas de la planificación “normativa”. En el adiestramiento se concedió especial atención a los cursos internacionales de planificación, como medio de difusión y fortalecimiento de esas nuevas orientaciones. Los primeros se efectuaron en las Escuelas

de Salud Pública de Costa Rica, Medellín, Lima y México. En ellos se desplazó la discusión de la planificación de la salud desde el ámbito de “lo económico” o “lo técnico” –donde lo ubica el enfoque “normativo”– al ámbito de “lo político”, comenzando a utilizar un nuevo enfoque “adaptativo” de la planificación. Es dentro de este enfoque que se desarrollan los contenidos docentes pertinentes. Cursos en que se capacitaron los planificadores de salud latinoamericanos, entre ellos peruanos, durante la primera mitad de la década de 1970.⁴

2.4. PROPUESTAS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL PERÚ: 1969-1975

Antecedentes reformistas en la década de 1960

En el Perú, el tema de la irracionalidad del modelo de organización del sistema oficial de salud y, por tanto, el de la necesidad de una reforma del mismo habían sido discutidos por los sanitarios peruanos desde el final de la década de 1950. Al respecto, la Sociedad Peruana de Salud Pública tuvo una actuación desatada organizando los tres congresos nacionales de Salud Pública efectuados en el país en el siglo XX. Las conclusiones y recomendaciones de estos eventos se constituirían en orientaciones importantes para todo esfuerzo orientado a la reforma en salud, sobre todo en lo que se refiere a la necesaria creación de un Servicio Nacional de Salud. El I Congreso Nacional de Salud Pública se efectuó en Lima, del 19 al 25 de noviembre de 1962, con la participación de 436 profesionales de la salud. Al final del Congreso se presentó la “Declaración de Salud de Huampani”,²⁴ en la que se definen los diez principios que sustentan doctrinariamente el desarrollo de la Salud Pública en el Perú.

- La salud es un derecho inalienable de todos los habitantes, sin distinción alguna.
- La salud es de responsabilidad de la colectividad con la participación técnica y económica del Estado.
- La salud es un fenómeno unitario; por consiguiente, las acciones tendientes a fomentarla, protegerla y recuperarla deben estar integradas.
- La salud, la economía y la cultura son interdependientes. Por lo tanto, la salud es un requisito indispensable para el Desarrollo Económico y Social del país.
- La política sanitaria del país debe estar determinada por el Estado, en forma tal que se traduzca en un Plan Nacional de Salud integrada dentro del Plan General de Desarrollo el 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 de 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, planificando su unificación para ser mejor utilizados.
- ▶ La complejidad de los problemas de salud pública requiere 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.

El II Congreso Nacional de Salud Pública se efectuó en Lima, entre el 21 y 27 de noviembre de 1965, con la participación de 657 profesionales de la salud. Las conclusiones y recomendaciones fueron sobre dos temas: el de organización sanitaria y el de planificación en Salud Pública.²⁵ Con relación al primero, la principal recomendación fue la siguiente:

“La conformación de un Servicio Nacional de Salud que incorpore bajo un comando único a las diversas entidades del sector: elaborando y desarrollando los planes y programas necesarios, cumpla funciones y ejecute acciones de salud, califique y distribuya convenientemente el personal de nivel central y local; proporcione asesoría permanente y supervisión periódica eficaz, dentro de la necesaria delegación de autoridad; y asegure la eficacia de un escalafón sanitario operativo y justo, garantizando la estabilidad, perfeccionamiento y promoción del personal”

(II CNSP, 1965, p.332).

El III Congreso Nacional de Salud Pública se efectuó en Lima, entre el 19 y 25 de mayo de 1968, con la participación de numerosos profesionales de la salud. Las conclusiones y recomendaciones fueron sobre dos temas: el de Salud y Desarrollo y el de condiciones del trabajo.²⁶ Con relación al primer tema, las principales recomendaciones fueron dos:

“la integración del sector salud mediante un Servicio Único que involucre a las principales entidades públicas, que logre la plena utilización de los recursos y que haga posible la consecución de los objetivos del sector, como parte integrante de los objetivos de desarrollo económico y social” (...)

“... es necesario conformar una comisión multiinstitucional y gremial a fin de estudiar las reformas legales, estructurales, administrativas, económicas, etc. que sean necesarias y preparar un anteproyecto sobre la organización y funcionamiento de un Servicio Único de Salud”

(III CNSP, 1968, p. 742).

Propuesta de Integración Funcional del Sector Salud, septiembre 1969

Un año y cuatro meses después del III Congreso Nacional de Salud Pública, en septiembre de 1969, funcionarios del Ministerio de Salud formularon un Anteproyecto de Decreto Ley sobre Organización del Sector Salud,²⁷ 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.

En lo esencial, el Anteproyecto recogía las recomendaciones hechas en los dos últimos Congresos de Salud Pública, realizados en 1965 y 1968, proponiendo lo siguiente:

“El Sector Público en Salud está constituido funcionalmente por el Sistema Institucional del Sector Público en Salud; las Sanidades de las Fuerzas Armadas; la Seguridad Social, en cuanto a las prestaciones de salud que otorga; las dependencias de los Gobiernos Locales que desarrollan acciones de salud y de asistencia social; y, las Sociedades de Beneficencia Pública (...) El Sistema Institucional... 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. Este procedimiento podrá ser seguido por otras instituciones públicas o privadas (...) Constituyen fuentes de financiamiento del Servicio de Salud: (a) Las rentas provenientes del Fondo de Salud y Bienestar Social... (b) Los ingresos propios que se obtengan de la prestación de servicios a la población asegurada y no asegurada. (c) El aporte de las Sociedades de Beneficencia Pública. (d) El producto de las utilidades de la Lotería Nacional que funcionará como empresa pública dependiente del Sector Salud. (e) El producto de utilidades... de las Cajas de Ahorros que funcionarán como empresa bancaria nacional, dependientes del Sector Salud. (f) Los montos que se asigne en el Presupuesto Funcional de la República”.

(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 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”. En realidad, si bien los alcances del Anteproyecto no correspondían al tono “revolucionario” del discurso político inicial del GRFA, existían otras razones

para ese rechazo. Entre ellas: la propuesta afectaba a algunas decisiones ya instrumentadas en el Sector Economía y en el campo de la Reforma de la Administración Pública, ambos a cargo de miembros del Ejército, así como el hecho de que su contenido no era concordante con los objetivos y acciones señaladas, al respecto, en el Plan Inca; documento que aún era desconocido por los funcionarios del Ministerio de Salud.

Debate en la orden médica sobre la Reforma: 1972-1973

Al inicio de la década de 1970 llegaban al Perú los primeros aportes de un movimiento académico latinoamericano que pronto modernizaría y ampliaría, desde una nueva perspectiva teórica, la Medicina Social europea de mediados del siglo XIX.²⁸ Medicina Social latinoamericana que, en opinión del economista David Tejada Pardo,²⁹ se renovaba y fortalecía debido a la “toma de conciencia de las limitaciones de la salud pública y la epidemiología en nuestra región”, así como por los “efectos de la Revolución Cubana y el impacto producido por la experiencia de la Unidad Popular en Chile. Dos médicos, los Ernesto Guevara de la Serrá y Salvador Allende Gossens, se convirtieron en las figuras emblemáticas de una salud comprometida con el cambio social y la acción política” (D. Tejada, s/f, p.5). Es solo en este contexto cognoscitivo y político reformista, que se puede explicar el contenido del ensayo Nivel de Vida y Salud, escrito y publicado, en el año 1972 y en el Perú, por el médico Antonio Meza Cuadra³⁰ a los 34 años de edad. En el prefacio de dicho ensayo el autor se ubica en una posición coincidente con los defensores académicos de la naciente Medicina Social latinoamericana y enfatiza que las responsabilidades del médico van más allá del ejercicio meramente asistencial. Luego, presenta y analiza los resultados de sus estudios sobre el tema del ensayo, así como hace una crítica a las limitaciones de las medidas adoptadas por el GRFA en el Sector Salud; y, termina haciendo el siguiente planteamiento.

“Queremos finalizar este ensayo señalando nuestro planteamiento para superar las deficiencias que hemos analizado... Frente a esta situación resultan conceptos antagónicos la Medicina Liberal o privada y la Medicina Social, estatal o socializada. La primera es la Medicina que posee un hombre: el médico, y la sirve a otro: el paciente; este servicio se produce en virtud de una negociación libremente concertada... La Medicina Social... es aquella en que la Sociedad, representada por el Estado, ofrece a cada uno de sus miembros el Derecho a la Salud. El médico no vende sus conocimientos a un paciente... sino que presta un servicio a un miembro de la Sociedad que nada tiene que saber con el costo, ya que es el Estado quien sostiene al médico para que preste un servicio sin distinciones ni privilegios, y al cual todo hombre tiene acceso gracias a un derecho. Nosotros que postulamos la idea de un cambio sustantivo de la estructura sanitaria del país... creemos que para emprender una tarea de tanta trascendencia se requiere un punto de partida. Este no puede ser otro que la integración orgánica del Sector Salud... es indispensable la creación de un Servicio

Único de Salud, entendiendo por esta decisión política la integración y unificación de todos los servicios públicos dedicados a la atención médica, actualmente dispersos, bajo la dirección del Ministerio de Salud” (A. Meza Cuadra, 1972, pp. 103-104).

También en el inicio de la década de 1970, al igual que en otros países latinoamericanos, la difusión en el Perú de las propuestas que, sobre la política de coordinación de la atención médica, estaba haciendo desde 1963 la OPS/OMS,⁵ y, en menor medida, las recomendaciones que al respecto se efectuaban en los Congresos Nacionales de Salud Pública, generó en la orden médica peruana un intenso debate sobre tales propuestas. Los médicos asistenciales comenzaron a debatir públicamente, desde posiciones opuestas, sobre las ventajas alternativas de dos modalidades de organización: el Sistema Nacional Coordinado de Salud (SNCS) y el Servicio Único de Salud (SUS). 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.

Uno de los debates más duros sobre este tema se efectuó por televisión en mayo de 1973. Oportunidad en que, Antonio Meza Cuadra, pediatra, Alejandro Bazán Gonzales, cirujano, y Álvaro Vidal Rivadeneyra, internista, defendieron la creación del SUS. De manera distinta, José Barsallo Burga, obstetra, y Waldo Fernández Durán, cardiólogo, asumieron la defensa de la creación del SNCS. Cuatro de estos cinco médicos trabajaban en establecimientos del Seguro Social del Perú (SSP). Meza Cuadra, era el único que lo hacía en una dependencia del Ministerio de Salud. El carácter de los argumentos utilizados en el debate por José Barsallo pueden colegirse leyendo su libro *La salud está enferma*, publicado el año 1999.³¹

Pocos meses después de aquel debate, Waldo Fernández sería candidato electo al decanato del Colegio Médico del Perú, y derrotaría al candidato Antonio Meza Cuadra. La mayoría de los médicos temían que la creación del SUS afectaría gravemente a la práctica médica privada.

Plenario Nacional y Primer Seminario del CMP, agosto 1974

En agosto de 1974, el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú (CMP) realizó el Plenario Nacional y el Primer Seminario del Colegio Médico. El evento inaugural fue presidido por el ministro de Salud, teniente general FAP Fernando Miró-Quezada, y el nuevo decano del CMP, Waldo Fernández Durán. El Tema N.º 1 del Seminario fue la “Situación de la salud en el Perú”, teniendo como expositor al doctor Enrique Vallejos Paulet, médico administrador de hospitales de larga y brillante trayectoria en la ex-Caja del Seguro Social Obrero, quien luego sería uno de los miembros de la Comisión del Proyecto de Ley General de Salud. Una de las principales acciones propuestas en la reunión fue la

siguiente: iniciar las coordinaciones de las acciones de salud a nivel nacional mediante un Sistema Nacional de Salud; teniendo como meta a largo plazo, la integración de un Servicio Nacional de Salud, cuando estuvieren dadas las condiciones adecuadas.³²

Se proponen, finalmente, trece acciones, sobre este tema, la última es la “Dación de la Ley General de Salud”.

- ▀ Formular una política coherente de salud para toda la población.
- ▀ Reestructuración del Consejo Nacional de Salud, conformándolo con todos los organismos que participan en las prestaciones de salud.
- ▀ Determinación de prioridades.
- ▀ Regionalización, creación de Organismos Regionales y participación del CMP.
- ▀ Determinación de Niveles de Atención Médica
- ▀ Participación activa de la comunidad.
- ▀ Financiamiento Multilateral.
- ▀ Racionalizar la formación, utilización y capacitación del personal de salud.
- ▀ Uniformidad en la remuneración y condiciones de trabajo del personal de salud.
- ▀ Uniformidad de la nomenclatura y métodos estadísticos.
- ▀ Convenios de Prestaciones Médicas con el Sector Privado.
- ▀ Racionalizar la inversión en el cuidado de la salud.
- ▀ Dación de la Ley General de Salud, que comprenda todo lo anterior.

2.5. HACÍA LA CONSTITUCIÓN DE LA CPLGS: 1973-1975

Reformas en los sectores sociales

En septiembre de 1969, el general de división (EP) Alfredo Carpio Becerra, Ministro de Educación del GRFA, estableció una Comisión de Reforma de la Educación, con la misión de proponer una reestructuración total del sistema nacional de educación. Comisión conformada por un destacado grupo de educadores y profesionales de diversas disciplinas y campos de actividad. Entre ellos: Emilio Barrantes Revoredo (presidente), Walter Peñaloza, Augusto Salazar Bondy, César Picón, Jorge Bravo Bresani, Ricardo Morales y Carlos Delgado. El Informe Final de la Comisión fue presentado al GRFA en 1972. En este Informe se abordaba la reforma de la educación, como una cuestión política y económica-social, que debía comprometer la participación de la población, vinculando la educación con el trabajo.³³

Con el contenido de ese Informe se sustentaría la exposición de motivos del Decreto Ley N.º 19326, Ley General de Educación, dado el 21 de marzo de 1972.³⁴ Norma que inició formalmente el primer proceso de reforma estructural de un sector social en nuestro

país. Los primeros resultados de la instrumentación de esta Ley, generaron expectativas sobre reformas inminentes en los otros sectores sociales. Informe que recibió elogios de la Unesco por la excelencia de su contenido doctrinario.

De manera paralela a esos últimos hechos, un grupo de sanitaristas del Minsa, autodenominado “La Peña”, se reunía de manera informal, para discutir los alcances de los cambios que estaba llevando a cabo el GRFA, con la idea que lo sucedido en el sector educación abría una oportunidad para la formulación y la aprobación de una Ley General en Salud. Norma que podría iniciar en nuestro país la realización progresiva del derecho a la salud, ya institucionalizado por el GRFA en el Código Sanitario (1969).

Todos los miembros de “La Peña” habían sido capacitados en Escuelas de Salud Pública o de Administración Sanitaria del país y del extranjero, y participado en los Congresos Nacionales de Salud Pública. En estas reuniones se cuestionaba la validez del modelo Cendes-OPS, que hasta ese año era el utilizado oficialmente para explicar la situación de salud de la población peruana y proponer las políticas y estrategias pertinentes. Se argumentaba que dicho modelo, por su carácter positivista y economicista, así como por el momento histórico de su diseño, no consideraba los aportes de las ciencias sociales y, en consecuencia, pretendía interpretar y resolver la problemática sanitaria al margen de la sociedad concreta que le daba origen.⁴

Renovado interés de la Alta Dirección del Minsa por la Reforma

Después del rechazo en el COAP de la propuesta de reforma hecha en 1969, las autoridades políticas del Ministerio de Salud no mostraron ningún interés en promover una nueva propuesta. Pero, las circunstancias sectoriales comenzarían a cambiar a partir del 1 de enero de 1974. Fecha en que el mayor general FAP Fernando Miró-Quesada fue ascendido al grado de teniente general FAP. Esto sucedía después de ocupar el cargo de ministro de Salud cerca de tres años, desde el 28 de abril de 1971. Ascenso que se hace efectivo después de su exposición, ante el Alto Mando de la FAP, sobre los resultados de su gestión en el Sector Salud. Esta exposición fue preparada por funcionarios de la Oficina Sectorial de Planificación del Minsa, dos de ellos serían posteriormente miembros de la CPLGS.

Luego, a ese empoderamiento de la autoridad del ministro se van a sumar, en los inicios del año 1975, dos hechos coyunturales que van a estimular, al interior de la Alta Dirección del Minsa, un nuevo interés reformista. El primero, un incremento de las críticas periodísticas sobre el deterioro de la atención hospitalaria en el país, así como de los comentarios sobre el decrecimiento del gasto público en salud. El segundo, la llegada al Minsa de un nuevo asesor técnico del ministro de Salud, que estaba egresando del Curso de Alto Mando

del CAEM. Curso que, reiteramos, tenía como principal objetivo: capacitar, motivar y comprometer a los funcionarios participantes en el desarrollo del Proyecto Político que estaba instrumentando el GRFA. Se trataba del coronel FAP Javier Elías Vargas, quien al asumir sus nuevas funciones contó con el apoyo técnico del doctor Jorge Estrella Hermosa, su condiscípulo en el CAEM, que hasta ese momento era funcionario de la Oficina Sectorial de Planificación del Minsa. En esas nuevas circunstancias sectoriales, el coronel Elías inicia un diálogo abierto con los funcionarios del Minsa para encontrar una respuesta apropiada a esas críticas y comentarios. En este diálogo, los sanitaristas Manuel Alencastre, Armando Becerra, Ernesto Coloma y Enrique Rubín de Celis –todos ellos miembros de “La Peña”– argumentan, con éxito, que para iniciar la definición de tal respuesta es necesario nombrar una Comisión de Alto Nivel para que realice los estudios necesarios de la situación de salud del país y formule un Proyecto de Ley General de Salud, en el marco de las reformas generales instrumentadas por el GRFA. Planteamiento que es aceptado y reforzado por Elías y, luego, puesto en conocimiento del ministro. Años después, en 1979, el coronel Elías, con el rango de teniente general FAP, sería el último ministro de Trabajo del Gobierno Militar.

Pocos días después de aquella aceptación, la Alta Dirección del Minsa solicita a los sanitaristas un documento en que se sustente técnica y políticamente dicho planteamiento, con el fin de ponerlo a consideración de las más altas autoridades del GRFA para su análisis y eventual aprobación. En cumplimiento de aquella solicitud de la Alta Dirección, el documento es preparado por Carlos Bustíos, con el apoyo de Ernesto Coloma y del abogado Fausto Montoya Romero. Documento que fue presentado en febrero de 1975 a las autoridades políticas sectoriales. En la primera parte del mismo se proponía interpretar la problemática de la salud a partir de las siguientes ideas.³⁵

“Se concibe a la problemática sanitaria como parte de la problemática global nacional, y como tal subordinada al subdesarrollo y a la dependencia (...) La raíz estructural de los problemas fundamentales que afectan al Perú reside en su doble condición de país subdesarrollado y dependiente, lo que determinó la existencia de profundos desequilibrios en la sociedad peruana. Estos desequilibrios estructurales determinaron que la riqueza en sus múltiples manifestaciones se concentrara en un pequeño grupo dominante, cuya existencia privilegiada se basaba en la marginación de vastos sectores de la sociedad y para lo cual se utilizaba el aparato institucional del país que acentuó y respaldó este ordenamiento injusto (...) La vieja sociedad peruana organizó sus instituciones de acuerdo a su moral y sus intereses; en esa sociedad las instituciones de salud no podían ser la excepción, se fueron creando conforme grupos organizados de la población, adquirirían el poder económico y político suficientes para exigir, en base a diferentes concepciones sobre la salud, la atención de sus necesidades muy particulares (...) Problemática sanitaria de múltiples facetas que deben ser enfrentadas de manera integral, dentro del contexto de las políticas de desarrollo

global (...) Se reconoce que las relaciones estructurales económicas y políticas determinan en última instancia la naturaleza, la intensidad y la gravitación de las cuestiones fundamentales que afectan la salud de la población peruana (...) La profundidad con que deben enfrentarse los cambios, la necesidad de encontrar soluciones a problemas a los que nunca se encontraron soluciones efectivas y que ahora se plantean desde una nueva perspectiva, obliga a un proceso de creación de nuevos modelos, nuevas vías para la explicación y la solución de la problemática sanitaria”. (Ministerio de Salud, febrero 1975, p. 21-22)

En la segunda parte del mismo documento,³⁵ se enfatiza que una propuesta humanista y revolucionaria de la superación de esa problemática debía tener como premisa el reconocimiento del derecho de todos los peruanos a la salud.

“Es indiscutible que el derecho a la salud es algo inherente a la persona humana y si tenemos en cuenta que filosóficamente el fin del derecho es el goce pleno, debemos concluir que la salud es uno de los principales medios para lograr el goce pleno de todos los derechos garantizados y legalmente reconocidos a la persona humana... No debe olvidarse que en el campo de la salud; siempre hay una relación jurídica de una persona hacia otra persona; que como relación de la vida tiene y debe ser ordenada por el derecho. En esta relación jurídica es indiscutible la acción del Estado dictando las normas más adecuadas para lograr que la distribución de los recursos y la atención de la salud sea equitativa para todos los grupos de la población, sin distinción de ninguna clase” (...) La urgencia de una transformación en el Sector Salud se fundamenta en el convencimiento de que un satisfactorio estado de salud de toda la población peruana es la expresión más concreta del Desarrollo Nacional, pues este último adquiere real vigencia en la medida de que los diferentes grupos poblacionales participen en la conservación y disfrute de sus logros”.

Al final del documento se argumenta sobre las características que debe tener la propuesta de reforma del cuidado de la salud en el proceso de construcción de una democracia social de participación plena. .

“El sujeto y objeto de esta Revolución es el poblador peruano, hacia quien convergen todas las transformaciones que se están realizando en el país para lograr que bajo los postulados del humanismo y el socialismo libertario se constituya una democracia social de participación plena (...) La factibilidad de una participación plena de la población nacional en el esfuerzo creador de un nuevo ordenamiento moral, económico y político demanda la existencia de Instituciones que garanticen la formación de un nuevo hombre con la calidad física y mental que le permita constituirse de objeto en sujeto de la Revolución Humanista; su presencia mayoritaria es la garantía más sólida del éxito y de la irreversibilidad del proceso peruano (...) La Reforma en Salud debe cuestionar la

doctrina, la estructura legal e institucional, los sistemas y los procedimientos hasta ahora utilizados, no para destruirlos en forma deliberada y ciega, sino buscando soluciones que respondiendo a las necesidades y aspiraciones de una sociedad en proceso de cambio sean coherentes con la doctrina del Gobierno Revolucionario y las exigencias de un desarrollo equilibrado. Solo en esta forma el Sector Salud se encontrará en condiciones de asumir el papel que le corresponde en el Desarrollo Nacional y dejará de ser un factor limitante en el éxito de la Revolución”.

