

La Reforma Sanitaria como Proceso Político Institucional. Una primera aproximación

Juan Arroyo (*)

LA HERENCIA DE LOS 80: LA DÉCADA PERDIDA EN SALUD Dinámica política e institucional del sector salud en los 80

La evolución de la atención de la salud en el siglo XX ha tenido tres etapas en el Perú: la etapa del régimen oligárquico-aristocrático en salud, que llegó hasta mediados de siglo, la etapa del Estado Benefactor en salud, que se desarrolló centralmente entre 1963 y 1975, y la etapa de descenso y descomposición del sector salud, desde 1976 hasta 1992 (1). El presente capítulo fundamenta que la década de los 80 fue una década perdida en salud, cuya herencia pesa regresivamente sobre el sector

salud actual. Por eso, si bien vivimos los inicios de una cuarta etapa del sector caracterizada por una recomposición parcial, débil y sin rumbo general aún, la reforma del sector salud es, desde una perspectiva de mediano plazo, una reconstrucción del sector salud.

El diagnóstico político-institucional: no cultura hegemónica, desinstitucionalización y escasa gobernabilidad del sector.

La idea central surgida de las entrevistas con los informantes-claves es que luego del gobierno velasquista y sobre todo en la década de los 80 se quebró la tendencia de ascenso del sistema de salud peruano y empezó su

(*) Sociólogo. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima - Perú

larga deconstrucción. En la etapa del Estado Benefactor en Salud el sector sí tuvo cultura hegemónica, institucionalidad y gobernabilidad.

El actor social que ordenó el sector salud en su etapa de ascenso fue la **burocracia sanitaria de los 60 y 70**. No lo hicieron ni los actores corporativos o gremiales ni tampoco los representantes de la industria farmacéutica, ni los usuarios. Como pasa en todos los países, la tecnoburocracia resguardaba el interés general sobre los particulares, desarrollaba la cultura sanitaria que actuaba de cemento ideológico del sector, normatizaba y construía institucionalidad, y arbitraba la puja distributiva natural entre los distintos intereses. Cuando el país y el sector salud entraron en crisis, hacia 1975, se generaron las condiciones para la salida de esta tecnoburocracia. En realidad a todo lo largo del período descendente 1976-92 se expulsó a la tecnoburocracia que condujo al sector salud en su etapa de esplendor 1963-75 y ella se llevó en su salida la **memoria y tecnología organizacional política y cultural del proceso**.

Por eso, cuando en 1990 ingresaron generaciones jóvenes de salubristas al Ministerio a cubrir los cargos directivos, lo encontraron en escombros. Era un ejército diezmado y sin oficiales. Ya no sólo no había sector sino tampoco Ministerio. A inicios de la década el diagnóstico oficial era que vivíamos una situación de colapso en la operatividad de los servicios del ministerio que se evidenciaba en la postergación del personal de salud, el abandono de la infraestructura y equipamiento, la notoria restricción de los recursos financieros y la pérdida de capacidad de gestión (2).

Entre el apogeo de los 60-70 y el colapso de 1988-1991 se había desarrollado el proceso de deterioro de la década de los 80. El sector y sobre todo el Ministerio habían transitado de la **burocratización de los 60-70 a la desinstitucionalización e informalización de los 80**. Sus características centrales a fines de los 80 -que todavía hoy se arrastran- eran: a) grave desorientación programática; b) desinstitucionalización y nueva hegemonía de

una cultura corporativa-informal; c) desprofesionalización del cuadro de personal y distorsión de las líneas de carrera; d) conflictividad sindical y fortalecimiento de los actores corporativos en el sector salud; y e) ingobernabilidad del sector. Los retrocesos de los 80, la década perdida también en salud, fueron los siguientes:

a) Grave desorientación programática.

El último gran impulso del sector salud peruano fue en las décadas de 1960 y 70 y se basó en el poderoso discurso estatista-intervencionista de los 60. Años más tarde, en Alma Ata (1978) se formuló el discurso sanitario de la atención primaria, pero éste llegó al Perú cuando el país estaba en crisis y el sector estaba en descenso y no había fuerzas ni siquiera para cumplir a cabalidad con el modelo médico convencional o curativo. El último intento de organizar el sector y el ministerio en base al modelo de Alma Ata fue el de la gestión ministerial de David Tejada de Rivero entre 1985-86, pero fracasó. En toda la etapa de descenso se ha vivido así una crisis programática en el sector, que todavía arrastramos. No hay claridad sobre qué hacer en el largo plazo con el sector. En realidad el sector se organiza en base a grandes principios que le dan fuerza de conjunto a los actores sanitarios y suelen tener vigencia por décadas. Este núcleo directriz está hoy en cuestión. El anterior discurso hegemónico, aquél basado en el Estado Benefactor, se quebró, y la propuesta de atención primaria fue acogida sólo por determinados sectores, en particular las enfermeras, pero chocó con el desaliento general de los 80 por las bajas remuneraciones y el desgobierno del sector. Estas crisis programática ha disgregado al sector salud.

b) Desinstitucionalización y desarrollo de una cultura informal corporativa.

En el Perú coexisten en el sector y sobre todo en el Ministerio elementos de varios discursos sanitarios: a) del discurso sanitario populista (prestador estatal convencional); b) de discursos sanitarios alternativos anteriores (comunitaristas, descentralistas); c) de los nue-

vos discursos de los 90 (discurso de la calidad, discurso de planificación y administración estratégica). Sin embargo ninguno de ellos marca hoy tanto la cultura institucional del sector salud y sobre todo del subsector MINSA como la cultura informal facilista o corporativa. Caracterizan a esta nueva cultura rentista el relajamiento laboral y valorativo. Ella surgió y se difundió en la década de los 80 entre los trabajadores del estado, fruto de las bajas remuneraciones y la desmotivación del personal. Así, no hay una cultura hegemónica oficial en el sector surgida de los grandes discursos sanitarios y proyectos de salud en el continente, pero sí la hegemonía oficiosa del facilismo.

Esta no es la cultura informal-popular de los pujantes micro-empresarios peruanos sino más bien la cultura del menor esfuerzo de los maltratados trabajadores estatales. Los magros sueldos no explican todo, pero es evidente que la política salarial en el estado tiene que cambiar para su modernización.

c) Desprofesionalización del cuadro de personal y distorsión de la línea de carrera.

A lo largo de la etapa descendente del sector el personal del MINSA aumentó y su estructura ocupacional se acható hacia la base. Cifras del MINSA muestran un aumento de su personal entre 1978 y 1983 del orden del 60%. El personal del MINSA en 1978 era de 34.871 nombrados y contratados; en 1983 éstos ya llegaban a 52.490; en 1985 a 62.805 y en 1990 a 70.552 (3). Pero además, la franja de profesionales disminuyó respecto a las categorías de técnicos y auxiliares. El ministerio se desprofesionalizó. La burocracia dinámica de la etapa ascendente salió y se generó la burocracia rentista de la etapa descendente. En mayo de 1995 los profesionales del Nivel Central del MINSA eran sólo el 29,5% del personal total (4). Lo más grave es que el cuadro de asignación de personal real empezó en los 80 a diferenciarse del CAP formal porque se promovieron a obreros y auxiliares con fines remunerativos. En pocas palabras los ascensos se hicieron en forma arbitraria y sin criterio técnico. Al final, se distorsionó por completo la línea

de carrera (5). Encima, cuando a inicios de la década se incentivaron las renunciaciones voluntarias, los primeros en salir fueron los funcionarios y profesionales que quedaban.

d) Conflictividad sindical y fortalecimiento de actores corporativos en el sector salud

Toda la década de los 80 fue de conflicto sindical en el sector. Fue la etapa de las grandes huelgas de médicos, enfermeras y trabajadores del ministerio y del IPSS. El sector estuvo muy polarizado laboralmente y la estabilidad de los ministros se jugaba no sólo en la escena oficial (Ejecutivo y opinión pública), como ahora, sino en su relación con las fuerzas sociales movilizables del sector salud. La crisis quebró la posibilidad de intereses generales y se fortalecieron los actores corporativos en el sector. Los gremios encabezaron verdaderos movimientos sociales, si bien la perspectiva de éstos no fue programática sino marcadamente reivindicativa. Dos fueron los temas polémicos entre autoridades y gremios: las remuneraciones y la reglamentación del trabajo en salud. Con la dación del Decreto Legislativo 559 en 1990 terminó esta etapa conflictiva. Los médicos del MINSA obtuvieron una vieja bandera: la homologación con sus colegas del IPSS. Y se ingresó al período actual de estabilización relativa, caracterizado por la distensión laboral en el sector y los conflictos parciales.

e) Ingovernabilidad del sector

La desinstitucionalización trajo por consecuencia el desgobierno. Sin normas, las cosas empezaron a definirse por la correlación de fuerzas entre los actores. Encima el MINSA fue abandonando su función de gobierno y se concentró en los problemas de sus servicios, esto es, se redefinió como subsector, como productor de servicios. Su preocupación central fue asistencial antes que rectora sobre el sistema de salud.

¿Qué hizo que el edificio construido en varias décadas al cabo de sólo 10 o 12 años fuera irreconocible? Es verdad que la crisis económica y por tanto el recorte de la inversión social del estado puede explicar en parte la

desarticulación progresiva del sector. El grave deterioro de los ingresos reales de los profesionales y trabajadores de salud facilitó la descomposición. Pero desde un enfoque político-institucional hay otras explicaciones plausibles. Aquí remarcamos en este terreno político-institucional tres elementos que nos parecen centrales, a modo de lecciones para el presente.

