

PERÚ: MEMORIAS SOBRE EL PROYECTO DE LEY GENERAL DE SALUD 1975-1977 (Primera Parte)

CARLOS BUSTÍOS ROMANÍ

Resumen.- El propósito del autor es el de preservar y rescatar la memoria histórica sobre las intenciones y las realizaciones del trabajo multidisciplinario efectuado por la Comisión del Proyecto de la Ley General de Salud que constituida por el gobierno peruano funcionó entre agosto de 1975 y marzo de 1977 en un contexto de grandes cambios. El trabajo constituyó un hito en el desarrollo de la Salud Pública en nuestro país. Por el propósito y la extensión del relato, presentamos la primera parte que trata sobre los antecedentes y el curso del proceso de trabajo de la Comisión.

Palabras clave: Ley General de Salud, Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas, Salud Pública, Comisión del Proyecto de la Ley General de Salud.

Summary.- The author's purpose is to preserve and recover the historical memory of the intentions and achievements of the multidisciplinary work conducted by the General Health Bill Commission created by the Peruvian Government which lasted from August 1975 and March 1977 during a context of great changes, and represents a milestone in the development of public health in our country. Because the purpose and extent of this narrative, it is presented in two parts. The first part shows the background and the course of work of the Commission. The second part will discuss the proposals of the Commission, as well as the author's comments and reflections from the present and their repercussions in Peru.

Key words: Ley General de Salud, Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas, Salud Pública, Comisión del Proyecto de la Ley General de Salud.

Introducción

Hace 37 años, en agosto de 1975, el autodenominado Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada del Perú (GRFA), presidido ese año por el general (EP) Juan Velasco Alvarado, constituyó formalmente una comisión para que realizara "los estudios necesarios de la situación de salud del país y formular el Proyecto de Ley General de Salud que permita lograr una medicina socialmente orientada y al alcance de toda la población". Para cumplir con este encargo, los miembros de la comisión trabajaron a

dedicación exclusiva durante dieciocho meses para lo cual recibieron el apoyo bibliográfico y documentario de 146 instituciones y empresas estatales y no estatales, así como la colaboración temporal de 350 profesionales de las distintas disciplinas sociales y de salud para la creación, recuperación y análisis de la información pertinente. En febrero de 1977, después de prolongados debates internos y grandes esfuerzos, la comisión cumplió con el encargo recibido y presentó al Consejo de Ministros, presidido en ese año por el general (EP) Francisco Morales Bermúdez, su informe general final que contenía dos propuestas alternativas, una en mayoría y otra en minoría (“posiciones discrepantes sobre aspectos específicos del Modelo”), sobre la estructura y funciones, régimen de propiedad y el financiamiento del nuevo Modelo de sistema de salud a ser formalizado por la Ley General.¹

El relato que haremos sobre el curso del proceso de trabajo de la llamada Comisión del Proyecto de la Ley General de Salud (CPLGS) tiene como propósito el de evitar que se distorsione la memoria histórica sobre las circunstancias que condicionaron el origen, el desarrollo y la culminación de ese trabajo, el cual es considerado un hito en el debate nacional sobre los principios básicos que deben orientar la realización progresiva del derecho humano a la salud. Relato que, debemos advertir, tiene, en gran parte, un carácter testimonial en tanto participé de manera activa en ese proceso.

SALUD EN UN CONTEXTO DE REFORMA SOCIAL: 1968-1975

Contexto latinoamericano conflictivo

En lo económico, al final de la década de 1960 e inicios de la siguiente, en años de mucha inestabilidad tanto interna como externa tomó fuerza en la política económica latinoamericana el llamado *enfoque de la dependencia*. La influencia de este enfoque se manifestó en una política de confrontación con el capital extranjero en el gobierno socialista de Salvador Allende en Chile (1971-1973), una política de negociación activa en el Perú durante el gobierno de Velasco y una política defensiva con el gobierno peronista (1973-1974), así como otras expresiones en la línea de regular la utilización del capital extranjero.²

En lo político, al término de la década de los sesenta, en medio de la *Guerra Fría* en un contexto mundial bipolar, los grupos dominantes en América Latina se sentían amenazados doblemente. Por un lado, la presencia de una Cuba socialista que, hasta esos años, parecía estar resolviendo los problemas del subdesarrollo y, por otro, la posibilidad que el incremento de los movimientos subversivos populares nacionales pudiera poner en peligro el orden social vigente. En esta situación, Estados Unidos apoyó la instauración

¹ Bustíos, Carlos. El Sector Salud en el Perú: 1969-1991.

² Lichtensztejn, Samuel. Pensamiento económico que influyó en el desarrollo latinoamericano en la segunda mitad del siglo veinte.

de regímenes militares de derecha en esta parte de América. El objetivo era prevenir el avance de la influencia soviética en América Latina a partir de la existencia de partidos marxistas locales y los movimientos de guerrilleros apoyados por Cuba.³

En el campo de la salud pública, el Informe Final del Grupo de Estudio, convocado por la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para revisar los avances en la coordinación de los servicios médicos de las Américas fue publicado en el año 1969. La difusión de este informe generó en los distintos países un intenso debate sobre las posibilidades y la pertinencia de los planteamientos del grupo aludido.

El debate se centró en la reforma de la organización de los servicios de salud para lo cual se plantearon como opciones límites, en un extremo, el SERVICIO ÚNICO DE SALUD con una integración orgánica institucional en aras de la universalidad de la cobertura y, en el otro extremo, el SISTEMA NACIONAL DE SALUD con una coordinación funcional interinstitucional que, manteniendo la autonomía de sus componentes, lograría una mayor eficiencia en el uso de los recursos. Una opción intermedia proponía al Sistema Nacional de Salud como una primera etapa de un proceso que culminaría con el Servicio Único de Salud.⁴

El Servicio Único de Salud ya existía en la Cuba socialista de Fidel Castro desde el 1º de agosto de 1961. Años después, el Gobierno socialista de la Unidad Popular de Salvador Allende trataría, sin éxito, de llegar al Servicio Único Estatal de Salud. En 1975, se formalizó la organización del Sistema Nacional de Salud en Colombia constituida por tres subsectores: oficial, de seguridad social y privado sin alterar la autonomía ni las estructuras básicas de las entidades componentes.

El contexto nacional en la primera fase del GRFA: 1968-1975

Antecedentes inmediatos al GRFA

En la década de los sesenta, el proyecto político de la nueva clase media peruana propugnaba una política redistributiva que acabara con la oligarquía y que entendía al subdesarrollo nacional como el resultado de la dependencia del capital extranjero y, por lo tanto, promovía el cambio de las estructuras sociales y la nacionalización de la economía peruana. Además, planteaba la necesidad de crear instituciones que otorgaran al Estado, la capacidad de ejercer el papel de árbitro social. Este proyecto fue adoptado por sectores progresistas del Ejército y de la Iglesia, los cuales, en la medida que las tensiones sociales crecían — movimientos sindicales, invasiones en la

³ Bustíos, Carlos. Crisis de los sistemas de salud y de seguridad social en el Perú: 1968-1990.

⁴ OPS/OMS. Sistemas de Salud.

formación de barriadas, tomas de tierras campesinas, guerrillas del Movimiento de Izquierda Revolucionaria (MIR) – consideraron necesaria y urgente la puesta en marcha de medidas tecnocráticas que impulsaran “desde arriba” el cambio de estructuras sociales sin que el “principio de autoridad” se viera afectado. Estas ideas reformistas se vieron fortalecidas por el ejemplo de la revolución cubana, la teoría de la dependencia de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y el discurso desarrollista de la Alianza para el Progreso.

El “Plan Inca” y su instrumentación: 1969-1975

El GRFA asumió que era el representante de la sociedad antioligárquica, tanto de los sectores populares como de las clases medias y empresariales, así como que los problemas de la sociedad peruana solo se podían resolver desde el Estado. En vísperas de asumir el poder, los “coroneles radicales” del entorno de Velasco habían elaborado un Plan de Gobierno, conocido posteriormente como PLAN INCA, estructurado en 31 ámbitos de acción gubernamental. Para cada uno de estos se describía la situación problema y se definía los objetivos y las acciones correspondientes. Este plan, fechado el 3 de octubre de 1968, se mantuvo durante varios años en reserva por “razones de estrategia” y solo se dio a conocer el 28 de julio de 1974 para demostrar que las acciones gubernamentales “obedecían a una programación basada en un plan de largo alcance, coherente y normativo.”⁵

Gestión económica durante la Primera Fase del GRFA

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

En esas circunstancias, para atender al financiamiento de un gasto público que adquiría nuevas dimensiones, el régimen militar recurrió al endeudamiento interno y externo, pese a que ello generó más presiones sobre la balanza de pagos y las finanzas públicas. En el período 1970-1974, la

⁵ COAP, editor. Plan del Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada (Plan Inca).