(Ministerio de Salud, febrero 1975, p. 21- 22)

El ministro de Salud, luego de estudiar el contenido del documento lo aprobó, aunque advirtiendo a sus funcionarios sobre la complejidad de la tarea que implicaba realizar una reforma en salud en nuestro país. Luego, presentó y sustentó la iniciativa ante el general Velasco, en una reunión personal, logrando su autorización para iniciar las acciones tendientes a la constitución de una Comisión encargada de la formulación de un Proyecto de Ley General de Salud.

Acciones preparatorias

Alcanzada la autorización personal del general Velasco, se organizó un grupo de trabajo *ad hoc*, conformado por el asesor técnico y los funcionarios ya mencionados, quienes elaboraron un programa de acciones preparatorias para la constitución de la CPLGS. Es de justicia destacar, en esta parte del proceso que estamos relatando, el apoyo recibido por el doctor Luis Suárez López, amigo y consejero del ministro de salud. Suárez desempeñaba el cargo de director académico y coordinador del Instituto de Neonatología y Protección Materno Infantil (Inpromi).

Iniciando la ejecución de ese programa, se formalizó la decisión política en el Plan Bienal Sector Salud 1975-1976: “Formular las normas para la reforma del Sistema de Servicios de Salud, dictando la Ley General de Salud”.³⁶ Luego, se incluyó en el Presupuesto Analítico 1975-1977 del Minsa la partida específica 03.22. Estudios de Investigación de Desarrollo, del Subprograma 02. Administración Central, del Programa 1831. Alta Dirección, con un monto destinado a financiar el trabajo de la CPLGS. En el desarrollo del programa preparatorio se efectuaron reuniones con diferentes actores sociales comprometidos con las reformas efectuadas por el GRFA, para informarles sobre los alcances de la iniciativa, así como para recibir sugerencias destinadas a su mejor implementación. Entre estos actores se encontraban los directores de los diarios de mayor difusión nacional, y los funcionarios que habían participado en la organización del proceso de elaboración de la Ley General de Educación.

Atendiendo a una de esas sugerencias, la Alta Dirección del Minsa autorizó, por Resolución Ministerial N.º 00072-SA/DS, la realización del Primer Seminario sobre Estructura Sociopolítica y Política Sectorial de Salud, con el propósito de “Analizar la situación sociopolítica del Sector para impulsar el proceso de cambios en el Sistema de Servicios de Salud y lograr la identificación del personal directivo del Ministerio de Salud en el proceso de la Reforma de la Administración Pública”. La organización de este Seminario estuvo a cargo de las Oficinas Sectorial de Planificación, y de Organización y Métodos, así como de la Escuela de Salud Pública del Perú. Se realizó con todo éxito en el local de la Escuela, participando a tiempo completo 53 altos funcionarios del Sector Salud, entre el 7 y el 12 de abril de 1975. La alta importancia política asignada al evento puede inferirse por la presencia, entre los expositores, de las autoridades máximas del COAP, el Instituto Nacional de Planificación y el Instituto Nacional de la Administración Pública, así como del jesuita Romeo Luna Victoria, organizador del Movimiento Sacerdotal ONIS. La principal recomendación del Seminario fue la de constituir una Comisión multidisciplinaria encargada de elaborar el Proyecto de “Ley General de Salud, documento que interpretará y explicará la problemática de salud existente, culminando con el planteamiento de soluciones”.³⁷

Adicionalmente, el 9 de junio de 1975, durante la exposición anual del ministro de Salud en el Curso de Alto Mando del CAEM se reafirmó ante un auditorio multisectorial de altos funcionarios públicos y privados la decisión política de efectuar la Reforma Salud. La exposición de los fundamentos de la misma se realizó utilizando los argumentos contenidos en el documento de sustentación técnica y política varias veces aludido.

Constitución de la CPLGS, agosto 1975

El 28 de julio de 1975, el general Juan Velasco expuso ante la Nación el que sería su último mensaje como jefe del GRFA, anunciando que había llegado el momento de dar preferente atención a los problemas del Sector Salud, donde “se han realizado avances... pero es preciso, ahora, orientar hacia ellos una parte considerable del esfuerzo nacional”. Ocho días después, el 6 de agosto de 1975, se expidió el Decreto Supremo N.º 00193-75-SA/DS, que ordena constituir “una Comisión para que realice los estudios necesarios de la situación de salud del país y formular el Proyecto de Ley General de Salud que permita lograr una medicina socialmente orientada y al alcance de toda la población”. Asimismo, precisa que “La Comisión dependerá directamente del ministro de Salud. Los Miembros serán nombrados a su propuesta por Resolución Suprema y cumplirán su función a tiempo completo”.

Pero, el 29 de agosto de 1975, tres semanas después de expedirse este Decreto Supremo, el general Velasco es relevado, como jefe del Gobierno Militar, por el general Morales Bermúdez. En estas circunstancias quedo en suspenso por tres meses el nombramiento de los miembros de dicha Comisión.

Después del reemplazo de Velasco por Morales Bermúdez en la conducción del Gobierno Militar hubo un desconcierto inicial que paralizó la Administración Pública. Pero, luego, el ministro de Salud, teniente general FAP Fernando Miró-Quesada, es ratificado y logra el consentimiento del nuevo presidente de la República para continuar con el cumplimiento del mencionado Decreto. Es así, que el 7 de octubre de 1975, por Resolución Suprema N.º 00286 SA/DS, firmada por el presidente de la República Remigio Francisco Morales Bermúdez, y el citado ministro de Salud, se nombra a los miembros de la Comisión del Proyecto de Ley General de la Salud (CPLGS).

La Comisión, presidida por el médico Mario León Ugarte, estaba conformada inicialmente, por cinco miembros consultivos y 14 miembros ejecutivos, además del mismo doctor León. Los miembros consultivos eran Leopoldo Chiappo Galli, psicólogo y educador; Percy Rodríguez Novoa, sociólogo; Juan Wicht Rossel, demógrafo y economista; Manuel Delgado Bedoya, abogado; y Carlos Benavides Boero, abogado del SSP. Los miembros ejecutivos eran Manuel Alencastre Gutiérrez, médico sanitarista; Enrique Rubín de Celis Talavera, médico planificador; Walter Peñaloza Ramella, filósofo y educador; Jorge Castello Castello, médico sanitarista; Oscar Macedo López, abogado; Antonio Meza Cuadra, médico pediatra; Ernesto Coloma Maldonado médico sanitarista; Manuel Bernal Alvarado, politólogo; César Palomino Toledo, médico obstetra; Carlos Bustíos Romaní, médico planificador; David Tejada Pardo, economista; Roberto Beltrán Neyra, odontólogo y educador; Humberto Zapata Rivas, químico-farmacéutico; y Julio Sánchez Quiroz del Valle, médico militar.

El nombramiento de los miembros de la CPLGS fue a título personal y a propuesta del Ministerio de Salud, lo que provocó protestas de los Colegios Profesionales de la salud y de la Federación Médica Peruana por no tener sus representantes en la Comisión. Estas protestas coincidieron con una crisis en el comando de la Fuerza Aérea Peruana, que culmina con el retiro, el 18 octubre de 1975, de varios generales FAP, entre ellos el ministro Fernando Miró-Quesada.

La Comisión del Proyecto de Ley General de la Salud en un contexto contrarreformista

3.1. EL CONTEXTO INTERNACIONAL: 1975-1980

En el escenario mundial: 1975-1980

En el contexto económico, en medio de la crisis que se extendió hasta el final de 1975, se esparció por todo el mundo una masa enorme de “petrodólares”, que se reciclaron para cubrir los déficits cambiarios generados por el aumento de los precios del petróleo, así como para dar curso a la enorme especulación financiera consecuencia de dicho reciclaje. Los peligros del endeudamiento iniciado en el período anterior se disfrazaron entre 1976 y 1979, cuando los excedentes financieros, derivados del petróleo y de la especulación, apoyaron un comercio mundial basado en “grandes proyectos”. Estos absorbieron la mayor parte de los recursos, provocando el endeudamiento masivo del Tercer Mundo y de los países socialistas. La creciente gravedad de los efectos de este endeudamiento comenzó a evidenciarse en 1979, cuando los excedentes financieros del petróleo, cuyo precio estaba en baja desde 1976, habían desaparecido.¹

En el contexto político, en 1976 fallece Mao Tse Tung el “gran timonel” de la China revolucionaria; en 1978, Deng Xiao Ping derrota al ala izquierda del Partido Comunista Chino, asume la dirección del país e inicia una serie de reformas económicas tendientes a incorporar a China en el mercado económico mundial. También en 1978, Margaret Thatcher, del Partido Conservador, es elegida como primera ministra del Reino Unido. En 1980, Ronald Reagan, del Partido Republicano, es elegido presidente de los Estados Unidos. En los siguientes años el mundo comenzará a ser marcado por el dominio de la ideología neoliberal y el proceso de globalización mundial se fortalecerá.

Por el lado de la Salud Pública Mundial, la 30.^a Asamblea Mundial de la Salud (1977) define que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS para el resto del siglo XX es: “el logro para todos los ciudadanos del mundo para el año 2000 de un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”. Un año después, se realizó la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, en Alma-Ata.³⁸ En ella se afirma que la estrategia de atención primaria de la salud es esencial para conseguir la meta de “salud para todos en el año 2000” (SPT2000):

“La atención primaria en salud es la asistencia sanitaria esencial... puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar... con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación... forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud”
(OMS-Unicef, 1978).

Después de Alma-Ata, y por lo menos durante los cinco años siguientes, se desarrolló un importante marco conceptual para instrumentar la estrategia mundial de SPT2000. Sin embargo, paralelamente a ese desarrollo, ante la crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural, surgieron críticas a la eficiencia, la viabilidad y a las posibilidades de financiación de dicha estrategia en los términos definidos en Alma-Ata. En 1979 y en Bellagio, Italia, la Fundación Rockefeller, con el apoyo del Banco Mundial, realizó un evento donde se definió un nuevo concepto de atención primaria, alternativo al trabajado en Alma-Ata, que orientado a mejorar las estadísticas de salud proponía “apuntar” a los grupos de alto riesgo, con el uso “selectivo” de herramientas de probada eficacia, bajo costo y fácil evaluación y monitorización. Esta nueva intervención más limitada se conocería como “Atención Primaria de Salud Selectiva” (APS-S). De esta manera se eliminaba los elementos esenciales de la propuesta de Alma-Ata: la insistencia en el desarrollo social y económico, la intersectorialidad y, especialmente, la participación de la comunidad en la planificación, decisión y control de la atención primaria de la salud. Despojada de esta manera de sus incómodas aristas sociales, la APS-S sería rápidamente aceptada por los gobiernos nacionales, ministros de salud y organizaciones internacionales más importantes.³⁹

En el escenario latinoamericano: 1975-1980

En lo económico, de manera contraria a lo sucedido en el período anterior, los regímenes militares de derecha que gobernaban la mayoría de países de América del Sur establecieron una economía más abierta con un enfoque monetarista en el manejo de la balanza de pagos. Coincidiendo con la fase expansiva del crédito internacional la propuesta teórica monetarista habilitaba la subordinación de la política económica a la aceptación de un creciente financiamiento y endeudamiento externos. El resultado de esta política fue que muchos de estos países financiaron sus déficits con fuentes externas alcanzando niveles excesivos de endeudamiento. Luego, en los inicios de la década de 1980, cuando se corta el financiamiento externo estalló una crisis económica en aquellos países, convirtiendo a la deuda externa en su mayor problema.³

En lo político, Estados Unidos continuó apoyando, al igual que en el período anterior, la instauración y el mantenimiento de regímenes militares de derecha. En Ecuador, el general Rodríguez Lara fue derrocado en 1976 por el sector más conservador del Ejército. Este mismo año, en Argentina, la Junta Militar presidida por el general Jorge Videla tomó el poder; y, en Uruguay, el Ejército destituyó a J. M. Bordaberry e instauró una dictadura militar. Todos esos regímenes tuvieron algunos rasgos comunes, fueron ejercidos por los altos mandos militares que aplicaban una política marcadamente anticomunista y cruenta, justificando su accionar mediante la doctrina de la seguridad nacional. En esos años se ejecutó la Operación Cóndor, plan de inteligencia y coordinación entre los servicios de seguridad de las dictaduras militares del Cono Sur con la CIA, que dejó 50 000 muertes y 30 000 desaparecidos. La represión ejercida por estos gobiernos provocó denuncias reiteradas de violaciones a los derechos humanos, muchas de las cuales serían, en las décadas siguientes, validadas en las Cortes Internacionales de Justicia.^{4,40}

En el campo de la salud pública latinoamericana, en la IV Reunión de Ministros de Salud de las Américas,⁴¹ realizada en Washington y en 1977, los ministros plantearon que la estrategia de atención primaria debe ser la estrategia para reestructurar los sistemas de salud y no solo el primer nivel de atención. Aunque, señalando que para ello habría que superar siete grandes obstáculos que limitaban la extensión de cobertura de servicios de salud en América Latina. Además, el Sistema Nacional de Salud de Colombia, cinco años después de su creación, mostraba que el compromiso de coordinación entre subsectores era demasiado frágil para dar solución a la irracionalidad provocada por la fragmentación institucional.

Por otro lado, en el gobierno militar de Pinochet, en Chile, las reformas al sistema de salud chileno, destinadas a su privatización, se iniciaron legalmente en 1979 y entraron en vigencia a partir de 1980; luego, en 1981, por DFL N.º 3 se crearon las Instituciones de Salud Previsional (Isapres).

3.2. EL CONTEXTO NACIONAL EN LA SEGUNDA FASE DEL GRFA: 1975-1980

Cambios en la conducción política y el Plan Túpac Amaru

El 29 de agosto de 1975, al asumir la dirección del GRFA, el general Morales Bermúdez anuncia que se producirán cambios en el manejo y la conducción política del proceso revolucionario, aunque sin renunciar a sus bases ideopolíticas ni a los principios enunciados en sus Estatutos y en el Plan Inca. Efectivamente, una primera Comisión del GRFA, presidida por el jefe del COAP, preparó un borrador del nuevo Plan Político del GRFA para el período 1977-1981. La Comisión estuvo constituida por funcionarios del

Instituto Nacional de Planificación (INP) y del COAP. Oficialmente el contenido de este borrador no llegó al conocimiento público; sin embargo, de los fragmentos conocidos trascendió que el documento proponía la radicalización del proceso de reformas y una definida orientación hacia una economía con un sector social predominante.

Como resultado inmediato de la circulación reservada de copias de dicho documento para el conocimiento y opinión de los altos funcionarios de la Administración Pública, los altos mandos del Ejército organizaron una reunión entre ellos, a la que no se dejó ingresar a los civiles que habían trabajado en la elaboración del documento. En esta reunión, hubo consenso en rechazar dicho documento; el argumento principal, que resume los otros, era que las acciones propuestas se orientaban a un modelo de sociedad parecido al “modelo cubano de Fidel Castro”. El rechazo de los altos mandos del Ejército a dicho borrador se hizo oficial y público el 31 de marzo de 1976.

El 9 de febrero de 1977, once meses después de ese rechazo, las autoridades políticas dieron a conocer el Proyecto del Plan de Gobierno Túpac Amaru,⁴² elaborado, en esta ocasión, por una Comisión de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales, que definía una nueva propuesta sobre objetivos y lineamientos políticos para el período 1977-1980, que reemplazaría al Plan Inca. Asimismo, se anunció oficialmente que se convocaría a elecciones constituyentes, municipales y generales para dar fin en el año 1980 a la gestión militar. El citado Proyecto fue puesto a debate público a través de los medios de comunicación masiva y, con algunas modificaciones sugeridas por la ciudadanía y la Administración Pública, fue aprobado el 4 de octubre de 1977, por Decreto Supremo N.º 020-77-PM, con la denominación de Plan de Gobierno Túpac Amaru.⁴³

Inicio del desmontaje de las reformas efectuadas en la primera fase

La lucha contra la crisis económica constituyó lo central del nuevo Plan de Gobierno, relegándose a un segundo plano los objetivos de reforma. En la nueva estrategia, la rectoría del Estado en la economía cedió paso a la noción del “pluralismo empresarial”, devolviéndose al sector privado nacional y extranjero la iniciativa en la conducción del desarrollo económico. Asimismo, se dejó de lado el sector de propiedad social, cesó la prioridad de los aspectos redistributivos de la reforma agraria y se renunció virtualmente a la estrategia de desarrollo industrial de la primera fase.

Las autoridades de la segunda fase del Gobierno Militar buscaron enfrentar los problemas económicos mediante la aplicación de un programa de rasgos liberales, que trató de ser legitimado por un discurso centrado en la urgencia de la “reactivación económica” y en el necesario “gradualismo” de las reformas sociales. En realidad, esta fase correspondió a los

que fueron cinco años de inestabilidad económica, marcados por sucesivas crisis de balanza de pagos de la deuda externa, que acabarían, en la esfera económica, con la adopción de un plan de estabilización ortodoxa bajo los auspicios del FMI y, en la esfera política, con un proceso de retorno del poder a la civilidad en tres etapas: elecciones municipales, elección de una Asamblea Constituyente y elecciones generales. El plan de estabilización introdujo, además, medidas de desmontaje de las reformas instrumentadas en la primera fase, así como la adopción de medidas que encaminaron al aparato productivo hacia un modelo de promoción de exportaciones. Se reprivatizó la flota pesquera proveedora de la harina de pescado; la Comunidad Laboral fue reducida a un mecanismo de participación de utilidades; se dictó un nuevo ordenamiento laboral que afectó la estabilidad del empleo, así como una nueva legislación industrial que brindó mayores facilidades a las empresas privadas; y se restringió la participación estatal en numerosas actividades económicas.^{4,11}

Durante la segunda fase, los programas de ajuste económico, la orientación general de la política fiscal y el desencadenamiento de presiones inflacionarias, tuvieron un marcado efecto regresivo en la distribución del ingreso. El ajuste económico había provocado recesión en 1977 y 1978, lo que significó una gran reducción de los salarios reales. De acuerdo a datos oficiales, de 1975 a 1979 la participación de las remuneraciones de obreros y empleados en el ingreso nacional retrocedió de 48,3 a 35,8%, en tanto la participación de las utilidades de empresas ascendió significativamente de 21,5 a 36,6%.”⁴⁴ La proporción de la PEA afectada por problemas de empleo, en este mismo lapso subió de 46,3 a 58,5%. Por otra parte, se estima que los salarios reales perdieron en los años setenta alrededor de un tercio de su poder adquisitivo.⁴⁵

Como respuesta ciudadana a los paquetes de medidas económicas, los movimientos huelguísticos en el país alcanzaron nuevas dimensiones. Los intentos de centralización sindical se multiplican a principios de 1977, realizándose masivas movilizaciones populares urbano-regionales en las principales ciudades del país. Se realiza, 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. Ante esa grave situación sindical, el Gobierno Militar, con el apoyo de los partidos conservadores, dicta. El Decreto Ley 010 autorizando el despido de los dirigentes “responsables” del paro. De julio de 1977 a junio de 1979, el Decreto Ley N.º 010-79 hubo por lo menos cinco paros generales. Las manifestaciones más violentas partieron del Sutep en mayo de 1978 y junio de 1979.^{4,11,13}

Durante la segunda fase, los partidos políticos encontraron un mejor clima para sus actividades, en especial con la apertura a la “transferencia del poder a los civiles”. En estos últimos años se consolidan los fragmentados partidos de izquierda radical, como

nuevos actores en el escenario político, debido a su participación protagónica en los movimientos populares sucedidos entre 1976 y 1980. En las elecciones que dieron origen a la Asamblea Constituyente en 1978, el mapa partidario apareció dividido en tres tercios proporcionalmente repartidos entre la derecha, el centro y las izquierdas que, pese a la formación de un frente, mantenían aún su dispersión.^{14,15}

El 18 de mayo de 1980 se realizaron elecciones generales, para devolver así el gobierno a los civiles. Resultó ganador el candidato presidencial de Acción Popular, el ex mandatario Fernando Belaúnde Terry, quien obtuvo el 45,4% de los votos válidos, superando largamente a los candidatos del Apra (27,4%) y del Partido Popular Cristiano (9,6%). Los candidatos de las cinco listas de los partidos de izquierda sumaron, en conjunto, el 14,1%.⁴⁶

El entorno sectorial del sistema de salud: 1975-1980

Desde antes del inicio y durante el funcionamiento de la CPLGS, los miembros ejecutivos de la Comisión original fueron objeto de acusaciones e insultos de los sectores más conservadores del gremio médico. Se les acusaba de marxista-leninistas “infiltrados en el proceso revolucionarios” o de “negativos tecnoburócratas” que tenían la malévol intenció de sorprender al Gobierno con una propuesta que establecería en el país un Servicio Único de Salud, “plagio del sistema estatizado comunista”. Propuesta de burócratas comunistas del Minsa que tenía como finalidad, en opinión de dichos sectores, eliminar al Seguro Social del Perú y a la práctica privada, así como confiscar los equipos y otros medios de trabajo de propiedad médica privada. Por su parte, el decano del CMP señalaba:

*“la presencia en el seno de la Comisión de Salud de elementos con conocida trayectoria antimédica unos, sostenedores de tesis que corresponden a modelos de socialismo totalitario, diferentes del peruano otros” (W. Fernández, 1975, p. 102).*⁴⁷

En realidad, de los 14 miembros ejecutivos iniciales de la CPLGS solamente tres tenían alguna vinculación con el marxismo: el médico Alencastre, estudioso del marxismo peruano, el médico Meza Cuadra, comprometido con el velasquismo, y el economista Tejada, de convicciones socialistas. Otros cuatro defendían ideas propias de la doctrina social de la Iglesia y/o del humanismo: los médicos Becerra y Coloma, habían pertenecido a la Democracia Cristiana; el filósofo Peñaloza y el odontólogo Beltrán habían trabajado en la Ley General de Educación, además, este último había sido en su juventud Presidente de la Juventud Católica del Perú. El politólogo Bernal procedía de Sinamos. Los otros seis miembros ejecutivos no tenían vinculaciones políticas conocidas.