La cuestión del tipo de régimen ministerial o forma de gobierno sectorial.

Esta cuestión del tipo de régimen ministerial involucra dos aspectos: **las relaciones entre estado, gobierno y administración** en la conducción ministerial y las relaciones entre la Alta Dirección del ministerio y los actores del sector. En el Perú aún no hemos encontrado la fórmula para armonizar políticas de estado, acciones de gobierno y marcha administrativa ni diseñado **órganos ministeriales del Ejecutivo que sepan generar hegemonía y legitimidad entre los actores del sector.**

El estilo de conducción ministerial de los gobiernos de partido de los 80 en el Perú fue destructor de la institucionalidad del estado, en particular del ministerio de salud. Parece paradójico, los gobiernos democráticos desarticularon la institucionalidad del estado. Esta no es una apología de las dictaduras militares: es sólo una constatación histórica. Los regímenes militares entre 1968 y 1979 le dieron mucha mayor estabilidad política e institucionalidad al ministerio y al sector, a diferencia de los gobiernos de partido posteriores. Todos los protagonistas de la etapa coinciden en señalar que el manejo partidizado del ministerio se caracterizó por la politización y desprofesionalización de los cargos de confianza, la desarticulación de la carrera administrativa y el incremento de personal bajo criterio político. Los ministros militares no hicieron tantas remociones de funcionarios (si bien una de las que se recuerda es la de Ugarte en 1972) ni trajeron tanta gente de fuera como los partidos, que multiplicaron el número de directores generales, los convirtie-

ron en cargos de confianza y abandonaron los criterios técnicos o de carrera que anteriormente se empleaban para sus designaciones. Las «razzias» se producían encima no sólo con cada cambio de gobierno sino con cada nuevo Ministro, salvo honrosas excepciones. Encima los cambios frecuentes de ministros de salud eran y son la regla en el Perú. En realidad la duración promedio de los ministros se ha ido acortando de gobierno en gobierno: en el primer gobierno de Belaunde fue de 621 días, en el régimen de Velasco 845 días, en el de Francisco Morales Bermúdez 430 días, en el segundo gobierno de Belaunde 600 días, en el gobierno aprista de 437 días y en el primer gobierno del Ing. Fujimori (sin contar la gestión del Dr. Eduardo Yong Motta) de 402 días-promedio. Esta inestabilidad institucional y administrativa prosigue hasta hoy. (6)

La primera lección para el presente, coincidente con una de las tesis de Huntington, es que lo principal para la generación de gobernabilidad es la estabilidad y no tanto el tipo de régimen concreto: *La diferencia política más importante entre los países se refiere, no a su forma de gobierno, sino al grado de gobierno con que cuentan* (7). Cada nuevo ministro ha buscado la piedra filosofal de la eficiencia sanitaria en sucesivas reorganizaciones -hemos contado 16 desde 1957 hasta 1993- y cambios de directivos, perdiéndose la institucionalidad y con ella la gobernabilidad del ministerio y del sector. Dejó de haber acumulación, tradición, experiencia, profesionalización, continuidad, direccionalidad. **El cambio continuo de reglas de juego institucionales** quebró los consensos conquistados, bloqueó la conformación del sector en un actor colectivo y deslegitimó los gobiernos ministeriales. Justamente el grado de gobernabilidad se mide por el consenso general, la existencia de comunidad política, la legitimidad, organización, eficacia y estabilidad de las instituciones.

En realidad en términos de análisis político-institucional **no existe un ministerio sino varios dentro del propio MINSA.** La progresi-

va desinstitucionalización y desgobierno han fracturado sus diferentes áreas al punto que hay algunas direcciones generales y subregiones de salud con dinámicas y subculturas políticas y niveles de institucionalización distintivos, superiores al promedio. La regla de oro en estos casos casi siempre ha sido: buen director + estabilidad en el cargo = reactivación ministerial y generación de nueva subcultura institucional. Si no ha existido un efecto sinérgico sobre el conjunto es porque no hay receptáculo central pero sí han sido capaces de protegerse contra los efectos desintegradores provenientes del conjunto.

Sin embargo, el problema de la forma de gobierno sectorial va más allá de la relación entre la Alta Dirección y su administración. Pasa en el fondo por la **relación entre el gobierno ministerial y los actores del sector, expresión de la relación entre estado y sociedad civil en el sector.**

La estructuración clásica de los ministerios del Ejecutivo es una estructura operativa, que no toma en cuenta el sector como campo político de compromisos y puja distributiva. El **esquema lockeano de división de poderes** ha sido así deformado: según esta versión sólo el parlamento debe canalizar institucionalmente los consensos y disensos, preocuparse de la construcción de hegemonía y actores colectivos. Los órganos del Ejecutivo son simplemente implementadores, actuarían casi sobre cosas. En este esquema el Parlamento debiera generar los consensos en el sector salud y no es así. Por eso no existen estructuras ministeriales de organización y canalización de voluntades e impulsos ni de generación de ideas-fuerza. La debilidad cultural, programática y política de la Alta Dirección se expresa y alimenta de su pobre organigrama. Las Oficinas de Planificación, Comunicación Social y los órganos de asesoría, consultivos y de coordinación necesitan una modernización acelerada.

Se supone que en una **gestión para el siglo XXI los miembros del sector no «están» en el sector sino «son» el sector.** Lo que

supone la organización de una «visión» compartida de los resultados deseados, fuerza motriz de la nueva marcha sectorial o ministerial. De ahí la definición de Belmartino y Bloch del sector salud como un campo particular de la dinámica social. (8) De ahí las nuevas corrientes de administración fundadas en la idea de calidad total y por tanto en la reconsideración de la administración como liderazgo. Con la suposición organicista de que la Comisión de Salud del Congreso es el parlamento del MINSA y las universidades las productoras de sus discursos sanitarios, **la dirección del Ministerio se auto-limita al activismo** o a secretar disposiciones, a manera de órdenes vacías.

La construcción de gobernabilidad es por tanto construcción de cultura institucional y de institucionalidad. Dada la naturaleza compleja de todo sector del estado sus distintos actores e intereses sólo admiten formar parte de cierta comunidad si las instituciones políticas expresan algún interés común, algún valor o principio compartido. Necesitamos, entonces, **ampliar las dimensiones tradicionales del gobierno en salud**, además de racionalizar los procesos de toma de decisiones en el sector y reestructurar de raíz la forma de conducción ministerial. Lo que no quiere decir que la formación de cierta visión compartida entre todos los actores del sector sea condición inicial de la reforma sanitaria, como veremos.

La cuestión del régimen laboral y salarial y la nueva ética del trabajo

La verdad en el Perú nunca hicimos un viaje decisivo a un sistema estatal de salud, como sí sucedió en otros países latinoamericanos. El sistema de salud peruano fue siempre mixto incluso en la fase populista-estatista más ortodoxa. Hay que acordarse que recién en 1975, cuando había pasado el auge velasquista, el gobierno militar nombró una Comisión con el fin de elaborar un Proyecto de Ley General de Salud, siendo elevado el informe final de la comisión al gobierno en 1977, cuando el gobierno militar estaba prácticamente de salida. El gran debate de la época se entrampó enton-

ces en la contraposición Sistema Unico/Sistema Coordinado. Al final las recomendaciones de la comisión nunca se aplicaron y en 1978 empezó a implementarse el denominado «Sistema Nacional de Servicios de Salud» pero a partir de otra conceptualización y sin compromiso alguno con los sectores que habían intervenido en el debate anterior.

Lo peculiar del Perú, sin embargo, no es esta coexistencia plural de subsistemas de salud diversos pues esta característica en mayor o menor medida se ha venido dando en toda Latinoamérica, sino la amplia **permisividad para el trabajo múltiple del médico en varios subsistemas a la vez**. El estado como empleador nunca pagó el tiempo completo. Empezó desde ahí una doble ficción: el estado hacía como que pagaba y el médico como que trabajaba. Este asalarimiento incompleto del médico en el estado en las décadas de 1960 y 70 ha tenido consecuencias hasta hoy. A inicios de 1990 se calculaba que el 77.7% de los médicos tenía una relación con el estado y sin embargo, a la vez, el 62.5% mantenía una práctica privada. Sólo el 20.3% tenía una relación laboral exclusiva con el estado y sólo el 8.4% trabajaba exclusivamente en forma privada (9). Este **régimen laboral de tiempo parcial real creó las condiciones para el facilismo profesional posterior**. La categoría profesional naturalmente dirigente del sector, los médicos, no jugaba su futuro en un solo terreno. Eso explica en buena medida, además, la debilidad de la regulación sectorial. A los actores corporativos no les conviene una regulación fuerte, que haría saltar por los aires el sistema de mutuo consentimiento. La etapa estatista consintió así la prolongación de la regulación liberal con la cual coexistió, algo además propio de un país como el Perú en que lo nuevo suele no reemplazar a lo viejo sino articularse con él.