⁶ Bustíos, Carlos. Op. Cit.

deuda pública externa se duplicó. Pero, desde fines de 1974, el flujo de recursos provenientes del exterior se debilitó y el gobierno comenzó a sufrir serias dificultades económicas y financieras que pusieron en entredicho su política reformista. En 1975, los efectos de la crisis cíclica mundial ya había alcanzado al Perú: los precios de sus principales exportaciones cayeron y las importaciones se encarecieron. El crecimiento económico del país había sufrido una brusca desaceleración y el producto por habitante decreció. Finalmente, los efectos de la crisis petrolera mundial, así como de la conducción voluntarista de la economía nacional, asociada con una conducta política contradictoria, en su afán de controlar la sociedad y mantener su autonomía respecto a ella, hicieron fracasar el Proyecto Reformista Nacionalista del GRFA.

Debilitamiento y final de la Primera Fase: 1974-1975

Con la aparición de los problemas económicos descritos, se intensificaron también los conflictos en el escenario oficial y en el político general. En la cúpula gubernamental, estos conflictos habían existido desde el inicio de la experiencia reformista cuando se desataron enconadas luchas entre los "coroneles radicales", partidarios de transformaciones más profundas, y los "institucionalistas", quienes exigían moderar la política estatista, aunque la correlación de fuerzas siempre había sido favorable, con el apoyo de Velasco, a los primeros. Pero, en los primeros meses de 1973 iba a suceder un hecho fortuito, que debilitó el dominio de la fracción radical, el deterioro de la salud de Velasco. Para los "institucionalistas" y los liberales la inesperada limitación física de Velasco fue una ocasión para cuestionar su liderazgo y evitar que decidiera la transferencia del papel de conductor de la revolución.⁷

Finalmente, el velasquismo se mostró incapaz, en lo político, de superar las contradicciones internas del equipo gobernante, de contener la lucha por las reivindicaciones populares y de vencer al acoso de los grupos conservadores; y, en lo económico, de enfrentar la crisis cíclica. El desenlace final de esta situación tendrá lugar el 29 de agosto de 1975 con el relevo de Velasco, en la dirección del GRFA, por el general Morales Bermúdez que lidera a los "institucionalistas."⁸

La administración pública en el Plan Inca y su reforma

El Gobierno Militar comenzó a gobernar con el Estatuto del GRFA de 1968 que de facto prevalecía sobre la Constitución en todo aquello que fuera compatible con los objetivos del GRFA. En este sentido, las funciones

⁷ Pease García, Henry. El ocaso del poder oligárquico. Lucha política en la escena oficial 1968-1975.

⁸ López, Sinesio. Estado, régimen político e institucionalidad en el Perú. En El Perú frente al siglo XXI. Sulmont, Denis. El Movimiento Obrero frente a las Reformas y la Crisis (1968-1979).

ejecutivas y legislativas fueron unificadas bajo un solo comando. El Poder Judicial fue sometido al Ejecutivo, el Presidente de la República y su sucesión dependía de la Junta Revolucionaria integrada por los comandantes de las Fuerzas Armadas, el Presidente nombraba a los ministros así como a los miembros del poderoso Comité de Asesoramiento de la Presidencia de la República (COAP), el cual además de asesorar al jefe de Estado, cumplía funciones legislativas.⁹

La reforma de la administración pública se inicia con el Decreto Ley N° 17271, *Ley de Ministerios*, de 3 de diciembre de 1968. En este dispositivo, se organiza la administración a partir de sectores de actividad, así como se precisa que el Ministerio es el órgano rector de cada sector y que la principal función del ministro es la de formular y dirigir la política del sector o sectores que le competen, en armonía con la política general y los planes del gobierno. Luego, se crearon los sistemas administrativos de "equilibrio" y de "apoyo", horizontales a los sectores, con la finalidad de racionalizar la acción pública; sin embargo, estos sistemas adquirirían pronto las características burocráticas y centralistas que pretendían corregir en las entidades públicas. El Sistema Nacional de Planificación, con sus planes globales y sectoriales a mediano y corto plazo, adquirió especial relevancia durante el período. Adicionalmente, se crearon y organizaron como Sistemas horizontales el de Propiedad Social y el de Defensa Nacional.¹⁰

Como resultado de las nacionalizaciones y estatizaciones de las empresas, en 1975, al final de la primera fase del GRFA, el Sector Público generaba más del 50% del producto minero y casi el 20% del industrial; así mismo, controlaba las más importantes empresas del sector minero y más del 80% de las actividades del sector pesquero. El control directo del Estado comprendía a mediados de la década del 70 cerca del 50% del PBI agrícola. Asimismo, el GRFA se había transformado en la principal entidad financiera del país y controlaba casi dos tercios de los recursos disponibles. El Estado tenía la mayor injerencia en el comercio exterior y controlaba puertos, aeropuertos, ferrocarriles, vapores y telecomunicaciones.

El entorno sectorial del sistema de salud: 1968-1975

Organización irracional del sistema oficial de salud

En el Perú, el tema de la irracionalidad de la organización del sistema oficial de salud y, por tanto, la necesidad de una reforma del mismo había sido discutido, desde el fin de la década de 1950, por los sanitaristas peruanos. Al respecto, en noviembre de 1962, al final del I Congreso Nacional de Salud Pública se aprueban, por unanimidad, diez principios doctrinarios para

⁹ Guerra García, Francisco. Significado histórico de la Revolución Peruana.

¹⁰ Patrón faura, Pedro y Patrón Bedoya, Pedro. Derecho Administrativo y Administración Pública en el Perú. Bustios, Carlos. Atención médica y su contexto, Perú 1963-1983.

orientar el desarrollo sanitario nacional; el octavo se enuncia de la siguiente manera: "los organismos estatales y paraestatales que tienen a su cargo actividades de salud deben integrar sus programas hasta conformar progresivamente un Servicio Nacional capaz de atender en forma eficiente a todos los habitantes del país". Tres años después, en noviembre de 1965, en el II Congreso Nacional de Salud Pública, se recomienda: "...la conformación de un Servicio Nacional de Salud que incorpore bajo un comando único a las diversas entidades del Sector". Finalmente, en mayo de 1968, el III Congreso Nacional de Salud Pública recomienda: "...preparar un anteproyecto sobre la organización y funcionamiento de un Servicio Único de Salud."¹¹

En el inicio de la década de 1970, al igual que en otros países latinoamericanos, las propuestas de la reforma en salud trascendieron el espacio particular de los sanitaristas. Los médicos asistenciales del Seguro Social del Perú y del Ministerio de Salud comenzaron a debatir públicamente, desde posiciones opuestas, sobre las ventajas alternativas de dos modalidades de organización: el Sistema Coordinado de Salud y el Servicio Único de Salud. Desde ambas posiciones, se afirmaba que se coincidía en la defensa del derecho a la salud, pero que existían discrepancias antagónicas con relación a la participación del Estado en la producción y en la propiedad de los servicios de salud, así como en la autonomía de los componentes del futuro Sistema o Servicio. En realidad, los médicos defensores del Sistema temían que la reforma propuesta en el III Congreso Nacional de Salud Pública haría desaparecer el Seguro Social del Perú y afectaría gravemente a la práctica médica privada. Los prejuicios que, al respecto, tenían los directivos de las asociaciones médicas de la seguridad social se expresan de manera transparente en las siguientes palabras de uno de sus más destacados representantes:¹²

Identificada con la misma posición anti Seguro (de los servicios privados y la élite médica) pero desde otra perspectiva, totalmente diferente, la tecnoburocracia del Ministerio de Salud jugó un rol importante en el estancamiento de la seguridad social. Su actitud de corte marxistoide, cuando no marxista, reflejaba la posición imperante por mucho tiempo en la OPS... Partidaria de un 'Servicio Nacional de Salud o Servicio Único' estatizado... los funcionarios del MINSA de entonces veían en este modelo

¹¹ Bustíos, Carlos y Sifuentes, Elías. La Salud Pública en una sociedad en recomposición. Período 1956-1968.