Primer Congreso Médico Nacional y la moción de reforma: agosto 1976

Al final del mes de agosto de 1976, se realizó el Primer Congreso Médico Nacional, organizado por el Consejo Nacional del CMP, ahora bajo la conducción de su nuevo decano, el doctor Manuel Pizarro Flores, cirujano del Hospital del Niño y destacado líder aprista. 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: 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”.⁴⁸

En semanas previas al Congreso, se había efectuado una Encuesta Nacional organizada por el CMP. A través de ella, se recogieron respuestas de 7 652 médicos, la mayoría de los cuales ejercía la práctica privada, además de trabajar en una institución pública de salud. El 89,2% de los encuestados opinaba que debía realizarse una reforma profunda en el campo de la salud, y el 89,5% que la mejor de las tres opciones de reforma propuestas en la encuesta era la número 3, que proponía un Sistema Nacional de Salud (Sistema Coordinado). La forma tendenciosa con que se redactaron las distintas opciones para favorecer a la tercera fue muy evidente:

- Opción 1. “Debe establecerse un Servicio Único de Salud (Servicio Integrado) en el que por fusión desaparecen las entidades públicas de salud y, por estatización, las del sector privado. La financiación total está en manos del Estado. El ejercicio privado es abolido”.
- Opción 2. Solo se diferenciaba de la anterior en su frase final: “...El ejercicio privado es legalmente reconocido, pero en la práctica es reducido (al mínimo)... porque los pacientes son subsidiarios de los servicios estatales”.
- Opción 3. “Debe establecerse un Sistema Nacional de Salud (Sistema Coordinado) en el que bajo un solo comando se coordine y norme todos los servicios de salud, públicos y privados. Se respeta la autonomía financiera de cada subsector y se garantiza el libre ejercicio de la profesión”.⁴⁹

3.3. INICIO, DESARROLLO Y FINAL DE LA CPLGS: 1975-1977

Conformación final y funcionamiento de la CPLGS

Resuelta la crisis a nivel de la Fuerza Aérea Peruana, el Gobierno Militar nombró como nuevo ministro de Salud al mayor general FAP Jorge Tamayo De la Flor; quien, a su vez, nombró como director superior del Ministerio al sanitarista Joaquín Cornejo Ubilluz. En esta situación, por decisión del nuevo ministro se dictó la Resolución Suprema N.º 000348-75-SA/DS de 7 de noviembre de 1975, que ordenó la ampliación de la CPLGS con siete miembros más, que fueron elegidos por el Minsa de ternas presentadas al Ministro de Salud por las organizaciones representativas de los profesionales de la salud. Permaneciendo como presidente de la CPLGS, el doctor Mario León. Al respecto de esta ampliación, el decano del CMP⁴⁷ comentaba en esos días lo siguiente:

“...el Colegio demandó la reestructuración de la Comisión como corresponde en un proceso participacionista... Las gestiones realizadas encontraron acogida favorable de parte del nuevo ministro de Salud, José Tamayo de la Flor, consiguiéndose la incorporación de cuatro colegas que fueron resultado de una amplia consulta a las principales Bases. Los nuevos miembros incluidos en la ampliación de la Comisión la integran a título personal y cuentan con nuestra confianza. Sin embargo, el Colegio Médico deberá pronunciarse sobre el fruto de esta Comisión y lo hará a título institucional y en representación de la profesión médica” (W. Fernández, 1975, p. 102).

En esta nueva Resolución, los miembros consultivos de la CPLGS eran seis; a los cinco anteriores se había adicionado al médico Alfredo Chirinos Rebaza, propuesto en una terna del Colegio Médico del Perú. Los miembros ejecutivos eran, ahora, veinte; a los 14 propuestos y nominados inicialmente por el Minsa, a título personal, se sumaron otros seis, representado a sus organizaciones profesionales. Entre estos últimos se hallaban: tres médicos, José Barsallo Burga, Enrique Vallejos Paulet y Roger Guerra García Cueva; dos enfermeras, Fabiola Tavera de Martínez, y Elsa Bonifacio de Vásquez; así como, una obstetriz, Rosa Rey Vega. Luego, en enero de 1976, el doctor Castello, miembro ejecutivo de la Comisión ingresó al CAEM, y fue remplazado por el doctor Armando Becerra Hidalgo, quien egresaba del CAEM.

Finalmente, el 10 de noviembre de 1975, tres meses después de su constitución inicial formal, se realizó en el Minsa la ceremonia de instalación oficial de la Comisión ampliada. Ceremonia presidida por el nuevo ministro de Salud, mayor general FAP Jorge Tamayo De la Flor.⁵⁰ Al final de la ceremonia, el ministro explicitó el marco de referencia del trabajo de la CPLGS de la siguiente manera:

“El modelo de organización que se proponga debe ser auténtico, es decir, que debe ser propio para la realidad sanitaria de nuestro país, sin que constituya burdo plagio de modelos de otros países... La Comisión que hoy se instala tiene un marco de referencia definido en los considerandos del Decreto Supremo que ordena su constitución y que se fundamentan en las bases ideológicas del Gobierno Revolucionario, cuyos principios básicos son la justicia social, la solidaridad, la participación, la autenticidad y la seguridad nacional; en las orientaciones de la doctrina sanitaria cuyos principios básicos son la igualdad en el acceso, la cobertura, la calidad y la oportunidad de la atención sanitaria, la solidaridad social, la participación, la integralidad y la autenticidad; en el Plan Inca, que precisa el objetivo y las acciones a realizar, en los lineamientos de política sanitaria que establece el Plan Nacional de Desarrollo 1975-78; en el Código Sanitario; y, fundamentalmente, en nuestra realidad nacional”
(J. Tamayo, 1975, p. 10 y 11).

Solamente la mitad de los miembros consultivos de la CPLGS, se incorporaron realmente a la misma, y solo dos llegaron a suscribir el Informe General de la Comisión. La totalidad de los miembros ejecutivos se incorporaron de manera efectiva y la mayoría de los mismos trabajaron a dedicación exclusiva durante todo el proceso.

Por otro lado, la forma en que el Gobierno acordó con los representantes de la orden médica la composición final de la CPLGS, así como los cambios en la conducción del Gobierno Militar determinaron que desde el inicio del proceso de formulación del Proyecto se diferenciaron dos grupos, que se mantendrían separados durante la primera etapa del trabajo en un ambiente de mutua desconfianza y que, luego, confrontarían sus propuestas en la segunda etapa.

En esa difícil situación, el presidente de la CPLGS, Mario León Ugarte mostró un comportamiento democrático, equilibrado y comunicativo en sus relaciones con todos los miembros de la Comisión, especialmente en los momentos de mayor confrontación. Esta conducta permitió, finalmente, que la Comisión pudiera dar cumplimiento al encargo recibido por el Gobierno Militar. Aunque se debe reconocer el hecho que dicho cumplimiento solo fue total y consensuado en lo que se refiere a “los estudios necesarios de la situación de salud del país”, así como parcial y discrepante en lo que se refiere a “formular el Proyecto de Ley General de Salud que permita lograr una medicina socialmente orientada y al alcance de toda la población”.

Uno de los dos grupos, al que denominaremos “mayoría”, estuvo conformado por 14 miembros: trece habían sido nombrados por el ministro Miro Quesada en primera instancia –solo el farmacéutico Zapata optó por sumarse al otro grupo– y uno, la licenciada Elsa Bonifacio, lo había sido en segunda instancia. El grupo estaba liderado por Armando Becerra Hidalgo, desde su incorporación a la Comisión, al egresar del Curso de Alto Mando del CAEM.

El otro grupo, al que denominaremos “minoría”, estaba constituido por seis miembros: cinco de ellos habían sido incorporados en segunda instancia por el ministro Tamayo, a los que se sumó el citado Zapata. El grupo estuvo liderado por José Barsallo, conocido dirigente aprista y médico del SSP, propuesto como representante del Colegio Médico del Perú.

La primera etapa del trabajo de la CPLGS: octubre 1975-marzo 1976

En la primera etapa del trabajo, este se desarrolló esencialmente a través de subcomisiones encargadas de estudiar determinados temas. Cada subcomisión fue presidida por uno o dos miembros de la CPLGS, estando conformada por profesionales de distintas disciplinas procedentes de diversas entidades públicas, algunos de los cuales fueron transferidos temporalmente a tiempo completo a la CPLGS. Las principales subcomisiones fueron las siguientes: doctrina, estado de salud de la población, atención de la salud, estructura y funcionamiento de los servicios, recursos humanos, recursos materiales, medicamentos, recursos económicos, investigación y tecnología, participación en salud. La composición interdisciplinaria de las subcomisiones permitió que se analizara cada tema con un criterio más amplio y objetivo, en el entendido que la problemática temática específica era parte de la problemática de la salud en particular, y esta, a su vez, era parte de la problemática global de la sociedad peruana en general.

Cada subcomisión producía los documentos solicitados en el campo de su especialidad, que luego eran puestos a consideración del pleno de la CPLGS. A continuación, cada documento era revisado en este nivel, siendo su contenido objeto de prolongados debates, para su corrección, redacción y aprobación, muchas veces, consensual. El documento aprobado en el pleno, entraba a formar parte del Informe Preliminar del Estudio, teniendo mucho cuidado de asegurar su coherencia externa con el resto del contenido del Informe. En esta primera etapa, las subcomisiones recogieron y procesaron información proporcionada por 146 instituciones y empresas estatales y no estatales que habían realizado estudios en la materia, con la colaboración temporal de 350 profesionales de las distintas disciplinas sociales y de salud.

El 31 de marzo de 1976, se dio fin a la redacción del Informe Preliminar de la CPLGS, que incluía: la caracterización y análisis de marco general de la reforma, la formulación del diagnóstico preliminar de la situación de la salud y las líneas generales del diseño del modelo tentativo. Ese mismo día, Morales Bermúdez anunciaba el rechazo de borrador del Plan Político del Gobierno Militar para 1977-1981 elaborado por funcionarios del COAP y del INP, expresando claramente la ruptura de la Fuerza Armada con el proyecto reformista de Velasco y los “radicales”, y decidiendo, en consecuencia, la nueva orientación política de la segunda fase del Gobierno Militar.

La segunda etapa del trabajo de la CPLGS: abril 1976-febrero 1977

Lineamientos Generales de Política de Salud, mayo 1976

Para garantizar que la propuesta final de la CPLGS fuera concordante con la nueva orientación política del Gobierno Militar, funcionarios del Minsa –con la participación de dos miembros de la CPLGS– formularon doce Lineamientos Generales de Política de Salud, aprobados el 11 de mayo de 1976 por el Consejo de Ministros.⁵¹ Estos lineamientos eran totalmente coherentes con el contenido del Informe Preliminar de la CPLGS y sirvieron, en todo caso, para precisar el marco político dentro del cual debía continuar trabajando la Comisión. El lineamiento N.º 3 decía textualmente:

“Modificar la estructura del sistema de servicios de salud vigente para brindar a la población una atención acorde con los postulados de la Revolución Peruana: 1) Integrando progresivamente en un sistema a las entidades públicas y a las correspondientes al Sector de Propiedad Social. 2) Normando y controlando a las restantes entidades y dependencias de salud no públicas, dentro de los principios del socialismo humanista y cristiano”. Lineamiento que, además, fue acompañado de una nota aclaratoria: “Este lineamiento ratifica la vigencia del ejercicio privado de las profesiones médicas y considera el aspecto de control por ser un proceso que permite verificar el cumplimiento de las normas políticas, planes y programas”. (Ministerio de Salud, 1976).

Elaboración del Informe General de la CPLGS

Durante la segunda parte de su trabajo, la Comisión efectuó las siguientes tareas: reajuste y completamiento del diagnóstico de la situación de salud, enjuiciamiento de la situación de salud, desarrollo del modelo global de salud deseado, esbozo del Plan de Conversión para el paso gradual del estado actual al estado deseado, y aprobación del contenido del Informe General de la CPLGS.⁵²

La metodología de trabajo de la Comisión fue similar a la utilizada en la anterior etapa, con la diferencia que los avances durante la misma y, especialmente, la elaboración de la versión definitiva del Informe estuvieron a cargo exclusivo del pleno de la CPLGS, siempre con el quórum reglamentario. La aprobación de los textos finales del Informe motivó debates arduos y difíciles, a veces muy tensos, entre los que suscribirían la posición en mayoría y los que lo harían con las posiciones en minoría y las singulares. Sin embargo, las discusiones sobre determinados textos conflictivos siempre se desarrollaron de manera respetuosa y, muchas veces, se logró aprobarlos de manera consensual. Ello fue facilitado, reiteramos, por el comportamiento del presidente de la Comisión durante la conducción del pleno.

El 6 de diciembre de 1976, la CPLGS presentó su Informe General⁵² al señor ministro de Salud, con dos propuestas alternativas –una aprobada en mayoría y otra en minoría– así como dos posiciones singulares sobre la Reforma de la Salud. Las discrepancias no resueltas, reiteramos, se produjeron con relación a tres aspectos esenciales del sistema de salud: la estructura, el régimen de propiedad y el financiamiento.

La propuesta en mayoría fue suscrita por quince miembros de la CPLGS. Seis médicos sanitarios, Manuel Alencastre, Armando Becerra, Carlos Bustíos, Ernesto Coloma, Mario León y Enrique Rubín de Celis; un médico pediatra, Antonio Meza Cuadra; un médico obstetra del Seguro Social del Perú, César Palomino; un médico de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, Julio Sánchez; un odontólogo y educador, Roberto Beltrán; una enfermera sanitaria del Minsa, Elsa Bonifacio; un educador y filósofo, Walter Peñaloza; un politólogo, Manuel Bernales; un jurista, Manuel Delgado Bedoya; un economista, David Tejada Pardo. Esta mayoría suscribió un Modelo Global de Salud, en cuyo diseño interdisciplinario se trató de concordar un conjunto de principios sanitarios y el mejor conocimiento de la situación de salud en el país, con las nuevas oportunidades que parecía ofrecer el proceso social peruano. Los rasgos distintivos de dicho modelo residían en su carácter intersectorial y participativo, así como el tipo de propiedad y el financiamiento solidario de uno de sus componentes: el Servicio Nacional Participatorio de Salud (Senpas). El modelo será descrito con detalle en el siguiente capítulo.

La propuesta en minoría fue suscrita en su integridad por cuatro miembros de la CPLGS: un médico obstetra del Seguro Social del Perú, José Barsallo Burga; una enfermera docente, Fabiola Tavera de Martínez; una obstetriz, Rosa Rey Vega; y un químico farmacéutico, Humberto Zapata Rivas. Esta propuesta era la de un Sistema Nacional de Servicios de Salud, con cuatro grandes instituciones efectoras. La propuesta era muy similar a la aprobada en el I Congreso Médico Nacional de 1976, organizada por el CMP, durante la gestión del decano doctor Manuel Pizarro.^{48,52} La propuesta y las posiciones singulares serán descritas de manera extensa en el siguiente capítulo.

Veinticinco días después de ser presentado el Informe General al ministro de Salud Jorge Tamayo De la Flor, este fue promovido al grado de teniente general FAP y, luego, sería transferido por el Gobierno Militar al cargo de ministro de Aeronáutica, siendo reemplazado en el Minsa por el mayor general FAP Humberto Campodónico Hoyos, quien inició sus funciones como nuevo ministro de Salud el 1 de enero del año 1977. La presentación del Informe al Consejo de Ministros debió ser postergada.

Sustentación de las propuestas en el Consejo de Ministros, febrero 1977

Menos de dos meses después del inicio de la gestión del nuevo ministro de Salud, 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 propuesta en mayoría fue sustentada por el doctor Roberto Beltrán Neyra, quien enfatizó la coherencia de las características del modelo de reforma diseñado con las reales necesidades de salud de la población peruana, en el marco establecido por el mismo Consejo de Ministros a través de los Lineamientos Generales de Política de Salud aprobados el año anterior.

Por otro lado, la propuesta de la minoría fue fundamentada por José Barsallo, quien más de 20 años después escribiría⁵³ su versión de lo sucedido:

“En el Consejo de Ministros... quedó sentada la posición del Colegio Médico del Perú... su representante dijo: ‘Hemos coincidido plenamente en el diagnóstico de la situación de salud, en su enjuiciamiento, en precisar la finalidad y los objetivos de la Reforma, temas que han sido presentados en el dictamen de mayoría y a cuya formulación hemos contribuido con nuestra mayor devoción; más discrepamos de su propuesta de estructura y funcionamiento de servicios de salud que conlleva la desaparición de la Seguridad Social. El modelo que proponen es el Servicio Único, es un calco del modelo cubano, cuyos avances en el campo de la salud no solo saludamos sino que alabamos sin reserva; pero el Perú no es Cuba, y el gobierno que respalda ese modelo tiene radicales diferencias con el peruano. El Colegio Médico del Perú defiende la existencia y el desarrollo de la Seguridad Social dentro de un Sistema Nacional de Servicios de Salud’ (...) Semanas después, a fines de 1975, el gobierno dictó el D. L. N.º 22365 que puso en funcionamiento el Sistema Nacional de Salud con grandes semejanzas al propuesto por el Colegio Médico del Perú”.

(José Barsallo, 1997, p. 52).

En realidad, lo escrito por Barsallo en 1997 no era una descripción exacta de los hechos, en tanto la propuesta en mayoría era distinta al Servicio Único de Salud de Cuba, como se puede verificar fácilmente leyendo su descripción en el siguiente capítulo de este documento. Además, dicho Decreto no fue dictado “semanas después”, sino luego de un largo lapso de veinte meses contados a partir del día de la presentación del Informe de la CPLGS ante el Consejo de Ministros.

Desactivación de la CPLGS, marzo 1977

Luego de la sustentación de las propuestas ante el Consejo de Ministros, estando el Informe General en coordinación intersectorial, la Comisión tuvo la oportunidad de informar y absolver observaciones de algunos ministerios. En marzo de 1977, por Resolución del primer ministro del Gobierno Militar, se dio por concluidas las funciones de la CPLGS. Se habían cumplido quince meses desde su instalación. Es interesante presentar la manera en que dos distinguidos miembros del grupo de la minoría de la CPLGS, ambos de filiación política aprista, comentaban sus experiencias en la Comisión, después de más de 20 años de las mismas. Primero, transcribimos los comentarios de José Barsallo, quien, en el año 1999, seguía convencido que la creación de la CPLGS solo había obedecido a la voluntad de la “tecnoburocracia” del Minsa, en su propósito de hacer desaparecer al SSP.³¹

“Los ministros de salud, generalmente ignorantes, no obstante su inicial resistencia y aversión política a la tecnoburocracia, caían pronto en sus tentáculos reduciéndose a la condición de títeres de quienes tenían, a la par de una magnífica formación y capacidad técnica, la argucia burocrática afinada durante décadas de trajín al servicio de autoridades... (Esta tecnoburocracia) Se sintió omnipotente al haber logrado del gobierno (al final de la primera fase) la identificación plena con sus propósitos. Con caracteres nunca vistos se puso en evidencia la escalada anti Seguro Social. Las posiciones dentro de la comisión variaban entre aquella que proponía que el Seguro Social fuera un mero ente financiador del Ministerio de Salud y la que... debía desaparecer para ser sustituido en el área de salud por el Servicio Nacional Participatorio de Salud, en el cual las aportaciones al Seguro Social serían reemplazadas por un ‘impuesto a las personas naturales y jurídicas’... Fue presentada al Consejo de Ministros presidida por... Morales Bermúdez, quien había reemplazado... a Velasco Alvarado (...) Analizado por el Consejo de Ministros, el proyecto de la mayoría fue desechado... La hábil burocracia del Ministerio sin respaldo del nuevo gobierno y por la acción firme del sector profesional, quedo frenada en su conspiración contra el seguro social” (José Barsallo, 1999, p. 187-189).

Por su parte, Alfredo Chirinos⁵⁴ recordaba y valoraba el mismo proceso de manera muy distinta:

“Tardíamente, en el último mes de su gobierno de siete años, el general Velasco firmó este Decreto (de la constitución de la CPLGS) conjuntamente con el ministro de Salud Miró-Quesada, con la manifiesta voluntad de propiciar una Reforma de la Salud... Esta Comisión efectivamente se constituyó con participación de prestigiosos profesionales de dominio multidisciplinario... y realizó quizás el mejor estudio y proyecto de Reforma de Salud de este siglo XX. Me cupo la suerte de integrarla y compartir sus esfuerzos, sin embargo, tuvo que trabajar con otro régimen político, el del general Morales Bermúdez, que en abril de 1977, archivó el proyecto.”

(A. Chirinos, 2001, p. 250).

3.4. DESPUÉS DE LA DESACTIVACIÓN DEL CPLGS: 1977-1980

Salud y Seguro Social en el Plan de Gobierno Túpac Amaru, octubre 1977

Ocho meses después de desactivada la CPLGS, el 4 de octubre de 1977, el nuevo Gobierno Militar, no obstante de sus intenciones de desmontar todos los avances reformistas de la primera fase velasquista, incluyó en su Plan de Gobierno Túpac Amaru⁴³ un objetivo específico y 15 lineamientos de política para el campo “36. Salud”, que continuaban con las orientaciones generales anunciadas anteriormente en el Plan Inca,⁶ así como con las formalizadas posteriormente en el Plan Sectorial de Salud 1971-1975.⁵⁵ El objetivo específico siguió siendo:

“Atención de la salud con un criterio social, tendiendo a ponerlo al alcance de toda la población”, mientras que el primero, sexto y doceavo lineamientos eran enunciados de la siguiente manera: “1. Dictar la Ley General de Salud”; “6. Promover la participación de la poblaciones en las acciones de previsión de la salud”; y, “12. Incorporar en la industria básica la fabricación de insumos fundamentales para la industria farmacológica”.

Por otra parte, con relación al campo “35. Seguro Social”, en el Plan Túpac Amaru se define un objetivo y siete lineamientos de política. El objetivo: “Seguro Social eficiente y ampliación significativa de su cobertura”. El primer lineamiento: “Perfeccionar un sistema financiero del Seguro Social a fin de ampliar el ámbito de las prestaciones y asegurar la correcta captación y aplicación de los fondos”. El segundo: “Perfeccionar la coordinación del sistema hospitalario del Seguro Social con el Sector Salud”. El quinto: “Impedir la creación de nuevos regímenes especiales de seguridad social”.⁴³

Apoyo a la Atención Primaria de la Salud y la CPLGS: 1977-1980

El Informe del Perú a la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, realizada en Alma-Ata entre el 6 y 12 de septiembre de 1978, fue preparado por una comisión *ad hoc* en el que participaron dos miembros de la CPLGS, el doctor Mario León, como presidente, y el sociólogo Manuel Bernal, como representante del Instituto Nacional de Planificación.⁵⁶ Asimismo, conformaron esta Comisión tres funcionarios de la Dirección General de Programas de Salud del Ministerio de Salud, dirigida por el doctor Manuel Alencastre, otro exmiembro de la CPLGS. El Informe de esta Comisión incluye el concepto peruano de Atención Primaria de la Salud, definido como: “el conjunto de acciones desarrolladas por la comunidad, dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de salud, mediante el uso de sus recursos administrados por su propia organización”. Además, el doctor Armando Becerra, otro exmiembro de la CPLGS, formó parte de la delegación del Perú a la Conferencia de Alma-Ata, como asesor del ministro de Salud.^{56,57} La propuesta

asignaba un rol protagónico a las organizaciones comunales y una especial importancia a sus iniciativas en el cuidado primario de la salud, por lo cual los servicios formales de salud debían intervenir esencialmente, en ese nivel, con una función de apoyo a dichas iniciativas.

