



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y TUBERCULOSIS EN EL PERÚ
NEOLIBERAL (1990-2016)**

JHOMELIN MILAGROS FLORES BORDAIS

Foz do Iguaçu
2018



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y TUBERCULOSIS EN EL PERÚ
NEOLIBERAL (1990-2016)**

JHOMELIN MILAGROS FLORES BORDAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

Orientador: Prof^ª. Dra. Silvia Lima de Aquino
Coorientador: Prof^ª. Dra. Carmen Gamarra

Foz do Iguaçu
2018

JHOMELIN MILAGROS FLORES BORDAIS

**POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y TUBERCULOSIS EN EL PERÚ
NEOLIBERAL (1990-2016)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dra. Silvia Lima de Aquino
UFRGS

Coorientadora: Prof^a. Dra. Carmen Justina Gamarra
UNILA

Prof. Dr. Reinaldo Antonio Da Silva Sobrinho
UNIOESTE

Prof^a. Dra. Silvia Aparecida Zimmermann
UNILA

Prof. Dr. Walfrido Kuhl Svoboda
UNILA

Foz do Iguaçu, 13 de julho de 2018.

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação da Biblioteca Latino-Americana
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA

B727

Bordais, Jhomelin Milagros Flores.

Políticas públicas en salud y tuberculosis en el Perú neoliberal 1990-2016 / Jhomelin Milagros Flores Bordais. - Foz do Iguaçu, 2018.

174 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento. Foz do Iguaçu-PR, 2018.

Orientador: Silvia Lima de Aquino.

Coorientador: Carmen Justina Gamarra.

1. Tuberculose - Perú. 2. Política Pública - Perú. 3. Pobreza - Perú. 4. Neoliberalismo. I. Aquino, Silvia Lima de. II. Gamarra, Carmen Justina. III. Universidade Federal da Integração Latino-Americana. IV. Título.

CDU 35.077:616-002.5(85)

A la valentía de mi padre, Máximo Flores, y al coraje de mi madre, Eddy Bordais. Sin ellos, nada en mi vida tendría sentido.

AGRADECIMENTOS

A mi profesora orientadora, Silvia Lima de Aquino, por su constante orientación en este trabajo y por asumir el reto de guiarme en este camino de las ciencias sociales.

A mi profesora coorientadora, Carmen Justina Gamarra, por sus correcciones y sus aportes desde el área de la salud.

A los pacientes afectados por tuberculosis del Centro de Salud San Cosme, por permitirme haber compartido y vivido sus días de lucha contra la enfermedad en un sistema que los excluye diariamente.

A todos los profesores del Programa de Pos-graduación en Políticas Públicas y Desarrollo, por sus enseñanzas y por la confianza transmitida en todos los momentos y espacios de este proceso académico.

A los profesores miembros de la banca por las orientaciones que me ayudaron a fortalecer este trabajo de disertación.

A mis colegas del curso de la maestría por los constantes debates en sala de aula y por los buenos momentos compartidos.

A Claudio, secretario del PPG-PPD, por su paciencia, por recibirme siempre con una sonrisa y por estar siempre con la disponibilidad de ayudar a todos los alumnos.

A mis padres, por su constante apoyo en este camino lejos de casa y porque siempre me incentivaron a estudiar y a luchar con fortaleza ante las adversidades de la vida. A ellos mi vida, mis consideraciones y mi amor eterno.

A mis hermanos, Halley, Jesús y Lourdes, por su cariño, por su constante aliento y por ser mi fuerza inspiradora en la denuncia de las injusticias sociales.

A mis abuelos Sixta, Ángel, Teófila y Macario, por ser fuente de conocimiento para enfrentarme a la vida.

A Franz, por su paciencia, comprensión y por su cariño incondicional.

A todos los amigos/hermanos latinoamericanos que la UNILA me permitió conocer, por las vivencias compartidas lejos de nuestros terruños.

Y de manera muy especial, a Nadezhda, mi primogénita, porque la luz de su llegada me dio las fuerzas necesarias para culminar este trabajo.

La mayor enfermedad hoy día no es la lepra ni la tuberculosis sino más bien el sentirse no querido, no cuidado y abandonado por todos. El mayor mal es la falta de amor y caridad, la terrible indiferencia hacia nuestro vecino que vive al lado de la calle, asaltado por la explotación, corrupción, pobreza y enfermedad.”

(Madre Teresa de Calcuta)

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que viene ocasionando gran impacto sobre la salud de las distintas sociedades del mundo. Es a partir del siglo XIX que la tuberculosis se considera como una enfermedad social que mayor muerte ocasiona y que afecta, prioritariamente, a poblaciones vulnerables que viven en situación de pobreza y extrema pobreza. Tal situación nos lleva, por un lado, a inferir que la tuberculosis es una enfermedad que se vincula directamente a las relaciones de clase. Y, por otro lado, nos permite concluir que una intervención más efectiva en el problema radicaría en la formulación de políticas públicas de salud, destinadas a combatir la tuberculosis, a partir de la condición social de las personas afectadas. En ese sentido, nuestro trabajo tuvo como objetivo entender como lidian las políticas públicas en salud, dirigidas a controlar y erradicar la tuberculosis en el Perú (1990-2016), con la condición social de la población afectada por la enfermedad. Para ello, el presente estudio se fundamentó en la investigación bibliográfica y documental, así como en la recolección de informaciones, por medio de la investigación cualitativa. La investigación cualitativa se basó en trabajo de campo con aplicación de entrevistas semi-estructuradas direccionadas a pacientes afectados por la enfermedad y a los profesionales de salud del Centro de Salud San Cosme, institución de salud localizada en el distrito de La Victoria (distrito de Lima), responsable de atender a la población de una localidad denominada Cerro San Cosme, lugar conocido como “el Cerro que tose”. Esta localidad, al mismo tiempo que posee un número elevado de personas afectadas por la enfermedad, enfrenta altos índices de pobreza. Así también, se realizó observación participante en el referido Centro de Salud y en el área de jurisdicción de este, en el proceso de atendimento a los pacientes. Con la realización de esta disertación podemos concluir que el problema de la tuberculosis no puede ser resuelto solo con una política pública basada en la administración de medicamentos, sino que depende, fundamentalmente, de la mejoría de las condiciones de vida de la población afectada. Ello supone la creación de una política pública basada en un abordaje integral y que, por lo tanto, más allá de considerar el aspecto epidemiológico, tome en cuenta también el contexto social de la población afectada.

Palabras clave: Tuberculosis. Políticas Públicas. Pobreza. Neoliberalismo. Perú.

RESUMO

A tuberculose é uma doença infecciosa que tem um grande impacto na saúde das diferentes sociedades do mundo. É a partir do século XIX que a tuberculose é considerada uma doença social, que causa mais mortes e afeta, principalmente, populações vulneráveis que vivem em situação de pobreza e pobreza extrema. Tal situação nos leva, por um lado, a inferir que a tuberculose é uma doença que está diretamente ligada às relações de classe. E, por outro lado, nos permite concluir que uma intervenção mais efetiva no problema repousaria na formulação de políticas públicas de saúde, destinadas a combater a tuberculose, a partir do status social das pessoas afetadas. Neste sentido, nosso trabalho teve como objetivo compreender como as políticas públicas de saúde, destinadas a controlar e erradicar a tuberculose no Peru (1990-2016), lidam com o status social da população afetada pela doença. Para tanto, o presente estudo se fundamentou em pesquisa bibliográfica e documental, bem como em na coleta de informações, por meio de pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa se baseou em trabalho de campo com a aplicação de entrevistas semiestruturadas direcionadas tanto a pacientes acometidos pela doença, quanto aos profissionais de saúde do Centro de Saúde São Cosme, instituição de saúde localizada no distrito de La Victoria (distrito de Lima), responsável por atender a população de uma localidade denominada Cerro San Cosme, também conhecido como o “Cerro que tosse”. Esta localidade, ao mesmo tempo em que possui um elevado número de pessoas contaminadas com a doença, enfrenta altos índices de pobreza. Também foi realizada observação participante, tanto no referido centro, quanto na área de jurisdição do mesmo, no processo de atendimento aos pacientes. Com realização da dissertação podemos concluir que o problema da tuberculose não pode ser resolvido apenas com uma política pública assentada a prescrição de remédios, mas, depende, fundamentalmente da melhoria das condições de vida da população afetada. Isto supõe a criação de uma política pública assentada em uma abordagem integral e que, portanto, além de considerar o aspecto epidemiológico, leve em conta também o contexto social da população afetada.

Palavras-chave: Tuberculose. Políticas Públicas. Pobreza. Neoliberalismo. Peru.

ABSTRACT

Tuberculosis is an infectious disease with significant impact on health in many different parts of the world. After the nineteenth century, tuberculosis principally became considered a social malady with the highest prevalence and mortality for populations living in poverty and extreme poverty. This leads us to infer that tuberculosis is directly linked to class relations. It also allows us to presuppose that the most effective intervention for eradication is in public health interventions targeted at the social condition of affected persons. To this end, our work intended to understand how public health policy directed to control and eradicate tuberculosis in Peru from 1990 to 2016 interface with the social condition of the affected population. The present study was based in bibliographic and documented evidence, as well as qualitative research. The qualitative component was based on field research with semi-structured interviews with patients affected by the disease and health care professionals at the Health Center San Cosme in the Victoria neighborhood in Lima, Peru. This center was chosen as the attendant center to the location Cerro San Cosme, known as the "hill that coughs." This location has high prevalence of both tuberculosis and poverty. Participant observation in the same location and jurisdiction was performed during the process of attending to the patients. With the realization of this dissertation, we can conclude that the problem of tuberculosis cannot be solved with public policy based only on the administration of medications; on a fundamental level, it depends on the betterment of conditions of the affected population. This supports the creation of public policy based on an integrated approach that considers both the epidemiologic and social contexts of populations affected by tuberculosis.

Key words: Tuberculosis. Public politics. Poverty. Neoliberalism. Peru.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - La Tuberculosis en el Mundo y en las Américas	18
Figura 2 - Reporte de casos de tuberculosis en Brasil (2017)	19
Figura 3 – Reporte de casos de tuberculosis en Perú (2017).....	20
Figura 4 – Ubicación del distrito La Victoria.....	26
Figura 5 – Distrito de La Victoria – Lima, Perú (2017).....	27
Figura 6 – Plano jurisdiccional del Centro de Salud San Cosme – Red de Salud Lima Ciudad (2010).....	28
Figura 7 – Organigrama del Centro de Salud San Cosme – Lima, Perú (2017).....	30
Figura 8 – Pasaje de entrada al Centro de Salud San Cosme, con vista panorámica del cerro San Cosme – Lima, Perú (2018)	32
Figura 9 – Vista frontal del Centro de Salud San Cosme, al fondo el cerro San Cosme – Lima, Perú (2018)	32
Figura 10 - Vista panorámica del cerro San Cosme – Lima, Perú (2014)	33
Figura 11 – El cerro San Cosme, vista desde una calle aledaña – Lima, Perú (2012)	34
Figura 12 – Proceso de formación de la agenda institucional según Subirats (2006)	53
Figura 13 – Esquema del ciclo de las Políticas Públicas diseñado por MacGregor (1979).....	65
Figura 14 – Ciclo de Políticas Públicas según Leonardo Secchi (2015).....	66
Figura 15 – Ciclo de las Políticas Públicas según Maria Rúa (2009)	67
Figura 16 – Ampulhetas em paralelo de ciclo e os atores da política pública	71
Figura 17 – Tasa de incidencia de tuberculosis en los departamentos del Perú (2012).....	102
Figura 18 – Proporción de casos de TB por regiones de salud. Perú (2012)	103
Figura 19 – Incidencia de Tuberculosis por grupos de edad y sexo, Perú (2013) ..	104
Figura 20 – Mapa del Sistema de Salud del Perú (2016)	119

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 – Organización del Centro de Salud San Cosme – Lima, Perú (2012).....	31
Cuadro 2 – Datos de los entrevistados en la primera etapa del trabajo de campo...	37
Cuadro 3 – Datos de los entrevistados en la segunda etapa del trabajo de campo .	38
Cuadro 4 – Síntesis del Modelo de Kingdon (1995)	56
Cuadro 5 – Síntesis de los modelos de categorización de los actores	63
Cuadro 6 – Cinco estágios do ciclo político e sua relação com a resolução aplicada de problemas, segundo Howlett, Ramesh y Pearl (2013)	70
Cuadro 7 – Síntesis del modelo de Cobb, Ross y Ross (1970 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013)	74
Cuadro 8 – Ocupación de los afectados por tuberculosis, notificados al sistema de vigilancia epidemiológica durante los años 2013-2014, Perú.....	105

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografía 1 – Vista frontal del Centro de Salud San Cosme – Lima, Perú (2018)	167
Fotografía 2 – Ambientes de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud San Cosme – Lima, Perú (2018)	167
Fotografía 3 – Vista frontal del ambiente de esquema sensible del Programa de Tuberculosis del Centro de Salud San Cosme – Lima, Perú (2018)	168
Fotografía 4 – Parte interna del ambiente de esquema sensible del Programa de Tuberculosis del Centro de Salud San Cosme. Tapers individuales de los pacientes, contienen los medicamentos – Lima, Perú (2018)	168
Fotografía 5 – Paciente del esquema MDR, mostrando las pastillas de su tratamiento – Lima, Perú (2018)	169
Fotografía 6 – Paciente abriendo las pastillas para tomar su tratamiento – Lima, Perú (2018)	169
Fotografía 7 –Entrevista a un paciente afectado por tuberculosis – Lima, Perú (2018)	170
Fotografía 8 – Entrevista a una Agente Comunitaria en Salud – Lima, Perú (2018)	170
Fotografía 9 – Observación participante con una de nuestras entrevistadas. Acompañamiento en el tratamiento – Lima, Perú (2018)	171
Fotografía 10 – Observación participante con uno de nuestros entrevistados. Orientación sobre el tiempo de su tratamiento – Lima, Perú (2018)	171
Fotografía 11 – Recorrido del Cerro San Cosme como parte del acompañamiento a las visitas domiciliarias de los pacientes con tuberculosis – Lima, Perú (2018)	172
Fotografía 12 – Calles del Cerro San Cosme – Lima, Perú (2018)	173
Fotografía 13 – Vista interna de la vivienda de un paciente afectado por tuberculosis. Se puede evidenciar que su domicilio consta de un solo ambiente que es usado para dormitorio, sala y cocina – Lima, Perú (2018)	174

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACS	Agente Comunitario de Salud
CS	Centro de Salud
ESN	Estrategia Sanitaria Nacional
ESNPCT	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis
FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
ILAESP	Instituto Latino-Americano de Economía, Sociedade e Política
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	Ministerio de Salud
NTSCT	Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAT	Paciente Afectado por Tuberculosis
TB	Tuberculosis
TBS	Tuberculosis Sensible
TB MDR	Tuberculosis Multidrogo Resistente
TB XDR	Tuberculosis Extensivamente Resistente
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

SUMÁRIO

INTRODUCCIÓN	17
JUSTIFICACIÓN	22
METODOLOGÍA	24
ÁREA DE ESTUDIO DE CASO	26
LAS ENTREVISTAS	36
CAPITULO I: ESTADO, INSTITUCIONES Y POLÍTICAS PÚBLICAS	42
1.1 EL ESTADO Y SUS INSTITUCIONES	44
1.2 CONTEXTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA	48
1.2.1 ¿Qué es una Política Pública?	48
1.2.2 ¿Cuándo un problema social pasa a ser un problema público?	51
1.2.3 Origen de las Políticas Públicas	54
1.2.4 Instituciones, ideas y actores en el proceso de la Política Pública	57
1.2.4.1 <i>Instituciones en el proceso de la Política Pública</i>	58
1.2.4.2 <i>Ideas en el proceso de la Política Pública</i>	60
1.2.4.3 <i>Actores en el proceso de la Política Pública</i>	61
1.2.5 Diversos abordajes del ciclo de las Políticas Públicas	64
1.2.6 Etapas del ciclo político-administrativo	68
1.2.6.1 <i>Montaje de la agenda</i>	71
1.2.6.2 <i>Formulación de la Política</i>	75
1.2.6.3 <i>Toma de decisión de la política</i>	77
1.2.6.4 <i>Implementación de la política</i>	80
1.2.6.5 <i>Evaluación de la política</i>	82
CAPITULO II: NEOLIBERALISMO Y SU INFLUENCIA EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD	84
2.1. NEOLIBERALISMO	84
2.1.1. Neoliberalismo en América Latina y en el Perú	87
2.2. NEOLIBERALISMO Y SU INFLUENCIA EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SANITARIAS	90
CAPITULO III: TUBERCULOSIS Y TRAYECTORIA DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS EN EL PERÚ NEOLIBERAL (1990-2016)	94

3.1 ¿QUÉ ES LA TUBERCULOSIS?.....	94
3.1.1 La Pobreza como determinante social de la tuberculosis.....	97
3.2 TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD DESATENDIDA Y UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA	100
3.3 SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ.....	101
3.4 TRAYECTORIA DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS EN EL PERÚ NEOLIBERAL	106
3.4.1. Alberto Fujimori Fujimori (1990 – 1995).....	108
3.4.1.1. <i>Políticas Sanitarias</i>	110
3.4.2. Alberto Fujimori Fujimori (1995 – 2000).....	111
3.4.2.1. <i>Políticas Sanitarias</i>	111
3.4.3. Alejandro Toledo Manrique (2001 – 2006).....	112
3.4.3.1. <i>Políticas Sanitarias</i>	113
3.4.4. Alan García Pérez (2006-2011).....	114
3.4.4.1. <i>Políticas sanitarias</i>	115
3.4.5. Ollanta Humala Tasso (2011 – 2016).....	116
3.4.5.1. <i>Políticas Sanitarias</i>	116
3.5. EL ACTUAL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL PERÚ.....	118
3.5.1. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT)	121

CAPITULO IV: POLÍTICA SANITARIA DE LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD “SAN COSME”

4.1 SAN COSME: “EL CERRO QUE TOSE”. LO QUE FUE Y LO QUE ES.....	123
4.2 CONDICIONES DE VIDA DE LOS HABITANTES DEL CERRO SAN COSME. 125	
4.3 PACIENTES AFECTADOS POR TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD SAN COSME	127
4.4 EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD SAN COSME Y SU EXPERIENCIA CON LA TUBERCULOSIS	128
4.4.1 La experiencia del personal de salud sobre las visitas domiciliarias a los pacientes afectados por tuberculosis.	130
4.4.2 Percepción del personal de salud sobre el abandono del tratamiento de los pacientes afectados por tuberculosis	131
4.4.3 Percepción del personal de salud sobre los implementos de protección personal y del ambiente laboral.	132
4.5 PERCEPCIONES Y REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA TUBERCULOSIS	133
4.5.1 Percepciones sobre el significado de la tuberculosis	134
4.5.2 Percepción sobre el tratamiento de la tuberculosis	136
4.5.3 Percepciones sobre el trato del personal de salud a los pacientes afectados por	

tuberculosis	137
4.5.4 Percepciones sobre el papel del Estado frente a la tuberculosis	138
CONSIDERACIONES FINALES	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
APÉNDICES	159
APÉNDICE A – CUESTIONARIO DE ENTREVISTA A LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SAN COSME – LIMA, PERÚ (2018).....	160
APÉNDICE B – CUESTIONARIO DE ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD SAN COSME – LIMA, PERÚ (2018)	162
APÉNDICE C – FOTOGRAFÍAS.....	167

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, las enfermedades ocasionaron fuertes impactos sobre la vida de las poblaciones. Grandes epidemias arrasaron pueblos enteros, epidemias que recién pudieron ser controladas con el paralelo avance de la medicina. Dentro de ese grupo de enfermedades que azotaron a la humanidad encontramos a la tuberculosis (TB), enfermedad que a mediados del siglo XIX fue considerada como la endemia que más muerte ocasionó. Fue en ese tiempo en donde se dio luz a los principales descubrimientos respecto a la enfermedad.

De acuerdo con Gill (2004), podemos destacar a tres científicos de la época que realizaron importantes descubrimientos a fin de menguar los estragos de la enfermedad. El primero fue el médico francés René Laennec (1781 – 1826), quien logró delimitar los cuadros semiológicos de enfermedades cardiacas y pulmonares. Así también, describió y caracterizó las múltiples lesiones anatomopatológicas, entre ellas la tuberculosis pulmonar y el compromiso tuberculoso de otros órganos. El segundo fue el médico militar francés Jean Antoine Villemin (1827 – 1892), quien constató la condición virulenta e inoculable de la enfermedad, llegando a la conclusión de que la tuberculosis era una enfermedad contagiosa y dependiente de un agente causal específico de forma de vida infinitamente pequeño, como ya lo había descrito Louis Pasteur. El tercero fue el médico alemán Robert Koch (1843 – 1910), quien el 24 de marzo de 1882 anunció la identificación del bacilo causante de la tuberculosis, hoy conocida como bacilo de Koch.

La tuberculosis es una enfermedad considerada tan antigua como la propia humanidad (BERTOLLI, 1993). Se dice que la enfermedad llegó al Perú junto con los conquistadores españoles, sin embargo, estudios de paleopatología han demostrado la presencia del bacilo de Koch en momias de las culturas prehispánicas peruanas (GÓMEZ; SOUZA, 2003), mucho antes de la conquista.

La Organización Mundial de la Salud – OMS (2016) define a la tuberculosis como una enfermedad infecciosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, que generalmente afecta a los pulmones, siendo esta enfermedad prevenible y curable. La forma de transmisión de la enfermedad se da a través del aire por contacto directo con la persona infectada a través de los bacilos que el enfermo de tuberculosis pulmonar expulsa al momento de toser, estornudar o escupir. La OMS considera a la tuberculosis un grave problema de salud pública a nivel mundial que

afecta principalmente a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, entre las que se encuentran las personas con bajos recursos económicos, las minorías étnicas, los migrantes, individuos con alguna comorbilidad como VIH¹ y diabetes, y personas con adicción a drogas o alcohol.

La OMS (2017), también, indica que la tuberculosis es la novena causa mundial de muerte y la primera por enfermedades infecciosas, ubicándose por encima del VIH/SIDA². La Figura 1, muestra los datos que evidencian el real problema de la tuberculosis en el mundo y en la región de las Américas. Reportándose así 9,6 millones de casos de tuberculosis en todas sus formas (TB Sensible, TB multidrogoresistente, TB extensivamente resistente) en el mundo y 277.200 de casos de tuberculosis en todas sus formas en la región de las Américas. En la Figura 1, también podemos evidenciar que los casos de TB asociada a VIH en el mundo constituyen 1,2 millones del total de casos estimados y de ellos 36 000 casos con esa asociación se concentran en la región de las Américas.

Figura 1 - La Tuberculosis en el Mundo y en las Américas



Fuente: Informe mundial sobre la tuberculosis, OMS, 2017³

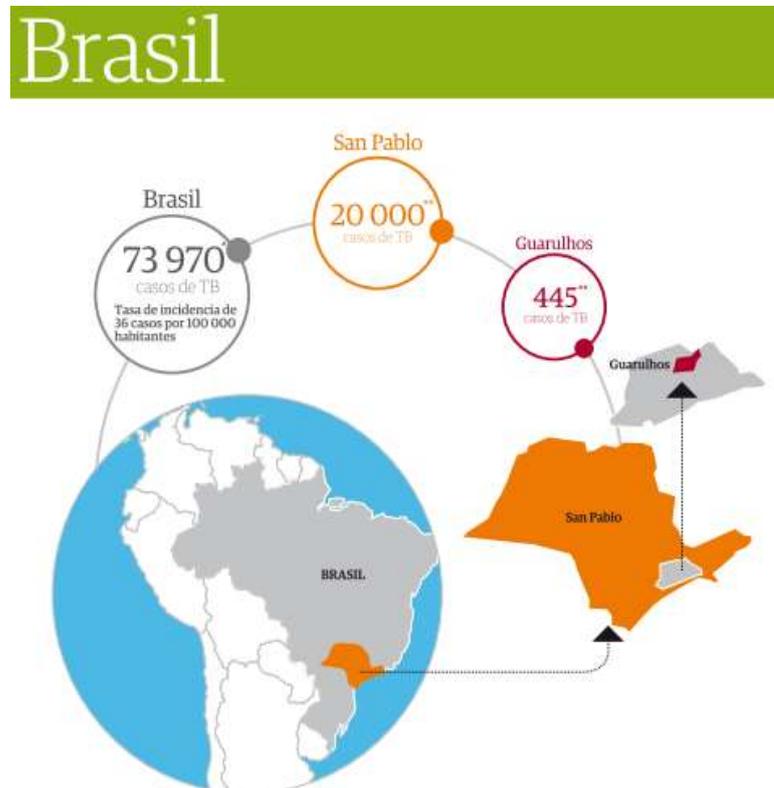
¹ VIH. Virus de la Inmunodeficiencia Humana, es un virus que ataca y destruye el sistema inmunitario del organismo afectado, destruyendo los mecanismos de defensa que nos protegen de las enfermedades.

² El estado avanzado de la infección por VIH, con la pérdida acentuada de las células protectoras del sistema inmunitario es clasificado como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

³ Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/. Acceso en set. 2017

Según los datos de la OMS (2017), dentro de los países de la región, Brasil ocupa el primer lugar con un registro de 73.970 casos de tuberculosis (Figura 2), seguido por Perú que presenta 30.008 casos (Figura 3), de los cuales el 60% de casos se concentran en Lima y Callao (ESNPCT⁴, 2014). Los últimos informes de la Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS (2017) sobre el control de la tuberculosis indican que la concentración de la tuberculosis se da prioritariamente en las grandes ciudades. Así, indican que en Guayaquil, Lima y Montevideo se reportan más del 50% de todos los casos del país y que la mayoría de ellos son casos de TB resistente a los medicamentos.

Figura 2 - Reporte de casos de tuberculosis en Brasil (2017)



Fuente: Informe mundial sobre la tuberculosis, OMS, 2017⁵

⁴ Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis – ESN-PCT

⁵ Disponible en http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/. Acceso en set. 2017

Figura 3 – Reporte de casos de tuberculosis en Perú (2017)



Fuente: Informe mundial sobre la tuberculosis, OMS, 2017⁶

Frente a las claras evidencias del impacto de la enfermedad en la región de las Américas, la OPS junto al apoyo financiero de otros actores como la USAID⁷ emprendieron la iniciativa de Control de la tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe, iniciativa que inició a implementarse en forma de piloto a partir del 2013 en los países con mayor carga de la enfermedad, como son: Brasil, Perú y Colombia, siendo San Pablo, Lima y Bogotá, respectivamente, las primeras ciudades en aplicarse dicha estrategia.

En base a los datos de la OMS (2017), las Figuras 2 y 3 muestran la referencia geográfica y los casos reportados por la iniciativa de Control de tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica, mostrando así el número de casos correspondientes a dos de las grandes ciudades, San Pablo con 20.000 casos y Lima con 16.618 casos.

Los datos presentados hasta aquí nos demuestran el gran impacto de la tuberculosis en la sociedad, lo que nos lleva a pensar que todos los esfuerzos por

⁶ Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/. Acceso en set. 2017.

⁷ Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

controlar y erradicar la enfermedad están siendo mínimos en comparación con su devastador efecto, dejando en evidencia el poco éxito de las políticas sanitarias de lucha contra la tuberculosis.

La tuberculosis en el Perú es considerada un grave problema de salud pública. Así, abordar el tema de la salud en el Perú resulta, hoy en día, una tarea muy compleja como es la realidad en sí misma. La gran distinción entre los estratos sociales y la inequitativa distribución de los recursos económicos marcan grandes diferencias entre los grupos poblacionales, no solo en el impacto de las enfermedades que los afectan, sino también respecto a sus condiciones y calidad de vida.

Desde el siglo XIX la tuberculosis fue identificada por Virchow y otros científicos de la época como una enfermedad social que se vincula a la pobreza y a las malas condiciones de vida y de trabajo (SILVER, 1987). Así también Melgen *et al.* (2013), afirma que la pobreza aumenta a causa de la tuberculosis, concluyendo que la tuberculosis es un factor que empobrece a las poblaciones afectadas. En base a estas afirmaciones es posible decir que la tuberculosis es una enfermedad vinculada directamente a las relaciones de clase, lo que nos lleva a pensar que una intervención efectiva de la enfermedad radicaría en enfocar las políticas públicas dirigidas a controlar la tuberculosis a partir de la condición social de las personas afectadas. Esto nos permite inferir que la tuberculosis no es una enfermedad propia del ámbito de la salud sino también un problema social.

Las políticas sanitarias actuales dirigidas a combatir la tuberculosis tienen en el enfoque biomédico su base prioritaria de intervención, un enfoque que busca maximizar la adherencia al tratamiento farmacológico por parte del paciente, quedando fuera de control los determinantes sociales que influyen en la ocurrencia y progreso de la enfermedad. Dichas políticas son frutos de una serie de reformas neoliberales dadas en el sector salud a nivel global y es a partir de la década de los noventa en donde se dan los más grandes cambios en las bases de los diversos sistemas de salud.

En el ámbito político peruano la llegada del gobierno fujimorista al poder influenció en las posteriores reformas sanitarias dadas en el Perú. Las políticas públicas sanitarias implantadas por los gobiernos a partir de 1990 abarcaron una serie de problemas relacionados entre sí que incluyeron la financiación de la asistencia sanitaria, salud pública, salud preventiva, enfermedades crónicas, la discapacidad, la atención a largo plazo y la salud mental (MINSA, 2013).

Por todo lo presentado hasta aquí, el presente trabajo de disertación titulado “Políticas públicas y tuberculosis en el Perú neoliberal (1990-2016), tiene como objetivo principal analizar la trayectoria de las políticas sanitarias en el Perú, para identificar cómo fue abordada la política de combate a la tuberculosis, considerando esta trayectoria. Con ese objetivo definimos como recorte temporal el periodo que va de 1990 hasta el 2016, que abarca los gobiernos de: Alberto Fujimori Fujimori (1990-1995 y 1995-2000), Alejandro Toledo Manrique (2001-2006), Alan García Pérez (2006-2011) y Ollanta Humala Tasso (2011-2016).⁸

Además, la disertación tiene como objetivos específicos: 1) examinar la influencia del neoliberalismo en el proceso de elaboración de políticas públicas en salud dirigidas a combatir la tuberculosis en el Perú (1990-2016); 2) analizar las estrategias de las políticas públicas en salud dirigidas a combatir la tuberculosis en un contexto empírico, con un estudio de caso en el Centro de Salud San Cosme; 3) describir las características de las personas afectadas por tuberculosis en base a los datos del Ministerio de Salud y a los datos que recopilaremos en nuestra pesquisa de campo; 4) analizar las percepciones de las personas afectadas por tuberculosis y de los profesionales del área de la salud, responsables de hacer efectiva la política de combate a la tuberculosis sobre la enfermedad y el tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

El interés en llevar a cabo la presente investigación surgió a partir de las experiencias personales y laborales (asistencial, campo e investigación) de la autora con personas afectadas por la tuberculosis en Lima-Perú. Nuestro primer contacto directo laboral con la enfermedad y con las personas afectadas fue con la Organización No Gubernamental (ONG) Socios en Salud, en donde realizamos trabajo de campo y visitas domiciliarias a los afectados. Este inicio laboral en el campo de la tuberculosis fue el trampolín que dio sentido a nuestra posterior vida académica, fue este inicio laboral lo que nos ayudó a decidir nuestra línea de investigación, porque con este trabajo tuvimos la oportunidad de compartir las vivencias de personas afectadas por la tuberculosis social más que por la tuberculosis clínica.

Siguiendo esta línea de investigación, posteriormente laboramos en la Universidad Peruana Cayetano Heredia en proyectos de investigación de nuevas

⁸El estudio no tendrá en cuenta el gobierno transitorio de Valentín Paniagua Corazao (2000 - 2001).

formas de diagnóstico de la enfermedad y finalmente, lo que nos llevó a convivir con una población de la que pareciera nadie se acuerda, por el alto número de casos de tuberculosis que registra y porque la pobreza se evidencia en cada esquina, fue realizar el SERUMS⁹ (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud) en el Centro de Salud San Cosme. El Centro de Salud San Cosme abarca en su jurisdicción al Cerro San Cosme, conocido como el “cerro que tose”. Es aquí donde fortalecemos nuestro interés en llevar a cabo el presente estudio, donde por nuestra experiencia nos surgen cuestiones de la relación entre la tuberculosis y la pobreza, de cómo el Estado debe lidiar con una enfermedad que presenta varias caras, de cómo se piensa que esta enfermedad debe curarse sólo con fármacos olvidando los factores que la determinan, de cómo aún a pesar de tan poco éxito se sigue en lo mismo.

Nuestro estudio tiene como pilar el establecimiento de un análisis que nos lleve a entender cómo lidian las políticas públicas en salud, dirigidas a combatir la tuberculosis en el Perú (1990-2016), con la condición social de la población afectada por tuberculosis en situación de pobreza. Para ello, esta propuesta se orienta en el entendimiento de que el combate de la tuberculosis solo desde el punto de vista epidemiológico se torna ineficiente. Ello porque comprende que la pobreza es un factor que compromete el tratamiento.

El recorte temporal de 1990 a 2016, obedece a la focalización en la producción de políticas públicas en salud durante el periodo del Perú neoliberal: 1990 hasta la actualidad (COTLER, 1994). Así también, porque en la década de los noventa se da la consolidación global, política y económica del neoliberalismo (PUELLO-SOCARRÁS, 2015), influenciando en las posteriores reformas sanitarias y reconfigurando los sistemas de salud en América Latina (HERNÁNDEZ, 2002).

Para el presente trabajo tenemos en claro que el principal enemigo a combatir no es la tuberculosis en sí, sino más bien las condiciones sociales de las personas afectadas. Por ello es necesario analizar y entender las políticas públicas dirigidas a combatir la enfermedad y cuál es el grado de importancia que le dan a la población afectada poseedora de bajos recursos económicos, teniendo en claro que no es lo mismo actuar con igualdad que con equidad a la hora de plantear estrategias

⁹ El SERUMS es un programa de servicio a la comunidad que está orientado a desarrollar actividades preventivo-promocionales en centros y puestos de salud del MINSA, o en establecimientos equivalentes de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, principalmente en las zonas rurales y urbano-marginales consideradas de menor desarrollo del país. <http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2010/>

y repartir recursos para la lucha contra este problema social, que si no es abordado de diferente forma todos los esfuerzos seguirán siendo mínimos.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se abordó desde la investigación cualitativa y su desarrollo estuvo orientado a resolver cada uno de nuestros objetivos. Para Goldenberg (1997), este tipo de investigación no se preocupa de la representatividad numérica sino más bien de la profundidad de la comprensión de un grupo social, de una organización, etc. Así también Silveira y Córdova (2009), afirman que la investigación cualitativa se preocupa de los aspectos de la realidad que no pueden ser cuantificados, centrándose en comprender y explicar la dinámica de las relaciones sociales, teniendo como características principales:

Objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências. (SILVEIRA y CORDOVA, 2009, p. 32).

Para la consecución de nuestros objetivos hicimos uso de la técnica de pesquisa documental y bibliográfica. De acuerdo con Fonseca (2002):

A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (FONSECA, 2002, p. 32).

Por otro lado, la pesquisa bibliográfica,

É feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Con la pesquisa documental se buscó analizar la influencia del neoliberalismo en el planteamiento de políticas públicas sanitarias en el Perú. Para ello la estrategia cualitativa usada fue la investigación descriptiva de las fuentes

primarias como los informes periódicos de la situación de salud en el Perú, la Norma Técnica de Salud para el control de la tuberculosis y los Lineamientos Políticos en Salud instaurados en cada gobierno peruano a partir de 1990 hasta el 2016, siendo así los gobiernos de: Alberto Fujimori Fujimori (1990-1995 y 1995-2000), Alejandro Toledo Manrique (2001-2006), Alan García Pérez (2006-2011) y Ollanta Humala Tasso (2011-2016).

La forma del análisis documental se realizó por medio del análisis de contenido del material recolectado, en donde se buscaron las informaciones básicas y relevantes en un tiempo determinado (1990-2016), ello nos permitió evidenciar la continuidad y discontinuidad de las políticas sanitarias en el Perú en cada cambio gubernamental a través del tiempo.

Con la pesquisa bibliográfica buscamos sustentar nuestra investigación en más referencias estudiadas y publicadas al respecto. Basándonos en investigaciones, ideologías o aquellos análisis que se proponen de diversas posiciones acerca del problema (GIL, 2007).

En nuestro trabajo de investigación uno de los objetivos consistió en analizar las estrategias de las políticas públicas en salud dirigidas a combatir la tuberculosis en un contexto empírico. A partir de este objetivo delimitamos como estudio de caso el Centro de Salud San Cosme, lugar donde realizamos nuestro trabajo de campo basado en la técnica de entrevistas semi-estructuradas y observación participante en donde conseguimos hacer anotaciones de campo sobre el proceso de toma de tratamiento de los pacientes en el centro de salud.

Según Fonseca (2002, p. 33)

Um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. Visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe (FONSECA, 2002, p. 33).

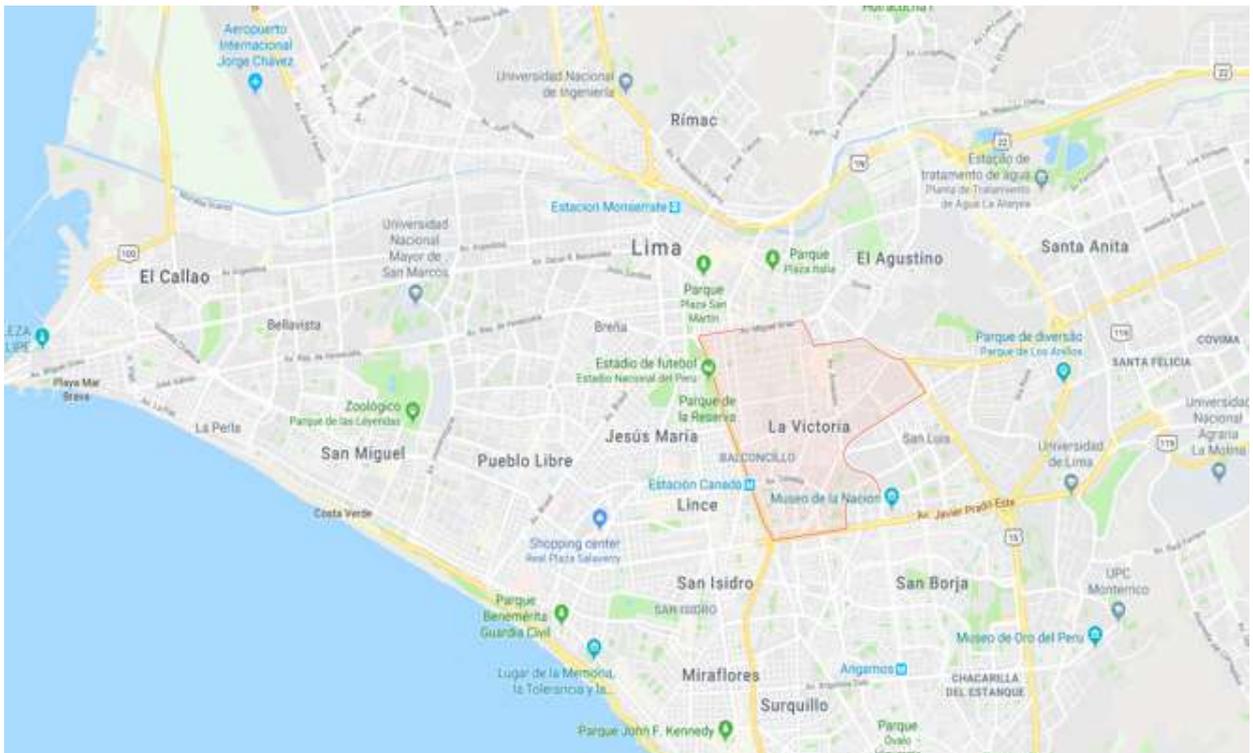
Lo que se pretendió con las entrevistas fue analizar las percepciones e interpretaciones de nuestros entrevistados (personal de salud, pacientes afectados por tuberculosis, agente comunitario de salud y un representante del tercer sector) sobre la enfermedad, el proceso de tratamiento y las políticas implementadas para su control y erradicación. En cuanto a los profesionales de la salud que trabajan en el

área de la ESN-PCT, buscamos analizar, además de estos temas, las percepciones que tienen sobre sus condiciones laborales en este ámbito.

ÁREA DE ESTUDIO DE CASO

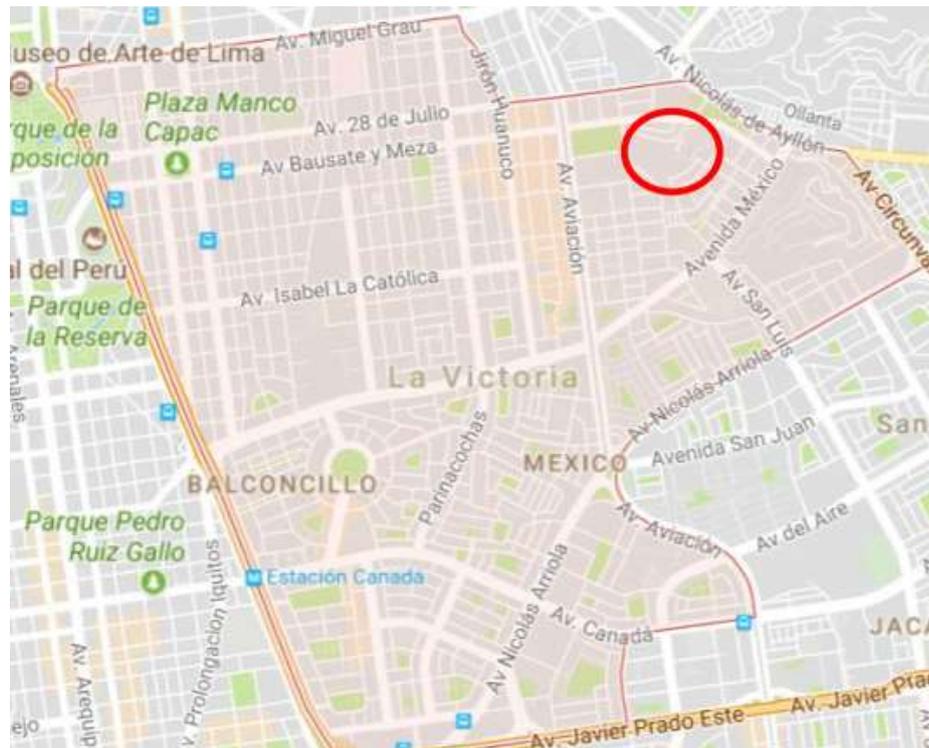
El centro de salud San Cosme, lugar escogido para emprender el trabajo de campo del presente estudio, se ubica en el distrito de La Victoria, en la provincia y departamento de Lima (Figuras 4 y 5). En este establecimiento de salud la tuberculosis se ubica como principal problema de salud y en su jurisdicción abarca zonas que presentan altos índices de pobreza y factores sociales que predisponen a la ocurrencia de la enfermedad.