¹² Barsallo, José. La salud está enferma. A propósito de la reforma en salud y la modernización de la Seguridad Social.

una alternativa en la que su poder se incrementaría, contrariamente el desarrollo del Seguro Social significaba un gran escollo para el logro de sus propósitos y expectativas. Así de simple y esquemático era su razonamiento. (J. Barsallo, 1999, p. 187)

La salud y la seguridad social en el Plan Inca: 1968

En el Plan Inca¹³, la situación nacional en el campo del cuidado de la salud está caracterizada de la manera siguiente: (i) concentración de los servicios en las grandes ciudades y desamparo absoluto en el resto del país, (ii) ausencia de la medicina preventiva y de rehabilitación, (iii) criterio utilitarista en el ejercicio de la medicina privada y en la producción y comercio de medicamentos, (iv) infraestructura insuficiente e inadecuada. Frente a esta situación, se proponían seis acciones para el logro de un objetivo: "Medicina socialmente orientada y al alcance de toda la población". Entre estas acciones destacan dos: la primera, planificar e integrar las actividades de salud con criterio social, cubriendo toda la población y la quinta, establecer el servicio médico rural obligatorio y gratuito de recién egresados. La cuarta, expresaba un deseo antes que una acción: "producir íntegramente los medicamentos en el país."

En el mismo plan, cuando se trata el tema de la Seguridad Social se la describe como limitada a una minoría de la población y con problemas de corrupción, deficiencia y falta de unidad en sus instituciones. Para corregir estos defectos, se define un objetivo: "Seguridad Social eficiente y generalizada para toda la población"; así mismo, se proponen dos acciones: la primera, "extenderla progresivamente a toda la población; asegurándola inicialmente al trabajador y sus familiares" y la segunda, "reorganizar, unificar y moralizar sus instituciones."¹⁴

Código Sanitario de 1969 y su aplicación

El 18 de marzo de 1969, se promulgó el Decreto-Ley N° 17505, Código Sanitario,¹⁵ primer dispositivo legal peruano que, en forma orgánica, contempló las normas que consagran el derecho a la salud. En su Título Preliminar prescribe que "La salud es un bien jurídicamente irrenunciable" y que "No se puede pactar contra la Norma de Salud." De acuerdo con ello, cualquier pacto que contenga una renuncia a ese derecho es nulo. Al ser nulo, no prescribe; es decir, no es afectado por el transcurso del tiempo. En cualquier momento, se puede hacer valer el derecho. Además, precisaba que la Norma de Salud debe ser dictada previo estudio técnico y con la intervención directa de la Autoridad en Salud. El contenido del código

¹³ COAP. Op. Cit.

¹⁴ COAP. Op. Cit.

¹⁵ Ministerio de Salud. Código Sanitario. Decreto Ley N° 17505.

constituyó por cerca de tres décadas el marco jurídico de las acciones y de las relaciones en el campo de la salud en el país y formalizó los principios básicos de la Salud Pública moderna definidos en el año 1962 durante el I Congreso Nacional de Salud Pública.

En la redacción del código cumplieron una labor destacada el jurista Luis H. Angulo Bezada y el sanitarista Mario León Ugarte, directores generales de la Oficina de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud y de la Escuela de Salud Pública del Perú, respectivamente. Diez años antes, el 5 de diciembre de 1959, el gobierno peruano había dado fuerza de ley a la Declaración Universal de Derechos Humanos, mediante Resolución Legislativa N° 132282. Sin embargo, las prescripciones del código fueron, en muchos casos, acatadas solo parcialmente o aplicadas de manera recortada, debido básicamente a la debilidad política del ministro de Salud para cumplir con su papel de autoridad en salud, la precariedad de recursos de las dependencias gubernamentales encargadas de controlar su cumplimiento y al hecho de que el Código solo fuera reglamentado parcialmente. Esto último, limitó las posibilidades de las autoridades sanitarias para sancionar las infracciones previstas y de establecer las medidas correctivas pertinentes.

Primera Ley Orgánica del Sector Salud y sus modificatorias, marzo 1969

Como ya se informo, al inicio del GRFA, se dictó el Decreto Ley N° 17271 del 3 de diciembre de 1968, Ley de Ministerios. A partir de este dispositivo, se formula y promulga, con fecha 21 de marzo de 1969, el Decreto Ley N° 17523, Ley Orgánica del Sector Salud¹⁶ que estableció la estructura del Ministerio de Salud (Minsa). De acuerdo a esta norma, el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social y las Sociedades de Beneficencia Pública son Organismos Públicos Descentralizados integrantes del Sector Público en Salud que mantienen una relación funcional con el Minsa. Los mencionados decretos prescriben que corresponde al Sector Salud el desarrollo de las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, así como las de rehabilitación y asistencia social; además, que su ámbito de gobierno incluye a todas las entidades y personas que desarrollan actividades del sector. Adicionalmente, la cuarta disposición complementaria de la citada Ley Orgánica precisa que "El Ministerio de Salud aprobará los planes y programas de salud y de asistencia social de las entidades de seguridad social". Sin embargo, esta cuarta disposición nunca se llegó a cumplir de manera cabal, en tanto que dichas entidades, en el mejor de los casos, se limitaron a informar al Ministerio, a través del Instituto Nacional de Planificación (INP), del número de sus actividades programadas y ejecutadas.

Una de las principales causas de ese incumplimiento residió en el hecho de durante toda la primera fase del GRFA, el Consejo de Ministros estuvo

¹⁶ GRFA. Decreto Ley N° 17523 del 21.3.69 concordado con otros decretos leyes hasta 8.11.77.

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

Propuesta de Integración Funcional del Sector Salud: septiembre 1969

En septiembre de 1969, funcionarios del Ministerio de Salud formularon un *Anteproyecto de Decreto Ley sobre Organización del Sector Salud*¹⁷ en el que se proponía importantes cambios a la novísima Ley Orgánica del Sector Salud con relación a la constitución funcional del Sector Público en Salud y, especialmente, a las fuentes de financiamiento para la prestación de servicios de salud. En lo esencial, el anteproyecto recogía las recomendaciones hechas en el II Congreso de Salud Pública, realizado en 1965, y proponía lo siguiente:

El Sistema Institucional...comprende el Ministerio de Salud como órgano central y el Servicio de Salud, los Institutos Nacionales de Salud, y, el Instituto de Capacitación en Salud, como organismos públicos descentralizados (...) Todos los establecimientos encargados de producir servicios de salud...pasan a la administración del Servicio de Salud, para integrar el sistema de establecimientos básicos de salud (...) Para la atención de sus afiliados, la Caja Nacional de Seguro Social y el Seguro Social del Empleado contratarán con el Servicio de Salud las prestaciones médicas de protección y recuperación para cuyo efecto se firmarán convenios ad-hoc. Este procedimiento podrá ser seguido por otras instituciones públicas ó privadas (...) Constituyen fuentes de financiamiento del Servicio de Salud: (a) Las rentas provenientes del Fondo de Salud y Bienestar Social...(b) Los ingresos propios que se obtengan de la prestación de servicios

¹⁷ Ministerio de Salud. Integración Orgánica del Sector Salud. Documento Confidencial

a la población asegurada y no asegurada. (c) El aporte de las Sociedades de Beneficencia Pública. (d) El producto de las utilidades de la Lotería Nacional que funcionará como empresa pública dependiente del Sector Salud. (e) El producto de utilidades...de las Cajas de Ahorros que funcionarán como empresa bancaria nacional, dependientes del Sector Salud. (f) Los montos que se asigne en el Presupuesto Funcional de la República. (Ministerio de Salud, 1969)

En cumplimiento de los procedimientos vigentes en esos años, para que dicho anteproyecto pudiera ser presentado a consideración del Consejo de Ministros, tenía que ser previamente sustentado ante el Comité de Asesoramiento de la Presidencia de la República (COAP) y aprobado por este. Cumplida la reunión de sustentación el anteproyecto no fue aprobado, debido a que el COAP, de acuerdo a versión de testigos, lo consideró “poco revolucionario”. En realidad, si bien los alcances del anteproyecto no correspondían al tono “revolucionario” del discurso político inicial del GRFA, existían otras razones para ese rechazo. Entre ellas que la propuesta afectaba a algunas decisiones ya instrumentadas en el sector Economía y en el campo de la reforma de la administración pública, ambos a cargo de miembros del Ejército, así como el hecho de que su contenido no era concordante con los objetivos y acciones señaladas, al respecto, en el Plan Inca, documento que aún era desconocido por los funcionarios del Ministerio de Salud.

