

## **Efecto de las políticas de salud en el sistema de salud peruano durante la segunda mitad del siglo XX.**

Daniel Gilbert Fernández Obregón.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública –FSP. São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9986-8689>

### **Resumen**

El sistema de salud peruano ha sufrido variaciones tanto en la organización como en el alcance de su cobertura durante el siglo XX, producto de las políticas de salud impulsadas por los gobiernos de turno, quienes tuvieron perspectivas condicionadas según el contexto económico y social. La necesidad de estudiar las políticas de salud se fundamenta en la existencia de un sistema de salud peruano fragmentado a lo largo del siglo XX, en el cual se realizaron propuestas que buscaban ampliar la cobertura de salud para la mayoría de la población. Este trabajo procura analizar las razones por las cuales se dejaron de lado estas ideas y en qué medida esta ausencia de políticas de salud tuvo un efecto en el desarrollo del sistema de salud peruano.

El objetivo de este trabajo fue analizar los efectos de las políticas de salud en el desarrollo del sistema de salud peruano durante la segunda mitad del siglo XX, así como el desarrollo de las políticas de salud y el sistema de salud peruano durante la segunda mitad del siglo XX. Para ello se realizó una Revisión Sistemática de artículos y publicaciones que analizaron las políticas de salud llevadas a cabo en el sistema de salud peruano. Se definieron ítems clave derivados de descriptores catalogados formalmente a través de la plataforma Descriptores en Ciencias de la Salud (<http://decs.bvs.org/>), que continuó con la búsqueda en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) (<http://bvsalud.org/>). A partir del análisis de la búsqueda y la aplicación del flujograma PRISMA se seleccionaron 22 artículos, quienes fueron incluidos en la revisión, siendo

analizados y sintetizados en base a dos grupos de categorías analíticas 1) la evolución de políticas públicas peruanas en materia de salud y 2) los efectos de las políticas de salud en el sistema de salud peruano.

**Palabras-claves:** Política de Salud, Sistemas de Salud, Salud Pública, Perú

**Keywords:** Health Policy, Health Systems, Public Health, Peru.

## **Introducción**

El sistema de salud peruano, a través de sus gobiernos de turno, ha sufrido variaciones tanto en la organización del ente rector como en el alcance de la cobertura a la población durante el siglo XX. Esto deviene de los avances científicos y tecnológicos desarrollados desde las primeras décadas, así como también por la asimilación de políticas públicas de países hegemónicos, lo cual creaba una dependencia tanto en el aspecto estructural como en las medidas sanitarias para hacer frente a las enfermedades que afectaban a los habitantes (1, 2).

En este contexto, los regímenes autoritarios asumieron la presidencia ante la necesidad de superar etapas de crisis en materia social y económica, ante el descrédito de aquellos elegidos de manera democrática. Así, se puede citar el periodo militar desarrollado en la década de 1930, como respuesta a la crisis económica mundial de 1929 y a la efervescencia social ante el surgimiento de organizaciones políticas de masas; lo que obligó a los poderes fácticos a tomar la disponibilidad de la fuerza militar para reinstaurar el orden sin miramientos, a la vez de promover medidas asistencialistas que amortigüen los efectos de la coyuntura internacional (3)

Durante ese lapso, se buscó modernizar el sistema sanitario a partir de misiones extranjeras que eran financiadas por capitales internacionales, con el objeto de mantener una masa laboral habilitada para generar materias primas destinadas a la exportación, asimilándola dentro de su circuito de vigilancia para mantener su producción. Así, en el gobierno del General Oscar R. Benavides (1933-1939) se recibió préstamos por parte del gobierno norteamericano, así como su asistencia técnica en

salud pública, a través de la Fundación Rockefeller, con quien se estableció convenios para organizar campañas contra enfermedades transmisibles, como la malaria y la fiebre amarilla, así como proponer nuevos modelos de servicios de salud (4).

Asimismo, bajo su tutelaje, se crearon el Ministerio de Salud la Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, en 1935, y al año siguiente la Caja Nacional del Seguro Social, que cubría gastos de enfermedad, maternidad, invalidez y vejez; todo ello dentro de un marco asistencialista, que procurada cubrir las necesidades de los sectores urbanos con la construcción de obras de infraestructura como barrios obreros y restaurantes populares (5).

En los años cuarenta, la influencia de la Segunda Guerra Mundial empujó a un ánimo de reivindicación de la democracia, a la cual se había vuelto con la asunción de Manuel Prado y Ugarteche, en cuyo gobierno se continuaron con la modernización tutelada de la organización sanitaria, conformándose el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en 1942, así como la construcción de nuevos establecimientos hospitalarios. Con su sucesor, José Luis Bustamante y Rivero, se procuró a establecer propuestas dirigidas a reconocer los derechos laborales, continuando con brindar acceso a la educación y a la salud públicas, así como otras destinadas a redistribuir la riqueza nacional a través de la regulación de precios e importaciones por parte del Estado. Sin embargo, la acentuación de la crisis económica, las pugnas entre los grupos parlamentarios y el levantamiento de movimientos sindicales llevó a un escenario político cada vez más polarizado (3, 6). Al respecto, se ha referido que la política de salud impulsada durante la primera mitad del siglo fue bajo un modelo asistencialista, el cual fue usado también por los gobiernos autoritarios como una herramienta política que buscó construir una relación directa entre el gobierno y la población (5).

## **La política peruana y la salud durante la segunda mitad del Siglo XX**

En el Perú la segunda mitad del siglo XX se inicia con el golpe militar de 1948, que marcó la asunción del general Manuel A. Odría, siendo resultado de la crisis política que no permitía resolver las demandas sociales debido a las divergencias entre los poderes del Estado a cargo de los civiles y a los partidos políticos a quienes representaban, los cuales cursaban con una agenda propia que se anteponía al consenso (3).