Además, en 1979 se formuló, tomando como base la propuesta nacional presentada en Alma-Ata, el Primer Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de la Salud. El desarrollo de la atención primaria se había constituido en la primera prioridad del Sistema Nacional de Servicios de Salud. En aplicación de esta prioridad, se formularon el Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria 1980-83 y los Programas Regionales de Apoyo a la Atención Primaria de Salud; con un presupuesto cuadrienal de 79,5 millones de dólares: 45,6 millones del Tesoro Público y 33,8 millones de Cooperación Externa.^{58,59} Con la formalización de esas previsiones a mediano plazo, el Gobierno Militar pretendió, casi al final de su gestión, comprometer al siguiente gobierno civil en el cumplimiento de los acuerdos que al respecto había asumido el país en reuniones internacionales. Sin embargo, al producirse el cambio de Gobierno en julio de 1980, los mencionados Planes y Programas se paralizaron y, finalmente, se desactivaron.

Como antecedente inmediato de esas acciones, en la Dirección de Programas de Salud del Ministerio de Salud se conformó, después de que la CPLGS entregó al ministro su Informe General, un Grupo encargado de estudiar las experiencias recogidas en la ejecución de los proyectos de participación en salud ejecutados en el país, así como las propuestas que al respecto habían sido elaboradas por la Comisión del Proyecto de Ley General de Salud. La primera tarea realizada por el Grupo fue la de visitar todas las regiones de salud donde se ejecutaban esos proyectos, para recoger directamente la información pertinente y sistematizarla, para su análisis y debate en Seminarios Regionales y Nacionales, en los que participaron representantes de todos los niveles del Minsa y de otros sectores, así como de universidades, organizaciones comunales y de cultores de la medicina tradicional. La información recogida y las conclusiones de los Seminarios serían, posteriormente, insumos para la formulación de la propuesta nacional para Alma-Ata.^{4,60}

Medicina tradicional y la CPLGS

Por otro lado, los debates producidos en las reuniones organizados para la elaboración del estudio *La medicina tradicional en el Perú*,⁶¹ encargado por la CPLGS (1976) a un grupo de expertos, el contenido presentado al respecto en el Informe General de la CPLGS (1977), así como el mensaje de democratización del cuidado de la salud de la Declaración de Alma-Ata (1978), estimularon a un grupo de médicos y científicos sociales peruanos, liderados por los médicos Alberto Segúin y Fernando Cabieses, para organizar el Primer Congreso Mundial de Medicinas Tradicionales, con apoyo de la OMS. Ante el total escepticismo

y críticas de los Colegios Profesionales, este primer congreso se realizó en Lima el año 1979, con auspicios del Ministerio de Educación y la ausencia de representantes del Minsa. Contra todas las previsiones tuvo un gran éxito, con la asistencia de delegaciones de 28 países y la presencia multidisciplinaria de científicos sociales, biólogos, botánicos, cultores de la medicina tradicional y algunos médicos.

Creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud, 1978

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, se promulgó 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, incorporadas o agrupadas en cuatro componentes: Ministerio de Salud; Seguro Social del Perú; Sanidades de la Fuerza Armada y del Ministerio o del Interior; y, Sector No Público. El Decreto enfatizaba que cada componente constitutivo del Sistema mantenía su autonomía económica, administrativa y financiera; teniendo 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; que actuaría, además, como órgano de consulta del Ministerio de Salud para la formulación de la política nacional de salud. El CNS estaba conformado por doce miembros: el ministro de Salud, dos representantes de cada uno de los componentes, así como un representante de la Universidad Peruana, de la Confederación de Instituciones de Profesionales Universitarios del Perú y del Colegio Médico del Perú.⁶²

A través del Decreto Ley N.º 22365, el Gobierno Militar formalizaba la propuesta alternativa en minoría de la Comisión del Proyecto de la Ley General de Salud, aunque recortando significativamente los alcances participativos de la misma y limitándola a los aspectos de coordinación. Es así, que con relación a la propuesta inicial en minoría de la Comisión se pueden observar, por ejemplo, los siguientes cambios: la “integración (unificación) de programas a nivel nacional” 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, también, la participación de los representantes de los trabajadores y de los usuarios en el Consejo Nacional de Salud y en los órganos de gestión de las entidades de salud.

El primer CNS estuvo presidido por el mayor general FAP Eduardo Rivasplata Hurtado, en su calidad de ministro de salud; y tuvo como uno de los dos representantes del Minsa, al

doctor Francisco Sánchez-Moreno, entonces asesor principal del Despacho Ministerial de Salud. Este último, presidió la Comisión de Coordinación General del CNS, cumpliendo una labor protagónica en la organización y los logros iniciales del SNSS, hasta su retiro del Minsa al final del año 1979; posteriormente, durante las siguientes décadas sería el tenaz promotor de la implementación de un sistema coordinado de salud en el país. Miembro importante de dicha Comisión de Coordinación era el doctor José Barsallo, representando al Seguro Social del Perú.^{4,62}

El Decreto Ley N.º 22365 comenzó a ser instrumentado con un fuerte apoyo del Minsa, los Colegios Profesionales y la Universidad Peruana.⁶³ En enero de 1979, el CNS del Sistema definió su Plan de Acción señalando 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.

Entre los logros más importantes alcanzados en aplicación de dicho Plan, hasta julio de 1980, se destacan:

- ▀ La organización y desarrollo del SNSS. El 13 de marzo de 1979 se aprobó, por Decreto Supremo N.º 001-79-SA, el Reglamento del SNSS. En aplicación del Reglamento se conformó, instaló y se puso en funcionamiento el CNS, la Secretaría de Coordinación, las siete Comisiones de Estudios Específicos y los Consejos Regionales de Salud, así como se fortaleció la coordinación de los componentes del Sistema a nivel nacional.
- ▀ El trabajo conjunto y armónico de las distintas entidades vinculadas con la atención de la salud en todos los niveles del SNSS, especialmente en las Comisiones de Estudios Específicos, que permitieron alcanzar acuerdos consensuales.
- ▀ La formulación, financiación e inicio de la ejecución del Plan Nacional de Atención Primaria de Salud 1979-1983, orientado a dar cobertura a la población que no tenía acceso a los servicios de atención de la salud.
- ▀ La elaboración y gestión del proyecto de un nuevo régimen de prestaciones de salud del Seguro Social del Perú, que sería promulgado como el Decreto Ley N.º 22482, Sistema de Prestaciones de Salud, de 27 de marzo de 1979.
- ▀ Fortalecimiento del Programa de Medicamentos Básicos.

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. Estos problemas impidieron, finalmente, la organización de los Comités Locales del SNSS y casi paralizaron el funcionamiento de la mayoría de los Consejos Regionales de Salud.^{4,60,63}

Problematización de la situación de salud y propuestas efectuadas por la Comisión del Proyecto de Ley General de Salud

4.1. PROBLEMATIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL PERÚ: DÉCADA DE 1970

Desigualdades en el acceso a los servicios de salud

En el año 1969 se estimaba oficialmente que alrededor de tres millones de peruanos (23% de la población nacional) no tenían acceso a la atención médica. Para el promedio de la población con acceso a dicha atención se estimaban índices de consumo anual de 1,89 consultas médicas por persona, 4,84 egresos por 100 beneficiarios, con un gasto por persona de 347 soles (a precios de 1963), muy inferiores a los estimados para otros países latinoamericanos.

Asimismo, se informaba de la existencia de grandes desigualdades de consumo y gasto entre los beneficiarios de las distintas entidades de salud. Es así, que la población cubierta por el Ministerio de Salud y entidades estatales (66,5% de la población nacional con acceso) tenía un consumo anual promedio de 0,86 consultas por persona, con un gasto por persona de apenas 172 soles. En contraste con estos bajos valores, se registraban para los beneficiarios del Seguro Social del Empleado (6,3% de la población con acceso) promedios anuales de 8,54 consultas y de 1 400 soles por beneficiario. Para los clientes del sector privado (14,7% de la población con acceso) se registraban índices de 5,36 consultas por persona, 4,69 egresos por 100 beneficiarios y un gasto por persona de 606 soles.⁵⁵

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 2% y 5% de su gasto a la atención de la salud, lo que en soles corrientes significaba un gasto mensual con variaciones entre S/. 36 para el estrato de los pequeños agricultores y S/. 1 225 para el de los profesionales. Según área geográfica, ese gasto variaba entre S/. 72 en las familias rurales y S/. 312 en las de Lima Metropolitana. De este gasto mensual cerca del 50%, en promedio, correspondía al rubro productos medicinales y farmacéuticos.²¹

Desigualdades en el acceso a los medicamentos

En 1976, la CPLGS encargó a un grupo de químico-farmacéuticos y economistas el Estudio sobre el comportamiento del gasto en la atención médica y medicinas por niveles de ingreso en Lima Metropolitana.⁶⁴

Los principales resultados específicos de dicho estudio, son los que a continuación se describen:

- 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; su monto está en relación directa con el nivel de ingreso familiar, la cual 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
- El gasto en salud por bienes estético/medicinales – incluye la atención dental, compra de anteojos y aparatos ortopédicos– es el que mayor elasticidad tiene; adquiere el carácter de necesidad en los estratos de mayores ingresos; siendo definitivamente suntuario, por su precio especialmente alto, para los de menores ingresos.
- El gasto en salud por bienes de automedicación, es el que menor elasticidad tiene; es decir, que este tipo de producto, por sus bajos precios, es comprado en cantidad semejantes por las familias de todos los estratos de ingresos.

Los resultados de ese estudio, así como de otros revisados por la subcomisión responsable, informaron a la Comisión que importación de insumos, la elaboración y comercialización de los medicamentos en el país están a cargo, fundamentalmente, de empresas subsidiarias de poderosas transnacionales. Empresas que actúan con una racionalidad económica orientada a la búsqueda de la máxima ganancia.

Los fármacos aparecen, entonces, como simples productos de consumo, que ante la ausencia deliberada de regulaciones efectivas están sujetos a las fuerzas de la oferta y la demanda en un mercado imperfecto, donde se utilizan para elevar el precio de los medicamentos una serie de mecanismos ilegítimos, entre los que destaca la sobrefacturación de las materias primas.

Enjuiciamiento del modelo oficial del sistema de salud por la CPLGS

“El actual modelo (oficial) de atención de la salud refleja claramente la contradicción de que, en una sociedad que debe ser humanista e igualitaria, se mantenga una serie de barreras económicas, legales o administrativas que impiden el acceso a muchos peruanos a los servicios de salud... Además, la calidad de la atención en el actual modelo, no corresponde al alto valor que el hombre debe asignar en el cuidado de su salud. Las acciones en este campo están dirigidas principalmente a la reparación de la salud, descuidándose las acciones de protección y promoción... La utilización de los recursos de salud, es realizada por diversas instituciones, cada una de ellas con su propia doctrina, sus propios fines y su propio grupo poblacional que atender, lo que da como consecuencia que la atención no sea igualitaria y se favorezca la marginación. Existe pues una dispersión y segregación de las instituciones de Salud de su manejo técnico y de la asignación de recursos. No existe un financiamiento de tipo solidario. En muchas familias, se comprueba la grave contradicción de que algunos de sus miembros tengan derecho y acceso a la atención de su salud y las personas dependientes de él no los tienen. El disfrute de la salud, está considerado como una aspiración de la población pero no ha sido afirmado como un derecho que ella debe ejercitar y para lo cual está obligado a participar, no solo en el financiamiento, sino también en cada una de las etapas de organización y funcionamiento del sistema de servicios de salud. A pesar... de la limitada base tecnológica disponible. Hasta ahora no se ha realizado un verdadero esfuerzo nacional para la creación e innovación de los conocimientos científicos y técnicos a efectos de poder corresponder a las características nacionales y al desarrollo de las potencialidades propias” (CPLGS, 1976, p. 18-20).

“Las dificultades de coordinar instituciones con diferente sustentación doctrinaria y legal... se reflejan en la deficiente coherencia y la ausencia de complementariedad de las acciones de las distintas entidades de salud. Es notoria la existencia de conflictos de competencia, superposición y duplicación de esfuerzos, elevación innecesaria de los costos, y una desigual atención de la salud...” (CPLGS, 1976, p. 52).

“La solución de los problemas de salud de la comunidad nunca o casi nunca ha sido compartido entre gobernantes y gobernados como responsabilidad mancomunada. ... La participación de la población se da como ‘mano de obra’...; donación de equipos y otros elementos...; el trabajo voluntario solo para vacunaciones masivas...La participación de la comunidad se da en la ejecución de acciones de salud más no en el planeamiento y evaluación de las mismas... soslayándose así el carácter real, integral, efectivo y constante que la participación debe tener (...) se realiza con orientación que varía desde programas de carácter paternalista, hasta los inspirados en aparente desarrollo comunal, creando en la población una mentalidad dependiente y una actitud pasiva que frena la participación deseada” (CPLGS, 1976, p. 107).

Informe especial sobre clínicas privadas

En 1976, el doctor Enrique Vallejos⁶⁰ dirigió, como miembro de la CPLGS, el primer estudio conocido sobre la situación de las clínicas privadas en el país. Entre los instrumentos utilizados por Vallejos, experimentado administrador de servicios de salud del Seguro Social Obrero y del sector privado, estuvo la encuesta. Estudio de una muestra de 35 clínicas: 18 ubicadas en Lima Metropolitana y 17 en el resto del país.

Los principales resultados de este estudio sobre la situación de las clínicas privadas en el país son los que a continuación se exponen:

- ▶ La participación de las clínicas es de tipo reparativa, especialmente a través de servicios de hospitalización. La atención ambulatoria se está incrementando en los últimos años, debido a los Convenios con el SSP y los seguros privados. No obstante, los directivos de las clínicas se quejan de la falta de una política oficial clara sobre la actividad empresarial en el campo de la salud. Existiendo la idea generalizada, entre estos directivos, que las clínicas privadas no cuentan con la protección del Estado.
- ▶ El Minsa no ejerce la competencia que le otorga la ley, en el sentido de orientar, regular y estimular las actividades de las entidades privadas de salud. Ello se evidencia por el hecho de que la casi totalidad de las clínicas encuestadas no se ajustan en su organización y funcionamiento al Reglamento General vigente.
- ▶ Existe un gran contraste entre el desarrollo alcanzado por los servicios médicos y paramédicos y el conseguido por los administrativos. Estos adolecen de serias deficiencias, con personal que solo ocasionalmente han sido capacitados para la función que desempeñan. La falta de aplicación de principios administrativos básicos, repercute negativamente en la calidad y encarece el costo de los servicios.
- ▶ La principal fuente de ingresos para financiar los gastos, es el pago de los usuarios, estableciéndose para ello tarifas que no son elaboradas mediante procedimientos de contabilidad de costos, observándose que no siempre están de acuerdo con la calidad del servicio y la calidad de la clínica.
- ▶ La casi totalidad de las clínicas encuestadas no cuentan con Cuerpo Médico organizado. De manera opuesta, la totalidad cuenta con sindicatos de trabajadores, que actúan como organismos de presión y lucha para obtener beneficios laborales.

Informe especial sobre medicina tradicional

En 1976, por encargo de la CPLGS, la Asociación Centro de Investigación para el Desarrollo (Ciprode) realizó el estudio *La medicina tradicional en el Perú*,^{60,61} dirigido por tres científicos sociales: Jorge Carbajal, Manuel Pérez y Carmen D. Thays. En este estudio se enfatiza que en nuestro país existe una realidad social y cultural heterogénea en cuanto al cuidado de la salud lo que lleva a la aceptación de que existen dentro de ella dos modalidades, dos “polos”: uno caracterizado por el saber médico moderno y otro por el conocimiento tradicional. Afirmando, además, que el saber médico tradicional no se da como un rasgo aislado en el contexto cultural de las colectividades tradicionales, sino que es parte integral del complejo de creencias y valores relativos a la religión y la magia, así como constituye parte del acervo ‘científico’ y técnico de tales colectividades. La región andina en general y, en particular la zona ocupada por la población indígena, así como las áreas en que circulan los grupos étnicos de la selva son las sedes de los núcleos más integrados de la medicina tradicional. Hay que incluir en esta misma categoría a ciertos lugares de la costa, especialmente reputados, que constituyen también núcleos de concentración.

En nuestra opinión, dos son las principales conclusiones que, para fines de esta publicación, nos aporta dicho estudio. La primera: “Pese a los esfuerzos de las últimas décadas para ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, el medio rural ha quedado prácticamente inaccesible en el orden físico y mental. Se ha venido actuando en base a estrategias pro-desarrollo y pro-modernización generalmente en base a modelos importados... El desconocimiento de la verdadera realidad sociocultural del país se refleja en la actitud hacia el patrón de medicina tradicional y popular o folclórico: la marginación; la condena legal; la desestimación de los recursos humanos y materiales propios del saber popular (con excepción de algunos intentos de captación y capacitación de parteras empíricas), son las pruebas de una actitud separatista”. La segunda: “Aún en los sectores más ‘puros’ de concentración del patrón tradicional, se va produciendo un proceso de cambio. Los medios de comunicación, la migración, la escolarización y otros factores de la llamada ‘revolución de las expectativas’ han ido creando en el medio rural una tendencia cada vez mayor a la modernización. Si se superan las barreras económicas, sociales, legales, geográficas y culturales, y sobre todo si el nuevo Sistema de Salud define la estrategia adecuada, tal proceso podría culminar en la integración de los patrones moderno y tradicional”^{60,61}

Esas y otras conclusiones de dicho estudio, así como los aportes de miembros de la Comisión, sirvieron de base para la redacción del tema “Atención de la salud no autorizada legalmente”, contenido en el Informe General de la CPLGS. Un resumen de este contenido se presenta

en las siguientes líneas. La demanda de servicios de salud tiene diversas características en los distintos grupos sociales. En relación a esas características se pueden distinguir de manera muy esquemática, en el sistema de salud peruano, dos formas de atención de la salud: 1) la autorizada legalmente u oficial, llamada también medicina científica o medicina occidental, que utiliza la ciencia y la tecnología sanitaria modernas; y, 2) la no autorizada legalmente o no oficial, denominada medicina tradicional o etnomedicina, que utiliza conocimientos y técnicas empíricas o tradicionales. Entre ambas existe una serie de matices o formas intermedias –modalidades “populares”–, que son el resultado de la heterogeneidad socio-cultural de la población.⁶²

“La atención de la salud de tipo tradicional y de modalidad popular cumple una función complementaria para la mayoría de población ubicada tanto en el polo del patrón de la medicina moderna, como en los segmentos intermedios. Para las clases sociales altas, algunos de los elementos tradicionales constituyen la última instancia en la búsqueda de la recuperación de la salud (instancia de la desesperación). Para las poblaciones de clases sociales intermedias, la medicina tradicional es una de las alternativas a seleccionar ya sea en primera o segunda instancia. Para la población de los estratos bajos y con un menor grado de aculturación, ella constituye la primera instancia y generalmente la única alternativa”

(CPLGS, 1976, p. 35).

4.2. DOCTRINA SANITARIA EN EL INFORME DE LA CPLGS, 1976

Introducción al tema

Los fundamentos contenidos en el documento citado en los párrafos anteriores, una vez que fueron aceptados como válidos por las autoridades del GRFA, se constituyeron en el punto de partida de un debate que culminaría con la formulación de 28 Principios de Salud elaborados en 1976 por la CPLGS y aprobados, casi siempre, por unanimidad.⁵² Uno de estos, es el Principio de Salud y Seguridad Social:

“En nuestra Democracia Social de Participación Plena, el derecho a la salud es parte constitutiva del derecho a la seguridad social –derecho universal y totalizador–, cuyo goce debe proteger a la persona humana frente a toda contingencia individual y social que impida su realización plena. La Seguridad Social sin duda dejará de ser, en su conjunto, derecho exclusivo de quienes realizan trabajo remunerado, para, solidariamente, universalizarse a todos los integrantes de la comunidad sin excepción”

(CPLGS, 1976, p. 121).

Todos los 28 Principios están sustentados en el alto valor social otorgado a las ideas humanistas generales de justicia, libertad, trabajo, participación, solidaridad, creatividad, honradez y respeto por la dignidad humana, así como a las más particulares de universalidad, equidad, integralidad, actitud de servicio, autenticidad, respeto a las variantes culturales y al aporte de la tradición en la atención de la salud. El marco doctrinario básico utilizado para delimitar la definición de estos principios fue redactado por la CPLGS dos años antes de la Declaración de Alma-Ata y una década antes de la Carta de Ottawa, y se describe en los siguientes párrafos.

■ REFORMA DE SALUD COMO PARTE ESENCIAL DE UN PROCESO REVOLUCIONARIO HUMANISTA Y CRISTIANO.

“Esta Reforma no debe ser juzgada como una acción marginal del proceso revolucionario, sino como una de sus decisiones más trascendentales, eje de la nueva sociedad, que contribuirá poderosamente a hacer reales los principios de justicia, participación y solidaridad; y el sentido cristiano de la Revolución Peruana. Se trata, por consiguiente, de una Reforma que permitirá avanzar en el camino hacia la formación del nuevo hombre cuyo perfil está ya planteado”. “En plena correspondencia con el socialismo humanista, se reconoce a la Salud como un derecho propio de todos los que habitamos en el territorio nacional. Esto implica no solo el derecho a recibir atención, sino el de participar activamente en los programas y en las acciones de salud que benefician tanto a los individuos como a la comunidad, entendiéndose por tales, las de carácter curativo y también las que tienen como propósito la protección, la difusión y el aprestamiento, que permitan a la comunidad, como conjunto, manejar la salud como un bien común. Ello demanda de todos la toma de conciencia y una permanente y cada vez mayor solidaridad, apoyado esto en una constante transferencia de conocimientos, que se hará en estrecha coordinación con el sistema educativo” (CPLGS, 1976, p.111).

■ CONCEPCIÓN INTEGRALISTA Y SOLIDARIA DEL CUIDADO DE LA SALUD

“Se quiere desterrar la concepción focalista de la salud que ha sido el punto de vista tradicional y que centra el esfuerzo en la enfermedad ya producida y manifiesta, en la necesidad de contrarrestarla, con la casi completa abstracción de los condicionantes múltiples que le han dado origen y con la escasa participación activa de los miembros de la comunidad, que son convertidos así en meros receptores pasivos del servicio de salud. Se quiere desechar la concepción elitista de la salud, que ha transformado sus problemas, aún los más simples, en hechos complejos que solo un grupo de iniciados puede afrontar y del que los demás quedan excluidos. Se quiere, así mismo, sobrepasar los criterios tecnocráticos que, so pretexto de alta sofisticación, traen como consecuencia la restricción de la atención de la salud a una parte de la población peruana. Se quiere por último, rescatar la salud, como derecho de todos los hombres y mujeres del país, de la trama fría de la oferta y de demanda que ha tornado en materia de lucro y de comercio y que ha puesto fuera del alcance de las grandes mayorías nacionales” (aprobado por mayoría). (CPLGS, 1976, p.111-112).

