

Orlando Plaza
editor



Capítulo 9

PERÚ. ACTORES Y ESCENARIOS AL INICIO DEL NUEVO MILENIO



Pontificia Universidad Católica del Perú
FONDO EDITORIAL 2001

Primera edición: noviembre de 2001

Perú: actores y escenarios al inicio del nuevo milenio

Copyright 2001 por Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Plaza Francia 1164 - Lima - Perú

Teléfonos: 330-7410 / 330-7411. Telefax 330-7405.

E-mail: feditor@pucp.edu.pe

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio total o parcialmente, sin permiso expreso de los editores.

Hecho el Depósito Legal: 1501052001 -4328

Derechos Reservados

ISBN: 9972-42-448-0

Impreso en Perú - Printed in Peru

Escenarios de enfermedad, salud, muerte y vida

Jeanine Anderson

A. Introducción

La salud se ubica en la intersección entre las ciencias biológicas y biomédicas, las ciencias sociales —incluyendo algunas de sus tendencias contemporáneas fenomenológicas y hermenéuticas— y las ciencias sociales aplicadas: la administración, el trabajo social y la gestión pública. Pese a la evidente relevancia de múltiples enfoques, apenas hemos comenzado a rozar las posibilidades de un trabajo interdisciplinario para esclarecer la actual situación de la enfermedad y la salud en el Perú. Planteado en términos más dramáticos, de lo que se trata es de entender cómo están distribuidas las oportunidades y probabilidades de vivir y morir aquí. Porque en el Perú de hoy, los riesgos de enfermar y las posibilidades de hacerle frente a un problema de salud recaen de modo diferencial sobre los distintos segmentos y miembros de la comunidad nacional.

En esta ponencia se examinan tres dimensiones de la situación que presenta la salud en el país. Una es su relación con la realidad subyacente: la pobreza y la desigualdad. La segunda son los procesos que entraña la formulación de políticas sobre salud. Aquí surge la pregunta de por qué, si los escenarios de enfermedad y muerte están tan estrechamente vinculados a la pobreza y la desigualdad, las políticas de salud muestran tan poca evidencia de ello. El tercer aspecto, cuyo tratamiento se limita a propuestas sin mayor desarrollo, es el aporte potencial de las ciencias sociales en esta problemática. Las ciencias sociales tienen una contribución que hacer

no solamente respecto al alivio de los problemas de morbilidad, en sentido estricto, sino en otros planos. Pueden colaborar en la creación de una sociedad menos enferma; de una sociedad que ofrezca más vida a todos sus integrantes.

Mis reflexiones en este terreno siguen las huellas de una secuencia de estudios empíricos en los que he participado últimamente. Uno es una investigación que sobre mortalidad materna en zonas rurales llevó a cabo CISEPA entre los años 1997-98¹. Otro es un conjunto de estudios sobre la salud sexual y reproductiva impulsados por el Proyecto ReproSalud del Movimiento Manuela Ramos, y en el cual intervinimos varios profesores y estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales². El más reciente, también realizado en CISEPA, es sobre la forma en que participan los usuarios de servicios de salud en la planificación, gestión, administración y vigilancia ciudadana de los mismos³.

En todos estos esfuerzos de investigación se combinan perspectivas médicas y sociales que representan intentos por superar la división de los seres humanos en partes: una biológica y otras de tipo social, cultural, económica y política. La apertura hacia aportes científico-sociales para comprender problemáticas referidas a la salud y la enfermedad es algo que se observa no sólo en el Perú, sino como tendencia ya generalizada en otros lugares. El impulso a esta apertura reside en la incapacidad para dar cuenta, dentro de los estrechos marcos explicativos tradicionales, de por qué persisten muchos problemas de salud y por qué existe la superación,

¹ ANDERSON, Jeanine y colaboradores. *La muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudio de casos*. Lima: Ministerio de Salud - Proyecto 2000, 1999.

² Los estudios encargados a profesores de la Universidad Católica versaron sobre la atención del parto, los descensos vaginales, las relaciones de género y su impacto sobre la situación de salud de las mujeres rurales y, en mi propio caso, los modelos de calidad para atender la salud que manejan los prestadores del Ministerio de Salud y las mujeres usuarias. El informe sobre modelos de calidad está siendo preparado para su publicación por el Proyecto ReproSalud.