Primer Seminario del CMP y Reforma en Salud, agosto 1974

En similar sentido de la necesidad de una reforma en salud, en agosto de 1974, el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú (CMP) realizó el Plenario Nacional y el Primer Seminario del Colegio Médico. Era decano del CMP el Dr. Waldo Fernández Durán, prestigioso médico cardiólogo del Seguro Social del Perú. El tema inicial del seminario fue la “Situación de la salud en el Perú” expuesto por el doctor Enrique Vallejos Paulet, médico administrador de hospitales de larga y brillante trayectoria en la ex Caja del Seguro Social Obrero quien luego sería uno de los miembros de la Comisión del Proyecto de Ley General de Salud. Una de las principales acciones propuestas en el evento fue la siguiente: iniciar las coordinaciones de las acciones de salud a nivel nacional mediante un Sistema Nacional de Salud teniendo como meta a largo plazo la integración de un Servicio Nacional de Salud cuando estuvieren dadas las condiciones adecuadas.¹⁸

Hacia la constitución de la CPLGS: 1973-1975

¹⁸ CMP. Plenario Nacional y Primer Seminario del Colegio Médico del Perú.

Antecedentes directos e inmediatos de la CPLGS: 1973-1975

Por otra parte, en el escenario político, desde el inicio de la primera fase del GRFA, el discurso oficial enfatizaba la importancia de las reformas estructurales para la construcción de una "democracia social de participación plena". Aunque tardíamente, el 24 de marzo de 1972 se produciría la primera reforma estructural en un sector social, a través del Decreto Ley N° 19326, Ley General de Educación.¹⁹ El contenido doctrinario y la instrumentación inicial de esta ley generó expectativas sobre las reformas inminentes de los otros sectores sociales, particularmente el de salud.

De manera paralela a esos hechos y, más regularmente, desde el año 1973, un grupo de sanitaristas se reunía de manera informal para discutir los alcances de los cambios normativos y económicos que estaba llevando a cabo el GRFA. Estos sanitaristas entendían que dichos cambios ofrecían oportunidades especiales para la aprobación de una Ley General en Salud, que estableciera las reformas necesarias para posibilitar la aplicación de la doctrina sanitaria y la realización del derecho a la salud, ya formalizados por el GRFA en el Código Sanitario de 1969. Miembros de este grupo cuestionaban la validez del modelo CENDES-OPS que hasta ese año era el utilizado oficialmente para explicar la situación de salud de la población peruana. Argumentaban que dicho modelo, por su carácter positivista y economicista, así como por el momento de su diseño, no consideraba los aportes de las ciencias sociales y, en consecuencia, pretendía interpretar la problemática sanitaria al margen de la sociedad concreta que le daba origen.²⁰

Documento de sustentación de la creación de la CPLGS, febrero 1975

Mientras tanto, las autoridades del Minsa, después del rechazo de la propuesta de 1969, no habían mostrado ningún interés en promover una reforma significativa en Salud. Recién, en los inicios del año 1975, van a coincidir un conjunto de hechos que van a generar un nuevo interés reformista de dichas autoridades. Además de los ya comentados, debemos destacar otros dos hechos: (i) el incremento de las críticas periodísticas sobre el deterioro de la atención de la salud en el país, alcanzaba ya un nivel peligroso para la estabilidad política sectorial; (ii) el nombramiento del coronel FAP Javier Elías Vargas, como nuevo asesor técnico del ministro de Salud. Elías Vargas estaba egresando del Curso de Alto Mando del CAEM, que en esos años tenía como principal objetivo: motivar y comprometer a los funcionarios participantes en dicho curso en la realización del Proyecto Político que estaba instrumentando el GRFA. Años después, Elías, con el rango de general FAP, sería ministro de Trabajo del Gobierno Militar.

¹⁹ GRFA Decreto Ley N° 19326. Ley General de Educación.

²⁰ Bustíos, Carlos. Crisis de los sistemas de salud y de seguridad social en el Perú: 1968-1990.

En esas difíciles circunstancias sectoriales, en cumplimiento de sus funciones en el Minsa, el coronel Elías inicia un diálogo con los funcionarios de carrera para encontrar una solución al problema del creciente deterioro de la atención de la salud. En ese diálogo, los médicos sanitaristas Manuel Alencastre, Armando Becerra, Ernesto Coloma y Enrique Rubín de Celis hacen conocer el planteamiento de los sanitaristas: iniciar la solución de tal problema con la formulación una Ley General de Salud en el marco de las reformas instrumentadas por el GRFA. Como resultado del diálogo, la Alta Dirección solicita a los sanitaristas un documento en que se fundamente dicho planteamiento. Este documento es preparado por Carlos Bustíos, con el apoyo de Ernesto Coloma y del abogado Fausto Montoya Romero y puesto a consideración del señor ministro de Salud, general FAP Fernando Miro-Quesada. Este, luego de estudiar y aprobar su contenido, lo presenta personalmente al general Velasco y logra su autorización para iniciar las acciones tendientes a la formulación de un Proyecto de Ley General de Salud. El documento aludido,²¹ presentado en febrero de 1975 a las autoridades políticas, proponía interpretar la problemática de la salud a partir de las siguientes ideas:

La raíz estructural de los problemas fundamentales que afectan al Perú reside en su doble condición de país subdesarrollado y dependiente, lo que determinó la existencia de profundos desequilibrios en la sociedad peruana. Estos desequilibrios estructurales determinaron que la riqueza en sus múltiples manifestaciones se concentrara en un pequeño grupo dominante, cuya existencia privilegiada se basaba en la marginación de vastos sectores de la sociedad y para lo cual se utilizaba el aparato institucional del país que acentuó y respaldó este ordenamiento injusto (...) Se concibe a la problemática sanitaria como parte de la problemática global nacional, y como tal subordinada al subdesarrollo y a la dependencia. Problemática sanitaria de múltiples facetas que deben ser enfrentadas de manera integral, dentro del contexto de las políticas de desarrollo global (...) Se reconoce que las relaciones estructurales económicas y políticas determinan en última instancia la naturaleza, la intensidad y la gravitación de las cuestiones fundamentales que afectan la salud de la población peruana (...) La

²¹ Ministerio de Salud. Reforma en Salud.

profundidad con que deben enfrentarse los cambios, la necesidad de encontrar soluciones a problemas a los que nunca se encontraron soluciones efectivas y que ahora se plantean desde una nueva perspectiva, obliga a un proceso de creación de nuevos modelos, nuevas vías para la explicación y la solución de la problemática sanitaria. (Ministerio de Salud, febrero 1975, p. 21-22)

Por otro lado, en el mismo documento, se enfatizaba que una propuesta humanista y revolucionaria de la superación de esa problemática debía tener como premisa el reconocimiento del derecho de todos los peruanos a la salud.

El sujeto y objeto de esta Revolución es el poblador peruano, hacia quien convergen todas las transformaciones que se están realizando en el país para lograr que bajo los postulados del humanismo y el socialismo libertario se constituya una democracia social de participación plena... Es indiscutible que el derecho a la salud es algo inherente a la persona humana y si tenemos en cuenta que filosóficamente el fin del derecho es el goce pleno, debemos concluir que la salud es uno de los principales medios para lograr el goce pleno de todos los derechos garantizados y legalmente reconocidos a la persona humana... No debe olvidarse que en el campo de la salud; siempre hay una relación jurídica de una persona hacia otra persona; que como relación de la vida tiene y debe ser ordenada por el derecho. En esta relación jurídica es indiscutible la acción del Estado dictando las normas más adecuadas para lograr que la distribución de los recursos y la atención de la salud sea equitativa para todos los grupos de la población, sin distinción de ninguna clase" (...) "La vieja sociedad peruana organizó sus instituciones de acuerdo a su moral y sus intereses; en esa sociedad las instituciones de salud no podían ser la excepción, se fueron creando conforme grupos organizados de la población, adquirirían el poder económico y político

suficientes para exigir, en base a diferentes concepciones sobre la salud, la atención de sus necesidades muy particulares... La urgencia de una transformación en el Sector Salud se fundamenta en el convencimiento de que un satisfactorio estado de salud de toda la población peruana es la expresión más concreta del Desarrollo Nacional, pues este último adquiere real vigencia en la medida de que los diferentes grupos poblacionales participen en la conservación y disfrute de sus logros. La factibilidad de una participación plena de la población nacional en el esfuerzo creador de un nuevo ordenamiento moral, económico y político demanda la existencia de Instituciones que garanticen la formación de un nuevo hombre con la calidad física y mental que le permita constituirse de objeto en sujeto de la Revolución Humanista; su presencia mayoritaria es la garantía más sólida del éxito y de la irreversibilidad del proceso peruano... La Reforma en Salud debe cuestionar la doctrina, la estructura legal e institucional, los sistemas y los procedimientos hasta ahora utilizados, no para destruirlos en forma deliberada y ciega, sino buscando soluciones que respondiendo a las necesidades y aspiraciones de una sociedad en proceso de cambio sean coherentes con la doctrina del Gobierno Revolucionario y las exigencias de un desarrollo equilibrado. Sólo en esta forma el Sector Salud se encontrará en condiciones de asumir el papel que le corresponde en el Desarrollo Nacional y dejará de ser un factor limitante en el éxito de la Revolución. (Ministerio de Salud, febrero 1975, p. 21-22)

Seminario sobre Estructura Sociopolítica y Política Sectorial de Salud, abril 1975

Alcanzada esa autorización, se incluye en el *Plan Bienal Sector Salud 1975-1976*²² la siguiente acción política: "Formular las normas para la reforma del

²² Ministerio de Salud. Plan Bienal Sector Salud 1975-1976.