El régimen laboral por jornada y la política salarial de pago incompleto generaron, además, ideología rentista. Esto es, afectaron una **ética elemental del trabajo**. En el Perú el gran empleador por décadas ha sido el estado. De

ahí la aspiración de muchas capas sociales por «obtener el nombramiento» en alguna dependencia pública. Incluso se trabajaba gratis por años para obtener el puesto. Obtenida la plaza en la planilla desaparecía el incentivo laboral. Con el deterioro de los sueldos y el declive del sector público el trabajador del estado devino en rentista: dueño de una plaza. A lo largo de la década de los 80 un porcentaje de trabajadores estatales salió a la aventura informal y generó uno de los polos de una nueva ética del trabajo en el Perú, los informales y microempresarios de los últimos 10 años. Por el contrario dentro del estado se extendió, junto a la crisis salarial, una crisis moral. La fundación de una nueva ética del trabajo en el ministerio y en el sector es así una cuestión clave de la reforma y ello pasa, es verdad, por **una nueva política salarial, pero dentro de otro régimen laboral y cultura institucional**. Es probable que estas condiciones obliguen a la reforma a una **estrategia de reconstrucción institucional desde dentro y desde fuera** de la actual institucionalidad.

La cuestión de los modelos de atención, las redes y la regionalización en salud: la magia de las reorganizaciones de la oferta

No nos vamos a referir aquí a las teorías sobre modelos de atención, redes de servicios y regionalización en salud sino a sus versiones realmente existentes entre nosotros. Como es de información general el nacimiento y desarrollo de los sistemas de salud exigió de la Salud Pública conceptos e instrumentos para la planificación y administración de las redes de servicios de las instituciones prestadoras. Los desarrollos sobre sistemas de servicios empezaron en los países del Norte, dada la complejidad creciente de sus sistemas de salud, pero se extendieron con fuerza a Latinoamérica en la etapa del Estado Benefactor en salud. Luego de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas realizada en 1972, en que se declaró como meta

principal del decenio la extensión de la cobertura de salud a la población de menores recursos, los conceptos de organización de sistemas de servicios se difundieron notablemente entre nosotros, entre ellos los de niveles de atención, escalones de complejidad, capacidad de resolución, estrategias de intervención, regionalización de la oferta, espacios-población, unidades productoras de servicios, sistemas de referencia-contrarreferencia, diagramas de accesibilidad distancia-tiempo (10). Nuestra impresión es que los enfoques, conceptos y técnicas sobre organización de los sistemas de servicios expresaron de alguna medida la primacía de la oferta sobre la demanda, propia de la etapa populista-estatista.

Encima en el Perú esta conceptualización se sobredimensionó y devino en la ideología del **organicismo administrativista**. Ella no hizo sino formalizar las viejas preocupaciones de los salubristas peruanos por el mejor modelo de organización y regionalización en salud, desde un enfoque de reorganización de la oferta en sí misma. Las ideas-fuerzas eran evitar la yuxtaposición de los servicios y optimizar su cobertura sobre los espacios-población, arribar a la definición perfecta de distrito sanitario y red de servicios, y producir un encuadre óptimo de la población vía la territorialización en salud. En la visión empirista de la administración en salud y de la dirección ministerial y sectorial el organigrama adquirió virtudes mágicas. Y como esta esquematización burocrática nunca funcionaba, la empresa organicista devenía en continua. Ahora en que se expande el principio de financiamiento a través de la demanda como eje organizativo de los servicios se requiere una reconceptualización de las redes y la regionalización en salud. No es casual que los nuevos marcos de comprensión y organización de los sistemas de salud tengan hoy otros puntos de partida, sea por el lado de la economía política (estudio del sector salud como sistema de vasos comunicantes entre los diferentes mercados en salud) (11) o por el lado de la econometría (administración en base a costos).

EL PROCESO 1990-1995: DEL COLAPSO OPERATIVO A LA REFORMA SANITARIA SILENCIOSA

El sector salud ha pasado en 1993 a una **nueva etapa de mediano plazo de lenta recomposición sin rumbo general aún**. Ha empezado a revirarse la tendencia de retroceso y descomposición, que primó en la etapa 1976-1992. El re-despliegue del sector sin embargo es hoy muy pausado y focalizado en algunas áreas de iniciativa. Los efectos de la larga etapa de desestructuración siguen siendo lo dominante en el sector y sobre todo en el Ministerio de Salud. La situación general, por tanto, combina el atraso y la renovación, el estancamiento y reformas sin Reforma Sanitaria. Una vez más la yuxtaposición.

Tan prolongada fue la crisis peruana (desde 1975 hasta 1992) que la sociedad reconfiguró todas sus pautas e instituciones normales, incluidas las de salud. En realidad **no hubo una crisis en sentido estricto sino una larga desestructuración**. El concepto de crisis alude a un momento de anudamiento y resolución de las contradicciones pero en el caso peruano hubo un largo período de descomposición.

Ello obligó a la sociedad a transformar sus formas normales de reproducción social y estilos de vida. A inicios de los 80 comenzó este proceso con las denominadas estrategias de sobrevivencia, que colectivizaron la reproducción social urbano-marginal como respuesta al repliegue del estado benefactor (guarderías populares, cocinas populares, vaso de leche, comedores populares). Con los años la nueva institucionalidad de emergencia se convirtió en la institucionalidad barrial-popular en el Perú, constituyéndose una red que Aníbal Quijano bautizó como lo privado social. Todas las políticas sociales se replegaron en alguna medida a su retaguardia última, la población misma.

¿Qué pasó en el sector salud en el punto más bajo de la crisis, entre 1988 y 1992? Nuestra tesis es que, mientras las políticas de

salud oficiales de esta etapa estuvieron inmersas en la situación sanitaria defensiva originada por la crisis fiscal, el ajuste y la indefinición respecto al modelo de atención futuro, se **procesó una gran transformación pasiva del sistema sanitario peruano, una reforma sanitaria silenciosa.** En otras palabras, más allá de directivas y normas formales, la política de salud real fue la resultante del conflicto y encuentro bastante espontáneo de los actores sanitarios, y ello modificó ya las bases sobre las cuales se deberá hacer la Reforma Sectorial en Salud.

El punto más bajo del sector salud en las tres últimas décadas se vivió entre 1988 y 1992, a finales del gobierno aprista, en el momento de crisis final de las políticas sociales populistas, y en los momentos más duros del ajuste estructural 1990-92. Ello llevó a diferentes actores sociales del sector salud (empresarios de seguros de salud, cuerpos médicos de hospitales, directivos de ONGs, médicos recién egresados, sectores desprotegidos de la población) a procesar en forma silenciosa una transformación del patrón sanitario populista en el Perú, cuyos ejes habían venido siendo desde la década de 1960 el modelo prestador estatal, el hospital como escenario central de la atención y el asalariamiento médico en el estado. **El estado actuó por omisión. La política social del estado estaba implícita en su distribución de recursos:** la restricción presupuestal en salud es también una política de salud.

¿Cuáles han sido los cambios más importantes del sistema sanitario peruano, necesarios de tomarse en cuenta en un proceso de reforma sectorial? **si el sistema de salud es, según la definición de Julio Frenk, la respuesta social a los problemas de salud y no sólo la suma de las instituciones de servicios de salud,** se entiende el proceso por el cual la sociedad peruana reconfiguró sus mecanismos de protección social y sanitaria ante la abstención del estado (12). Se procesaron en este quinquenio 1990-95 los siguientes cambios:

Reconversión sin direccionalidad clara de la red hospitalaria del MINSA

Los hospitales del Ministerio son ya entidades semi-privadas. A partir de 1990 los hospitales del estado se comenzaron a sustentar cada vez más en recursos propios autogenerados (tarifas y clínicas) y no en transferencias del Tesoro Público. El crecimiento del peso de los recursos propios dentro del presupuesto de los hospitales de Lima y del país ha sido vertiginoso en los últimos cuatro años, a diferencia de la década pasada, en que los recursos propios tendieron a disminuir (13). Datos oficiales sobre algunos hospitales de Lima consignan que los recursos propios crecieron entre 1990 y 1993 del 28.1% al 76.5% en el Instituto Nacional del Niño, del 19.1% al 65.7% en el Hospital Arzobispo Loayza y del 27.8% al 79.5% en el Hospital San Bartolomé, en relación a las transferencias del tesoro público (14).

Esto no ha significado, sin embargo, una modernización de la red hospitalaria estatal o un paso a otro estilo de gestión radicalmente diferente. La transformación hospitalaria ha sido no sólo parcial sino confusa. Es que **la reconversión no tiene una direccionalidad clara.** Los hospitales tienen más recursos y han implementado mejoras en la infraestructura y equipamiento. Pero no se ha modificado ni el régimen laboral y salarial ni la administración de los establecimientos. Es más, en vez de diferenciarse el financiamiento y la prestación, principio básico de la reforma, se juntaron ambas funciones a nivel operativo, en los establecimientos de salud ministeriales. De ahí la mezcla de modelos de gestión y culturas institucionales en los establecimientos de salud. De un lado los intereses corporativos y la cultura informal, ávidos de repartirse los nuevos recursos propios. De otro lado los impulsos provenientes de la exposición parcial al mercado que implicaron las tarifas y clínicas privadas en los hospitales: la necesidad de informatización de la administración hospitalaria, la necesidad de estudios de costos, las

bonificaciones por productividad en determinadas áreas y funciones, la necesidad de personal más calificado, etc.