³ ANDERSON, Jeanine, Humberto CASTILLO y Sandra VALLENAS. *Estudio de evaluación social del Programa de Apoyo a la Reforma del sector Salud (PAR Salud)*. Informe de consultoría presentado al MINSA, enero 2000.

aparentemente espontánea, de otros⁴. Es evidente que aquí hay fuerzas en juego que sobrepasan largamente la ciencia biomédica abstraída del contexto social.

El intento de integrar las ciencias sociales y los enfoques salubristas concierne a la antropología de manera particular. La vivencia de las enfermedades, la definición de las mismas, la experiencia subjetiva del dolor, la salud como «completo estado de bienestar», son claramente variables que responden al entorno cultural. Esto nos lleva a retomar, en la actualidad, algunos de los temas iniciales de la antropología, con el beneficio de años de investigación y mayores refinamientos conceptuales. ¿Por qué enferman y mueren las personas? Si bien la muerte y el dolor son parte de la experiencia humana universal, ¿cómo explicarlos y procurar hacerles frente bajo diferentes sistemas y supuestos culturales? ¿Qué representa la muerte para los distintos grupos humanos?

El reto es esclarecer de qué manera interactúan factores de muy diversa índole y llevan a resultados que luego encasillamos en gruesas categorías, tales como «salud», «enfermedad», «muerte» y «vida»⁵. Por otra parte, las distintas interpretaciones, que destacan uno u otro factor, coexisten en un campo que está atravesado por diversos intereses políticos, de valoración y hasta comerciales. El cuadro resulta familiar en todo el mundo. Especialistas y «escuelas» rivalizan entre sí y, en todos los ámbitos donde ha ingresado la medicina científica occidental, las tradiciones locales pugnan por sobrevivir.

En el Perú, los profesionales biomédicos agrupados en las instituciones de salud pública y estatal reclaman la supremacía, aunque reconocen, con diferentes grados de tolerancia, a los representantes de tradiciones

⁴ El mejoramiento de la nutrición y el acceso a dietas más diversificadas explicarían la reducción de los riesgos de muchas enfermedades comunes en los países desarrollados.

⁵ LOCK (1997), por ejemplo, analiza el concepto de muerte cerebral y las controversias en torno a la definición de muerte en Japón y Estados Unidos. El punto se ha vuelto especialmente complejo y controvertido debido a los avances en la tecnología de transplante de órganos, ya que éstos muchas veces proceden (se «cosechan») de cadáveres recientes.

médicas alternativas. Una demostración más del complejo campo donde discurren estas discusiones es el estudio sobre mortalidad materna en zonas rurales del país al que aludí anteriormente. Aunque sin duda hubo situaciones puramente médicas que provocaron las muertes al final del camino —paro cardíaco que sobrevénia a una hemorragia, en una pluralidad de casos—, la reconstrucción de los hechos («autopsia verbal») permitió ver una larga cadena de decisiones y sucesos previos, «causas» con igual posibilidad de ser así consideradas, en el mundo de las relaciones sociales en torno a las mujeres fallecidas.

Muchos de los problemas de salud coexisten o coinciden con manifestaciones de la pobreza. Sin embargo, no es legítimo achacarle a ésta, sin mayores pruebas, la entera responsabilidad por la mala situación sanitaria. El Perú tiene índices de salud que están por debajo de lo que cabría esperar, de acuerdo a su nivel de PBI, su ingreso *per cápita* y su grado de desarrollo según casi cualquier indicador del mismo; esto, comparado con lo que sucede en el conjunto de países en Latinoamérica. Existen otros países en esta misma región que, aun siendo más pobres, presentan mejores cuadros de salud. Bolivia y Ecuador nos superan en muchos índices, además de los países centroamericanos. Tres de los países que tienen los mejores niveles de salud —Cuba, Costa Rica y Chile— no sólo reflejan situaciones económicas muy dispares, sino también sistemas políticos contrastados.