Figura 4 – Ubicación del distrito La Victoria



Fuente: Adaptado de Google Maps (2018)

Figura 5 – Distrito de La Victoria – Lima, Perú (2017)



Fuente: Adaptado de Google Maps (2017)

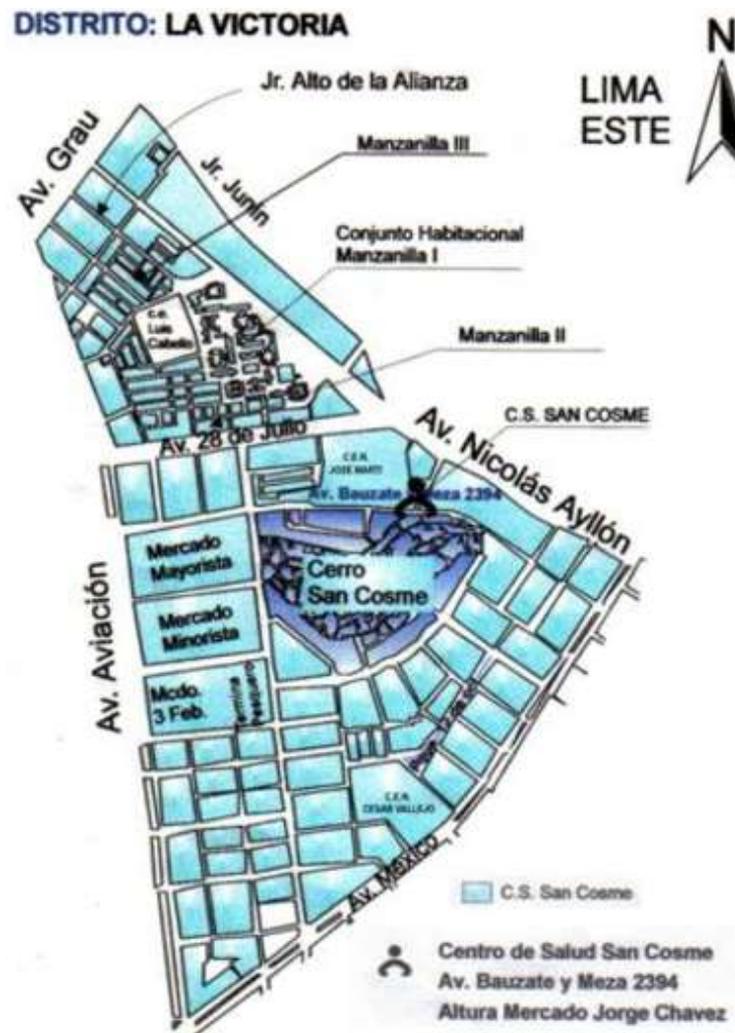
Para el 2011, según estimaciones del FONCODES¹⁰ (2011), el distrito de La Victoria contaba con 47.773 familias, con una población total de 189.325 habitantes y con un índice de pobreza de 15,8%. Un informe de la Municipalidad de la Victoria – MLV (2017, p. 9) destaca que La Victoria es uno de los distritos de mayor densidad poblacional, ello basado en las consideraciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI que proyecta la densidad a 175.372 habitantes (20.065 hab/km²). Con estos datos “se puede describir a La Victoria como un distrito que ha vivido en carne propia el fenómeno de la migración del campo a la ciudad como espacio habitacional atractivo, debido a su ubicación geográfica céntrica” (MLV, 2017, p.9).

Según el MINSA (2012), el Centro de Salud San Cosme (Figura 6), cuenta con una extensión territorial jurisdiccional de 8,74 km². Para llegar al establecimiento de salud se puede hacer uso de los buses de transporte público que consiguen dejarte a una cuadra del centro de salud. Las principales vías de acceso

¹⁰Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social. “Programa que trabaja con los gobiernos locales — para las personas en situación de pobreza — contribuyendo al desarrollo inclusivo del país, con inversión social de calidad, facilitando el acceso a oportunidades y al desarrollo de capacidades sociales, económicas y productivas.” <http://www.midis.gob.pe/index.php/es/foncodes>

son: Av. Nicolás Ayllón (Carretera Central), Av. México, Av. Bauzate y Meza, y la Av. Grau.

Figura 6 – Plano jurisdiccional del Centro de Salud San Cosme – Red de Salud Lima Ciudad (2010)



Fuente: Centro de Salud San Cosme, 2010

El centro de salud San Cosme:

Pertenece a la Red de Salud Lima Ciudad de la DISA V Lima Ciudad y posee una jurisdicción que comprende el Asentamiento Humano Manzanilla II, la Urbanización Manzanilla I y el Cerro San Cosme. El área está limitada por las avenidas: Grau, Nicolás Ayllón, México y Aviación. La población asignada es de 22,317 habitantes. Las condiciones de vida de la población de la zona son limitadas, con una alta proporción de su población en estado de pobreza e inequidad social. El Centro de Salud presenta una de las mayores tasas de incidencia de casos de tuberculosis que coinciden con una preocupante realidad: alta exposición a riesgos sociales y graves condiciones de vulnerabilidad en las diversas etapas de vida de su población (MINSA, 2012, p. 26).

La jurisdicción del centro de salud San Cosme es reconocida como área de elevado riesgo de transmisión de tuberculosis (AERT-TB), que solo en el 2008 presentó una tasa total de morbilidad de 1.347,2 x 100.000 habitantes, independientemente de la clasificación¹¹. Para ese mismo año, en este establecimiento de salud se diagnosticaban seis casos de tuberculosis pulmonar por semana (FUENTES, 2012).

El Centro de Salud San Cosme,

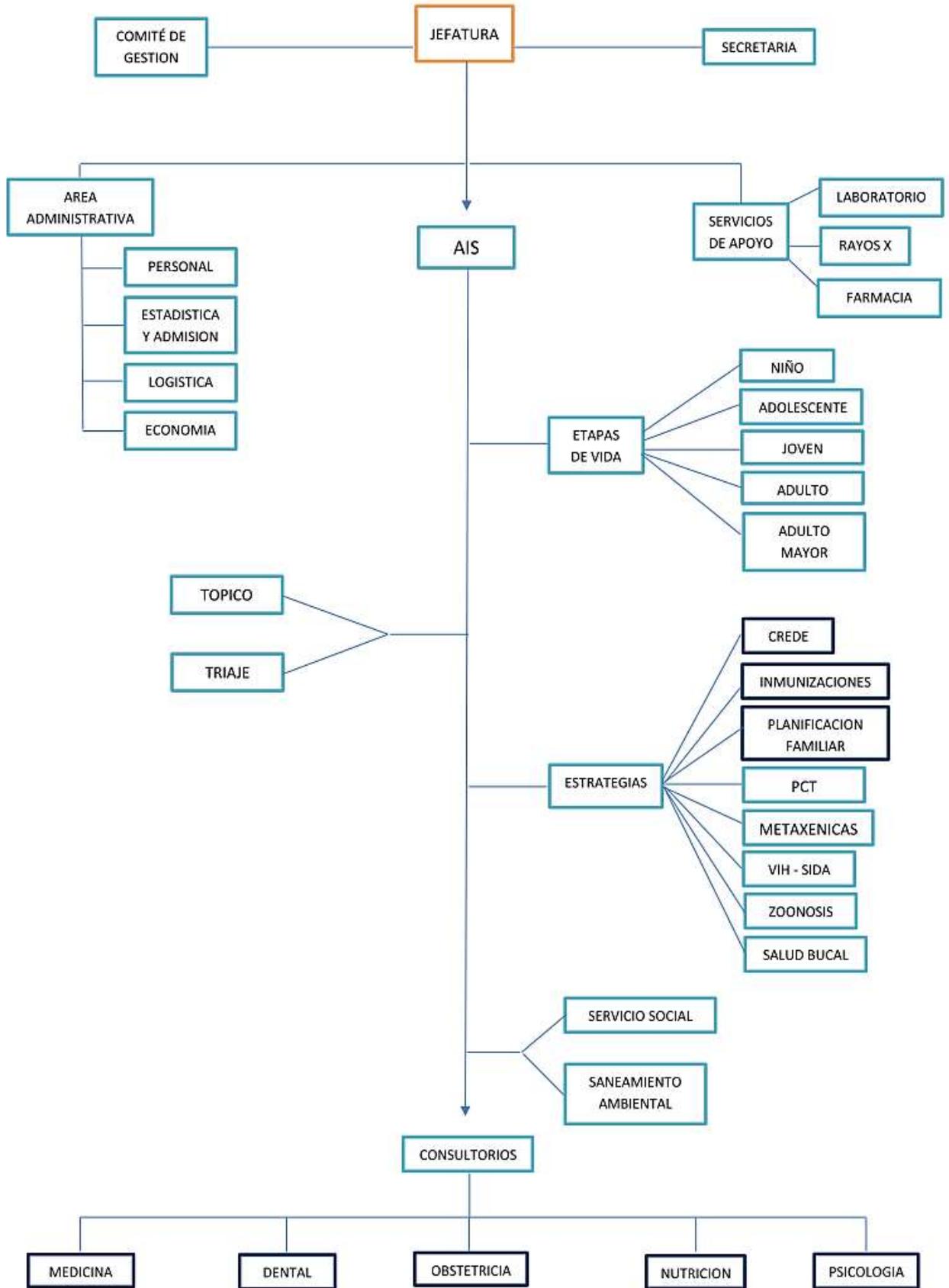
Esta categorizado en el Nivel I-3, ofrece los servicios de atención por consultorios externos, en las especialidades de medicina general, prevención y control de tuberculosis, odontología, obstetricia, psicología, nutrición, servicio social, laboratorio clínico, crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, rayos X, consejería VIH, saneamiento ambiental, tópico de urgencia, farmacia y oficina de aseguramiento universal (MINSA, 2012, p.5).

A continuación (Figura 7), se presenta la forma de organización del Centro de Salud San Cosme:

¹¹ Según la Norma Técnica de salud para el control de la tuberculosis (MINSA, 2016), la clasificación corresponde a las definiciones de caso de tuberculosis, de la forma en como los pacientes fueron diagnosticados o ingresados al programa para recibir tratamiento. Así, se incluye las siguientes definiciones de caso:

- Caso nuevo de tuberculosis pulmonar con confirmación bacteriológica (caso de tuberculosis pulmonar con frotis positivo, caso de tuberculosis pulmonar con cultivo positivo)
- Caso nuevo de tuberculosis pulmonar sin confirmación bacteriológica (caso con frotis negativo/cultivo negativo, caso de tuberculosis pulmonar sin baciloscopia)
- Caso nuevo de tuberculosis extrapulmonar
- Caso de tuberculosis: meníngea, abandono recuperado y recaída
- Casos según resistencia: TB MDR, TB XDR, tuberculosis monorresistente y tuberculosis polirresistente

Figura 7 – Organigrama del Centro de Salud San Cosme – Lima, Perú (2017)



Fuente: Centro de Salud San Cosme, 2017

En la actualidad, el Centro de Salud cuenta con 70 colaboradores de los cuales 59 personas conforman el personal asistencial y 11 personas conforman el personal administrativo y están distribuidos de la siguiente forma (Cuadro 1):

Cuadro 1 – Organización del Centro de Salud San Cosme – Lima, Perú (2012)

PROFESIONALES	TOTAL DE PERSONAL	CONDICION LABORAL		
		NOMBRADO	CONTRATADO CAS	SERUMS
Medico	10	05	05	-
Obstetrix	04	03	-	01
Psicologo	03	01	02	-
Enfermera	06	02	03	01
Trabajadora social	03	03	-	-
Odontólogo	04	02	-	02
Nutricionista	02	01	01	-
Tecnólogo Medico (laboratorio)	01	-	01	-
Técnica enfermería	17	07	10	-
Tec. Laboratorio	03	03	-	-
Tec. Salud ambiental	01	01	-	-
Tec. Administrativos	11	07	04	-
Agentes de seguridad	05	03	02	-
Total de personal	70	38	28	04

Fuente: MINSA, 2012¹²

El Centro de Salud San Cosme está localizado al pie del cerro San Cosme (Figuras 8 y 9), una de las zonas de intervención de la jurisdicción del establecimiento de salud y que forma parte de espacio que elegimos para realizar nuestro trabajo de campo de nuestro estudio empírico.

¹² Disponible en:

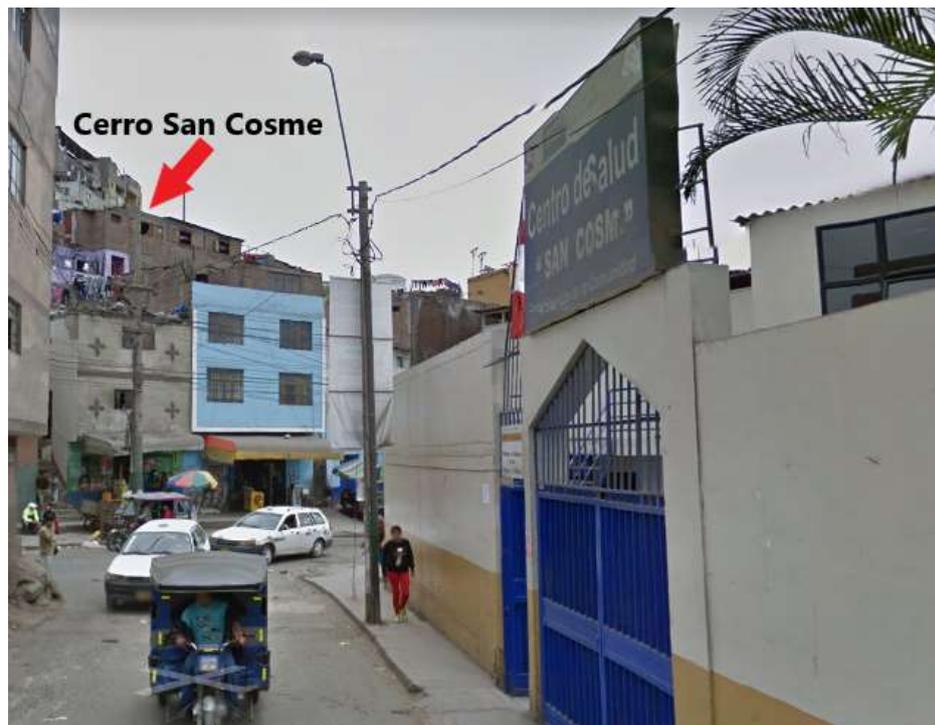
https://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/proyectos_ganadores/2012/2012_C1.pdf
. Acceso en: jun. 2018

Figura 8 – Pasaje de entrada al Centro de Salud San Cosme, con vista panorámica del cerro San Cosme – Lima, Perú (2018)



Fuente: Adaptado de Google Maps (2018)

Figura 9 – Vista frontal del Centro de Salud San Cosme, al fondo el cerro San Cosme – Lima, Perú (2018)



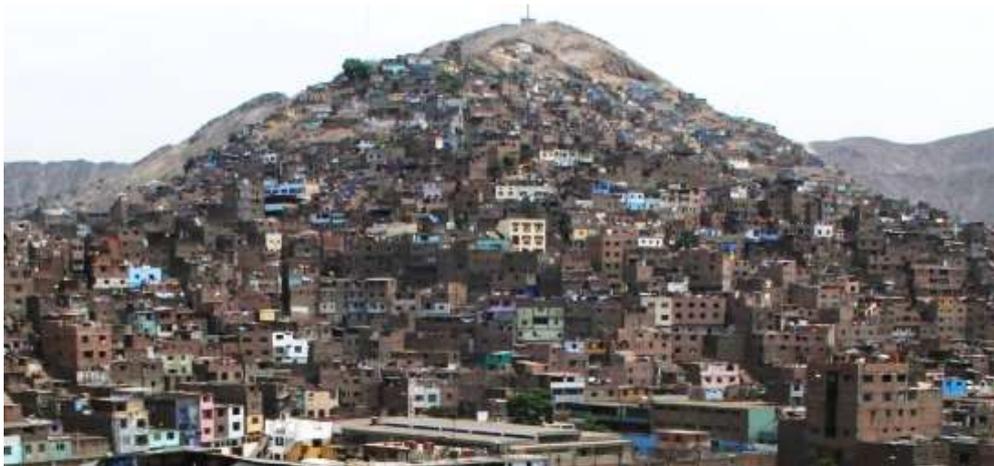
Fuente: Adaptado de Google Maps (2018)

Según Faura (2006), el asentamiento humano San Cosme, conocido como cerro San Cosme (Figura 10), fue fundado el 24 de setiembre de 1946 tras numerosas batallas campales entre los inmigrantes que venían de todo el país y la Policía Nacional. López y Dioses (2014, p. 49) explican que: “el origen de San Cosme se remonta al año 1946 y está relacionado con un movimiento urbano popular que tomó notoriedad en el contexto de la efervescencia política generada por el triunfo del Frente Democrático Nacional. Así:

(...) En julio de 1946 un grupo de trabajadores del mercado mayorista (junto a algunos migrantes serranos) se instaló al costado de la Av. San Pablo, al pie del cerro San Cosme. El 1 de septiembre los vecinos acordaron tomar el cerro, aunque esta invasión no se concretó ya que no contó con el apoyo de todos los pobladores y el 24 de septiembre de 1946 se llevó a cabo la primera invasión organizada, en la cual participaron unas ciento veinte personas que subieron al cerro para colocar las primeras viviendas. A partir de esta invasión, los vecinos formaron la “Asociación de Pobladores del Cerro San Cosme”, que perdura hasta el día de hoy, según Víctor Calderón, dirigente de San Cosme (LOPEZ y DIOSES, 2014, p. 49).

Como resultado de las constantes y sangrientas luchas, al Estado no le quedó otra opción que expropiar los terrenos del cerro San Cosme a sus verdaderos dueños y adjudicárselos a sus nuevos inquilinos, los asentados informales. A partir de ese momento, el cerro San Cosme se ganó el título de ser la “primera barriada¹³” y la “primera invasión” del Perú (FAURA, 2006).

Figura 10 - Vista panorámica del cerro San Cosme – Lima, Perú (2014)



Fuente: Peru21 (2014)¹⁴

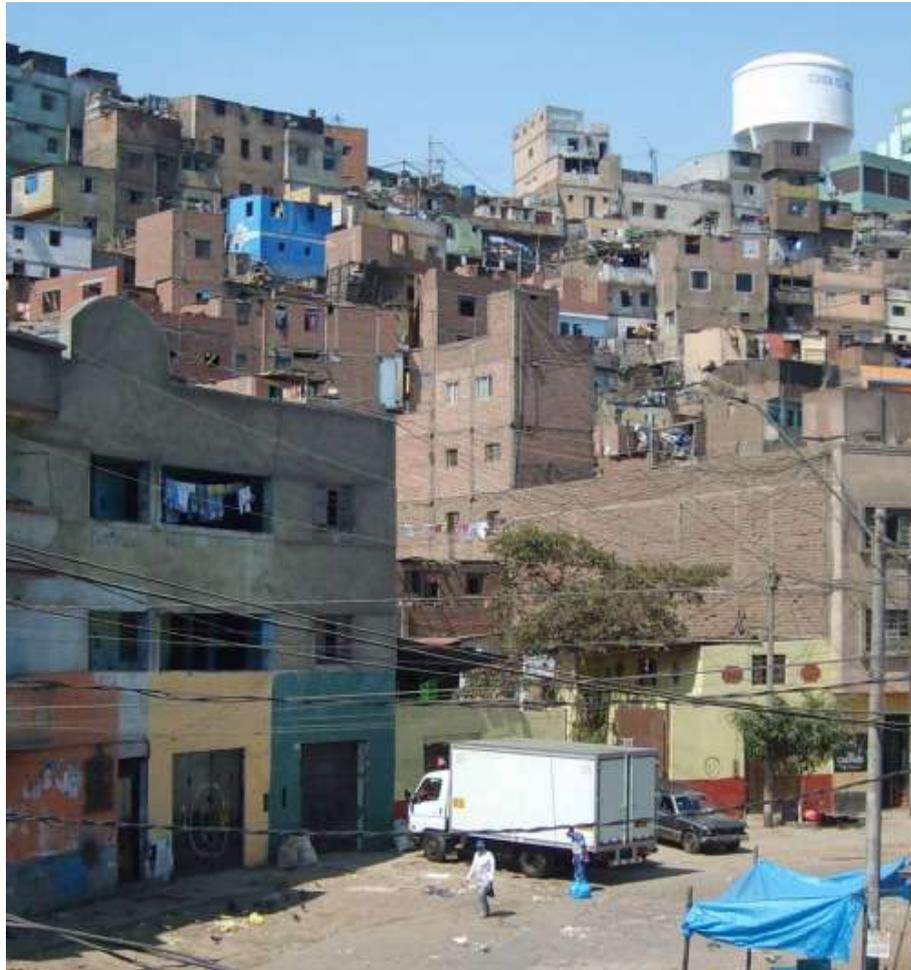
¹³ Los asentamientos humanos informales conocidos en Perú como barriadas, son similares a los barrios de hábitat precario existentes en otros países de América Latina. Por ejemplo, en Brasil son conocidas como favelas y en Argentina como villas miserias.

¹⁴ Disponible en: <http://archivo.peru21.pe/actualidad/ministerio-interior-mrta-cerro-san-cosme-policia-nacional-guillermo-alvarez-daniel-urresti-2199259>. Acceso en: jun. 2018

Actualmente, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI (2015), la población total del cerro San Cosme es de 7.188 habitantes (Figura 11). La población masculina es de 3.675 hombres, que representan el 51,1% y la población femenina es de 3.513 mujeres, que representan el 48,9%.

De acuerdo con López y Dioses (2014), el cerro San Cosme tiene una alta densidad edificatoria, la cual es de aproximadamente 320 viviendas/ha. Las autoras resaltan las bajas condiciones de las viviendas ubicadas en el cerro, las cuales tienen un alto porcentaje de tugurización, ya que en una misma vivienda pueden convivir varias familias en espacios muy reducidos y en pésimas condiciones. Acerca del estado de las viviendas, “hay varias que presentan riesgo de derrumbe o deslizamientos por el mal estado de sus paredes y de los muros de contención, ya que estos últimos están contruidos con materiales deleznable dispuestos sin las técnicas apropiadas” (LÓPEZ y DIOSES, 2014, p.55).

Figura 11 – El cerro San Cosme, vista desde una calle aledaña – Lima, Perú (2012)



Fuente: MINSA (2012, p.59)

El centro de salud San Cosme y el cerro San Cosme, como zona de atención de la jurisdicción del establecimiento de salud, fueron nuestras áreas limitadas para el estudio de nuestro caso. Nuestro trabajo de campo fue realizado en 1 año aproximadamente, entre marzo del 2017 y marzo del 2018. Anteriormente, a las fechas mencionadas, ya se habían realizado visitas a las instituciones correspondientes para solicitar los permisos respectivos. En un primer momento, para la primera etapa de nuestras entrevistas, solicitamos los permisos a la Dirección de Salud de Lima Ciudad y después de esperar varios días de trámites burocráticos la oficina de partes de dicha institución nos dijo que el permiso no lo daban ellos, sino el mismo establecimiento de salud.

Seguido a ello, acudimos al Centro de Salud San Cosme para solicitar el permiso de poder ingresar a la institución, nos entrevistamos con la Dra. Jefa del establecimiento y le hicimos entrega del resumen de nuestro proyecto para que sea evaluado por su despacho y ver la posibilidad de poder ingresar al establecimiento. Esperamos más días y finalmente la Dra. Jefa nos mencionó que ella no tenía ningún problema en aceptar nuestro pedido, pero que por tratarse de un tema que tiene que ver con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) del Centro de Salud San Cosme, quien debería aceptar formalmente el pedido debería ser el Médico Responsable de dicha estrategia. Así que días después, con permiso de la Dra. Jefa, nos acercamos al consultorio del médico responsable de la estrategia y le explicamos las razones de nuestro estudio. El médico nos pidió dejar un resumen de nuestro proyecto de investigación para su análisis y que regresemos a la semana siguiente para la respuesta. Efectivamente, regresamos y el médico de forma muy cordial aceptó y autorizó nuestro ingreso al establecimiento, mostrando gran interés en los objetivos de nuestro estudio.

La situación cambió radicalmente para la realización de la segunda etapa de nuestras entrevistas. Esto sucedió porque habían cambiado los responsables y el médico que nos concedió el permiso para la realización de la primera etapa de nuestras entrevistas, ya no trabajaba en el establecimiento. Entonces debíamos pedir una nueva autorización al nuevo responsable de la ESN-PCT del Centro de Salud San Cosme. Nos entrevistamos con el médico encargado, quien también nos pidió el resumen del proyecto de nuestra investigación y nos pidió regresar días después. A la semana siguiente regresamos y obtuvimos una rotunda negativa por parte del médico responsable, sustentaba su negativa en que “había

datos que no debían salir del centro de salud, porque eran cifras reservadas”, que si había algún dato que saliese del centro de salud y que “perjudicara la imagen del Ministerio de Salud” le podría costar su puesto de trabajo, que sus enfermeras no podían darnos las entrevistas porque significaba una “pérdida de tiempo”, que el personal de la ESN-PCT tenía muchas cosas que hacer y entre varias otras excusas hasta cuestionó la razón de nuestro estudio, recomendándonos que optemos por “rehacerlo”. Entre tantas negativas y desilusiones, porque ya la primera parte de nuestras entrevistas habían sido realizadas con éxito, optamos por entrevistar al personal de salud fuera de su horario laboral y fuera del establecimiento de salud. Para que esto fuera posible tuvimos una conversación previa con ellos en donde les explicamos la investigación y les pedimos el respectivo permiso para que pudieran ser entrevistados. Este permiso y aceptación de las personas que serían entrevistadas se registró al inicio de cada entrevista. Corrimos el riesgo de entrevistar al personal en horario nocturno, con el temor del peligro de la zona de San Cosme, finalmente conseguimos realizar nuestro propósito.

A continuación, detallaremos y trataremos sobre la técnica empleada en nuestro trabajo de campo, las entrevistas semi estructuradas.

LAS ENTREVISTAS

El uso de la técnica de entrevistas semi-estructuradas implica la combinación de elementos propios de la entrevista estructurada, como la elaboración previa de las preguntas, con los elementos de la entrevista no estructurada o abierta donde el abordaje sobre el tema propuesto ocurre con más libertad (CRUZ NETO, 2001).

Para la recolección de datos empíricos que fundamentan esta disertación, aplicamos un total de dieciséis entrevistas que fueron realizadas en dos etapas.

En la primera etapa, las entrevistas fueron dirigidas a los pacientes afectados por tuberculosis (PAT), actualmente en tratamiento, mayores de 18 años y que vivan o hayan vivido en el cerro San Cosme; y a un agente comunitario en salud (ACS) del área de tratamiento de tuberculosis. En esta primera etapa se realizaron un total de diez entrevistas (Cuadro 2), de las cuales una estuvo dirigida al ACS y las otras nueve, a los pacientes en tratamiento, siendo cuatro pacientes del esquema TB-

sensible, tres pacientes del esquema TB-MDR y dos pacientes del esquema TB-XDR. La elección de los pacientes se realizó al azar, se incluyó a aquellos que cumplieran nuestros parámetros de edad, condición social y lugar de residencia.

Una parte de las entrevistas se realizaron en el centro de salud San Cosme, ya que los pacientes no acceden a las visitas domiciliarias, y la otra parte se hicieron en los domicilios. Para el inicio de cada entrevista nos presentamos y explicamos los objetivos de nuestro trabajo, con la aceptación les pedimos su consentimiento y permiso para que sus relatos sean grabados. Después del registro proseguimos con el desarrollo de la entrevista.

Cabe resaltar que los pacientes entrevistados se encuentran, en su mayoría, en situación de pobreza, ello se evidencia en su ocupación y en sus condiciones de vida, lo que pudimos evidenciar en nuestras visitas domiciliarias.

Cuadro 2 – Datos de los entrevistados en la primera etapa del trabajo de campo

Nombre¹⁵	Género	Edad	Ocupación	Escolaridad	Esquema de tratamiento
PAT Jose	Varón	54	Recolector de basura	Primaria	Sensible
PAT Jenifer	Mujer	18	Estudiante	Secundaria	Sensible
PAT Guisela	Mujer	20	Costurera	Primaria	Sensible
PAT Angel	Varón	28	Estudiante	Superior incompleto	Sensible
PAT Hugo	Varón	50	Cargador	Primaria	MDR
PAT Alberto	Varón	23	Estudiante	Secundaria	MDR
PAT Carlos	Varón	37	Administrativo	Técnico Superior	MDR
PAT Yosimar	Varón	21	Vigilante	Secundaria	XDR
PAT Julia	Mujer	33	Profesora	Superior Universitario	XDR
ACS Carmen	Mujer	55	Ama de casa	Secundaria	-

Fuente: Elaboración propia (2018)

Gaskell (2014) explica que las primeras entrevistas están llenas de sorpresas, pero a medida en que se aplican, temas comunes empiezan a aparecer y, por eso, el investigador se da cuenta que no aparecerán nuevas sorpresas. En ese punto comienza a aparecer saturación, lo que indica que es hora de parar. Ante esto, cuando las respuestas concedidas por los pacientes entrevistados empiezan a

¹⁵ En esta sección se usarán nombres ficticios para proteger la identidad de los entrevistados.

repetirse, optamos por finalizar la aplicación. Además, la aplicación de un número muy extenso de entrevistas para una disertación de maestría puede comprometer la realización del trabajo, ante el gran volumen de informaciones a ser analizadas, teniendo en vista el tiempo para la realización del trabajo.

En la segunda etapa, las entrevistas fueron dirigidas al personal de salud de la ESN-PCT del Centro de Salud San Cosme y a un representante del tercer sector. En esta etapa se realizaron un total de seis entrevistas (Cuadro 3), de las cuales una estuvo dirigida al representante del tercer sector y las otras cinco estuvieron dirigidas al personal de salud (médico, enfermera, técnica de enfermería, asistente social y psicóloga). En esta segunda etapa, como ya lo mencionamos, las entrevistas fueron realizadas fuera del establecimiento de salud o fuera del horario laboral de los entrevistados.

Cuadro 3 – Datos de los entrevistados en la segunda etapa del trabajo de campo

Nombre¹⁶	Profesión	Genero	Edad
Sra. Teo	Asistente social	Mujer	67
Sr. Manuel	Médico	Varón	42
Sra. Veronica	Enfermera	Mujer	40
Sra. Ana	Psicóloga	Mujer	55
Sra. Lucia	Técnica de Enfermería	Mujer	34
Sr. Jaime	Médico/ONG	Varón	50

Fuente: Elaboración propia (2018)

El tiempo de duración de cada entrevista fue de aprox. 50 minutos. Cabe indicar que los entrevistados aceptaron la entrevista por voluntad propia y accedieron a ser grabados¹⁷. Para asegurar el sigilo de la identidad de los entrevistados, en este estudio fueron usados nombres ficticios que cada uno eligió. La

¹⁶ En esta sección se usarán nombres ficticios para proteger la identidad de los entrevistados.

¹⁷ Respecto a las reglas éticas en el campo de la investigación, el Plenario del Consejo Nacional de Salud (Brasil), emitió en el 2016, las normas aplicables a pesquisas en Ciencias Humanas y Sociales cuyos procedimientos envuelvan la utilización de datos obtenidos con los participantes.

Así, resolvió no evaluar por el sistema CEP/CONEP a las pesquisas de opinión pública con participantes no identificados. Por ello, la presente disertación recurrió solo a la grabación de la aceptación por parte de los participantes. Ello se sustenta en la Resolución N° 510 de fecha 07 de abril del 2016. Disponible en: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acceso en: jun. 2018.

aplicación de las entrevistas fue realizada en espacios tranquilos y reservados, con la finalidad de propiciar la veracidad de las respuestas y el sigilo de los entrevistados. Posteriormente, las grabaciones fueron transcritas y analizadas.

El guion de nuestras entrevistas fue dividido en cuatro bloques (Anexo A). El primer bloque trata sobre la identificación de la persona entrevistada y tiene como objetivo establecer el perfil de nuestra población entrevistada.

El segundo bloque trata sobre la trayectoria profesional de la persona entrevistada, este bloque tiene como objetivo conocer las funciones profesionales del entrevistado, el tiempo que trabaja con la enfermedad y sus percepciones respecto a sus labores del día al día en el campo de la tuberculosis. Este bloque nos ayudó a identificar el grado de compromiso del profesional de salud con la enfermedad.

El tercer bloque trata sobre el contexto social de la jurisdicción del centro de salud San Cosme, aquí buscamos identificar la percepción que tiene la persona entrevistada acerca del perfil sociodemográfico de la jurisdicción del centro de salud y de manera especial del Cerro San Cosme. Así también buscamos saber la percepción que tiene acerca de la denominación del cerro San Cosme como el “cerro que tose” y de su experiencia de sus visitas domiciliarias a pacientes en tratamiento por tuberculosis que viven en el cerro San Cosme. Lograr conocer los aspectos de este bloque nos ayudó a analizar las características del perfil sociodemográfico de las personas afectadas por la enfermedad, que viven en el cerro San Cosme y que se encuentran en situación de pobreza.

Finalmente, el cuarto bloque tuvo como tema central la tuberculosis y las políticas públicas establecidas para su control y eliminación en el Perú. En este bloque intentamos conocer cómo, la persona entrevistada, percibe el problema de la tuberculosis en el Perú y de manera en especial del distrito de la Victoria, distrito donde se ubica el centro de salud San Cosme. Así también buscamos conocer la percepción que tienen sobre las políticas públicas dirigidas a controlar la enfermedad, sobre la ESNPCT y sobre cómo perciben las condiciones de su ambiente laboral. Un punto importante, por saber en este bloque, fue recolectar la percepción la percepción que tiene el entrevistado acerca de las personas afectadas por la enfermedad, quienes en la mayoría de las veces sufren el estigma y discriminación del propio personal de salud.

La importancia de realizar el presente trabajo reside en el abordaje con el que desarrollaremos el tema, donde abordaremos la tuberculosis desde un

enfoque que se vincula directamente a las relaciones de clase y a las condiciones sociales de la población afectada por la enfermedad. A partir del esclarecimiento de nuestro problema podremos analizar las políticas públicas dirigidas a controlar y eliminar la tuberculosis. Ello nos diferencia de otros estudios que se dan en torno a este problema, estudios desde enfoques biológicos, médicos, farmacológicos, etc.

Lograr dar respuesta a las cuestiones del presente estudio de investigación aportará al campo de las políticas públicas en salud para el entendimiento de la enfermedad desde otro enfoque no trabajado. Ello podría conducir a la producción de políticas sanitarias efectivas para controlar y eliminar la enfermedad.

Por ello, el desarrollo de la presente disertación se guiará por la cuestión de pesquisa de ¿Cómo lidian las políticas públicas en salud, dirigidas a combatir la tuberculosis en el Perú (1990-2016), con la condición social de la población afectada por tuberculosis en situación de pobreza?

Resaltamos que esta disertación fue estructurada en tres capítulos. El primer capítulo aborda el estudio y definición del Estado, sus instituciones y las políticas públicas. A partir de la definición del Estado se define a las políticas públicas como el accionar institucional frente a los diversos problemas públicos. Así también se presenta el ciclo y el proceso de elaboración de las políticas públicas a partir de diversos enfoques.

El segundo capítulo contiene la definición de nuestro tema central, la tuberculosis. Se presenta sus causas, sus determinantes sociales, su abordaje como enfermedad desatendida y como problema de salud pública, y el análisis de la actual situación de la tuberculosis en el Perú. Posteriormente se aborda al neoliberalismo como un proceso de cambios que fueron impulsados a final de la década de los ochenta, su influencia en América Latina y en el Perú. En seguida pasamos a analizar la trayectoria de las políticas públicas dadas en el Perú a partir de 1990 hasta el 2016, presentaremos brevemente las características de los gobiernos y analizaremos los lineamientos de las políticas sanitarias. Cerraremos este capítulo describiendo el actual sistema de salud del Perú y de manera especial a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis.

El tercer capítulo es dedicado al análisis de nuestras entrevistas realizadas en nuestro trabajo de campo, análisis que contrasta la política sanitaria de lucha contra la tuberculosis en el centro de salud San Cosme. Se inicia este último

capítulo con la discusión del apelativo del cerro San Cosme como el cerro que tose, apelativo que estigmatiza a sus habitantes. Así también se describe el perfil y las condiciones de vida de los habitantes del cerro San Cosme desde la percepción del personal de salud entrevistado. Se hace un especial análisis sobre la experiencia de los entrevistados de trabajar con la tuberculosis, este punto se torna importante porque muchas veces de ello depende el trato que el personal de salud brinda al paciente. Finalmente, se presenta las percepciones y representaciones sociales sobre la tuberculosis de todos nuestros entrevistados (personal de salud, pacientes y agente comunitario).

CAPITULO I: ESTADO, INSTITUCIONES Y POLÍTICAS PÚBLICAS

El Estado moderno representa la forma más avanzada de organización de la política, su surgimiento es concomitante al crecimiento poblacional de las sociedades modernas impulsadas especialmente por la expansión mundial del capitalismo. Teniendo en cuenta el análisis de Max Weber (1974), sobre la forma moderna en que se presenta el Estado, observamos que la expansión de la sociedad de clases impuso también la necesidad de la organización de la política desde un Estado secularizado y racional. Así, la legitimidad del orden estaría dado por la ascensión de la ley como principal instrumento regulatorio.

De la misma manera, se precisaría de un armazón institucional que controlara el ejercicio de la política, así como velase por las funciones técnicas y administrativas. De ahí tenemos que una de las características esenciales del Estado moderno para Weber (1974) sería la formación de la burocracia que se desarrolla ampliamente en comunidades políticas y eclesiásticas dentro del Estado moderno y en las economías privadas que forman parte de las más avanzadas instituciones del capitalismo.

Weber define idealmente a la burocracia como una forma de organización humana basada en la racionalidad, en donde se adecuan los medios a los objetivos pretendidos, así también, expone que en la burocracia rige el principio de áreas de jurisdicción fijas y oficiales jerárquicamente ordenados, en donde se sigue reglas generales estables, que pueden ser aprendidas y que funcionarían bajo tres elementos específicos:

1. As atividades regulares necessárias aos objetivos da estrutura governada burocraticamente são distribuídas de forma fixa como deveres oficiais.
2. A autoridade de dar as ordens necessárias à execução desses deveres oficiais se distribui de forma estável, sendo rigorosamente delimitada pelas normas relacionadas com os meios de coerção, físicos, sacerdotais ou outros, que possam ser colocados à disposição dos funcionários ou autoridades.
3. Tomam-se medidas metódicas para a realização regular e contínua desses deveres e para a execução dos direitos correspondentes; somente as pessoas que têm qualificações previstas por um regulamento geral são empregadas.

Nos Governos públicos e legais, esses três elementos, constituem a "autoridade burocrática". No domínio econômico privado, constituem a "administração" burocrática. (WEBER, 1974, p. 229).

Para Weber la burocracia viene a ser una individualidad histórica que es conceptualizada científicamente a través de procedimientos particulares. Weber

(1971) también se refiere a la burocracia como un instrumento de poder, como un tipo de administración, una estructura, un tipo de organización y estructura social.

Por otro lado, de acuerdo con Lefort (1979), el término “burocracia”, aún muestra imprecisiones, sin embargo, cualquier referencia a ella necesitará la remisión a un contexto sociohistórico específico. Así, la noción común de la burocracia es la que se identifica con el Estado y, por lo tanto, con la administración de lo que en términos griegos diríamos “la cosa pública”. Sin embargo, si nos remitimos a una de sus explicaciones más expandidas sobre ella como lo es el análisis weberiano, observaremos que la burocracia aún se identifica con un tipo de organización privada autonomizada relativamente de la sociedad en su conjunto.

Si bien referencia a la burocracia como la ascensión de una nueva clase es, por lo demás, discutible, es necesario sí aceptar que ella representa un nuevo tipo de administración y distribución de responsabilidades que lo coloca en rompimiento con las antiguas formas de ejecutar y distribuir el poder. Por eso, estamos de acuerdo con Lefort (1979), cuando este traslada al plano histórico y procesual su formación, así como cuando insiste en la necesidad de ver los factores de cambio de las antiguas formas de la organización de la política. Tenemos en su análisis un concepto bastante completo sobre el fenómeno de la burocratización:

Por burocratização é necessário entender, pois, um processo que tende a impor ao trabalho, em qualquer nível que se o considere – ao trabalho de direção como ao dos executantes – um quadro social homogêneo tal que a estabilidade geral do emprego, a hierarquia dos emolumentos e das funções, as normas de promoção, a divisão das responsabilidades, a estrutura da autoridade tenham por efeito criar um único quadro, tão diversificado quanto possível, de estatutos sócio-econômicos. (LEFORT, 1979, p. 150).

En esa línea de análisis podríamos complementar algunas características propias de la burocracia discutidas ya por Weber, entre las que sobresale el proceso de profesionalización y especialización que vincula un tipo de conocimiento específico con la división del trabajo dentro del orden institucional racional moderno. Este proceso será radicalizado especialmente dentro de los Estados nacionales, de ahí que las teorías políticas que aceptan a las instituciones como vías de profundización de la democracia se concentren en estudiar el ser y deber ser de ellas para que las políticas de Estado sean cada vez más eficaces en sus orientaciones y en el cumplimiento de objetivos particulares.

1.1 EL ESTADO Y SUS INSTITUCIONES

La teoría institucional, dentro de la primera mitad del siglo XIX, tuvo una orientación descriptiva que usaba el razonamiento inductivo. El institucionalismo temprano, norteamericano, de Commons (1950), consideraba que las instituciones existentes dentro de un tiempo establecido representaban soluciones imperfectas y pragmáticas frente a conflictos pasados. Así, denominaba “institución” a toda acción colectiva que controlaba, liberaba y ampliaba la acción individual (COMMONS, 1989).

Dentro del institucionalismo, las esferas pública y privada, así como lo administrativo y lo político se encuentran separados. Los institucionalistas consideran a las instituciones como reglas de funcionamiento de una sociedad, como recursos de los actores racionales para el logro y cumplimiento de los objetivos, relacionándolas como acción del gobierno en campos organizacionales, así también definen a las instituciones como “esquemas, normas y regulaciones humanamente divisados que permiten y constriñen la conducta de los actores sociales y hacen predecible y significativa la vida social” (VARGAS, 2008a, p. 3).

Fue especialmente con la virada institucionalista de la década de los cincuenta cuando, sustancialmente dentro de la Ciencia Política, se desarrollaron enfoques conceptuales referentes al ejercicio de la política dentro del ámbito estatal. Para esta visión:

Los Estados crean las instituciones a fin de solucionar problemas de acción colectiva, reducir costos de transacción, disminuir incentivos de corrupción, facilitar flujos informacionales, anticipar las sombras del futuro transparentando los retornos, y distribuyendo las capacidades en forma más equitativa. (VARGAS, 2008b, p. 47)

Para los institucionalistas, las instituciones viabilizan la creación de normas y leyes que atribuyen a la sociedad márgenes o estándares para que persista su existencia, siendo ello representado en estatutos para implantar un modelo general que abarque la sociedad en su conjunto. Serán los profesionales especializados los que se encargarán de administrar y formular políticas de incumbencia general.

El enfoque institucionalista planteará, además, a la institución como unidad social para el análisis de las realidades concretas. En adelante, y en vinculación con las ciencias económicas, se buscará mayor eficacia en el funcionamiento de estas políticas.

Más adelante, frente a las limitaciones del institucionalismo, que,

hacia uso del razonamiento inductivo, surge el enfoque neoinstitucionalista que, a diferencia de los primeros, hará uso del razonamiento deductivo y que será expresado en dos grandes enfoques:

En la elección de las estructuras de governance de los actores privados en un determinado medio ambiente que se convierte en el objeto de análisis económico y en el cambio institucional en función de los efectos que los diferentes medios ambientes institucionales tienen en el desempeño económico y en el desarrollo de las instituciones con el apoyo de modelos mentales compartidos e ideologías (VARGAS, 2008b, p. 49).

Así, el nuevo institucionalismo centrará sus bases no solo en las instituciones desde perspectivas económicas determinantes del comportamiento de los individuos, a diferencia de los institucionalistas, sino que se fundamentará “en el principio de que todos los resultados de las acciones humanas se explican por la acción individual cuyas interacciones en las estructuras legitiman las instituciones” (VARGAS, loc. cit.).

Para los neoinstitucionalistas, el estudio de las estructuras institucionales económicas posibilita el desarrollo de los pueblos. Dicho enfoque neoinstitucional, según Caballero (2008), toma en cuenta tres puntos principales: a) Que las instituciones políticas deberían ser tratados como actores por poseer dinámicas racionales, b) La importancia de la observación del comportamiento individual y colectivo en la historia política, lo que involucraría reglamentaciones expresas o tácitas, y c) El estudio de las acciones simbólicas en la política, específicamente en la política institucionales.

De todo ello, el estudio y análisis de las instituciones se relacionan con el concepto de relaciones sociales de producción planteado por Carlos Marx, dado que las instituciones están conformadas por individuos y actores económicos que se relacionan y buscan entre sí un beneficio colectivo.