Están por estudiarse aún las repercusiones de esta política de recuperación de costos en el segmento de demanda tradicional de los hospitales públicos. Si bien la nueva política de tarifas hospitalarias se la concibió con el fin de exonerar de pagos a pacientes indigentes, no hay aún una evaluación sobre si se ha logrado mantener o aumentar este sector de la demanda o si, por el contrario, se habría producido un desplazamiento de los segmentos socio-sanitarios tradicionalmente atendidos en la red hospitalaria estatal. En forma muy tentativa es posible afirmar que la imposición de tarifas ha reorientado la demanda, probablemente en sentidos diversos. Si bien desde antes investigaciones diversas habían señalado que el subsidio hospitalario estaba mal direccionado, favoreciendo principalmente a capas medias, la reconversión hospitalaria en curso podría haber desprotegido aún más a los grupos pobre e indigente (15).

Presiones cruzadas sobre la demanda en salud: re-segmentación en curso de la demanda

Comparando las cifras sobre tipo de establecimiento demandado provenientes del estudio de ENSSA-1984 y de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de 1991 y 1994 se observa un aumento de la demanda por hospitales públicos (MINSA e IPSS) entre 1984 y 1994 del 26.1% al 40.0% y una disminución de la demanda de atención privada del 28.9% al 14.7%. Según esto habría una correlación directa entre la crisis de los ingresos y la disminución de la demanda privada en salud: a menos ingresos, menos demanda privada.

Sin embargo, toda crisis genera tendencias y contratendencias y el caso peruano no es la excepción. De hecho han habido presiones cruzadas sobre la demanda sanitaria en este período, que habrían producido desplazamientos que están aún por cuajar en un nuevo patrón de oferta y demanda. Estas presiones

cruzadas sobre los segmentos de demanda sanitaria han sido las siguientes:

a) La creación de tarifas hospitalarias en el MINSA a partir de 1991, que de hecho promueve el cambio de los segmentos de usuarios tradicionales de la red hospitalaria pública;

b) El deterioro grave de los ingresos, que actúa aumentando la presión por servicios de salud gratuitos: la pauperización de los ingresos ha actuado en detrimento de la demanda privada, como vimos;

c) La crisis económica, que también ha actuado generando un decrecimiento de la demanda por servicios de salud en vista de la demanda urgente y elemental por alimentos. En este caso la correlación fue inversa: a más crisis menos demanda de atención (16).

d) La crisis de los servicios públicos de salud, que tiende a expulsar sectores demandantes de los servicios estatales hacia otros tipos de oferta, por las graves ineficiencias y el consiguiente maltrato de los usuarios (17);

e) La expansión de la oferta médica vía consultorios y centros médicos pequeños y medianos, que intentan atraer a sectores de la demanda global hacia este tipo de oferta privada abaratando sus tarifas.

Lo que es meridianamente claro es que en el Perú hay un fuerte porcentaje de la población por fuera del mercado en salud. Hay una enorme franja de «necesidades de salud» que no se constituyen en «demanda sanitaria» en razón de la pobreza crítica: se calculaba a fines de los 80 en un 25% de la población la franja sin acceso a los servicios de salud (18). Las Encuestas de Niveles de Vida de 1991 y 1994 confirmaron que el 36% de la población en pobreza extrema no demanda servicios públicos.

Estas cifras son reveladoras. Los pobres extremos disminuyeron su participación en la demanda hospitalaria de 1991 a 1994 del 30.1% al 28%, y los pobres igual, del 37.3% al 34%, mientras las no pobres aumentaron del 34.8% al 45%. **El empobrecimiento de las capas medias las viene obligando a asistirse en los hospitales.** De otro lado la consulta en

farmacias aumentó entre los no pobres y los pobres entre 1991 y 1994 (del 9 al 10.4% y del 10.8 al 13%) pero no entre los pobres extremos, que disminuyeron de 14.2% al 11%. **El sector indigente tenía problemas incluso para la consulta en farmacias.** Como se ve, hay una re-segmentación continua de la demanda. El mercado no termina de cuajar una estructura estable de oferta y demanda y es este tipo de **demanda polarizada, muy deprimida y fluida**, el que deberá afrontar la reforma sectorial.

Modernización a marcha forzada en el IPSS, una reforma subsectorial

El sector salud ha vivido este quinquenio 1990-95 una reforma subsectorial, la del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Esta ha transitado de una situación precaria y caótica a una institucionalización y productividad creciente. Las críticas existentes al proceso del IPSS señalan flancos débiles del proceso del Seguro Social, pero lo que es innegable es que estamos cualitativamente en otro punto de partida hoy.

El proceso del IPSS ha comprendido estos años diversos cambios: a) modificación del régimen laboral, combinando una mayor exigencia de trabajo con una política de incentivos; b) fuerte énfasis en la productividad como entidad prestadora; c) promoción de la contratación de servicios a terceros en diferentes áreas (PAAD, servicios no personales); d) asunción de políticas de descentralización de servicios (policlínicos móviles, hospitales de campaña); e) implementación de un ambicioso programa de inversiones, tanto para infraestructura como para reequipamiento en tecnología de punta; f) trabajo sistemático de su imagen institucional. Las **ideas-fuerza de la gestión Castañeda Lossio** han venido siendo las de **manejo gerencial e institución con sentido empresarial** y con ellas ha implementado una modernización del Seguro Social.

Esta modernización tardía ha sido, sin embargo, autoritaria y fordista-taylorista.

Los documentos del IPSS hablan de calidad pero ello no marca la línea de fuerza real. De ahí la administración productivista en que se basa y su esquema de conducción centrado más en la cohesión de la nueva tecnoburocracia que en el arrastre o hegemonía sobre el conjunto. **Más que fundación de una nueva cultura institucional hay un nuevo régimen administrativo y de gobierno**, lo que puede hacer débil su continuidad. El IPSS eleva así a marchas forzadas su competitividad, ahora en una situación de demanda cautiva pero para su posterior inclusión en el mercado de seguros de salud.

Esta reforma subsectorial del Seguro Social y la especialización del IPSS como seguro de salud luego de la creación de las AFP en julio de 1993 plantea a la reforma sectorial una situación paradójica a afrontar: hay una bicefalía en el sector. El IPSS es prácticamente un ministerio paralelo, incluso mejor dotado en muchos aspectos. Durante décadas el MINSA ha intentado resolver esta situación con diversas fórmulas: coordinación, integración funcional, etc. En realidad el MINSA intentó recuperar su rol rector por la vía de una reforma organizativa del sector. Hoy la correlación de fuerzas es peor pues justo el subsector que se reclama debe ser reintegrado bajo la rectoría del MINSA está por delante de él en términos de reforma. Con lo cual salta a la vista que la tarea pendiente de reconstrucción del sector salud no es un problema principalmente orgánico o institucional: la reforma no se resolverá en un organigrama del «sistema» o en un decreto de integración. El MINSA sólo podrá avanzar en conquistar legitimidad y autoridad política en el sector si comienza por resolver prácticamente los problemas pendientes en el sector y en el Ministerio.

Reconstitución del sector gran privado: los seguros privados

Los seguros privados se han desarrollado en los últimos años, inaugurando un nuevo modelo de atención médica para las capas medias y acomodadas del país.

Según las cifras disponibles, los seguros privados tuvieron una primera etapa de relativo crecimiento a lo largo del gobierno 1985-90, por la disposición oficial que hacía obligatoria la contratación de seguros privados por parte de las empresas públicas, pero luego de 1990, una vez derogada esta disposición, disminuyeron sus afiliados en un 40% hasta 1992 (19). Cifras correspondientes a 1994 muestran que los seguros privados sólo cubren al 1.3% de la población, el IPSS al 20.2% y un 75.8% no tiene cobertura de seguro en salud (20). Los seguros privados no serían hasta el momento, por tanto, un factor importante en la atención de la demanda existente.

Los seguros privados, sin embargo, anuncian las características centrales del nuevo modelo privado de los 90. Antes de 1985 el subsector gran privado en salud estaba constituido por clínicas que por lo general eran propiedad de médicos asociados. Hoy es creciente la diferenciación entre las entidades financieras y las prestadoras en salud en el subsector gran privado. El modelo operativo de las empresas grandes y medianas de salud ya no es la gran clínica propia, como en los años 60 y 70: les basta ser el nexo financiero-administrativo de una red de servicios. Hay portanto una reconstitución del subsector gran privado.

Esta reconstitución abarca la expansión de los Planes de Salud por parte de las clínicas, sin intermediación de los seguros; la apuesta de un fuerte sector de las empresas de salud a los centros de ayuda diagnóstica; la apelación creciente a una tecnología de punta; y la aparición cada vez mayor de diferentes formas de seguros (tarjetas, por riesgos, asociadas, etc.). Son trabas para el despegue de este subsector las altas tarifas en clínicas para los no asegurados, la imposibilidad de acceso a los sectores populares con sus características actuales y, en el fondo, el débil mercado en salud existente en el Perú.

Emergencia del nuevo sector privado sin fines de lucro

Ha habido una expansión de la coopera-

ción técnica y financiera en salud y la emergencia de un nuevo modelo privado sin fines de lucro. Está desarrollándose una red de promoción y atención en salud por parte de las ONGs, las iglesias, los centros de salud comunitarios y formas de autogestión popular de servicios locales.