Durante su mandato, se mantuvo un perfil tutelado del desarrollo del ente rector, donde se favoreció en desarrollar una política sanitaria focalizada en los grupos laborales urbanos y urbano marginales, y con la construcción de costosas obras públicas, incluyendo la de hospitales centrales de gran envergadura, la cual se fortaleció con la creación del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, y la Central de Asistencia Social, ambos en 1951. Como efecto directo de la política social, las organizaciones de salud pública y del seguro social aumentaron en número y en su alcance presupuestario, esto aunado a la creación del Seguro Social del Empleado, en 1948, a la cual alcanzaron también estos resultados (6).

Sobre el particular, se ha referido que la política de salud impulsada durante el gobierno de Manuel A. Odría continuó con el modelo asistencialista desarrollado durante el Militarismo de los años treinta, tomándola también como una herramienta destinada a captar apoyo electoral, haciendo uso del clientelaje para este propósito, y enmarcada en un discurso populista al momento de difundir beneficios concretos a la población en materia de salud, a diferencia de los alcances sociales que ocurría en este sector a nivel de otros países latinoamericanos (5).

Estas medidas asistencialistas continuaron durante el segundo gobierno de Manuel Prado, las cuales ya requerían reformas de acuerdo a la coyuntura social y económica, aspecto que fue ofrecido en el primer gobierno de Fernando Belaunde, pero que no contó con el apoyo de los grupos de poder económicos de entonces para atender esos requerimientos. Bajo este marco, y en función a otras demandas

sociales no atendidas y ante la posibilidad de una movilización social incontrolable, es donde el régimen castrense nuevamente se hace presente, el cual aplica los postulados reformistas propuestos por el centro de Altos Estudios Militares (CAEM), bajo un enfoque desarrollista y de cambio de modelo que se integran a la "doctrina de seguridad nacional" bajo la cual se desarrollaron las instituciones militares en ese entonces, con la certeza de que el Estado vuelva a tener un papel protagónico para resolver las demandas de la población (7).

Estas limitantes se manifestaron en la situación del sistema de salud peruano, que se había orientado a crear servicios asistenciales, especialmente hospitalarios, sin haberse previsto el financiamiento respectivo. Estos medios se habían concentrado en el área urbana de las ciudades principales, al igual que los servicios privados, donde el resto del país estaba prácticamente desamparado, y sus niveles de eficacia, eficiencia y equidad estaban lejos de ser satisfactorios (8,9). En ese contexto, se impone el autodenominado Gobierno Revolucionario de las FF.AA., dirigida por Juan Velasco Alvarado en su primera fase (1968-1975), quien adopta una nueva concepción del rol del Estado y la implantación de un modelo de crecimiento basado en la socialización de la propiedad de los medios de producción, manteniendo la política económica existente, proponiendo reformas estructurales para construir una democracia social de participación plena (3).

Durante este lapso, se identificaron problemas sanitarios producto del abandono del Estado ante las necesidades de la población, razón por la cual se propusieron alternativas destinados a ampliar su cobertura, las cuales fueron expuestas en documentos claves como el Plan Inca, así como se crearon entidades y sistemas descentralizados destinados a mejorar la disponibilidad de recursos y su distribución a nivel nacional, así como integrar aspectos preventivos que complementaban las actividades brindadas por los servicios de salud en ese contexto (8).

Al respecto, se señala que, durante la primera fase del gobierno de las FF.AA., se efectuaron importantes cambios normativos y organizativos, a pesar de la disminución del gasto público en salud. Estos cambios promovieron a establecer el derecho a la salud y la responsabilidad del estado en su realización, los cuales se vieron manifestados en la aprobación del Código Sanitario y la Ley Orgánica de Salud, en 1969, que confería a ésta como un derecho irrenunciable. Asimismo, se formalizó la incorporación de los hospitales de las Beneficencias al Ministerio de Salud, la integración de la seguridad social con la creación del Seguro Social del Perú y se empezó a recoger las experiencias de la atención comunitaria a nivel rural y de los pueblos jóvenes (9). El desarrollo de los aspectos normativos favoreció a que se formularan propuestas que apuntaban a la reforma del sistema sanitario a partir de la conformación de un sistema integral de salud. En este punto, se convocó a profesionales y salubristas que elaboraran el marco legal correspondiente, cuya comisión vino realizando actividades en momentos en que se realizó el cambio de mando a nivel del gobierno (10).

Durante el gobierno del general Francisco Morales Bermúdez (1975-1980) se decide dar continuidad a la gestión del sector salud, lo cual favorece en el desarrollo de las propuestas normativas, entre las cuales se destacan las relacionadas a la reconformación del sistema nacional sanitario. Cabe señalar que este proceso fue acompañado con la adhesión a los lineamientos enunciados por entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Declaración Alma Ata, que promovía aspectos esenciales como la Atención Primaria de Salud (11). Sin embargo, las deficiencias en el manejo económico, agravado con la crisis financiera internacional, afectó a diversos sectores, como el de salud, lo cual se vio reflejado en el reinicio de movilizaciones sindicales y de los colegios profesionales los cuales, junto con las resistencias burocráticas y las pugnas internas en el fuero militar, limitaron los alcances propositivos en materia de salud, razón por la cual persistió la fragmentación del sistema sanitario (12).

Con el retorno del sistema democrático, a partir de 1980, se reorganizó la rectoría del sector, a partir del cual se establecieron propuestas destinadas a implementar las recomendaciones hechas de manera previa. Sin embargo, esta implementación fue limitada por la convulsión social imperante durante esa década y por la crisis económica que condujo a una situación hiperinflacionaria que no fue capaz de ser contenida durante los periodos de Fernando Belaunde y Alan García (3).