El marxismo desde sus orígenes ha sido crítico del Estado. En Marx y Engels (1974), este aparece como un aparato legítimo en manos de la clase burguesa, como institución que universaliza la moral liberal. Al concebir que la sociedad es un producto histórico cuya esencia es la lucha de clases, el orden legítimo sería dado por las instituciones estatales; por ello, todo rompimiento con las relaciones asimétricas de clase implicaría la abolición del propio estado quien mediaría las relaciones de capital / trabajo. En su “Crítica de la filosofía del derecho de Hegel” (1843), Marx discute los fundamentos del Estado y la estructura legal burguesa representada por el derecho, su crítica a Hegel se da por medio la deconstrucción de

la esencia misma del Estado, a diferencia de este, no acepta que este representaría el espíritu general de la sociedad, sino que aparecería concretamente legitimando las relaciones de dominación y la propiedad privada.

Sin embargo, dentro del propio marxismo destacamos dos interpretaciones sobre el Estado. Una vinculada más a la línea ortodoxa sobre el Estado y sus instituciones y otra que acepta una “autonomía relativa” con respecto a los grupos de poder. Gramsci (1975) amplía la concepción del Estado dentro del marxismo. Para él, el Estado, ya no solo se trataría de un órgano superestructural sino que formaría parte del orden de lo político, donde también existe lucha de clases. La extensión del mismo viene dada por los conceptos de hegemonía y sociedad civil, es decir, un conjunto de emprendimientos de lucha por el poder político dentro del Estado. Yendo más allá de la visión jurídica presentada por Marx, Gramsci observa que el Estado estaría compuesto de la sociedad política y la sociedad civil. Si bien, el primero se relaciona con los grupos de poder, la sociedad civil abarca también a las clases subalternas en medio de la lucha de clase.

Ahora, si el poder cristalizado en el Estado se concretiza en la hegemonía de una clase o fracción de clase, para Gramsci ello se da por dos principales vías: la coerción y el consenso. Es decir, ya no se trata sólo de una imposición directa ejercida principalmente por la violencia, sino por la puesta en práctica de una determinada concepción del mundo (cultura) relacionada a las relaciones de producción imperantes en una sociedad. De ahí que Gramsci ubique en la sociedad civil, un conjunto de emprendimientos potenciales para contraponerse a la ideología burguesa, en otras palabras, devela el lado político de las clases subalternas para influir en las relaciones de poder (GRAMSCI, 1975).

Este avance en la interpretación marxista del Estado abrió varios caminos para pensar en la superación de las relaciones de dominación impuestas por el modo de producción capitalista. ¿Es posible superar al capitalismo por medio de la conquista del poder estatal? o ¿es imprescindible primero el derrocamiento del Estado capitalista para la conquista del socialismo? Estas cuestiones estuvieron contenidas en un debate importantísimo sobre el Estado y el marxismo dado en los años sesenta entre Miliband (*Poder político y clases sociales en el Estado capitalista*) y Poulantzas (*El Estado en la sociedad capitalista*)¹⁸. Ambos autores enfrentaron sus corrientes

¹⁸ Ver: LACLAU, Ernesto. **Debates sobre el Estado Capitalista**, Buenos Aires: Imago Mundi, 1991.

epistemológicas en la discusión sobre el Estado (empirismo y estructuralismo, respectivamente) y sus particulares interpretaciones de Marx.

Es así como, a partir de las caracterizaciones del Estado capitalista, el marxismo se aproximará a la teoría liberal flexibilizando la visión ortodoxa sobre el Estado. Sin embargo, la concepción marxista general sobre el Estado y las instituciones se da por medio de una lectura materialista-histórica que encuentra en ella su naturaleza relacional e histórica conforme al desarrollo de la lucha de clases. De ahí cabe a la posición que se adopte sobre lo político desenvolver una visión más abierta o cerrada sobre el Estado y la sociedad civil.

De acuerdo con O'Connor (1981), todo Estado capitalista posee una doble función, una de asegurar la acumulación promoviendo las reglas del juego para que el capital invierta y otra de mantener la legitimidad. Esta última función es fundamental dentro de las tareas que debe de llevar a cabo el Estado capitalista de modo que debe encargarse de asegurar la legitimidad de todo el sistema. Para el autor, el Estado capitalista vela por la vigencia del sistema capitalista y determina sus finalidades con una relativa autonomía en las políticas que emprende.

Para Offe (1991), el Estado ejerce la función de control social y lo desempeña a través de las políticas sociales (públicas), políticas que deben contribuir a eliminar los conflictos y conceder legitimidad al sistema. Dicha tarea de legitimación con un fin adyacente de que los sectores dependientes no duden del actuar del sistema capitalista.

El anterior contexto, nos da las bases para entender a las políticas públicas desde su definición, su génesis y su proceso dentro del Estado capitalista que ya hemos analizado. Cabe aquí hacer un hincapié para diferenciar rápidamente lo que es el Estado y lo que es un gobierno.

Concordamos con la definición del Estado visto de dos modos: como un espacio de articulación de las relaciones sociales, lo que Marx denominaba como centro de condensación de la sociedad civil, y como un aparato administrativo que posee organizaciones burocráticas e instituciones poseyendo autonomía respecto a las relaciones sociales. Por otro lado, el gobierno se encarga de la administración del Estado por medio de un grupo de personas que ejercen la administración pública y la burocracia.

1.2 CONTEXTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA

El anterior contexto teórico circunscribe el proceso de teorización y experimentación de las políticas públicas en su forma moderna. La formulación de políticas públicas está estrechamente vinculada al tipo de gobierno, cada decisión tomada se respalda en las orientaciones gubernamentales.

Molina y Cabrera (2008, p. 5), definen las políticas públicas como “procesos de construcción colectiva de iniciativas, decisiones y acciones, respaldadas y legitimadas por el Estado, para dar respuesta a problemas socialmente reconocidos, en un contexto económico, político, social y cultural particular”. El estudio de las políticas públicas no solo se limita al análisis de las decisiones gubernamentales escritas en los registros oficiales (leyes, reglamentos, informes oficiales, etc.) sino también implica considerar a los actores estatales y societarios envueltos en los procesos de toma de decisiones (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013).

Intentar definir lo que es una política pública nos llevará a analizar diversos autores como Muller y Surel (2002), Secchi (2015), Marques (2013), Dye (1972), Howlett, Ramesh y Pearl (2013), entre otros y los diversos enfoques presentes en cada uno de ellos.

1.2.1 ¿Qué es una Política Pública?

Para Muller y Surel (2002) definir y conceptualizar la política pública resulta un proceso complejo, principalmente de terminología ya que el término “política” posee un carácter polisémico y por ello se debe tener especial cuidado en su análisis. Sucede lo contrario con los autores de lengua inglesa, dicho análisis resulta más simple por que poseen terminologías diferenciadas para lo que en la literatura francesa o latinoamericana quedaría sólo bajo la noción de “política”. Así, en la lengua inglesa:

Este termo cobre, ao mesmo tempo, a esfera da política (*polity*), a atividade política (*politics*) e a ação pública (*policies*). A primeira faz a distinção entre o mundo da política e a sociedade civil, podendo a fronteira entre os dois, sempre fluida, variar segundo os lugares e as épocas; a segunda designa a atividade política em geral (a competição pela obtenção dos cargos políticos, o debate partidário, as diversas formas de mobilização...); a terceira acepção, enfim, designa o processo pelo qual são elaborados e implementados programas de ação pública, isto é, dispositivos político-administrativos coordenados em princípio em torno de objetivos explícitos.

Estudar a ação pública é situar-se – principalmente – no quadro da terceira acepção, a das políticas. O que não quer dizer, evidentemente, que as outras dimensões deverão ser ignoradas e, em particular, a dimensão da competição política. Colocar apenas a ênfase na ação pública, antes que na competição política, constitui um ângulo de abordagem diferente do enfoque politológico clássico (MULLER y SUREL, 2002, p. 10).

Secchi (2015) define a la política pública como una directriz elaborada para enfrentar un problema público, así también indica que:

Uma política pública possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público; em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante (SECCHI, 2015, p. 2).

Secchi (2015) indica que cualquier definición sobre política pública es arbitraria pues no existe un consenso en cuanto a las definiciones. En la literatura especializada en referencia al protagonismo en el establecimiento de políticas públicas algunos autores defienden un abordaje estatista o estadocéntrica, en la que las políticas públicas son consideradas como monopolio de actores estatales, y otros defienden abordajes multicéntricos, en la que se considera a los actores estatales, organizaciones privadas, organizaciones no gubernamentales, organismos multilaterales y redes de políticas públicas como protagonistas del establecimiento de las políticas públicas.

Dentro del abordaje estadocéntrica podemos ubicar la definición de Jobert y Muller (1987) que definen a las políticas públicas como un conjunto de acciones implementadas por el Estado y por las autoridades gubernamentales en su amplio sentido, tratándose así de un abordaje que implica el estudio del “Estado en acción”. Por lo que se puede deducir que para el autor una política pública envuelve el análisis del por qué y cómo del actuar del Estado (MARQUES, 2013).

Por otro lado, Thomas Dye (1972) propone una definición particular que se aproxima más a la realidad y explica que las políticas públicas no deben ser entendidas solo como el accionar del Estado sino también como el inaccionar del Estado. El Hacer o no hacer del Estado tendrá una repercusión en los comportamientos de los actores que actúan en el proceso. De acuerdo con la definición del autor, una política pública debe ser entendida como “todo lo que un gobierno decide hacer o dejar de hacer” y que para su análisis se debe comprender por qué un gobierno hace lo que decide hacer y qué diferencia eso hace con la realidad.

A partir de la definición de Dye (1972) se logra encontrar tres características principales que rigen dicha definición. Primero, para Dye, el agente primario de la producción de política pública (*policy-making*) es un gobierno, ello quiere decir que los diferentes tipos de decisiones de instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de caridad y de otros grupos sociales no son por sí solas políticas públicas. Segundo, el autor destaca el hecho de que la *policy-making* conlleva una decisión fundamental por parte de los gobiernos de hacer o no hacer alguna cosa, de tomar o no una decisión respecto a algún problema y que dicha decisión es tomada por los políticos electos y otros funcionarios oficiales. Tercero, la definición de Dye resalta el hecho de que una política pública es una determinación consciente de un gobierno.

Howlett, Ramesh y Pearl (2013), parten de la definición de Dye para proponer una definición funcional de lo que es una política pública. Así, sugieren que:

A *policy-making* trata fundamentalmente de atores cercados por restrições que tentam compatibilizar objetivos políticos (*policy goals*) com meios políticos (*policy means*), num proceso que pode ser caracterizado como “resolução aplicada de problemas. Esse processo de compatibilização de objetivos e meios tem duas dimensões. A dimensão *técnica* procura identificar a relação ótima entre objetivos e instrumentos, pois alguns instrumentos são mais adequados do que outros para lidar com os problemas. A segunda dimensão é a *política*, porque nem todos os atores estão de acordo com o que constitui um problema político (*policy problem*) ou uma solução adequada” (Ibidem, 2013, p. 5).

Como vimos, las diferentes definiciones de lo que es una política pública coinciden en el quehacer del Estado frente a los diversos problemas públicos, los cuáles no existen por sí mismos, sino que por múltiples interacciones. Para Brewer (1999), un problema político deriva de diversas cuestiones y problematizaciones de una determinada realidad y que puede demandar un tratamiento interdisciplinar que las instituciones tradicionales usualmente son incapaces de ofertar, desinteresadas en promover o lentas en hacer.

Una de las etapas más importantes dentro del proceso de una política pública es la identificación y determinación de un “problema” el cual deberá tener un curso de acción para su resolución. No todo problema se puede convertir en problema público y no todos los problemas públicos logran entrar en la agenda gubernamental. Es aquí donde nos detendremos en el siguiente punto para estudiar ¿cómo y/o cuándo un problema social pasa a ser un problema público?

1.2.2 ¿Cuándo un problema social pasa a ser un problema público?

El esclarecimiento de la dinámica de cómo un problema social pasa a ser denominado público se torna un análisis minucioso por parte de las ciencias sociales, quienes postulan que todo fenómeno posee una serie de determinantes y que para su buena comprensión deben ser necesariamente identificados y explicados.

Para esclarecer esta dinâmica, a análise das políticas públicas apoia-se em três noções fundamentais ligadas por uma sequência básica: fenômenos sociais aparecem; eles se tornam problemas dignos de atenção; sua resolução é atribuída ao Estado (MULLER y SUREL, 2002, p. 51).

Trabajos recientes como los de Howlett y Ramesh (1995), se centran en la identificación y la explicación de una serie de modos posibles de génesis de los problemas públicos, indicando que la complejidad y la multiplicidad de las relaciones causales pueden ser la fuente de los problemas públicos. Esa interacción es llamada por los autores: abordaje *funnel of causality* (embudo de causalidad). Dicho abordaje incluye a todos aquellos trabajos que ponen como premisa:

La necessária conjunção de diferentes variáveis, incluindo, ao mesmo tempo, as variações do contexto econômico e físico (as causas “objetivas” tradicionais), a configuração das alianças como relações de forças num instante dado, as matrizes cognitivas e normativas dominantes, as características institucionais dos atores públicos envolvidos... Nesta perspectiva, cada problema torna-se o resultado de um processo sempre específico na trama destas variáveis fundamentais (MULLER y SUREL, 2002, p. 52).

Siguiendo la perspectiva social, para Remi Lenoir (1993), un problema social viene a ser una construcción social y no solo el resultado del mal funcionamiento de la sociedad. Un problema social se establece por la actuación y la lucha de sus agentes, esa correlación de fuerzas lo constituyen como problemática en un contexto determinado visibilizándolo y finalmente tornándolo relevante frente a la sociedad.

El autor indica que la constitución de un problema social conlleva un trabajo, un verdadero “trabajo social” en el que están contenidas dos etapas esenciales: el reconocimiento y la legitimación del problema.

Por una parte, el “reconocimiento: hacer visible una situación particular, convertirla, como se dice, en “digna de atención”, supone la acción de grupos socialmente interesados en producir una nueva categoría de percepción del mundo social a fin de actuar sobre este último (Goffman, 1975). Por otra parte, la legitimación: ésta no se induce necesariamente a partir del simple reconocimiento público del problema, sino que supone una verdadera empresa de promoción para insertarlo en el campo de las preocupaciones “sociales” del momento. En suma, a estas transformaciones objetivas, sin las

que no se plantearía el problema, se agrega un trabajo específico de enunciación y de formulación públicas, es decir, una empresa de movilización: las condiciones sociales de esta movilización y de su éxito son otro aspecto del análisis sociológico de los problemas sociales (LENOIR, 1993, p. 80).

Lenoir (1993), señala también que los actores políticos, dentro del trabajo de formulación pública, encuentran en la constitución de un problema social algo importante que defender: una causa de interés general. Por ello, según la lógica del autor, el estudio del surgimiento de un problema social se revela como imprescindible en el momento en que los problemas personales se convierten en problemas sociales, por su relevancia para un gran número de sujetos que se identifican con el mismo.

Deubel (2014), señala que todo problema público parte de un problema social sobre el cual la propia interacción social no puede resolverlo por sí sola y que por lo tanto exige la participación de los poderes públicos que definen la política pública. Definir un problema en relación con una política pública es pensar en los recursos existentes que el decisor tiene en sus manos y pensar en el proceso que puede conducir a la mejora del punto inicial del problema, por lo tanto, definir un problema público es pensar en las alternativas viables de solución.

Por otro lado, Sjöblom (1984) plantea una definición práctica de lo que sería un problema, diciendo así que es la diferencia entre la situación actual y una situación ideal posible. La existencia de un problema se da cuando el *status quo* es alterado y cuando existe la posibilidad de alcanzar una situación mejor. De ello podemos desprender que el problema público viene a ser la diferencia entre la situación actual y la situación ideal posible de alcanzar para la realidad pública.

En líneas generales, un problema viene a ser una situación insatisfactoria, que se refleja como algo que no nos gusta, encontrándose entre lo que nos gustaría que suceda y lo que es en la realidad, entre el debe ser y el es.

Para um problema ser considerado “público”, este deve ter implicações para uma quantidade ou qualidade notável de pessoas. Em síntese, um problema só se torna público quando os atores políticos intersubjetivamente o consideram problema (situação inadequada) e público (relevante para a coletividade) (SECCHI, 2015, p. 10).

El problema público es el punto de partida de las políticas públicas y ello es una oportunidad de mejorar la situación problemática. Aplicando una política pública podemos pasar de una situación en la cual no estábamos bien a raíz de un problema a una situación mejor de la que se estaba en un inicio. Los recursos,

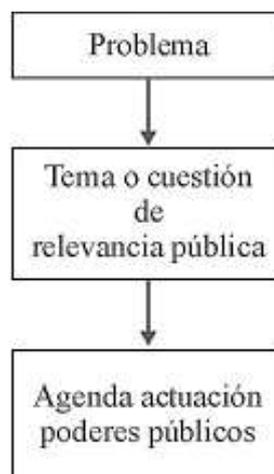
capacidades y actores disponibles contribuirán a una determinada alternativa de solución, aquella que sea capaz de gestionarse (DEUBEL, 2014).

Después de tener identificado los diversos problemas públicos, nos viene a la cabeza una cuestión, ¿Cómo es la priorización a la atención de un determinado problema? O como diría Kingdon (1995): ¿Qué hace que las personas dentro y alrededor de un gobierno se dediquen en un determinado momento a unos temas y no a otros? Para el autor:

Sabemos mais sobre como as questões são encaminhadas do que como elas vieram a tornar se itens na agenda do governo, sobre como as escolhas feitas pelos *decision-makers* (tomadores de decisões) são formuladas e por que algumas possíveis questões e alternativas nunca são levadas a sério (KINGDON, 1995, p. 219).

Desde la literatura especializada, Subirats (2006) destaca la distinción entre los denominados “problemas” y lo que se podría denominar “temas” o “cuestiones”, siendo estos últimos aquellos problemas identificados, previo debate entre los actores, como prioritariamente relevantes para ser incluidos y formar parte de la agenda de los poderes públicos (Figura 12).

Figura 12 – Proceso de formación de la agenda institucional según Subirats (2006)



Fuente: SUBIRATS, 2006

El estatus de “problema público” será establecido por prioridad entre las cuestiones o temas planteados, donde unos serán atendidos y otros no. Subirats

(2006), afirma que un nuevo tema puede ser capaz de convertirse en un problema público y por lo tanto formar parte de la agenda:

- a) Si el tema o cuestión ha alcanzado proporciones de “crisis” y, por tanto, no puede continuar siendo ignorado (...)
 - b) Cuando ha adquirido características peculiares o significativas que lo diferencian de una problemática más general (...)
 - c) Cuando la cuestión provoca una seria situación emotiva que atrae la atención de los medios de comunicación
 - d) Cuando un tema va adquiriendo importancia global cuando en sus inicios tenía unas dimensiones y efectos muy limitados
 - e) Temas que desencadenan cuestiones relacionadas con “legitimidad” o “poder” y que, por tanto, afectan al núcleo sensible del poder público, arrastrando una gran carga simbólica (...)
 - f) Temas que alcanzan gran notoriedad pública por conectar con tendencias o valores más de moda (...)
- (SUBIRATS, 2006, p. 206).

Lo estudiado anteriormente forma parte del proceso pre-decisorio de formulación de políticas públicas, proceso que nos lleva a pensar en cómo las personas que se encuentran dentro del ambiente gubernamental dedican su atención a un asunto y no a otro y en cómo llegan a una determinada decisión a partir de un amplio número de alternativas para el establecimiento de la agenda, lo que vendría a ser uno de los primeros procesos del ciclo de una política pública. En el siguiente punto trataremos del origen de las políticas públicas a partir de las situaciones problemáticas identificadas y del proceso de elaboración de la agenda, punto inicial para la formulación de políticas públicas.

1.2.3 Origen de las Políticas Públicas

Una política pública encuentra sus orígenes a partir de un problema público, lo que da inicio al establecimiento de la agenda con el fin de buscar las posibles alternativas de solución. Como ya lo estudiamos anteriormente, la formulación de políticas públicas viene a ser un conjunto de procesos que incluyen por lo menos:

- O estabelecimento de uma agenda; a especificação das alternativas a partir das quais as escolhas são feitas; uma escolha final entre essas alternativas específicas, por meio de votação no Legislativo ou decisão presidencial; e a implementação dessa decisão (KINGDON, 1995, p. 221).

El éxito que se puede alcanzar en uno de los procesos enunciados no conlleva necesariamente al éxito en todos los demás procesos. Hablar del surgimiento de una política pública nos llevará a analizar los dos primeros procesos que indica Kingdon (1995): el establecimiento de la agenda y la especificación de alternativas a partir de las cuales las elecciones son hechas.

A agenda, como eu a concebo, é a lista de temas ou problemas que são alvo em dado momento de séria atenção, tanto da parte das autoridades governamentais como de pessoas fora do governo, mas estreitamente associadas às autoridades (Ibidem. p. 222).

La agenda gubernamental se presenta como la lista de temas que presentan un carácter de especial atención por parte de las autoridades del gobierno y de sus asesores, dicha lista varía de acuerdo con los diferentes sectores gubernamentales, existiendo agenda dentro de agendas, y se debe diferenciar de la lista de asuntos que se encuentran dentro de la agenda de gobierno encaminados para ser deliberados, lo que vendría a ser la agenda de decisiones. Ambas agendas, de gobierno y de decisiones, son definidas por diferentes procesos (KINGDON, 1995).

El proceso de especificación de alternativas implica la restricción de un gran conjunto de alternativas posibles a un grupo de menor cantidad, a partir del cual las elecciones son realmente efectuadas.

Asimismo, Kingdon (1995) intenta dar respuesta a porqué determinados asuntos en la agenda son priorizados y porque algunas alternativas captan más atención que otras. Para el autor tales respuestas se encuentran en los participantes, quienes tienen influencia en los procesos de establecimiento de la agenda y en la especificación de alternativas. Así, indica que en dicho proceso existen tres dinámicas de por medio: la de los problemas, la de las políticas públicas y la de la política. En donde las personas reconocen los problemas, generan propuestas de cambios por medio de políticas públicas y se envuelven dentro de las actividades políticas, como son las campañas electorales o lobbies.

Cada participante – o presidente, os membros do Congresso, os funcionários públicos, os lobistas, os jornalistas, os acadêmicos, etc. – pode, em princípio, estar envolvido em cada um desses processos (reconhecimento do problema, formulação de propostas e política). Por exemplo, as políticas públicas não constituem o único modo de atuação dos analistas, como a política tampouco é o único cenário de atuação dos políticos (KINGDON, 1995, p. 226).

En la práctica, los participantes tienden a especializarse más en un proceso determinado, así, por ejemplo, los académicos están más inmersos con la formulación de las políticas públicas que con la política propiamente dicha a diferencia de los partidos políticos, quienes se envuelven más en la política que en la formulación de las propuestas.

Los participantes pueden ser considerados como diferentes en cada proceso y pueden actuar como un incentivo o un obstáculo dentro del proceso de formulación de las políticas públicas. Dichos participantes (actores) pueden ser clasificados como visibles e invisibles, siendo el grupo de actores visibles aquellos que son reconocidos por la prensa y el público en general, ello incluye al presidente, a sus asesores de alto grado, congresistas y los partidos políticos; y, los actores invisibles vienen a ser los académicos, burócratas y funcionarios del congreso. Ambos tipos de participantes tienen una determinada influencia en una parte de la formulación de políticas públicas, siendo los participantes visibles quienes definen la agenda mientras que los participantes invisibles tienen mayor poder de influencia en la elección de alternativas (KINGDON, 1995).

Aplicando el modelo de Kingdon (1995), si observamos lo real en el contexto social podremos constatar que las oportunidades de que un tema se torne importante en la agenda del gobierno aumentan si son propuestas por los actores visibles y de la misma forma, si el mismo grupo considera que un determinado tema no es tan importante, las oportunidades de que no se tome en cuenta en la agenda de gobierno disminuyen. De ello podemos desprender que el grupo de actores visibles constituye un poderoso formador de la agenda.

Cuadro 4 – Síntesis del Modelo de Kingdon (1995)

1. Fases de la formulación de las Políticas Públicas
<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de la agenda - Especificación de alternativas - Elección de una alternativa - Implementación de la decisión
2. Establecimiento de la agenda y especificación de alternativas dependen de:
<ul style="list-style-type: none"> - Participantes/actores - Procesos que influyen la agenda y las alternativas
3. Dinámicas que facilitan el proceso:

<ul style="list-style-type: none"> - Problemas: reconocimiento del problema - Políticas Públicas: formulación de propuestas y políticas - Política: propiamente dicha
4. Tipos de participantes/actores
<ul style="list-style-type: none"> - Visibles: definen la agenda - Invisibles: tienen influencia en la elección de alternativas

Fuente: Elaboración propia (2017)

1.2.4 Instituciones, ideas y actores en el proceso de la Política Pública

En los puntos tratados anteriormente hemos estudiado la conceptualización de la política pública como el accionar del Estado orientado a resolver los problemas públicos, los mismos que dan origen a las Políticas Públicas. Dicho accionar encuentra en su camino diversos elementos que van a interferir en la elaboración y ejecución de las Políticas Públicas. Entre los principales elementos a estudiar en la presente sección tenemos a las instituciones, las ideas y los actores inmersos en el proceso de la *policy-making*. Dichos elementos son considerados al momento de realizar el análisis de la Política Pública.

Para el estudio de los elementos mencionados nos basaremos en los abordajes que se encuentran dentro del estudio de las Políticas Públicas, abordajes que aportaran el entendimiento del ámbito de nuestro trabajo y que buscaran explicar cómo es la formulación y ejecución de las Políticas Públicas a partir de los elementos mencionados. Entre ellos tenemos los abordajes sugeridos por Grisa (2010), siendo así el abordaje neomarxista, neoinstitucionalista, cognitiva y el de redes de Políticas Públicas.

Según Grisa (2010), para un neomarxista la burguesía es el principal actor político que influencia las acciones del Estado, siendo el mayor beneficiado dentro de la *policy-making*. Dentro del abordaje neomarxista se recalca cierta autonomía del Estado, sin embargo sus características y su relación con la burguesía hacen que en su accionar predomine cierto favoritismo hacia la clase burguesa. Para los neoinstitucionalistas, son las instituciones las que condicionan las Políticas Públicas ya sea por medio de instituciones formales, informales o padrones culturales establecidos. Por otro lado, para los que se encuentran dentro del abordaje cognitivo son las ideas, las creencias y representaciones de determinados grupos sectoriales

las que condicionan la elaboración de una determinada Política Pública. Finalmente, los estudios dentro del abordaje de redes de Políticas Públicas indican que la elaboración y ejecución de una Política Pública es producto de una continua negociación entre los diversos actores sociales.

1.2.4.1 Instituciones en el proceso de la Política Pública

El Estado y las instituciones sociales como entidades importantes afectan las preferencias y las actividades de los actores políticos. Ambas buscan explicar la política pública como producto de interacción interdependiente entre la capacidad del Estado y la acción social.

De acuerdo con Secchi (2015), las instituciones vienen a ser el espacio donde ocurren las Políticas Públicas, conocer ello es importante para lograr entender la dinámica de la política, los comportamientos de los actores, las ideas presentes y sus efectos. Las Políticas Públicas se desarrollan dentro de un escenario político y ese escenario representa el conjunto de las instituciones.

En el lenguaje común, así como en textos académicos brasileiros podemos encontrar que,

O termo “instituição” recebe conotação de organização ou entidade, como instituição cultural, instituição de ensino superior, instituição religiosa, etc. Esse sentido estrito da palavra “instituição” é menos utilizado na literatura internacional de ciências sociais, que, por sua vez, dá uma conotação bem ampla ao termo institution (inglês, francês e alemão), istituzione (italiano) e instituição (espanhol) (SECCHI, 2015, p. 82).

Para la escuela institucionalista tradicional, las instituciones vienen a ser reglas formales que de una u otra forma condicionan el comportamiento de los individuos. Ello dentro de las Políticas Públicas se traduce en reglas constitucionales, estatutos, códigos legales y regimientos dentro de las cuales las Políticas Públicas son construidas. En ese sentido, las instituciones son: “jurisdicciones (leyes), competencias (funciones) y las delimitaciones territoriales”¹⁹ (SECCHI, 2015, p. 82).

Para los neoinstitucionalistas como Hall y Taylor (2003), las instituciones tienen vital importancia en la determinación de las políticas públicas y

¹⁹ Traducción libre a partir del original en portugués

para ese análisis los autores indican que ello no puede ser estudiado desde un abordaje unificado sino más bien a partir de tres divisiones, desde el neoinstitucionalismo de la escuela racional, neoinstitucionalismo histórico y neoinstitucionalismo sociológico.

Según Hall y Taylor (2003), dentro del neoinstitucionalismo racional se afirma que las instituciones son creadas a partir de un acuerdo voluntario entre los individuos interesados y que se seleccionan según criterios de optimización de beneficios, en donde los individuos orientan su accionar basados en cálculos estratégicos en pro de su eficiencia influenciados por el comportamiento de otros actores. Para los neoinstitucionalistas históricos, las instituciones vienen a ser procedimientos, protocolos, normas y convenciones oficiales que son emitidos por organizaciones formales. Los teóricos de esta línea buscan explicar cómo las instituciones estructuran las respuestas de una nación a los desafíos que les son impuestos, enfatizando que las instituciones no representan un único factor que ejerce influencia sobre la vida política sino también agregan elementos como el desarrollo económico y las ideas. Para el neoinstitucionalismo sociológico, las instituciones surgen en función de la legitimidad social y en su sentido más amplio comprenden los diversos procedimientos formales, sistemas de símbolos, esquemas cognitivos y modelos morales que generan “padrones de significación” que guían el accionar humano. Los teóricos de este abordaje se concentran en la “dimensión cognitiva”, ello quiere decir en la manera como las instituciones influyen el comportamiento al proporcionar esquemas, categorías y modelos cognitivos que orientan el actuar de los actores.

Por otro lado, según Howlett, Ramesh y Pearl (2013),

Duas metainstituições, capitalismo e democracia, informam as estruturas nas quais se desenvolvem os processos da política pública na maioria das sociedades modernas. Essas instituições fundamentais merecem atenção particular, não apenas porque influenciam os *policy-makers*, mas também porque não são intrinsecamente compatíveis e, por isso, precisam ser de alguma maneira constantemente reconciliadas, levando a concessões instáveis que colocam desafios cruciais aos países liberais democráticos (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013, p. 60).

Podemos observar hasta aquí que el abordaje del neoinstitucionalismo contribuye de manera importante al análisis de las Políticas Públicas al destacar el papel de las instituciones y que, por otro lado, al tener ello como punto central presenta dificultades para incorporar los diversos actores de la

sociedad civil que cada vez tienen mayor participación en el ámbito del proceso de democratización y descentralización de producción de Políticas Públicas.

1.2.4.2 Ideas en el proceso de la Política Pública

Dentro del abordaje cognitivo la dimensión de las ideas, de las representaciones y de las creencias sociales representan un papel importante dentro de las Políticas Públicas. En ese contexto el análisis de las políticas públicas es determinado por las creencias en común de un conjunto de actores públicos y privados, las cuales definen cómo los actores perciben los problemas públicos y las posibles respuestas para los mismos.

Para John (1998, p. 144), “es imposible imaginar la política sin ideas. Las ideas constituyen el mundo en el cual los agentes usan conceptos, imágenes y percepciones a partir de las cuales actúan”²⁰. En ese sentido los actores involucrados en el proceso de la Política Pública formulan estrategias y cursos de acción en base a sus creencias, percepciones y visiones de mundo que fueron adquiridos en los diferentes procesos de socialización. Sin embargo, dichas ideas no representan el factor principal de impacto en la formulación de políticas públicas, sino más bien se consideran fenómenos dinámicos que interactúan con las instituciones, con los diversos procesos socioeconómicos y con la toma de decisiones de los actores.

Por otro lado, Grisa (2010) toma como base los estudios de Pierre Muller para afirmar que la elaboración de una Política Pública envuelve principalmente la construcción de una representación de la realidad sobre la cual se interviene. A través de esa imagen, denominada por Pierre Muller como “referencial de política pública”, los actores interpretan el problema, confrontan posibles soluciones y definen su acción. Dicho referencial logra articular cuatro niveles de percepción del mundo: los valores sobre lo que es el bien y el mal, las normas establecidas entre lo real observado y lo real deseado, los algoritmos de relaciones causales que lleven a una teoría de acción y las imágenes que representan en forma simplificada los vectores de los valores, normas y algoritmos.

²⁰ Traducción libre a partir del original en inglés

Lo estudiado en esta sección nos lleva a evidenciar el rol fundamental de las ideas en el proceso de la *policy-making*, siendo así un punto central dentro de sistemas democráticos de gobierno que se orientan por la discusión, debate y disputas de ideas. Ello constituye un proceso de argumentación donde las ideas y visiones de mundo juegan un papel fundamental en la conformación de preferencias de los actores envueltos en un determinado proceso de la política pública.

1.2.4.3 Actores en el proceso de la Política Pública

La connotación de “actor” de la Política Pública hace referencia a aquellos que participan individual o colectivamente y que están involucrados en alguna etapa del proceso de la Política Pública, desde el reconocimiento de un problema público hasta la implementación de la política. Las políticas públicas son establecidas por diversos actores, lideradas por algún actor en específico e influenciadas por diversos actores a lo largo del ciclo político.

Secchi (2015) define a los actores, desde la literatura de las ciencias políticas, como:

Aqueles indivíduos, grupos ou organizações que desempenham um papel na arena política. Os atores relevantes em um processo de política pública são aqueles que têm capacidade de influenciar, direta ou indiretamente, o conteúdo e os resultados da política pública. São os atores que conseguem sensibilizar a opinião pública sobre problemas de relevância coletiva. São os atores que têm influência na decisão do que entra ou não na agenda. São eles que estudam e elaboram propostas, tomam decisões e fazem que intenções sejam convertidas em ações (SECCHI, 2015, p. 99).

Olavarria (2007) indica que los actores que participan en el proceso de la Política Pública lo hacen, por un lado, desde posiciones formales u oficiales o, por otro lado, desde posiciones informales o no oficiales. Los actores formales son aquellos que desempeñan cargos formales dentro de la estructura del Estado mientras que los actores informales se integran en el proceso de acuerdo con sus intereses, ellos pueden surgir desde la sociedad y pueden ser individuales o colectivos.

Para Secchi (2015), un analista de políticas públicas, que también viene a ser un actor, debe ser capaz de identificar los actores presentes en el proceso de las políticas públicas y así también identificar los padrones de relacionamiento

entre los diversos actores. Para ello es necesario tener identificado las categorías a las que pertenecen los diversos actores que influyen el proceso de la *policy-making*.

A continuación, en el Cuadro 5, presentaremos el resumen de algunos modelos de categorización de los actores presentes en el proceso de la Política Pública:

Cuadro 5 – Síntesis de los modelos de categorización de los actores

	MOON e INGRAHAM (1998)²¹	HOWLETT, RAMESH y PEARL (2013)²²	SECCHI (2015)²³
MODELO	Political Nexus Triad	Actores políticos domésticos	Categorización de actores
CATEGORÍAS	<ul style="list-style-type: none"> - Políticos: electos y sus designados políticamente - Burócratas: seleccionados por concurso - Sociedad civil: externos a la administración pública 	<ul style="list-style-type: none"> - Políticos electos: miembros del Ejecutivo y los legisladores - El público: electores, opinión pública - Burocracia: funcionarios nombrados - Partidos Políticos - Grupos de interés o de presión - <i>Think tanks</i> y organizaciones de investigación: Institutos de investigación en políticas públicas - Comunicación de masa: medios de comunicación - <i>Experts</i> y consultores académicos de política pública 	<p>Actores gubernamentales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Políticos: con cargos en el Ejecutivo y Legislativo - Designados políticamente: funcionarios de confianza y cargos comisionados - Burócratas: funcionarios públicos - Jueces <p>Actores no gubernamentales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupos de interés: formales (sindicatos, colegios profesionales, asociaciones comerciales, etc.) o informales (movimientos feministas, grupos ambientalistas, etc.) - Partidos políticos - Medios de comunicación - Think tanks: institutos de políticas públicas - Destinatarios de las políticas públicas: individuos, grupos y organizaciones para los cuales la política pública fue elaborada - Organizaciones del tercer sector: ONG's - Otros stakeholders: proveedores, organismos internacionales, comunidades epistémicas, financiadores, especialistas, etc.

Fuente: Elaboración propia (2017)

²¹ Traducción libre a partir del original en inglés²² Traducción libre a partir del original en portugués²³ Traducción libre a partir del original en portugués

En base a los diversos abordajes analizados hasta aquí podemos afirmar que tanto los actores como las instituciones y las ideas ejercen un papel significativo en el sentido de influenciar la evolución y los resultados del proceso de una política pública. Los actores involucrados en el proceso ciertamente poseen sus propios intereses sin embargo el modo como interpretan y persiguen sus intereses son modelados por los factores institucionales y por las ideas presentes en el proceso.

El rol de las instituciones, las ideas y los actores en el proceso de las políticas públicas traen grandes contribuciones para el análisis de las Políticas Públicas, enfatizando que su abordaje en conjunto será importante para responder con eficacia la complejidad del entender de cada etapa del ciclo de las Políticas Públicas.

1.2.5 Diversos abordajes del ciclo de las Políticas Públicas

En esta sección presentaremos algunos de los modelos de análisis de las políticas públicas que presentan la idea de ciclo de políticas públicas como elemento central. En la literatura encontraremos varias versiones ya desarrolladas para la visualización del ciclo de políticas públicas, sin embargo, para el presente estudio mencionaremos las características generales propuestas por algunos autores como: McGregor (1989), Secchi (2015), Rua (2009), Souza (2006) y nos detendremos a analizar y desarrollar el modelo propuesto por Howlett, Ramesh y Pearl (2013).

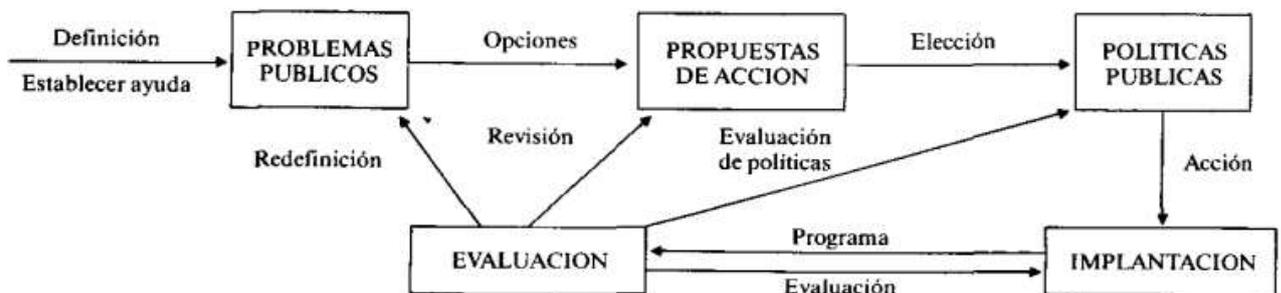
Nuestra elección para el desarrollo de dicha propuesta es porque consideramos que el modelo del ciclo político-administrativo de una política pública, propuesto por Howlett, Ramesh y Pearl (2013), considera como elemento principal la percepción de que las políticas públicas están compuestas por tres dimensiones: los actores, las instituciones y las ideas. Bajo la perspectiva del modelo, las políticas públicas son comprendidas como subsistemas político-administrativos, ello quiere decir que cada sector de las políticas públicas cuenta con un conjunto articulado de actores, instituciones e ideas y que ellos a su vez forman parte de un sistema político-económico más amplio.

El estudio del ciclo de las políticas públicas se presenta como una herramienta de análisis al buen entendimiento para la discusión del tema de políticas públicas, en donde comprenderemos las diferentes etapas no como un proceso lineal

sino más bien como un proceso cíclico repetitivo. Existe la necesidad de no considerar las fases como estrictas etapas secuenciales, siendo posible la combinación de las fases y la alteración de las secuencias. Se destaca como lo más importante el entendimiento de que la política pública está compuesta por etapas que poseen características específicas.

Los especialistas y analíticos han logrado, con el tiempo, desarrollar un lenguaje común y una lógica de solución de problemas característicos del proceso de las políticas públicas. En la Figura 13 se muestra un esquema general del ciclo de las políticas públicas, en el que se evidencia las principales actividades intelectuales que cualquier ser humano debe emprender para resolver los problemas. (MCGREGOR, 1989).

Figura 13 – Esquema del ciclo de las Políticas Públicas diseñado por MacGregor (1979)

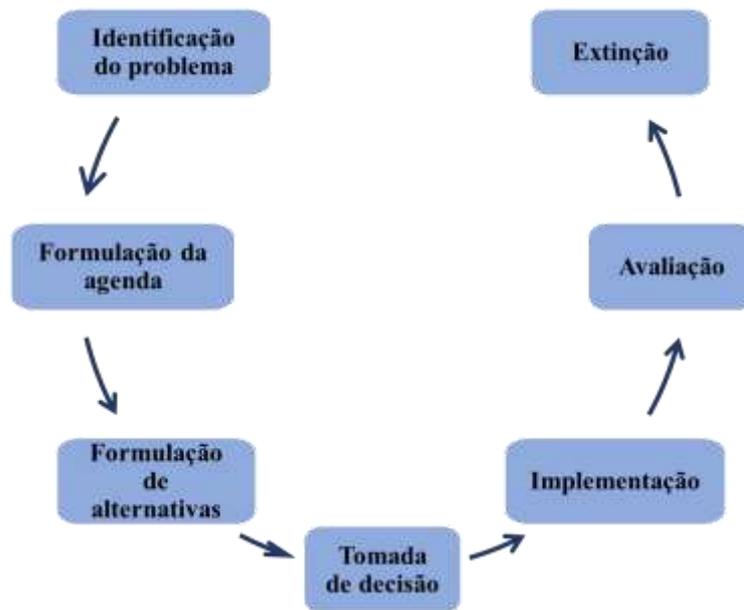


Fuente: MACGREGOR, 1979.

De acuerdo con Secchi (2015), el proceso de elaboración de políticas públicas (policy-making process) es también conocido como ciclos de políticas públicas (policy cycle). En su perspectiva, el ciclo de políticas públicas puede ser entendido como un “esquema de visualización e interpretación que organiza la vida de una política pública en fases secuenciales e interdependientes”²⁴ (Secchi, 2015, p. 43). Así, el autor propone un modelo de ciclo de políticas públicas con 7 fases principales (Figura 14): 1) identificación del problema, 2) formulación de la agenda, 3) formulación de alternativas, 4) toma de decisiones, 5) implementación, 6) evaluación y 7) extinción.

²⁴ Traducción libre a partir del original en portugués

Figura 14 – Ciclo de Políticas Públicas según Leonardo Secchi (2015)



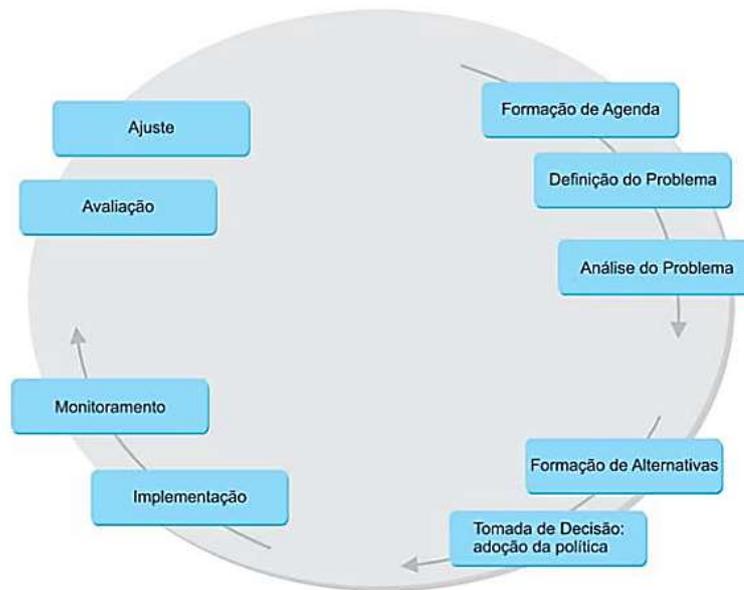
Fuente: SECCHI (2015, p. 43)

Rua (2009) considera que, dentro de la concepción del ciclo de las políticas públicas, la política pública es considerada la resultante de una serie de actividades políticas que agrupadas forman el proceso político. Dicha visión lleva a los estudiosos a evaluar como son o como podrían ser la toma de decisiones, así también permite “identificar y analizar los procesos político-administrativos, los mecanismos y estrategias definidas para la realización de la política y el comportamiento de los diferentes actores envueltos en cada etapa del proceso de producción de políticas”²⁵ (RUA, 2009, p. 37).