Sistema de Servicios de Salud, dictando la Ley General de Salud.” Para iniciar el cumplimiento de esta acción, se organizó un Grupo de Trabajo ad hoc, conformado por el asesor técnico y los funcionarios ya mencionados. Este grupo mantuvo conversaciones con varios de los actores en el proceso de elaboración de la Ley General de Educación, quienes dieron importantes sugerencias. Atendiendo a una de estas, la Alta Dirección del Minsa autorizó, por Resolución Ministerial N° 00072- SA/DS, la realización del Primer Seminario sobre Estructura Sociopolítica y Política Sectorial de Salud con el propósito de “Analizar la situación sociopolítica del Sector para impulsar el proceso de cambios en el Sistema de Servicios de Salud y lograr la identificación del personal directivo del Ministerio de Salud en el proceso de la Reforma de la Administración Pública.”

La organización de ese seminario estuvo a cargo de las Oficinas de Planificación y de Organización y Métodos, así como de la Escuela de Salud Pública del Perú. Se realizó con todo éxito en el local de la Escuela con la participación a tiempo completo de 53 altos funcionarios del sector Salud entre el 7 y el 12 de abril de 1975. La alta importancia política asignada al evento puede inferirse por la presencia, entre los expositores, de las autoridades máximas del COAP, el Instituto Nacional de Planificación y el Instituto Nacional de la Administración Pública, así como del jesuita Romeo Luna Victoria, organizador del Movimiento Sacerdotal ONIS. La principal recomendación del seminario fue la de constituir una comisión multidisciplinaria encargada de elaborar el Proyecto de Ley General de Salud “documento que interpretará y explicará la problemática de salud existente, culminando con el planteamiento de soluciones.”²³

Anuncio oficial de la constitución de la CPLGS, julio-agosto 1975

El 28 de julio de 1975, el general Juan Velasco expuso ante la nación el que sería su último mensaje como jefe del GRFA y anunció que había llegado el momento de dar preferente atención a los problemas del sector Salud, donde “se han realizado avances... pero es preciso, ahora, orientar hacia ellos una parte considerable del esfuerzo nacional.” Ocho días después, el 6 de agosto de 1975, se expidió el Decreto Supremo N° 00193-75-SA/DS que ordenaba constituir una comisión encargada de realizar los estudios necesarios de la situación de salud del país y formular el Proyecto de Ley General de Salud. Pero el 29 de agosto de 1975, tres semanas después de expedirse ese Decreto Supremo, el general Velasco es relevado como jefe del Gobierno Militar, por el general Morales Bermúdez. En estas circunstancias, quedó en suspenso el nombramiento de los miembros de dicha comisión.

FORMULACION DEL PROYECTO DE LEY GENERAL DE SALUD: 1975-1980

²³ Ministerio de Salud. Informe Final del Primer Seminario sobre Estructura Socio-política y Política Sectorial de Salud.

Un contexto nacional contrarreformista: 1975-1980

El Plan "Túpac Amaru"

El 29 de agosto de 1975, al asumir la dirección del GRFA, el general Morales Bermúdez anuncia que se producirán cambios en el manejo y la conducción política del proceso revolucionario, aunque sin renunciar a sus bases ideopolíticas ni a los principios enunciados en sus estatutos y en el Plan Inca. Efectivamente, una primera comisión del GRFA, presidida por el jefe del COAP, preparó un borrador del nuevo Plan Político del GRFA para el período 1977-1981.²⁴ La comisión estuvo constituida por funcionarios del Instituto Nacional de Planificación (INP) y del COAP. Oficialmente, el contenido de este borrador no llegó al conocimiento público; sin embargo, de los fragmentos conocidos trascendió que el documento proponía la radicalización del proceso de reformas y una definida orientación hacia una economía con un sector social predominante.

Copias del documento borrador circularon de manera reservada para el conocimiento y opinión de los mandos de las Fuerzas Armadas y de los altos funcionarios de la administración pública. Es así que los altos mandos del Ejército organizaron una reunión a la que no se dejó ingresar a los civiles que habían trabajado en la elaboración del documento. En esta reunión, hubo consenso en rechazar dicho documento; el argumento principal, que resume los otros, era que las acciones propuestas se orientaban a un modelo de sociedad parecido al "modelo cubano de Fidel Castro". El rechazo de los altos mandos del Ejército a dicho borrador se hizo oficial y público el 31 de marzo de 1976.

El 9 de febrero de 1977, once meses después de ese rechazo, las autoridades políticas dieron a conocer el Proyecto del Plan de Gobierno Túpac Amaru elaborado, en esta ocasión, por una Comisión de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales que definía una nueva propuesta sobre objetivos y lineamientos políticos para el período 1977-1980 que reemplazaría al Plan Inca. Asimismo, se anunció oficialmente que se convocaría a elecciones constituyentes, municipales y generales para dar fin en el año 1980 a la gestión militar. El citado proyecto fue puesto a debate público a través de los medios de comunicación masiva y con algunas modificaciones sugeridas por la ciudadanía y la Administración Pública, fue aprobado el 4 de octubre de 1977, por Decreto Supremo N° 020-77-PM, con la denominación de Plan de Gobierno Túpac Amaru.²⁵ Para el campo "36. Salud" el objetivo específico era: "Atención de la salud con un criterio social, tendiendo a ponerlo al alcance de toda la población" mientras que los lineamientos de política

²⁴ Comisión de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales. Proyecto de Plan de Gobierno Túpac Amaru (Período 1977-1980).

²⁵ Presidencia de la República. Plan de Gobierno Túpac Amaru. Decreto Supremo N° 020-77-PM.

continuaban con las mismas orientaciones generales anunciadas en el *Plan Inca*. La única excepción era el primer lineamiento: "1. Dictar la Ley General de Salud."

Inicio del desmontaje de las reformas efectuadas en la primera fase

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

Las autoridades de la segunda fase del Gobierno Militar buscaron enfrentar los problemas económicos mediante la aplicación de un programa de rasgos liberales, que trató de ser legitimado por un discurso centrado en la urgencia de la "reactivación económica" y en el necesario "gradualismo" de las reformas sociales. En realidad, esta fase correspondió a los que fueron cinco años de inestabilidad económica, marcados por sucesivas crisis de balanza de pagos de la deuda externa, que acabarían, en la esfera económica, con la adopción de un plan de estabilización ortodoxa bajo los auspicios del Fondo Monetario Internacional y, en la esfera política, con un proceso de retorno del poder a la civilidad en tres etapas: elecciones municipales, elección de una Asamblea Constituyente y elecciones generales.