■ FINANCIAMIENTO SOLIDARIO DEL CUIDADO DE LA SALUD

“Lo anterior significa que la Reforma en Salud aspira a construir un nuevo estado de cosas en el cual los peruanos logren una conciencia muy alerta de la salud como una responsabilidad de todos y a cuya consecución todos pueden y deben coadyuvar. Dentro de tal contexto, el tomar medidas de prevención y el detectar las alteraciones de la salud será preocupación solidaria. Las acciones de reparación deberán ser prestadas en toda circunstancia por encima de cualquier consideración crematística. La transferencia de pacientes a escalones más altos y complejos de tratamiento, se efectuará según la naturaleza y gravedad de la enfermedad, sin discriminación de carácter social o económico”. “Todo esto supone un mayor esfuerzo financiero del Estado y de la comunidad cuyos miembros, sin excepción alguna, deberán afrontar, en proporción directa y progresiva a sus ingresos, el costo del funcionamiento de un sistema de salud solidario que dé cobertura a todos los peruanos, dando prioridad a quienes carecen de ella”.

(CPLGS, 1976, p.112)

■ SENPAS COMPONENTE OPERATIVO DEL MODELO DE SALUD

“Se prevé así un conjunto de instalaciones que constituya una forma de Propiedad Social de Servicios, cuyos titulares sean conjuntamente al Estado y la comunidad y en cuya gestión participen el Estado, la Comunidad y los Trabajadores de Salud, lejos de la concepción estatizante de los regímenes comunistas y lejos también de la propiedad individual inspirada en el lucro, propia de los regímenes capitalista. Esta Propiedad Social en el sistema de salud del Perú revolucionario reafirmará una vez más la vía propia y original de nuestro proceso” (aprobado por mayoría).

(CPLGS, 1976, p.112-113)

■ REORIENTACIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD

“No hay duda de que este nuevo sistema de salud, universal y participatorio, requerirá un cambio de actitud en los hombres y, a la par contribuirá a que ese cambio se produzca. Demandará, consecuentemente, un cambio en la política global con relación a Salud, una nueva apreciación del papel de la tecnología y su ubicación exacta dentro de un país, que luchando contra el subdesarrollo, se encuentra todavía inmerso en él; este sistema exigirá como condición sine qua non, una transformación radical en la formación del personal de salud, el cual habrá de ser preparado, prioritariamente de acuerdo a las necesidades de las grandes mayorías y dentro de una concepción no individualista sino comunitaria. Será preciso no vacilar ante la urgencia de establecer nuevos perfiles de recursos humanos para la salud, que sean indispensables para llevar a la atención a toda nuestra población”. “Aspecto esencial del nuevo sistema será el sentar sobre bases enteramente nuevas y realistas la fabricación y comercialización de medicamentos y de otros insumos que el sistema de salud ha de absorber...”.

(CPLGS, 1976, p.113)

En este trabajo específico es justo remarcar la destacada participación de dos miembros ejecutivos de la Comisión, que sin proceder del campo médico-sanitario hicieron importantes aportes a la definición de la doctrina sanitaria nacional. Nos estamos refiriendo a dos educadores universitarios, ambos fuertemente vinculados en esos años con la Reforma de la Educación, los doctores Walter Peñaloza y Roberto Beltrán.

4.3. EL “MODELO GLOBAL DE SALUD” EN LA PROPUESTA DE LA MAYORÍA

Objetivos del modelo

El Objetivo Nacional de Salud fue definido como:

“Un estado de salud de la población peruana que posibilite a todos sus integrantes gozar de la plenitud de sus capacidades biopsicosociales y realizarse como personas humanas, de tal modo que puedan convertirse en agentes del desarrollo nacional, de la seguridad integral y de la construcción de la Democracia Social de Participación plena”.^{52,65}

Los objetivos sectoriales de salud fueron cinco. Los dos primeros fueron los siguientes:

- Contribuir a que la población alcance condiciones satisfactorias de salud mediante una atención integral, universal, igualitaria, auténtica, participatoria, solidaria, eficaz y no lucrativa.
- Alcanzar la integración de las entidades y dependencias públicas de salud y las correspondientes a las empresas asociativas, productoras de servicios de salud, mediante la creación de un organismo cuyos distintos regímenes respondan a las necesidades reales de salud de toda la población y el Humanismo Revolucionario.

Los otros tres objetivos sectoriales hacen referencia a lograr:

- que el Ministerio de Salud ejerza plenamente su acción de gobierno;
- la efectiva participación de la población y de los trabajadores de salud en las acciones políticas, administrativas y operativas del modelo de salud;
- la compatibilidad y convergencia de las políticas y estrategias del Sector Salud con las correspondientes de los otros sectores.

Estructura del Modelo Global

La estructura del Modelo Global de Salud se diseñó como un sistema en cuya organización se distinguen varios componentes: un organismo de gobierno; varios organismos de gestión productiva de servicios, de recursos y de bienes de salud, administrativamente autónomos; además, del órgano financiero del Servicio Nacional Participatorio de Salud.^{52,65}

- 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 Ministerio de Salud cumpliría exclusivamente funciones de conducción y normatividad, en el ámbito gubernamental precisado en la Ley General de Salud.

El Senpas será un nuevo organismo creado por Ley, su descripción se hará más adelante.

La nueva Sanidad de la Fuerza Armada y del Ministerio del Interior, fusionaría las cuatro Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales en una sola. Por tener una responsabilidad vinculada a la defensa y seguridad nacionales, se integraría solo funcionalmente con el Senpas, para colaborar en la atención de la población civil.

Los Servicios de Atención Privada, de propiedad particular de personas naturales o jurídicas, mantendrían su autonomía administrativa y económica; con sujeción a la política nacional de salud, a la normatividad técnica establecida por el Ministerio de Salud y al régimen de control correspondiente. Coordinarían con el Senpas.

El Centro Nacional de Formación y Capacitación de Personal de Salud, el Instituto Nacional de Ciencias y Tecnología de Salud y la Empresa Nacional Productora de Insumos Fundamentales para la Salud, serán organismos públicos descentralizados del Sector Salud.

Este submodelo organizativo del Modelo Global sería concretado de manera progresiva, de acuerdo a un Plan Estratégico de conversión, en una sociedad que necesariamente debía estar en camino de transformarse en una democracia social de participación plena.

El Servicio Nacional Participatorio de Salud (Senpas)

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 esa constitución, de propiedad pública (excepto Fuerzas Armadas y Policiales), propiedad social o del Seguro Social del Perú. En su organización y funcionamiento se aseguraría la participación de la comunidad, de los trabajadores y del Estado. La participación de la comunidad se concretaría a través de los Consejos Participatorios que se crearían en todos los escalones de sus niveles administrativos y de atención.^{52,65}

La estructura administrativa del Senpas responderá a las políticas de descentralización y desconcentración regional del Estado, traduciéndose en tres niveles administrativos: nacional, regional y zonal. El órgano de dirección a nivel nacional estará a cargo de una Dirección Nacional conformada por un director y un Consejo Nacional de Participación, constituido por representantes de la comunidad, los trabajadores del Senpas y del Estado.

La estructura técnica-operativa del Senpas adoptará una forma piramidal en la que se distinguirán tres niveles de atención. El primer nivel o nivel inicial es la “puerta de entrada” al sistema de cuidado de la salud y estará conformado por el Hogar Familiar y el Hogar Comunal, respetando y empleando la organización existente en la comunidad. El segundo nivel o nivel intermedio corresponde a las acciones de establecimientos de salud escalonados (puestos de salud, centros de salud y hospitales generales). El tercer nivel o nivel regional, es el encargado de dar solución a los problemas de salud de gran complejidad que se derivan de los anteriores niveles. Este sistema escalonado es complementado con los Órganos de Apoyo Técnico, es decir los Centros Especializados de Atención de la Salud y los Institutos de Investigación.

El régimen de participación adoptada y promovida por el Senpas asegurará la intervención consciente, activa y solidaria de la población en el cuidado cotidiano de su salud, así como en el gobierno y gestión de los distintos niveles administrativos y técnico-operativos de la entidad. La participación plena es un derecho y un deber de toda la población. En la gestión participatoria de los órganos de decisión del Senpas estarán presentes: los usuarios, a través de sus organizaciones territoriales; el Estado, mediante sus autoridades de salud; y los trabajadores del Senpas, a través de su organización laboral.^{52,65}

La transferencia de contenidos educativos en salud deberá tener un preciso carácter formativo capaz de promover cambios en las ideas y en las actitudes, hábitos y comportamiento. Esto

supone que todos compartan los conocimientos científicos y tecnológicos básicos en salud que por largo tiempo han sido mantenidos con carácter de exclusividad por reducidos grupos de ciudadanos. La socialización de estos conocimientos deberá realizarse por intermedio del sistema educativo, para lo cual el Senpas coordinará con el Ministerio de Salud para formular los contenidos pertinentes a fin de que sean incorporados los currícula de todos los niveles, modalidades y ciclos de educación.^{52,65}

Con relación a la propiedad del Senpas:

“... es común e indivisa y corresponde al conjunto Estado y comunidad; es decir, es social en su dimensión total. Según esto, todos los peruanos tendrán derecho a beneficiarse de sus servicios, estando obligados al mismo tiempo a contribuir a su sostenimiento: sin embargo, ningún ciudadano podrá ejercer derecho de usufructo ni de disponibilidad, no siendo posible tampoco la disolución del Senpas con objeto de repartir su patrimonio (...) La gestión del Senpas será participatoria y a cargo del Estado y de la comunidad como derechohabientes de una persona jurídica diferente (a la pública y privada) que es el Servicio Nacional. Los trabajadores de salud participarán en la gestión como integrantes técnico operativos que hacen posible la prestación de servicios (...) El Senpas no está dirigido a producir excedentes económicos, pues sus beneficios se traducen en el mejoramiento permanente de la salud de toda la población. En este sentido, la rentabilidad de los servicios será medida en función de su capacidad para prestar a la comunidad un servicio de salud universal, eficiente, oportuno y eficaz, sin cobro directo para el usuario ni intercurencia de factor de índole económico que limita la accesibilidad al Servicio”
(CPLGS, 1976, p.233-234).

Finalmente, el financiamiento de los gastos operativos y de inversión del Senpas estaría a cargo del Fondo Solidario, donde confluirían: transferencias del Tesoro Público, como medida destinada a redistribuir el ingreso nacional; endeudamiento externo y donaciones; todos los aportes de las personas naturales y jurídicas; inversión-trabajo de la comunidad; y de otras fuentes que señalará la Ley. Las personas jurídicas cotizarían de manera proporcional al valor bruto de sus ingresos. Los aportes de las personas naturales estarán sujetos a tasas diferenciales y progresivas, en función de tramos de ingresos. El patrimonio del Senpas estaría sujeto a un régimen de propiedad de Derecho Social.⁵²

En este trabajo específico también es justo remarcar la destacada participación del economista David Tejada Pardo, que, con gran capacidad creativa, desarrolló la propuesta financiera que permitiría establecer y sostener el Senpas.

4.4. POSICIONES DISCREPANTES SOBRE ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL MODELO

La propuesta general en minoría de la CPLGS

En la “Introducción” de la propuesta en minoría⁵² se lee lo siguiente: “Los miembros de la CPLGS hemos coincidido en el análisis y conclusiones diagnósticas sobre la actual situación de salud del país y en el enjuiciamiento de ella... Se ha concordado también entre los objetivos de salud, en los objetivos del modelo de atención que se propone y en su lógica inserción en los objetivos nacionales y en los objetivos del Gobierno Revolucionario. ... Pero hay tres aspectos fundamentales en los que no hay coincidencia y se refieren a los mecanismos que habrán de conducirnos al logro de nuestros comunes objetivos...” (CPLGS, 1976, p. I). Estos aspectos eran los siguientes: 1) la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud; 2) régimen de propiedad; y, 3) financiamiento.

La minoría proponía un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) conformado por cuatro grandes instituciones efectoras: Ministerio de Salud, Seguro Social del Perú, Sanidades de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales, Servicios Privados. Estos cuatro componentes conservarían su autonomía económico-financiera, pero bajo la autoridad del órgano de gobierno y rector del Sector, el Ministerio de Salud, en cuanto a políticas, normas y supervisión. “La pluralidad de instituciones actualmente existentes se asimilarán a uno de estos cuatro componentes...”.

La organización administrativa del Sistema consideraría tres niveles: central (Consejo Nacional de Salud), regional (Dirección Regional de Salud) y local (establecimientos de salud).

“Funcionalmente existirá: una coordinación a nivel nacional; planificación, información y consolidación presupuestal a nivel regional; integración de programas a nivel operacional, de acuerdo a la concepción integral de la salud”.

En el nivel central del Sistema,

“el Consejo Nacional de Salud, presidido por el titular del Sector, será legalmente el órgano rector y unicomando del Sistema y estará constituido por los representantes de cada uno de sus componentes, de los trabajadores de salud, de los usuarios y de las entidades de alta responsabilidad en el campo de la salud”.

Este Consejo “será la autoridad ejecutiva para coordinar, controlar y evaluar las acciones de salud de las instituciones efectoras; será, además, asesor del ministro de Salud”. El Consejo estaría constituido por los representantes de cada uno de los componentes efectores, de los trabajadores de la salud, de los usuarios, y de las entidades con alta responsabilidad en el campo de la salud.

En el nivel regional del Sistema, la Dirección Regional,

“será... donde se integran los planes y programas locales de salud, se hace efectiva la descentralización efectiva y la consolidación presupuestal y se organiza la infraestructura de servicios de creciente complejidad con la participación de la comunidad”. “La extensión progresiva de la Seguridad Social a toda la población será el mecanismo que permitirá la accesibilidad a los servicios de salud, razón por la cual deberá desarrollarse como componente preponderante del Sistema”.

“El SNSS estará íntimamente coordinado con otros sectores de gobierno vinculados con otros sectores de gobierno vinculados a salud, como son: Educación, Trabajo, Vivienda, Alimentación, etc.”

Con relación a los regímenes de propiedad y del financiamiento de las instituciones componentes del Sistema, la “minoría” se limitaba a proponer el fortalecimiento de los regímenes vigentes, con la intención de señalar su rechazo a las propuestas de cambio que, al respecto, estaban haciendo la mayoría de la CPLGS.

Las posiciones singulares

Las posiciones singulares fueron presentadas por dos médicos del Seguro Social del Perú. Una era la del doctor Enrique Vallejos Paulet, y consistía en un desarrollo de las recomendaciones que, al respecto, se habían hecho en el Primer Seminario del Colegio Médico del Perú, realizado en 1974, durante la gestión del decano Waldo Fernández. La otra posición singular, era la presentada por el doctor Alfredo Chirinos Rebaza,⁵² que proponía realizar la Reforma en Salud en el decenio 1977-1986 teniendo como objetivo final el Seguro Nacional de Salud:

“En el primer quinquenio 1977-1981 se tratará de alcanzar los objetivos nacionales y sectoriales de salud a través de un Sistema Nacional de Servicios de Salud. Paralelamente y con miras a un claro objetivo final deben ir implementándose las bases legales y financieras pertinentes, de tal suerte que para 1986 el país puede ser beneficiado con y a través de un Seguro Nacional de Salud.... El régimen de propiedad y de gestión acordes con los cambios históricos mundiales y la creación del Banco de la Seguridad Social que garantiza su adecuación financiera permanente...”

(Informe General de la CPLGS, 1976, p. vii).

4.5. MEDIDAS DE CONVERSIÓN HACIA EL NUEVO MODELO

La CPLGS definió diversas medidas de conversión para reemplazar el modelo vigente de cuidado de la salud –de manera progresiva y gradual– por el modelo propuesto en su Informe General. En el entendido que la orientación y la velocidad de este proceso de

conversión dependerán del carácter y la dinámica que adopten, en el futuro y en la realidad peruana: 1) la política de Gobierno en relación a las reformas estructurales; 2) la reforma de la Administración Pública; 3) las acciones previstas en el Plan de Gobierno; y, 4) las políticas sectoriales de salud en el corto y mediano plazo.⁶⁵

Asimismo, la CPLGS precisó que para garantizar la viabilidad del proceso de conversión, este deberá tener las siguientes características:

- La gradualidad y progresión en la aplicación del nuevo modelo a realizarse en concordancia con el sistema regionalizado de niveles de atención.
- La coherencia de la estrategia de conversión con los otros planes sectoriales señalados en los Planes Nacionales de Desarrollo.
- La participación de la comunidad y la optimización en el uso de los recursos en el desarrollo y ampliación de los servicios de salud.

La naturaleza variada y compleja de los cambios a ser realizados en el proceso de conversión lleva a considerar tres etapas en las acciones de implementación y desarrollo del nuevo modelo: preliminar, preparatoria y final.

En la etapa preliminar, las acciones estarán a cargo de la CPLGS, se iniciarán al presentarse el Informe General y concluirá una vez recogidas las observaciones y sugerencias de la comunidad nacional, y ser aprobado preliminarmente por el Consejo de Ministros.

En la etapa preparatoria participarán la Comisión y otros organismos que se consideren convenientes, se iniciará con la aprobación final del nuevo modelo, previa consideración de las observaciones y sugerencias efectuadas en la etapa anterior, y concluirá con la dación de la Ley General de Salud por el Consejo de Ministros.

La etapa final, se iniciará con la formalización de la Ley General de Salud y concluirá con la aplicación del nuevo modelo en todo el país, las acciones comprendidas en ella estarán bajo la responsabilidad del Consejo Superior de Salud y de los organismos administrativos que corresponda.

En el Resumen del Informe General de la CPLGS⁶⁵ se detallan las distintas acciones a ser efectuadas en cada una de las tres etapas: agricultura, industrias y otras actividades. Por otro lado, no apoyaba ni alentaba el gasto en la educación y salud. Otra influencia importante (en el Perú) fueron las ideas de la Cepal.



Ceremonia de instalación de la
Comisión del Proyecto de Ley General de Salud (CPLGS)

Reflexiones después de 44 años de la creación de la Comisión del Proyecto de Ley General de Salud

5.1. SOBRE EL ORIGEN Y LA AUTENTICIDAD DE LAS PROPUESTAS

La forma en que el gobierno militar, en los primeros meses de segunda fase, acordó con los representantes de la orden médica la composición final de la CPLGS determinó que desde el inicio del trabajo de la Comisión se diferenciaron dos grupos. Los cuales trabajarían en un ambiente de mutua desconfianza, confrontando sus opiniones y propuestas de cambio en un debate conflictivo aunque respetuoso. No obstante, al final de un trabajo necesariamente conjunto, ambos grupos coincidieron en el análisis y conclusiones diagnósticas sobre la situación de salud del país, así como consensuado casi todos los principios doctrinarios que debían sustentar los objetivos del Modelo de Cuidado de la Salud a ser formalizado por la Ley General de Salud. Aunque hubieron tres aspectos del modelo en los que no hubo consenso: la estructura y funciones, el régimen de propiedad y el financiamiento de nuevo modelo. Por esta razón, el Informe contenía dos propuestas alternativas, una en mayoría y otra en minoría (con dos posiciones singulares), sobre esos tres aspectos.

En ese debate, los discursos de sustentación de las distintas propuestas de la CPLGS coincidían en señalar la existencia de una crisis del sistema de salud, en calificar a las desigualdades sociales en salud como indeseables y en la necesidad de democratizar el cuidado de la salud. Sin embargo, existían grandes diferencias en tales discursos cuando se trataba de interpretar las causas determinantes de esa crisis y, por ende, cuando se trataba de proponer reformas a ser formalizadas por la nueva Ley General de Salud.

En esa situación, el grupo de la “mayoría” de la Comisión, conformado por sanitaristas y científicos sociales, proponía la creación de un Sistema Integrado de Salud como parte de un proceso revolucionario – iniciado en la “primera fase” del GRFA – dirigido a la construcción de una “democracia de participación plena” de carácter humanista; cuyos rasgos esenciales son: un sistema económico pluralista basado en un prioritario sector de propiedad social; un sistema social sustentado en un conjunto de comportamiento y valores morales humanistas y cristianos que enfatizan la justicia, la libertad, la participación, la solidaridad, la creatividad, la honradez y el respeto por la dignidad de la persona humana. Rasgos que legitimaban los

objetivos específicos y las acciones propuestas en las 31 áreas gubernamentales que se había estructurado el Plan del GRFA o Plan Inca. Una de estas áreas era la “21.Salud”.

Las razones práctico-morales de esa propuesta de la “mayoría” tenían su origen en el hecho que los valores esenciales que otorgan identidad ideológica a dicha democracia coinciden con los que legitiman la doctrina sanitaria “igualitaria” –sustento moral y cognitivo del derecho humano universal a la salud–, que antepone la democratización de la salud a cualquier otra consideración cognitiva o normativa. Razones que se exponen en los 28 “principios sanitarios” que se desarrollan en el “Capítulo II: Doctrina Sanitaria” del Informe General de la CPLGS. Principios que la “mayoría” aplicaron de manera auténtica y transparente en el diseño de su propuesta de Modelo Global de Atención, con una racionalidad esencialmente valorativa. Pero, cometiendo el error en utilizar de manera unilateral este aspecto de la racionalidad, sin considerar las crecientes limitaciones de viabilidad política, social y material de su propuesta en un proceso de desarrollo global reformista que, pocos días después de la creación de la CPLGS, iniciaba su debilitación en la segunda fase del gobierno militar. Evidentemente, los efectos inmediatos de los avances de esta debilitación provocaron la descontextualización de su propuesta y, en consecuencia, la anulación de sus posibilidades de aprobación por las nuevas autoridades gubernamentales.