Para la autora, las políticas públicas ocurren en un ambiente tenso, marcado por las relaciones de poder, “extremamente problemáticas, entre actores del Estado y de la sociedad, entre agencias intersectoriales, entre los poderes del Estado, entre el nivel nacional y niveles subnacionales, entre política y burocracia”. Así, propone un modelo de ciclo de política pública basado en dicha complejidad que aborda las políticas públicas mediante su división en etapas secuenciales, tal y como se muestra en la Figura 15.

²⁵ Traducción libre a partir del original en portugués

Figura 15 – Ciclo de las Políticas Públicas según Maria Rua (2009)



Fuente: RUA (2009, p. 36)

Por otro lado, Souza (2006) indica que la tipología del ciclo de la política pública ve a la política pública como un ciclo deliberativo, formado por varias etapas que llegan a constituir un proceso dinámico y de aprendizaje. Para la autora, el ciclo de la política pública está organizado por las siguientes etapas: definición de la agenda, identificación de alternativas, evaluación de las opciones, selección de las opciones, implementación y evaluación.

Al respecto, Souza (2006) hace una revisión de la literatura y en su estudio logra analizar y diferenciar diversos modelos de ciclos de políticas públicas, entre los principales podemos mencionar: el modelo “*garbage can*” o “*lata de lixo*” que fue desarrollado por Cohen, March y Olsen (1972) cuya idea principal defiende que hay varios problemas y pocas soluciones y que la elección de políticas públicas eran hechas como si las alternativas estuviesen en una lata de basura; el modelo coaliciones de defensa desarrollado por Sabatier (1988), indica que los grupos de actores se organizan a fin de influenciar el proceso de elaboración de la política pública; y, el modelo del “equilibrio interrumpido” elaborado por Baumgartner y Jones (1993), basado en nociones de biología y computación y que según los autores el modelo permite entender porque un sistema político actúa de forma incremental para mantener el *status quo* y cómo logra pasar por cambios radicales en las políticas públicas. En este modelo, la política pública se caracteriza por largos periodos de

estabilidad interrumpidos por periodos de inestabilidad que generan cambios en las políticas anteriores.

Como ya vimos, el ciclo de las políticas públicas es un abordaje para el estudio de las políticas públicas que identifica fases secuenciales en el proceso de producción de una política. A continuación, desarrollaremos la propuesta de Howlett, Ramesh y Pearl (2013). Estos autores basaron su estudio en los trabajos de Lasswell (1956), quien fue uno de los pioneros de las ciencias políticas. Lasswell mencionó por primera vez la idea de simplificar la *policy-making* dividiendo el proceso en varias etapas. Dicha acepción es el punto de partida para que Howlett, Ramesh y Pearl (2013) afirmen que uno de los medios más populares de simplificar la *policy-making* fue pensarlo como proceso, ello significa pensarlo como “un conjunto de etapas interrelacionados a través de los cuales los temas políticos (*policy issues*) y las deliberaciones fluyan de una forma más o menos secuencial desde los “insumos” (problemas) hasta los “productos” (políticas)” (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013, p. 12).

1.2.6 Etapas del ciclo político-administrativo

Howlett, Ramesh y Pearl (2013) proponen el modelo aplicado de resolución de problemas del proceso político-administrativo, modelo que encuentra sus raíces en los trabajos de Lasswell (1971) y Brewer (1974). Repasando rápidamente dichos modelos encontraremos que Lasswell (1971 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) dividió el proceso de la política pública en siete etapas, los cuales, bajo la concepción del autor, describían no solo cómo las políticas eran creadas sino también como debían ser producidas: 1) información (*intelligence*), 2) promoción, 3) prescripción, 4) invocación, 5) aplicación, 6) término y 7) evaluación.

Em seu constructo, tal processo começa com a reunião de informações, ou seja, coleta, o processamento e a disseminação de informações pelos *policy-makers*. Em seguida, ele avança para a promoção de opções particulares pelos envolvidos na tomada da decisão política. No terceiro estágio, os tomadores de decisão prescrevem um curso de ação. No quarto, o curso de ação prescrito é invocado juntamente com um conjunto de sanções para penalizar aqueles que não cumprem essas prescrições. A política é então aplicada pelas cortes e pela burocracia e corre seu curso até chegar a seu término ou ser encerrada. Finalmente, os resultados políticos (*policy results*) são apreciados ou avaliados contra seus alvos e objetivos originais (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013, p. 13).

El análisis del proceso de producción de políticas públicas de Lasswell focalizaba la toma de decisiones en el interior del gobierno y poco trató sobre las influencias externas del Estado, restringiendo la *policy-making* a un número limitado de personas que desempeñaban funciones oficiales dentro del gobierno.

El modelo de Lasswell fue mejorado por Brewer (1974 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) al traspasar los muros del gobierno en la exploración del reconocimiento de problemas. Brewer desarrolló el modelo del ciclo político-administrativo y lo identificó como un ciclo en constante movimiento. Para el autor, el proceso político-administrativo se compone de seis etapas: 1) invención/iniciación, 2) estimativas, 3) selección, 4) implementación, 5) evaluación y 6) término.

Segundo a visão de Brewer, a invenção ou iniciação se referia ao estágio primitivo, na sequência, quando se tem a primeira percepção de um problema. Esse estágio, ele argumentava, se caracterizaria pela ausência de uma definição bem entendida do problema e das soluções sugeridas para resolvê-lo. O segundo estágio se refere ao cálculo dos riscos, custos e benefícios associados a cada uma das várias soluções propostas no estágio anterior. Ele envolveria ao mesmo tempo uma avaliação técnica e escolhas normativas. O objetivo desse estágio é reduzir a gama de escolhas plausíveis, excluindo as inexequíveis e, de alguma maneira, escalonar as opções remanescentes mais desejadas. O terceiro estágio consiste em adotar ou rejeitar uma dada composição de soluções remanescentes no final do estágio das estimativas. Os três estágios restantes compreendem a implementação da opção selecionada, a avaliação dos resultados de todo o processo e a descontinuação ou encerramento da política, com base nas conclusões a que chegou sua avaliação (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013, p. 14).

Howlett, Ramesh y Pearl (2013) proponen un modelo de ciclo de políticas públicas denominado modelo aplicado de resolución de problemas del proceso político-administrativo, modelo que encuentra una lógica entre el ciclo político y la resolución aplicada de problemas (Cuadro 6). El modelo se divide en cinco etapas que son: 1) montaje de la agenda, 2) formulación de la política, 3) toma de decisión política, 4) implementación de la política y 5) evaluación de la política.

Cuadro 6 – Cinco estágios do ciclo político e sua relação com a resolução aplicada de problemas, segundo Howlett, Ramesh y Pearl (2013)

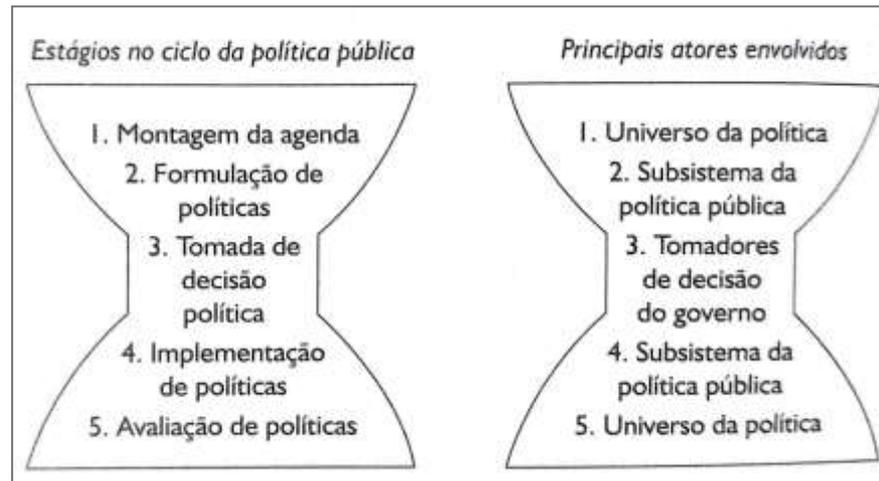
Resolução aplicada de problemas	Estgios no ciclo político
1. Reconhecimento do problema	1. Montagem da agenda
2. Propostas de solução	2. Formulao da política
3. Escolha da solução	3. Tomada de decisão política
4. Efetivao da solução	4. Implementação da política
5. Monitorao dos resultados	5. Avaliação da política

Fuente: HOWLETT, RAMESH y PEARL (2013, p. 15)

El modelo se muestra interesante por la forma en como organiza las tareas en el proceso de elaboración de políticas públicas y también porque, según los autores, ayuda a esclarecer los diferentes papeles de los actores, instituciones e ideas desempeñados en el proceso.

Howlett, Ramesh y Pearl (2013) indican que, según ese planteamiento (Figura 16), el montaje de la agenda es una etapa en la que todos los actores pueden estar envueltos tanto en la selección de un problema y en la demanda de la acción gubernamental, actores que pueden ser considerados como el *universo de la política pública*. En la etapa siguiente de formulación de la política solo una parte del universo de la política pública, el *subsistema de la política*, estará envuelta en la discusión de las opciones destinadas a lidiar con los problemas reconocidos como prioritarios para la intervención de la acción gubernamental. El subsistema estará compuesto solamente por aquellos actores que son conocedores del área problemática o que tengan dominio sobre los recursos a ser destinados para la resolución del problema. Para la etapa de toma de decisn el número de actores se reducirán aún más, restringiéndose al subconjunto del subsistema político-administrativo compuesto por los *tomadores de decisiones gubernamentales oficiales* (funcionarios electos o burócratas). En la etapa de implementación de política el número de actores aumenta al nivel del subsistema de la política y finalmente, en la etapa de evaluación de la política el número de actores envueltos en el proceso vuelve a aumentar al nivel del universo de la política pública.

Figura 16 – Ampulhetas em paralelo de ciclo e os atores da política pública



Fuente: HOWLETT, RAMESH y PEARL (2013, p. 16)

El modelo desarrollado por Howlett, Ramesh y Pearl (2013) permite examinar el papel interactivo de todos los actores, ideas e instituciones envueltos en la producción de la política y no se limita solo a los órganos gubernamentales formalmente encargados de esa función. A continuación, estudiaremos cada una de las etapas del presente modelo de ciclo de políticas públicas donde intentaremos resolver cuestiones como: ¿De qué forma se realiza el montaje de la agenda? ¿Cómo y porque algunos individuos, o grupos, gozan de privilegios a la hora de formular las políticas? ¿Cómo y porqué los gobiernos toman las decisiones que toman? ¿Cómo se realiza la implementación de las políticas? ¿Cómo son las evaluaciones de las políticas?

1.2.6.1 Montaje de la agenda

Como ya lo vimos anteriormente en la parte del origen de una política pública, el montaje de la agenda es el primero, y quizá el más crítico, de las etapas del ciclo de una política pública. Es en esta etapa en la que se discute que problemas deben aparecer en la agenda gubernamental para ser atendidos.

Según Howlett, Ramesh y Pearl (2013), lo que sucede en esta etapa inicial tendrá un impacto decisivo en todo el proceso político. Así, los autores afirman que:

A maneira e a forma como os problemas são reconhecidos, se é que serão, de algum modo, pelo menos reconhecidos, são as determinantes fundamentais de como eles serão, afinal, tratados pelos *policy-makers* (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013, p. 103).

Los autores parten de otros autores como Goffman (1974 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) para decir que el reconocimiento de problemas no es un simple proceso mecánico de identificación de desafíos y oportunidades sino más bien un proceso sociológico, donde las ideas poseen un significado crítico dentro de los cuales operan y piensan los gobiernos y actores no gubernamentales.

El conjunto de ideas o ideologías pueden tener impacto significativo en la *policy-making*, pues es por medio ellos que los individuos imaginan los problemas, inspiran sus demandas por acción gubernamental y proyectan sus soluciones. Siguiendo esa perspectiva, para entender el proceso del montaje de la agenda es necesario conocer de qué modo los individuos y/o grupos determinan las demandas para una política específica a las cuales el gobierno debe dar respuesta.

En ese sentido, el montaje de la agenda consiste en la manera de cómo los problemas surgen como objeto de acción gubernamental, o sea, cuando esos problemas pasan del estatus de privado para el estatus de público. Howlett, Ramesh y Pearl (2013) rescatan dos modelos de análisis para el montaje de la agenda que articulan los actores, las ideas y las instituciones.

El primero es el “*embudo de causalidad*”, desarrollado por Anthony King (1973 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013), Richard Hofferbert (1974 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) y Richard Simeon (1976 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013). Se trata de un modelo de formación de agenda que busca captar las relaciones entre las condiciones sociales, institucionales, políticas, económicas y de ideas presentes en el proceso de montaje de la agenda. El modelo consideraba que todas esas variables eran importantes y que cada una estaba anidada en el *embudo de causalidad*, siendo entrelazadas entre ellas en un padrón de interacción en el que ocurre la producción de políticas públicas dentro de las instituciones. “Las instituciones existen dentro de conjuntos dominantes de ideas e

ideologías, las ideologías están empleadas en las relaciones de poder en la sociedad y las relaciones de poder se alojan dentro del ambiente social y material más amplio”²⁶ (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013, p. 111).

El segundo modelo de formación de agenda es el de “ciclos de visibilidad de los problemas”, desarrollado por Anthony Downs (1972 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) al argumentar que el montaje de la agenda seguía un patrón semejante al “ciclo de noticias” del medio de comunicaciones. Así, el aumento o la disminución de la atención pública resultarían en un padrón cíclico característico del montaje de la agenda. En ese sentido, los problemas sujetos al ciclo de visibilidad tienden a recibir mayor atención por parte de los gobiernos. Peters y Hogwood (1985 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) acrecentaron al modelo otros dos ciclos que influyen el montaje de la agenda: el ciclo de “crisis” (en el cual, eventos externos o exógenos, como guerras o crisis de energía, pueden iniciar un proceso de construcción de problema) y el ciclo “político” (en el cual, el inicio de un problema tiene origen en el sector político y enseguida es captado por la atención pública).

Respecto a las formas/modos de cómo montar una agenda, los autores se basan en los estudios de Cobb, Ross y Ross (1970 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013), quienes identificaron varios modos típicos de montar una agenda siguiendo la distinción entre la agenda pública sistémica o informal y la agenda de Estado, institucional o formal. “La agenda sistémica está compuesta por todas las cuestiones que, según la percepción general de los miembros de la comunidad política, son merecedoras de la atención pública y envuelven asuntos estrechos a la jurisdicción legítima de la autoridad gubernamental”²⁷ (Cobb y Elder, 1972, p.85 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013, p. 113). En el momento en el que un gobierno acepta que se necesita hacer algo respecto a un problema es que se puede decir que esa cuestión pasó a integrar la agenda institucional.

Así también Cobb, Ross y Ross (1970 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) identificaron cuatro fases principales por la que pasa el montaje de la agenda, fases que se encuentran entre el paso de la agenda informal a la institucional: iniciación o introducción de las cuestiones, especificación de soluciones, aplicación de apoyo a esas soluciones, y si fueran aceptadas se les concede el acceso a la agenda institucional. Cobb, Ross y Ross también propusieron tres modos básicos de montaje

²⁶ Traducción libre a partir del original en portugués

²⁷ Traducción libre a partir del original en portugués

de una agenda, cada uno de los cuales está asociado a un tipo específico de régimen político.

En el modelo de iniciación externa, asociada a las sociedades pluralistas liberales, las cuestiones nacen en los grupos no gubernamentales y expanden rápidamente sus influencias hasta llegar al primer lugar de la agenda pública y finalmente llegar a la agenda institucional, formal. En este modelo los diferentes grupos sociales desempeñan un papel de articulación de los problemas con la solución gubernamental. En el modelo de la movilización, asociada a regímenes totalitarios, las cuestiones son directamente colocadas en la agenda institucional por el gobierno, sin ser necesario una consulta pública preliminar. Sin embargo, los políticos que se inician en la política pedirán el apoyo masivo del público para la implementación de la política puesta en la agenda institucional. Y finalmente, en el modelo de iniciación interna, asociada a regímenes corporativistas, la iniciación y la especificación ocurren al mismo tiempo en la que un grupo u órgano gubernamental enuncia una queja y a la vez propone una solución potencial.

Para Cobb, Ross y Ross (1970 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) los diferentes modos de montar una agenda varían, no tanto por el régimen político sino más bien por el sector político-administrativo. Los modos de montar una agenda están relacionados a actores, estructuras e ideas y al contenido real de los problemas.

Cuadro 7 – Síntesis del modelo de Cobb, Ross y Ross (1970 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013)

1. Tipos de agendas:
- Agenda pública sistémica o informal: llevada a la discusión - Agenda institucional o formal: llevada a la acción
2. Fases principales:
- Iniciación o introducción de las cuestiones - Especificación de soluciones - Ampliación de apoyo a las soluciones - Acceso a la agenda institucional
3. Modos básicos de montaje de una agenda y su asociación a un tipo específico de régimen político:
- Modelo de la iniciación externa: asociada a sociedades pluralistas liberales - Modelo de la movilización: asociada a regímenes totalitarios

- | |
|---|
| - Modelo de la iniciación interna: asociada a regímenes corporativistas |
|---|

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, en esta etapa del montaje de una agenda, Howlett, Ramesh y Pearl (2013) vinculan los modos de montar una agenda al contenido por medio del análisis de “ventana de oportunidades”, análisis desarrollado por Kingdon (1984 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013).

Los autores analizan la propuesta de Kingdon y afirman que para que una ventana se abra o se cierre va a depender de la interacción entre los actores políticos, las instituciones y la articulación de las ideas en forma de propuestas y soluciones. Kingdon (1984 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) argumenta que existen tres conjuntos de variables que influyen la abertura de esas ventanas de oportunidades (y, consecuentemente, influyen la entrada de un tema en la agenda formal), que son llamados “flujos”. El primero es el “flujo de problemas”, que se refiere a la percepción del problema respecto a una cuestión pública, el cual puede acontecer a partir de eventos inesperados (como crisis) o *feedbacks* proporcionados por los programas ya existentes. El segundo es el “flujo de la política pública”, que consiste en el momento en que los analistas y expertos examinan los problemas y proponen soluciones. El tercero es el “flujo político”, compuesto por factores como el sentimiento nacional, mandatos administrativos y las campañas de presión por parte de los grupos de interés. La convergencia de esos flujos posibilita la abertura de una ventana de oportunidad y, en ese momento, la actuación de los emprendedores políticos es determinante, una vez que corresponde a los actores políticos aprovechar la oportunidad para insertar un determinado tema en la agenda formal y se procesa a la formulación de la política.

1.2.6.2 Formulación de la Política

La formulación de la política es la segunda etapa del ciclo de una política pública, el cual se refiere al proceso de elaboración de soluciones para los problemas anteriormente identificados como públicos. Es en esta etapa del proceso donde se hace la identificación, el refinamiento y la formalización de las opciones políticas que ayudaran a resolver los problemas reconocidos en la etapa del montaje

de la agenda. En esta etapa del ciclo se espera que los encargados de elaborar la política (*policy-makers*) se decidan por un curso de acción respecto a los problemas que entraron a la agenda formal del gobierno (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013).

Para Howlett, Ramesh y Pearl (2013), la etapa de formulación de la política se subdivide en cuatro fases en las que se esclarece cómo determinadas opciones son tomadas en consideración y otras no. Las fases para la formulación de la política son: la apreciación, el diálogo, la formulación y la consolidación.

En la fase de la apreciación, se identifican y se consideran los datos y la evidencia (informes de investigaciones, informaciones de las partes interesadas o las consultas públicas sobre el problema político identificado). En esta etapa el gobierno genera y recibe informaciones sobre los problemas y sus soluciones. En la fase de diálogo, se busca facilitar la comunicación entre los actores políticos quienes presentan diferentes perspectivas sobre el problema público y sus potenciales soluciones. En la fase de la formulación, los funcionarios públicos se encuentran sopesando la evidencia con las varias opciones políticas y proyectando alguna propuesta que identifique alguna de esas opciones para avanzar a la etapa de ratificación. En la fase de consolidación se abordan las objeciones y discordancias de quienes sus estrategias e instrumentos no fueron tomados en cuenta durante la formulación.

Howlett, Ramesh y Pearl (2013) indican que la formulación de políticas públicas incluye la identificación de las limitaciones técnicas y políticas, así como las restricciones de la capacidad administrativa y financiera para la efectiva acción del Estado, reconociendo lo que es viable o inviable. Más allá de pensar en el “que hacer” con relación a los problemas levantados en la primera etapa, es necesario pensar también en “como hacer”, o sea, en los instrumentos, o herramientas políticas, necesarios para la implementación de la política. Dicho de ese modo,

Essas ferramentas políticas, também conhecidas como instrumentos políticos e instrumentos de governo, são os meios e os expedientes reais a que os governos recorrem para implementar políticas. As propostas que emanam do estágio da formulação, portanto, especificarão não somente se haverá ou não ação diante de uma questão política, mas também qual será a melhor forma de tratar o problema e de implementar uma solução (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013, p. 127).

En ese sentido, Christopher Hood (1986 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) desarrolló el modelo denominado “NATO”, modelo que abarca cuatro categorías generales que contemplan la variedad de herramientas usadas por el gobierno de acuerdo con sus principales recursos. Según el autor, todas las herramientas políticas hacen uso de una de las cuatro categorías, argumentando que los gobiernos enfrentan los problemas públicos con el uso de informaciones en su poder (“nodalidad”), con el uso de sus poderes legales (“autoridad”), con el uso de su dinero (“tesoro”) o de las organizaciones formales a su disposición (“organización”).

La categoría “nodalidad” reúne los instrumentos basados en la información como campañas públicas de información, exhortación, indicadores de desempeño y encuestas. La categoría “autoridad” abarca los instrumentos legales, como regulación de comando y control (reglas, padrones, licencias, prohibiciones, leyes y ordenes ejecutivas), regulación delegada o autorregulación y comités consultivos. La categoría “tesoro” engloba los instrumentos relacionados al dinero, como subsidios, incentivos fiscales y prestamos, desincentivos financieros, impuestos y tasas de uso, y financiamiento de abogacía. Finalmente, la categoría “organización” incluye los instrumentos relacionados a las organizaciones formales a disposición de los gobiernos, como la provisión directa, empresas públicas, asociaciones público-privadas, organizaciones voluntarias, creación de mercados y reorganizaciones gubernamentales (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013).

1.2.6.3 Toma de decisión de la política

La fase de toma de decisión política es la tercera fase del ciclo político-administrativo, el cual consiste en el momento en que una, más de una o ninguna de las opciones, que fueron discutidas en la fase anterior, son aprobadas oficialmente. En esta fase se da la elección de alternativas de política que fueron generados y sus probables efectos sobre el problema en cuestión. De acuerdo con Gary Brewer y Peter DeLeon (1983 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) esta es la fase más evidentemente política.

Howlett, Ramesh y Pearl (2013) afirman que:

La tomada de decisão não é um estágio autocontido e também não é

sinônimo de todo o processo da tomada de decisão política. Ela é, antes, um estágio específico, firmemente alicerçado nos estágios anteriores do ciclo da política. Ela implica fazer escolhas de um número relativamente pequeno de opções políticas alternativas, identificadas no processo da formulação da política, com vistas a resolver um problema público (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013, p. 157).

La decisión que se toma puede alterar o mantener el *status quo* político, en ese sentido existen tres tipos de decisiones: las positivas, que alteran el *status quo*; las negativas, donde se tiene una opción deliberada por mantener el *status quo*; y las no elegidas o no decisiones, en las cuales no hay una decisión deliberada, manteniéndose el *status quo*. Sea negativa o positiva, la decisión abarca el desarrollo y la expresión de una intención por parte de los tomadores de decisión oficiales en el sentido de que se emprenda algún curso de acción o inacción (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013).

Fueron dos los primeros modelos que buscaron comprender, conceptualizar y analizar el proceso de toma de decisión: el racionalismo y el incrementalismo. El modelo racional fue el primero en surgir, este modelo defendía que la toma de decisión buscaba soluciones maximizadoras para problemas complejos, modelo que implicaba la recolección de informaciones relevantes a la política. Ese proceso se asemeja al comportamiento de mercado, donde tanto los compradores como los vendedores intentan obtener el máximo de utilidad, minimizando costos y maximizando beneficios, este modelo preveía una serie de actividades secuenciales a ser emprendidas por los tomadores de decisión (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013).

Sin embargo, en la década de 1950, Simon (1955; 1957 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) argumentó que existían diversos obstáculos a esta forma de racionalidad pura, como la limitación de informaciones y de conocimientos y la imposibilidad de prever las consecuencias. De ese modo, introdujo a este abordaje la noción de “racionalidad limitada”, noción que permitiría generar resultados máximos sólo si todas las posibles alternativas y todos los costos de cada una de ellas fuesen determinados antes que se dé la toma de decisión.

Con base en la noción de racionalidad limitada, Lindblom junto a otros autores como Braybrooke y Dahl formularon, a finales de la década de 1950, el modelo incremental, el cual comprendía la toma de decisiones como un proceso menos

técnico y más, inherentemente, político (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013). En ese ese modelo,

As decisões eventualmente tomadas representam de preferência o que é politicamente viável, mais do que o que é tecnicamente desejável, e antes o que é possível ou “ótimo” do que o que é máximo, no sentido do modelo racional de obter o máximo de output a custo mínimo (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013, p. 165).

Para Lindblom (1959, apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013), los tomadores de decisión desarrollan y deben desarrollar políticas por medio de un proceso de sucesivas comparaciones limitadas a decisiones anteriores con las que ya tiene mayor familiaridad, proceso que para el autor era de construcción continua que parte de una situación actual y que se desarrolla por pequeñas etapas.

En el análisis de esta etapa, Howlett, Ramesh y Pearl (2013) también hacen una revisión de otros tipos de modelos que surgieron como intento de superar los dos primeros modelos. Entre ellos podemos mencionar: el modelo “*mixed scanning*” (sondaje mixto) desarrollado por Amitai Etzioni (1967 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) que trata de una búsqueda rápida de alternativas, seguido de un examen detallado de alternativas prometedoras y que finalmente resultarían en decisiones optimas; y, el modelo “lata de basura” desarrollado por Cohen, March y Olsen (1972 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) que argumenta que las oportunidades de decisión eran como una “lata de basura” en el cual los participantes colocaban varios problemas y soluciones que eran combinados y de ello surgía la elección de una política. Con este modelo, los creadores intentaron dejar claro que los *policy-makers* muchas veces desconocían los objetivos y las relaciones causales del proceso.

En base a los vacíos dejados por los anteriores modelos, posteriormente surgió el modelo desarrollado por John Forester (1984, 1989 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013) a la que él denominó “estilos de toma de decisión”, modelo que incluía más variables para el análisis del proceso de toma de decisión. De acuerdo con Forester, el estilo de toma de decisión y el tipo de decisión varían de acuerdo con el contexto de los problemas y de las instituciones. En ese sentido, para que la toma de decisión ocurra debían tenerse en cuenta cinco condiciones: Primero, el número de agentes (tomadores de decisión) debía ser lo más mínimo posible; segundo, el escenario organizacional donde se tome la decisión debía

ser simple y cerrado a influencias de otros actores políticos; tercero, el problema debía estar bien definido; cuarto, la información debía ser lo más perfecta posible, ello implica que debía ser completa, accesible y comprensible; finalmente, no debe haber presión de urgencia para la toma de decisión, ello significa que los tomadores de decisión deben tener tiempo disponible para considerar todas las posibles contingencias.

1.2.6.4 Implementación de la política

La cuarta fase del ciclo político-administrativo, corresponde a la fase de implementación de la política. Se logra llegar a esta fase después de que un problema público haya conseguido entrar en la agenda política, después de que para dicho problema se hayan formulado varias opciones para su solución y después de que el gobierno, con base en los objetivos políticos, haya optado por un curso de acción (decisión), decisión que es llevado a la práctica en la presente fase.

Howlett, Ramesh y Pearl (2013) afirman que la implementación de la política, muchas veces, depende de servidores públicos y de funcionarios administrativos para que se establezcan y se gerencien las acciones necesarias. Sin embargo, los actores no gubernamentales también pueden participar en las actividades de implementación.

La administración de la política y la provisión de servicios es realizada por los servidores públicos de los ministerios o departamentos, pudiendo envolver también a los órganos no-gubernamentales o semigubernamentales como las empresas estatales, corporaciones, organizaciones sin fines de lucro y asociaciones público-privadas.

Los estudios sobre esta fase pueden ser divididos en tres generaciones: la primera surge en la década de 1970 y es constituida por diversos estudios, como los trabajos de Pressman y Wildavsky (1973 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013), Van Meter y Van Horn (1975 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013), Bardach (1977 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013), entre otros, que buscaban demostrar si las políticas públicas estaban siendo ejecutadas

conforme a los términos previstos por los *policy-makers*; la segunda surge en la década de 1980 y corresponde a los estudios que buscan comprender los factores que influyen la implementación de las políticas públicas, pudiendo ser realizados a partir de dos focos de análisis: la perspectiva “*top-down*” (que inicia con las decisiones del gobierno, donde se examina que cantidad de esas decisiones son ejecutadas por los administradores y donde se busca verificar que factores están presentes en la efectividad de la implementación) y la perspectiva “*bottom-up*” (que inicia por la otra extremidad de la cadena de comando de la implementación, donde se enfatiza la actuación de los implementadores de escritorio, aquellos actores que colocan la acción en práctica); y la tercera generación que abarca la teoría de los juegos (uno de los métodos utilizados para determinar como la implementación es influenciada por la discreción conductual) y la teoría del agente principal (que sustenta que la discreción administrativa se ve afectada por los contextos social, económico, tecnológico y político en constante transformación durante la implementación de la política) (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013).

Por otro lado, según Howlett, Ramesh y Pearl (2013), los estudios respecto a los estilos de implementación siguen la línea y la influencia de la idea de que la implementación es un proceso puramente técnico por naturaleza y que por lo tanto se encuentra susceptible a cambios frecuentes, dichos abordajes comparten la visión de que:

A implementação envolve muito mais do que simplesmente a execução de decisões previamente tomadas. Elas endossam a noção de que a implementação política só pode ser compreendida e avaliada de modo significativo em termos da extensão de atores políticos presentes no subsistema político, do tipo de recursos que esses atores têm a seu dispor e da natureza do problema que eles estão tentando resolver e das ideias que têm sobre como lidar com ele, tudo isso no contexto do regime político em que eles estão inseridos (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013, p. 193).

Los estilos de implementación se relacionan con el tipo de problemas que los implementadores enfrentan en función de determinadas características como la “tratabilidad” o facilidad de solución, siendo así unos problemas más solucionables que otros. Por otro lado, los problemas tratables en situaciones de baja restricción pueden tener una implementación plena, pudiendo ser abordados en su totalidad (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013).

1.2.6.5 Evaluación de la política

Continuando con las fases del ciclo político-administrativo, nos encontramos en la quinta y última fase del ciclo. Fase que se refiere al proceso de evaluación del funcionamiento de una política en la práctica, ello envuelve también los medios empleados y los objetivos que son atendidos. De ese modo, después de una evaluación, el problema político puede ser totalmente replanteado, pudiendo el ciclo iniciar nuevamente desde el montaje de la agenda o volver a cualquier otra fase. La reconceptuación del problema puede generar cambios secundarios o reformas profundas, incluyendo la discontinuidad de la política (HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013).

Según el trabajo de Howlett, Ramesh y Pearl (2013) existen dos formas básicas de evaluación, derivadas de los modelos racional e incremental, anteriormente estudiados. El primer abordaje, relacionado con el modelo racional, viene a ser el “positivista”, desarrollado por David Nachmias (1979, p.4 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013, p. 199) quien define el proceso de evaluación como un “examen sistemático y empírico objetivo de los efectos que las políticas y programas públicos en funcionamiento tienen sobre su público-objetivo, en términos de los objetivos que se pretenden alcanzar”²⁸. El segundo abordaje, relacionado con el método incremental, es el “pospositivista” que considera el proceso de evaluación como una actividad inherentemente política, aunque contenga un componente técnico. Más allá de eso, este abordaje argumenta que diferentes evaluadores realizaran diferentes evaluaciones, no habiendo una forma única y correcta de realizar el proceso de evaluación.

La combinación de elementos de ambos abordajes resultará en un proceso global denominado *policy learning* (aprendizaje político), proceso que agrega la idea de que los mayores beneficios del proceso de evaluación pueden no ser propiamente los resultados en términos de éxito o fracaso de una política, sino más bien considera la dinámica educacional que ello puede estimular entre los *policy makers* y otros actores menos envueltos en las cuestiones políticas.

²⁸ Traducción libre a partir del original en portugués

Para Howlett, Ramesh y Pearl (2013, p. 201):

O conceito de “aprendizagem” em geral está associado à consequências intencionais, progressivas e cognitivas da educação que resultaram da avaliação de uma política. No entanto, a aprendizagem política também tem um sentido mais amplo que inclui entender tanto as consequências intencionadas como as não intencionadas das atividades de *policy-making*, bem como as implicações “positivas” e “negativas” das políticas vigentes e suas alternativas sobre o *status quo* e os esforços destinados a alterá-lo.

En ese sentido, desde el punto de vista del aprendizaje, la evaluación de la política pública es entendida como un proceso interactivo de aprendizaje activo sobre la naturaleza de los problemas políticos y el potencial de varias opciones elaboradas para su resolución (RIST, 1994; LEVITT y MARCH, 1988 apud HOWLETT, RAMESH y PEARL, 2013).

La comprensión del anterior contexto estudiado nos será de gran utilidad para más adelante describir y analizar la Política Pública de salud de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT), estrategia que forma parte de la Política Pública Sanitaria de lucha contra la tuberculosis. Los efectos del análisis realizado, nos ayudará a pensar en el problema de la tuberculosis y en su persistencia como problema de salud pública, en las fortalezas y debilidades presentes en el ciclo de la política y principalmente en la forma en como la política logra llegar a su público objetivo.

El entendimiento de las Políticas Públicas como mecanismo de acción y dialogo entre el Estado y la sociedad civil nos servirá de base para conocer el tránsito del problema de la tuberculosis por la agenda gubernamental, la formulación de acciones para su control, la toma de decisiones y la implementación de la política sanitaria. El desarrollo del ciclo de políticas públicas nos orientará para el análisis integrado de la política pública, en la medida en que nos será posible reconocer, en las diversas fases propuestas, los actores y procesos sobre lo cuales deseamos profundizar nuestro conocimiento.

CAPITULO II: NEOLIBERALISMO Y SU INFLUENCIA EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

En el capítulo anterior, Capítulo I, estudiamos las concepciones del Estado, sus instituciones y las Políticas Públicas. Definimos al Estado bajo dos concepciones: como un espacio de articulación de las relaciones sociales, lo que Marx denominaba como “centro de condensación civil”, y como un aparato administrativo que posee organizaciones burocráticas e instituciones. Y es a partir de ello que definimos a las políticas públicas como el accionar del Estado frente a los diversos problemas públicos. Así también, estudiamos el ciclo y el proceso de elaboración de las políticas públicas.

Lo analizado nos sirve para estudiar el presente capítulo, Capítulo II. Dado que nuestro contexto histórico es el neoliberalismo, en este capítulo discutiremos las diversas concepciones que se tengan sobre el tema y los análisis que suscitaron los cambios surgidos con su advenimiento, haciendo énfasis en su impacto en el Estado, en sus instituciones y, por ende, en la formulación de políticas públicas. Posteriormente, estudiaremos la influencia del neoliberalismo en América Latina y, de manera especial, en el Perú. Así también, veremos cómo influyó en la evolución de las políticas sociales y políticas de salud.

2.1. NEOLIBERALISMO

Se conoce por neoliberalismo a todo un proceso de cambios impulsados a finales de los años ochenta en la forma de operación del capitalismo a nivel mundial, que más que cambiar sus bases de extracción de plusvalor la ampliaron globalmente. Su origen puede ser ubicado en la elaboración de políticas macroeconómicas desde organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y el Departamento del Tesoro de Estados Unidos que incentivaban reformas de cuño fiscal para una mayor liberalización de la economía y del comercio a nivel mundial. Estas directrices, planteadas en 1989, fueron conocidas como el “Consenso de Washington”²⁹. Tales, versaban sobre los

²⁹ Según Williamson (1990 apud MARTINS, 2011, p. 318), el Consenso de Washington “formula um programa de desenvolvimento para a região baseado numa ampla revisão de suas políticas públicas centradas na implementação de dez pontos. Esses pontos são: disciplina fiscal; priorização do gasto em saúde e educação; realização de uma reforma tributária; estabelecimento de taxas de juros positivas; apreciação e fixação do

siguientes puntos: Privatizaciones, ajustes fiscales, uso de subsidios y endeudamientos, reforma tributaria, seguridad sobre la propiedad privada y desregularizaciones sobre los trámites burocráticos para garantizar el pleno gobierno del mercado (MARTINS, 2011).

Para Estados Unidos, los puntos contenidos en el consenso eran una vía modelo de hacer factible las propuestas de lucha contra la pobreza y reducción de desigualdades sociales en el mundo. Sumado a lo anterior, se notaba una participación cada vez más decisiva de los organismos internacionales, mediante préstamos y asesorías directas.

El espectro de actuación de la nueva forma de acumulación no solo abarcó la periferia sino a los propios países centrales, quienes en su mayoría venían de un gobierno que mediaba las relaciones de clase siguiendo la receta keynesiana. En Inglaterra fue decisiva la victoria de Margareth Thatcher en 1979, pues sentó las bases para la liberalización del mercado y del incremento progresivo del capital financiero. Ya en Estados Unidos, Ronald Reagan implementó las consignas neoliberales, teniendo como resultado el enriquecimiento en crecida de las clases más privilegiadas gracias a la disminución de impuestos y a la no intervención del Estado en el mercado, mientras que la población trabajadora solo podía sobrevivir por medio de préstamos y endeudamientos que garantizaran su acceso a los servicios básicos. En el neoliberalismo, se radicalizó la economía de mercado y los ideales de eficiencia y productividad fueron tornándose cada vez más los principios rectores de la sociedad capitalista. (HARVEY, 2007a).

Duménil y Lévy (2007, p. 2) definen al neoliberalismo como,

“Uma configuração de poder particular dentro do capitalismo, na qual o poder e a renda da classe capitalista foram restabelecidos depois de um período de retrocesso. Considerando o crescimento da renda financeira e o novo progresso das instituições financeiras, esse período pode ser descrito como uma nova hegemonia financeira, que faz lembrar as primeiras décadas do século XX nos EUA”.

Para Harvey (2007a), el neoliberalismo es,

“Una teoría de prácticas político-económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo, dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad

câmbio para torna-lo competitivo; desmonte de barreiras tarifárias e paratarifárias para estabelecer políticas comerciais liberais; abertura à inversão estrangeira; privatização das empresas públicas; ampla desregulamentação da economia; e proteção à propriedade privada”.

privada, fuertes mercados libres y libertad de comercio. El papel del Estado es crear y preservar el marco institucional apropiado para el desarrollo de estas prácticas” (HARVEY, 2007a, p. 8).

Así también, Harvey (2007a) indica que desde la década de 1970 por todas partes del mundo se vieron cambios drásticos orientados hacia el neoliberalismo, en las prácticas como en el pensamiento político-económico. “La desregulación, la privatización y el abandono por el Estado de muchas áreas de la provisión social han sido generalizadas” (HARVEY, 2007a, p. 9). Para el autor, la neoliberalización puede ser interpretada de dos modos: como un proyecto *utópico*, que busca realizar un diseño teórico para la reorganización del capitalismo internacional; o como un proyecto político con miras a restablecer las condiciones para la acumulación del capital y restaurar el poder de las élites económicas.

El neoliberalismo impactó al mundo con violentas reformas institucionales,

“Impondo muita destruição, não somente para as estruturas e poderes institucionais existentes, mas também para a estrutura da força de trabalho, relações sociais, políticas de bem-estar social, arranjos tecnológicos, modos de vida, pertencimento à terra, hábitos afetivos, modos de pensar e outros mais” (HARVEY, 2007b, p. 1).

Una de las propuestas del neoliberalismo fue privatizar todos los derechos de previdencia social, propuesta que fue efectiva en Chile durante la fase dictatorial. La privatización es un elemento clave para entender al neoliberalismo, pues no solo dice sobre bienes sino también sobre servicios que, por el carácter social del trabajo, deberían ser gratuitos. La salud, la educación y todos los planos correspondientes a la seguridad social, tenían en el Estado de Bienestar un lugar privilegiado pues resguardaba directamente a la población (HARVEY, 2007b). En ese sentido, el primer objetivo del neoliberalismo,

“Foi criar novos campos para a acumulação de capital em domínios até agora considerados fora dos limites do cálculo de lucratividade. Serviços públicos de todos os tipos (habitação popular, educação, saúde pública, previdência social), instituições públicas (como universidades, centros de pesquisa, prisões) e mesmo a guerra (a exemplo do “exercito” de empresas privadas contratadas para operar em conjunto com as forças armadas no Iraque), foram todos privatizados em algum nível, em todo o mundo capitalista” (HARVEY, 2007b, p. 19).

Dentro del neoliberalismo, el poder del Estado es usado frecuentemente para imponer esos procesos privatizadores, aún contra la voluntad

popular. La degradación de las reglamentaciones destinadas a proteger el trabajo y el medio ambiente de la degradación trajo consigo la pérdida de derechos. La pérdida de los derechos de propiedad sobre bienes comunes (derecho a la jubilación, al bienestar social, a un sistema de salud pública) constituyó para el dominio privado una de las más importantes políticas de expropiación adoptadas en nombre del neoliberalismo. Todos esos procesos condujeron a la transferencia de bienes del dominio público y popular hacia el dominio privado y del gozo de las clases privilegiadas (HARVEY, 2007a).

2.1.1. Neoliberalismo en América Latina y en el Perú

La caída del muro de Berlín cerró la década de los ochenta y la década de los noventa inició con la reunificación alemana y con el fin del régimen comunista de la URSS. La consecuencia de la caída de los regímenes comunistas de Europa Oriental significó el triunfo de Occidente en la Guerra Fría y con ello el triunfo de la ideología neoliberal (PETRY, 2008).

En el contexto de la década de los noventa, Estados Unidos e Inglaterra se presentaron como modelos de la nueva era económica, plasmando su plan en los organismos internacionales que comenzaron a guiarse por la cartilla neoliberal. Instituciones como el FMI y el BM, en el campo económico financiero y la Organización Mundial del Comercio (OMC), en el campo de los intercambios comerciales. Por otro lado, hubo instituciones que mostraron cierta resistencia a los cambios neoliberales, instituciones como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (PETRY, 2008).

Los años ochenta y noventa en América Latina se caracterizaron por crisis económicas y políticas, dados los estragos que habían dejado el periodo de las dictaduras. Ante esta situación adversa, el asesoramiento internacional recomendaba tomar medidas rápidas para aplacar las crisis. Así, las directrices contenidas en el “Consenso de Washington” se empezaron a adoptar masivamente en los países de América Latina. El plan neoliberal se empezó a aplicar de forma pionera en Chile, bajo la dictadura de Pinochet. La era Pinochet “começou seus programas de maneira dura: desregulação, desemprego massivo, repressão sindical, redistribuição de renda em favor dos ricos, privatização de bens públicos” (ANDERSON, 2000, p.19).