Durante la segunda fase, los partidos políticos encontraron un mejor clima para sus actividades, en especial con la apertura a la "transferencia del poder a los civiles". En estos últimos años, se consolidan los fragmentados partidos de izquierda radical, como nuevos actores en el escenario político, debido a su participación protagónica en los movimientos populares sucedidos entre 1976 y 1980. En las elecciones que dieron origen a la Asamblea Constituyente en 1978, el mapa partidario apareció dividido en tres tercios proporcionalmente repartidos entre la derecha, el centro y las izquierdas que, pese a la formación de un frente, mantenían aún su dispersión. La nueva Constitución Política que fue aprobada el 12 de julio de 1979 y entró en vigencia el 28 de julio de 1980 había sido elaborada en una situación de poder compartido. En su artículo 12º, se prescribe que "El Estado garantiza el derecho de todos a la protección de la salud. La ley regula el acceso progresivo a ella y su financiación." Con relación a las discrepancias entre la mayoría y la minoría de la CPLGS, se prescribía:

El Poder Ejecutivo... es responsable de la organización de un sistema nacional descentralizado y desconcentrado, que planifica y coordina la atención integral de

la salud a través de organismos públicos y privados y que facilita a todos el acceso igualitario a sus servicios, en calidad adecuada y con tendencia a la gratuidad. La Ley norma su organización y funciones.
(Artículo 16 de la CPP 1979)

El 18 de mayo de 1980 se realizaron elecciones generales para devolver así el gobierno a los civiles. Resultó ganador el candidato presidencial de Acción Popular, el ex mandatario Fernando Belaúnde Terry, quien obtuvo el 45,4% de los votos válidos que superó largamente a los candidatos del APRA (27,4%) y del Partido Popular Cristiano (9,6%). Los candidatos de las cinco listas de los partidos de izquierda sumaron, en conjunto, el 14,1%.²⁶

El entorno sectorial: 1975-1980

Resistencias a miembros de la CPLGS

Desde antes del inicio y durante el funcionamiento de la CPLGS, los miembros ejecutivos de la comisión original fueron objeto de acusaciones e insultos de los sectores más conservadores del gremio médico. Se les acusaba de marxista-leninistas “infiltrados en el proceso revolucionarios” o de “negativos tecno-burócratas” que tenían la malévolos intención de sorprender al Gobierno con una propuesta que establecería en el país un Servicio Único de Salud, “plagio del sistema estatizado comunista”. Propuesta “perversa” que consideraba, en opinión de dichos sectores, eliminar el Seguro Social del Perú y la práctica privada.²⁷ Asimismo, el decano del CMP señalaba “la presencia en el seno de la Comisión de Salud de elementos con conocida trayectoria antimédica unos, sostenedores de tesis que corresponden a modelos de socialismo totalitario, diferentes del peruano otros...” (W. Fernández, 1975, p. 102)²⁸

En realidad, de los 14 miembros ejecutivos iniciales de la CPLGS solamente tres tenían alguna vinculación con el marxismo: el médico Alencastre, estudioso del marxismo peruano, el médico Meza Cuadra, admirador de Fidel Castro y el economista Tejada, de convicciones socialistas. Otros cuatro estaban comprometidos con las ideas de la doctrina social de la Iglesia y/o del humanismo, los médicos Becerra y Coloma habían pertenecido a la juventud de la Democracia Cristiana; el filósofo Peñaloza y el odontólogo Beltrán

²⁶ Cotler, Julio. Crisis política, outsiders y autoritarismo plebiscitario: el fujimorismo.

²⁷ Federación Médica Peruana. Pronunciamiento del 10 de mayo de 1976. Firmado por Enrique Sabogal M., Presidente, y Manuel Carvalho G., Secretario General. Colegio Médico del Perú. Resultado Oficial de la Encuesta Nacional del Colegio Médico del Perú.

²⁸ Fernández, Waldo. Al término de su Decanato. Memoria del Dr. Waldo Fernández.

habían trabajado en la Ley General de Educación, además, este último había sido en su juventud Presidente de la Juventud Católica del Perú. El sociólogo Bernalles procedía de SINAMOS. Los otros seis miembros ejecutivos no tenían vinculaciones políticas conocidas.

Primer Congreso Médico Nacional y la CPLGS, agosto 1976

Al final del mes de agosto de 1976, se realizó el Primer Congreso Médico Nacional, organizado por el Consejo Nacional del CMP, ahora bajo la conducción de su nuevo decano, el doctor Manuel Pizarro Flores, cirujano del Hospital del Niño y destacado líder aprista. Una de las mociones aprobadas por la Asamblea Nacional de este Congreso, con 135 votos a favor y 32 en contra, fue la siguiente: “Proponer la creación del SISTEMA NACIONAL DE SALUD” con un organismo rector, presidido por el ministro de Salud y cuatro componentes: organismos del Sector Público, Seguridad Social, Sanidades de la Fuerza Armada y del Ministerio del Interior y el Sector No Público. El organismo rector debería estar constituido por los representantes legales de cada uno de los componentes, de los usuarios y de los trabajadores de salud. Los componentes tendrían autonomía económica y financiera, pero estarían comprometidos a realizar la consolidación presupuestal a nivel regional y a integrar planes y programas a nivel regional y local de acuerdo al concepto de atención integral, de modo de contribuir eficazmente a ampliar la cobertura de salud.”²⁹

En semanas previas al Congreso, se había efectuado una Encuesta Nacional organizada por el CMP. A través de ella, se recogieron respuestas de 7.652 médicos, la mayoría de los cuales ejercía la práctica privada además de trabajar en una institución pública de salud. El 89,2% de los encuestados opinaba que debía realizarse una reforma profunda en el campo de la salud y el 89,5% que la mejor de las tres opciones de reforma propuestas en la encuesta era la N° 3, que proponía un Sistema Nacional de Salud (Sistema Coordinado)³⁰ La falta de neutralidad de la encuesta se evidencia en la forma tendenciosa con que se redactaron las distintas opciones. Fue sorprendente, no obstante, que cerca del 10% de los médicos encuestados eligieran las opciones 1 y 2. Las opciones fueron redactadas de la manera siguiente:

- Opción N° 1: “Debe establecerse un Servicio Único de Salud (Servicio Integrado) en el que por fusión desaparecen las entidades públicas de salud y, por estatización, las del sector privado. La financiación total está en manos del Estado. El ejercicio privado es abolido.”
- Opción N° 2, solo se diferenciaba de la anterior en su frase final, “...El ejercicio privado es legalmente reconocido, pero en la práctica es reducido (al mínimo)... porque los pacientes son subsidiarios de los servicios estatales.”

²⁹ I Congreso Médico Nacional. Mociones Aprobadas por la Asamblea Nacional del I Congreso Médico Nacional.

³⁰ Colegio Médico del Perú. Op. Cit.

- Opción N° 3: “Debe establecerse un Sistema Nacional de Salud (Sistema Coordinado) en el que bajo un solo comando se coordine y norme todos los servicios de salud, públicos y privados. Se respeta la autonomía financiera de cada subsector y se garantiza el libre ejercicio de la profesión.”

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

Después del reemplazo de Velasco por Morales Bermúdez en la conducción del Gobierno Militar, hubo un desconcierto inicial que paralizó la Administración Pública. Pero, luego, el ministro de Salud, F. Miro-Quesada, es ratificado y logra el consentimiento del nuevo presidente de la República para continuar con el cumplimiento del mencionado decreto.

El 7 de octubre de 1975, por Resolución Suprema N° 00286 SA/DS, firmada por el presidente de la República Remigio Morales Bermúdez y el ministro de Salud, Fernando Miro Quesada Bahamonde, se nombra a los miembros de la CPLGS. La Comisión, presidida por el Dr. Mario León Ugarte, director general de la Escuela de Salud Pública del Perú, estaba conformada por cinco miembros consultivos y catorce miembros ejecutivos. El nombramiento de los miembros de la CPLGS fue a título personal y a propuesta del Ministerio de Salud, lo que provocó protestas de los Colegios Profesionales y de la Federación Médica Peruana por no tener sus representantes en la comisión. Estas protestas coincidieron con una crisis en el comando de la Fuerza Aérea Peruana que culmina con el retiro, el 18 octubre de 1975 de varios generales FAP, entre ellos del ministro Fernando Miro-Quesada.