Los lineamientos sanitarios se dedicaron a impulsar el alcance a nivel de las poblaciones menos favorecidas, siendo condicionadas por el alcance financiero a nivel de sus programas de salud, así como la desarticulación del sistema de salud, a partir del cual se propusieron medidas destinadas a integrar sus principales entidades (Ministerio de Salud e Instituto Peruano de Seguridad Social) con la finalidad de complementar los servicios sanitarios existentes (14).

La llegada de la década de 1990 convino con la aplicación de las propuestas económicas establecidas en los lineamientos del Consenso de Washington de 1989. Así, durante el gobierno de Alberto Fujimori se implementaron reformas económicas destinadas a la liberalización del mercado y la participación en favor de las grandes empresas, afectando al desarrollo y la expansión de los servicios de salud debido a la cada vez menor intervención del Estado en la toma de decisiones para mejorar su cobertura a nivel de la población. Todo eso partiendo de la promoción de la inversión privada a nivel del sector y también en la reducción y racionalización de la estructura de la administración pública. (3, 14)

Terminado su primer mandato, se efectuaron otro conjunto de reformas destinadas al sector, a partir del cual se reestructuraron los organismos sanitarios como la seguridad social y el sistema nacional de pensiones, ambas dependientes de la administración pública, la cual se vio reducida en su intervención a la al favorecer la creación de empresas privadas dedicadas a la provisión de seguros particulares reduciendo el margen de manejo administrativo por parte del Estado (14).

Estas situaciones se agudizaron hacia finales de la década de 1990 debido a los estragos económicos de las primeras reformas. Se buscó contener a través de políticas sociales que buscaran reducir el nivel de pobreza buscar o reducir el nivel de pobreza encontrado a inicios de la década de 1990 y que se establecieron a través de políticas sectoriales y políticas de compensación estas últimas volviendo al carácter asistencialista que se vino desarrollando durante las primeras décadas de la segunda mitad del siglo XX (3, 14)

De esta forma, a partir del panorama expuesto, se hace necesario efectuar el análisis de las políticas de salud propuestas durante el periodo estudiado, su evolución correspondiente y los efectos de las políticas de salud en el sistema de salud. Por tanto, se propone realizar la revisión de artículos y publicaciones que analicen las políticas de salud realizadas dentro del sistema de salud peruano, así como los aportes y críticas que realizan en relación al contexto en el que se desarrollaron estas propuestas y los resultados que generaron con la población objetivo de estas políticas.

## **Metodología**

### **Objetivo y pregunta de la revisión**

El objetivo de este trabajo fue analizar los efectos de las políticas de salud en el desarrollo del sistema de salud peruano durante la segunda mitad del siglo XX, así como el desarrollo de las políticas de salud y el sistema de salud peruano durante la segunda mitad del siglo 20. A partir de ello, se formuló la siguiente pregunta de investigación "¿Cuál fue el efecto de las políticas de salud en el desarrollo del sistema de salud peruano durante la segunda mitad del siglo XX?"



## **Fuentes de datos y estrategia de búsqueda**

Para ello se realizó una Revisión Sistemática de artículos y publicaciones que analizaron las políticas de salud llevadas a cabo en el sistema de salud peruano, así como los aportes y críticas realizadas en relación al contexto en el que se desarrollaron dichas propuestas, a nivel de su organización y funciones, y los resultados obtenidos en el sistema de salud, objeto de estas políticas. Se eligió este método porque nos permitió comprender un campo y/o concepto de forma estructurada, brindando un enfoque amplio que permite una comprensión completa del fenómeno analizado.

## **Identificación de las palabras clave**

Se definieron ítems clave derivados de descriptores catalogados formalmente a través de la plataforma Descriptores en Ciencias de la Salud (<http://decs.bvs.org/>), que continuó con la búsqueda en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) (<http://bvsalud.org/>), elegida por integrar diferentes bases de datos bibliográficos de información en salud, que contribuyen a la propuesta investigación. En particular, la pregunta de investigación permitió identificar los polos orientadores para la búsqueda de descriptores en cada una de las bases de datos seleccionadas. A partir de tres ítems claves: Políticas Públicas de Salud, en el polo del fenómeno; Sistemas de salud, en el polo de población y Perú en el polo de contexto.

## **Búsqueda exploratoria del material en la literatura**

La búsqueda se realizó a través de pruebas exploratorias con los descriptores para verificar su uso por parte de la comunidad científica, evaluando primero cada descriptor individualmente y luego combinando todos los descriptores del ítem clave con todos los demás descriptores de los demás ítems clave utilizando el operador booleano ' Y '. Para la búsqueda de cada descriptor se utilizaron algunos términos por semejanza nominal, y semejanza de idea principal que traducen la pregunta de

investigación. Después de la fase de prueba de los descriptores, la sintaxis de búsqueda fue construida de forma amplia, sistematizada y reproducible, en un principio, para cada polo. Dentro de un mismo polo, se utilizó el operador booleano 'OR' entre los descriptores para unirlos en una sola sintaxis para el polo. Con las tres sintaxis definidas (una para cada polo) se combinaron las sintaxis de los diferentes polos, como el uso del operador booleano 'AND' para restringir los resultados y contemplar los polos población, fenómeno y contexto determinado por la pregunta de investigación en una sola sintaxis final, que se veía así: mh:("Política de salud" O "Política pública" O "Salud pública" O "Planificación de salud" O "Planes y programas de salud" O "Administración de servicios de salud" " O "Cuidado de la salud Reforma")) Y (mh:("Sistemas de Salud" O "Servicios de Salud" O "Cuidado de la Salud" O "Establecimientos de Salud")) Y ("Perú"). Con la sintaxis final, se identificaron 225 estudios.