Un estudio realizado a fines de los 80 identificó 159 ONGs con proyectos de salud, del total de 700 ONGs existentes entonces, la mayoría en el ámbito urbano, con un financiamiento global de 7.5 u 8 millones de dólares anuales y alrededor de 2.000 personas ocupadas (21). Una investigación posterior realizada en 1994 identificó un total de 897 ONGs de las cuales 194 tenían que ver con salud (22). Si bien no estamos ante un efector central, de todos modos se ha abierto un nuevo subsector en el sector salud. En términos de reforma las ONGs podrían aportar, más que servicios propios, tecnología organizacional.

Parte de la expansión de la cooperación externa en salud es también la reciente concreción del financiamiento del BID, AID y BM para salud en el Perú, cuyo efecto en el sistema sanitario peruano viene teniendo ya repercusiones importantes pero cuyo despliegue no se dió en la etapa crítica 1988-1992 sino en la posterior, 1993-95, como parte de la recuperación financiera del sector (23).

Cambio en los procesos de trabajo médico: expansión de la pequeña y mediana empresa en salud

La retracción parcial del estado como efector gratuito ha modificado la oferta médica en el país y en particular el peso previamente existente entre los consultorios, clínicas y hospitales en el mercado de trabajo.

El fin del ciclo de expansión del empleo público en el Perú ha producido una brecha creciente entre el número de médicos recién egresados de las Facultades de Medicina, cuyo número se acerca a los 1.100 nuevos médicos por año (24), y las escasas nuevas plazas del estado para médicos. El papel del estado como empleador médico viene disminuyendo. Hay así, a la vez, expansión profesional y retracción del empleo médico. Como resultado, las nuevas generaciones de médi-

cos estarían abriendo otros espacios de ejercicio de la profesión diferentes al gran hospital o centro de salud estatal por lo general de menor dimensión, basados muchas veces en la asociación micro-empresarial.

En realidad no existen sino estudios indirectos sobre la práctica médica en consultorios privados. Como afirma John Fiedler, los estudios sobre el mercado privado en salud se restringen a sus elementos organizados: clínicas, centros multi-médicos e industria de seguros (25). **No hay aún estudios sobre el segmento no organizado del mercado en salud**, esto es sobre la práctica médica individual. Es probable que este subsector privado mediano y pequeño, pese a la crisis y probablemente a causa de ella, esté en expansión aún y cuando ello no sea síntoma de bonanza de la corporación médica sino de crisis del trabajo médico. Cifras de ENNIV 1991 mostraron que el 27% de los encuestados sobre lugar de consulta en las últimas cuatro semanas había asistido a clínicas y consultorios privados (26). Pero no hay mayor diferenciación en estos datos.

Es probable, entonces, que estemos viendo el paso de la hegemonía clara de los sistemas de atención masiva (MINSAs e IPSS) de los 60-70 a un sistema mixto, con expansión en su base de consultorios de médicos generales y especialistas, en todas sus formas y variantes. Y de alguna manera, por tanto, el tránsito o combinación mayor del modelo mega-operativo con el de pequeñas unidades multirrelacionadas, lo que significa una revolución de las relaciones laborales de los profesionales de salud del Perú, con mayor razón si conlleva el paso del sueldo por tiempo de trabajo al pago a destajo, por consulta desarrollada, diagnóstico o acto médico en general, según la modalidad de «services».

Dualización de la atención médica: automedicación y medicina tradicional

La expansión de la pobreza crítica habría originado un aumento de la automedicación y

de la medicina tradicional, consolidándose el segmento de población marginal al sistema sanitario formal (que ya se calculaba a fines de la década pasada en un 25% de la población) y convertido a capas medias pauperizadas en un importante segmento usuario de la red hospitalaria, a diferencia de años atrás. Se vendría dando, así, un cambio en la segmentación de la demanda sanitaria, cuya característica central sería la dualización de la medicina en el país. Veamos varios casos de esta polarización de la atención médica.

a. Una investigación sobre el mercado farmacéutico entre 1987 y 1992 encontró que la crisis económica había producido una grave racionalización del consumo de medicamentos. El consumo de fármacos había disminuido en ese lapso en 46,5% y el gasto per cápita en medicamentos había caído de U\$S 20 en 1987 a U\$S 10 en 1991 y 1992 (27).

b. Una investigación realizada en diciembre de 1987 en barrios marginales de Lima, en una muestra representativa de dichos estratos de bajos ingresos y fuerte peso de migrantes andinos, encontró que el 25% de dicha población tenía una actitud en contra de la medicina moderna, en particular de los fármacos, y una **disposición favorable hacia la medicina tradicional del orden del 57%**. Si bien dicho trabajo constató que la población pobre de Lima no ve a ambas medicinas como medicinas alternativas, combinándolas para el cuidado de su salud, constató sin embargo que había una relativa mayor aceptación de la medicina tradicional que la medicina moderna (28). Nuestra impresión es que esta tendencia se ha reforzado en los últimos años.

c. Los estudios sobre medicina tradicional en el Perú tienen muy pocas cifras sobre el peso de las prácticas médico-populares. Las estadísticas corrientes, nos parece, subestiman la automedicación y medicina tradicional. Según ENNSA 1984 y ENNIV 1991 y 1994 la **consulta en farmacias** siempre estuvo alrededor del 10% del total en los últimos años: 12.1% en 1984, 9.8% en 1991 y 11.2% en 1994. El **curanderismo** en Lima Metropolitana

según estas fuentes atendía en 1994 alrededor el 2% de la consulta. Pero Lima no es el Perú: somos un país multicultural. En 1972 el 11.12% de la población peruana era quechua-hablante monolingüe y el 1.27% aymara-hablante monolingüe. Casi el 14%, entonces, no hablaba castellano. En términos de sistema de salud esta franja poblacional definitivamente tiene patrones sanitarios diferentes a los occidentales. Sin contar al 26% de población bilingüe existente en el Perú, que habla quechua y castellano y aymara y castellano. Sin contar a la población de la costa norte, conocida por la fuerte expansión del curanderismo en ella, o a la población selvática, con fuertes acervos culturales propios.

d. Un estudio reciente sobre utilización de los servicios de la red estatal en el distrito de Chorrillos de Lima descubrió la existencia de una **brecha asistencial** entre la patología prevalente constatada en la comunidad y el tipo de patologías de los enfermos que acuden a los establecimientos de la red. La explicación dada por los entrevistados enfermos para no asistir a los establecimientos fue la presumible falta de gravedad de sus enfermedades. Sin embargo, de entre los entrevistados con problemas de salud y que no habían acudido a servicios de 1er. y 2do. nivel un 59% había tenido problemas de salud graves. Lo que quiere decir que **podría haber casi un 60% de los enfermos circulando sin atención médica**. Se descubrió, además, que los establecimientos de la red estatal sólo recibían al 25% del total de potenciales pacientes; otro 25% adicional era atendido por otros servicios médicos públicos y privados y casi un 50% no recibía atención o la recibía de personal no profesional (29).

LAS OPCIONES: VARIANTES DE REFORMAS Y ESTRATEGIAS

La reforma sanitaria y la cuestión del mercado en salud en el Perú

La reforma sanitaria en el Perú afronta dos temas-eje que le exigen creatividad: 1) la

cuestión del mercado en salud; 2) la cuestión de la nueva cultura, institucionalidad y gobernabilidad en salud. Aquí no es posible sino dejar señalados algunos aspectos del primer tema, verdadera prueba de fuego para todos los proyectos de reforma.

Según el modelo analítico de Jorge Katz y Alberto Muñoz el sector el sector salud visto como un todo *debe estudiarse como si se tratara de un vasto sistema de vasos comunicantes en el que, en ausencia de un conjunto de normas claramente establecidas y respetadas por los distintos agentes participantes, la puja distributiva y el conflicto de intereses se traslada perpetuamente de un mercado al otro, realimentándose una situación de inestabilidad y conflicto* (30). En realidad **el tramado del sector salud está tejido por el encuentro y desplazamiento periódico entre segmentos socio-sanitarios de la demanda y tipos de oferta de atención**.

Las reformas sanitarias silenciosas son pujas espontáneas y subrepticias por los segmentos de demanda en base a iniciativas de los subsectores de la oferta (tarifas en los hospitales del MINSA, mayor productividad en el IPSS, etc.), que promueven desplazamientos en la demanda, como hemos visto. **Una propuesta de reforma sanitaria explícita no es sino un planteamiento de articulación de determinados segmentos demandantes con determinados proveedores de servicios**. La calidad de todo planteamiento de reforma reside en su mayor o menor acercamiento a un **punto de encuentro óptimo** entre la demanda (en el fondo entre las necesidades en salud) y la oferta de atención. La demanda en esta concepción de la economía política de la salud no es sólo la demanda solvente sino también la no solvente. Todos los segmentos socio-sanitarios requieren un tipo de atención. El punto óptimo no es un dato fijo o ahistórico: cada sociedad tiene una valoración de lo socialmente aceptable en salud o en cualquier otra área, por tanto de la desigualdad permisible y de la articulación posible, con los recursos disponibles, entre la equidad distributiva y la eficiencia

en la asignación de recursos.