La salud del conjunto de la población no ha sido vista en el Perú como una prioridad política, ni ha habido respuestas efectivas frente a las deficiencias manifiestas. Una línea para explicar esta situación, explorada por Marcos Cueto (1997), parte de constatar el desarrollo pobre y tardío de una tradición nacional de salud pública. Esta comenzó a perfilarse como una rama especializada de la medicina a principios del s. XX en algunos países europeos, y alrededor de los años '20 en Norteamérica. Mientras la consulta médica se apoyaba en técnicas de diagnóstico individuales, la salud pública se desarrolló de la mano con la estadística social y las técnicas de análisis demográfico. Se apeló al concepto sociológico de «redes» para interpretar los procesos de contagio y propagación de enfermedades y para diseñar sistemas de tratamiento que tomaran en cuenta las fuentes de apoyo psicoemocional de los y las pacientes.

La práctica de la salud pública obliga a los prestadores de servicios a acudir hasta la población, antes de esperar, apostados en pulcros establecimientos, a que la población venga donde ellos. Se postula, además, la existencia de una sola economía de salud en cada ámbito geográfico nacional, de tal modo que el nivel de salud de los más pudientes se ve afectado por el de los más humildes. Bajo esta concepción, por ejemplo, enfermeras y asistentes sociales —jóvenes profesionales negras— se desplazaron por las zonas rurales al sur de Estados Unidos en la segunda y tercera década del s. XX (Smith 1997)⁶. Ellas estaban encargadas de las campañas para prevenir la desnutrición infantil, de los controles prenatales, de las vacunaciones de niños y adultos y, sobre todo, de impartir educación en nutrición e higiene de acuerdo a las normas y usanzas de la población dominante, blanca y urbana. El esfuerzo tuvo el no despreciable beneficio de forjar un contingente de mujeres profesionales negras que, gracias a su conocimiento directo sobre las condiciones de vida de los negros sureños, se colocaban en posición de asumir cargos y liderazgos cada vez más autónomos y críticos, a la vez que promovían estrategias más apropiadas de atención a la misma población.

Entretanto, en el Perú, el principio de que la salud debe ir a la población, donde ésta se encuentre y en el estado en que se encuentre, y además que debe dirigirse a toda la población, es relativamente nuevo. Muchos profesionales del sector consideran que es «engreír» a la población el realizar visitas domiciliarias o campañas de salud en las comunidades rurales. Eso pudo constatarse al hablar con prestadores de los establecimientos del MINSA, en el marco de un estudio sobre calidad de la atención de salud (Anderson, próxima publicación). Los salubristas públicos peruanos son todavía pocos dentro de la profesión médica, y son incipientes también sus propias concepciones sobre la salud pública en función al país real.

⁶ FRYKMAN y LÖFGREN (1987) describen campañas similares efectuadas en Suecia como parte de un movimiento que procuraba —y logró, pese a las resistencias— inculcar en los campesinos y trabajadores rurales las actitudes de la burguesía y la clase media urbana respecto al orden, la puntualidad, la limpieza y la autodisciplina.

El principal impedimento para mejorar la situación de salud en el Perú, entonces, no es la pobreza, ni puede utilizársele como disculpa por lo que se hizo o se dejó de hacer en el pasado. Evelyn Huber (1996:181), acuciosa analista de la política social en América Latina, afirma que todos los países latinoamericanos poseen los recursos financieros y técnicos para resolver los problemas básicos de salud; si no lo han hecho hasta ahora es porque faltaron los recursos políticos. Esta misma investigadora señala que los dos grandes «temas» de la política social en toda América Latina a lo largo del s. XX fueron la salud y las pensiones. Los países de toda la región han denotado muy poca capacidad e interés para incursionar en políticas sociales de otras índoles: por ejemplo, políticas asistenciales tipo *welfare* y otras medidas explícitamente dirigidas a reducir la pobreza y la exclusión social. Resulta decepcionante contrastar, de un lado, el esfuerzo desplegado para resolver los problemas de salud y, de otro, la brecha que resta cubrir para lograr tal objetivo, en la región en su conjunto y en el Perú en particular.