<b>Base/portal de datos</b>	<b>Sintaxis</b>	<b>Publicaciones</b>
BVS	mh:("Política de Saúde" OR "Política Pública" OR "Saúde Pública" OR "Planejamento em Saúde" OR "Planos e Programas de Saúde" OR "Administração de Serviços de Saúde" OR "Reforma dos Serviços de Saúde")) AND (mh:("Sistemas de Saúde" OR "Serviços de Saúde" OR "Atenção à Saúde" OR "Instalações de Saúde")) AND ("Peru")	225

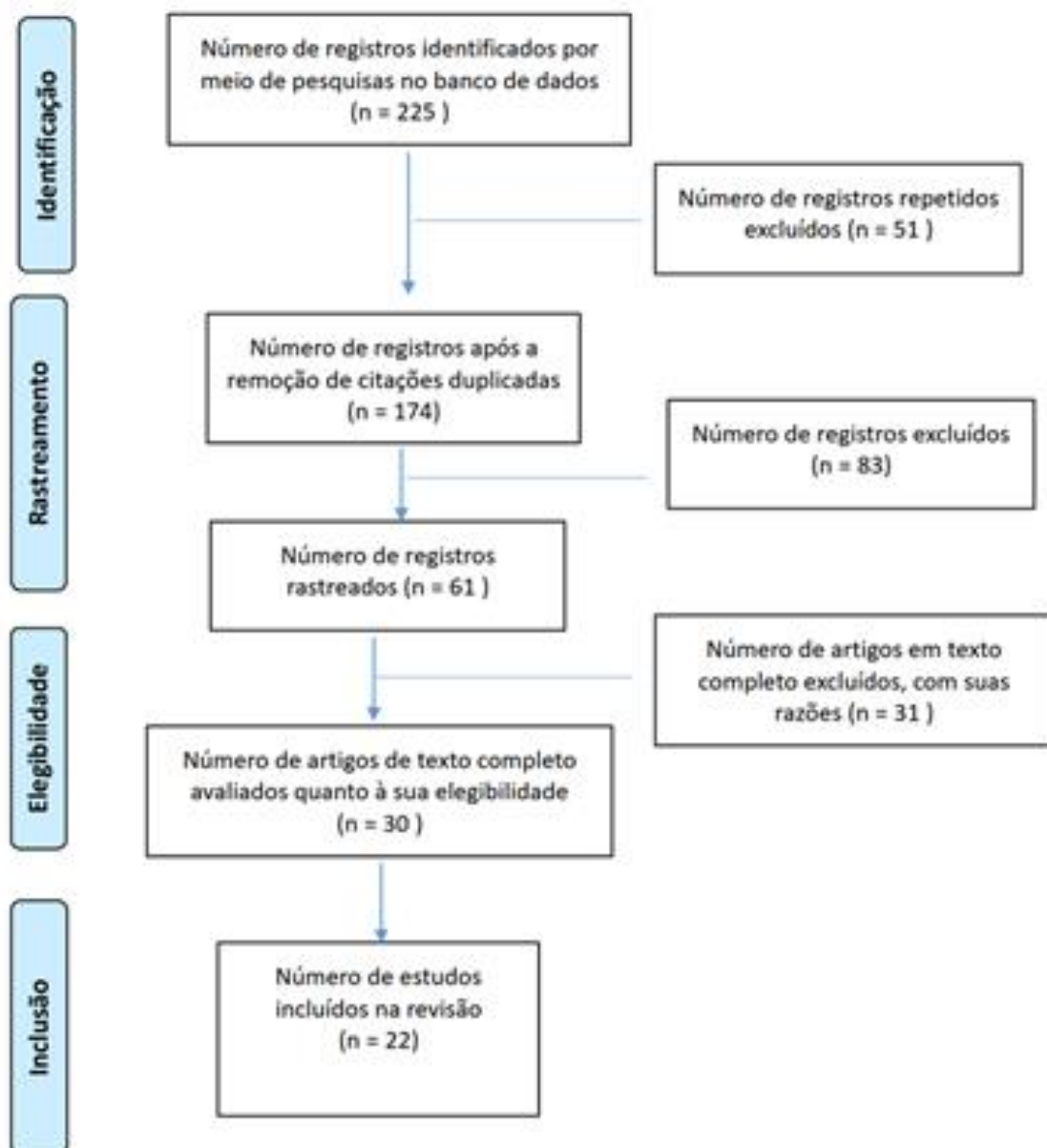
### **Lectura sistematizada de los títulos y resúmenes de las publicaciones**

Para el siguiente análisis se utilizó el Flujograma PRISMA. En el primer paso del diagrama de flujo, se excluyeron 51 títulos duplicados y se pasó a la fase de seguimiento. Luego de la lectura del título y resumen, se excluyeron 83 títulos que no correspondían al problema del trabajo de investigación. De los artículos restantes, 31 fueron excluidos luego de una revisión exhaustiva del texto, por contener otros

aspectos complementarios del problema de estudio. En la fase de elegibilidad quedaron 30 artículos para evaluación de texto completo. Después de la lectura completa, otros 8 artículos fueron excluidos por no estar relacionados con el objeto de investigación. Como resultado, se incluyeron 22 publicaciones para integrar el proceso de revisión.

Todos los pasos que se presentan a continuación se pueden encontrar en el diagrama de flujo PRISMA, como se muestra en la Figura 1.

**Figura N° 1**



## **Resultados**

Los 22 artículos científicos incluidos en esta revisión, según el flujograma presentado en la Figura 1, fueron leídos en forma completa y se extrajo la siguiente información: autor(es) y título de publicación, método(s) de estudio, y dos categorías de análisis: 1) la evolución de políticas públicas peruanas en materia de salud y 2) los efectos de las políticas de salud en el sistema de salud peruano. En la Tabla 1 se presenta la síntesis de tales contenidos, permitiendo analizar y comprender los efectos de las políticas sanitarias dentro del sistema de salud peruano.