El Gobierno Militar nombró como nuevo ministro de salud al Mayor general FAP Jorge Tamayo de la Flor quien, a su vez, nombró como director superior del ministerio al sanitarista Joaquín Cornejo Ubillúz. En esta situación, por decisión del nuevo ministro, se dictó la Resolución Suprema N° 000348-75-SA/DS de 7 de noviembre de 1975 que ordenó la ampliación de la CPLGS con siete miembros más, elegidos de ternas presentadas al ministro de Salud por las organizaciones médicas y otras de salud. Al respecto de esta ampliación, el decano del CMP³¹ comentaba lo siguiente:

...el Colegio demandó la reestructuración de la Comisión como corresponde en un proceso participacionista... Las gestiones realizadas encontraron acogida favorable de parte del nuevo Ministro de Salud, José Tamayo de la Flor, consiguiéndose la incorporación de cuatro colegas que fueron resultado de una amplia consulta a las principales Bases. Los nuevos miembros incluidos en la ampliación de la Comisión la integran a título personal y

³¹ Fernández, Waldo. Op. Cit.

cuentan con nuestra confianza. Sin embargo, el Colegio Médico deberá pronunciarse sobre el fruto de esta Comisión y lo hará a título institucional y en representación de la profesión médica. (W. Fernández, 1975, p. 102)

Los miembros consultivos eran seis: Leopoldo Chiappo Galli, Percy Rodríguez Novoa, Juan Wicht Rossel, Manuel Delgado Bedoya, Carlos Benavides Boero y Alfredo Chirinos Rebaza. Este último había sido propuesto por el CMP. Los miembros ejecutivos eran veinte. Los propuestos por el Ministerio de Salud eran: Manuel Alencastre Gutiérrez, Enrique Rubín de Celis Talavera, Walter Peñaloza Ramella, Jorge Castello Castello, Oscar Macedo López, Antonio Meza Cuadra, Ernesto Coloma Maldonado, Manuel Bernales Alvarado, César Palomino Toledo, Carlos Bustíos Romani, David Tejada Pardo, Roberto Beltrán Neyra, Humberto Zapata Rivas y Julio Sánchez Quiroz del Valle. Los propuestos en segunda instancia eran: José Barsallo Burga, Enrique Vallejos Paulet, Roger Guerra-García Cueva, Elsa Bonifacio de Vásques, Fabiola Távera de Martínez y Rosa Rey Vega. Posteriormente, en enero de 1976, el doctor Castello, director de estudios de la Escuela de Salud Pública del Perú, que había ingresado al CAEM, fue reemplazado por el Dr. Armando Becerra Hidalgo, quien egresaba del CAEM.

Finalmente, el 10 de noviembre de 1975, tres meses después de su constitución formal, se realizó en el Ministerio de Salud la ceremonia de instalación de la Comisión ampliada la cual fue presidida por el nuevo ministro de Salud, Mayor general FAP Jorge Tamayo de la Flor.

Inicio del funcionamiento de la comisión

Desde el inicio del trabajo, se eliminó la distinción entre miembro consultivo y ejecutivo; se debe recordar que solamente la mitad de los consultivos se incorporaron realmente a la CPLGS. Por otro lado, la forma en que el gobierno acordó con los representantes de la orden médica la composición final de la CPLGS, así como los cambios en la conducción del Gobierno Militar determinaron que en la misma se diferenciaron, durante el trabajo de formulación del Proyecto, dos grupos que confrontaban propuestas. El primer grupo, que defendería y suscribiría la propuesta en mayoría contenida en el *Informe General de la CPLGS*, estuvo conformado por los miembros ejecutivos nombrados en primera instancia —con excepción del químico-farmacéutico Zapata que optó por sumarse al otro grupo— y la licenciada Elsa Bonifacio nombrada en segunda instancia. A su vez, el segundo grupo, que defendería y suscribirían total o parcialmente la propuesta en minoría “Posiciones singulares en relación al Modelo de Salud”, estuvo constituido por cinco de los siete miembros adicionados en segunda instancia, así como por el citado Zapata. El primer grupo estaba liderado por el sanitarista

Armando Becerra, alto funcionario del Ministerio de Salud que egresaba del CAEM. El segundo grupo, a su vez, estaba liderado por el médico obstetra José Barsallo Burga, representante del Colegio Médico del Perú, dirigente gremial de los hospitales del Seguro Social y destacado miembro del Partido Aprista Peruano.

Los 20 miembros ejecutivos de la Comisión y el Dr. Chrinós trabajaron a dedicación exclusiva durante todo el proceso. En la primera etapa del mismo, el trabajo se desarrolló esencialmente a través de subcomisiones encargadas de determinados temas. Cada miembro de la CPLGS estuvo a cargo de la conducción de una subcomisión, la cual era conformada por profesionales de distintas disciplinas procedentes de otras entidades públicas, algunos de los cuales fueron transferidos temporalmente a la CPLGS. Cada subcomisión producía los documentos solicitados en el campo de su especialidad, que luego eran puestos a consideración del pleno de la CPLGS. A continuación, cada documento era revisado por el pleno, siendo su contenido objeto de prolongados debates para su corrección, redacción y aprobación, casi siempre, de manera consensual. El documento aprobado entraba a formar parte del Informe Preliminar del Estudio para lo cual se tenía mucho cuidado con asegurar su coherencia externa con el resto del contenido del informe. En los primeros meses, las subcomisiones recogieron y procesaron información proporcionada por 146 instituciones y empresas estatales y no estatales, con la colaboración temporal de 350 profesionales de las distintas disciplinas sociales y de salud.

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

La segunda etapa del trabajo de la CPLGS: abril 1976-febrero 1977 ***Lineamientos Generales de Política de Salud, mayo 1976***

Para garantizar que la propuesta final de la CPLGS fuera concordante con la nueva orientación política del Gobierno Militar, funcionarios del Ministerio de Salud – con la participación de dos miembros de la CPLGS – formularon doce Lineamientos Generales de Política de Salud, aprobados el 11 de mayo de 1976 por el Consejo de Ministros.³² Estos lineamientos eran totalmente coherentes con el contenido del Informe Preliminar de la CPLGS y sirvieron,

³² Ministerio de Salud. Lineamientos Generales de Política de Salud

en todo caso, para precisar el marco político dentro del cual debía continuar trabajando la comisión. El lineamiento nº 3 decía textualmente:

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

Elaboración del Informe General de la CPLGS

Durante la segunda parte de su trabajo, la comisión efectuó las siguientes tareas: reajuste y completamiento del diagnóstico de la situación de salud, enjuiciamiento de la situación de salud, desarrollo del modelo global de salud deseado, esbozo del Plan de Conversión para el paso gradual del estado actual al estado deseado y aprobación del contenido del *Informe General de la CPLGS*.³³

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

³³ CPLGS. Informe General de la Comisión para el Proyecto de Ley General de Salud.

dichos debates de manera democrática y con una racionalidad esencialmente comunicativa.

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

...hemos coincidido en el análisis y conclusiones diagnósticas sobre la actual situación de salud del país y en el enjuiciamiento de ella... Se ha concordado también entre los objetivos de salud, en los objetivos del modelo de atención que se propone... Pero hay tres aspectos fundamentales en los que no hay coincidencia y se refieren a los mecanismos que habrán de conducirnos al logro de nuestros comunes objetivos... (CPLGS, 1976, p. I)

La propuesta en mayoría fue suscrita por quince miembros de la CPLGS. Seis médicos sanitarios: Manuel Alencastre, Armando Becerra, Carlos Bustíos, Ernesto Coloma, Mario León y Enrique Rubín de Celis. Un médico pediatra, Antonio Meza Cuadra. Un médico obstetra del Seguro Social del Perú, César Palomino. Un médico de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, Julio Sánchez. Un odontólogo y educador, Roberto Beltrán. Una enfermera sanitaria, Elsa Bonifacio. Un educador y filósofo, Walter Peñaloza. Un sociólogo, Manuel Bernal. Un jurista, Manuel Delgado Bedoya. Un economista, David Tejada Pardo. Esta mayoría suscribió un MODELO GLOBAL DE SALUD, cuyo diseño resultó de un trabajo interdisciplinario que –partiendo del entendimiento de que la problemática sanitaria es, fundamentalmente, una manifestación de la problemática social global– trató de concordar un conjunto de principios sanitarios y el mejor conocimiento de la situación de salud en el país con las nuevas oportunidades que parecía ofrecer el proceso social peruano. Los rasgos distintivos de dicho modelo residían en su carácter intersectorial y participativo, así como el tipo de propiedad y el financiamiento solidario de uno de sus componentes: el Servicio Nacional Participatorio de Salud (SENPAS).