Es en este contexto que se presentan las actuales propuestas sobre reforma de la salud, como un nuevo intento por encontrar respuestas para la población en su conjunto (Arroyo 2000). Ha entrado en vigencia un proceso de privatización de buena parte de los servicios de atención y seguros de salud. Dicho proceso se fundamenta en la idea de que los servicios de salud deben seguir la demanda que señale la población usuaria. Se basa, además, en la convicción de que los recursos públicos y la capacidad administrativa del Estado no son, ni serán, suficientes para financiar y operar sistemas universales de seguros de salud y prestaciones de servicios. Con relación a los usuarios de los servicios, y a la población necesitada de salud y sin acceso al sistema oficial bajo las actuales condiciones, se parte de algunos supuestos contundentes en torno a la capacidad de demanda y la existencia de mecanismos de vigilancia ciudadana. La reforma de la salud pretende consolidar canales para la participación en la toma de decisiones sobre políticas y programas, más claramente al nivel local aunque sin excluir los niveles intermedios e incluso el central. Esto supone, por otra parte, la preparación de la población para que participe en procesos políticos de elección de representantes, en la articulación de demandas y en la supervisión de la administración diaria de los servicios de salud.

Con estos comentarios preliminares he querido sentar el contexto para la exposición que sigue. Paso, entonces, a ocuparme del primero de mis tres temas centrales: la vinculación entre la salud y la pobreza en las condiciones específicas del Perú.

B. POBREZA Y SALUD A LA PERUANA

Aunque quede descartado el vínculo determinista y mecánico entre el nivel de pobreza y los niveles de salud en el país, tenemos, la salud que específicamente corresponde a nuestra pobreza. Muchos de los rasgos que asume la situación de salud en el país pueden predecirse a partir de un conocimiento sobre cómo se presenta la pobreza. El tipo de pobreza influye en la epidemiología (la incidencia y preponderancia de diferentes enfermedades y riesgos de salud) y en el impacto que ejercerá el patrón de morbilidad sobre las personas. El tipo de pobreza influye también en el modo de organizar la prevención y el cuidado de la salud y en el funcionamiento del sistema que provee los servicios de salud.

Es esencial la diferencia entre «niveles» y «tipos» de pobreza. Toda la evidencia con que contamos actualmente sugiere que la pobreza es multidimensional y que —como la mayoría de fenómenos sociales— está fuertemente influida por antecedentes históricos y efectos inerciales⁷. Han sido vastamente superadas las definiciones simples de la pobreza como la carencia de ingreso, de vivienda, de comodidades o de determinados bienes; todas son carencias objetivas, sujetas a medición, que permitirían ubicar a toda la población en uno u otro lado de una línea de pobreza. La pobreza resulta polémica justamente porque adopta muchas formas y encubre procesos dinámicos muy diversos. La complejidad y multideterminación de la pobreza ayudan a explicar por qué, luego de muchos años de debate sobre el tema y de intentos por «combatirla», «aliviarla» o aun «erradicarla» en el Perú, hay tan poco avance.

⁷ En el informe de 2000 del Banco Mundial titulado *Atacando a la pobreza*, se reafirman la multidimensionalidad de la pobreza y la importancia de contextos, culturas e historias locales en su determinación.

En lo que sigue, examinaré cuatro características de la pobreza en el Perú que parecen relacionarse con el cuadro observado de morbilidad y el patrón de atención de la salud. La primera de ellas es su antigüedad; la segunda, su vinculación con un patrón de exclusión social; la tercera, su concentración en la sierra andina; y la cuarta es la fuerte presencia de *shocks* externos como explicación de la pobreza en el ámbito de las familias.

1. Una pobreza de larga data

1.1 Pobreza

La pobreza y la desigualdad a ella asociada son de larga data en el Perú. Berry (1990) sostiene que la distribución del ingreso y la riqueza sigue un patrón que se ha mantenido prácticamente invariable desde hace más de un siglo. Los intentos de redistribución —por ejemplo, bajo el régimen militar de principios de los '70— tuvieron impactos pasajeros, luego revertidos. La pobreza en el país tendría un fuerte componente inercial. Están en marcha los mecanismos que la reproducen casi de la misma manera y en el mismo grado, ciclo tras ciclo.

Como expresión de esta inercia, la pobreza se concentra en determinadas zonas del país. Las políticas públicas de cada nuevo gobierno siguen la pauta de los anteriores, favoreciendo a algunas regiones con la inversión en infraestructura física y social y dejando en permanente desventaja a otras. La actividad privada sigue igual patrón, concentrando el dinamismo económico en las zonas privilegiadas y produciendo estancamiento en otras. Se instauran círculos viciosos en los cuales la falta de inversión y de trabajo expulsa a la población y reduce la capacidad de las instituciones locales. Esto a su vez limita la iniciativa local para generar propuestas y demandas y para absorber la poca inversión que llega a realizarse.