En el Chile de Pinochet las reformas neoliberales destruyeron las bases obreras que impulsaron la llegada de Salvador Allende al poder, liberaron su economía sin ningún mecanismo de fiscalización estatal e iniciaron un proceso progresivo de empobrecimiento de su población por la reducción de trabajadores formales, persecución del sindicalismo y privatización de la educación y la salud. Chile representó así un símbolo del “equilibrio” de la economía por medio de la implantación de las consignas neoliberales. Según esta mirada, la mayor actuación del capital privado sería una vía factible para el desarrollo de los pueblos de América Latina ante la “crisis” del socialismo real, de ahí que organismos del tercer sector financiadas por grandes corporaciones norteamericanas pasaran a mediar los problemas internos de nuestros países (HARVEY, 2007a).

A la experiencia de Chile le siguieron Bolivia, con Jeffrey Sachs (1985); México, con Salinas (1988); Argentina, con Menem (1989); Venezuela, con Andrés Perez (1989); Perú, con Fujimori (1990); y, Brasil, con Collor (1990). Las democracias liberales instaladas en América Latina, como sucedáneas a los regímenes militares, promovieron las reformas neoliberales. Así encontramos,

“Em Fujimori, no Peru, um modelo político autoritário e conservador, na implantação do projeto neoliberal. No Brasil, com F. Collor e F.H. Cardoso, a “modernização” neoliberal aprofundou a concentração econômica e submeteu o povo a uma exclusão do trabalho, da educação, da saúde, etc. Na Argentina, Carlos Menem leva o país à falência; na Bolívia, Paz Zamora e Hugo Banzer não conseguem arrancar o país da miséria; na Colômbia, Andrés Pastrana agrava o contexto do narcotráfico; em Costa Rica, Rafael Calderón descaracteriza a consolidada democracia e precipita o país em tensões internas; na Guatemala, Jorge Serrano não muda o perfil de pobreza do país; no México, Carlos Salinas não assimila os conflitos internos provocados pelos movimentos sociais; no Paraguai, Carlos Wasmosy não tira o país das nefastas conseqüências da prolongada ditadura militar de Stroesner; no Uruguai, Alberto Lacalle, não projeta a economia no contexto do Mercosul; e, na Venezuela, Rafael Caldera prepara as condições para o regime populista de H. Chávez” (PETRY, 2008, p.21).

En el Perú, los gobiernos que prosiguieron al de Juan Velasco Alvarado (1968) atentaron de manera progresiva a la democratización de la tierra, la educación y del trabajo. El gobierno militar de Morales Bermúdez (1975) sentó las bases sociales para la aplicación futura del neoliberalismo en el Perú con la persecución de focos de resistencia e implantación de la doctrina del terrorismo. Ya a fines de los años ochenta, la fuerte crisis (económica, política y social) en el Perú se respondía con la necesidad de aplicación de fuertes medidas macroeconómicas que acabaron siendo implantadas plenamente por Alberto Fujimori en los años noventa

por medio de un programa estructural que produjo desempleo masivo y privatización de los principales sectores de la economía nacional.

Así, en agosto de 1990 el gobierno de Alberto Fujimori,

“Inició la aplicación del programa neoliberal del Consenso de Washington, en un contexto internacional favorable - contrario al de los '80-, caracterizado por el retorno de los créditos externos, la reducción de las tasas de interés internacional, y el dominio ideológico del mercado libre y de la consecuente eliminación de la intervención económica del Estado. Dado que según este Consenso los recursos deben asignarse sólo a través del mercado, el Estado debe ser neutral, debe privatizar sus empresas y algunos servicios (seguridad social, educación, etc.), y debe redefinir su tamaño en función del principio de la austeridad y el equilibrio presupuestal” (JIMÉNEZ, 2001, p.146).

El programa neoliberal tuvo como principal propósito sentar las bases de un nuevo patrón de crecimiento y acumulación. El régimen fujimorista estableció una estructura de precios que favoreció a la producción exportable primaria truncando significativamente el proceso de industrialización al atrasar el tipo de cambio y al aumentar los costos industriales de producción (JIMÉNEZ, 2001).

Al gobierno de Alberto Fujimori se le atribuye el mérito de haber bajado la inflación, haber estabilizado los precios y haber reinsertado la economía al mercado internacional, sin embargo dicha disminución de la inflación causó más daño que beneficio al país,

“Y no nos estamos refiriendo a los costos de la demora en disminuirla a menos del 50% anual. Recuérdese que en 1990, el año del fujishock, la tasa de inflación fue de 7.649,6% y en los años del ex ministro Boloña, 1991 y 1992, las tasas fueron de 139,2% y 56,7% respectivamente. En los años siguientes estas tasas siguieron disminuyendo hasta alcanzar un dígito recién en 1997 y 1998” (JIMÉNEZ, 2001, p. 151).

Haber bajado la inflación desindustrializando la economía y haciéndole perder competitividad y mercado al sector que multiplicaba el empleo y el ingreso no puede ser considerado un mérito. El programa neoliberal nos llevó a retroceder notablemente, en condiciones económicas, políticas y sociales, al mismo sitio de donde partimos hace cincuenta años. “A un modelo de crecimiento primario exportador altamente dependiente del capital externo, más vulnerable a los *shocks* externos, y contrario al desarrollo económico y social del país” (JIMÉNEZ, 2001, p. 155).

Entre las consecuencias más importantes de la aplicación del programa neoliberal en el Perú encontramos el efecto reducido en la creación de

empleos y en la calidad del empleo. El régimen fujimorista se caracterizó por el aumento considerable del empleo informal que representaba el 52% del empleo total y en lugar de reducirlo, dicha cifra incrementó a 56,9% en 1997. Respecto a la calidad del empleo, el modelo neoliberal no pudo reducir los empleos de refugio, de mala calidad y precarios por ser inestables y carentes de beneficios sociales. En cuanto al aseguramiento en salud, disminuyeron las distintas formas de seguros públicos y privados. El porcentaje de salud disminuyó de 37,7% en 1994 a 23,5% en 1997 (PETRERA y CORDERO, 1999).

Lo estudiado hasta aquí nos lleva a evidenciar que el modelo neoliberal implantado en América Latina tuvo como patrón principal la acumulación con límites sociales. En el caso de Perú, la calidad del empleo se redujo hasta lograr la pérdida de beneficios sociales y laborales, disminuyendo el salario y aumentando las horas de producción. Con ello, la calidad de vida de la mayoría de la población no mejoró, el sector educativo se debilitó y el sector de salud colapsó. Los hospitales pasaron a ser obsoletos y la capacidad de atención a la población cada vez fue en demanda creciente, siendo los más afectados la población en situación de pobreza.

2.2. NEOLIBERALISMO Y SU INFLUENCIA EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SANITARIAS

Para Draibe (1993) el neoliberalismo se expandió en dos momentos: en un primer momento, en donde afirma la superación de la crisis por la negación de los principios social-demócratas de regulación de la economía y en un segundo momento, en donde se da una mayor énfasis en las políticas que sustentan el crecimiento basado en la competitividad sistémica.

De acuerdo con Draibe (1993),

“Nos países latino-americanos, submetidos (ou em vias de) aos rigores dos ajustamentos macroeconômicos e à devastação social que vêm provocando, a receita neoliberal parecia estar contida no conjunto de prescrições de reformas dos sistemas de proteção social, orientadas para a sua privatização, descentralização, focalização e programas (fundos) sociais de emergências” (DRAIBE, 1993, p. 92).

Según Vilas (1997), el modelo neoliberal se caracteriza por la desregulación amplia de la economía, apertura asimétrica, desmantelamiento del sector público y por la autonomía del sector financiero respecto a la producción y el comercio. Así,

“El Estado abandona sus funciones de promoción e integración social; reorienta su acción contribuyendo a la definición de ganadores y perdedores mediante una firme intervención en la fijación del tipo de cambio, tasas de interés y política tributaria, bombeando ingresos en beneficio del sector financiero” (VILAS, 1997, p.115).

Para Vilas (1997) la teoría del neoliberalismo no contempla un lugar particular para la política social, ya que ello constituye la intervención del Estado dentro del mercado. “La política social es encarada como un conjunto restrictivo de medidas orientadas a compensar los efectos inicialmente negativos del ajuste macroeconómico...” (p.116). Bajo esas condiciones lo social es considerado como una dimensión del gasto y no de la inversión, diluyéndose el concepto de desarrollo social y cediendo paso al concepto de compensación social.

El neoliberalismo parte de la tesis de que la libertad individual es la finalidad de las organizaciones sociales y es este principio que aparta cualquier tipo de intervención que afecte el libre ejercicio de la voluntad individual, reduciendo la intervención del Estado dentro del mercado. Para los pensadores neoliberales, las políticas sociales incentivan e impulsan la crisis del capital. Así también, afirman que los programas sociales (provisión de renta, bienes y servicios por el Estado), “constituem uma ameaça aos interesses e liberdades individuais, inibem a atividade e a concorrência privadas, geram indesejáveis extensões dos controles da burocracia” (DRAIBE, 1993, p.90).

Para los neoliberales, el Estado de bienestar o las políticas sociales,

“Não eram apenas uma “administração”, mas um modelo civilizacional. Eram um modo de conexão, de representação de vontades e interesses, já que suas políticas precisavam “encarnar” em agências do Estado (secretarias, departamentos, comissões etc.) em que se tomavam deliberações para implementá-las. E envolviam diferentes níveis de responsabilidade de governo (federal, estadual, local)” (MORAES, 2002, p.19).

Así, surge la propuesta neoliberal de “reforma” de los servicios públicos, que como ya vimos anteriormente fue orientada por una idea reguladora, la idea de privatizar y de sobreponer lo privado por encima de las decisiones colectivas. Aplicandose, dicho principio, bajo diversas maneras,

“Privatizar, no sentido estrito do termo, é apenas uma delas: transferir a agentes privados (empresas) a propriedade e gestão de entes públicos. Mas há outros modos de fazer valer o mandamento. Pode-se delegar a gestão, sem necessariamente transferir a propriedade. Pode-se ainda manter na esfera estatal a gestão e a propriedade, mas providenciando reformas que façam funcionar os agentes públicos “como se” estivessem no mercado,

modelando o espaço público pelos padrões do privado” (MORAES, 2002, p. 20).

La idea de la reforma neoliberal contrae la política social, especialmente todo lo que tiene que ver con su financiamiento. La privatización introduce irracionalidades, como en el caso de las políticas de salud, de seguridad social y habitacional; “el seguro social opera casi exclusivamente vía contratación de servicios de salud con un sector privado...” (VILAS, 1997, p.120).

El triunfo de la privatización depende de la capacidad reguladora del Estado. Bouin y Michalet (1991) afirman que, en el caso de América Latina, el Estado renunció a esa función y, por lo tanto, favoreció la consolidación de estructuras oligopólicas. A consecuencia de ello,

“La política social puede resultar modelada en función de la capacidad de presión de grupos e intereses particulares (laboratorios medicinales, empresas comercializadoras, grandes clínicas privadas, organizaciones de profesionales, y otros, en el caso de la salud)” (VILAS, 1997, p.121).

Las reformas neoliberales generaron grandes cambios esencialmente a partir de la década de los noventa, cambios que influyeron en las políticas y en los sistemas de salud, modificando dichas políticas desde sus bases conceptuales hasta sus estrategias de formulación, implementación y evaluación (MOLINA y CABRERA, 2008).

Es así que,

A partir de la segunda mitad de los años ochenta, pero con mayor envergadura en los noventa, se inició un proceso de reconfiguración de los sistemas de salud bajo la presión de un conjunto de factores, que estaban signados por la versión neoliberal de la política y del desarrollo económico y social. Los sistemas de salud en Latinoamérica no pudieron mantenerse al margen de estas concepciones. El discurso neoliberal en salud se tornó hegemónico y las agendas de cambio de estos sistemas, en prácticamente todos los países, adoptaron acríticamente las concepciones que sobre el particular emergieron de la Universidad de Harvard y del Banco Mundial (HERNANDEZ, 2002, p. 3).

La privatización de los servicios sociales trajo consigo una brecha amplia de inequidad, ya que solo los grupos con mayores recursos pueden hacerse cargo de sus costos. Como en el caso del sector salud, solo la clase pudiente puede garantizar una buena calidad de salud, mientras que los asalariados de menor capacidad organizativa y económica y los no asalariados, tienen que recurrir a las instituciones públicas de salud, instituciones que colapsan por la gran demanda y que

ofrecen servicios de baja calidad. El neoliberalismo tuvo como objetivo debilitar las organizaciones sociales y sindicales desestabilizando el poder de la clase trabajadora y, por lo tanto, promovió la desigualdad social.

CAPITULO III: TUBERCULOSIS Y TRAYECTORIA DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS EN EL PERÚ NEOLIBERAL (1990-2016)

Lo anteriormente estudiado, en el Capítulo I y II, nos servirá para entender el presente capítulo, ya que, en base a lo analizado sobre el Estado, las políticas públicas y el contexto en el que estas se formulan, podremos analizar de forma más crítica la trayectoria de las políticas sanitarias en el Perú.

Para empezar, siendo la tuberculosis nuestro tema central nos es necesario definirla, entender sus causas y sus determinantes sociales. Abordaremos el tema de la tuberculosis como enfermedad desatendida y como un problema de salud pública. Analizaremos, también, la actual situación de la tuberculosis en el Perú.

Teniendo en claro lo anterior, pasaremos a estudiar la trayectoria de las políticas sanitarias en el Perú neoliberal por periodo gubernamental que abarca desde el año de 1990 hasta el 2016. Aquí describiremos brevemente las características de los gobiernos de Alberto Fujimori Fujimori (1990-1995 y 1995-2000), Alejandro Toledo Manrique (2001-2006), Alan García Pérez (2006-2011) y Ollanta Humala Tasso (2011-2016), y analizaremos los lineamientos de las políticas sanitarias. Entender la trayectoria de las políticas sanitarias será importante para analizar los temas que se prioriza en la agenda de gobierno.

Finalmente, presentaremos cómo funciona el actual Sistema de Salud del Perú y contextualizaremos a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, para nuestro mejor entendimiento del Capítulo IV.

3.1 ¿QUÉ ES LA TUBERCULOSIS?

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* que generalmente afecta a los pulmones, siendo esta enfermedad prevenible y curable. La forma de transmisión de la enfermedad se da a través del aire, por contacto directo con la persona infectada, a través de los bacilos que el enfermo de tuberculosis pulmonar expulsa al momento de toser, estornudar o escupir. El proceso ocurre cuando la persona sana expuesta, inhala estos bacilos y queda infectada por el *Mycobacterium tuberculosis*, infección que no es la enfermedad en sí misma, quedando con un 10% de riesgo de desarrollar la enfermedad a lo largo de su vida, siendo este riesgo más alto en personas con déficit del sistema inmunitario

(VIH, diabetes, desnutrición, entre otros) (OMS, 2017).

Cuando la enfermedad se presenta, los síntomas (tos, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, cansancio, etc.) pueden ser de inicio leve por varios meses. Por ello, los pacientes tardan en buscar atención médica y en el transcurso transmiten (contagian) la bacteria a otros. La OMS afirma que, a lo largo de un año un enfermo tuberculoso puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto directo. Según la OMS (2016): “se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente, es decir, están infectadas por el bacilo, pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección”.

La tuberculosis es la enfermedad que ha causado la mayor mortalidad entre los seres humanos a través de la historia (SELGELID, 2008). Su definición y estudio ha evolucionado a través del tiempo y diversos autores han resaltado, fundamentalmente, sus aspectos epidemiológicos y sociales (DUBOS y DUBOS, 1952).

A lo largo de la historia del proceso de la enfermedad, se evidenciaron diversos hallazgos sobre las causas, formas de contagio y tratamiento de la tuberculosis. En 1864, un grupo de médicos higienistas de la época se reunieron en el I Congreso Médico Español, donde afirmarían que la transmisión de la tuberculosis se daba a través de la herencia y que su manifestación dependía de una serie de causas externas y ambientales, entre ellas: el clima, inadecuada alimentación, el aire viciado, el hacinamiento, el trabajo excesivo, entre otros (MOLERO, 1989).

En ese mismo Congreso Español, Antonio de Población Fernández, médico militar, afirmó que la enfermedad también era influenciada por el estado deprimente de ánimo de las personas y que era importante considerarlo como una causa agregada para el desarrollo de la tuberculosis.

Los congresos médicos de la época, resaltaron por su importancia en el acercamiento a las causas y posibles tratamientos de la tuberculosis, encontrando las primeras relaciones del individuo afectado con los factores externos y ambientales, determinando así su posible tratamiento desde la higiene pública, la buena alimentación, las habitaciones limpias y la consideración del bienestar emocional de la persona, todo en suma para modificar y mejorar las condiciones de vida que producían la enfermedad.

Por ese entonces, las investigaciones alrededor del mundo sobre la enfermedad no eran suficientes para detener y explicar el aumento progresivo del

número de enfermos, hasta que en 1882 un médico alemán, Robert Koch, lanza a los ojos del mundo el descubrimiento de la bacteria causante de la enfermedad: el *Mycobacterium tuberculosis*.

El descubrimiento del microorganismo marcó el inicio de grandes debates científicos, pues se estaba evidenciando la principal causa de la enfermedad, el agente que daba vida a la tuberculosis, el posteriormente llamado: bacilo de Koch. A partir de ese acontecimiento, las discusiones respecto al proceso de desarrollo de la enfermedad se modificaron considerablemente y los factores que fueron estudiados por los médicos higienistas de la época, pasaron a ser factores predisponentes de la enfermedad.

Molero (1989, p. 191) describe los factores causales de los higienistas como: “Factores predisponentes, que actuaban sobre el individuo *abonando el terreno*, para que, una vez preparado, el bacilo pudiese *germinar*. Así la pretendida *predisposición* se convertiría en una predisposición universal”. Los estudios hasta ese entonces describían la causalidad de la tuberculosis como un proceso de interacción entre el germen y el ambiente, de ello dependería el grado, la evolución y el pronóstico de la enfermedad, siendo sus primeros vínculos de carácter social.

En los estudios posteriores alrededor de dichos marcos conceptuales, se siguieron evidenciando que la tuberculosis tenía sitio predilecto en los lugares hacinados y con poca ventilación, y que encontraba a sus futuros huéspedes en malas condiciones nutricionales, todos ellos característicos de deficientes condiciones de vida. Así,

Precisamente por gestarse en esas condiciones de vida, se consideraba a la tuberculosis una enfermedad social; pero la carencia de registros estadísticos en España retrasó la realización de estudios autóctonos sobre la influencia del medio social sobre la etología de las enfermedades, en nuestro caso la tuberculosis (RODRIGUEZ, 1987, p. 17-18).

La lucha de años por reducir la morbi-mortalidad de la tuberculosis, se atribuyó en su mayoría a los antibióticos descubiertos en la época, como el efecto benéfico de la estreptomycin y la vacuna BCG³⁰. Sin embargo, diversos estudios en

³⁰ “La vacuna derivada del bacilo de Calmette y Guérin (vacuna BCG) existe desde hace 80 años y es una de las vacunas actuales más ampliamente utilizada; en los países en los que forma parte del programa nacional de inmunización infantil, se administra a más del 80% de los neonatos y lactantes. Se ha documentado el efecto protector en niños de la vacuna BCG contra la meningitis tuberculosa y la tuberculosis diseminada. No evita la infección primaria y, lo que es más importante, no evita la reactivación de la infección pulmonar latente, la principal fuente de propagación del bacilo en la comunidad”. Disponible en: http://www.who.int/immunization/wer7904BCG_Jan04_position_paper_SP.pdf. Acceso en abr. 2018.

el mundo mostraron afirmaciones diferentes, como es el caso de McKeown, que en 1979 describió en Escocia que la reducción del número de enfermos ocurrió paulatinamente antes del descubrimiento de alguna terapéutica médica efectiva, lo que pudiera atribuirse a mejoras de las condiciones sociales y económicas de las poblaciones (EVANS, BARER y MARMOR, 1996).

Los últimos informes de la OMS (2015), nos indican que la mortalidad por tuberculosis descendió en un 47% desde 1990 y que la mayoría de esa mejora se produjo a partir del 2000, año en el que se establecieron los Objetivos del Milenio (ODM)³¹. Actualmente se estima que el diagnóstico y tratamiento eficaz de la tuberculosis han permitido salvar 43 millones de vidas entre el 2000 y 2014.

El reporte global de la tuberculosis, según los datos de la OMS (2014), informan que la cantidad de personas que enfermaron de tuberculosis fue de 9,6 millones, 1,5 millones de personas murieron a causa de la enfermedad, 1 millón de niños enfermaron y a nivel mundial la tasa de mortalidad descendió en un 47% entre 1990 y 2015.

3.1.1 La Pobreza como determinante social de la tuberculosis

A partir del descubrimiento del bacilo de Koch en 1882, surgieron diversos estudios enfocados al entendimiento de las causas de la tuberculosis, provocando diversos debates entre los gerministas, aquellos que respaldaban que la principal causa de la enfermedad era el bacilo tuberculoso; y los higienistas, quienes defendían que las causas principales se encontraban en el ambiente y en los modos de vida.

Los estudios hasta hoy en día describen la causalidad de la tuberculosis como un proceso de interacción entre el agente causal de la enfermedad, el bacilo de Koch, y los factores que predisponen la susceptibilidad de la persona a enfermar, relacionados directamente con la pobreza, haciéndose evidente con las precarias condiciones de vida, desnutrición, hacinamiento y la falta de acceso a los

³¹ Los ODM son “el resultado de un compromiso que en el año 2000 hicieron 191 jefes de Estado y de Gobierno en la Cumbre del Milenio, para trabajar a favor de ocho objetivos, que contienen un total de 17 metas... Los ODM son las metas, cuantificadas y cronológicas, que el mundo ha fijado para luchar contra la pobreza extrema en sus varias dimensiones: hambre, enfermedad, pobreza de ingresos, falta de vivienda adecuada, exclusión social, problemas de educación y de sostenibilidad ambiental, entre otras” (<http://portal.onu.org.do/republica-dominicana/objetivos-desarrollo-milenio/7>).

servicios básicos y de salud.

Desde el siglo XIX la tuberculosis fue identificada por Virchow y otros científicos de la época como una enfermedad social vinculada con la pobreza, y con las malas condiciones de vida y trabajo (SILVER, 1987). La tuberculosis encuentra lugar predilecto en las zonas pobres del mundo, lo que nos llevaría a pensar que si se acaba con la pobreza, se podría acabar con la enfermedad, sin embargo, “existen países con bajos niveles de pobreza que tienen áreas con alta prevalencia de la enfermedad, o viceversa, pareciera que la clave se halla más bien en condiciones asociadas con la pobreza en esas sociedades, tales como: inequidad e injusticia social.” (FUENTES, 2009, p. 370).

Las diferentes definiciones en torno a la pobreza encuentran elementos que se relacionan con la salud, así podemos traer al frente la siguiente conceptualización:

La pobreza, es por lo pronto, un síndrome situacional en el que se asocian el infra-consumo, la desnutrición, precarias condiciones de habitabilidad, bajos niveles educacionales, malas condiciones sanitarias, una inserción ya sea inestable ya sea en estratos primitivos del aparato productivo, un cuadro actitudinal de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social, y quizás la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna medida de la del resto de la sociedad (ALTIMIR, 1978, p. 2).

La incesante propagación de la tuberculosis es principalmente atribuida a la pobreza a pesar de que, en términos generales, la salud de las poblaciones tuvo una mejora considerable en comparación con las últimas décadas. Esta situación se evidenció más en los grupos con estabilidad económica, mientras que “poblaciones más pobres, socialmente desfavorecidas y marginalizadas fueron impactadas de forma intensa y desproporcionada por las enfermedades, entre las que se encuentra la tuberculosis, que se ha establecido en los países menos favorecidos.” (SANTOS et al., 2007, p. 2).

Las formas de vida benefician o perjudican la salud de las personas y comunidades, esto se ve determinado por la presencia y/o ausencia de saneamiento básico, contaminantes en el aire, condiciones del suelo, alimentación y recursos que facilitan el acceso a bienes y servicios (PERDOMO y CUARTAS, 2010).

En 1864, en el I Congreso Médico Español, un médico llamado Ciriaco Ruiz Jiménez, Oficial del Consejo de Sanidad del Reino, consideró el estado de las viviendas como responsable del origen de algunas enfermedades como la

tuberculosis y verificó las condiciones de algunas casas que fueron parte del censo de la población de Madrid en 1859. Describió que las personas, de varias de las viviendas del distrito sur de Madrid, vivían

“En habitaciones miserables y reducidas, encontrándose hacinadas las familias, faltándoles, no ya el sol, la luz, que es el principal estímulo de vida, sino hasta el pan de los pulmones, el aire necesario para respirar, resultando aglomeradas toda clase de personas en atmósferas fétidas, corrompidas y naturalmente alteradas, por carecer de ventilación y limpieza, por la descomposición de géneros de sus industrias, por la estrechez, por el exceso de calor o frío, por la humedad y deterioro de paredes y pavimentos, constituyendo un conjunto que hacía repugnante entrar en ellas” (RUIZ, 1864, p. 516).

Es evidente la relación que existe entre la pobreza y la enfermedad, la tuberculosis encuentra lugar predilecto en zonas vulnerables propios de ambientes empobrecidos,

En estos espacios en particular, la baja calidad de vida y el hacinamiento tienen el poder de incrementar la diseminación de la bacteria y la exposición de las personas susceptibles a los casos infecciosos de la enfermedad. Sumado a ello, los más grandes problemas económicos surgen como resultado de los costos indirectos, tales como la pérdida del trabajo y productividad a causa de la enfermedad, lo cual convierte a una persona pobre en una persona enferma y mucho más pobre (BORDAIS, NETO y GAMARRA, 2018, p. 38).

Los más grandes problemas económicos surgen como resultado de los costos indirectos, tales como la pérdida del trabajo y productividad a causa de la enfermedad, lo cual convierte a una persona pobre en una persona enferma y mucho más pobre. Junto con la pobreza surgen factores que desencadenan la inequidad social y el estigma, y las personas afectadas con la enfermedad son aún más vulnerables a esta situación.

La pobreza como condición social de los enfermos de tuberculosis, agudiza su situación por la agresividad de la enfermedad, los primeros meses de tratamiento el paciente debe dejar de trabajar y estudiar, para seguir un tratamiento estricto y esperar a que su cuerpo empiece a recuperarse de los estragos de la enfermedad. Dentro de una sociedad salarial, el empleo se convierte en una necesidad básica que tienen los individuos sociales para garantizar sus condiciones de vida. En los afectados con tuberculosis surge la tendencia de la pérdida del empleo, lo que acaba reconfigurando las relaciones familiares, por ejemplo, en el caso de los que tienen sobre sí la responsabilidad de mantenimiento económico del hogar, dicha responsabilidad inevitablemente debe recaer sobre algún otro miembro (hijos, cónyuges o familiares cercanos), siendo esto una carga económica de difícil y lenta

superación.

Dejar de trabajar se vuelve una situación insostenible para muchas personas, más aún si llevan consigo la carga familiar, ello trae un inevitable contexto de crisis económica, lo que eleva los niveles de pobreza y desempleo en la sociedad. A causa de ello, muchos de los enfermos abandonan el tratamiento, por lo que más adelante pasan a desarrollar una forma de tuberculosis resistente, con un tiempo de tratamiento más largo, periodo aún más difícil para los enfermos pobres.

3.2 TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD DESATENDIDA Y UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

El Ministerio de Salud de Brasil junto a la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) definen a las enfermedades desatendidas como,

Aquelas causadas por agentes infecciosos ou parasitas e são consideradas endêmicas em populações de baixa renda. Essas enfermidades também apresentam indicadores inaceitáveis e investimentos reduzidos em pesquisas, produção de medicamentos e em seu controle (FIOCRUZ, 2013).

En Brasil, la tuberculosis es caracterizada como una *doença negligenciada*, por ser una enfermedad que incapacita y mata a millones de personas, representando una necesidad médica que permanece sin especial atención. Las enfermedades desatendidas afectan, especialmente, a las poblaciones más pobres, los barrios suburbanos marginales y zonas de conflicto. Ellas persisten porque existe la pobreza y encuentran en las poblaciones pobres del mundo su lugar favorito, asociándose a las malas condiciones de vivienda y saneamiento.

Sin embargo, las enfermedades desatendidas,

São doenças que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países. Como exemplos de doenças negligenciadas, podemos citar: dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose, entre outras (DECIT, 2010, p. 200).

En ese mismo sentido, es importante resaltar que dichas enfermedades afectan, prioritariamente, a países con niveles considerables de pobreza, pero como muchos piensan,

Não são negligenciadas apenas porque comprometem populações pobres. Elas são negligenciadas por falta de investimentos sólidos e contínuos em pesquisa e desenvolvimento (P&D) que possam levar à prevenção ou a cura dessas doenças (BOECHAT y MAGALHÃES, 2012, p. 195).

La situación de la tuberculosis en el Perú posee todas las características para ser catalogada como una enfermedad desatendida o *negligenciada*, por su gran impacto en las poblaciones vulnerables y por las consecuencias que deja a su paso. Sobre las enfermedades tropicales desatendidas, la OMS indica que son “enfermedades infecciosas que proliferan en entornos empobrecidos, especialmente en el ambiente caluroso y húmedo de los climas tropicales” (OMS, 2010), cuyos ciclos de transmisión se perpetúan por causa de las condiciones ambientales.

La OMS (2017) considera a la tuberculosis un grave problema de salud pública a nivel mundial que afecta principalmente a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, entre las que se encuentran las personas con bajos recursos económicos, las minorías étnicas, los migrantes, individuos con alguna comorbilidad como VIH y diabetes, y personas con adicción a drogas o alcohol.

Los datos de la OMS en el 2014 indicaron que aproximadamente el 80% de los casos notificados de tuberculosis se concentraron en 22 países. Así mismo, el 58% de los nuevos casos registrados se produjeron en las regiones de Asia Sudoriental y Pacífico Occidental. La carga más importante se presentó en África, con 281 casos por 100.000 habitantes (frente a un promedio mundial de 133 casos). Los reportes del mismo año indican que a nivel mundial, un total de 1,5 millones de personas murieron por tuberculosis y que aproximadamente el 95% de las muertes se produjeron en países de ingresos bajos y medianos. Las zonas pobres y los grupos vulnerables fueron los más afectados (OMS, 2014).

Considerando que la tuberculosis es un problema que persiste a lo largo del tiempo no puede ser tratada como un problema de salud pública emergente o reemergente pues se estaría minimizando su impacto a nivel mundial. Lo que la tuberculosis nos ha demostrado con cifras, hasta hoy, es que a pesar de los esfuerzos por combatirla la enfermedad sigue causando estragos en las poblaciones pobres, debilitando a la persona afectada, perpetuándolo en la pobreza y con ello, imposibilitándolo al acceso de una mejor calidad de vida.

3.3 SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ

El Perú actualmente tiene una población aproximada de 31.151.643 habitantes y Lima concentra aproximadamente 9 886 647 de habitantes (INEI, 2015),

a nivel nacional la tuberculosis se encuentra entre las quince principales causas de muerte en los adultos de 20 a 64 años (MINSA, 2014) y del total de casos que se registran al año, 60% de ellos se concentran en Lima y Callao, principalmente en los distritos ubicados en la periferia³² de la ciudad, quienes presentan a su vez altos índices de pobreza. Perú presenta una tasa de pobreza de 23,9% y Lima 14,8% (INEI, 2013), ubicando estos resultados mayormente en los distritos y asentamientos humanos de las zonas periurbanas (Lima Este, Lima Norte, Lima Sur).

El MINSA (2016), en su análisis sobre la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, informa que en los últimos años los departamentos de Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima e Ica presentaron incidencia de tuberculosis de 72%, cifra que va por encima del nivel nacional (Figura 17).

Figura 17 – Tasa de incidencia de tuberculosis en los departamentos del Perú (2012)



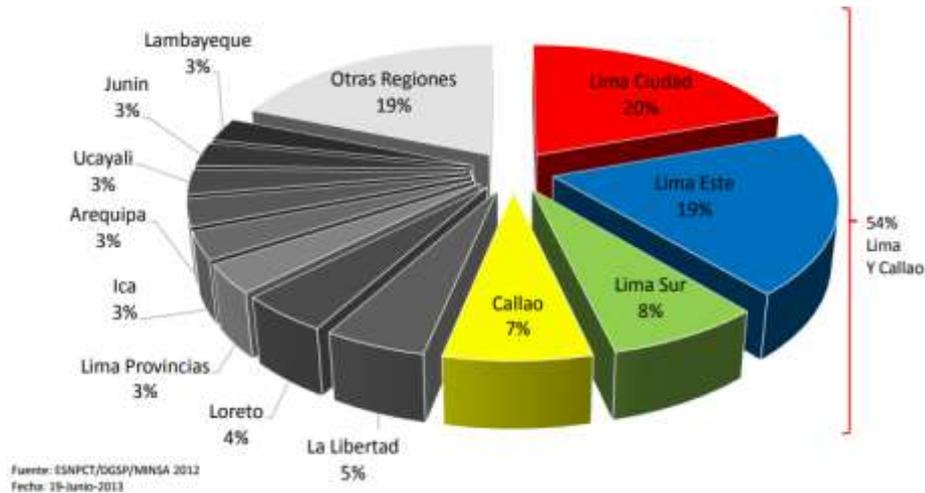
Fuente: MINSA (2013, p. 3)

Lima y Callao concentran 55% de pacientes TB sensibles, el 85% de

³²Este ámbito territorial puede ser conocido de distintas maneras, y en la literatura se suele encontrar como: periurbano, exurbano, trazo urbano ("urban tract", rururbano, franja urbana, semi-urbano y aún, suburbano), aunque sus definiciones aún no están bien esclarecidas (IAQUINTA y DRESCHER, 2000). Zonas ubicadas en la periferia de Lima: lugares específicos de Lima Este, Lima Norte y Lima Sur.

TB multidrogoresistente (MDR) y 94% de TB extensivamente resistente (XDR) del país (DISA, 2014). Según el MINSA (2013), la región de salud de Lima Ciudad registra el mayor porcentaje de casos con 20%, seguido de Lima este con 19%, Lima Sur con 8% y Callao con 7% de casos (Figura 18).

Figura 18 – Proporción de casos de TB por regiones de salud. Perú (2012)

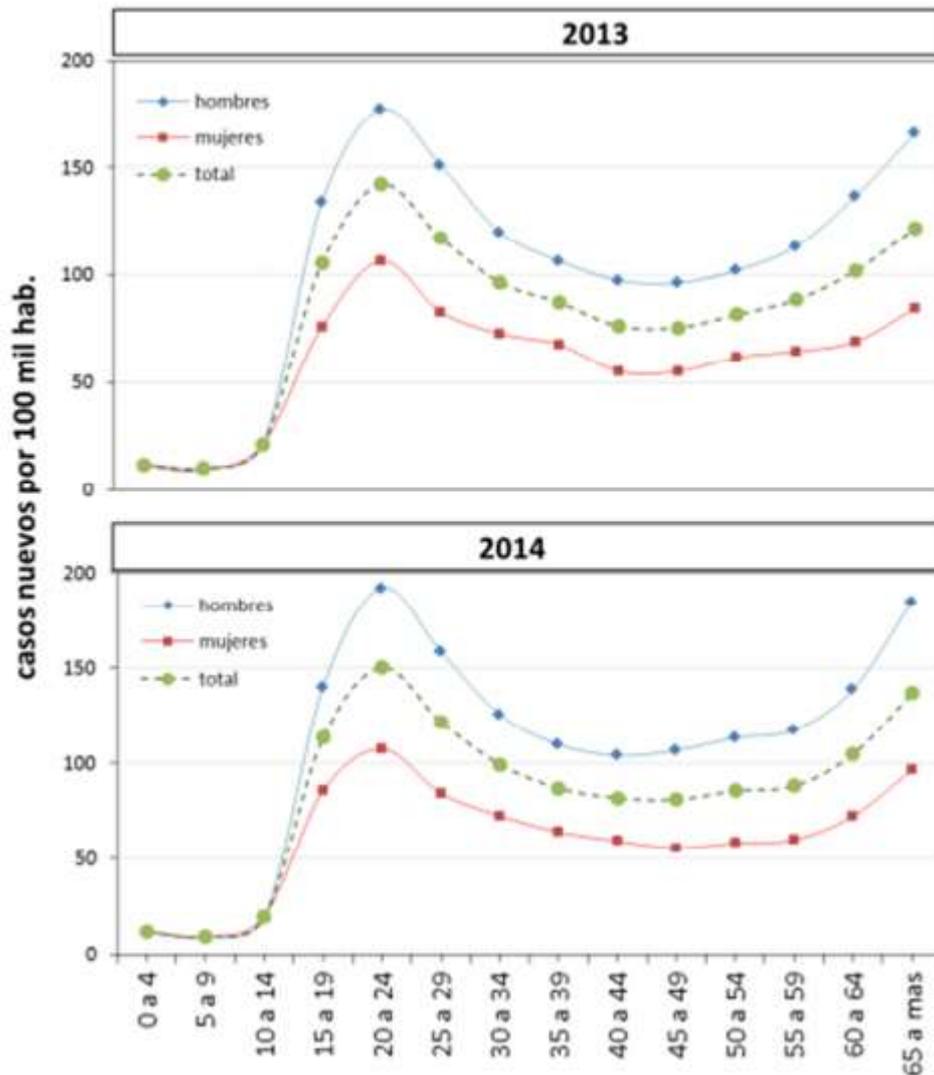


Fuente: MINSA (2013, p. 6)

Dentro de la región de salud de Lima Ciudad se encuentra el centro de salud San Cosme, que, según el MINSA (2012) la población atendida por dicho centro se caracteriza por reportar alta prevalencia de pobreza crónica, exclusión social, inequidad, hacinamiento, desnutrición, desempleo, subempleo, conducta anti-social, alcoholismo y drogadicción.

Así también el MINSA (2016) informa que, de los casos nuevos de tuberculosis, los sectores poblacionales más afectados lo conforman la población económicamente activa (PEA) y las personas mayores de 65 años. En las que, referente al género los hombres son los más afectados (Figura 19).

Figura 19 – Incidencia de Tuberculosis por grupos de edad y sexo, Perú (2013)



Fuente: MINSA (2016, p. 44)

En referencia al grupo ocupacional que se ve afectado por la tuberculosis, el MINSA (2016) logró registrar la ocupación de 25 439 afectados por TB durante los años 2013 y 2014 (Cuadro 8). En donde podemos observar que las personas sin empleo, los jubilados y los preescolares fueron los más afectados, siendo el 33,2% del total de afectados registrados.

Cuadro 8 – Ocupación de los afectados por tuberculosis, notificados al sistema de vigilancia epidemiológica durante los años 2013-2014, Perú.

Grupo de ocupaciones*	N	%
Ocupaciones sin clasificar	14656	57.6%
Sin empleo/su casa /jubilado/preescolar	8457	33.2%
Estudiante	4906	19.3%
Población privada de libertad que no registra ocupación	1289	5.1%
Trabajador sexual	4	0.02%
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	2771	10.9%
Oficiales y operarios de la construcción	2069	8.1%
Oficiales, operarios y artesanos de la metalurgia, la construcción mecánica, electricidad artes gráficas y afines	371	1.5%
Oficiales y operarios de la confección y afines	283	1.1%
Oficiales y operarios de procesamiento de alimentos y afines	48	0.2%
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	1776	7.0%
Vendedor/comerciante	1338	5.3%
Trabajadores de los servicios personales	267	1.0%
Agente de seguridad/vigilante	171	0.7%
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	1590	6.3%
Ocupaciones elementales	1546	6.1%
Ocupaciones elementales	924	3.6%
Trabajo eventual/independiente	622	2.4%
Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	1119	4.4%
Conductores de vehículos y operadores de equipos pesados móviles	1119	4.4%
Profesionales científicos e intelectuales y Técnicos y profesionales de nivel medio	957	3.8%
Prof. y téc. de Salud	401	1.6%
Prof. de la enseñanza	230	0.9%
Prof. especialistas en organización de la administración pública y de empresas	105	0.4%
Prof. y téc. en derecho, en ciencias sociales y culturales	103	0.4%
Prof. y téc. de las ciencias y de la ingeniería	83	0.3%
Prof. y téc. de tecnología de la información y las comunicaciones	35	0.1%
Personal de apoyo administrativo	647	2.5%
Otro personal de apoyo administrativo	355	1.4%
Empleados en trato directo con el público	118	0.5%
Oficinistas	117	0.5%
Empleados contables y encargados del registro de materiales	57	0.2%
Ocupaciones militares	365	1.4%
Directores y gerentes	12	0.05%
total	25439	100.0%

Fuente: MINSA (2016, p. 36)

Todos los datos mostrados anteriormente nos demuestran el real problema de la tuberculosis y su gran impacto en la sociedad, lo que nos lleva a evidenciar el poco éxito de las políticas sanitarias implementadas para su control. La respuesta del modo de actuar de las políticas sanitarias dirigidas a combatir la tuberculosis podría estar anclado al espacio en el que se van produciendo, siendo así dentro de un contexto neoliberal, en donde las políticas han venido siendo impactadas por las diversas reformas dadas en el sector salud a nivel global.

3.4 TRAYECTORIA DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS EN EL PERÚ NEOLIBERAL

Según Eibenschutz et al. (2014), a final de los años ochenta y principios de los noventa la mayoría de los países latinoamericanos adoptaron la política en salud que dictaron el FMI y el BM, política establecida dentro de la reforma neoliberal que “pretende reducir el derecho a la salud a esquemas regidos por las Leyes del Mercado y transformarlo en mercancía” (p. 873). En el Perú, a partir de la década de los noventa se configuró una economía de libre mercado bajo los lineamientos del FMI y del BM, cancelándose así el modelo de intervención estatal en la economía e implementándose políticas bajo las leyes del mercado.

Desde fines del siglo XX hasta la actualidad, el BM desplazó a organismos rectores de la salud, como la OMS y la OPS, del papel principal de definición de políticas sanitarias, sobreponiendo el orden financiero como criterio principal al hablar y actuar en materia de salud (EIBENSCHUTZ, 2007).

Durante los años noventa, en un primer momento de la reforma neoliberal a la política de salud, el BM identificó a la pobreza como uno de los obstáculos para acceder a niveles satisfactorios de salud y para contrarrestar sus efectos elaboró estrategias de combate a la pobreza y a la protección social. En un segundo momento, el BM y el Banco Interamericano modificaron la estrategia de protección social por el concepto de Manejo Social de Riesgo (MSR),

“De esta manera cambiaron la noción de ‘pobreza’ por la de ‘vulnerabilidad’. La premisa para adoptar estos términos es que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a distintas modalidades de riesgo, tanto naturales (terremotos, inundaciones y enfermedades) como sociales (desempleo, guerras, deterioro ambiental)” (EIBENSCHUTZ et al., 2014, p.874).

Como consecuencia del segundo momento de la reforma, el concepto

de protección social (originado en el contexto de los derechos humanos), quedó anulado y con ello abandonado la lucha contra la pobreza. Legitimando el nuevo orden social basado en el proyecto neoliberal. Además,

“Esta nueva estrategia menoscaba el valor de la salud como derecho y sólo se ocupa del aspecto financiero, donde cuentan los gastos catastróficos, concepción que merma cualquier preocupación por la capacidad real de los sistemas de salud y deja de lado los planteamientos que abogaban por la cobertura universal, el servicio público y gratuito, y la seguridad social para todos” (EIBENSCHUTZ et al., 2014, loc. cit.).

La nueva reforma desplazó la discusión de política en salud hacia temas financieros poniendo sobre la mesa el llamado “aseguramiento universal”. El BM usaría dicha propuesta, como justificación de extender la afiliación a toda la población, para recomendar a los Estados aceptar dentro de su plan de salud la protección privada a través del mercado de seguros articulada con los mecanismos públicos. Así, el planteamiento del BM en materia de aseguramiento universal se entiende como algo mixto entre lo público y privado. Al incluir múltiples prestadores de salud, según el BM, se promueve calidad y se reduce costos mediante la competencia que surgiría entre ellos (LÓPEZ-ARELLANO et al., 2013).