**Tabla 1.** Síntesis de los artículos incluidos según autor y título, método de estudio y categorías de análisis.

<b>N</b>	<b>Autor y año</b>	<b>Título</b>	<b>Método de estudio</b>	<b>Evolución de políticas públicas peruanas en materia de salud</b>	<b>Efectos de las políticas de salud en el sistema de salud peruano</b>
1	Abreu Jasso, Gustavo	Proyecto de salud pública del Callao, Perú	Estudio descriptivo	Describe la adopción y asimilación de políticas públicas norteamericanas dentro del contexto de las Unidades Sanitarias del sistema de salud peruano	Describe los resultados aplicados en los programas de salud aprobados por el ministerio, así como el reforzamiento de recursos humanos a partir de la contribución externa
2	Ministerio de Salud de Perú Pública y Asistencial	Actividades de unidades de salud en el Perú. (1961-1967)	Estudio descriptivo	No analiza la evolución de políticas públicas peruanas en materia de salud	Describe los resultados aplicados en los programas de salud aprobados por el ministerio, así como en las disponibilidad de servicios de salud a nivel departamental
3	Ministerio de Salud de Perú	Situación de salud del Perú: Exposición del Mayor General F.A.P. Oscar Dávila Zumaeta, Ministro de Salud en el CAEM.	Estudio analítico	Enfatiza las limitaciones de las políticas sanitarias con relación al acceso a los servicios de salud debido a la falta de integralidad del sistema de salud y su financiamiento correspondiente	Propone la implementación de un sistema sanitario integral, que responda a las necesidades de la población, garantizando el derecho a la salud, establecido en el Código Sanitario de 1969
4	Bustíos Romani, Carlos	Atención médica y su contexto, Perú 1963-1983	Estudio analítico	Describe las políticas públicas propuestas durante el periodo mencionado, analizando su alcance en relación al contexto político, económico y social en donde se desarrollaron los gobiernos elegidos democráticamente (periodo demo-liberal) como aquellos de corte autoritario surgidos ante los periodos de crisis política (gobierno de las Fuerzas Armadas)	Evalúa los alcances y limitaciones en materia de organización del sistema de salud peruano, en relación a la reorganización institucional, así como su alcance a partir de proposiciones normativas que procuraron su integración, así como la ampliación de su cobertura de acuerdo a la disponibilidad de recursos y su financiamiento
5	Tejada de Rivero, David	Situación de salud.	Estudio analítico	Resalta las problemáticas coyunturales en el aspecto social y económico que afectan la implementación de las políticas sanitarias a nivel del sector	Considera la necesidad de reforzar el sistema sanitario a partir del trabajo intersectorial y la descentralización, al reconocer las limitaciones políticas y económicas para la resolución de la problemática de salud
6	Ministerio de Salud	Hacia un sistema nacional regionalizado e integrado de salud (objetivos, políticas, metas): gestión gubernamental 1990-1995.	Estudio analítico	Propone políticas sanitarias basadas en reafirmar su integralidad y universalidad, además de formular su descentralización y regionalización, priorizando el ámbito local y la disponibilidad de sus recursos, además de promover el desarrollo científico y tecnológico y reorientando su organización institucional	Efectúa el análisis de las limitaciones del sistema de salud en la década anterior, identificando la problemática relacionada con la marginalidad, dependencia, inequidad, centralismo y multiplicidad de instituciones, las cuales condicionan la capacidad resolutoria de los servicios de salud
7	Mesa-Lago, Carmelo	Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe	Estudio analítico	Analiza el contexto de la aplicación de las políticas de salud en cuanto a las condiciones económicas y sociales presentes en la década de 1980, en su	Señala las características del sistema de salud correspondientes a su alcance a nivel del ámbito urbano y rural, de la cobertura y provisión de servicios por parte del