Las redes de servicios públicos y la dotación de infraestructura básica ejercen un impacto directo sobre los niveles de salud en cualquier contexto o país. La atención de salud, por su misma naturaleza, casi necesariamente implica que debe producirse un encuentro físico entre el enfermo y el proveedor de servicios. El diagnóstico requiere la revisión ocular, la conversación personal y, por lo general, acciones que implican palpar y

probar. En países industrializados de difícil geografía y grandes distancias (similares al Perú en estos aspectos), se facilita este encuentro mediante helicópteros, embarcaciones y unidades médicas móviles que cuentan con un sistema de carreteras rápidas. Se complementa con sistemas de diagnóstico y tratamiento que apelan a las computadoras y tecnologías de imágenes por control remoto. Elementos casi ausentes en el caso peruano.

Allí donde las «manos puestas» son una condición previa para atender la salud, los sistemas comunitarios de salud permanecen y se mantienen sólidos porque sus posibilidades son mucho mayores que las del sistema de salud oficial para superar las dificultades de acceso y encuentro entre enfermo y especialista. La base de estos sistemas son los parteros y parteras, curanderos, hueseros, hierberos y curiosos de diferentes especializaciones, capacidades, niveles de competencia y de compromiso. Los especialistas comunitarios funcionan sobre la base de caballos, bicicletas y largas caminatas. Inclusive, llegan a instalarse por un tiempo en la casa, mientras atienden un problema prolongado de salud. Es lo que ocurre, por ejemplo, con algunas parteras que se mudan con la familia de la parturienta días antes del alumbramiento y permanecen otros más después del mismo, a la vez que se encargan del manejo de la casa.

Para la mayoría de servicios que provee el sistema oficial de salud, las carreteras o caminos carrozables, los puentes, los botes de motor (en la selva), la telefonía y radiotelefonía, la electricidad, el agua potable, las refrigeradoras y aun las computadoras son soportes que no pueden estar demasiado lejos. El uso de la palabra escrita y los mensajes codificados según usanzas aprendidas en la escuela también constituyen soportes imprescindibles. Ellos dan lugar a los sistemas de referencia y contrarreferencia (basados en la comunicación entre servicios de salud de diferentes lugares y grados de complejidad), a la posibilidad de trasladar personal, equipos y medicamentos, y por ende, a la posibilidad de evacuar a pacientes en casos necesarios. La infraestructura que se precisa es física y primaria y también secundaria: implica el «saber cómo» utilizar los elementos disponibles, en especial los medios de comunicación rápida.

La atención de salud, usualmente, no sólo requiere de un encuentro (por lo menos uno) «cara a cara» entre enfermo y prestador, sino que éste,

varias veces, debe producirse en una situación de emergencia. Muchos problemas de salud se presentan sin previo aviso; toman de sorpresa. Esta característica coloca al frente a un tipo adicional de infraestructura que se vuelve imprescindible para reducir la morbimortalidad y mejorar los niveles de salud pública. Se trata de un tejido social e institucional capaz de secundar a los proveedores de servicios de salud en la tarea de llevar a cabo diferentes cursos de acción, según los casos. Frente a emergencias, accidentes y epidemias, los establecimientos de salud no son autosuficientes. No poseen —ni sería una eficiente política de salud pretender que lo hicieran— los vehículos, medicamentos, recursos económicos, equipos de comunicación y espacio físico para todas las eventualidades que podrían presentarse. Necesitan contar en su entorno con otras instituciones —el gobierno municipal, organizaciones no gubernamentales, asociaciones cívicas, agrupaciones religiosas, organizaciones populares— que aporten recursos mediante una figura de préstamo, canje, reciprocidad o donación.