Las reformas dadas por el Banco Mundial, en el área de la salud, impulsaron a varios países de América Latina a adoptar las nuevas políticas. Perú no fue ajeno a estos cambios y se adaptó a las reformas que

“Se caracterizan por ‘crear’ un Sistema Nacional de Salud que implica varios tipos de financiamiento y la atención diferenciada a varios sectores de la población, con una fuerte intervención de las empresas de aseguradoras privadas, que definen rangos de cobertura y subrogan el servicio público al privado” (EIBENSCHUTZ et al., 2014, p.875).

La trayectoria de las políticas sanitarias en el Perú responde a un largo proceso de cambios estructurales que se vienen dando desde el año de 1993. Año que, posterior a la guerra interna suscitada en el país, se logró aprobar la constitución neoliberal que es actualmente la base del ordenamiento jurídico nacional. En la Constitución se encuentran plasmadas las normas que controlan, regulan y definen los derechos y libertades de los ciudadanos peruanos que priman sobre toda ley y es de cumplimiento obligatorio. En dicha Constitución, en el capítulo II, artículo 7, el derecho a la salud se expresa de la siguiente manera:

“Artículo 7. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción

y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad” (PERÚ, 1993, p.6).

Podemos observar que, en el enunciado anterior, el Estado no figura como garante del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, ello debilita el goce pleno de este derecho a las personas y comunidades vulnerables. A diferencia de este enunciado, respecto al derecho a la salud, encontramos en la Constitución Federal de Brasil, en la Sección II, artículo 196, la siguiente definición:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

En este enunciado sí se puede evidenciar el papel del Estado, esclareciéndose como deber del mismo y que tiene que ser cumplido mediante las diversas políticas sociales y económicas con miras a garantizar acciones igualitarias para todos sus ciudadanos. En contraste con ello, la constitución del Perú obedece al patrón neoliberal en el que el Estado olvida su papel protector de políticas sociales.

El Estado a través de las políticas públicas sanitarias asume compromisos para mejorar la situación de salud de las personas. Lo estudiado anteriormente nos servirá de base para entender lo que a continuación describiremos respecto a la trayectoria de los lineamientos neoliberales de las Políticas en Salud por periodo gubernamental a partir de 1990 hasta el 2016. Estudiar la trayectoria de las políticas sanitarias será importante para comprender cómo se gestan y priorizan las decisiones sobre determinados temas en salud.

3.4.1. Alberto Fujimori Fujimori (1990 – 1995)

Antes de Fujimori asumir el poder, desde 1988 el Perú se encontraba experimentando el caos de la hiperinflación. Respecto a los tributos,

La presión tributaria había descendido a menos del 4% del PBI; el desempleo y subempleo afectaban a más del 70% de la PEA, la infraestructura colapsaba. A ello se sumaba la corrupción en todos los ámbitos del Estado, el desprestigio de los partidos políticos y el avance de Sendero Luminoso (DEGREGORI, 2012, p. 29).

Todo ello como secuela de lo que dejaba el gobierno aprista (1985 – 1990) con su líder Alan García. Dicho gobierno fue un observador apacible de la

tendencia privatizadora del poder, respecto a la economía en un primer momento trató de atraer la inversión de los empresarios nacionales en el propio país sin embargo los grupos de poder económico prefirieron invertir sus capitales en mercados que ellos consideraban más seguros.

Esta medida dejó sin recursos al Estado. Ante una situación de crisis económica que se prolongaba sin visos de solución, el gobierno aprista sólo intervino en funciones de asistencia social, pero no diseñó un nuevo modelo de acumulación. Por otra parte, tampoco fue capaz de detener la espiral subversiva que crecía incontrolablemente; incluso se llegó a temer un nuevo golpe de Estado (GONZALES, 2001, p. 19).

Ante la evidente incapacidad del gobierno aprista y la severidad de la crisis de representación de los partidos políticos existentes, emergieron en el escenario político los llamados independientes u outsiders quienes, en adelante, a partir de la década de los noventa, tendrán el control del Estado peruano (GONZALES, 2001). Es así que aparecen nuevos grupos políticos y entre ellos Cambio 90, fundado en 1989 por Alberto Fujimori, Máximo San Román y Carlos García García. Cambio 90 se caracterizaba por ser un movimiento de agrónomos e industriales, quienes proponían al país una alternativa basada en el trabajo, la producción y la tecnología aplicada a la pequeña y mediana empresa. Después de derrotar a Vargas Llosa en las elecciones, Fujimori llega al poder teniendo como buen *outsider* su independencia y su imagen de técnico eficaz, ello se resumía en la frase que acompañó su campaña electoral: “Honradez, tecnología y trabajo” (DEGREGORI, 2012).

Fujimori, llegó al gobierno sin experiencia política y sin programa de gobierno, en un contexto crítico donde la economía nacional se encontraba inmersa en un proceso hiperinflacionario y una sociedad asolada por el avance de la violencia, así también heredó un aparato estatal prácticamente colapsado (TANAKA, 1998).

Menos de dos años después, el 5 de abril de 1992, Fujimori llevó a cabo, con el respaldo de las Fuerzas Armadas, el hoy célebre “autogolpe” en contra de las instituciones democráticas surgidas en 1980 y de los partidos políticos que habían organizado la vida política peruana a lo largo de los años ochenta, contando con el abrumador respaldo de la población (TANAKA, 1998, p. 20).

En los años siguientes, durante 1994 el crecimiento del PBI fue el más alto del mundo: el 12,5%, el país se encontraba superando la crisis en la que se encontraba años atrás y empezaba a cosechar los beneficios de la reinserción del Perú en el sistema económico global. Por los diversos ajustes económicos, el país comenzó a atraer capitales de corto plazo, por las elevadas tasas de interés, que dieron una cierta sensación de bonanza y modernidad. Fueron años de gloria para la

Bolsa de Valores, nos habíamos convertido en uno de los mercados emergentes más atractivos. Por otro lado,

Las privatizaciones atrajeron capitales, la rebaja de aranceles permitió la invasión de productos importados -desde autos usados que desbordaban las calles de las ciudades hasta comida chatarra, que adquiría acá un estatus impensable en los EE. UU.-, mientras proliferaban casinos y descomunales servicerios. A pesar de las críticas a la forma en que se produjeron ciertas privatizaciones y al creciente déficit o, más precisamente, con el neoliberalismo: reingeniería era el término de moda, nacionalismo una palabra impronunciable (DEGREGORI, 2012, p. 52).

3.4.1.1. Políticas Sanitarias

El ministro designado para el inicio de la gestión gubernamental de salud fue el Dr. Carlos Vidal Layseca, quien poseía un perfil de médico sanitarista. Vidal Layseca presentó el documento de los lineamientos que regirían su gestión titulado “Hacia un sistema nacional regionalizado e integrado de salud”, en donde se plasmaron los objetivos, políticas y metas a cumplir en el periodo asignado. La situación de la salud en el Perú presentó un especial deterioro en el periodo de 1985 – 1990, debido a la crisis nacional en los contextos económico, político y social que ejercieron directamente una influencia negativa sobre la población y sobre el Sistema de Servicios de Salud.

En 1990 la mortalidad general, la infantil y la materna, son de las más altas de América Latina. La sociedad y el Estado han sido incapaces de mejorar - y en algunos casos de conservar- niveles previos de control de graves daños, que aunque todavía insuficientes, habían significado logros sanitarios en el país (MINSA, 1990, p.11).

La presente gestión gubernamental caracterizó el sector salud y sus diferentes entidades por las siguientes condiciones: marginalidad, dependencia, inequidad, centralismo y multiplicidad, características estructurales que condujeron aceleradamente al “colapso en la operatividad de los servicios” (MINSA, 1990).

La compleja realidad nacional y su repercusión en el ámbito de la salud constituyeron el marco de referencia que orientó la elaboración de un conjunto de propuestas de intervención sanitaria. El marco conceptual de los objetivos planteados dentro de las políticas públicas sanitarias se resumía en: “Salud, expresión del bienestar de los pueblos y componente de su desarrollo”. Así, se propuso un sistema nacional regionalizado e integrado teniendo como meta mejorar el estado de salud de la población y que para alcanzar dicha meta se necesitaba el compromiso de toda la sociedad y trabajar bajo los principios de solidaridad, equidad y universalidad. Las políticas planteadas fueron (MINSA, 1990):

- 1) Salud Integral
- 2) Salud responsabilidad de todos
- 3) Descentralización y regionalización
- 4) Priorización del ámbito local
- 5) Revalorización de los recursos humanos
- 6) Desarrollo científico y producción tecnológica
- 7) Medicamentos como bien social
- 8) Recuperación de los establecimientos de salud
- 9) Promover la reorientación del Instituto Peruano de Seguridad Social
- 10) Reorientación de la cooperación técnica

3.4.2. Alberto Fujimori Fujimori (1995 – 2000)

Después del autogolpe de 1992 y ya con la nueva Constitución Política del Perú (1993), que permitía la reelección, se realizó una nueva elección presidencial que “normalizó” la vida democrática del país: Alberto Fujimori ganó dicha elección con más del 60% de los votos (TANAKA, 1998).

Fujimori ganó con un porcentaje sorprendentemente parejo en costa, sierra y selva; en Lima y en provincias. Arrasó entre los votantes de los distritos más ricos de Lima, pero también en Puno y en Ayacucho, el departamento más golpeado por la violencia; ganó entre jóvenes y viejos, entre hombres y mujeres. Solo bajó algo entre las clases medias, pero subió entre los votantes más jóvenes. Con estos resultados el ingeniero pudo gobernar cómodamente, pues logró una mayoría absoluta de 67 parlamentarios sobre un total de 120 (DEGREGORI, 2012, p. 48).

A diferencia del primer fujimorismo, este periodo gubernamental evidenciaría las carencias del gobierno de turno, siendo así 1996 el año políticamente más complejo desde 1992. El país parecía estar llegando a un punto de inflexión.

Una recesión económica persistente comenzaba a erosionar la confianza en el modelo económico. Si en 1994 el PBI creció más del 12%, en 1995 la cifra bajó al 6% y en 1996 a solo el 2%. Era la resaca después de la farrá fiscal electoral. Una resaca de la cual la economía nunca se llegó a recuperar del todo a lo largo del quinquenio. El Niño, el efecto Tequila, la gripe asiática, golpearon sucesivamente a un gobierno cuya voluntad de reforma aparecía subordinada a los intereses políticos del grupo en el poder y que, además, no exhibía ideas originales, si alguna vez las tuvo, para emprender las denominadas reformas de segunda generación (DEGREGORI, 2012, p. 73).

3.4.2.1. Políticas Sanitarias

En el contexto del sector salud, el Dr. Marino Costa Bauer fue designado como Ministro de Salud del periodo gubernamental. El documento de los

lineamientos de política de salud que rigieron su gestión fue titulado: “El desafío del cambio del milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad”.

Para el presente periodo gubernamental el Ministerio de Salud (MINSA), argumentaba que a principios de la década de los 90 nuestro país inició un proceso de reformas para hacer frente a las diversas crisis que se presentaban como las más severas de la historia y que posteriormente el país iniciaría un proceso de reactivación y recomposición. En el campo social y de la salud,

Los retrocesos a revertir son sin embargo enormes. Ante ello, el Ministerio de Salud asume su responsabilidad de liderar y modular un proceso de cambios sectoriales, desarrollando una beneficiosa combinación de lo público con lo privado, estimulando una sana competitividad en la atención de la salud, promoviendo la calidad basada en la excelencia de los recursos humanos, reorientando los servicios, cambiando la concepción de sistemas rígidamente conformados por la de redes flexibles y adaptables a las necesidades en salud de la población y desarrollando modernas formas de gerencia (MINSA, 1996, p. 1).

La misión del MINSA fue establecida con miras a promover y garantizar la salud individual y colectiva de la población del Perú; y tenían como visión la búsqueda de un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Todo ello bajo los principios de: primacía de la persona humana sobre las instituciones, nuevas dimensiones de la ciudadanía, reformulación de la relación estado-sociedad civil, descentralización y participación social, revolución en las ciencias de la administración y el paso a la gerencia de calidad total y la planificación estratégica, y la revalorización de los recursos humanos, la cultura institucional y la innovación científico-tecnológica permanente. Los lineamientos de política de salud formulados son (MINSA, 1996):

- 1) Acceso universal y priorización en pobres
- 2) Modernización del sector
- 3) Reestructuración del sector
- 4) Problemas prioritarios de salud
- 5) Promoción de condiciones y estilos de vida

3.4.3. Alejandro Toledo Manrique (2001 – 2006)

Hacia mediados del año 2000, Alejandro Toledo encabezó la Marcha de los cuatro Suyos³³ tras salir a la luz el fraude electoral que daba, por tercera vez,

³³ La Marcha de los Cuatro Suyos fue una movilización popular realizada en el país en los días 26, 27 y 28 de julio del 2000. La movilización tuvo el nombre en representación de las cuatro regiones en que se dividía el Tahuantinsuyo del Imperio Inca.

ganador a Alberto Fujimori quien “parecía haber capeado lo peor del temporal y el Perú se preparaba para un tercer periodo más autoritario y represivo” (DEGREGORI, 2012, p. 301).

Posteriormente cuando todo parecía consumado, el 14 de septiembre del 2000 se transmitió un video en el cual se observaba al congresista electo Alberto Kouri recibiendo dinero, la suma de US\$ 15.000 de manos de Vladimiro Montesinos (entonces asesor presidencial), dicho escenario colapsaría el régimen gubernamental fujimontesinista y a partir de ello en los meses siguientes salieron a la luz más videos con más implicados en actos de corrupción. Fujimori fugó del país por noviembre del 2000 tras las denuncias por corrupción y el escándalo desatado por los “vladivideos”³⁴, hechos que finalmente terminaron colapsando el gobierno autoritario, posteriormente el Congreso de la República elige a Valentín Paniagua como Presidente transitorio y días después Fujimori renuncia como presidente por medio de una carta enviada por fax.

En las elecciones celebradas el día 8 de abril del 2001, Alejandro Toledo y Alan García pasaron a una segunda vuelta electoral celebrada el 12 de junio en donde Alejandro Toledo consiguió el 53,08% de los votos válidos derrotando a Alan García quien obtuvo el 46,92%. El presidente electo recibió la confianza de una parte importante de los sectores populares y el mayoritario respaldo de los empresarios. Toledo inició su mandato con un índice de aprobación próximo al 60% recibiendo un país golpeado por la corrupción con instituciones debilitadas y una sociedad inmersa en la incertidumbre. Sin embargo, “Toledo demostró, según se suponía, que como presidente era menos consistente que como candidato, poniendo de manifiesto el carácter precario y efímero de su circunstancial liderazgo” (GONZALEZ, 2006, p. 263). Al periodo gubernamental de Toledo se le venían tiempos difíciles y de grandes retos.

3.4.3.1. Políticas Sanitarias

Al iniciar el periodo gubernamental, el Ministerio de Salud quedó en manos del médico y político Luis Solari de La Fuente, quien junto a su equipo de gestión orientó las Políticas de salud hacia una meta común: “proteger la dignidad personal de todos los peruanos, velando por su derecho a la vida y a la salud,

³⁴ Serie de videos que salieron a la luz evidenciando actos de corrupción que comprometían al asesor presidencial Vladimiro Montesinos con políticos, militares y religiosos.

mediante el acceso a servicios de salud brindados con calidad, eficiencia, eficacia y, sobre todo, humanidad” (MINSA, 2002, p. 5). La situación de salud del país mostraba la deficiente salud ambiental, alta prevalencia de enfermedades transmisibles y crecimiento de las no transmisibles, la elevada desnutrición infantil y materna, la elevada mortalidad infantil y materna, la reducida cobertura y aumento de la exclusión, el limitado acceso a los medicamentos, la ausencia de política de recursos humanos, la segmentación e irracionalidad en el sector, el desorden administrativo y ausencia de liderazgo del Ministerio de Salud, el financiamiento insuficiente e inequitativo y la limitada participación ciudadana y promoción de la misma (MINSA, 2002).

El MINSA esclareció su misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país y se propuso como visión que para mediados de la década 2010 – 2020 la salud de todas las personas del país será expresión de un sustantivo desarrollo socioeconómico y del fortalecimiento de la democracia. Los lineamientos de la política de salud formulados para regir el presente periodo gubernamental son (MINSA, 2002):

- 1) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- 2) Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (Seguro Integral de Salud-SIS, Essalud, otros)
- 3) Política de suministro y uso racional de los medicamentos. Política andina de medicamentos
- 4) Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad
- 5) Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
- 6) Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud
- 7) Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial
- 8) Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad
- 9) Democratización de la salud.

3.4.4. Alan García Pérez (2006-2011)

El 28 de julio del 2016, luego de 21 años, Alan García Pérez retorna al poder y asume el gobierno del Perú por segunda vez, luego de derrotar en segunda vuelta al menos experimentado Ollanta Humala. A diferencia de su primer gobierno,

esta vez el líder aprista no goza de mayoría parlamentaria, ni del amplio apoyo popular de hace años (MASÍAS y SEGURA, 2006). Al finalizar el gobierno de Toledo, Alan García encontró un país más estable económicamente y durante su gobierno el país siguió creciendo en el ámbito macroeconómico.

3.4.4.1. Políticas sanitarias

Al inicio del gobierno, la responsabilidad del sector salud cayó en manos del médico Carlos Vallejos Sologuren, quien conjuntamente con su equipo de gestión elaboraron el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) en donde se plasmaron los lineamientos, objetivos, metas y estrategias para el periodo gubernamental en mención. Se estableció como visión que para el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física, mental y social, “como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana” (MINSa, 2007, p. 9). Los lineamientos planteados para el presente PNCS (MINSa, 2007) fueron:

- 1) Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención
- 2) Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles
- 3) Aseguramiento universal
- 4) Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local
- 5) Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad
- 6) Desarrollo de los Recursos Humanos
- 7) Medicamentos de calidad para todos/as
- 8) Financiamiento en función de resultados
- 9) Desarrollo de la rectoría del sistema de salud
- 10) Participación Ciudadana en Salud
- 11) Mejora de los otros determinantes de la Salud

3.4.5. Ollanta Humala Tasso (2011 – 2016)

El ex militar Ollanta Humala derrotó en segunda vuelta a la hija del dictador Fujimori, Keiko Fujimori, en las elecciones presidenciales del 2011. Humala supo canalizar el pedido de la sociedad y basó su campaña en mayor redistribución económica e inclusión social, ello significaba un cambio de rumbo del modelo que persistía hasta ese entonces, propuso entonces un “Perú para todos”. “Humala heredó un país altamente conflictivo que afectaba directamente su gobernabilidad, el ex presidente Alan García recibió de Toledo un país con 84 conflictos sociales y lo entregó a Humala con 217” (DIAZ, 2011, p. 8).

3.4.5.1. Políticas Sanitarias

Al iniciar el gobierno, el médico Alberto Tejada Noriega fue nombrado Ministro de Salud, él junto a su equipo de gestión presentaron los lineamientos de la política de salud que regiría su periodo. Orientó su propósito gubernamental a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a través del empoderamiento comunitario de nuevos estilos de vida y cambios de comportamiento en el marco de respeto a su cultura e identidad, así también el mejoramiento del acceso y la calidad de atención articulando a los tres niveles de gobierno, fortaleciendo sus recursos humanos, en número, competencia y actitud. Presentó como visión a un Perú que para el año 2016 sus habitantes gozarían de mejores condiciones de salud física, mental y social y en caso de enfermedad o invalidez tengan acceso pleno a una adecuada atención y tratamiento. Enfatizando la inclusión social, el desarrollo humano, la protección social y una mejor alimentación a lo largo del ciclo de vida. Para lograr ello se presentan los lineamientos de la política sanitaria (MINSa, 2011):

- 1) Reducción de problemas sanitarios prevenibles y evitables
- 2) Garantizar que la población acceda a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable
- 3) Extender la protección de la salud, financiamiento de las prestaciones de salud, infraestructura, equipamiento y recursos humanos.
- 4) Fortalecimiento de la rectoría en salud

Análisis comparado:

Las políticas públicas en salud implementadas a partir de 1990 nos muestran los diversos esfuerzos ante la difícil situación de salud que atravesaba el país en los contextos económico, político y social. Fujimori llegó al poder en medio de un país golpeado por la hiperinflación, niveles de desempleo e instituciones colapsadas. En el sector salud, de acuerdo a los lineamientos de política formulados para el periodo gubernamental se puede evidenciar que la priorización del sector salud es el de brindar una mayor y mejor atención a los ciudadanos realizando acciones orientadas a la promoción, legislación, saneamiento, educación, mejora en las condiciones de trabajo y la búsqueda del mejoramiento de la salud integral y recuperación de los establecimientos de salud a través de un programa de descentralización y regionalización. En el segundo periodo del fujimorismo, en el ámbito de la salud, las políticas públicas se orientaron a la meta de acceso universal de salud para todos los peruanos y a la modernización del sector salud bajo los principios de equidad, eficiencia y calidad para superar los déficits de la situación de salud en la que se encontraba el país.

Después del destape de los actos de corrupción que envolvían al gobierno de Alberto Fujimori, el país nuevamente entró a un desconcierto de inseguridad nacional y es así que después de la fuga de Fujimori y de celebradas las nuevas elecciones, llega al poder Alejandro Toledo y en el sector salud las políticas sanitarias estuvieron dirigidas a promover la salud y prevenir la enfermedad con una atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud, dándose la creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

El sucesor de Alejandro Toledo, Alan García, volvía al gobierno luego de 21 años, y en el ámbito del sector de salud se formuló el Plan Nacional Concertado de Salud bajo los principios de universalidad, inclusión social, equidad, integralidad, complementariedad, eficiencia, calidad, solidaridad y sostenibilidad. El gobierno de García continuó con la propuesta de aseguramiento universal de salud, descentralización del sector salud, desarrollo de los recursos humanos y el abastecimiento de medicamentos de calidad para todos. Así también se consideró en el plan la importancia de la participación ciudadana en salud.

Terminado el gobierno de García, el ex militar Ollanta Humala llegó al gobierno con el discurso de un “Perú para todos” con una adecuada redistribución económica e inclusión social. Ello repercutió en el Ministerio de Salud, quienes

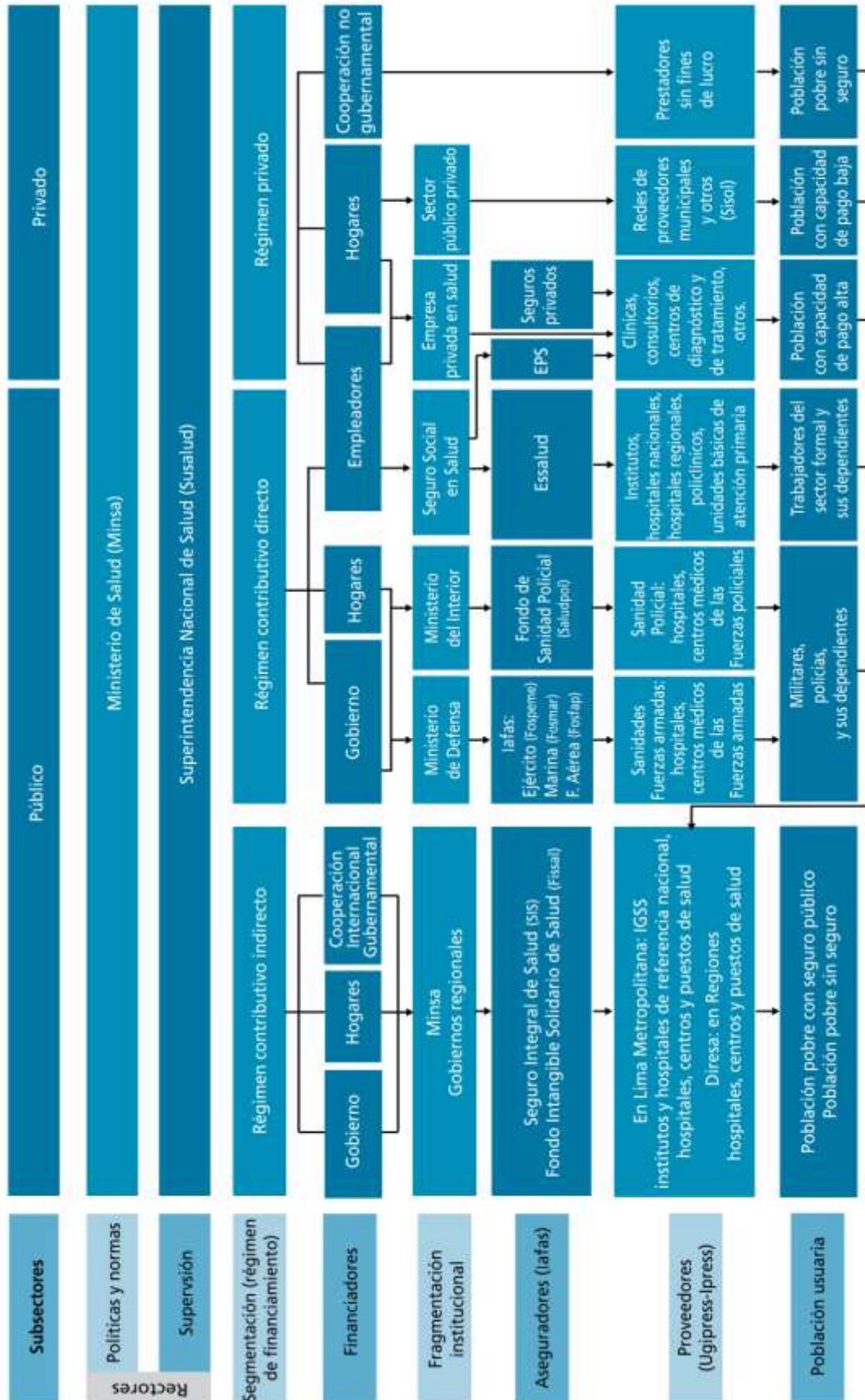
presentaron como misión el promover la salud y prevenir la enfermedad, a través del empoderamiento comunitario de nuevos estilos de vida y cambios de comportamiento en el marco de respeto a su cultura e identidad.

3.5. EL ACTUAL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL PERÚ

Perú presenta un Sistema Nacional de Salud (Figura 20) que se caracteriza por ser un sistema segmentado y fragmentado. El actual sistema se divide en dos subsectores, el público y el privado. “El primero busca expresar la lógica del derecho ciudadano a la salud y el segundo se funda en la lógica de mercado. El Ministerio de Salud (Minsa), en su rol de autoridad sanitaria nacional, gobierna el sistema” (LAZO, ALCALDE y ESPINOSA, 2016, p.13).

Según Lazo, Alcalde y Espinosa (2016), la segmentación del Sistema Nacional de Salud se explica bajo tres formas de regímenes de financiamiento: el Régimen Contributivo Indirecto (subsidiado), que se financia con recursos fiscales, aporte de hogares y donaciones de cooperaciones intergubernamentales; el Régimen Contributivo Directo, que se financia mediante contribuciones directas y obligatorias de los empleadores; y el Régimen Privado, que es financiado por las familias a través de pagos directos de honorarios profesionales o mediante la adquisición de seguros privados.

Figura 20 – Mapa del Sistema de Salud del Perú (2016)



Fuente: LAZO, ALCALDE y ESPINOSA (2016, p.14)

Los servicios estatales de salud son administrados de forma descentralizada que se conforman por 25 gobiernos regionales bajo las orientaciones políticas y normativas del MINSA. Cada gobierno regional organiza su administración por medio de la Dirección Regional de Salud (DIRESA).

La implementación de la reforma en salud ha generado múltiples entidades aseguradoras que vienen a ser las instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en salud (IAFAS) y que tienen como objetivo alcanzar el aseguramiento universal. La aseguradora pública es el Seguro Integral de Salud (SIS) que tiene como similar a EsSalud, a las sanidades de los institutos armados y la policía, las que se suman a los diversos seguros privados y las EPS ya existentes. “Cada entidad está vinculada a un estrato social-poblacional y a una red de prestación de servicios propia o contratada” (LAZO, ALCALDE y ESPINOSA, 2016, p.18).

El MINSA junto las entidades y dependencias públicas y privadas, como las empresas privadas prestadoras de salud, establecen lineamientos de políticas de salud para el logro de actividades a corto, mediano y largo plazo, con el objetivo de satisfacer las demandas sociales que parten de las necesidades insatisfechas de la población. Estas políticas de salud se establecen en diferentes niveles, desde el que se produce a nivel legislativo (macro) así como las decisiones que se toman a nivel (micro), en las instituciones, centros de salud, etc., y tienen como objetivo principal contribuir al mejoramiento de la calidad y la cobertura de los servicios de salud para todos los peruanos, y en particular para las poblaciones pobres y rurales, con la finalidad de promover e incrementar los sistemas de salud (MINSA, 2013).

Bajo ese principio, las políticas públicas sanitarias asumen compromisos para la prevención y control de la enfermedad en el individuo y la comunidad con el propósito de reducir su prevalencia e incidencia. El Ministerio de Salud, dentro del marco de las políticas públicas sanitarias, contempla en sus bases legales el establecimiento de Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN)³⁵ limitadas en el tiempo y en la realidad de los pueblos, con propósitos concretos y resultados esperados. Las ESN tienen diversos componentes, entre ellos se encuentra la ESN de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) (MINSA, 2013). En el siguiente

³⁵ Las ESN fueron establecidas con resolución Ministerial N.º 771-2004/MINSA y fueron publicadas el 27 de julio del 2004 por el diario oficial El Peruano. Las ESN comprenden en total 10 componentes cada una con objetivos esperados.

punto describiremos a la ESNPCT, Estrategia que será nuestro tema de interés por ser parte fundamental de nuestro trabajo.

3.5.1. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT)

La ESN-PCT es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas,

“Responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad” (MINSA, 2016, p.15).

La ESN-PCT está integrado a los servicios generales de salud a nivel nacional, acciona desde el nivel local y su cobertura alcanza a todos los establecimientos del MINSA y otras instituciones (Seguro Social de Salud – EsSalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Centros Médicos de las Universidades, Sanidad del Instituto Nacional Penitenciario (INPE), Municipalidades, Centros Médicos de la Iglesia, Sector Privado y otros) (MINSA, 2016).

La ESN-PCT es,

“La respuesta socio-sanitaria al problema de la tuberculosis, considerado como una prioridad sanitaria nacional, multisectorial e interinstitucional; que permite un abordaje multifactorial para el control, reducción y prevención de esta enfermedad, mediante una movilización nacional de recursos orientados a acciones de alto impacto y concertada entre los diferentes actores sociales e instituciones, con un enfoque de costo-efectividad de alta rentabilidad económica y social” (MINSA, 2016, p.24).

Para el MINSA (2006), la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) permite insertar el control de la enfermedad en una realidad institucional que fortalezca la respuesta nacional en relación con el problema de salud pública.

La ESNPCT fundamenta su actuar bajo su instrumento de gestión que es la Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis (NTSCT), instrumento que tiene como principio unificar los criterios de manejo clínico operacional en la lucha contra la TB. Dicha norma, como lo establece el MINSA, es de alcance nacional y de aplicación en todos los establecimientos de salud públicos y privados. Según el MINSA (2016), la NTSCT se ampara legalmente en las siguientes leyes y resoluciones:

- Ley 26842 – Ley General de Salud
- Ley 27657 – Ley del Ministerio de salud
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27657
- Decreto Supremo N° 022-2005-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA que aprobó el Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS
- Resolución Ministerial N° 771-2004-SA, que creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

La NTSCT contempla dentro de sus objetivos la disminución progresiva y sostenida de la incidencia de la tuberculosis mediante la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno gratuito y supervisado en todos los servicios de salud del país, brindando atención integral de calidad. Dentro de las disposiciones específicas de la NTSCT encontramos la prevención de la tuberculosis, promoción de la salud, detección y diagnóstico, servicio de laboratorio, tratamiento de la tuberculosis y demás disposiciones relacionadas al actuar asistencial.

CAPITULO IV: POLÍTICA SANITARIA DE LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD “SAN COSME”

4.1 SAN COSME: “EL CERRO QUE TOSE”. LO QUE FUE Y LO QUE ES

Para comprender el problema de la tuberculosis en San Cosme, será necesario primero conocer su historia y el porqué del apelativo del cerro que tose. Buscamos en nuestras fuentes primarias la historia de este seudónimo para saber desde cuándo y porqué San Cosme es bautizado con ese nombre, pero no encontramos datos precisos. Solo encontramos un documento del Ministerio de Salud en donde citan a San Cosme con dicho apelativo, siendo este documento el informe de los resultados de un Plan Estratégico ejecutado en San Cosme, denominado “Enfoque integral para la prevención y control de la TB en el Cerro que tose” (MINSa, 2012).

No teniendo más información al respecto, recurrimos a nuestros entrevistados para indagar si ellos habían oído hablar sobre el apelativo en cuestión y en base a su experiencia, como personal de salud, a que se debía ello. El Sr. Manuel nos contó que sí había oído hablar de este apelativo y que ello sonaba discriminatorio,

Es una forma de discriminar, ese nombre lo pusieron porque en esos años (2010) esta zona (San Cosme) era la que más casos de tuberculosis tenía. En la jurisdicción del frente está el cerro El Pino, que pertenece al centro de salud el Pino, entonces siempre nos bromeaban que “cuando el cerro San Cosme tose, el cerro El Pino le contesta”, decían que los dos cerros tosían y si pues eran los dos cerros que más altos de tuberculosis presentaban a nivel de Red de Salud (Sr. MANUEL, 42 años, médico).

Por otro lado, la Sra. Veronica manifestó que fue en la época que ella estuvo trabajando (2010) cuando comenzaron a llamar así al cerro San Cosme,

En esa época estuve yo, la verdad que yo no estoy involucrada en lo que es política, pero para mí esa forma de llamar al cerro fue por política (...) Si hubo pacientes en el cerro, no lo voy a negar, pero, así como en la actualidad sigue más en Manzanilla (parte externa del cerro San Cosme), mucho más que en el cerro. Pienso que quizá alguien quiso llamar así a un cerro que tiene historia, de repente por Chacalón³⁶ o por otros motivos, o quizá hacerlo conocido para que vengan las autoridades, se trabaje más y se pueda ayudar económicamente (Sra. VERONICA, 40 años, enfermera).

³⁶ Lorenzo Palacios Quispe, más conocido como Chacalón. Fue un músico y cantante peruano quien se encargó de popularizar la música chicha en el Perú. Vivió parte de su niñez y adolescencia en el cerro San Cosme. Chacalón representa para los habitantes del cerro San Cosme, la imagen del provinciano emergente en tierras limeñas.

La denominación del cerro San Cosme como el cerro que tose, repercutió de forma significativa en la vida de sus habitantes. Nuestros entrevistados coinciden en que ese apelativo es discriminatorio y publicitario, y que, en la experiencia de ellos como personal de salud, los pacientes que viven en la zona del cerro muchas veces niegan el lugar de sus domicilios a causa del riesgo de ser estigmatizados y es ahí donde comienzan a cambiar de domicilio a otras partes cercanas de la jurisdicción de San Cosme,

La verdad que algunas personas, sobre todo pacientes, se sentían mal, se sentían un poco avergonzados y ellos muchas veces negaban sus zonas de donde vivían, por lo mismo del apelativo “el cerro que tose”. Fue una forma de discriminación directa o indirecta. Es probable que este hecho social haya influenciado a las personas a salir del cerro y vivir por lugares cercanos a sus centros de trabajo. Trataban de buscar un cuarto más grande o más seguro porque el cerro era muy inseguro (Sr. MANUEL, 42 años, médico).

El personal de salud del centro de salud coincide en que no existe veracidad ni sustento para denominar al cerro San Cosme con dicho apelativo,

Yo nunca estuve de acuerdo con esa denominación porque toda la gran afluencia de los pacientes era de la parte baja y no del cerro en sí. En esas épocas, por decir, había un promedio de 300 a 350 pacientes o 280 masomenos y de esa cantidad, en porcentajes aprox., el 20% era de cerro, el 40% era la parte baja y 40% era de Manzanilla. De donde me sacan ese apelativo?. No fue cierto todo lo que se dijo al respecto. El cerro San Cosme fue llamado el cerro que tose solo por publicidad (Sra. TEO, 67 años, asistente social).

En esa misma perspectiva, la Sra. Ana manifiesta que,

Se conoce como el cerrito que tose, pero yo diría de acuerdo con mi experiencia que la mayoría de los casos están en la parte baja y muchos de ellos hemos encontrado en Manzanilla o en los alrededores, en el cerro es escaso. Más están en la parte baja (externa al cerro San Cosme) (Sra. ANA, 55 años, psicóloga).

Hablar del cerro que tose sería suponer que el cerro San Cosme presenta una mayor cantidad de casos de tuberculosis respecto a las demás zonas que comprenden la jurisdicción del centro de salud San Cosme (Asentamiento humano Manzanilla II, urbanización Manzanilla I y el cerro San Cosme). Sin embargo, ello no es del todo cierto pues el propio personal de salud, como ya lo presentamos, niega que existan más casos en el cerro comparado a las demás zonas de la jurisdicción de San Cosme.

Lo que sí es verdad es que la realidad del cerro San Cosme cambió

con el pasar de los años desde su fundación hasta la actualidad. Monge (1957) afirma que las condiciones en las que las personas venían a habitar el cerro eran condiciones lamentables, se podía evidenciar la presencia de desnutrición en los niños, atención sanitaria y saneamiento básico inexistente, precariedad de las viviendas y suciedad por las calles,

Antes era horrible, teníamos que andar encima de todo. Era todo rustico, ahora hay veredas. Nosotros teníamos que treparnos por las rocas, las escaleras eran de piedra. Había zonas que eran muy rocosas como la zona de Huancavelica que era una pendiente y nosotras teníamos que treparnos para subir y continuar con nuestras visitas (Sra. TEO, 67 años, asistente social).

Las calles del cerro San Cosme ya no son de tierra ni pedregales obstruidos, hoy cuentan con calles pavimentadas y escaleras para facilitar su ingreso hasta las partes altas de la zona. Sin embargo, como lo dijeron nuestros entrevistados, el cerro San Cosme aún no cuenta con todos los servicios básicos abastecidos, hay dificultad para que el agua llegue permanentemente, el servicio de desagüe es precario y la limpieza pública es deficiente y escasa. Por las calles es común ver perros callejeros, muchos de ellos enfermos y raquíticos, basural por montones, residuos de excrementos de los animales y el olor fétido que se desprende a causa de todo ello hace que el cerro San Cosme siga teniendo la cara y el aspecto de precario, lo que atenta con la salud pública de sus habitantes.

4.2 CONDICIONES DE VIDA DE LOS HABITANTES DEL CERRO SAN COSME

Analizar las condiciones de vida de los habitantes del cerro San Cosme es tratar de acercarnos a uno de los puntos claves causantes de la tuberculosis, los determinantes sociales de la salud. Determinantes que son responsables de la gran cantidad de casos de tuberculosis presentes en el cerro, en la jurisdicción del centro de salud San Cosme y en cualquier parte donde encontremos algún caso de tuberculosis.

Según Vertiz (2013), en el cerro San Cosme, desde la década de los ochenta hasta nuestros días,

Los niveles de turgurización se han incrementado, el hacinamiento, los niveles de pobreza, la falta de ventilación por el crecimiento vertical de las viviendas, la violencia urbana, violencia familiar, relaciones disfuncionales, las enfermedades y el sistema deficiente de la salud siguen abriendo brechas dentro de esta población (VERTIZ, 2013, p.44).

Para la Sra. Ana, las condiciones de vida de los habitantes del cerro San Cosme son pésimas,

Vivir ahí, de verdad, es muy deprimente, al menos yo que he visitado el cerrito y los visito constantemente percibo que es muy triste ver cómo la gente vive con tanto descuido, con tanta falta de limpieza, hacinados. Se ve muchas cosas que a uno lo deprimen, al menos a mí me da mucha tristeza (...) El agua no llega hasta todos los puntos, muchas de las personas comparten un lavadero, comparten un baño. Son cuatro, cinco, seis, siete cuartos que comparten un baño, un lavadero (Sra. ANA, 55 años, psicóloga).

La mayoría de las personas que habitan el cerro San Cosme son personas en situación de pobreza que migraron a Lima en busca de una mejor calidad de vida,

Personas que comúnmente nosotros llamamos como “flotantes”. Ellos llegan un tiempo por trabajo, buscan un cuarto barato donde vivir, viven alquilado y en su mayoría se dedican al comercio en el mercado mayorista “La Parada”. La situación en la que viven es muy deplorable, ellos priorizan su trabajo antes que su bienestar, solo llegan con el afán de conseguir dinero por la situación económica en la que se encuentran (pobreza). En sus casas no cuentan con todos los servicios básicos, tienen muchas dificultades con el agua y desagüe porque recién están siendo abastecidos con esos servicios (Sra. LUCIA, 34 años, técnica de enfermería).

Una de las características principales de las viviendas de las personas que habitan el cerro San Cosme es el evidente hacinamiento en el que se encuentran,

Viven un promedio de 4 a 5 familias por casa y en espacios pequeños, las habitaciones son muy pequeñas y a veces hay subterráneos. Por la época del terrorismo se construyeron casas con acceso subterráneo, esas casas tienen condiciones muy precarias, son construcciones antiguas con mucha humedad y escasa ventilación (Sra. TEO, 67 años, asistente social).

El hacinamiento es uno de los determinantes sociales para la ocurrencia de la tuberculosis, constituyéndose así un gran factor de riesgo para las personas que viven bajo estas condiciones. La OPS (2014) indica que la tuberculosis afecta a los grupos de población en situación de pobreza, que viven con malnutrición y en condiciones de hacinamiento.

La pobreza es el rostro del cerro San Cosme, así lo reflejan las condiciones de vida de una gran parte de sus habitantes que en su mayoría son migrantes,

Aproximadamente, el 60% de los que viven en el cerro San Cosme son migrantes en situación de pobreza, personas que no han vivido anteriormente, vienen y alquilan su casa. Ellos que recién vienen y habitan el cerro viven en condiciones desagradables, no tienen buenas condiciones de

higiene, comparten un baño, comparten un caño. Los cuartos en los que viven son aprox. de 5m², a las justas entra una cama, su roperito y que sus cosas estén “ordenadas”. La mayoría tiene sus cosas en bolsas, tienen un cuarto donde duermen 3 o 4 personas, en una cama duermen 4 personas y todo está hacinado (Sra. VERONICA, 40 años, enfermera).

Los migrantes llegaron en la década de los cuarenta en busca del sueño limeño y poblaron el cerro San Cosme, constituyéndose como la primera invasión peruana (MATOS, 1977). La búsqueda gratuita de un lugar en donde vivir los llevó a enfrentarse a las más bajas condiciones insalubres de vida. La situación actual en ese contexto no es tan diferente a como empezó, se sigue evidenciando a una población con similares estilos y condiciones de vida,

Una población de bajos recursos económicos en situación de pobreza y extrema pobreza. Sigue llegando mucha gente que viene de las diferentes provincias del país, vienen a vivir al cerro o cerca de la zona para poder conseguir un empleo en los grandes mercados mayoristas de alrededor. Estas personas llegan al cerro San Cosme y se alquilan un cuarto para vivir, un pequeño cuarto que podría ser un 3x3, 9m², en donde sería su habitación, su baño, su cocina y todo. Ahí viven familias enteras de cinco o seis personas, ¿Por qué?, porque el alquiler en esas condiciones resulta muy módico para ellos, de modo que el resto de dinero que les sobraba de sus jornadas laborales lo ahorren para poder, de repente, comprarse un buen celular o querer adquirir alguna cosa que les haga sentir bien. Entonces, ¿qué pasa si uno de ellos se enferma?, por el hacinamiento se contagian rápido entre ellos y se enferman todos (Sr. MANUEL, 42 años, médico).

Así, el cerro San Cosme, por todas sus características habitacionales se constituye como una zona de alto riesgo para el desarrollo de la tuberculosis. El MINSA (2012), considera a las laderas del cerro San Cosme como “bolson” de población que registra elevadas tasas de morbilidad, con características marcadas de pobreza.