				capacidad administrativas en relación a su aseguramiento y financiamiento	Estado, su aseguramiento y las iniciativas realizadas por entidades no gubernamentales
8	Arroyo Laguna, Juan	Del desamparo social semifeudal al desamparo social moderno: políticas sociales y de salud en el Perú en el siglo XX.	Estudio analítico	Realiza una revisión de la aplicación de políticas públicas en materia de salud a partir del enfoque asistencialista impulsado a inicios del siglo XX, hasta su propuesta basada en fomentar una perspectiva individualista a nivel del sector	Analiza las limitaciones estructurales para la reformulación y recomposición del sistema sanitario y sus componentes, apartir de las carencias en la provisión y capacitación de recursos y de la formación de una visión integradora en el sector salud
9	Ministerio de Salud	Zonas de desarrollo integral de la salud: un nuevo enfoque en la atención integral de la salud	Estudio analítico	Describe las políticas sanitarias realizadas desde inicios de la década de 1990, enfocadas desde el aspecto preventivo promocional, así como en el financiamientos de sus servicios y la ampliación de sus programas sanitarios	Propone la materialización de la delegación de responsabilidades a nivel regional para el aprovechamiento de recursos y la capacidad de sus servicios, a partir de su articulación descentralizada, conformando diferentes niveles de atención y adoptándose a la realidad de cada ámbito
10	Medina Saldaña, Marcial; Ramos Espino, Víctor; Aguilar Aguilar, Jaime; Rodríguez Sánchez, Elena M.; Alarcón Ramírez, Heyne	Organización y funcionamiento de los sistemas de salud de Perú y Chile.	Estudio analítico	Efectúa un análisis de las reformas impulsadas por las políticas sanitarias en la conformación del sistema de salud peruano, y sus posibilidades de integración con otros sistemas a partir de su alcance a nivel de las regiones fronterizas	Destaca la característica de un sistema de salud fragmentado, sostenido en el grado de aseguramiento de sus habitantes, el cual condiciona sus acceso a los servicios sanitarios
11	Sánchez Moreno Ramos, Francisco	La salud en el Perú. Primera y segunda parte.	Estudio analítico	Se describe la evolución de las políticas de salud propuestas, caracterizadas por la discontinuidad y precariedad en sus implementaciones, las cuales hacen latente las problemáticas sanitarias	Señala las limitaciones en el desarrollo del sistema de salud, el cual se muestra ineficiente ante las demandas de la población y a la reducción progresiva del Estado para garantizar sus servicios
12	Fiedler, J L	The privatization of health care in three Latin American social security systems	Estudio analítico	Destaca la adopción de políticas públicas destinadas a la incorporación del sector privado dentro de la provisión de servicios de salud	Indica que los alcances de los servicios privados dependen de su conformación, capacidad resolutive y provisión según la demanda, así como su influencia en el mercado sanitario.
13	Francke, Pedro	¿Cómo hacer para que la salud pública llegue a los pobres?	Estudio analítico	Enfatiza las limitaciones de las políticas públicas aplicadas durante la década de 1990, cuya liberalización afectó a la provisión de recursos y al acceso de servicios a las poblaciones más vulnerables	Señala las consecuencias de la aplicación de la política neoliberal en el sector, en relación a su acceso y calidad, la restricción en su financiamiento, la intervención del sector privado y la provisión de recursos
14	Bustíos Romani, Carlos; Sifuentes Valverde, Elías	Perú: la salud pública durante la república demoliberal: primera parte: 1933 - 1968	Reseña histórica	Elabora una descripción de las políticas sanitarias aplicadas en el sector, a partir de las recomendaciones efectuadas por organismos internacionales y la adopción de estrategias dentro de sus lineamientos, así como el fomento de un perfil asistencialista dentro de sus servicios	Señala la conformación de las principales instituciones sanitarias, y de su evolución de acuerdo a los lineamientos propuestos por cada gobierno, así como el desarrollo de sus servicios, predominantemente urbanos, y de los programas de salud aplicados dentro de la población, de acuerdo a sus limitantes.

15	Ministerio de Salud de Perú	El desafío del cambio del milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud 1995-2000	Estudio analítico	Establece los lineamientos de las políticas sanitarias a partir del nuevo marco normativo regido por la Constitución de 1993, aplicando el liberalismo económico en la toma de decisiones y la prédica de una modernización postergada por gobiernos anteriores	Señala los avances en relación al establecimiento de iniciativas subsectoriales como la reorientación institucional, la austeridad financiera y la participación del sector privado. Sostiene la necesidad de fomentar un sistema sanitario con eficiencia, calidad y equidad, a partir de estrategias de competitividad en la provisión de servicios de salud.
16	Bustíos Romani, Carlos	Perú: la salud pública durante la República Demoliberal: segunda parte 1968-1985	Reseña Histórica	Señala la evolución de las políticas sanitarias a partir de la reorganización del sector, fortalecida con el cambio de perspectiva destinado a integrar a las poblaciones más vulnerables, desarrollando el enfoque preventivo promocional para la incorporación de la comunidad desde los niveles básicos	Señala los avances en la ampliación de la cobertura de servicios de salud en las zonas de menor acceso, así como la provisión de recursos en estos ámbitos, donde el Estado asume un papel preponderante, contextualizado por el entorno social y económico, donde se visualiza la participación ciudadana.
17	Bustíos Romani, Carlos	Perú: la salud pública moderna al final del segundo milenio, primera parte: 1990-1997	Reseña Histórica	Describe los cambios de orientación política establecidos a partir de la adopción del neoliberalismo, incorporándose dentro de la formulación de estrategias sanitarias durante la década de 1990, retomando la prédica asistencialista	Señala los aspectos que reorganizan el sistema sanitario a partir de la lógica neoliberal, fomentando un retraso en los derechos sociales obtenidos y garantizados previos a la constitución de 1993, así como el enfoque modernizador bajo una perspectiva de mercado
18	Filomeno, Luz; Domingues, Constantino; Díaz Urteaga, Pedro; Moscoso, Betsy	La población y la salud pública	Estudio analítico	Se describe la evolución de las políticas públicas en materia de salud, según el entorno social, recogiendo el análisis efectuado por organismos internacionales sobre el tema	Se propone la conformación del sistema nacional de salud a partir de la recomendaciones remitidas, enfatizando su organización según niveles de atención, para la provisión de recursos y servicios correspondientes
19	Arroyo, Juan	Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990-2005	Estudio analítico	Analiza la influencia de la política económica dentro de las políticas sectoriales, como en el caso de la provisión de recursos humanos, cuya dependencia ha estado sujeta desde la década de 1990	Expresa la problemática de la formación de recursos humanos a partir de su precarización laboral, su reorientación basado en una lógica de competitividad y el fomento de mecanismos regulatorios en el sistema económico predominante
20	Alcalde-Rabanal, Jacqueline Elizabeth; Lazo-González, Oswaldo; Nigenda, Gustavo	Sistema de salud de Perú	Estudio analítico	Analiza las políticas públicas que sostiene el actual sistema de, en relación a su función rectora y su implementación de acuerdo a la organización del sector	Analiza los alcances del sistema de salud, a partir de los hitos obtenidos en décadas anteriores, describiendo su evolución y características de su organización, los recursos disponibles, el financiamiento y la participación ciudadana
21	Levino, Antonio; Carvalho, Eduardo Freese de	Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru	Estudio analítico	Efectúa un análisis de las reformas impulsadas por las políticas sanitarias en la conformación del sistema de salud peruano, y sus posibilidades de integración con otros sistemas a partir de su alcance a nivel de las regiones fronterizas	Destaca la característica de un sistema de salud fragmentado, sostenido en el grado de aseguramiento de sus habitantes, el cual condiciona sus acceso a los servicios sanitarios