De manera contraria, la opción del grupo de la “minoría” de la CPLGS, conformado por los miembros propuestos por los colegios profesionales, proponía el establecimiento de un “Sistema Nacional de Servicios de Salud” que solo pretendía superar la crisis del sistema de salud vigente a través de la coordinación de la acción de sus distintos componentes, manteniendo la autonomía administrativa, económica y financiera de las entidades que conformaban el Sector Público en Salud, con la finalidad de garantizar determinados privilegios institucionales, para lo cual era esencial reforzar la estabilidad del sistema de salud existente, aceptando de manera implícita el mantenimiento del orden económico y político que el GRFA había pretendido transformar durante su primera fase. Los defensores de esta propuesta trataron de legitimarla utilizando una racionalidad instrumental, con argumentos derivados de una interpretación liberal y utilitaria del derecho a la salud, concordante con la defensa de los intereses institucionales y de la práctica médica privada. Anteponiendo los principios de autonomía institucional a cualquier otra consideración. Al respecto es aleccionador leer los párrafos que al respecto escribió el doctor José Barsallo Burga en las páginas 187 y 188 de su libro *La Salud está enferma* y que se han transcrito en el capítulo anterior de esta publicación.³¹

5.2. LOS GRANDES CAMBIOS CONTEXTUALES Y LAS CONTINUIDADES EN SALUD EN LAS ÚLTIMAS CUATRO DÉCADAS

Cuatro décadas años después de la sustentación del Informe General de la CPLGS, lo primero que debemos comentar son los grandes cambios políticos, económicos y tecnológicos que se han sucedido en el mundo a lo largo de estas décadas, especialmente después de la crisis económica en la segunda mitad de la década de 1970. En el Perú, al igual que muchos países en desarrollo, las fracciones sociales dominantes y las nuevas élites burocráticas se identificaron orgánicamente con los fines y medios del nuevo Proyecto Neoliberal en un mundo en proceso de globalización y, luego, lo institucionalizaron en la Constitución Política de 1993. Al respecto de aquellos grandes cambios, parece conveniente citar al politólogo Martín Tanaka,⁶⁶ exdirector del Instituto de Estudios Peruanos, cuando escribe:

“... lo primero que a mi juicio llama la atención es el ‘cambio de época’ y de perspectivas que hemos vivido en los últimos años. Ya no se piensa más el Perú desde la teoría de la dependencia (para bien o para mal), sino buscando una mejor integración a la economía y al mundo global. Los cambios en la política (el final de la guerra fría y del mundo bipolar) y en la economía mundial (acabado el gran ciclo de desarrollo capitalista de la segunda post-guerra) han determinado el agotamiento de los esquemas distributivos social demócratas clásicos, y hacen poco viables las estrategias de desarrollo pensadas desde la teoría de la dependencia. Esto no significa que haya dejado de haber dependencia, sino que, al parecer, en el mundo de hoy aún peor que ser dependiente es no estar integrado a los circuitos de inversión y movimiento de capitales” (Martín Tanaka, 2005, p. 2).

Los cambios demográficos y económicos que acompañaron la aplicación del modelo neoliberal en nuestro país son conocidos. En las últimas décadas el Perú ha venido mejorando sus indicadores promedio de mortalidad y de fecundidad. Asimismo, el país vivió hasta el año 2013 un período de mejoramiento de los indicadores macroeconómicos, gracias a un incremento de las exportaciones y del ingreso de divisas como producto del alza de los precios y de la demanda internacional de bienes. Del mismo modo, los informes del INEI muestran que, hasta ese año, la pobreza tendía a disminuir igual que el desempleo.

Pero junto a esos cambios demográficos y económicos favorables se asistió al mantenimiento o incremento de las desigualdades sociales. Seguimos siendo uno de los países del mundo más desigual según la distribución del ingreso. La persistencia de la exclusión social y de la inequidad en la distribución de la riqueza -así como en el acceso, utilización y resultados de salud- continúan siendo los principales obstáculos para un desarrollo humano incluyente, para el éxito de las estrategias de reducción de la pobreza y para continuar mejorando las

condiciones de salud de las poblaciones nacionales. De acuerdo a datos del Banco Mundial, en Perú, la diferencia de los niveles de pobreza entre distintas zonas geográficas es mayor a 40 puntos porcentuales.

En ese contexto peruano, las sucesivas modalidades de sistema nacional coordinado de salud que se trataron de instrumentar en los últimos 40 años nunca alcanzaron los resultados esperados en el país. Tempranamente, Alfredo Chirinos,⁵⁴ hacía el siguiente comentario:

“Esta norma legal (Decreto Ley N.º 22365) ha estado vigente durante más de 12 años y su absoluto fracaso implica toda una lección para los defensores de la tesis de la coordinación de los servicios médicos y da la razón a quienes en el gran debate de la Comisión de Reforma en Salud (1975-77) sostuvimos la tesis de integración de los servicios de salud en el sector público, por cierto sin caer en la tesis extrema del servicio único, estatal”
(A Chirinos, 2001, pp. 296-297).

Trece años después de Chirinos, el doctor. Francisco Sánchez Moreno,⁶⁷ apasionado promotor y defensor del sistema nacional coordinado de salud también reconocía este fracaso, aunque lo atribuía a la falta de una decisión política consistente:

“El Perú no puede olvidar que desde fines de la década de 1970 y mediante sucesivas leyes, tres sistemas nacionales coordinados de salud fueron creados, pero ninguno contó con decisión política –siquiera medianamente estable– para alcanzar un desempeño eficiente.”
(F. Sánchez Moreno, 2014, p. 39).

Sánchez Moreno hacía referencia a tres modalidades de organización del sistema coordinado que se formalizaron sucesivamente en el país en las últimas décadas para tratar, sin éxito, de elevar la eficacia y eficiencia de la utilización de los recursos de salud disponibles: 1) el Sistema Nacional de Servicios de Salud, creado el año 1978, durante el gobierno de Morales Bermúdez; 2) el Sistema Nacional de Salud, creado el año 1990, al final del gobierno de Alan García; y, 3) el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, creado el año 2002, durante el gobierno de Alejandro Toledo, y que en el año 2013 el Gobierno de Ollanta Humala ordenó su fortalecimiento como parte de una reforma del sector salud. A estos tres fracasos de coordinación interinstitucional, habría que agregar un cuarto fracaso: la Integración Funcional Ministerio de Salud–Instituto Peruano de Seguridad Social (1986-1990).

En realidad, esos sistemas de coordinación interinstitucionales, no obstante los cambios en su estructura organizativa y su funcionamiento, continuaron cediendo a presiones y requerimientos de segmentos sociales específicos y sufriendo los efectos de los cambios en el escenario sociopolítico y de las cíclicas crisis económicas. Es así, que en la organización

actual del sistema oficial de salud persiste la fragmentación y segmentación 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 acaudaladas, que tienen acceso diferenciado a los proveedores. Usuarios a los que se presta paquetes de servicios cuya cobertura, composición y calidad son desiguales.

Actualmente existe en el país un consenso general sobre el fracaso de esas experiencias de coordinación interinstitucional y, por ende, de la persistencia tanto de los obstáculos contextuales o estructurales, como de las debilidades sectoriales o funcionales de siempre que impiden la realización progresiva del derecho a la salud en un ambiente sustentable. Fracaso que se evidencia cotidianamente, cada vez con más fuerza, en:

- La segmentación de los sistemas de salud: la existencia de subsistemas con distintas fuentes y arreglos de financiamiento, reflejando una segmentación social por capacidad de pago o por inserción en el mercado laboral. Este rasgo estructural consolida y profundiza la desigualdad entre grupos sociales y es factor de exclusión social. De esta manera los pobres e informales quedan fuera del sistema.
- La fragmentación organizacional: coexistencia en el territorio de infraestructura y capacidades de diversos subsistemas sin coordinación y mucho menos integración. Esto eleva los costos por duplicación y por mayores costos de transacción así como genera diferentes tipos y calidades de prestaciones.
- El déficit de financiamiento público para la salud, con inadecuaciones en la distribución del gasto y bajas condiciones de eficiencia. En la mezcla pública-privada del financiamiento, ha predominado por más de tres décadas la proporción del gasto de bolsillo. Este alto gasto privado tiene un mayor impacto en las familias de menor y de mediano ingreso que todos los días enfrentan el peligro de caer en situación de pobreza por gastos derivados de la atención de enfermedades “catastróficas”.
- La debilidad de la autoridad sanitaria nacional. Debilidades del Estado que afectan las funciones de: conducción sectorial; regulación de los mecanismos de aseguramiento y del acceso a bienes públicos de salud; supervisión y control de las intervenciones y resultados; desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública; gestión económica-financiera; y, generación de recursos.
- La ausencia de instrumentos administrativos que garanticen la participación efectiva de la población en la conducción, gestión y ejecución de las actividades del sistema oficial de salud, así como los que promuevan el tratamiento intercultural de los problemas de salud.

5.3. REFLEXIONES FINALES

El fracaso de los resultados de la aplicación de la propuesta “en minoría” de la CPLGS, nos lleva inevitablemente a tres reflexiones. La primera que toda propuesta de reforma de sistema de salud sustentada de manera auténtica en el derecho universal a la salud solo dejará de ser una utopía cuando pueda formar parte de los esfuerzos de una sociedad solidaria ideal que, consciente de sí misma, conduce su propia transformación para adquirir los rasgos esenciales que le otorgarán la identidad deseada. La segunda, a considerar que la historia muestra que nunca ha existido una utopía sociopolítica universalmente compartida, debido a que los actores sociales tienen diferentes concepciones de lo deseable, de lo posible y de sus obligaciones; cada una de esas utopías tiene como protagonistas de su defensa solo a aquellas personas o actores sociales que comparten la misma visión sociopolítica de orden o forma de vida social deseada, por razones de carácter objetivo y subjetivo. La tercera, que llevadas las defensas de las utopías o de los intereses particulares o institucionales a sus extremos fundamentalistas se cierra toda posibilidad a un diálogo constructivo, en tanto las diferencias entre los rasgos de las distintas opciones se presentan como contradictorias y los argumentos de sus particulares defensores adquieren un carácter unilateral y casi dogmático.

Partiendo de esas reflexiones, debemos aceptar que las divergencias entre ambas propuestas de reforma en salud descritas en el Informe General de la CPLGS, fueron el resultado de percepciones e interpretaciones sociopolíticas distintas de las causas determinantes de la problemática del sistema de salud peruano en esos años, así como de la existencia de prejuicios e intereses particulares que no pudieron ser superados en el contexto de un Gobierno que estaba modificando su posición sociopolítica. Por otro lado, también debemos aceptar que de manera contradictoria con el discurso de la “democracia de participación plena” – marco formal del trabajo de la Comisión – ambas propuestas se hacían “desde arriba” por un conjunto de tecnócratas, burócratas y de representantes de los colegios profesionales de la salud, sin participación de los representantes de los usuarios del sistema de salud y de otras organizaciones de la sociedad civil.

En consecuencia, meditando sobre los resultados actuales de esa experiencia creemos haber aprendido que toda nueva propuesta de reforma del sistema de salud orientada de manera auténtica a la realización progresiva del derecho universal a la salud, no puede ser viable y sostenible si se pretende realizarla al margen del desenvolvimiento de las capacidades y las potencialidades nacionales para establecer un balance entre los protagonistas de la gobernabilidad y el desarrollo, caracterizado por un equilibrio democrático de las acciones del Estado, las fuerzas del mercado, las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades.

Con relación a ese equilibrio democrático, hace unos pocos días, el 29 de abril de 2019, el Foro del Acuerdo Nacional – conformado por representantes del gobierno, los partidos políticos y de la sociedad civil – aprobó la Visión del Perú al 2050, que describe la situación futura de bienestar que se quiere alcanzar en ese año 2050, buscando representar las aspiraciones de todas y todos los peruanos. Se asume que la Visión constituirá la base para la formulación del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050, que contendrá los lineamientos de política, prioridades, objetivos, metas y acciones estratégicas para el desarrollo del país, de forma consistente en el tiempo, trascendiendo los cambios de gobierno. La Visión del Perú al 2050, así entendida, se define a partir de cinco ejes estratégicos, el primero de ellos: “Las personas alcanzan su potencial en igualdad de oportunidades y sin discriminación para gozar de una vida plena”; el quinto: “Estado moderno eficiente, transparente y descentralizado que garantiza una sociedad justa e inclusiva, sin corrupción y sin dejar a nadie atrás”. Además, la presentación del primer eje se inicia señalando que “La acción del Estado, orientada al desarrollo humano en todo el territorio nacional, continúa centrada en superar la pobreza, en erradicar la discriminación y en asegurar la igualdad en el acceso a oportunidades”; y, continúa con cinco párrafos, leyéndose en el tercero: “El acceso al cuidado y a la atención pública de la salud es universal, equitativa, oportuna y de calidad, con enfoque intercultural, en todo el territorio (...) Se garantiza la óptima atención en todos los niveles, priorizando el primer nivel como entrada al sistema de salud”.⁶⁸

Al terminar la segunda década del nuevo siglo XXI y a pocos años del bicentenario de nuestra República y de nuevas elecciones presidenciales en el país, tenemos la expectativa que las futuras autoridades políticas ya no podrán seguir entendiendo a la ciudadanía o a la población como meros objetos a ser conducidos unilateralmente. Estas autoridades –hasta ahora dirigidas ya sea por la burocracia estatal o por las señales del mercado – comenzarán a entender que sus conciudadanos son sujetos con los que deben interactuar democráticamente, con el propósito de definir consensualmente objetivos a alcanzar, medios a utilizar y actividades a realizar, utilizando procesos comunicativos que garanticen, de manera transparente, el logro de los niveles de bienestar y seguridad exigidos por la ciudadanía. Exigencias que, en el caso de no ser atendidas limitarán, cada vez más, los espacios de gobernabilidad. Por estas razones, se hará indispensable establecer, entre los distintos actores sociales, un diálogo interdisciplinario e intercultural que reconociendo las potencialidades de saberes cognitivos y normativos distintos a los oficiales, se realice de manera democrática y respetuosa, posibilitando acuerdos auténticamente consensuales y sostenibles. La única condición para iniciar, con los otros, el camino de la democratización del bienestar y de la seguridad general sería la presentación de propuestas que sean criticables y susceptibles de una fundamentación racional en sus dimensiones instrumental y normativa.

Habiendo sido miembro ejecutivo de la CPLGS, me inhibo de hacer un comentario extenso sobre los indudables méritos del producto del trabajo efectuado por la Comisión. Solo me limitaré a efectuar –por respeto al trabajo y la calidad técnica y humana de los otros miembros de la CPLGS y de las subcomisiones– dos comentarios finales. El primero, recordar que fue el resultado del primer esfuerzo nacional de carácter interdisciplinario e integral, orientado auténticamente hacia la formulación de una propuesta de democratización del cuidado de la salud, entendida como el camino hacia la realización del derecho a la salud. El segundo, destacar que la fuerza crítica y la alta racionalidad comunicativa que sustentan la propuesta de la “mayoría” de la CPLGS explican el por qué sus principios doctrinarios renacen ahora, con más fuerza que hace más de cuatro décadas, como elementos esenciales en el debate sobre la universalización del acceso equitativo al cuidado de la salud, en una nueva “sociedad justa e inclusiva, sin corrupción y sin dejar a nadie atrás”.

Debo terminar comentando que los hechos sucedidos en nuestra realidad médico-sanitaria desde la década de 1960, incluyendo las intenciones contenidas en la Visión del Perú al 2050, muestran la validez de la idea central implícita en las propuestas de los sanitaristas peruanos desde la década de 1960: para diseñar y operar en nuestro país un nuevo sistema oficial de cuidado de la salud que tenga la posibilidad de alcanzar y sostener logros socialmente satisfactorios en la realización progresiva del derecho a la salud, tiene que existir en nuestro país una nueva situación socio-histórica, en la cual todos los actores sociales entiendan que la realización progresiva del derecho al cuidado de la salud es un proceso social complejo, a ser tratado de manera integral, democrática y participativa, con una racionalidad consensual, en el marco establecido por una Política General de Estado para el Desarrollo del país, 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 consensual entre los participantes de un debate orientado al entendimiento social auténtico.

Las banderas en defensa de los principios de universalidad, igualdad, integralidad, autenticidad y, especialmente, solidaridad en el cuidado de la salud, que en el pasado eran enarboladas por los viejos sanitaristas en medio de la incomprensión de los otros profesionales de la salud y la indiferencia del resto de la sociedad peruana, ahora son sostenidas con entusiasmo por los Colegios Profesionales de la Salud, así como por las vanguardias democráticas de las organizaciones de la sociedad política y la sociedad civil en todos los escenarios de lucha por la realización del derecho humano a la salud.

Bibliográficas y documentarias

1. DOS SANTOS, Theotonio. Neoliberalismo: doctrina y política. Comercio Exterior 49 (6). México, junio de 1999, pp. 507-526.
2. WEBB, Richard. ¿Quién dirige la economía?, en El Comercio, 12 de mayo del 2014.
3. LICHTENSZTEJN, Samuel. Pensamiento económico que influyó en el desarrollo latinoamericano en la segunda mitad del siglo veinte. Comercio Exterior 51 (2). México, febrero de 2001, pp. 91-99.
4. BUSTÍOS, Carlos. Crisis de los sistemas de salud y de seguridad social en el Perú: 1968-1990. Facultad de Medicina de la UNMSM. Lima, 2007.
5. OPS/OMS. Guía para la coordinación de la atención médica. En Sistemas de Salud. Publicación Científica N.º 234. OPS/OMS, 1972, pp. 27-46.
6. COAP, Editor. Plan del Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada (Plan Inca). En La Revolución Nacional Peruana: Manifiesto, Estatuto Plan del Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada. Editorial Universo S.A. Lima, 1974, pp. 37-118.
7. MORALES BERMÚDEZ, Francisco. Reflexiones sobre Política Nacional. Defensa Nacional. Publicación del Centro de Altos Estudios Militares. Año 2, N.º 2. Diciembre 1982, pp. 32-34.
8. BARDELLA, Gianfranco. Doce años de dictadura militar. En: Un siglo en la Vida Económica del Perú 1989-1989. Banco Crédito del Perú, mayo 1989, pp. 455-508.
9. FRANCO, Carlos. Cinco problemas centrales de la experiencia participatoria. Cuadernos de Marcha. Segunda Época. 1 (4). México. Nov-Dic. 1979, pp. 58-65.
10. GUERRA GARCÍA, Francisco. Significado histórico de la Revolución Peruana. Cuadernos de Marcha. Segunda Época. 1(4). México. Nov-Dic. 1979, pp. 45-55.
11. PEASE, Henry, ROMERO, Gonzalo. Tercera parte: el Estado Intervencionista. En: La Política en el Perú del siglo XX. Lima. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, 2013, pp.227-264.
12. MEJÍA, José. Perú 1969-1980. La penúltima reforma agraria latinoamericana. Comercio Exterior. 32 (4). México, abril de 1982, pp. 442-450.
13. PEASE GARCÍA, Franklin. Historia de la Cámara de Comercio de Lima: 1963-1990. Industria Gráfica S. A. Abril 2000, pp. 64-135.
14. LÓPEZ, Sinesio. Estado, régimen político e institucionalidad en el Perú. En: El Perú frente al siglo XXI. Gonzalo Portocarrero - Marcel Valcárcel Editores. Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo Editorial 1995, pp. 552-557.
15. SULMONT, Denis. El movimiento obrero frente a las reformas y la crisis (1968-1979). En: El Movimiento Obrero Peruano (1890-1980). Reseña histórica. Tarea. 30 de julio de 1980, pp. 99-134.
16. ASAMBLEA EPISCOPAL DEL PERÚ. Informe de la XXXVI Asamblea Episcopal del Perú. Lima, Enero de 1969.
17. YOUNG-HYUN, Jo. Sacerdotes y transformación social en Perú (1968-1975). Centro Coordinador y Difusor de Estudios Latinoamericanos. Universidad Nacional Autónoma de México. 2005.
18. PEASE GARCÍA, Henry. El ocaso del poder oligárquico. Lucha política en la escena oficial 1968-1975. Desco, Lima, 1977.
19. PATRÓN FAURA, Pedro; PATRÓN BEDOYA, Pedro. Derecho Administrativo y Administración Pública 71 en el Perú. Sexta edición ampliada y actualizada. Grijley, 1997, p. 149-151.
20. GUERRERO, Victor. Manual de la Seguridad Social. Lima. Juristas Editores E.I.R.L. Tercera edición. 2010.
21. BUSTÍOS, Carlos. Atención médica y su contexto, Perú 1963-1983. Lima: Escuela de Salud Pública del Perú y OPS/OMS; 1985.
22. Código Sanitario. Decreto Ley N.º 17505". Asesoría Jurídica de Salud. Lima: Imprenta del Ministerio de Salud; 1978.
23. Decreto Ley N.º 17523 del 21.3.69 concordado con otros Decretos Leyes hasta 8.11.77. Imprenta del Ministerio de Salud. Lima, 1977.
24. I CONGRESO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Declaración de Huampaní. En: Actas y Trabajos del I Congreso Nacional de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. Lima. 19 al 25 de noviembre de 1962, pp. 33-44.
25. II CONGRESO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Conclusiones y recomendaciones. En: Actas y Trabajos del II Congreso Nacional de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. Lima. 21 al 27 de noviembre de 1965, pp. 329-345.
26. III CONGRESO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Declaraciones, conclusiones, recomendaciones y votos. En: Actas del III Congreso Nacional de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. Lima. 19 al 25 de mayo de 1968; pp. 741-746.
27. MINISTERIO DE SALUD. Integración Orgánica del Sector Salud. Documento Confidencial. Lima, setiembre de 1969.
28. DUARTE, Everando. Debates en Medicina Social. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N.º 92. OPS-Alames. Quito, Ecuador. 1991, pp. 21-144.
29. TEJADA PARDO, David (Consultor). Factores de riesgo o determinantes de la salud. Lima, s/f. (mimeo).
30. MEZA CUADRA, Antonio. Nivel de Vida y Salud. Editorial Causachum Lima-Perú, 1972.
31. BARSALLO, José. La salud está enferma. A propósito de la Reforma en Salud y la Modernización de la Seguridad Social. Lima, octubre 1999.
32. COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. Plenario Nacional y Primer Seminario del Colegio Médico del Perú. Acta Médica Peruana Vol, III. N.º 3 y 4, 1974. p. 235-240.
33. COMISIÓN DE REFORMA DE LA EDUCACIÓN. Reforma de la educación peruana. Informe General. Lima, Ministerio de la Educación, 1970.