La discusión, entonces, sobre la reforma sanitaria en relación al mercado y la regulación abandona su carácter doctrinario si se atiende a los datos sobre **el mercado realmente existente en salud en cada país**, a los segmentos socio-sanitarios concretos operantes, cuyo bienestar al final de cuentas es el objetivo del sistema de atención. La anterior gran reforma sanitaria de los años 60 y 70, basada en las concepciones del Estado Benefactor, buscaba el punto óptimo desde la oferta misma, extendiendo la cobertura estatal y supervisando la racionalización de los servicios (para su no superposición) vía la planificación. Hoy ha quedado demostrado que **el sistema necesita exponerse a la demanda como una condición de su eficiencia**. Pero la fórmula concreta de esta reconversión es más compleja que el principio mismo pues en la mayoría de países la reforma no devuelve la responsabilidad al mercado sino organiza el funcionamiento mismo del mercado en salud. Es el caso peruano.

Cada reforma sanitaria establece un patrón de articulación oferta/demanda de servicios, mediado por su modelo de financiamiento y legitimado por la nueva cultura sanitaria que promueve. Se establece así un Patrón Sanitario. En el Perú desde los años 60-70 surgió un patrón sanitario: las capas medias se constituyeron en la clientela de las escasas clínicas y sobre todo de los consultorios, mientras los pobres se dirigían a los hospitales gratuitos del ministerio y la población laboral al Seguro Social. La crisis desarticuló este patrón, como hemos visto, y surgieron presiones cruzadas sobre la demanda, que empezó sucesivas migraciones. El reto entonces de la nueva reforma es establecer un nuevo patrón sanitario, que es mucho más que un planteamiento simplemente económico pues, como hemos visto, responde a los valores y principios dominantes de cada época. El Modelo de Organización y financiamiento de los Servicios de Salud que proponga deberá ser superior y no inferior o equivalente al «modelo» actual.

Los planteamientos de reforma reseña-

dos son sin embargo más distantes del punto óptimo que la espontánea situación actual. Todos desplazan coercitivamente un segmento de demanda para desproteger a otros. **Resuelven «su» problema subsectorial en detrimento del sector y de la población**. Eso los hace **no sólo técnicamente defectuosos sino políticamente inviables**. Generan más problemas que los que resuelven. Subvierten los rangos de desigualdad socialmente aceptables. Este es el aspecto político-institucional de la cuestión del mercado que el economista suele no ver.

Y es que el Perú, país pluri-cultural, de una economía fragmentada y escasa institucionalización, no es comprensible bajo esquemas de sociedades homogéneas. Para el empirismo el Perú sería el escenario perfecto de la atomización; para el funcionalismo una absurda totalidad disfuncional; para el materialismo economicista, una formación social sin reproducción social. El Perú es simplemente una sociedad heterogénea. Lo intuyeron los estadistas de los 60-70 cuando en una sabia decisión en medio de la polémica de los años 1975-77 defendieron la pluralidad de los servicios de salud ante el intento del ala extrema de formar un Sistema Unico de Salud y lo volvieron a ratificar los liberales de los 90 cuando paralizaron el ya promulgado y ultramontano D.L. 718 a la espera de una mejor solución.

Condiciones y Lineamientos para una Reforma Verosímil y Viable

Desde nuestro punto de vista un Proyecto de Reforma Sanitaria en el Perú debiera integrar centralmente los siguientes elementos (31):

- a) Problemática de salud a resolver;
- b) Visión-objetivo del sector y/o subsector;
- c) Nuevo discurso sanitario y cultura institucional;
- d) Nuevo modelo de organización y financiamiento de la atención de la salud;
- e) Reforma administrativa-institucional;
- f) Balance y reforma político-institucional;
- g) Estrategia de implementación y valida-

ción.

Los 7 elementos están concatenados. Si la clave se define en la reforma del financiamiento y de los servicios no se debe empezar el diseño por la reforma administrativa-institucional, por ejemplo. Si la concepción de reforma es la de una reforma-acto, ella supone una estrategia basada en un fuerte respaldo gubernamental y en una opción de confrontación temprana. Si la reforma administrativa va a afectar intereses primarios, deberá fundarse en una nueva cultura institucional para no ser un cambio superficial y reversible. Si el modelo de organización y financiamiento va en un sentido, el discurso sanitario le deberá corresponder. Lo que no cabe plantearse es un modelo de reforma-acto con una estrategia-proceso. O viceversa. O un discurso sanitario de la década de los 70 con un modelo de atención privatizante. No es lo mismo por tanto el Proyecto de Reforma que el Modelo de Reforma, que es parte del primero. El Proyecto articula lo deseable, lo factible y lo viable: no sólo el «hacia dónde» sino «por dónde» (32).

Lamentablemente la mayoría de planteamientos de reforma se restringen a los aspectos económicos o administrativos de la reforma, con lo cual se convierten en modelos de un nuevo «deber ser» normativo. Al no integrar las variables tiempo, intereses, valores o conflictos plantean la reforma sanitaria como acto, esto es como un nuevo esquema a «implantar». Al final no son planteos ni factibles ni viables.

El decisor político, por su propio posicionamiento, si concibe la reforma como proceso político-institucional es porque sabe que detrás de los esquemas de reforma se están postulando nuevos bloques sociales y políticos en la dirección del sector, nuevos valores e ideas-fuerza, niveles inéditos de autoridad y legitimidad. Es mejor saberlo desde el inicio. La reforma como proceso político-institucional implica una opción conciente de alianzas y conflictos, pues ella abre paso a una nueva forma de interpretar y organizar el interés común en salud y por tanto a una

reubicación del estado y los actores sociales en el mapa de intereses presentes en el sector.

Aquí deseamos plantear algunos elementos y lineamientos para una Reforma Sanitaria deseable, factible y viable en el Perú, con el propósito de relevar los problemas que desde por lo menos tres años vienen involucrando a cada vez más profesionales de salud, sin obviamente pretender resolver ni postular un modelo o proyecto de Reforma Sanitaria, que no es objetivo del presente informe:

a. La reforma actúa sobre el sistema de atención pero como medio para mejorar la situación de salud. El gran problema metodológico para el diseño de la reforma sanitaria es cómo **articular realmente y no formalmente el Análisis Epidemiológico con el Modelo de atención, financiamiento y gestión**. Por lo general ambos niveles se superponen y el «marco situacional» deviene en un artificio argumental. Si los nuevos estudios sobre los perfiles epidemiológicos actuales enfatizan la existencia de una Acumulación Epidemiológica en el país, forma nacional de la Transición Epidemiológica, la pista a seguir podría estar por el lado de la reorientación programática de las actividades del sector, a nivel nacional, regional y según la demanda de cada subsector, lo que implica una modificación de todos los demás aspectos involucrados en la gestión de los servicios de salud.

b. **La reforma importa Bases Doctrinarias**. De hecho la nueva visión-objetivo, discurso sanitario y cultura institucional implican un cambio o re-priorización de valores y principios. No basta por eso con la repetición consabida de los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficacia o eficiencia. Hoy **está en discusión la posibilidad de articulación de la equidad con la eficiencia**. La línea de fuerza de la etapa del Estado Benefactor iba por el lado de la redistribución y de la equidad. Hoy la línea de fuerza es la asignación eficiente de los recursos, en lo que Giovanni Berlinguer ha caracterizado como una etapa de «medicina de la escasez». De hecho no son valores disyuntivos pero el reto de integrarlos va más

allá de una declaración una vez más formal.

c. Si la Salud Pública latinoamericana está en una etapa que podríamos denominar, usando la terminología de Kuhn, de investigación extraordinaria o creación de nuevos paradigmas es porque hay **agotamiento de los anteriores Discursos Sanitarios y embrionaria emergencia de nuevos**. El agotamiento por tanto de los polos doctrinarios de los años 60-70 e incluso los 80, en que polemizaban las concepciones estatistas normativas con los discursos de la Medicina Comunitaria, la Atención Primaria y la Medicina Social. Los profesionales de salud peruanos no son inmunes a este proceso y el hecho de que no se canalice este debate de la comunidad científica internacional lo único que genera es mayor desorientación. Así la medicina y la Salud Pública vienen siendo impactadas por la nuevas políticas de salud propiciadas por los organismos internacionales, en particular por el Banco Mundial; por el nuevo discurso de la calidad total proveniente de la administración moderna; por los énfasis propios de la nueva economía de la salud; por el desarrollo de diferentes escuelas de planificación estratégica; por los avances en epistemología, sociología de las profesiones, epidemiología y recursos humanos, entre muchos otros campos actualmente en renovación. ¿Cuáles de estas nuevas ideas y enfoques podrían ser claves para el desarrollo de un nuevo Discurso Sanitario y Cultura Institucional motivadoras de una nueva ética de trabajo y servicio? En nuestra opinión dos: **los avances sobre Calidad en Salud y sobre Planificación Estratégica**.

d. Vivimos el tránsito necesario a la **fórmula de financiamiento a través de la demanda como principio organizador del nuevo modelo de atención y financiamiento**, principio general que deberá seguramente integrar subordinadamente programas subsidiados bien direccionados. Ello implica necesariamente **la separación en todos los subsectores entre la prestación y el financiamiento**. Hemos asistido al fracaso de las estrategias de financiamiento de la salud

vía la oferta, que ni direccionaban bien el subsidio ni promovían la calificación del proveedor. Este paso a la fórmula de financiamiento a través de la demanda puede viabilizarse, como se sabe, de tres maneras: a través del sistema de capitación, o vía pago por servicios prestados por los proveedores, o mediante un sistema de bonos a la población. Si bien son necesarios estudios de factibilidad sobre la posibilidad técnica de uno u otro modelo, en términos de una transición factible y viable sería posible marchar ya a un sistema de pago por servicios prestados en los principales subsectores del sector como una etapa hacia un esquema definitivo posterior a precisar, que podría ser el de pago por capitación a cabezas de redes de proveedores o modelos más complejos. Cabe sin embargo hacer unas precisiones puntuales sobre las implicancias del principio de financiamiento vía la demanda:

* En realidad el principio de financiamiento vía la demanda alude no sólo a una estrategia para una articulación más eficiente y eficaz de la oferta con la demanda expresada sino - aplicada a nuestra realidad- sobre todo con las necesidades de salud, pues promueve una reforma organizacional y financiera para ampliar y cualificar la atención.