22	Mendoza-Arana, Pedro Jesús; Rivera-Del Río, Germán; Gutiérrez-Villafuerte, César; Sanabria-Montáñez, César	El proceso de reforma del sector salud en Perú	Estudio analítico	Analiza los alcances de las reformas sanitarias propuestas en las últimas décadas como política de estado, en relación con las recomendaciones brindadas por organismos internacionales sobre el tema en cuestión, así como su implementación por parte de los funcionarios a cargo del Ministerio	Se destaca los alcances en la cobertura de habitantes, con aspectos pendientes en relación a la provisión de servicios y dotación de recursos, así como en la reducción del gasto efectuado por los usuarios
----	---	--	-------------------	--	--



Según los primeros análisis realizados en los 22 artículos que evaluados en este trabajo, todos ellos están relacionados y mencionan al Perú como polo de contexto, donde la mayoría de los artículos relacionan el polo del fenómeno con el polo de la población. El límite que más llamó la atención hasta el momento es el carácter descriptivo de la mayoría de las publicaciones que limita el análisis de las políticas públicas de salud y sus efectos en el sistema de salud peruano. Este hallazgo refuerza la necesidad de profundizar las investigaciones sobre el tema, debido a la importancia de revalorizar los aportes que contribuyeron a mejorar la organización del sistema de salud y ampliar su cobertura, para enfrentar los desafíos que se presentan en períodos críticos como el actual.

## **Discusión**

A partir de lo consignado en los párrafos anteriores, se ha venido generando una concientización dentro del personal sanitario de los sectores urbano marginales y rurales respecto a su labor, la cual debe enfocarse en el fortalecimiento de la relación con la comunidad, a través de la asimilación de las experiencias de la salud colectiva y contrastando con los resultados precarios de la salud pública convencional, consecuencia de los retrocesos ocasionados por la sujeción de las políticas sanitarias al sistema neoliberal, razón por la cual se vienen desarrollándose eventos y estrategias para inculcar otras alternativas para enfrentar los estragos en la presente crisis sanitaria.

Al respecto, se viene haciendo difusión sobre las razones por las cuales nuestro país ha venido ocupando los primeros lugares en mortalidad por la pandemia del COVID-19, debido al abandono del sistema de salud pese a los excedentes generados en los gobiernos de los últimos 30 años, los cuales terminan en manos de grupos de poder y entidades transnacionales, así como por el manejo tradicional de las políticas de salud, cuya prioridad es lo curativo antes que lo preventivo. Esto durante la epidemia

se ha traducido en esperar en los hospitales a los contagiados en lugar de salir a combatir el virus en las comunidades, movilizándolo y dotando de recursos a los centros de salud (15).

En este contexto, se ha impulsado la necesidad de la ciudadanía de organizarse y de hacer presión social frente al Estado a fin de revertir esta situación crítica del sistema de salud peruano, acaecido con la llegada de otras epidemias locales (16, 17). Asimismo, se ha inculcado a la misma sobre los aportes de la experiencia comunitaria en salud, con el fin de organizar y coordinar la atención integral junto con el personal sanitario, el cual se ha propuesto que debe movilizarse en todos los niveles y al mismo tiempo participar colectivamente para un cambio en el sistema de salud, a fin de generar una auténtica atención primaria de salud, exigiendo a su vez el fortalecimiento y potenciación de los centros de salud dentro en el marco de un nuevo sistema de salud que deje de lado lo inculcado mediante el sistema sanitario internacional (18).

En este punto, el reto para la colectividad es asumir el compromiso de organizar la participación y la autodefensa social de sus comunidades, con el objetivo de detener la cadena de contagios y muerte debido al sistema de salud público que requiere un cambio de perspectiva integral, esto a partir de las experiencias de la salud colectiva, y ante un Estado que ha abandonado el derecho de la salud en manos del sector privado que han impuesto sus intereses personales, descritas en el presente trabajo (3, 13, 15)

En este marco, la necesidad de sustentar de salud a la comunidad ha generado que dentro de la misma se propongan, de manera indirecta, mecanismos que no dependan de la mano del Estado, la cual ha sido utilizada, en periodos de bonanza, bajo un esquema paternalista. Esto en relación a la aplicación de fórmulas asistencialistas y de clientelaje con las cuales los gobiernos de turno, sobre todo los autoritarios y coludidos con poderes fácticos, hicieron uso para apaciguar las

demandas populares (3, 5). Dicho esto, lo que debe propugnarse es en revalorar los lazos existentes entre esta la ciudadanía y el sector salud, desde su conformación como tal, generando propuestas que fortalezcan los lineamientos de las políticas sanitarias en favor de las poblaciones más necesitadas.

### **Consideraciones finales**

Las investigaciones han señalado que la salud pública en América Latina se ha desarrollado en medio de situaciones adversas y complejas, pero que logró generar un espacio dentro de los deberes del Estado, contando para ello con una masa laboral de profesionales destinados para su implementación. Asimismo, la formación ciudadana ha generado el reconocimiento de la salud como un derecho, la inscripción de la medicina dentro de su cultura y la materialización de las políticas sociales del Estado en dicho rubro (19).

Las investigaciones han apuntado, para cumplir este propósito, a las movilizaciones sociales, quienes a través del tiempo han cuestionado el rol que desempeñan las corporaciones transnacionales y las instituciones internacionales en el campo sanitario, las cuales dependen de su capacidad de formar alianzas entre ellas mismas, y, junto a otras organizaciones autónomas o formales, para impulsar los cambios en el sistema sanitario convencional. (20).