4.3 PACIENTES AFECTADOS POR TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD SAN COSME

La OMS (2017) en su informe sobre la tuberculosis reveló que de los casos notificados a nivel mundial la razón de casos notificados respecto al sexo, hombres/mujeres, es de 1,7. Así también enfatiza que la mayor prevalencia de tuberculosis entre adultos corresponde a los hombres.

En el Perú, la incidencia de la tuberculosis por edad y género se acerca a las cifras de la OMS. La incidencia respecto al sexo es de 200 para varones

y 100 para mujeres. La población más afectada es la población económicamente activa, siendo la población de 15 a 29 años la que presenta mayor incidencia de tuberculosis (MINSA, 2016). En el caso de los pacientes que acuden al centro de salud San Cosme, el personal de salud entrevistado confirma que,

Si hablamos por grupos de edad normalmente la población más afectada, y es hasta la actualidad, es la población que está entre los 18 hasta los 56 años, es la población que está económicamente activa, la población que está laborando, la que está en la calle. Los otros grupos etarios también enferman, pero en menor cantidad, ello es porque son contagiados por el otro grupo etario de mayor incidencia. En cuanto a género no hay mucha diferencia, pero podemos decir que hay más varones que mujeres, la diferencia no es mucha (Sr. MANUEL, 42 años, médico).

De los pacientes que acuden a nuestro establecimiento de salud, la mayor población es la población económicamente activa, que aprox. son de 18 a 55 años, esa es nuestra población y prioritariamente son varones (Sra. VERONICA, 40 años, enfermera).

El MINSA (2016) informa que referente a la ocupación de los pacientes afectados por tuberculosis los grupos más afectados son las personas desempleadas, jubiladas y los que poseen algún tipo de trabajo eventual o provisional,

Las personas que más enferman son los que no tienen trabajo y que están en situación de pobreza, ellos no comen por eso se contagian. También se enferman los trabajadores del mercado “La Parada”, los que se dedican a ser cargadores, estibadores, los comerciantes ambulantes, los jóvenes que trabajan para que puedan estudiar y las mujeres que trabajan en las fábricas de ropas de “Gamarra”. Eso porque salen a trabajar de madrugada y regresan en las noches a sus casas, no se alimentan bien. Trabajan y trabajan, su vida es trabajar (Sra. LUCIA, 34 años, técnica de enfermería).

4.4 EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD SAN COSME Y SU EXPERIENCIA CON LA TUBERCULOSIS

La tuberculosis se ha construido, con el paso del tiempo, como una enfermedad socialmente indeseable que se encarna en el enfermo y quien debe, a consecuencia, ser “aislado” de su entorno habitual. La tuberculosis por su impacto en la salud pública se configura como una enfermedad con la que pocas personas o profesionales de la salud desean trabajar, por temor a ser contagiados y consecuentemente estigmatizados. A continuación, el personal de salud entrevistado nos relata sus experiencias de trabajar con la tuberculosis.

La Sra. Teo, nos describe la experiencia de cómo fue trabajar por primera vez con pacientes afectados por la tuberculosis. Comienza contándonos que

ella venía de trabajar de un sector privado, así nos relata:

Yo venía de trabajar de una empresa en donde tenía todo, todo equipado, todo alfombrado, todo de la alta alcurnia. Cuando vine a trabajar aquí me chocó bastante porque no tenía nada, no tenía ni una silla donde sentarme, no tenía nada. Aquí el centro de salud se inauguraba ese año, en 1984. (...) La institución no tenía nada, los cuadernos y lapiceros eran recursos propios, yo tenía que comprarme (...) Mi trabajo fue comenzar a nivel de comunidad y también con los diversos casos. A poco tiempo de haber iniciado mis labores comenzó a llegar cualquier cantidad de pacientes con tuberculosis y vista la situación este centro de salud que era una posta médica se convirtió en centro de salud que dependía del centro de salud de San Luis (Sra. TEO, 67 años, asistente social).

Al igual que la Sra Teo, el Sr. Manuel nos cuenta que también para él no fue fácil trabajar por primera vez en el campo de la tuberculosis:

Soy honesto, en un principio conforme iba aprendiendo y conociendo el tema, es más antes de comenzar a trabajar me asustó un poco la idea. Yo creo que hasta cierto punto es normal, por algo no había medico en ese momento, cuando yo comencé, pero conforme uno va conociendo el tema y vas encontrando ciertas realidades, vas conociendo a las personas. (...) Es cierto, uno tiene sus conocimientos de tuberculosis a nivel de pregrado, pero la realidad del día a día trabajando en tuberculosis era otra cosa. Lógico, lo de pregrado te ayuda mucho, pero en el trabajo del día a día y el compartir con los pacientes es otra cosa, es otra experiencia, otra vivencia (Sr. MANUEL, 42 años, médico).

Por otro lado, para la Sra. Verónica, trabajar con personas afectadas por tuberculosis no fue difícil ni chocante, así refiere que:

Mi experiencia me ha dado la facilidad de conocer todo tipo de personas. Personas con bastantes problemas sociales, alcoholismo, drogadicción y pacientes que han salido de la cárcel. Fue bastante trabajo conocerlos, pero te queda la experiencia para tratar a los que vienen. Así también, hay pacientes muy buenos que solamente explicándoles te entienden, hay personas que no te entienden y a ellos hay que explicarles 2, 3 o 4 veces (Sra. VERONICA, 40 años, enfermera).

La Sra. Teo nos relató que era la primera vez que trataba con pacientes afectados por tuberculosis, que era grande la cantidad de personas enfermas que acudían al centro de salud San Cosme para recibir tratamiento, refiere que:

San Cosme hervía de tuberculosis. Nosotros hemos llegado a tener 680 pacientes con tuberculosis, nosotros hemos manejado masomenos hasta 450 pacientes y el tratamiento era con las inyecciones de estreptomycin. (...) La administración de medicamentos lo hacía yo junto con la Sra. Rosa Quispe y la Sra. Donatila, no teníamos medico ni teníamos enfermera, solo teníamos técnicos. (...) Yo analizaba aquí todos los programas, todos los programas han pasado por mis manos en la organización (Sra. TEO, 67 años, asistente social).

Ante la gran demanda de pacientes, la Sra. Teo nos comenta que una de sus principales estrategias fue abordar la enfermedad desde un enfoque comunitario, enfoque en el que la comunidad debía estar comprometida con el tratamiento de las personas enfermas que habitaban San Cosme:

Yo trabajaba con la comunidad, con los clubes de madre. Ellas venían de forma rotativa y les daban su caldo de gallina o su caldo de mote a los pacientes. En la parte de adelante había un jardín, un platanal, ahí los pacientes comían y tomaban sus pastillas, entraba un grupo y salía otro, y así sucesivamente. (...) Nuestro programa de tuberculosis iba marchando bien, realizábamos atención individual, atención en grupo y atención a nivel de comunidad a los pacientes. Con la atención en grupo formamos nuestros talleres de producción, entonces los pacientes tenían su taller de producción dentro de esos (teníamos) el taller de carpintería. El taller funcionaba aquí en el centro de salud, en la parte de atrás que no estaba construida. Nuestros talleres eran autofinanciados, hacíamos actividades para generar recursos. Teníamos talleres de juguetería, cerámica, cerámica al frío y también las mismas promotoras de salud coordinaban con el Ministerio de Educación y teníamos el programa de alfabetización. El Ministerio de Educación me mandaba a las alfabetizadoras que dentro de su formación también tenían conocimientos de artesanía, capacitadas en actividades manuales, de confección y otros. Es un recuerdo tan bonito... Me estoy acordando y ya me va a dar ganas de llorar... Recuerdo las reuniones con las pacientes de las sesiones educativas, las charlas educativas, nuestros concursos y todo eso. Antes el programa de tuberculosis era más organizado, como que le daban más sustento a todo, no solo al tratamiento, sino también involucraban la parte social, envolver a la comunidad y devolverle la confianza al paciente (Sra. TEO, 67 años, asistente social).

4.4.1 La experiencia del personal de salud sobre las visitas domiciliarias a los pacientes afectados por tuberculosis.

Las visitas domiciliarias están contempladas, dentro de la Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis, como actividades que debe realizar el personal de salud en la atención a la persona con tuberculosis. La Norma indica que las visitas domiciliarias están a cargo del personal de enfermería:

Esta actividad consiste en acudir al domicilio de la persona con Tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y familia. Deberá efectuarse dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico.

Objetivos:

Educar a la persona con tuberculosis y familia incorporándolos activamente en la recuperación de la persona con tuberculosis.

Identificar problemas de salud y factores condicionantes, para brindar apoyo educativo en busca de solución.

Verificar el censo y optimizar el control de contactos.

Contribuir al éxito del tratamiento antituberculosis recuperando a la persona inasistente (MINSA, 2016, p.86).

Respecto a las visitas domiciliarias el personal de salud entrevistado refirió que todos acuden a los domicilios de los pacientes de forma uniformada, ello les brinda mayor seguridad al momento de transitar las calles de San Cosme.

El Sr. Manuel refiere que los pacientes no acceden con facilidad a que el personal de salud les realice la visita domiciliaria,

En un principio los pacientes rechazan las visitas domiciliarias. Acordémonos que la enfermedad tiene sus estigmas, al paciente tuberculoso lo discrimina la misma comunidad, lo discrimina muchas veces su propia familia, llega a un centro de salud o a un centro de atención primaria y también muchas veces el personal lo discrimina, entonces por todos lados es discriminado. Eso al paciente muchas veces no le es favorable, entonces cuando teníamos que hacer la visita para saber si el paciente vivía en la jurisdicción y poder iniciar tratamiento en el programa, los pacientes nos decían “visítennos, pero por favor no vayan uniformados, mis vecinos van a saber que tengo tuberculosis peor si van con sus respiradores (mascarillas)”. Eso era hasta cierto punto comprensible, pero ellos tenían que entender que era parte de nuestro trabajo (Sr. MANUEL, 42 años, médico).

Por otro lado, la Sra. Verónica refiere:

A mí sí me aceptan, pero a mis otras compañeras no. Les dicen que no vayan con respirador, que no vayan con chaleco, de repente que somos del programa de TB o que somos del Ministerio de Salud. A mí si no, nunca he tenido negativa (Sra. VERONICA, 40 años, enfermera).

Al respecto, la asistente social nos relata su experiencia y nos dice que,

Algunos pacientes tienen ese temor y vergüenza. Yo les digo: “no tengan miedo porque el próximo paciente podría ser él” (en alusión a los vecinos). En mis visitas, yo, en forma personal, no tengo ningún inconveniente, camino de forma libre y tranquila. A cualquier hora y en cualquier sector tengo buena recepción. En cambio, a algunos (personal de salud) no les permiten las visitas, si tú te portas mal con ellos “atente a las consecuencias”, ya no te ven bien. Por eso hay algunos médicos que no pueden salir a la comunidad, ya están “marcados”, los asaltan, los pegan, generalmente los asaltan ya sea hombre o sea mujer. La gente es muy brava (Sra. TEO, 57 años, asistente social).

4.4.2 Percepción del personal de salud sobre el abandono del tratamiento de los pacientes afectados por tuberculosis

El abandono de tratamiento por parte de los pacientes afectados por tuberculosis constituye un obstáculo para éxito del tratamiento de la enfermedad, el cual disminuye la eficiencia de los programas de prevención y control de la tuberculosis. La OMS (2002) considera como abandono de tratamiento al

incumplimiento/inasistencia, por parte del paciente, del régimen farmacoterapéutico por un periodo mayor a dos meses.

Son múltiples las causas de porqué los pacientes abandonan el tratamiento,

Uno es lo económico y lo otro, personas que tienen hábitos nocivos negativos. Pueden ser drogadictos, alcohólicos y entonces por este tema también dejan el tratamiento y son este tipo de personas las que más contagian (Sr. MANUEL, 42 años, médico).

Los que generalmente abandonan son las personas drogodependientes, los alcohólicos y los indigentes. También abandonan por causa del trabajo, personas que trabajan y que cuando ya se sienten bien o mejor, más que todo en la segunda fase es lo que dejan. Las personas que no tienen ningún vicio y ya se sienten bien, se reincorporan a su trabajo y ya eso les impide, por su horario laboral, acudir al centro de salud a tomar sus pastillas (Sra. LUCIA, 34 años, técnica de enfermería).

A mi experiencia las personas que más abandonan son las personas que tienen alguna coinfección como los casos de TB/VIH, las personas que por trabajo dejan de asistir a tomar sus pastillas, las personas que consumen drogas y otras personas que refieren que no les cae bien el tratamiento (Sra. ANA, 55 años, psicóloga).

El abandono de tratamiento de la tuberculosis depende de varios factores propios de cada paciente, como el conocimiento que posee acerca de la enfermedad, la condición social, el grado del daño de la enfermedad, el pronóstico de curación, el proceso del tratamiento, los problemas sociales, el apoyo familiar y la calidad de atención que recibe por parte del personal de salud.

4.4.3 Percepción del personal de salud sobre los implementos de protección personal y del ambiente laboral.

La Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis establece, como medidas de protección respiratoria para el personal de salud, el uso obligatorio del respirador tipo N95 el cual brinda protección específica contra microorganismos como el *Mycobacterium tuberculosis*. Así también, la Norma establece medidas de control ambiental con el objetivo de reducir la concentración de gotas infecciosas en el ambiente, medidas que tienen que ver con una adecuada ventilación ya sea natural o mecánica, priorizando la ventilación natural (MINSA, 2016).

Sobre el abastecimiento de los insumos de protección en el centro de

salud San Cosme, el personal de salud entrevistado coincide en que años atrás el abastecimiento de dichos insumos era insuficiente lo que ponía en riesgo la salud de las personas que atendían a los pacientes,

En ese tiempo no estábamos muy abastecidos, lo ideal era el respirador N95 y muchas veces teníamos que hacer que nuestro respirador dure más de una semana porque no teníamos. No teníamos mandilón, ni guantes (Sr. MANUEL, 42 años, médico).

Recién estamos abastecidos desde este año (2017). Siempre nos han dado la mascarilla N95, eso si no nos ha faltado, de que hubo deficiencia y retraso de repente de una semana o dos semanas sí hubo, pero después llegaba. Recién este año nos han dado lo que son mandilones y gorros. Tenemos guantes, pero poca cantidad, es lo único que nos dan, antes daban mascarilla nada más (Sra. VERONICA, 40 años, enfermera).

Respecto al ambiente laboral de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, el personal de salud afirma que la situación ha ido mejorando con el paso del tiempo,

Es irónico, cuando teníamos una gran cantidad de pacientes en los años 2009-2010, el ambiente no era adecuado, pero después lo modificaron y fue mejorando. Antes no teníamos un punto de toma de muestra para la recolección de baciloscopia, el paciente se iba a un rincón y lo hacía. Es colosal, el Ministerio nos exige, pero ellos no dan (las herramientas). Bueno, en parte es la política de ellos (Sr. MANUEL, 42 años, médico).

Ahora sí veo que nuestro ambiente es adecuado, pero algo que a veces falta es la limpieza. En un lugar donde van a estar los pacientes de la Estrategia de TB, deben usar más desinfectantes y todo eso, pero el lugar si lo veo que es ventilado, adecuado (Sra. LUCIA, 34 años, técnica de enfermería).

Si comparo con otros centros de salud puedo decir que ahora el centro de salud San Cosme es uno de los centros que tiene ambientes adecuados para dar tratamiento a los pacientes, ello porque las ONGs que vienen a hacer investigaciones con nuestros pacientes nos ayudan mucho. Ellos los de la ONG junto con el Ministerio han trabajado en la refacción y adecuación de nuestros ambientes (Sra. VERONICA, 40 años, enfermera).

4.5 PERCEPCIONES Y REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA TUBERCULOSIS

En este punto analizaremos las diferentes conductas frente a la enfermedad por parte de los Pacientes Afectados por Tuberculosis (PAT), del personal de salud, de una Agente comunitaria en Salud (ACS) y de un representante del tercer sector.

4.5.1 Percepciones sobre el significado de la tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad que se da por falta de alimentarse y les da a las personas de mal vivir y que toman mucho, es como una gripe. Yo tenía solo tos y pensé que era leve y decía “ya va a pasar”, lo dejé hasta que empecé a botar sangre por la boca. La tuberculosis solo nos da a los pobres, a los que no tenemos ni para comer y encima tenemos que tomar pastillas. A mí ya me arde el estómago, me dicen que venga comiendo pero que voy a comer si no tengo ni para comer (PAT HUGO, 50 años, cargador).

Es como una gripe y creo que hay varios tipos de tuberculosis: la que te duele fuerte la cabeza, eso me dio hace 35 años, y la que se bota sangre, es con lo que estoy enfermo ahora. Todo eso me dio porque yo tomaba cerveza helada en exceso y eso me malogró los pulmones, por eso me enfermé (PAT JOSÉ, 54 años, recolector de basura).

Es una enfermedad que primero lo tienen las personas más pobres y ellos nos contagian a los demás. Porque ellos no comen y porque viven en las calles. Nos contagian cuando van en el mismo carro que nosotros o cuando nos cruzamos por los mercados llenos de gente. Nosotros nos contagiamos porque estamos débiles, porque nuestras defensas están bajas o porque estamos estresados. Por causa de la tuberculosis perdí mi trabajo y a mis amigos (PAT JULIA, 33 años, profesora).

La tuberculosis es algo horrible, es feo. Tengo una mala experiencia de esa enfermedad, me da cólera que hasta ahora no haya una cura efectiva. Es doloroso, en mi caso, esta enfermedad me quitó a mi mamá y después cuando salí de alta me quitó a mi papa, ellos murieron por culpa de la tuberculosis (llora). Esa enfermedad me alejó de mis amigos, dejé mis estudios y perdí los mejores años de mi colegio. La tuberculosis me hizo mucho daño, me arruinó la vida (PAT YOSIMAR, 21 años, vigilante).

Nuestros pacientes entrevistados, como lo vimos, relacionan la enfermedad con la mala alimentación y con la pobreza, reflejan su percepción desde sus sentimientos y de lo que causa la enfermedad en su entorno. En nuestras conversaciones pudimos observar que todavía no son conscientes de que sus formas de vida influyen en la ocurrencia de la enfermedad, normalizaron el hacinamiento y trabajar se convierte en la razón principal y casi única de sus días.

Por otro lado, el personal de salud domina su saber técnico de lo que es la enfermedad, sus principales causas y el ya sabido síntoma determinante de la tuberculosis: “tos por más de 15 días”. Pero, ¿cómo ellos perciben a los pacientes?,

Yo percibo al paciente muy preocupado, ansioso, decaído, con una autoestima baja por la misma situación que pasa con la familia y con sus vecinos. Por la alimentación también, a veces si no trabaja, si no tiene, la familia misma lo discrimina y lo bota de la casa. Si él no trabaja no va a tener un recurso, un dinerito para que pueda comprarse algo, para que se alimente, eso. El factor más importante para que una persona se enferme es el

hacinamiento y la mala alimentación y a veces ellos solo toman su café o su té con pan sólo y eso sabemos que no lo va a mantener saludable (Sra. LUCIA, 34 años, técnica de enfermería).

Son personas que sufren, que sufren por problemas del estigma social, por problemas económicos y sufren por la discriminación que le brindan las personas y la comunidad. Yo siempre lucho contra la discriminación, me has escuchado hablar bastante de discriminación porque es esto lo que más golpea (Sr. MANUEL, 42 años, médico).

A los pacientes, casi siempre, se les nota deprimidos, tristes y no solamente por ellos, sino por lo que se da en ellos en apariencia y lo que refleja la familia. Lamentablemente el paciente es discriminado cuando solamente escuchan la palabra tuberculosis, psicológicamente hay que trabajar bastante con ellos (Sra. VERONICA, 40 años, enfermera).

Los percibo preocupados, preocupados por su salud. A veces tensionados o a veces depresivos dado el momento, asustados porque no saben que es lo que va a pasar, asustados porque ya no van a trabajar y se preguntan cómo van a vivir, asustados porque tienen una familia. En ese caso las personas que más se comprometen y toman un poco de conciencia son las mujeres adultas porque las jovencitas como que no toman muy en serio la enfermedad y los varones, ellos como que están pensando en otras cosas. Los más comprometidos son los adultos (Sra. ANA, 55 años, psicóloga).

Para nuestro agente comunitario de salud,

La tuberculosis baja bastante al paciente, con la tuberculosis el paciente pierde su estudio, su trabajo, su familia y su vínculo social. Cuando las personas se enferman, al principio ellos se sienten disminuidos, con depresión, sin ganas de nada ni de comer y ahí debe ser esencial que haya un apoyo a la recuperación de su salud mental, no todo es tomar pastillas también hay que ver como se sienten ellos como seres humanos. La tuberculosis aleja a la persona de su entorno social (ACS CARMEN, 55 años, ama de casa).

El personal de salud coincide en que es un golpe muy duro para las personas enterarse que tienen la enfermedad. Por lo estigmatizante que es la tuberculosis, ellos se autoexcluyen, temen contagiar a su entorno. Muchas veces la familia no cumple su rol de soporte emocional, al contrario, cuando se enteran de que uno de ellos está enfermo lo aíslan, lo mandan al cuarto más alejado de la casa, separan sus utensilios para que no se “junte” con los demás, piensan erróneamente que la enfermedad se contagia por tocar los objetos de las personas con tuberculosis. La consecuencia de ello es lo que refiere el personal de salud, que el paciente se deprima y tenga pocas ganas de recuperarse.

4.5.2 Percepción sobre el tratamiento de la tuberculosis

Lo difícil del tratamiento es tener que venir todos los días a tomar tus once pastillas por tantos meses, eso cansa. Te estas curando de la tuberculosis, pero tu hígado se va malogrando, tu estomago te arde, duele la cabeza y no hay ni ganas para comer. Peor todavía cuando a veces me atraso, llego tarde aquí al centro de salud y las señoritas se molestan (PAT JENIFER, 18 años, estudiante).

La verdad es que yo no hice mucho caso al tratamiento, a veces faltaba porque ya me cansaba de venir, aparte tenía que salir a trabajar para que mi hija pueda comer. El doctor me había dicho que me cuide de no resfriarme, que me alimente y yo desobedecí y tomé cosas heladas. Ahora ya estoy acabando mi tratamiento pero estoy volviendo a tener tos con flema y creo que voy a recaer (PAT GUISELA, 20 años, costurera).

Para mí todo este proceso de la enfermedad es difícil, siento que todo mundo me mira cuando vengo a tomar mis pastillas. Dejé la universidad porque el doctor me dijo que tengo que reposar para que las pastillas hagan efecto, nunca en mi vida tomé tantas pastillas juntas en un solo día (llora). Ahora siento que estoy más enfermo de lo que empecé, me duele la cabeza, me arde el estómago, ya no puedo comer todo lo que comía antes, a veces me pongo amarillo por tantas pastillas y ya a veces quisiera abandonarlo pero mi mamá me da mucha fuerza para seguir y terminar (PAT ANGEL, 28 años, estudiante).

El tratamiento al principio fue difícil porque dejé de estudiar y después fue más difícil todavía cuando me diagnosticaron que tenía tuberculosis extrarresistente y tuve que ser hospitalizado, ahí la pase peor porque extrañaba a mi mamá, ella también estaba mal, estaba en tratamiento en un centro de salud. Cuando salí de alta del hospital me daba igual porque ya para eso mi mamá había fallecido, Salí sin ganas, volví a trabajar y seguía recibiendo mis pastillas, pero en el centro de salud porque el tratamiento xdr es en dos etapas, en el hospital y luego terminas en tu centro de salud. Al poco tiempo mi papá fue hospitalizado para que también reciba tratamiento xdr, él era diabético y alcohólico. A mi papá le chocó mucho el tratamiento, hasta llegó a convulsionar. Aún así las enfermeras en el hospital le daban las pastillas, a ellas solo les importaba que tomes tus pastillas, no les importa lo que sientas. Poco tiempo después mi papá falleció en el hospital (PAT YOSIMAR, 21 años, vigilante).

El tratamiento de la tuberculosis se convierte en una carga pesada para quien lo vive, ello por causa del tiempo prolongado en el que el paciente debe acudir al establecimiento de salud de forma rutinaria y diaria (depende al esquema de tratamiento) por un periodo que puede abarcar de meses hasta años. También por la cantidad de medicamentos que reciben al día, por los efectos y reacciones que ellos causan, por las actividades que deben dejar de hacer para cumplir con el tratamiento y por el estigma de los que son víctimas.

Toda esa carga lleva muchas veces al paciente a desistir del

tratamiento o a incumplir con algunas reglas, se cansan de tomar las pastillas y empiezan a adquirir conductas de rechazo y abandono del tratamiento. Una de las conductas frecuentes que relata el personal de salud es que los pacientes con esas actitudes comienzan a esconder las pastillas de formas ingeniosas,

He llegado a ver las medicinas escondidas en los maceteros (...) En la (administración de) etionamida, una experiencia fue cuando él (paciente) tomaba cifrut (jugo artificial) y no le gustaba la etio y siempre se quejaba, pero llegó un momento en que ya no se quejada, -que raro, estará tomando, decíamos nosotros-, pero dio la casualidad en que un día le pedimos no sé qué cosa y salió el pacientito pero dejó su cifrut en la mesa y se olvidó. Al día siguiente vinimos, -ay! vamos a botar este cifrut- y no sé qué nos dio por ver la botella y abajo sentadito estaba la etionamida y así nos dimos cuenta de que era de ese paciente, que tomaba calladito y lo botaba ahí. Pero, la verdad, la verdad es que si son cien pacientes, los que nos hacen eso serán tres o cuatro pacientes, no nos botan la medicina o lo saben esconder muy bien, pero sí siempre tratamos de observarlos (Sra. VERONICA, 40 años, enfermera).

Por conductas similares y porque la tasa de fracaso y abandono al tratamiento, a nivel global, iba aumentando, la OMS (2000) implementó una estrategia de control de tuberculosis denominada DOTS (Tratamiento Acortado Directamente Observado) que basa su actuar en la observación directa del personal de salud al paciente en el momento de la administración de medicamentos.

4.5.3 Percepciones sobre el trato del personal de salud a los pacientes afectados por tuberculosis

Cuando las señoritas están de buen humor te atienden bien, solo que a veces reniegan cuando los pacientes no van a tomar su tratamiento. El doctor a veces no te explica bien cuando te quejas de las reacciones de las pastillas, te dice que es normal, que ya va a pasar o te manda a hacerte mil exámenes y mientras tanto los síntomas ya pasan o se hacen peores (PAT CARLOS, 37 años, administrativo).

La atención en el centro de salud no es tan buena, siempre te hacen esperar para cualquier cosa, a veces tienes que esperar las ganas del doctor para atenderte, las ganas de las enfermeras para darte tus pastillas, yo digo si no les gusta trabajar en ese ambiente porque no se cambian de trabajo. Al principio a mí me gritaron feo solo porque no me puse mi mascarilla (PAT JENIFER, 18 años, estudiante).

Hay algunas enfermeras que ya por la rutina, por la edad o por el estrés te tratan mal. A mí cuando las enfermeras me daban mi tratamiento en el hospital me decían: "toma rápido! ¡Apúrate hijito, tengo cosas que hacer!" Hay algunas que te tratan con desprecio, pero también hay enfermeras que te tratan con cariño. En el centro de salud las señoritas siempre tratan de entenderte,

aunque a veces nosotros mismos les hacemos perder la paciencia. Yo creo que la gente, en general, que atiende a los pacientes con tuberculosis siempre reniegan o te tratan peor todavía. En otro lado vi también que cuando le acompañaba a mi mamá a sus consultas del hospital le pedían placas, radiografías para que pase consulta con la Dra. La Chira de Vitarte, ella era muy déspota, trataba mal a los pacientes, ella no te atendía si es que tu placa no era de un día antes, si era de dos días o más ya no servía te decía que no te va a atender, te devolvía la placa y decía que te saques otra. Y nosotros ni teníamos dinero para sacarnos más placas, a las justas pagábamos una placa (PAT YOSIMAR, 21 años, vigilante).

La ACS Carmen, nos relata que en sus años de experiencia ha podido evidenciar que hay personal de salud que no se compromete con la enfermedad,

Yo en mi labor escuché muchas cosas que los pacientes hablan de como los tratan, a veces los gritan y quizá sea por el estrés del personal de salud. Un paciente me contó que solo por llegar tarde le hicieron esperar más de una hora, como si fuera una venganza. Los pacientes también refieren que cuando se quejan de que les arde el estómago o les duele algo, el personal de salud les dice que eso es normal y que tienen que aguantar, no los derivan con los especialistas o a veces les hacen hacer tantos papeles y ellos refieren que se cansan y prefieren no contar sus reacciones adversas de los medicamentos y ya a veces por esa causa empiezan a abandonar el tratamiento, porque sienten que las pastillas en vez de sanarlos les hacen daño a otras partes de su cuerpo (ACS CARMEN, 55 años, ama de casa).

Como se puede notar, los pacientes casi siempre logran reconocer los tratos diferenciados del personal de salud, quizá porque ellos también poseen prejuicios interiorizados de la enfermedad que muchas veces en su actuar laboral sale a flote. Es importante resaltar que el personal de salud cumple un rol fundamental en el proceso de tratamiento de la tuberculosis, muchas veces el éxito del tratamiento depende de la forma en como ellos abordan el proceso de la enfermedad en el paciente. Al respecto, la Norma técnica contempla en su contenido la importancia de que el personal de salud brinde el soporte emocional al paciente afectado por la enfermedad y que logre identificar a tiempo las emociones negativas que pueden estar presentes en ellos, de modo que se les pueda derivar a una consulta especializada con la psicóloga del equipo multidisciplinar a fin de que se recupere la salud mental de la persona afectada.

4.5.4 Percepciones sobre el papel del Estado frente a la tuberculosis

Para hacer frente a la tuberculosis, el Estado a través de sus políticas públicas sanitarias formula estrategias de prevención y control de la enfermedad. En el Perú, el MINSA creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la

Tuberculosis, estrategia que, como ya lo vimos en nuestro capítulo anterior, tiene por objetivo disminuir la incidencia y prevalencia de la enfermedad.

En este punto abordaremos las percepciones de los actores involucrados en la política sanitaria de lucha contra la tuberculosis. Del personal de salud, quienes son ejecutores de la política; de los pacientes, quienes son los receptores de la política, y de los otros actores involucrados en el proceso.

Respecto al papel del Estado frente a la tuberculosis, el personal de salud coincide en que todavía existen deficiencias en lo que es prevención de la enfermedad y que el Ministerio de Salud se guía prioritariamente por un enfoque biomédico,

En relación con el tratamiento estamos bien. Tenemos un Esquema I o lo que llamamos ahora el Esquema Sensible, con sus 4 medicamentos básicos: isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida en dos fases, primera y segunda fase; y el retratamiento que es un esquema estandarizado, mientras tanto, hasta que se vuelva un tratamiento individualizado. Me parece que respecto al tratamiento estamos correctos, lo que si no estamos correctos es que no estamos haciendo la labor preventiva. ¿Qué hace el Estado para prevenir esta enfermedad?

El problema es que el Ministerio de Salud actualmente más se enfoca en el tema curativo que en la parte preventiva, nos exigen hacer captación de sintomáticos respiratorios, nos ponen tasas de indicadores y todo, pero que herramientas me da para yo poder hacer esta captación, hay limitaciones. Cuando digo que no nos dan muchas herramientas es porque me refiero a que hubo muchas veces que nos quedábamos desabastecido de insumos, nos faltaban los frasquitos para hacer la captación de sintomáticos respiratorios. Me exigis, pero no me das. La infraestructura que contábamos como centro de salud tampoco no ayudaba (Sr. MANUEL, 42 años, médico).

Lamentablemente la prioridad de nuestros superiores y por lo tanto del Estado, es que nos enfoquemos en la parte del tratamiento, que los pacientes tomen las pastillas y que a como dé lugar terminen el tratamiento, pero no nos fijamos en su entorno, en sus emociones. El Ministerio siempre mide nuestra producción de forma cuantitativa, todo es número, nadie nos pregunta cómo termina el paciente emocionalmente o socialmente (Sra. ANA, 55 años, psicóloga).

En relación al actual papel del Estado, un representante del tercer sector refiere:

Para nosotros, la tuberculosis, es una enfermedad social que nos está ganando la batalla. Es dramática la situación y la única forma de combatirla es trabajarla de una forma integral (multisectorial), pero está bien difícil. Nuestro sistema de salud no ha crecido, por ejemplo, Carabayllo creció con 9 centros de salud y con 25 mil habitantes, ahora tiene casi 300 mil habitantes y sigue teniendo 9 centros de salud. Como le exigimos, al establecimiento de salud, que cumplan metas si tenemos un sistema de salud que no ha crecido, que no está preparado para nuestra demografía. Por otro lado, nuestro sistema de salud es hospitalario. Lo que tenemos ahora es la falta de respuesta de nuestro sistema (Sr. JAIME, 50 años, médico).

Entonces el papel ideal del Estado para combatir efectivamente la enfermedad radica en que se debe tratar a la tuberculosis como lo que es, una enfermedad social que se vincula principalmente con la pobreza,

El Estado debe prestar especial atención a las personas en situación de vulnerabilidad, en situación de pobreza, a las personas que tienen algún riesgo o comienzan a ser irregulares, trabajar con ellos darle más enfoque o no sé... Hacer programas para esas personas, de repente, ayudarlos económicamente, porque todos ellos ponen de excusa que tienen que trabajar y por eso abandonan. De repente, darles un bono a los pacientes que tienen tuberculosis para que ese tiempo dejen de trabajar, se dediquen a su salud, a terminar el tratamiento y que ellos puedan tener becas, de repente, para sus hijos, que sea más fácil colocarlos en un colegio, tener un trabajo estable hasta que termine el tratamiento (Sra. VERONICA, 40 años, enfermera).

El Estado debe hacer más cosas, ya no tanto con pastillas sino también con ambientes que nos dejen curarnos bien. Porque el hospital donde estuve internado no era tan implementado. El Estado debe poner un centro especial para tratar a la tuberculosis para que las personas no salgan a las calles a contagiar. Si eso hubiese habido antes se hubiese evitado que mis papas se mueran (PAT YOSIMAR, 21 años, vigilante).

Si yo tuviera la oportunidad de hablar con alguien del Estado le diría que implementen programas televisivos para educar sobre la tuberculosis. Que en un canal haya aunque sea una hora o dos horas de programas (televisivos) que hablen de lo que es esta enfermedad y más que todo de la parte preventiva, la alimentación, los síntomas. Porque a veces no saben los pacientes, están con tos más de un mes o dos meses y a veces llegan (al centro de salud) cuando ya están muy mal y ahí ya no se puede hacer mucho porque ya todo el pulmón está dañado, yo pienso que debería ser así, más la parte preventiva, más preventiva que curativa (Sra. LUCIA, 34 años, técnica de enfermería).

Para el éxito de la política de lucha contra la tuberculosis, se hace evidente la necesidad de que el Estado adopte estrategias que incluyan los determinantes sociales de la enfermedad, que adopte y que lo tome en cuenta no solo en los documentos, sino que logre materializarse. Es necesaria la intersectorialidad, el problema de la tuberculosis no es propia del Ministerio de Salud.

CONSIDERACIONES FINALES

La presente disertación se orientó a entender como lidian las políticas públicas dirigidas a combatir la tuberculosis con la condición social de las personas afectadas por la enfermedad. Para ello, fue planteado un estudio de caso en el Centro de Salud San Cosme, específicamente con las personas afectadas por tuberculosis, que viven en el cerro San Cosme y que reciben tratamiento en el establecimiento de salud mencionado. Actualmente, la mayoría de las personas que acuden al centro de salud San Cosme son personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, de pobreza y extrema pobreza.

En ese espacio pudimos constatar que la tuberculosis es una enfermedad social que tiene especial vínculo con la pobreza y con las deficientes condiciones de vida, característicos de espacios ocupados por pobladores de escasos recursos económicos, lo que genera inequidad e injusticia social. Ello se evidencia en la falta de acceso a los servicios básicos, a los servicios de salud y a un ambiente saludable. La pobreza sumada a la enfermedad produce, en los pacientes afectados por tuberculosis, niveles bajos de autoestima, estigmatización, discriminación y pérdida de la interacción con la sociedad, lo que inhibe su pleno desarrollo como ser social.

El daño que produce la tuberculosis en el paciente se extiende desde lo biológico hasta la personalidad y condiciones de vida de la persona afectada. Ello debilita el entorno familiar e incrementa las necesidades en el hogar, sobre todo, si es que la persona afectada cumple el rol de jefe del hogar; con la enfermedad dejará de trabajar por un tiempo y el hogar dejará de tener sustentabilidad. Es en ese escenario que el Estado se debe involucrar y comprometer sus recursos en la resolución de las nuevas necesidades de la persona afectada, planteando políticas multifactoriales que vayan más allá del tratamiento terapéutico.

Para una mejor comprensión acerca de las políticas públicas, fue necesaria una revisión teórica, en el capítulo inicial, acerca del Estado, sus instituciones y las políticas públicas. Así, comprendimos al Estado como un espacio de condensación de la sociedad civil y como un aparato administrativo que crea instituciones que se encargan de la resolución de los problemas públicos por medio de la formulación de políticas públicas. Para la conceptualización de las políticas públicas nos apoyamos en las definiciones elaboradas a partir de Muller y Surel

(2002), Secchi (2015), Dye (1972) y Howlett, Ramesh y Pearl (2013), autores que -a pesar de sus diversas formulaciones- coinciden en que una política pública es el accionar del Estado frente a los problemas públicos, problemas que no surgen por sí mismos sino como producto de diferentes interacciones. En esta parte fue esencial entender como un problema social pasa a ser un problema público. Al respecto, Deubel (2014) indica que todo problema público parte de un problema social y para que eso suceda debe pasar un proceso de elección de problemas prioritarios que engloben el carácter público, como la tuberculosis que es un problema público por su gran impacto a la salud pública de las diversas poblaciones.

A medida que los casos de tuberculosis, a nivel mundial, avanzaban este se tornó con mayor fuerza un problema público urgente por resolver. Para los autores Secchi (2015) y Deubel (2014), un problema público es el punto de partida de las políticas públicas y la oportunidad de mejorar una situación problemática. Desde el siglo XIX, la tuberculosis es considerada grave problema de salud pública; sin embargo, las políticas para su control y erradicación aún no son suficientes porque se sigue teniendo una alta tasa de incidencia y prevalencia de casos de tuberculosis en el mundo. Entonces nos surge la misma pregunta que Kingdon (1995) formuló: ¿Qué hace que las personas dentro y alrededor de un gobierno se dediquen a unos temas y no a otros?

La cuestión anterior nos llevó al análisis del proceso del ciclo de las políticas públicas. Estudiamos y comparamos los planteamientos hechos por McGregor (1989), Secchi (2015), Rua (2009), Souza (2006) y Howlett, Ramesh y Pearl (2013). De todos los abordajes planteados, desarrollamos la propuesta hecha por Howlett, Ramesh y Pearl (2015) porque consideramos que el modelo planteado por los autores, modelo del ciclo político-administrativo de una política pública, consideraba la percepción de que las políticas públicas eran compuestas por actores, instituciones e ideas, dimensiones que influenciaban cada etapa del ciclo de las políticas públicas. Comprender el ciclo de las políticas fue necesario para analizar las políticas sanitarias formuladas en los gobiernos de 1990 al 2016 en el Perú neoliberal. Para el análisis de los lineamientos de cada política tuvimos en cuenta a los actores y sus ideas. Presentamos el contexto político, económico y social de cada gobierno, y también detallamos el perfil de los Ministros de Salud para entender, a través de sus ideas, el origen y el porqué de la priorización de los lineamientos planteados en sus periodos administrativos.

En el capítulo II, ubicamos y definimos nuestro contexto histórico, el neoliberalismo. En este capítulo definimos y discutimos las definiciones del neoliberalismo y su impacto en el Estado y en sus aparatos institucionales. Martins (2011) define al neoliberalismo como un proceso de cambios que impulsaron la elaboración de políticas macroeconómicas con directrices planteadas en el Consenso de Washington. Para Harvey (2007a; 2007b), el neoliberalismo se constituyó como una teoría de prácticas político-económicas en donde el papel del Estado se restringe en crear y preservar un marco institucional adecuado para el desarrollo de las libertades empresariales del individuo. El neoliberalismo impactó al mundo con drásticas reformas que afectaron, principalmente, a las estructuras institucionales existentes, a la estructura de fuerza de trabajo y a las políticas de bienestar social.

Entender lo anterior fue importante para saber cómo se gestan las políticas sanitarias dentro de un contexto neoliberal, contexto que impulsó la financiación y privatización de los servicios públicos bajo los planteamientos del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional en América Latina. En el ámbito de la salud, el neoliberalismo impulsó el financiamiento sanitario con su propuesta de “aseguramiento universal” en salud. Propuesta que recomendó la extensión de la afiliación a toda la población por medio de instituciones privadas que en el mercado se articularían con los mecanismos públicos. Desde entonces las empresas privadas aseguradoras de salud comenzaron a reemplazar a los servicios públicos. En ese sentido, si un individuo quería acceder a una atención de salud oportuna y de calidad tenía que realizar algún tipo de aporte económico.

Perú adoptó estos cambios y lo materializó en su sistema nacional de salud. Actualmente, el sistema sanitario peruano se caracteriza por ser un sistema segmentado y fragmentado, un sistema mixto que es controlado por el sector público y privado, fundamentándose de forma ambivalente y contradictorio en la lógica del derecho ciudadano a la salud y en la lógica del mercado. Dicho sistema sanitario fundamenta su accionar bajo tres formas de regímenes de financiamiento: el régimen contributivo indirecto o subsidiado, que se financia con recursos fiscales; el régimen contributivo directo, que se financia con aportaciones directas de los empleadores; y, el régimen privado, que es financiado por las propias familias a través de pagos directos y mediante la adquisición de seguros privados.

El falso discurso del “aseguramiento universal” ha generado múltiples entidades aseguradoras que negocian con la salud, quienes ofrecen una mejor calidad

de atención, por los aportes económicos, y opacan los limitados servicios públicos sanitarios. Las empresas aseguradoras de salud son para las personas que más estabilidad económica poseen; y el Seguro Integral de Salud (SIS), para aquellos que aún esperan por la “gracia” del Estado. Aquí nos detuvimos para pensar en nuestra cuestión de investigación que guio esta disertación: Si existe un tipo de atención de salud de acuerdo a cada estrato social, entonces... ¿Cómo lidian las políticas públicas en salud con la condición social de las personas afectadas por tuberculosis en situación de pobreza?. Nuestro siguiente capítulo (III), abordó temas que nos ayudaron a dar respuesta a nuestra cuestión de investigación.

Para iniciar nuestro capítulo III fue necesario, antes de todo, estudiar a la tuberculosis, sus causas y los factores que contribuyen para su diseminación. La tuberculosis es considerada por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad social y como un grave problema de salud pública que afecta, principalmente, a poblaciones en situación vulnerable, entre los que se encuentran las personas de bajos recursos económicos. En nuestro estudio consideramos a la tuberculosis como una enfermedad que se vincula directamente a las relaciones de clase, ya que afecta de manera primordial a grupos sociales en situación de pobreza y extrema pobreza. También, la incesante propagación de la enfermedad es atribuida a la pobreza y a las condiciones de vida propias de esta situación (desnutrición, hacinamiento y falta de acceso a los servicios básicos).

La pobreza agudiza la situación de la enfermedad, el afectado por tuberculosis debe dejar de trabajar los primeros meses para seguir un tratamiento estricto y permitir que su cuerpo empiece a recuperarse. El dejar de trabajar debilita su condición social, si antes de enfermar tenía necesidades insatisfechas, la situación empeora con la enfermedad: A un paciente pobre le es más difícil conseguir un plato de comida a comparación de una persona pobre sin la enfermedad. Frente a este problema de salud pública, el Estado emprende políticas públicas para combatir la enfermedad; lo que se busca saber, para resolver nuestra cuestión de investigación, es si las políticas para su resolución toman en cuenta la condición social de los afectados. Al respecto, el objetivo general de nuestra disertación fue analizar la trayectoria de las políticas sanitarias en el Perú para lograr identificar como se aborda la política de lucha contra la tuberculosis.