* El nuevo principio responde también a la **necesidad de exponer total o parcialmente al mercado a los efectores públicos de servicios**, construyendo subsistemas de competencia administrada del tipo de los modelos teorizados por Alain Enthoven, que son el tránsito a proveedores más eficientes y eficaces. Un régimen de este tipo en subsectores como el MINSA o IPSS implicaría la **autonomización de los hospitales y redes de establecimientos** respecto de los niveles centrales (existen diversas fórmulas jurídicas para ello) y la **inmediata construcción de «nichos» institucionales de las nuevas funciones** en los niveles centrales, en particular las de financiamiento y superintendencia.

* El nuevo modelo de pago a las entidades prestadoras públicas o privadas según los servicios prestados implicaría, además: a) es-

tudios de costos en unidades territoriales y/o establecimientos que serían las **experiencias-piloto** del proceso; b) la estipulación de un **Tarifario Referencial** en dichas unidades; c) el establecimiento de un **nuevo modelo de gestión** de los establecimientos de salud reconvertidos al **nuevo régimen público** de derecho privado, que estipule sus jerarquías, procedimientos y control; d) la transformación del MINSA e IPSS, en la primera etapa de la transición, en administradoras de fondos y supervisoras de servicios; e) la vigencia inmediata de un **sistema de acreditación** de entidades prestadoras. Implicaría en el caso del MINSA el cambio en la modalidad presupuestal tradicional y la delegación por el MEF de ciertas funciones hoy centralizadas en él hacia el Nivel Central ministerial.

e. La reforma sanitaria deberá **afrentar la existencia de una amplia franja poblacional fuera del mercado sanitario**. En realidad, tal como vimos, más allá de la polémica teórica sobre las bondades o no del mecanismo de mercado para regular el campo de la salud, el hecho concreto es que el Perú es un país andino y pobre, con un mercado sanitario muy deprimido que además no cubre a toda la población. El 25% no tiene acceso a los servicios de salud, hay una presencia relativamente importante de la medicina andina o tradicional, hay una enorme franja de «necesidades de salud» que no se constituye en «demanda sanitaria» en razón de la pobreza crítica y una gran desigualdad en la pirámide de ingresos que se expresa en estilos muy diferentes de atención sanitaria incluso dentro del terreno de la medicina formal. La reforma sanitaria deberá aquí tomar nota de esta heterogeneidad nacional y **buscar creativamente una combinación óptima de lo público y lo privado**. Esto supone que la Reforma Sanitaria peruana es una ocasión también para la ratificación de la protección del desvalido con el financiamiento público de su atención. Y que los proveedores públicos deberán seguramente llegar a los niveles poblacionales y áreas territoriales que no serían del interés del sector privado, que no

son pocos en el Perú. Al final **una realidad heterogénea exige una reforma sanitaria diferenciada en modelos con énfasis diferentes** según las realidades a afrontar. La focalización de un paquete básico en salud y el subsidio vía la demanda para la atención de sectores indigentes podrían y deben hacer parte de una política como la reseñada.

f. La reforma sanitaria peruana es una propuesta de construcción del sector salud e incluso de restablecimiento de un verdadero sistema nacional de salud, pero dentro de una conceptualización diferente a la de los años 60-70. El planteamiento de un patrón sanitario basado en la correspondencia óptima entre tipos de oferta y segmentos de demanda, incluyendo en el esquema una modalidad de financiamiento y prestación para el segmento indigente y/o sin acceso a los servicios, disuelve la falsa dicotomía sistema/mercado. O se piensa organicistamente el sistema de salud o se imagina idealmente un mercado con la posibilidad de generar eficiencia en base a la competitividad donde hay todas las formas de transición entre la economía de subsistencia y la economía de mercado y todas sus segmentaciones imaginables. El ordenamiento de los subsectores no surgirá de un dispositivo sino más bien de su flexibilidad y especialización para atender tramos o segmentos socio-sanitarios. Ello supone obviamente el dimensionamiento del volumen de oferta de cada subsector y de la demanda posible de cada segmento socio-sanitario.

g. **Las estrategias de descentralización y participación social en salud**, por tanto de regionalización de los servicios (una definitiva, ahora sí), de integración territorial de los programas, de construcción de sistemas locales de salud y desarrollo, de articulación de redes de servicios en un nuevo enfoque, son completamente integrables al esquema general de la reforma, sobre todo en la Sierra y cordones urbano-marginales de las ciudades de todo el país. Así van completándose **las ideas-fuerza del Discurso Sanitario articulador de la reforma**, que recupera lo

mejor del planteamiento de atención primaria (descentralización y participación) y los integra con los nuevos enfoques de calidad en salud, planificación estratégica y financiamiento vía la demanda.

h. La reforma administrativa-institucional desprende sus características del marco anterior y de las peculiaridades de la situación político-institucional del sector, antes descrita. De hecho el sector y sobre todo el Ministerio de Salud vienen de sufrir un proceso de desinstitucionalización e informalización en los 80. La reforma no se puede reducir así al nuevo modelo de atención y financiamiento. La situación heredada es de desregulación casi total, grave desorientación programática, retroceso de la cultura institucional, desprofesionalización del cuadro de personal y distorsión de las líneas de carrera. En estas circunstancias la reforma administrativa-institucional deberá seguramente tomar en cuenta la necesidad de varias políticas en este terreno, entre ellas:

1) Política de reconversión del MINSA en ente de gobierno, su especialización central, lo que supone el fortalecimiento de la Alta Dirección para el nuevo concepto de gobierno en salud, el rediseño y ampliación de sus órganos de apoyo (Planificación, Comunicación, etc.), la construcción de un Sistema de Toma de Decisiones en Salud y la implementación de los proyectos de soporte alimentadores de la función de gobierno.

2) Política de reconversión del sector y conducción de la transición, lo que supone una legislación de implementación progresiva de la reforma sectorial, una actividad de monitoreo del proceso, de respuesta a los nuevos problemas y desarrollo concreto de la visión-objetivo original.

3) Política de institucionalización de un nuevo régimen de gobierno ministerial en el sector, que vía los nuevos órganos de coordinación realmente coordine y oriente la marcha general del sector, construyendo consenso y autoridad en salud.

4) Política de restitución de la regulación en el sector salud, con el cambio y restablecimiento de la normatividad y vigencia de la supervisión ministerial

y control de actividades y programas.

5) Política de profesionalización y restablecimiento de la línea de carrera en el sector y en el MINSA, con un escalafón preciso, el funcionamiento real de la recategorización, y una normatización nueva para los cargos de confianza y directores generales.

6) Nueva política de recursos humanos motivadora y calificadora del personal, con el establecimiento de un régimen salarial de tiempo completo, vigencia de un nuevo régimen laboral basado en el estímulo de la productividad, la capacitación masiva y modernización de los enfoques e instrumentos en todos los ámbitos de acción y la integración de recursos humanos para la transferencia de tecnología y la formación conciente de tecnoburocracia.

7) Política de construcción de todos los proyectos-soporte en coherencia con los principios y lineamientos del nuevo modelo, lo que supone una diferenciación de los que se trasladarán a otros niveles y los que se especializarán en el nivel central.

8) Rediseño de las relaciones intersectoriales conforme a las etapas de la transición, que probablemente comprenda una primera etapa de reconversiones sub-sectoriales para un posterior ensamble en el nuevo esquema y flujograma sectorial.

9) Formulación de un esquema de relaciones interinstitucionales eficiente, en que la Alta Dirección especialice hasta donde sea posible esta función (¿Un Viceministro Interinstitucional?) de tal forma que no se contraponga con la gerencia del sector. Se debe establecer una relación clara y funcional con el Ejecutivo y el Parlamento pues son paradójicamente fuentes de la inestabilidad ministerial: los Ministros ocupan buena parte de su agenda en sus relaciones inestables e impredecibles con la Presidencia, Consejo de Ministros y Comisiones del Congreso, de las que suelen vivir pendientes.

OPCIONES DE ESTRATEGIA PARA LA REFORMA

Una estrategia de reforma en condicio-

nes de un país «normal» implicaría seguramente un cronograma clásico de tres fases: 1) diseño del Modelo; 2) construcción del consenso; y 3) validación del Modelo. En las condiciones del Perú este esquema es inviable.

Aquí los diferentes tipos de reforma configuran diferentes tipos de escenarios posibles. **Conociendo la geografía político-institucional del sector es posible hacer un análisis prospectivo de impactos posibles en cada caso:** identificar los obstáculos, facilitadores, oponentes y aliados. Así como hacer un cierto cálculo interactivo de actores que nos permita definir la estrategia general y la combinación de juegos estratégicos de neutralización, confrontación y/o cooperación, e incluso prever cierta secuencialidad política.