De la misma manera, esta recomposición de un nuevo sistema de salud debe ir en conjunto con la promoción de estudios que superen la dicotomía impuesta del aspecto cuantitativo y cualitativo de la epidemiología clásica (21). Para este propósito, se deben considerar los aportes de la medicina social en el soporte de la epidemiología, la cual debe ser rescatada en su esencia colectiva para ayudar a comprender cómo los fenómenos sociales, políticos y económicos que ocurren en el desarrollo del sistema mundo comprometen a la salud, a través del impacto de las enfermedades que se manifiestan en la colectividad dentro los estados periféricos.

Por otro lado, existe documentación sobre los esfuerzos desarrollados por trabajadores de salud que intentaron innovaciones fuera de la salud convencional; esto a partir de métodos flexibles y tomando en cuenta el diálogo y la participación comunitaria, la descentralización de los servicios y la educación sanitaria (22). En nuestro entorno, aquella situación precaria se hizo más evidente al no contar ni con el apoyo del gobierno sino tampoco con el de la universidad, esto además de las dificultades en conseguir el crédito político necesario. A pesar de estos obstáculos, quedaron grabados en sus publicaciones y escritos su concepción sobre la salud y su trabajo en la comunidad, aspectos que mantienen una vigencia y promovieron una nueva visión que se replicó en otros países (23, 24, 25).

En este sentido, los esfuerzos de la comunidad deben ir en conjunto con la de los trabajadores de salud para elaborar vías alternas frente al sistema convencional, en periodos críticos como el presente, en las cuales se debe retomar las lecciones aprendidas en la comunidad y las adquiridas a través de la transmisión de enseñanzas en el transcurso del tiempo. De mismo modo, se debe repensar sobre la concepción de la salud lejos de una perspectiva hegemónica, la cual ha sido recogida en los periodos reformistas de nuestra historia. Esto tomando en cuenta que existieron experiencias a nivel de nuestro país en donde se asimilaron estas enseñanzas ancestrales y motivaron la participación comunal, generando innovaciones que quedaron documentadas, las cuales deben ir aunadas con la formación de nuevos movimientos sociales, los cuales serán determinantes para cambiar el actual sistema de salud.

## Referencias bibliográficas

1. Bustíos R., Carlos. (2005). La salud pública, la seguridad social y el Perú demoliberal (1933-1968). Lima: Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica.
2. Bustíos R. Carlos. (2009). Crisis de los Sistemas de Salud y de Seguridad Social en el Perú: 1968-1990. Lima: Fondo Editorial UNMSM.
3. Bustíos, C. (2021). La CPLGS en un contexto contra reformista: 1975-1980. En: La reforma de salud que no fue. Reforma Sanitaria del período 1975-1976. Lima: Colegio Médico del Perú
4. Bustíos, C. y Díaz, P. (2019). Historia de la Escuela de Salud Pública en el Perú (1964-1985). Antecedentes, desarrollo y comentarios. Lima: Ministerio de Salud.
5. Candela, E., Contreras, F. y Lossio, J. (2017). Populismo y Salud Pública durante el Ochenio de Odría (1948-1956). Lima: Acta Herediana Vol. 60, abril - setiembre 2017.
6. Contreras, C y Cueto, M. (2013). Historia del Perú Contemporáneo. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
7. Cueto, Marcos. (1997). El regreso de las epidemias. Salud y Sociedad en el Perú del Siglo XX. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
8. Cueto, Marcos. (2004). El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
9. García, J. C., (1983). Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. Revista Educación médica y salud. Vol. 17. Nro 4. OPS. Washigton.
10. Lazo, O. (2019). A propósito del Proyecto de Reforma de Salud en el Perú: 1975-1977. En: La reforma de salud que no fue. Reforma Sanitaria del período 1975-1976. Lima: Colegio Médico del Perú

11. Martínez, O; Alencastre, M; Vallenas, F y Paulette, L. (1985) La atención primaria de salud en el Perú. Ministerio de Salud. Lima.
12. Mesa-Lago, C. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL. Santiago.
13. Meza Cuadra, A. (1972). Nivel de vida y salud. Ed. Causachun. Lima.
14. Ministerio de Educación. (1974). Plan Inca. En: El Proceso Peruano. Lima: Instituto Nacional de Investigación y Desarrollo de la Educación-INIDE
15. Ministerio de Salud. (1975). Ley Orgánica del Sector Salud. Lima: Oficina de Relaciones Públicas e Informaciones – MINSA
16. Oficina Central de Información. (1977). Plan Túpac Amaru. Lima.
17. Pastor, G. (2014). Perú: políticas monetarias y cambiarias, 1930-1980. En: Compendio de Historia Económica del Perú. Tomo 5: Entre la Gran Depresión y el Reformismo Militar. 1930-1980. Serie: Historia Económica, 22. Lima. Banco Central de Reserva del Perú-Instituto de Estudios Peruanos.
18. Presidencia de la República. (1971). Plan Nacional de Desarrollo para 1971-1975. República Peruana.
19. Quiroz, A. (2013). Historia de la Corrupción en el Perú. Instituto de Estudios Peruanos. Lima
20. Tejada Pardo, D. (2019). Testimonio y reflexión de un miembro de la Comisión del proyecto de la ley General de Salud. En: La reforma de salud que no fue. Reforma Sanitaria del período 1975-1976. Lima: Colegio Médico del Perú
21. Villanueva, V. (1972). El CAEM y la revolución de la Fuerza Armada. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
22. Almeida Filho, N (1992) Epidemiología sin números. Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud.

23. Basile, G. (2020). La Salud como asunto internacional y La salud internacional panamericana. Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud y Soberanía Sanitaria. Módulo 3. CLACSO.
24. Cueto, M. (2015). La "cultura de la sobrevivencia" y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015, p.255-273.
25. Onofre, A. y Santillana, M. (2020) Comités comunitarios ANTI-COVID. Propuesta para su organización y funcionamiento. Lima. Colectivo Asamblea Unitaria Lima Norte.