De lo analizado pudimos dilucidar que los lineamientos en salud de los diversos gobiernos que pasaron desde 1990 hasta 2016, priorizaron temas que no

contenían una política eficaz de combate a la tuberculosis. En cambio se priorizaron otros temas de menos impacto social, como revalorización de los recursos humanos, modernización del sector salud, suministro y uso racional de los medicamentos, financiamiento en función de resultados, fortalecimiento de la rectoría de salud, entre otros. Solo pudimos encontrar un lineamiento que propuso una nueva estrategia con enfoque social para la reducción efectiva de la tuberculosis, dicho lineamiento se formuló en el gobierno de Alan García (2006-2011). Se trataba del lineamiento de vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Es así que, en el gobierno de García se inició, junto a la Dirección de Salud Lima Ciudad y la Municipalidad de La Victoria (MLV), la implementación de un plan gestor denominado: “Plan TB Cero”, que tuvo como objetivo la atención integral del paciente afectado por tuberculosis dentro de un enfoque multisectorial con abordaje de los determinantes sociales de la tuberculosis.

Las líneas estratégicas del plan TB Cero incluyeron: el manejo clínico de las personas afectadas junto con su entorno familiar y social; el manejo de los factores psicosociales, nutricionales, de coinfección y comorbilidad; la seguridad de la salud de los trabajadores del área de tuberculosis y la promoción de la salud para fomentar ambientes saludables. Entre los principales logros del plan podemos mencionar: las alianzas establecidas con la Municipalidad de La Victoria para el financiamiento total del plan; el adecuado manejo clínico; el abastecimiento mensual de víveres/alimentos como parte de una canasta que promueva la seguridad alimentaria del paciente; y, el aseguramiento de un empleo, por parte de la MLV, a los pacientes que terminaban el tratamiento. Este plan innovador fue llevado a cabo en el Centro de Salud San Cosme en el 2009 y tuvo una duración exitosa de un año. Se contrataron médicos con experiencia en trabajo de campo para dar atención clínica domiciliaria y se capacitó a los agentes comunitarios en salud. Ese año, se logró reducir los casos de abandono y se mejoró la adherencia al tratamiento.

Las políticas públicas orientadas a combatir la enfermedad no toman en cuenta la situación social de las personas y mínimamente consideran los determinantes sociales de la enfermedad. Priorizan soluciones basadas en enfoques terapéuticos que son de poco éxito. El único enfoque innovador de abordaje de la tuberculosis en el Perú fue el establecimiento del Plan TB Cero, plan que fue financiado por la municipalidad local y no por el Ministerio de Salud. Al respecto, hace falta el financiamiento adecuado para la resolución de la tuberculosis en el Perú. Hace

falta la intervención de los demás sectores gubernamentales para intentar abordar la tuberculosis desde todos sus enfoques.

Comprendido todo lo anterior, nuestro capítulo final se propuso analizar las percepciones de las personas afectadas por tuberculosis y de los profesionales de la salud, responsables de hacer efectiva la política sanitaria de lucha contra la tuberculosis por medio de entrevistas y observación participante, en un contexto empírico, con un estudio de caso en el Centro de Salud San Cosme, ubicado en el distrito de La Victoria. Escogimos este establecimiento de salud por ser un lugar de encuentro entre la pobreza y el alto número de casos de tuberculosis. Priorizamos analizar la situación de los pacientes afectados por tuberculosis provenientes del Cerro San Cosme.

En la primera parte del capítulo IV, tratamos de investigar el porqué del apelativo del Cerro San Cosme como el “cerro que tose”. Pudimos evidenciar que cuando se habla de este apelativo con los pacientes que viven en el lugar, ellos se sienten avergonzados, algunos niegan el lugar en donde viven y otros no desean opinar al respecto, es un tema que ha estigmatizado durante años a los pobladores del cerro San Cosme. Es por eso que muchas veces el paciente no desea que el personal de salud le realice las visitas domiciliarias de rutina y piden en lo posible que el personal los visite, pero sin los uniformes que los identifique como profesionales de la salud. Al respecto, los profesionales de la salud indicaron que era un falso apelativo que se dio por cuestiones sociales y políticas, porque la mayoría de los casos que se reportaban en el establecimiento de salud provenían de otras zonas que no era el cerro San Cosme. Nuestro análisis nos llevó a pensar que es probable que las personas se contagiaban viviendo en el cerro, pero que después mudaban sus domicilios a zonas cercanas para evitar que la estigmatización y discriminación. Ello puede ser sustentado en las declaraciones del personal de salud que refieren que la mayor parte de la población del cerro San Cosme es una población flotante, que cambia su lugar de residencia constantemente por motivos laborales, económicos y sociales.

El siguiente punto fue analizar la percepción de los profesionales de la salud sobre las condiciones de vida de los habitantes del cerro San Cosme. Los entrevistados coincidieron en la precaria condición que viven los afectados por tuberculosis del cerro San Cosme. En situación de pobreza, tugurización, hacinamiento y falta de acceso a los servicios básicos. Situación que hace difícil el

adecuado tratamiento de la enfermedad. Con los mismos entrevistados conversamos sobre el perfil de los pacientes afectados por tuberculosis que reciben tratamiento en el establecimiento de salud. Coincidiendo todos en que los principales afectados por la enfermedad son los hombres en edad productiva, obreros y desempleados, con grado de escolaridad primaria, migrantes de la sierra del Perú y en situación de pobreza. Ello fortalece nuestra afirmación que la tuberculosis es una enfermedad que se vincula a las relaciones de clase.

Posteriormente, analizamos las percepciones y representaciones sociales de la tuberculosis. Fue interesante el análisis de la percepción del paciente sobre lo que significa la tuberculosis, mientras que para unos la enfermedad significaba una maldición, para otros era la consecuencia de la mala alimentación, del alcoholismo y de la pobreza. Lo que quedó claro es que aún falta mucho por trabajar en la parte preventivo-promocional, las personas afectadas por la tuberculosis no pueden identificar bien los principales síntomas de la enfermedad y la mayoría, refiere que antes de enfermar, la tuberculosis era una enfermedad totalmente desconocida para ellos.

En contraste, el profesional de la salud nos vierte sus experiencias de cómo percibe al paciente afectado por tuberculosis. Refieren que los perciben como personas que sufren por los problemas del estigma social, ello los vuelve preocupados, ansiosos y decaídos. Los entrevistados coinciden que la depresión es una de las principales etapas por la que pasa el paciente al enterarse de la enfermedad y al iniciar tratamiento. De nuestra de nota de campo rescatamos que es fácil percibir al paciente como alguien que carga con una culpa por haberse enfermado, como si no fuera suficiente los estragos de la enfermedad, se sienten culpables por su situación. Tener en cuenta este aspecto es importante para analizar como las políticas públicas, abordan la salud mental afectado por tuberculosis. Quien muchas veces por su bajo estado de ánimo abandona el tratamiento y corre el riesgo de provocar más resistencia de la bacteria en el cuerpo, lo que le llevaría a alargar el tiempo de su tratamiento.

Y respecto del tratamiento, los pacientes perciben esta etapa como un proceso difícil. Les resulta difícil el tener que dejar de estudiar o trabajar para solo recibir el tratamiento, les es difícil asistir todos los días al establecimiento de salud para tomar sus medicamentos, se quejan por la cantidad de pastillas que toman al día y por las reacciones adversas que estas generan. Muchos de ellos que no cuentan

con un soporte emocional y familiar se debilitan en el proceso y abandonan el tratamiento, mientras que otros son motivados por su entorno para continuar y terminar el tratamiento. Aquí es importante resaltar la importancia de las redes de soporte emocional que conforman la familia, la comunidad y el personal de salud.

Y es el personal de salud que también cumple un rol fundamental en el soporte emocional al afectado por tuberculosis, es por eso que conversamos con los pacientes acerca de sus percepciones sobre el trato que reciben por parte del profesional de la salud. La mayoría de ellos refirió que perciben un trato frío y diferenciado por parte del personal de salud. En nuestras notas de campo, registramos que este trato puede deberse al prejuicio interiorizado del personal de salud, quienes poseen temores inconscientes de poder contagiarse con la enfermedad. Este tipo de trato puede deberse también a la abrumante carga laboral que hay en el programa de tuberculosis. Son muchos pacientes que vienen a recibir su tratamiento, son muchos papeles que se tiene que hacer para derivar al paciente de un servicio a otro, del establecimiento al hospital. Es mucha la burocracia al que se enfrenta el personal de salud para intentar que el paciente se atienda gratuitamente en determinados servicios como análisis de sangre, radiografías, etc.

Todo lo percibido por nuestros entrevistados, hasta aquí, nos condujo a tratar sobre sus percepciones sobre el Estado y sus políticas de lucha contra la tuberculosis. Los profesionales de la salud coincidieron en afirmar que existen deficiencias marcadas en las políticas de control de la tuberculosis, sobre todo en la parte preventiva, coinciden también en que el problema es que el Ministerio se enfoca en el tema terapéutico curativo que no toma en cuenta la otra parte de la enfermedad, el aspecto social. Las políticas implementadas para el control y erradicación de la tuberculosis exigen a los establecimientos de salud mejorar los indicadores y datos numéricos. Para el representante del tercer sector, mientras no cambie el enfoque terapéutico que guía el Ministerio de Salud, se seguirá haciendo más de lo mismo. Es necesaria la aplicación de un enfoque multisectorial que involucre a los diferentes actores sociales. Claramente, no hay un interés de parte del Estado de querer mejorar el ámbito social de los afectados por tuberculosis.

Finalmente, el análisis de las discusiones trabajadas a lo largo de esta disertación nos permite manifestar lo siguiente:

La idea que mejor nos permite evaluar la persistencia de la tuberculosis en la población que vive en el Cerro San Cosme y que se atiende en el

centro de salud San Cosme, es el abandono. El abandono del Estado, sobre todo, a la hora de formular las estrategias de una adecuada política pública que incluya un enfoque multisectorial para la resolución de la enfermedad, una política que no solo priorice la compra de medicamentos a gran escala. El abandono al que entra una persona que enferma de tuberculosis en situación de pobreza que solo encuentra consuelo en unas cuantas pastillas, porque probablemente ya dejó de trabajar y porque lo más seguro es que ya dejó de comer. El abandono de un sistema de salud segmentado y fragmentado, que exige al paciente la adherencia al tratamiento y se olvida que antes de ser paciente es persona con un entorno social debilitado.

La historia de las sociedades afectadas por tuberculosis nos demuestra, una vez más, que la enfermedad no solo se cura con pastillas, hace falta mejorar el entorno del paciente y reinsertarlo a la sociedad. Que se sientan útiles aun con la enfermedad, que no los despidan del trabajo solo por ser “tuberculosos”.

El abordaje integral de la tuberculosis será fundamental para plantear intervenciones y soluciones eficaces, de modo que se implementen políticas públicas que atiendan y solucionen de manera eficiente la demanda de la enfermedad. La situación de salud de las personas se determina a partir de las condiciones de vida, del espacio ocupado, de los problemas de salud y de sus respuestas.

El lector debe tener en claro que la tuberculosis no es una enfermedad propia del ámbito de la salud, también es una enfermedad social que necesita ser abordada de forma eficaz desde ese punto. La tuberculosis está empeorando la situación de las poblaciones vulnerables, de las personas en situación de pobreza que enferman y deben decidir seguir el tratamiento, con el “estómago vacío”, o morir.

Aunque esta disertación se presente como una tesis, se trata con seguridad, del inicio de un trabajo inquietante en el campo de la salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTIMIR, Oscar. El concepto de pobreza. In: _____. **La dimensión de la pobreza en América Latina**. Santiago, CEPAL, 1978. p. 2-20.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir e GENTILI, Pablo (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 5ª ed. São Paulo: Paz e Terra. 2000, p.9-23.
- BERTOLLI FILHO, C. **A história social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. 1993. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- BOECHAT, Nubia; MAGALHÃES, Jorge. Era uma vez... Doenças Negligenciadas. **Revista Virtual de Química**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 195-196, set. 2012. Disponible en: <<http://rvq.s bq.org.br/imagebank/pdf/v4n3a01.pdf>>. Acceso en abr. 2018.
- BORDAIS, Jhomelin; NETO, Exzolvildres; GAMARRA, Carmen. Tuberculosis y su relación con los espacios periurbanos de Lima-Perú: análisis demográfico y socio-ambiental. **Geografia (Londrina)**, Londrina, v. 27, n. 1, p. 27-45, abr. 2018. Disponible en <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/geografia/article/view/31838/23436>>. Acceso en: may. 2018.
- BOUIN, O.; MICHALET, C.-A. **Rebalancing the Public and Private Sectors: Developing Country Experience**. OECD. Paris, 1991.
- BRASIL. Congreso Nacional. **Constituição Federal (Artigos 196 a 200)**, 1988. Disponible en: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf>. Acceso en: 15 feb. 2018.
- BREWER, G. The Challenges of Interdisciplinarity. **Policy Scienses**, Netherlands, v.32, n.4, p.327-337, 1999.
- CABALLERO, G. **El regreso de las instituciones al análisis político: la emergencia de un nuevo institucionalismo transaccional**. Vigo: Servizo de Publicacións, 2008.
- COMMONS, J. **The economics of collective action**. Madison: University of Wisconsin Press, 1950.
- COMMONS, J. **Institucional Economics**. New York: Transaction Publishers, 1989.
- CONSELHO Nacional de Saúde. (2016). Resolução nº 510/2016. Disponible en: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acceso en: jun. 2018.
- COTLER, Julio. Crisis política, outsiders y autoritarismo plebiscitario: El Fujimorismo. In: **Política y sociedad en el Perú**. Lima: IEP, 1994. p. 165-228.

- CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoría, método e criatividade. 19.ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 51-66.
- DEPARTAMENTO de Ciencia e Tecnología, Secretaria de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos, Ministerio da Saúde – DECIT. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 200-202, Feb. 2010. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100023&lng=en&nrm=iso>. Acceso en: abr. 2018.
- DEGREGORI, Carlos. **La década de la antipolítica: auge y huida de Alberto Fujimori y Vladimiro Montesinos**. Lima: IEP, 2012.
- DEUBEL, A. **Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación**. Bogotá: Ediciones Aurora, 2014.
- DÍAZ, Fernanda. **El inicio de la era Humala ¿Ruptura, cambio o continuidad?**. *Blog del Centro de Estudios Sudamericanos*, Departamento de América Latina y el Caribe-IRI. 2011. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/37843/Documento_completo.pdf?sequence=1. Acceso en: 10 de enero del 2017.
- DIRECCIÓN de Salud – DISA. Dirección de Salud II Lima Sur. **Semana Epidemiológica N°6. Boletín Epidemiológico**. Del 2 al 8 de feb. 2014. Disponible en: http://disalimasur.gob.pe/arch_documentos/archivos/1392731100.pdf. Acceso en: 05/08/2017.
- DRAIBE, Sônia. As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. **Revista USP**, São Paulo, n. 17, 1993. Disponible en <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/25959/27690>>. Acceso en: 14 feb 2018.
- DUBOS, R; DUBOS, J. **The white plague: Tuberculosis, man and society**. Boston: Little Brown, 1952. 277p.
- DUMENIL, Gérard; LEVY, Dominique. Neoliberalismo: neo-imperialismo. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 1-19, Apr. 2007. Disponible en <<http://www.scielo.br/pdf/ecos/v16n1/a01v16n1.pdf>>. Acceso en: 14 feb 2018.
- DYE, T. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1972.
- EIBENSCHUTZ, Catalina. Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria en México. In: MOLINA, R. (Org.), **La seguridad social: retos de hoy**. Iztapalapa: UAM-I, 2007.
- EIBENSCHUTZ, Catalina. et al. Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, out-dez. 2014.

- ESNPCT. Estrategia Sanitaria Nacional del Programa contra la Tuberculosis. **Situación de la tuberculosis en Lima, Perú**. Lima: ESNPCT/MINSA, 2014.
- EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. Producir salud, consumir asistencia sanitaria. In: _____. **¿Por qué alguna gente está sana y otra no?: Los determinantes de la salud de las poblaciones**. Madrid: Diaz de Santos, 1996. p. 29-70.
- FAURA, Luigi. San Cosme, 60 años después. **La República**, Lima, 21 set. 2006. Caderno 1, p.3. Disponible en: < <https://larepublica.pe/archivo/275227-san-cosme-60-anos-despues>>. Acceso en: 15 feb. 2018.
- FONDO de Cooperación para el Desarrollo Social – FONCODES. **Herramienta de lucha contra la pobreza**. Lima: FONCODES, 2011.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.
- FUENTES, Luis A. Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Lima, v. 26, n. 3, p. 370-379, jul-set, 2009.
- FUENTES, Luis et al. El Plan TBCero: Un enfoque integral para el control de la Tuberculosis. **Acta médica peruana**, Lima, v. 29, n. 2, p. 104-112, abr. 2012. Disponible en <<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v29n2/a11v29n2.pdf>>. Acceso en: 14 feb 2018.
- FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. **Doenças Negligenciadas**. Rio de Janeiro, 2013. Disponible en: <<https://agencia.fiocruz.br/doencas-negligenciadas>>. Acceso en: mai, 2018.
- GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: **Pesquisa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- GONZALES, Osmar. **El Estado peruano durante el siglo XX. Aspectos teóricos y periodización**. Biblioteca Nacional del Perú, Lima, v. LVIII, n. 2, 2001.
- GONZALEZ, Miguel. **PERÚ: AUTORITARISMO Y DEMOCRACIA. Sobre las dificultades de la consolidación de la democracia en la América andina. El Perú de Fujimori**. Madrid: Compañía Española de Reprografía y Servicios, 2006.
- GRAMSCI, A. **Notas sobre Maquiavelo, sobre la política y sobre el Estado moderno**. CDM: Editorial JP, 1975.
- GRISA, C. Diferentes olhares na análise de políticas públicas: considerações sobre o papel do Estado. **Sociedade e Desenvolvimento Rural, on line**. n.1, v. 4, jun. 2010.
- HALL, R. y TAYLOR, P. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova, on line**, n.58, p.193-223, 2003.
- HARVEY, David. **Breve historia del neoliberalismo**. Ediciones Akal, 2007a.

- HARVEY, David. Neoliberalismo como destruição criativa. **Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente (Interfacehs)**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 01-30, 2007b. Disponible en <www3.sp.senac.br/hotsites/blogs/InterfacEHS/wp-content/uploads/2013/07/trad-2007.pdf>. Acceso en: 14 feb 2018.
- HERNANDEZ, Lidia. Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia cubana. *Rev Cubana Salud Publica*, Ciudad de La Habana, v. 28, n.3, dic. 2002. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662002000300007&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 15 nov. 2016.
- HOWLETT, M. y RAMESH, M. **Studying Public Policy: Policy cycle and Policy subsystems**. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- HOWLETT, M; RAMESH, M y PERL. **A. Política Pública: Seus ciclos e subsistemas. Uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- IAQUINTA, D.; DRESCHER, A. Defining Periurban: understanding Rural-Urban linkages and their connection to institutional contexts. **Food and Agriculture Organization**, Roma, v. 2000, n. 2, p. 8-26, 2000.
- INSTITUTO Nacional de Estadística e Informática – INEI. **11 de Julio Día Mundial de la Población**, Lima: INEI, 2015.
- INSTITUTO Nacional de Estadística e Informática – INEI. **Anuario de Estadísticas Ambientales 2013**, Lima: INEI, 2013.
- INSTITUTO Nacional de Estadística e Informática – INEI. **Perfil Sociodemográfico Del Cerro San Cosme**. Lima, enero 2015. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1206/index.html>. Acceso en: jun. 2018.
- JIMÉNEZ, Félix. El modelo neoliberal peruano: límites, consecuencias sociales y perspectivas. In: SADER, Emir (org.). **El ajuste estructural en América Latina. Costos sociales y alternativos**. 1ª ed. Buenos Aires: CLACSO, 2001. Cap. 7, p. 145-169. Disponible en <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101003020549/8cap07.pdf>>. Acceso en: 14 feb 2018.
- JOBERT, B. y MULLER, P. **L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes**. Paris: Presses Universitaires de France (PUF), 1987.
- KINGDON, J. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd Edition. Harper Collins College Publishers. In SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. **Políticas públicas**. New York: – Coletânea, v. 1. 2007.
- LAZO, Oswaldo; ALCALDE, Jacqueline; ESPINOSA, Olga. **Sistema de salud en Perú: situación y desafíos**. Lima: Colegio Médico del Perú y REP, 2016. Disponible en: <<http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2018/05/libroSistemaSaludPeru-.pdf>>. Acceso en: 15 feb. 2018.
- LEFORT, C.O que é burocracia?. In: CARDOSO, F.; MARTINS, C. (Orgs.) **Política e**

- Sociedade.** São Paulo: Editora Nacional, 1979. p.148-159.
- LENOIR, R. Objeto sociológico y problema social. In: CHAMPAGNE, P. et. Al. **Iniciación a la Práctica Sociológica.** CDM: Siglo Veintiuno Editores, 1993.
- LÓPEZ-ARELLANO, O. et al. La Universalización del acceso a la atención médica y a la salud desde la salud colectiva y los derechos. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS). **Cobertura Universal en Salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México.** México D. F.: OPS, 2013. Cap. 3, p. 265-275. Disponible en <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6293>>. Acceso en: 14 feb 2018.
- LÓPEZ, Paula Kapstein; DIOSES, Edith Aranda. Las periferias interiores de Lima: localización e identificación de los barrios focos de vulnerabilidad. El caso de San Cosme. **Revista INVI**, Santiago, v. 29, n. 82, p. 19-62, nov. 2014. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718->. Acceso en: jun.2018.
- MARQUES, E., Faria, C. **A política pública como campo multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- MARTINS, Carlos. **Globalização, dependência e neoliberalismo na América Latina.** São Paulo: Boitempo, 2011.
- MARX, K. y ENGELS, F. **El Manifiesto Comunista.** Madrid: Editorial Ayuso, 1974.
- MASÍAS, Rodolfo; SEGURA, Federico. Elecciones Perú, 2006: complejidades y paradojas de una democracia aún vulnerable. **Colombia Internacional**, Bogotá, v. 64, n.1, p. 96-121, jul-dic. 2006.
- MATOS, José. **Las Barriadas de Lima.** Lima: IEP, 1957.
- MCGREGOR, Jr. **Política y Sociedad.** Madrid. 1989.
- MELGEN, M. et al. Tuberculosis patients in the Dominican Republic face severe direct and indirect costs and need social protection. **Rev. Panam. Salud Publica**, *on line*, v. 33, n. 5. 2013.
- MINISTERIO de Salud – MINSA. **Norma Técnica de salud para el control de la tuberculosis.** Lima: MINSA, 2006. Disponible en: < <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/NTSTBC.pdf> >. Acceso en: 15 feb. 2018.
- MINISTERIO de Salud – MINSA. **Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis.** Lima: MINSA, 2013. Disponible en: <<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>>. Acceso en: 15 feb. 2018.
- MINISTERIO de Salud – MINSA. **Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015.** 2016

- MINISTERIO de Salud – MINSa. **Perú, Ministerio de Salud/ Lineamientos de Política de Salud 1990-1995: Hacia un sistema nacional regionalizado e integrado de salud.** Lima: MINSa, 1990.
- MINISTERIO de Salud – MINSa. **Perú, Ministerio de Salud/ Lineamientos de Política de Salud 1995-2000: Un sector de salud con equidad, eficiencia y calidad.** Lima: MINSa, 1996.
- MINISTERIO de Salud – MINSa. **Perú, Ministerio de Salud/ Lineamientos de Política de Salud 2002-2006.** Lima: MINSa, 2002.
- MINISTERIO de Salud – MINSa. **Perú, Ministerio de Salud/ Lineamientos de Política de Salud 2006-2011.** Lima: MINSa, 2007.
- MINISTERIO de Salud – MINSa. **Perú, Ministerio de Salud/ Lineamientos de Política de Salud 2011-2016.** Lima: MINSa, 2011.
- MINISTERIO de Salud – MINSa. **Perú, Ministerio de Salud/ Proyecto VIGIA. Vivir la tuberculosis. Estudio socioantropológico de la tuberculosis en dos zonas de alto riesgo en Lima: San Cosme y El Agustino.** Lima: MINSa/USAID, 2000.
- MINISTERIO de Salud – MINSa. **Plan de Reducción de la Tuberculosis en el Perú.** 2013.
- MINISTERIO de Salud – MINSa. **Plan TBZero. Enfoque integral para la prevención y control de la TB en el Cerro que Tose.** 2012.
- MINISTERIO de Salud – MINSa. **Principales causas de mortalidad en el Perú.** 2014.
Disponible en:
<<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?00>>.
Acceso en: 20 oct. 2016.
- MINISTERIO de Salud – MINSa. Centro De Salud San Cosme. **Postulación al IX Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento de la Calidad en Salud 2012.** Lima: Minsa, 2012. Disponible en:
<www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/proyectos_ganadores/2012/2012_C1.pdf>. Acceso en: 15 feb. 2018.
- MOLERO, Jorge. La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la Guerra Civil. **Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam**, Granada, v. 9, n. 1, p. 185-223, 1989.
- MOLINA, G; CABRERA, G. **Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis.** Antioquia: Universidad de Antioquia, 2008.
- MONGE, Augusto. El vecindamiento humano en el Cerro de San Cosme. In: PAZ, Carlos. **Lima y sus suburbios.** Lima: Instituto de Medicina Social, 1957. p. 149-161.

- MORAES, Reginaldo. Reformas neoliberales e políticas públicas: hegemonia ideológica e redefinição das relações Estado-sociedade. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 13-24, Sept. 2002. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12921.pdf>. Acceso en: 14 feb 2018.
- MULLER, A. **Construção das políticas públicas para a Agricultura Familiar no Brasil: o caso do Programa de Aquisição de Alimentos**. Porto Alegre: PGDR/UFRGS, 2007 (Dissertação de Mestrado).
- MULLER, P.; SUREL, Y. **A análise das Políticas Públicas**. Pelotas: EDUCAT, 2002.
- O'CONNOR, J. **La crisis fiscal del Estado**. Barcelona: Editorial Península, 1981.
- OFFE, C. **Contradicciones en el Estado del Bienestar**. CDM: Alianza Editorial, 1991.
- MUNICIPALIDAD de La Victoria – MLV. **Proyecto del plan de desarrollo local concertado 2017 – 2021. Distrito de La Victoria**. 2017. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1KSaxwEE7k8HcAITNJ0U8T0kBs_qYuOTV/view. Acceso en: abr. 2018
- OLAVARRIA, M. Conceptos básicos en el análisis de Políticas Públicas. **Documento de Trabajo**, Santiago, n.11, dic. 2007.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud – OMS. **10 datos sobre la tuberculosis**. 2014. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/tb_facts/es/. Acceso en: 23 jul. 2016.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud – OMS. **10 datos sobre la tuberculosis**, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/>. Acceso en: 15 feb. 2018.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud – OMS. **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**. 2006. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acceso en 18 mar. 2017.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud – OMS. **Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones aprendidas**. 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33988>. Acceso en: 28 jul. 2017.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud – OMS. **Enfermedades tropicales desatendidas**. 2010. Disponible en http://www.who.int/topics/tropical_diseases/qa/faq/es/. Acceso en: 14 feb. 2018.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud – OMS. **Informe mundial sobre la tuberculosis**. Ginebra: OMS, 2015.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud – OMS. **Informe mundial sobre la tuberculosis 2017**, 2018. Disponible en: <https://larepublica.pe/archivo/275227-san-cosme-60-anos-despues>. Acceso en: 15 feb. 2018.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud – OMS. **Informe sobre las diez principales causas de defunción.** 2017. Disponible en:

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>>. Acceso en: 13 jun. 2017.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud – OMS. **Tuberculosis.** 2016. Disponible en:

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>>. Acceso en: 13 nov. 2016.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud – OMS. **Global Tuberculese Control:**

Surveillance, Planning, Financing. Ginebra: WHO Report, 2002. Disponible en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63835/WHO_CDS_TB_2002.295_eng.pdf?sequence=13>. Acceso en: 15 feb. 2018.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud – OPS. **Tuberculosis. Datos generales.** 2014.

PERDOMO, Lina; CUARTAS, Daniel. **Encuentro de la geografía y la medicina, una visión entre el pasado y el presente como abordaje para el desarrollo de la distribución de las malformaciones congénitas mayores en Cali.** 2010. Disponible en:

<<http://geografiadelasalud.blogia.com/>>. Acceso en: 25 jul. 2016.

PERÚ. CONGRESO Constituyente Democrático (CDD). **Artículo N.º 7:** constitución

política del Perú, 1993. Disponible en: <<http://www2.congreso.gob.pe/sicr/relatagenda/constitucion.nsf/constitucion/4D419BBA71BA708C05256729006C7AAB?opendocument>>.

Acceso en: 15 feb. 2018.

PETRERA, Margarita; CORDERO, Luis. El aseguramiento público en salud: factores que intervienen en la elección de proveedor. In: R. Webb y M. Ventocilla (org.), **Pobreza y Economía Social: Análisis de una encuesta EN -NIV-1997.** Lima: Editorial e

Imprenta Desa S.A., 1999. Cap. 8, p. 213-227. Disponible en

<www.cuanto.org/UserFiles/File/Pbci/pobrezayeconomiasocial.pdf>. Acceso en: 14 feb 2018.

PETRY, Almiro. Neoliberalismo e globalização na América Latina. **UNISINOS**, Porto

Alegre, p. 1-28, 2008. Disponible en < www.projeto.unisinos.br/humanismo/al/neoliberalismo.pdf>.

Acceso en: 14 feb 2018.

PUELLO-SOCARRÁS, J. Neoliberalismo, antineoliberalismo, nuevo neoliberalismo, episodios y trayectorias económico-políticas suramericanas (1973-2015). In: ROJAS, Luis (org.). **Neoliberalismo en América Latina. Crisis, tendencias y alternativas.**

Asunción: CLACSO, 2015. p. 19-42.

RODRIGUEZ OCAÑA, E. **La constitución de la medicina social como disciplina en España.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987. 280p.

RUA, M. **Políticas Públicas.** Florianópolis: Departamento de Ciências de Administração, 2009.

RUIZ, Ciriaco. Intervención oral en: Causas de la tisis pulmonar y medios de evitar o disminuir sus estragos. In: Dirección General de Sanidad. **Actas de las sesiones del Congreso Médico Español.** Madrid: Imprenta de José M. Ducazcal, 1864.

- SANTOS, M. et al. Pobreza: caracterización socioeconómica de la tuberculosis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Riberão Preto, v. 15, n. 1, p. 1-6, set-out. 2007.
- SECCHI, L. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos prácticos. 2.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.
- SELGELID, Michael. Ethics, tuberculosis and globalization. **Public Health Ethics**, Oxford, v. 1, n. 1, p. 10-20, 2008.
- SILVEIRA, D.T.; CÓRDOVA, F.P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. p. 31-42.
- SILVER, G. Virchow, the heroic model in medicina: Health policy by accolade. **American Journal of Public Health**, US, v. 77, n. 1, p. 82-88, 1987.
- SJOBLOM, G. Problemi e soluzioni in política. **Rivista Italiana di Scienza Política**. v. 14, n. 1, p. 41-85, 1984.
- SOUZA C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n 16, jul-dez, 2006.
- SUBIRATS, J. Definición del problema. Relevancia pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs.). **Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, 2006.
- TANAKA, Martín. **Los espejismos de la democracia: el colapso del sistema de partidos en el Perú, 1980-1995, en perspectiva comparada**. Lima: IEP, 1998.
- VARGAS, J. Teoría institucional y neoinstitucional en la administración internacional de las organizaciones. **Revistas Visión de Futuro**, Guadalajara, v. 10, n. 2, dic.2008a.
- VARGAS, José. Perspectivas del Institucionalismo y Neoinstitucionalismo. **Revista Ciencia Administrativa**, Veracruz, p. 47-58, 2008b.
- VILAS, Carlos. De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo. **Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales**, Buenos Aires, v. 36, n. 144. 1997.
- WEBER, M. Burocracia. In: __. **Ensaio de sociologia**. 3° ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1974.
- WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

APÉNDICES

**APÉNDICE A – CUESTIONARIO DE ENTREVISTA A LOS PACIENTES DEL
CENTRO DE SALUD SAN COSME – LIMA, PERÚ (2018)**

ENTREVISTA (Pacientes)

Antes de nada, me gustaría agradecer su disponibilidad y presentarme, soy Jhomelin Flores, licenciada en enfermería y estudiante del Programa de Pos-graduación en Políticas Públicas y Desarrollo de la Universidad Federal de Integración Latino-Americana (Brasil), en donde me encuentro escribiendo una tesis acerca de las “políticas públicas de salud y la tuberculosis en el Perú”. Motivo por el cual me es importante hablar con usted para entender cómo percibe a la enfermedad y a las políticas orientadas a combatir la tuberculosis.

Debo mencionarle que su nombre será mantenido en total secreto y no será citado en ninguna parte del trabajo académico. ¿Tiene alguna duda al respecto? ¿Podemos continuar?

Fecha de la entrevista:

Hora de inicio:

Hora de término:

Lugar de la entrevista:

CUESTIONARIO

BLOQUE I - IDENTIFICACIÓN	
Datos personales	¿Cuál es su nombre? (Puede ser un alias) ¿Cuántos años tiene? ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

BLOQUE II – TRAYECTORIA	
Ocupación	¿A qué se dedica? ¿Hace cuánto tiempo? ¿Cuáles son las principales dificultades con la que se enfrenta día a día?
Tuberculosis	¿Es la primera vez que le diagnostican la enfermedad? ¿Cómo fue su adaptación al tratamiento de la enfermedad? ¿Cómo es el trato de su familia y amigos hacia usted?

	¿Antes ya había oído hablar de la enfermedad?
--	---

BLOQUE III – CONTEXTO SOCIAL	
Percepción del perfil sociodemográfico	¿Cómo percibe las condiciones de vida de los habitantes del cerro San Cosme? ¿Cuenta con todos los servicios básicos?
Percepción e impacto social de la denominación del Cerro San Cosme como el “Cerro que tose”	¿Ah oído hablar sobre el apelativo del cerro San Cosme como el “cerro que tose” ?, ¿A qué se debe? ¿Qué opina usted sobre esta denominación?

BLOQUE IV – TUBERCULOSIS Y POLÍTICAS PÚBLICAS	
Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ES-PCT)	¿Cómo es el trato del personal de salud del programa de tuberculosis hacia usted? ¿Es atendido o derivado oportunamente cuando tiene alguna reacción a los medicamentos (dolor de cabeza, ardor de estómago, náuseas, etc)?
Política Pública Sanitaria de lucha contra la Tuberculosis	¿Cuál cree usted que debería ser el papel del Estado frente a la tuberculosis y su tratamiento? ¿Cree usted que las políticas sanitarias actuales de lucha contra la tuberculosis son suficientes para combatir la enfermedad?
Percepción de la tuberculosis	Como definiría a la tuberculosis

**APÉNDICE B – CUESTIONARIO DE ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD DEL
CENTRO DE SALUD SAN COSME – LIMA, PERÚ (2018)**

ENTREVISTA (Personal de Salud)

Antes de nada, me gustaría agradecer su disponibilidad y presentarme, soy Jhomelin Flores, licenciada en enfermería y estudiante del Programa de Pos-graduación en Políticas Públicas y Desarrollo de la Universidad Federal de Integración Latino-Americana (Brasil), en donde me encuentro escribiendo una tesis acerca de las “políticas públicas de salud y la tuberculosis en el Perú”. Motivo por el cual me es importante hablar con usted para contrastar su experiencia con las políticas estatales. Debo mencionarle que su nombre será mantenido en total secreto y no será citado en ninguna parte del trabajo académico. ¿Tiene alguna duda al respecto? ¿Podemos continuar?

Fecha de la entrevista:

Hora de inicio:

Hora de término:

Lugar de la entrevista:

CUESTIONARIO

BLOQUE I - IDENTIFICACIÓN	
Datos personales	¿Cuál es su nombre? ¿Cuántos años tiene? ¿En qué distrito vive? ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

BLOQUE II – TRAYECTORIA PROFESIONAL	
Profesión	¿Cuál es su especialidad? ¿Cuál es la importancia del médico dentro de la ES-PCT?
Tiempo y función profesional	¿Hace cuánto tiempo labora en el centro de salud San Cosme? ¿Cómo llegó a trabajar en el centro de salud San Cosme?

	<p>¿Qué zonas territoriales de atención abarca el centro de salud San Cosme?</p> <p>En su experiencia, ¿Cuáles son las principales dificultades con la que se enfrenta día a día?</p>
Área de tuberculosis	<p>¿Antes de trabajar en esta área, dónde trabajaba?</p> <p>¿Cómo fue su adaptación a ésta su actual área de trabajo?</p> <p>¿Cómo fue su experiencia de trabajar con las personas afectadas por tuberculosis?</p>

BLOQUE III – CONTEXTO SOCIAL	
Percepción del perfil sociodemográfico	<p>¿Usted sabe, o a oído hablar, cómo fue la formación del cerro San Cosme?, ¿Desde cuándo existe?, ¿Cómo evaluaría las condiciones de vida de los habitantes del cerro San Cosme? ¿Porqué?</p> <p>A su percepción:</p> <p>¿Cuál es el perfil de la población atendida en la ES-PCT (género, grupo etario, nivel de escolaridad, condición social, etc.)?</p> <p>¿Hay alguna dificultad en trabajar en la zona jurisdiccional del centro de salud San Cosme?,</p>
Percepción e impacto social de la denominación del Cerro San Cosme como el “Cerro que tose”	<p>¿Ah oído hablar sobre el apelativo del cerro San Cosme como el “cerro que tose” ?, ¿A qué se debe?</p> <p>¿Qué opina usted sobre esta denominación?</p> <p>¿Desde cuándo el cerro San Cosme pasó a ser conocido con dicho apelativo?</p>
Visitas domiciliarias a las personas afectadas por tuberculosis	<p>¿Cómo evaluaría las condiciones de las casas de las personas que habitan en el cerro San Cosme?</p> <p>¿Cuentan con los servicios básicos?</p> <p>¿Cuántas personas normalmente viven dentro de una casa?</p> <p>¿Cómo se identifica usted, como personal de salud, cuando sale a realizar las visitas domiciliarias a la casa de los pacientes?</p> <p>¿Los pacientes permiten y acceden a las visitas</p>

	<p>domiciliarias?</p> <p>¿Ah podido observar cómo es el trato de los vecinos hacia los pacientes?</p>
Percepción personal de la jurisdicción del Cerro San Cosme	<p>¿Usted cree que las personas afectadas por tuberculosis tienen identificado sus problemas/necesidades?</p> <p>¿En su experiencia, la realidad en el contexto social del Cerro San Cosme cambió en algo a lo largo del tiempo (desde el día en que usted ingresó a trabajar al establecimiento de salud hasta hoy)?</p>

BLOQUE IV – TUBERCULOSIS Y POLÍTICAS PÚBLICAS	
¿Cómo evalúa el problema de la tuberculosis en el Perú y, en especial, en el distrito de La Victoria (distrito al que pertenece el centro de salud San Cosme)?	
Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ES-PCT)	<p>¿Qué nos puede decir sobre la ES-PCT en el establecimiento de salud “San Cosme”?</p> <p>¿Cuántos y qué esquemas de tratamiento existen dentro de la ES-PCT?</p> <p>¿Cuántos pacientes, aproximadamente, son atendidos y tratados durante el año en la ES-PCT?</p> <p>A su percepción, ¿Cómo fue variando el número de casos anuales (aumenta o disminuye en relación con años anteriores)?</p> <p>¿Existen personas que abandonan el tratamiento?, en base a su experiencia, ¿cuál cree que es la principal causa de abandono de tratamiento?</p> <p>¿Percibió alguna transformación de la ES-PCT desde el día que ingresó hasta hoy?</p> <p>¿Ha leído la Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis?</p>
Personal de salud de la ES-PCT	¿Su ambiente laboral es adecuado para la realización de sus funciones?

	<p>¿Existe algún equipo profesional multidisciplinar en la ES-PCT del centro de salud San Cosme?</p> <p>¿Están abastecidos con los materiales de bioseguridad para evitar el contagio de la enfermedad?</p> <p>¿Cuenta con los materiales/equipos necesarios para el diagnóstico de la tuberculosis?</p> <p>¿Cómo percibe usted la remuneración que recibe a cambio de su trabajo? ¿Porqué?</p>
<p>Política Pública Sanitaria de lucha contra la Tuberculosis</p>	<p>¿Cuál cree usted que debería ser el papel del Estado frente a la tuberculosis y su tratamiento?</p> <p>¿Cómo funciona la actual política de lucha contra la tuberculosis?</p> <p>¿Cree usted que las políticas sanitarias actuales de lucha contra la tuberculosis son suficientes para combatir la enfermedad? ¿Porqué?</p> <p>¿Cree usted que la solución al problema de la tuberculosis se encuentra únicamente dentro de las políticas del Ministerio de Salud? ¿Porqué?</p> <p>¿Qué actividades de sensibilización de la enfermedad dirigida a la población existen actualmente? ¿Se logra conseguir alguna respuesta por parte de la población? ¿Como cuáles?</p> <p>¿Qué cree usted que hace falta y que es importante implementar en las políticas dirigidas a combatir la tuberculosis?</p> <p>¿Existe alguna dificultad a la hora de aplicarse la Norma Técnica de lo que rigen las políticas sanitarias destinadas al control y eliminación de la tuberculosis?</p>

<p>Percepción del compromiso con el control y eliminación de la tuberculosis</p>	<p>¿El personal de salud está comprometido en la lucha contra la tuberculosis?</p> <p>¿Los pacientes están comprometidos en la lucha contra la tuberculosis?</p> <p>¿La sociedad (habitantes del Cerro San Cosme) está comprometida en la lucha contra la tuberculosis? ¿Porqué? ¿Cómo?</p>
<p>Percepción del afectado por tuberculosis</p>	<p>Si tuviera que describirnos como es que percibe al afectado por tuberculosis, ¿que nos diría?</p> <p>Como definiría la tuberculosis</p>

APÉNDICE C – FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1 – Vista frontal del Centro de Salud San Cosme – Lima, Perú (2018)



Fotografía 2 – Ambientes de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud San Cosme – Lima, Perú (2018)



Fotografía 3 – Vista frontal del ambiente de esquema sensible del Programa de Tuberculosis del Centro de Salud San Cosme – Lima, Perú (2018)



Fotografía 4 – Parte interna del ambiente de esquema sensible del Programa de Tuberculosis del Centro de Salud San Cosme. Tapers individuales de los pacientes, contienen los medicamentos – Lima, Perú (2018)



Fotografía 5 – Paciente del esquema MDR, mostrando las pastillas de su tratamiento – Lima, Perú (2018)



Fotografía 6 – Paciente abriendo las pastillas para tomar su tratamiento – Lima, Perú (2018)



Fotografía 7 –Entrevista a un paciente afectado por tuberculosis – Lima, Perú (2018)



Fotografía 8 – Entrevista a una Agente Comunitaria en Salud – Lima, Perú (2018)



Fotografía 9 – Observación participante con una de nuestras entrevistadas. Acompañamiento en el tratamiento – Lima, Perú (2018)



Fotografía 10 – Observación participante con uno de nuestros entrevistados. Orientación sobre el tiempo de su tratamiento – Lima, Perú (2018)



Fotografía 11 – Recorrido del Cerro San Cosme como parte del acompañamiento a las visitas domiciliarias de los pacientes con tuberculosis – Lima, Perú (2018)



Fotografía 12 – Calles del Cerro San Cosme – Lima, Perú (2018)



Fotografía 13 – Vista interna de la vivienda de un paciente afectado por tuberculosis. Se puede evidenciar que su domicilio consta de un solo ambiente que es usado para dormitorio, sala y cocina – Lima, Perú (2018)