34. Decreto Ley N.º 19326. Ley General de Educación. Lima: UNMSM. p. 6-8.
35. MINISTERIO DE SALUD. Reforma en Salud. Documento presentado al ministro de Salud F. Miro Quesada Bahamonde (Circulación reservada). Lima, Febrero de 1975.
36. MINISTERIO DE SALUD. Plan Bienal Sector Salud 1975-1976. Oficina Sectorial de Planificación de Salud. Lima, 1976.
37. MINISTERIO DE SALUD. Informe Final del Primer Seminario sobre Estructura Socio-política y Política Sectorial de Salud. Impreso en la Escuela de Salud Pública del Perú. Lima, Perú, 7-12 de Abril 1975.
38. OMS/UNICEF. "Declaración de Alma-Ata." Conferencia Internacional de Atención Primaria. OMS/Unicef. Alma Ata, Rusia. 1978.
39. WALSH, J.; WARREN, K. Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v.301, n.18, 1979. pp. 967-974.
40. PORTANTIERO, Juan Carlos. La múltiple transformación del Estado Latinoamericano. Nueva Sociedad. N.º 104, Noviembre-Diciembre 1989, pp. 88-94. Caracas; Venezuela.
41. OPS/OMS. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe final y documentos de referencia. Documento Oficial N.º 178. OPS/OMS, Washington D.C. 1978.
42. COMISIÓN DE LA FUERZA ARMADA Y FUERZAS POLICIALES. Proyecto de Plan de Gobierno Túpac Amaru (Período 1977-1980). Diario Correo. Lima, 1977.
43. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Plan de Gobierno Túpac Amaru. Decreto Supremo N.º 020-77-PM. Oficina Central de Información. Lima-Perú, 1977.
44. BANCO CENTRAL DE RESERVA. Memoria 1984. Lima, 1985, p. 125.
45. PROGRAMA REGIONAL DEL EMPLEO PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Después de la crisis: lecciones y perspectivas. Santiago de Chile, octubre de 1984, p. 21.
46. COTLER, Julio. Crisis política, outsiders y autoritarismo plebiscitario: el fujimorismo. En *Política y sociedad en el Perú. Cambios y continuidades*. Instituto de Estudios Peruanos, 1994, pp. 178-179.
47. FERNÁNDEZ, Waldo. Al término de su Decanato. Memoria del Dr. Waldo Fernandez. *Acta Médica Peruana* Vol, IV. N.º 1-4, 1975. pp. 97-102.
48. I CONGRESO MÉDICO NACIONAL. 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.
49. COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. Resultado Oficial de la Encuesta Nacional del Colegio Médico del Perú. Computarizado por Centro de Procesamiento de Datos S.A. Lima 1976.
50. MINISTERIO DE SALUD. Instalación de la Comisión Ley General de Salud. Oficina de Relaciones Públicas e Informaciones del Minsa. Lima, 10 de noviembre de 1975.
51. MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos Generales de Política de Salud. 11 de mayo de 1976 (Documento Reservado).
52. CPLGS. Informe General de la Comisión para el Proyecto de Ley General de Salud. Ministerio de Salud. Lima, Noviembre 1976 (Documento Reservado).
53. BARSALLO, José. La Reforma en Salud. En: *Historia del Colegio Médico del Perú*. Publicación con los auspicios del Colegio Médico del Perú. Lima, 1997, pp. 52-53.
54. CHIRINOS, Alfredo. Las Leyes de Salud en el Perú 1945-2000. Estudio Bibliográfico-documental. Juan Gutemberg. Editores-Editores. Lima, 2001.
55. MINISTERIO DE SALUD. Plan Sectorial de Salud 1971-1975. Oficina Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud. Lima, Perú, 1971.
56. BERNALES, Manuel. Una Vida Mejor Para Todos. Instituto Nacional de Planificación y Unicef, Lima, enero 1980.
57. MINISTERIO DE SALUD. Atención primaria de salud en el Perú. Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud. Lima, 1981.
58. MARTINEZ, Oscar; ALENCASTRE, Manuel; VALLENAS, Félix; PAULETTE, Luis. La atención primaria de salud en el Perú. Escuela de Salud Pública del Perú. Cooperación Técnica OPS. ESP-Cicda. Lima-Perú, 1985, p. 19-21.
59. MINISTERIO DE SALUD. Situación de Salud, Políticas y Acciones Prioritarias. Lima, Mayo 1980, p. 42- 47 y p. 74-76.
60. BUSTÍOS, Carlos; SIFUENTES, Elías. PERÚ. La Salud Pública durante la República Demoliberal. Segunda Parte. Consejo Superior de Investigaciones UNMSM. 1999,
61. CARBAJAL, Jorge; PÉREZ, Manuel; THAIS, Carmen. La medicina tradicional en el Perú. Ciprode (Estudio encargado por la CPLGS). Lima, 1976. .
62. CONSEJO NACIONAL DE SALUD. Sistema Nacional de Servicios de Salud. SNSS-CNS-SC-002-79. Lima, 1979.
63. ACADEMIA PERUANA DE SALUD. Volumen 6. Sistema nacional de salud. Lima. Lima: Academia Peruana de Salud; 2008.
64. CPLGS. Documento de Trabajo de la subcomisión de Farmacia nombrada por la Comisión para el Proyecto de Ley General de Salud. Lima, 1976.
65. MINISTERIO DE SALUD. Resumen del Informe General. Comisión para el Proyecto de Ley General de Salud. Enero 1977.
66. TANAKA, Martín. Reflexiones a propósito de la nueva edición de Clases, Estado y nación en el Perú, de Julio Cotler. Instituto de Estudios Peruanos. Octubre de 2005, p. 2.
67. SÁNCHEZ MORENO, Francisco. Con la denominada "reforma de salud" de 2013 no hay desarrollo. Cuadernos de Debate en Salud: Reforma de salud. Fondo Editorial Comunicaciones del Colegio Médico del Perú. 2014, pp. 35-42.
68. ACUERDO NACIONAL Y CEPLAN. Visión del Perú al 2050. Diario El Comercio, martes 30 de abril del 2019: p. 11.

Doctrina sanitaria sustento de la propuesta de reforma

PRINCIPIOS DE SALUD*

Los principios para la atención de la salud que a continuación se describen, surgen de las bases ideológicas de la Revolución Peruana, de los principios sanitarios considerados universales y del diagnóstico de la situación de salud. A partir de estas fuentes se formula un conjunto de preceptos que aspiran a ser respuesta original y auténtica a las necesidades de salud del pueblo peruano y a sus posibilidades para satisfacerlas y mediante cuyo ejercicio se hará posible una transformación en la situación de salud del país.

SALUD Y POLÍTICA

El humanismo revolucionario, sustento doctrinario de las bases ideológicas, contiene una concepción de la política como quehacer –derecho y deber inmanente a todos los hombres– que se expresa en todas las esferas de la actividad humana y por consiguiente en los distintos sectores. El sector Salud, como uno de ellos, debe planificar y ejecutar sus acciones dentro del marco ideopolítico general, dentro de una relación de coherencia interna y externa con los propósitos del humanismo revolucionario, que son conducentes al logro del máximo bienestar para todos los peruanos.

SALUD Y VALORES ÉTICOS

La democracia social de participación plena, sustentada en un conjunto de valores y comportamientos morales que enfatizan la justicia, la libertad, el trabajo, la participación, la solidaridad, la creatividad, la honradez y el respeto por la dignidad de la persona humana, enmarca todas las acciones en el campo de la salud.

La atención de la salud obliga a la sociedad a destinar recursos y a organizarse para ello. En dicha organización, se dan formas de acción que deben ser presididas por los valores éticos. En el humanismo revolucionario no cabe una acción en salud que no actualice, mediante su moral, el ajuste entre medios y fines. Los valores éticos orientan el comportamiento de las personas en cuanto dadoras, receptoras y participantes de servicios, tanto en el ámbito interpersonal como institucional. En este sentido la prestación de servicios de salud compota una relación regida por la ética del humanismo revolucionario.

SALUD Y SOCIEDAD

El bienestar y el progreso de la sociedad se logran por la acción solidaria de las personas y grupos que la conforman, siendo el nivel de salud causa y consecuencia de la dinámica social. La salud no es solo la suma de salud de los individuos sino la situación de salud del conjunto, en tanto este genera necesidades diferentes y requiere de acciones específicas distintas a las que son propios de las personas individuales. Socialmente entendida, la salud es un componente fundamental del bienestar general.

La atención social de la salud contribuye al pleno desarrollo de la persona desde el momento de su concepción, garantizando, para cada etapa de la vida y para toda actividad humana, las condiciones más propicias para su cabal realización. En la atención de la salud el uso de la técnica no debe ser causa de discriminación o privilegio y los beneficios de toda acción de salud habrán de ser medidos en términos de su valor social.

La democracia social de participación plena, establece como deber de cada individuo el cuidado de su salud y de la salud de la comunidad.

SALUD Y DESARROLLO

La formulación de una concepción revolucionaria del desarrollo de la sociedad y su puesta en práctica en el proceso peruano por parte del Gobierno, constituye el fundamento de las bases ideológicas y las contiene.

Por ello, el logro de un superior estado de salud de toda la población y de una situación satisfactoria en que los recursos estén ordenados a asegurarlo, es un objetivo y conlleva un proceso, que es parte del proceso de desarrollo nacional y por ende se enmarca dentro de las transformaciones estructurales que se realizan.

La mejora de la salud contribuirá al desarrollo general del país y a la inversa, este desarrollo hará factible elevar los niveles de salud de la población.

SALUD Y DERECHO

El derecho a la salud es inherente a la persona humana por ser consubstancial a la vida, siendo por ello inalienable, imprescriptible e irrenunciable. Es uno de los principales medios para lograr el goce pleno de todos los otros derechos que la sociedad garantiza y legalmente reconoce. Cada persona y grupo social tiene el derecho a la salud y recíprocamente el deber de contribuir a su preservación. El Estado participatorio debe asegurar el ejercicio de este derecho dictando las normas más adecuadas para lograr que la distribución de los recursos para la atención de la salud sea equitativa para todos los grupos de población sin distinción de ninguna clase.

SALUD Y PARTICIPACIÓN

El logro de satisfactorios niveles de salud solo será posible cuando todos y cada uno de los componentes de la sociedad peruana sean conscientes del valor que la salud tiene para el desarrollo social, económico y para el bienestar. Pero esto no es suficiente dentro del modelo peruano de una nueva sociedad. A la vez que una toma de conciencia crítica, es indispensable que los miembros de la comunidad, incluyendo los trabajadores de salud, asuman responsabilidades para la adopción de decisiones y la ejecución de acciones integrales de salud. La participación en todos los niveles de atención de la salud, debe funcionar como hecho necesario que permitirá plasmar el modelo peruano de salud, el cual rechaza por igual el estatismo y el capitalismo, pues precisamente es la participación uno de los rasgos esenciales y definitorios de la revolución peruana.

SALUD Y SU CARÁCTER PROCESAL

La reforma en salud se inscribe en el marco de las reformas estructurales que la revolución peruana está llevando a cabo en el país. Al igual que estas, la reforma en el campo de la salud tiene un carácter procesal, en tanto la implementación de un nuevo modelo para la atención de la salud, socialmente orientado, entraña planteamientos y acciones dinámicamente cambiantes

en función de las condiciones de la realidad peruana. Para lograr este objetivo se impone, en principio, la necesidad de modificar sustancialmente la naturaleza doctrinaria, legal, institucional y económica de los sistemas, procedimientos, actitudes y comportamientos vigentes todavía en el sector, frutos de la sociedad prerrevolucionaria, conformados de acuerdo a una escala de valores e interés incompatibles con los de la revolución peruana.

SALUD Y AUTENTICIDAD

La valorización de la salud en la tradición y aspiraciones del pueblo peruano deberá constituir, junto con los demás valores que son su patrimonio, fuente para el diseño, organización y operación del cuidado de la salud. El modelo peruano en el campo de la salud será auténtico en la medida en que cada peruano tenga la formación y capacidad que le permita contribuir al logro del bienestar de la comunidad, conforme esta lo concibe y desea.

SALUD Y CULTURA

El concepto de salud se configura dentro de cada cultura por el aporte de la historia y de la tradición e implica un sistema de valores en el cual se ubica y desarrolla y así mismo, un conjunto de prácticas de aceptación general.

Una organización de la atención de la salud de ámbito nacional deberá reconocer las variantes culturales y respetar el aporte de la tradición, si se desea que la incorporación de los avances de la ciencia y tecnología se produzcan realmente a través del reconcentramiento y aceptación consciente de sus beneficios. Una atención efectiva de la salud debe incorporar las prácticas tradicionales, en lo que estas tengan de valioso; ya que la verdadera efectividad de sus acciones dependerá del grado de su aceptación por las comunidades.

SALUD Y CREATIVIDAD

Inherente a la condición humana es su deseo y capacidad para desarrollar formas nuevas y mejores para solucionar sus problemas en atención a sus necesidades. En el caso del Perú y sus problemas de salud, las soluciones que se propongan deben atender a sus condiciones creadora del hombre peruano. La creatividad, como valor que la revolución consagra, debe ser estimulada para que al ejercitarse, se alcance y perfeccione el modelo peruano para la salud.

SALUD Y ECONOMÍA

La situación de salud es causa y consecuencia del desarrollo de los pueblos. La esencia humanista de la revolución peruana, al considerar al hombre como fin y como autor de la historia, centra en él todo el desarrollo.

En este sentido, la economía debe estar orientada por los objetivos sociales dentro de los cuales la salud, compone principal del bienestar, constituye objetivo fundamental al garantizar la vida y el desenvolvimiento al plenitud de las potencialidades humanas. La economía está al servicio de los pueblos y no estos al servicio de la economía. Por ello, un sistema de desarrollo económico no podrá ser considerado auténtico, por más que algunos indicadores produzcan una imagen de aparente bienestar, si este es limitado a unos cuantos usuarios y resulta logrado a costa del agotamiento de los recursos, del deterioro de las relaciones entre los hombre y los pueblos o de la contaminación irreversible del ambiente. Tal situación demuestra que, en realidad, dicho sistema atenta contra la salud de los seres humanos.

SALUD Y FINANCIAMIENTO

La riqueza de un país procede del trabajo de sus habitantes. En consecuencia, su aporte solidario debe constituir la fuente ordinaria de financiamiento de las acciones de salud. La interdependencia funcional del trabajo en los distintos sectores obliga a un aporte diferenciado, según el cual contribuyan más quienes más perciban, sea como personas naturales o como empresas. La adecuada canalización de los recursos financieros para que lleguen a todos los peruanos con sentido de justicia, requiere la estructura de una sola organización, que optimice la utilización de los aportes económicos y estimule el desarrollo de recursos no tradicionales, los cuales tienen de suyo, un valor económico que debe ser reconocido.

SALUD Y ORIENTACIÓN DEL GASTO

Para disponer de los recursos que requiere el cuidado de la salud, se precisa reorientar el consumo nacional para que la población dirija el gasto hacia bienes y servicios indispensable. Este cambio de dirección implica, así mismo, una reorientación del esfuerzo productivo dentro de un modelo social donde la austeridad sea garantía de justicia y donde la explotación racional de los recursos naturales asegure el bienestar de las generaciones futuras.

El acceso a los bienes condicionantes de la salud –alimentación, vivienda, vestido, educación, recreación– solo será posible cuando cada peruano vea hacerse efectivo su derecho al trabajo como generador de recursos y como factor de realización humana. El Estado debe intervenir con un mayor aporte para la atención de la salud que en forma progresiva aumente los recursos y haga posible su equitativa distribución.

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

En nuestra democracia social de participación plena, el derecho a la salud es parte constitutiva del derecho a la seguridad social –derecho universal y totalizador–, cuyo goce debe proteger a la persona humana frente a toda contingencia individual y social que impida su realización plena. La seguridad social sin duda dejará de ser, en su conjunto, derecho exclusivo de quienes realizan trabajo remunerado, para, solidariamente, universalizarse a todos los integrantes de la comunidad sin excepción.

El componente salud, debido a su carácter peculiar, a la vastedad de sus problemas y a la premiosa necesidad de que su nivel sea elevado al más corto plazo, debe ser promovido y materializado mediante las acciones de un sistema apropiado y coherente, de cobertura nacional.

SALUD Y EDUCACIÓN

La estrecha relación existente entre salud y educación obliga a encararlas simultáneamente. La reforma educativa en marcha es una de las bases para la transformación de la atención de la salud, al constituir el canal apropiado para entregar a la comunidad en general los conocimientos científicos y tecnológicos que hagan del nuevo ciudadano un agente al servicio de la salud. La formación en salud a lo largo de todo el proceso educativo, en sus diferentes modalidades, constituirá elemento sustantivo de las reformas de la salud y la educación. El resultado de una acción consistente en el campo educativo hará del nuevo ciudadano un recurso listo para apoyar y efectuar las acciones propias de la atención integral de la salud particularmente aquellas que corresponden a su promoción y protección.

SALUD Y NUEVOS RECURSOS HUMANOS

La atención integral de la salud de una población requiere, en esencia, la participación de toda ella. En este sentido, la concepción más amplia de recursos humanos para la salud comprende a todos los integrantes de la comunidad en la medida que realizan acciones de salud para sí mismos, sus familias y sus comunidades. La natural distribución del trabajo comunal y las inclinaciones y aptitudes de las personas conducen a niveles ascendentes de capacitación en la ejecución de acciones de progresiva complejidad, que culminan en la formación de profesionales especializados en el cuidado de la salud, los cuales deben ser tanto los tradicionales como otros que nuestra realidad exija. Esto último no debe excluir a la población general de los conocimientos científicos y tecnológicos básicos para el cuidado de su salud, pues ello crearía situaciones de absurda dependencia. La adecuada utilización de los nuevos recursos humanos para la salud alcanzará su real efectividad mediante una organización que estimule el aporte individual de las personas y a través de sus organizaciones de base.¹

SALUD Y FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

El cuidado integral de la salud requiere necesariamente una planificación de recursos humanos a partir de una política de salud claramente definida en torno a las necesidades de bienestar y desarrollo de la nueva sociedad peruana. En consecuencia las instituciones encargadas de la formación de recursos deberán dirigir el proceso de capacitación para la salud, de manera que responda a las reales necesidades de la comunidad. Para el logro de este contenido, es fundamental un reajuste de la concepción y el diseño curricular y de los procedimientos de selección. En los planes formativos debe darse énfasis a las experiencias de aprendizaje en y con la comunidad, para promover en los estudiantes una genuina actitud de servicio. Otro aspecto de la capacitación que deberá considerarse, en virtud del continuo avance la ciencia, es el de la actualización constante del conocimiento de los trabajadores de la salud. Estos propósitos se facilitarán mediante una coordinación estrecha, durante la planificación, toma de decisiones y ejecución de los programas formativos, entre los sectores de educación y de salud, en el marco de una concepción revolucionaria del bienestar social.

SALUD Y JUVENTUD

El desinterés, el espíritu de grupo y la generación para la entrega y el sacrificio, característicos de la juventud, son virtudes que favorecen la formación y el arraigamiento del principio de solidaridad humana.

Estas condiciones excepcionales de la juventud hacen de esta etapa de la vida un período particularmente apropiado para el aprendizaje y ejercicio de acciones de servicio a la comunidad, como son las tareas de atención de la salud, que, a la vez que resultan útiles para los demás, son de beneficio para la juventud y para su futuro. Los jóvenes, tanto hombres como mujeres, constituyen por su número y energía un contingente extraordinario y decisivo para contribuir a transformar radicalmente la situación de salud de las mayorías nacionales.

SALUD, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Los avances científicos y tecnológicos solo son significativos cuando están al servicio del hombre y la sociedad. En la atención de la salud, dichos avances deben ser adecuadamente aplicados a la sociedad de los problemas sanitarios, sobre la base de un conocimiento profundo de la realidad

nacional. Asimismo, se impone la necesidad de fomentar, con sentido creador, la investigación científica y el desarrollo de una tecnología nacional que propendan a la superación de la dependencia y se encuentren acordes con las necesidades y disponibilidad de recursos del pueblo peruano.

SALUD Y SU SATISFACTORIEDAD

La situación satisfactoria de salud es el resultado favorable de la interacción del hombre como ente biopsicosocial con el ambiente que lo rodea. Una política adecuada de desarrollo interviene para controlar las condiciones de interacción, de modo que hagan posible lograr los mejores niveles de salud y la óptima participación de las personas en todos los campos de la actividad social, garantizando así el ejercicio pleno del derecho natural del hombre a su bienestar integral.

SALUD Y ADMINISTRACIÓN

La organización y utilización adecuada de los recursos que la sociedad asigna para el cuidado de la salud a través de decisiones políticas, condicionan su calidad y cobertura. La coherencia que debe guardar la administración de la salud con los objetivos del humanismo revolucionario determina su naturaleza científica, legal, técnica, ética, creativa y participatoria.

SALUD, MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS

La atención de las necesidades de salud de la población peruana requiere la concurrencia de la comunidad como agente de salud, de personal específicamente destinado al cuidado de la salud y medicamentos y otros insumos indispensables. El Estado, como responsable de la salud de la población peruana, determina la política y las normas de producción, abastecimiento y comercialización de los medicamentos y otros insumos, con la finalidad de ponerlos al alcance de toda la población sin discriminación.

La racional producción, distribución y utilización de productos necesarios para la salud tendrá en cuenta la limitación de recursos del país, de modo que las instalaciones, equipos, insumos y medicamentos alcancen su más alto grado de eficacia sin duplicaciones innecesarias ni desniveles que consagren privilegios. La producción y la comercialización de medicamentos e insumos para la salud tienen que constituir actividades de servicio y no de lucro, dentro de una política tendiente a eliminar la dependencia.

SALUD Y ACTITUD DE SERVICIOS

La condición no utilitaria de la prestación del servicio de salud, impregna cada acto que se realice en favor de su cuidado. La actitud de servicio está en la raíz del carácter participante de la revolución peruana y por ello, es diametralmente opuesta a la concepción utilitaria que caracteriza al individualismo capitalista.

El trabajador de salud, que la revolución propugna, considera su actuar como deber solidario que expresa una obligación de justicia y no como mercancía sujeta al libre juego de la oferta y la demanda. Esta forma de concebir su quehacer lo aparta de los afanes de lucro y enriquecimiento que deshumanizan su trabajo y lo convierten en explotador del hombre necesitado de atención. En el cumplimiento de su deber, alcanza su más alto grado de realización humana cuando entrega lo mejor de su capacidad a la población más necesitada. En este sentido, cada acción de salud constituye un acto social de justicia.

SALUD Y SOLIDARIDAD

Uno de los bienes más preciados del hombre, la salud, alcanza su más alto valor y significación, cuando se la entiende en su dimensión social. Desde esta perspectiva, es el fruto de una reciprocidad de acciones que surge de sentir como propio el cuidado de la salud de los demás, rechazar el individualismo para sustituirlo por el principio de solidaridad, como ordenador de la vida en comunidad, es una obligación que emerge del humanismo revolucionario. En el campo de la salud, la solidaridad es una de las ideas rectoras que alcanza a cada una de las decisiones que se adopten, para hacer de la salud una manifestación de la justicia en la distribución de los recursos. Bajo este concepto no cabe más un desarrollo múltiple y no pocas veces caótico de entidades de salud aisladas o para grupos circunscritos. De ahí que, la racionalización en las prestaciones de salud constituya una obligación impuesta por la justicia.