No es del caso aquí hacer un planteo de estrategia cuando el tipo de reforma aún no está definido sino apuntar algunos elementos de estrategia de la reforma ineludibles en cualquier situación.

Se desprende del análisis hecho del período 1980-95 que la reforma sanitaria no podrá surgir inicialmente como fruto de un **Pacto Social en Salud** si bien deberá convocarse como una invitación a dicho Pacto. La reforma no es necesariamente un proyecto a contracorriente de los actores sociales del sector, pero actualmente no tiene una correlación mayoritaria en el sector. El punto de partida de la planificación de la reforma es éste: el plan de la reforma no es una propuesta construida por alguna fuerza social en salud. Los proyectos de reforma existentes en el sector no provienen de alguna de sus fuerzas sociales centrales, por la hegemonía del corporativismo o primacía de los intereses particulares.

La reforma, en tanto reinstauración del interés general, genera incertidumbre y por tanto desconfianza. La indefinición sobre el tipo de reforma sanitaria que se implementará propicia además la opción por el mal menor, el status quo. **La reforma sanitaria deberá**

ser muy pedagógica para demostrar su carácter inclusivo y no excluyente. Aunque sea un desempate de las múltiples neutralizaciones que atraviesan y paralizan el sector, al trascender las disputas de los mini-liderazgos y llevar los conflictos menudos al terreno de las grandes políticas de estado. **La Reforma deberá abrirle paso a la Reforma, construirse su propia viabilidad.**

Los protagonistas y aliados naturales de la reforma son los núcleos activos que vienen originando reformas focalizadas. Son los gestores de la recomposición parcial actual. La reforma sanitaria deberá apoyar y apoyarse en los elementos de reactivación actual. **El blanco principal de la reforma es el facilismo corporativo y el curso a reorientar es la tendencia espontánea actual al ascenso con desgobierno.** Un nuevo bloque de fuerzas sociales y actores sanitarios debe constituirse en reemplazo del bloque de mutuo consentimiento propiciado por el populismo en crisis. La alianza de la Alta Dirección con la nueva tecnoburocracia en formación, los funcionarios activos de las Oficinas Generales, regiones y subregiones de salud y los profesionales y trabajadores dispuestos al cambio, puede y debe desencadenar el proceso, que finalmente deberá integrar a todos los actores del sector.

Por último, el nivel de respaldo gubernamental será decisivo en la definición de la reforma. Aquí podrían darse **tres escenarios posibles:** 1) una reforma sanitaria del Ejecutivo y en particular del MEF, a un alto costo social y político; 2) pleno respaldo gubernamental a una nueva política de salud y proyecto de reforma sanitaria propuestos por el MINSA; 3) débil respaldo gubernamental a una transformación del sector salud, como hasta ahora. En cualquiera de los dos últimos escenarios el MINSA llevaría la conducción del proceso. En ambos casos, en nuestra opinión, la reforma deberá iniciarse subsectorialmente en el MINSA, como una estrategia de restablecimiento práctico del rol rector del Ministerio.

NOTAS Y REFERENCIAS

(1) Las características de cada una de estas etapas están resumidas en el Anexo N° 1: Evolución de la atención de la salud en el siglo XX.

(2) **Ministerio de Salud: Hacia un Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud (Objetivos, Políticas, Metas)**, Lima, enero de 1991.

(3) Armando BECERRA: **La salud en el Perú: una etapa crítica, 1979-1984**, Lima, 1988. MINSA, Oficina Sectorial de Planificación: Recursos Humanos en Salud, Período 1970-1985. LIP, César; Juan ARROYO, Oswaldo LAZO, Carmen MARIN y otros: **Elementos para el análisis del sector salud**, OPS-IDMA, Lima, 1992.

(4) JOHNSON, J., **Anamnesis y diagnosos de la función reguladora, organización y funcionamiento del MINSA**, Lima, Programa de Fortalecimiento de los Servicios del MINSA, mayo 1995.

(5) Los entrevistados ratificaron la existencia de este mecanismo remunerativo en la década de los 80.

(6) Esta es una de las conclusiones del **Informe para USAID/Perú, Proyecto 2000: Análisis Institucional del Ministerio de Salud, Evaluación de los Sistemas Administrativos**, diciembre de 1993.

(7) Samuel HUNTINGTON: **El orden político en las sociedades en cambio**, editorial Paidós, Buenos Aires, 1990.

(8) Susana BELMARTINO y Carlos BLOCH: **El sector salud en Argentina. Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos. 1960-1985**. OPS, Publicación N° 40, 1994.

(9) César LIP, Oswaldo LAZO y Pedro BRITO: **El trabajo médico en el Perú**, OPS-Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 1990.

(10) Para una explicación en detalle de estos conceptos consultar a Juan José BARRENECHEA, Emiro TRUJILLO y Adolfo CHORNY: **Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud, Salud para todos en el año 2000**, Editorial Universidad de Antioquía, 1ª edición, junio de 1990.

(11) Jorge KATZ y Alberto MUÑOZ: **Organización del sector salud: puja distributiva y equidad**, CEPAL, Buenos Aires, 1988.

(12) Julio FRENK: **La nueva Salud Pública**, en OPS, **La crisis de la Salud Pública, Reflexiones para el debate**, publicación científica N° 540, Washington, 1992.

(13) Ver sobre esta tendencia histórica a la escasa generación de recursos propios en el sector

salud: HABICH, Midori de: **Financiamiento del cuidado de la salud**. En LIP, César; Juan ARROYO, Oswaldo LAZO, Carmen MARIN y otros: **Elementos para el análisis del sector salud**, OPS-IDMA, Lima, 1992, pp. 84-129.

(14) PAREDES, Víctor: **Nuestra Gestión: Participación con Concertación. Período nov. 1991-agosto 1993**, p. 19-21.

(15) HABICH, Midori de: **Financiamiento del cuidado de la salud**. En LIP, César; Juan ARROYO, Oswaldo LAZO, Carmen MARIN y otros: *ibid*, pp. 84-129.

(16) Margarita PETRERA: **Efectos de la crisis económica en los servicios de salud materno infantil y en su población, Perú 1985-90**. OPS, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Washington, octubre, 1992.

(17) Según la Encuesta de Niveles de Vida de 1991 (Cuanto 94) el 48.3% de la población declara una espera superior a las 4 horas en los servicios de salud.

(18) SUAREZ-BERENGUELA: **Financing the Health Sector in Peru. Living standard measurement study**. Working paper N° 28, 1988.

(19) Ver FIEDLER, J., **The organized private health care market of Peru, 1980-1993**. Informe a la Misión AID-Peru, 1993.

(20) ENNIV 1994.

(21) Ver al respecto: MENDOZA, Iván: **La política de promoción de la salud de las ONGD peruanas (1976-1989)**. En **Salud Popular** N° 12, Lima, dic. 1990, pp. 74-90. Del mismo autor: **Organizaciones no gubernamentales de desarrollo y salud en el Perú: enfoques, experiencias y perspectivas para los '90**. Informe de Consultoría. OPS, Lima, febrero 1992, 51 p.

(22) Jorge NORIEGA DAVILA y Miguel SARAVIA LOPEZ DE CASTILLA: **Perú: Las organizaciones no gubernamentales**, Lima, Desco, 1994.

(23) Augusto MELONI NAVARRO: **Salud: Hacia un Desarrollo con Equidad. Los programas y proyectos del Ministerio de Salud**, en **Módulo de Sensibilización, Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud**, Documentos de Trabajo, 1995.

(24) Según cifras de la Asamblea Nacional de Rectores las Facultades de Medicina del país titularon en diez años (1981-1990) a 10.776 nuevos médicos. (ANR: Departamento de Informática y Documentación, datos no publicados, Lima, 1991).

(25) John FIEDLER: **The organized private**

health care market of Peru, 1980-1993. Office of Health, Population and Nutrition, USAID/Peru, 1993.

(26) ENNIV 1991, en Cuanto 1993, cap. VI.

(27) Ver sobre esta disminución del consumo de medicamentos a AMARO, César y otros: *Evolución del mercado farmacéutico, Perú 1987-1992*. En *Medicamentos y Salud Popular*, N° 23, agosto de 1993, pp. 8-26.

(28) Ver de Walter ALARCON: *Actitudes hacia la medicina tradicional y moderna en las áreas marginales de Lima*. Escuela Nacional de Salud Pública, Lima, 1987, 24 p.

(29) MINSA: Dirección Subregional Lima-Sur. Convenio MINSA-OPS-Coop. Italiana. Análisis de

los establecimientos de salud en el distrito de Chorrillos: utilización y accesibilidad. Proyecto SMALP-Chorrillos. Lima, agosto 1992.

(30) Jorge KATZ y Alberto MUÑOZ, *ibid.*, p. 20.

(31) El proyecto es más amplio que el modelo de la reforma, articulando el modelo la estrategia o vía y la viabilidad del actor social o correlación de fuerzas. En este sentido hemos ampliado el diseño clásico del equipo dirigido por Julio Frenk mexicano. FUMSALUD, 1994: *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final*, México D. F.

(32) Juan José BARRENECHEA, Emiro TRUJILLO y Adolfo CHORNY: *ibid.*, p. 77.