La propuesta en minoría fue suscrita en su integridad por cuatro miembros de la CPLGS: un médico obstetra del Seguro Social del Perú, José Barsallo Burga; una enfermera docente, Faviola Tavera de Martínez; una obstetrix, Rosa Rey Vega y un químico-farmacéutico, Humberto Zapata Rivas. Esta propuesta era la de un SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

con cuatro grandes instituciones efectoras. La propuesta era muy similar a la aprobada en el I Congreso Médico Nacional de 1976, organizada por el CMP, durante la gestión del decano Dr. Manuel Pizarro.³⁴

Las posiciones singulares fueron presentadas por otros dos médicos del Seguro Social del Perú. Una era la del doctor Enrique Vallejos Paulet y consistía en un desarrollo de las recomendaciones que, al respecto, se habían hecho en el Primer Seminario del Colegio Médico del Perú, realizado en 1974, durante la gestión del decano Waldo Fernández. La otra posición singular era la presentada por el Dr. Alfredo Chirinos Rebaza³⁵ que proponía realizar la Reforma en Salud en el decenio 1977-1986 teniendo como objetivo final el Seguro Nacional de Salud: “En el primer quinquenio 1977-1981 se tratará de alcanzar los objetivos nacionales y sectoriales de salud a través de un Sistema Nacional de Servicios de Salud. Paralelamente y con miras a un claro objetivo final deben ir implementándose las bases legales y financieras pertinentes, de tal suerte que para 1986 el país puede ser beneficiado con y a través de un Seguro Nacional de Salud.... El régimen de propiedad y de gestión acordes con los cambios históricos mundiales y la creación del Banco de la Seguridad Social que garantiza su adecuación financiera permanente...” (*Informe General de la CPLGS*, 1976, p. vii).

Veinticinco días después de ser presentado el Informe General al ministro de salud Jorge Tamayo de la Flor, este fue promovido políticamente al cargo de ministro de Aeronáutica, siendo reemplazado por el general FAP Humberto Campodónico Hoyos quien inició sus funciones como nuevo ministro de Salud el 1º de enero del año 1977. La presentación del Informe al Consejo de Ministros debió ser postergada,

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

Menos de dos meses después del inicio de la gestión del nuevo ministro de Salud, en febrero de 1977, la CPLGS sustentó ante el Consejo de Ministros las dos propuestas alternativas y las dos posiciones en minoría, todas ellas contenidas en su Informe General. La propuesta en mayoría fue sustentada por el Dr. Roberto Beltrán Neyra, quien enfatizó la coherencia de las características del modelo de reforma diseñado con las reales necesidades de salud de la población peruana en el marco establecido por el mismo Consejo de Ministros a través de los Lineamientos Generales de Política de Salud aprobados el año anterior. Por otro lado, la propuesta de la minoría fue fundamentada por el Dr. José Barsallo Burga. Luego de la sustentación de las propuestas ante el Consejo de Ministros, estando el *Informe General* en coordinación intersectorial, la Comisión tuvo la oportunidad de informar y absolver observaciones de algunos ministerios. En marzo de 1977, por

³⁴ I Congreso Médico Nacional. Op. Cit. También, CPLGS. Op. Cit.

³⁵ CPLGS. Op. Cit.

Resolución del primer ministro del Gobierno Militar, se dio por concluidas las funciones de la CPLGS. Se habían cumplido diecinueve meses desde su instalación.

BIBLIOGRAFÍA

1. BARSALLO, José. (1999) La salud está enferma. A propósito de la Reforma en Salud y la Modernización de la Seguridad Social. Lima, octubre.
2. BUSTÍOS, Carlos. (1985) Atención médica y su contexto, Perú 1963-1983. Escuela de Salud Pública del Perú y OPS/OMS.

_____ (2007) Crisis de los sistemas de salud y de seguridad social en el Perú: 1968-1990. Lima: Facultad de Medicina de la UNMSM.

_____ (2008) El Sector Salud en el Perú: 1969-1991, pp. 179-320. En: Historia de la Salud en el Perú. Volumen 3. Período de la República (2ª parte). Lima: Academia Peruana de Salud.
3. BUSTÍOS, Carlos y SIFUENTES, Elías. (1998) La Salud Pública en una sociedad en recomposición. Período 1956-1968, pp. 188 - 228. En: PERÚ. La Salud Pública durante la República Demoliberal. Primera Parte: 1933-1968. Lima: Consejo Superior de Investigaciones de la UNMSM.
4. COAP. (1974) Plan del Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada (Plan Inca), pp. 37-118. En: La Revolución Nacional Peruana: Manifiesto, Estatuto Plan del Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada. Lima: Universo.
5. I CONGRESO MÉDICO NACIONAL. (1976) Mociones Aprobadas por la Asamblea Nacional del I Congreso Médico Nacional. III Tema Oficial: Ley General de Salud. I. Modelo de Salud. Lima, 28 de agosto.
6. COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. (1974) Plenario Nacional y Primer Seminario del Colegio Médico del Perú. Acta Médica Peruana, pp. 235-240. Vol. III, nº 3 y 4.

_____ (1976) Resultado Oficial de la Encuesta Nacional del Colegio Médico del Perú. Computarizado por Centro de Procesamiento de Datos S.A. Lima: Publicaciones del Colegio Médico del Perú.
7. COMISIÓN DE LA FUERZA ARMADA Y FUERZAS POLICIALES. (1977) Proyecto de Plan de Gobierno Túpac Amaru (Período 1977-1980). Lima: Diario Correo.

8. CPLGS. (1976) Informe General de la Comisión para el Proyecto de Ley General de Salud. Ministerio de Salud. Noviembre.
9. COTLER, Julio. (1994) Crisis política, outsiders y autoritarismo plebiscitario: el fujimorismo, pp. 178-179. En: Política y sociedad en el Perú. Cambios y continuidades. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
10. FEDERACIÓN MÉDICA PERUANA. (1982) Pronunciamiento del 10 de mayo de 1976. Firmado por Enrique Sabogal M., Presidente, y Manuel Carvalho G., Secretario General. Reproducciones del Programa de Maestría en Salud Pública. Escuela de Salud Pública del Perú.
11. FERNÁNDEZ, Waldo. (1975) Al término de su Decanato. Memoria del Dr. Waldo Fernández, pp. 97-102. Acta Médica Peruana, vol. IV, n° 1-4.
12. GRFA. (1977) Decreto Ley N° 17523 del 21.3.69 concordado con otros Decretos Leyes hasta 8.11.77. Lima: Imprenta del Ministerio de Salud.
_____. Decreto Ley N° 19326. Ley General de Educación, pp. 6-8. Publicación de la UNMSM. Lima: Imprenta de la UNMSM.
13. GUERRA GARCÍA, Francisco. (1979) Significado histórico de la Revolución Peruana. Cuadernos de Marcha, pp. 45-55. Segunda Época. 1 (4). México. Nov.-Dic.
14. LICHTENSZTEJN, Samuel. (2001) Pensamiento económico que influyó en el desarrollo latinoamericano en la segunda mitad del siglo veinte, pp. 91-99. Comercio Exterior 51 (2). México, febrero.
15. LÓPEZ, Sinesio. (1995) Estado, régimen político e institucionalidad en el Perú, pp. 552-557. En Gonzalo Portocarrero - Marcel Valcárcel (eds.). El Perú frente al siglo XXI. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
16. MINISTERIO DE SALUD. (1969) Integración Orgánica del Sector Salud. Documento Confidencial. Lima, setiembre.
_____. (1975) Reforma en Salud. Documento presentado al Ministro de Salud F. Miro Quesada Bahamonde (Circulación reservada). Lima, febrero.
_____. (1975) Informe Final del Primer Seminario sobre Estructura Socio-política y Política Sectorial de Salud. Lima: Escuela de Salud Pública del Perú. 7-12 de abril.

_____ (1976) Plan Bienal Sector Salud 1975-1976. Lima: Oficina Sectorial de Planificación de Salud.

_____ (1976) Lineamientos Generales de Política de Salud. 11 de mayo (Documento Reservado).

_____ (1978) Código Sanitario. Decreto Ley N° 17505. Asesoría Jurídica de Salud. Lima: Imprenta del Ministerio de Salud.

17. OPS/OMS. (1972) Sistemas de Salud. Publicación Científica. N° 234. OPS.

18. PATRÓN FAURA, Pedro y PATRÓN BEDOYA, Pedro. (1997) Derecho Administrativo y Administración Pública en el Perú. Sexta edición ampliada y actualizada.

19. PEASE GARCÍA, Henry. (1977) El ocaso del poder oligárquico. Lucha política en la escena oficial 1968-1975. Lima: DESCO.

20. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. (1977) Plan de Gobierno Túpac Amaru. Decreto Supremo N° 020-77-PM. Lima: Oficina Central de Información.

21. SULMONT, Denis. (1980) El Movimiento Obrero frente a las Reformas y la Crisis (1968-1979), pp. 99-134. En: El Movimiento Obrero Peruano (1890-1980). Reseña histórica. Tarea, 30 de julio.