SALUD Y SEGURIDAD INTEGRAL DEL ESTADO

La seguridad integral del Estado depende en gran medida de la situación de salud de la población peruana. En consecuencia, para garantizar el apoyo que al sector salud debe dar aquella, es imperativo contar con un sistema de servicios de salud que garantice que todos y cada uno de los peruanos estén en aptitudes físicas y mentales que le permitan desempeñarse en actividades propias de la defensa nacional. La organización del sistema debe facilitar su transferencia inmediata a las autoridades castrenses, cuando la seguridad nacional así lo demande.

SALUD Y PRESERVACIÓN DE LA ESPECIE HUMANA

El cuidado de la salud a escala mundial tiene como objetivo la preservación de la especie humana. A este respecto, no basta que cada país, separadamente, alcance niveles óptimos de salud individual y colectiva. Se hace imperativa la formulación de una política de salud internacional para la implementación de acciones dirigidas a evitar el flagelo de la guerra y a preservar al ambiente de una contaminación que sobrepase los límites permisibles.

SALUD EN EL ORDEN MUNDIAL

La salud de un país no puede ser considerada con prescindencia de la salud de los demás pueblos. Cada país es responsable ante el mundo de contribuir con su propio desarrollo interno y con su aporte específico hacia el exterior, dentro del concierto mundial de esfuerzos, para lograr los mejores niveles de salud en todos los habitantes del planeta.

La salud mundial es consecuencia del respeto y cooperación entre los países. En este sentido, la justicia mundial en el campo de la salud se hará efectiva cuando se cancele la explotación sobre los pueblos del tercer mundo y cuando se logre sustantivos progresos en la construcción de un orden mundial justo y solidario.

La aplicación de estos principios está orientada a producir un cambio radical en la doctrina y en la práctica de la atención de la salud vigentes y a afirmar los valores de justicia, libertad, trabajo, participación, solidaridad, creatividad, honradez y respeto a la persona humana.

Miembros de la CPLGS que suscribieron el informe final

ALENCASTRE GUTIÉRREZ, MANUEL.

Médico-cirujano egresado de la UNMSM (1949). Desde su juventud, estudioso del marxismo y simpatizante del Partido Comunista Peruano. Maestría en Salud Pública (México, 1957). Maestría en Administración de Hospitales (Sao Paulo, Brasil, 1963-1964). Estudios de Posgrado en la Escuela de Administración Pública (Lima, 1959) y Escuela de Salud Pública del Perú (Lima, 1965). Funcionario del MSPAS y Minsa por 25 años (1950-1975). Director general de Programas de Salud del Minsa (1969-1975). Profesor de la Facultad de Medicina UNMSM (1962- 1975). Miembro Ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

Posteriormente, director general de Programas de Salud (1975-1982) y de Organización y Métodos del Minsa (1983-1985). Profesor en las áreas de Administración y de Salud Pública en la Facultad de Medicina UNMSM (1975-1992). Representó al Perú en varios certámenes internacionales de salud pública.

BARSALLO BURGA, JOSÉ

Médico-cirujano, comenzó su formación en la UNMSM y la culminó en la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Desempeñó durante tres años la presidencia de la Federación Americana de Estudiantes. “Aprista desde los once años de edad sufrió larga prisión en el Frontón y diez años de exilio en Argentina”. Obstetra del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Ernesto Rebagliati Martins. Miembro Ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, representante del Colegio Médico del Perú, suscribió íntegramente la propuesta de la minoría, y la sustentó ante el Consejo de Ministros.

Posteriormente, desempeñó los cargos de secretario general de la Federación Médica del Perú (1978-1980), decano del Colegio Médico del Perú (1982-1983) y decano de la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres, entre otros. Durante el primer gobierno aprista se desempeñó como presidente del Instituto Peruano de Seguridad Social (1985-1987) y ministro del Interior (1987-1988). Miembro del Comité de Salud Pública del Consejo Nacional del CMP (1996-2006). Condecorado con la Orden Hipólito Unanue, en el grado de Gran Cruz, por su destacada trayectoria defensa por los derechos de la seguridad social. Publicó 15 libros, entre los que destacan Derechos de la seguridad social. Estado y mercado, Historia del Colegio Médico Peruano y La salud está enferma. Falleció en Lima, el 15 de agosto del 2010, a los 84 años de edad.

BECERRA HIDALGO, ARMANDO

Médico-cirujano egresado de la UNMSM (1954). En su juventud, miembro del partido Democracia Cristiana. Estudios de Posgrado en la Escuela de Salud Pública del Perú: Administración de Salud (1965) y en Planificación de la Salud (1972). Grado de Doctor en Medicina en la UPCH (1972). Funcionario del MSPAS y Minsa por 18 años (1957-1975). Director de la Dirección de Programas de Salud del Minsa. Graduado en el CAEM (1975). Miembro Ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

Posteriormente, director asesor del Despacho Ministerial (1977-1979), director general de la Oficina General de Racionalización del Minsa (1979-1983). Director de Helen Keller International, filial del Perú (1984-1989). Especialización en Administración en Salud en la UPCH (1989). Consultor de la Secretaría Ejecutiva del Convenio Hipólito Unanue, Pacto Andino (1992-1997). Asesor *ad honorem* del Despacho Ministerial de Salud (1991, 2003). Miembro del Comité de Salud Pública del Consejo Nacional del CMP (1996-1997, 2000-2005). Profesor de Salud Pública en la UPCH y en la USMP. Representó al Perú en varios certámenes internacionales de salud pública, entre ellas la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Alma Ata (1978). Miembro fundador titular de la Academia Peruana de Salud. Condecoración con la Orden del Servicio Civil del Estado (1980).

BELTRÁN NEYRA, ROBERTO

Cirujano-dentista egresado de la UNMSM (1953). En su juventud, docente en el Instituto Obrero Católico y Presidente de la Juventud Católica del Perú. Posgrado en Estomatología (Madrid 1953-1954), Medicina Oral (Pensilvania, 1960-1962) y Salud Pública (Lima, 1973). Docente en Odontología o Estomatología en la Universidad Peruana (UNMSM, 1955-1969; UNSLG de Ica, 1962-1967; y, la UPCH, 1969-1975. Jefe de Servicio de Odontología del Hospital Cayetano Heredia (1969- 1975). Asesor y consultor internacional y nacional en educación de ciencias de la salud a través de la OPS/OMS (1967-1975). Miembro ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría, y la sustentó, ante el Consejo de Ministros.

Posteriormente, continuó como consultor nacional e internacional en temas de educación superior. Director asociado y, luego, director de Programas de la Fundación W. F. Kellog (1983-1987). Decano del Colegio Odontológico del Perú (1997-1998). Profesor emérito de la UPCH (2001). Epónimo de la Facultad de Estomatología de la UPCH (2005). Autor de numerosas publicaciones educativas.

BERNALES ALVARADO, MANUEL

Politólogo, primera promoción de la Facultad de Ciencias Sociales de la PUCP, 1967. Cuarta promoción de la Escuela de Ciencia Política y Administración Pública de la Flacso, 1969. Funcionario de Sinamos durante la primera fase del GRFA. Miembro ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

Posteriormente, diplomado del Centro de Altos Estudios Nacionales del CAEM (1979). Ha ocupado importantes cargos relacionados con su profesión en organismos nacionales e internacionales en el Perú, Honduras y Uruguay; entre ellos, especialista del Programa Ciencias Sociales y Humanas de la Unesco en la Oficina Regional de Ciencia para América Latina y El Caribe (2005). Presidente del Consejo Nacional del Ambiente (Conam) y del Fondo del Ambiente (Fonam), 2006-2008; director general de la Oficina General de Gestión Social del Ministerio de Energía y Minas (2012-2014). Consultor internacional en el campo de la Salud Ambiental.

BONIFACIO DE VÁSQUEZ

Enfermera egresada de la Escuela Nacional de Enfermeras Arzobispo Loayza. Estudios de posgrado en Enfermería de Salud Pública en Puerto Rico y Brasil, Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Enfermera de la Dirección de Programas de Salud del Minsa. Miembro Ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, representante de las organizaciones de enfermería, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

BUSTÍOS ROMANI, CARLOS

Médico-cirujano egresado de la UNMSM (1959). Grado de Doctor en Medicina Humana en la UNMSM (1974). Estudios de posgrado en Puericultura y Pediatría (UNMSM-UPCH, Lima, 1961-1962); Programación de Desarrollo Económico Social (UNMSM, Convenio Cultural del Cono Sur. Lima, 1965); pediatría social (Universidad de Chile. Santiago, 1967); Salud y Dinámica de Población (Universidad de Chile y Celade. Santiago, 1967); Salud Pública (Escuela de Salud Pública del Perú, 1970). Profesor auxiliar de la UNMSM (1970-1975). Funcionario del MSPAS Y Minsa por 13 años (1962-1975). Planificador médico de la Oficina Sectorial de Planificación (1972- 1975). Miembro ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

Posteriormente, aprobó el Curso Planificación Nacional del Desarrollo, Universidad Nacional de Ingeniería, Convenio INP-Naciones Unidas, Lima (1977-1978). Director general de la Escuela Nacional de Salud Pública (1984-1987). Miembro del Comité de Salud Pública del Consejo Nacional del CMP (1988-1989, 1996-1997, 2000-2003). Consultor de la Secretaría Ejecutiva del Convenio Hipólito Unanue, Pacto Andino (1992-1997). Docente nombrado en la UNMSM desde 1976, actualmente en el cargo de Profesor Extraordinario Experto. Invitado a Escuelas de Posgrado de la Universidad Peruana, para desarrollar asignaturas de Salud Pública y de

Planificación de la Salud. Responsable de 20 Proyectos de Investigación sobre Salud Pública registrados por el Consejo Superior de Investigación de la UNMSM. Autor de 20 libros y numerosas publicaciones sobre temas vinculados con la Salud Pública y la educación médica. Asesor y uno de los principales autores de la colección Historia de la Salud en el Perú, editada en 25 volúmenes por la Academia Peruana de Salud, (2008-2013). Premios y distinciones en mérito de su trayectoria profesional y académica, otorgados por la UNMSM, el Minsa, el CMP, el Concytec y otras instituciones nacionales. Miembro fundador y honorario de la Academia Peruana de Salud. Miembro emérito de la Academia Nacional de Medicina.

COLOMA MALDONADO, ERNESTO

Médico-cirujano egresado de la UNMSM (1956). Curso de Pediatría Social (Centro Internacional de la Infancia e Instituto Interamericano del Niño, 1963). Estudios de Posgrado en la UPCH y Escuela de Salud Pública del Perú: Administración de Hospitales (1965), Planificación de la Salud (1966), Salud Pública (1968). Curso Internacional sobre Planeamiento, Programación y Diseño de Hospitales (OPS/OMS y Universidad Nacional de Ingeniería, 1967). Funcionario del MSPAS y Minsa por 17 años (1958-1975). Inspector director de la Inspectoría General del Minsa (1972-1975). Miembro de la Comisión Reorganizadora y, luego, presidente a.i. de la Sociedad Peruana de la Cruz Roja (1974-1975). Secretario de Economía del Partido Democracia Cristiana. Principal impulsor, en el escenario oficial sectorial, de la constitución de la CPLGS. Miembro Ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

Posteriormente, fundador y tesorero del Partido Socialista Revolucionario. Completó 30 años de servicios en el Minsa, cesando en 1984 como director general de la Inspectoría General del Minsa.

CHIRINOS REBAZA, ALFREDO

Médico-cirujano egresado de la UNMSM (1968). Becado por el Gobierno Francés para estudios de posgrado en Nefrología (1968-1970). Médico del Seguro Social del Empleado (1970-1975). Jefe de Prácticas de la Facultad de Medicina UNMSM (1970-1975). Capacitación posgrado en la Escuela de Salud Pública del Perú (1975). Miembro Consultivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, representante del CMP, suscribió la propuesta de la minoría con una posición singular discrepante, y la sustentó ante el Consejo de Ministros.

Posteriormente, miembro de la Comisión Ministerial encargada del Proyecto “Ley del Trabajo Médico” (1976-1977). Viajes de estudio sobre políticas de seguridad social en Rusia y Suecia (1984), Argentina (1985), y Francia (1989 y 1992). Ejerce como médico especialista en Nefrología en el IPSS y el sector privado (1981-2000). Director Nacional de Prestaciones Sociales del IPSS (1986-1988). Asesor de la Presidencia Ejecutiva del IPSS (1988-1990). Miembro del Comité de Salud Pública del Consejo Nacional del CMP (1996-1997). Consultor y asesor en Salud Pública y Seguridad Social. Autor del libro Las leyes de salud en el Perú: 1945-2000 (2000) y otras publicaciones.

DELGADO BEDOYA, MANUEL

Licenciado en Derecho. Abogado, egresado de la UNMSM. Miembro consultivo de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría. Posteriormente, fundador y jefe del Estudio Manuel Delgado Bedoya Abogados, S.A.C. Director académico. Consejo Directivo Instituto de Ciencia Política del Perú.

LEÓN UGARTE, MARIO

Médico-cirujano egresado de la UNMSM (1942). Máster en Salud Pública (Universidad Johns Hopkins de Baltimore, 1944). Estudios de posgrado en Epidemiología (Universidad de Minnesota, 1948) y Medicina Preventiva (Universidad de Harvard, 1958). Director fundador del Centro de Medicina Preventiva del Rímac (1945) y jefe del Departamento de Epidemiología del MSPAS (1949). Consultor en Enseñanza de Salud Pública de la OPS/OMS (1950-1958). Fundador y director de la Escuela de Salud Pública del Perú (1964-1975). Grado de Doctor en Medicina en la UPCH (1972). Presidente de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (1971-1974). Presidente a dedicación exclusiva de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

Posteriormente, director general de la Escuela de Salud Pública del Perú (1975-1983). Representó al Perú en varios certámenes internacionales de salud pública. Recibió numerosas distinciones por su trayectoria, entre las principales. Orden del Servicio Civil del Estado, en el grado de Comendador (1980); Orden Hipólito Unanue, en el grado de Gran Oficial (1983). Autor de diversos artículos científicos sobre epidemiología y capacitación de personal de salud pública. Miembro Honorario de la Academia Peruana de Salud (1998). Declarado epónimo de la Escuela Nacional de Salud Pública, como pionero en la capacitación del personal sanitario en el Perú (2000). Falleció en Lima el 29 de agosto de 2007, a los 92 años de edad.

MEZA CUADRA, ANTONIO

Médico-cirujano egresado de la UNMSM.(1963). Secretario general del Centro de Estudiantes de Medicina (1960-1962); representante estudiantil en el primer Consejo de la Facultad de Medicina UNMSM con cogobierno (1961). Especialización en Pediatría (UNMSM, 1963-1965). Estudios posgrado en Pediatría Social en el Centro Internacional de la Infancia (París, 1963) y en la Universidad de Chile (Santiago, 1966). Secretario general de la Federación Médica Peruana (1966-1968). Médico pediatra del Hospital del Niño (1965-1971). Premios Nacionales León García (1963), Roussel (1996) y Premio de la Academia Americana de Pediatría (1972). Autor del libro Nivel de vida y salud (1972). Director del Instituto Nacional de Promoción Materno-Infantil (1971-1976). Miembro ejecutivo de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

Posteriormente, miembro de la Asamblea Constituyente del Perú (1978-1972) y, luego, de la Cámara de Diputados del Congreso de la República y presidente de su Comisión de Salud (1980-1985). Asesor técnico principal del Fondo de Población de Naciones Unidas (Guatemala, 1990-1994). Profesor principal de la UNMSM desde el año 1972. Consultor nacional e internacional en la enseñanza de la Salud Materno Infantil. Fundador y secretario general del Partido Socialista Revolucionario (1976). Autor de seis libros y numerosas publicaciones en revistas nacionales e internacionales. Falleció en Lima, el 20 de enero del 2016, a los 77 años de edad.

PALOMINO TOLEDO, CÉSAR

Médico-cirujano egresado de la UNMSM. Especialidad Obstetricia. Médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del Seguro Social del Empleado. Miembro ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

PEÑALOZA RAMELLA, WALTER

Bachiller en Filosofía (1943) y, posteriormente, doctor en la misma materia (1946) en la UNMSM. Profesor en filosofía en la Universidad de Puerto Rico (1947-1951). A su regreso al país, director de la Escuela Normal Superior de La Cantuta (1952), que gracias a su gestión se convirtió en la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle (1956). Embajador del Perú en la República Federal Alemana (1966-1968). Luego, miembro prominente de la Comisión Nacional de Reforma General de la Educación en el Perú, promulgada en 1972. Le habían concedido el Premio Nacional de Filosofía (1943); así como distinguido con la Gran Cruz de la Orden del Sol del Perú (1965); y como profesor emérito de la UNMSM (1974). Miembro ejecutivo a tiempo completo de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

Posteriormente, trabajó en Reforma Educativa en las universidades de Zulia, Urdaneta y Barquisimeto, en Venezuela (1978-2000). De regreso al país, continuó con su labor en reforma curricular en la Universidad San Luis Gonzaga de Ica (2000-2001). Jefe del Gabinete de Asesores del Ministerio de Educación (2002-2003). Numerosas publicaciones sobre temas filosóficos y educativos, entre las que destacan Estudios del conocimiento, Tecnología educativa, Currículo integral y Los propósitos de la educación. Le fueron concedidas, además de las anteriores distinciones, la de Rector Vitalicio de la Universidad Nacional de Educación La Cantuta (1991); las Palmas Magisteriales, en el grado de Amauta (2002); y el Homenaje de la Asamblea Nacional de Rectores (2005). Falleció en Lima, el 31 de octubre del 2005, a los 84 años de edad.

REY VEGA, ROSA

Obstetriz egresada de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la UNMSM. Miembro Ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, representante del recientemente creado Colegio de Obstetrices del Perú, suscribió íntegramente la propuesta de la minoría.

RUBÍN DE CELIS TALAVERA, ENRIQUE

Médico-cirujano egresado de la UNMSM (1953). Especialidad en Salud Pública, Universidad de Sao Pulo, Brasil. Estudios de Planificación de la salud en el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES). Funcionario del MSPAS y Minsa, en cargos de epidemiólogo, administrador y planificador, durante años (1957-1975). Director General de la de la Oficina Sectorial de Planificación del Minsa (1972-1975). Miembro Ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

Posteriormente, director general de la Oficina Sectorial de Planificación del Minsa (1975-1984). Consultor Temporero del Centro Panamericano de Planificación de la Salud y de la OPS/OMS. Profesor invitado en asignaturas vinculadas con la Planificación en la Universidad Peruana y la Escuela de Salud Pública del Perú. Representó al Perú en varios certámenes internacionales de salud y de planificación. Miembro fundador titular de la Academia Peruana de Salud. Es reconocido como uno de los pioneros de la planificación de la salud en América Latina. Falleció en Lina, a mediados de la segunda mitad de la década de 1990.

SÁNCHEZ QUIROZ DEL VALLE, JULIO

Médico-cirujano egresado de la UNMSM. Coronel (EP) de la Sanidad Militar. Profesor de la Escuela Superior de Guerra del Perú (1971-1973). Director de la Escuela de Sanidad del Ejército (1974-1975). Miembro Ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, suscribió íntegramente propuesta de la mayoría.

Posteriormente, jefe del Servicio Sanidad de la Tercera Región Militar (1979); delegado de las Sanidades Militares ante el Consejo Nacional de Salud (1982-1984). Condecoración de la Orden Daniel A. Carrión, como Gran Oficial. Finalmente, jefe del Servicio de Sanidad del Ejército (1982-1984), como general de brigada EP. Falleció pocos años después de su retiro de la Sanidad del Ejército.

TAVERA DE MARTÍNEZ, FABIOLA

Enfermera egresada de la Escuela Nacional de Enfermeras Arzobispo Loayza (Eneal). Licenciada en Enfermería por la UNFV. Estudios de posgrado en Brasil: en Administración de la Enseñanza (Sao Paulo) y Enfermería Médico Quirúrgica (Río de Janeiro). Directora de la Eneal (1973-1975). Miembro ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, representante de las organizaciones de enfermería, suscribió íntegramente la propuesta de la minoría.

Posteriormente, Directora de la Eneal (1977-1985). Presidió la Comisión de estudio de Incorporación de la Eneal a la UPCH (1983-1985). Directora General de Servicios Asistenciales de la Beneficencia de Lima, presidiendo las comisiones de reorganización del Puericultorio Pérez Aranibar (1982), y del Albergue Central Ignacia Rodulfa viuda de Canevaro (1984). Distinguida como directora emérita de la Eneal y profesora honoraria de la UPCH (1998). Autora de trabajos relacionados con Enfermería. En el año 2004, la Facultad de Enfermería de la UPCH publicó el libro Historia de la Escuela Nacional de Enfermeras Arzobispo Loayza 1915-2003, elaborado por la licenciada Tavera.

TEJADA PARDO, DAVID

Licenciado en Economía (1974), con estudios universitarios en Chile, Perú y Estados Unidos. En su juventud miembro del Partido Socialista de Chile hasta la muerte de Salvador Allende (1973). Planificador del Instituto Nacional de Planificación. Miembro ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

Posteriormente, en el Perú: fundador y secretario de organización del Partido Socialista Revolucionario (1976-1990); asesor del ministro de Salud (1985-1987); y, viceministro Sectorial de Salud (1990-1991). Luego, funcionario del Unicef en México (1991-1994) y Bolivia (1994-2001). En Bolivia, formó parte del equipo que diseñó el Nuevo Modelo Sanitario y el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. Primer subjefe del Seguro Integral de Salud del Minsa (2002). Parlamentario Andino, Primer Suplente (2006-2011). Director nacional de Coordinación y Planeamiento Estratégico de Ceplan (2013). Profesor Invitado en la Universidad Peruana. Consultor en temas de Derechos Humanos y Políticas Sociales y de Salud. Miembro de la Comisión del Plan de Gobierno del Partido Nacionalista. Autor de numerosas publicaciones en sus áreas de consultoría.

VALLEJOS PAULET, ENRIQUE

Médico-cirujano egresado de la UNMSM. Estudios de Administración Hospitalaria en Universidades de Brasil. Larga trayectoria como administrador de policlínicos de la Caja del Seguro Social Obrero. Director del Hospital Central Guillermo Almenara del Seguro Social Obrero (1968-1972). Asesor del decano del Colegio Médico del Perú (CMP) en el primer Seminario sobre Reforma de Salud efectuado por el CMP (1974). Miembro ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, representante del CMP, suscribió la propuesta de la minoría con una posición singular discrepante, y la sustentó ante el Consejo de Ministros.

Posteriormente, asesor y consultor nacional en el campo de proyectos de desarrollo administrativo y de infraestructura hospitalaria. Falleció a mediados de la década de 1980.

ZAPATA RIVAS, HUMBERTO

Químico-farmacéutico egresado de la UNMSM. Miembro ejecutivo de la CPLGS, nombrado a título personal, suscribió íntegramente la propuesta de la minoría.



LIMA