Las emergencias obstétricas que analizamos en el estudio sobre casos de muerte materna en zonas rurales del país muestran claramente las consecuencias de las deficiencias de infraestructura en todas las categorías recién esbozadas. La mayoría de las muertes se produjeron en zonas donde faltaban pistas, puentes, canales, conexiones eléctricas, saneamiento, sistemas de agua potable, de telefonía y otros medios de comunicación. La ausencia de estos elementos contribuyó en numerosos casos al desenlace fatal. Frente a una hemorragia, un parto obstruido o la repentina subida de presión sanguínea en la parturienta, se perdía un tiempo crucial porque no había un camino carrozable que uniera la casa de la mujer con un establecimiento de salud. Aunque algunos de los establecimientos de salud que estuvieron implicados contaban con radioteléfonos, éstos no fueron utilizados para pedir ayuda y refuerzos. Tampoco hubieran podido llegar a tiempo.

En tales condiciones, las formas de pobreza crónica que se instalan están asociadas con ámbitos geográficos del país y la población que los habita. En lugar de sinergias positivas que impulsen una espiral hacia mayor desarrollo, mayores amenidades, mayores servicios y mayor soporte para dicho crecimiento, grandes zonas quedan estancadas, atrapadas en una pobreza que viene de décadas y aun siglos atrás.

1.2 Salud

La realidad descrita —la larga permanencia de la pobreza, sobre todo la que se asocia a determinadas zonas geográficas y sectores de la población— se expresa claramente en los patrones de morbilidad y mortalidad existentes en el Perú. Allí donde la pobreza se ha vuelto crónica, se observa un acomodo de muchos factores y actores en una lógica de compensación, mediocridad y aceptación de la situación dada. La población se acostumbra a un nivel bajo de salubridad; muchos se resignan a sucumbir ante problemas que en otros lugares tendrían solución.

La pobreza antigua y crónica, aliada a las deficiencias de infraestructura, saneamiento básico y conexión con las redes de distribución de alimentos y otros productos, afecta principalmente a las zonas rurales del país. En forma paralela, para la mayoría de indicadores de salud, la división entre lo urbano y lo rural es básica. Los promedios nacionales respecto a cualquier indicador de salud o morbilidad resultan de poca utilidad porque esconden grandes diferencias regionales y, sobre todo, entre la situación urbana y la rural. Sin embargo, las ciudades de las zonas menos conectadas, que comparten con su entorno rural la larga historia de pobreza y olvido —como Pucallpa—, también presentan índices de salud inferiores.

En este contexto, los principales problemas de morbilidad y mortalidad en el país se relacionan con la desnutrición, la pobre calidad del agua y la fácil propagación de agentes infecciosos en una población con precarios sistemas de defensa. La desnutrición infantil, la anemia en mujeres adultas y las enfermedades diarreicas tienen un alto perfil como causa de muerte en sí mismas, como factores en estados crónicos de salud deficiente y como contribuyentes a episodios de otras enfermedades. Al mismo tiempo, como parte del cuadro predominante de morbilidad y mortalidad, persisten las enfermedades infecciosas, enfermedades endémicas como la malaria y enfermedades como la tuberculosis, que se propagan en condiciones en que el cuerpo humano está debilitado por causa de la desnutrición y, muchas veces, debido a la presencia de otros vectores.

La antigüedad de la pobreza en el país también incide en el sistema de atención de la salud y la forma en éste que opera. Los puestos y centros

que dependen del Ministerio de Salud, los hospitales grandes y de apoyo, además de las clínicas y los consultorios privados, se hallan concentrados en las zonas urbanas y en los lugares más asequibles del campo. Las deficiencias de infraestructura, comunicaciones y amenidades en las zonas menos favorecidas hacen prácticamente imposible atraer a un complemento altamente capacitado de profesionales biomédicos. Los encargados de la atención en los puestos de salud más alejados, en las zonas donde «no hay nada», suelen ser promotores y enfermeros formados en institutos cercanos. Aunque tienen la ventaja de su capacidad para compenetrarse con la población, sus deficiencias técnicas son evidentes para los usuarios. Donde hay médicos, éstos suelen ser graduados recientes, incluso «serumistas» que cumplen una etapa de servicio obligatorio.

Bajo tales condiciones, es muy difícil que los establecimientos de salud puedan ser eficaces. Al contrario, fracasan e incluso matan: literalmente, debido a errores y a la falta de equipos y medicamentos; y en la percepción de la gente, porque la tendencia es recurrir a estos establecimientos tardíamente, cuando el caso ya es insalvable. El sistema quiere que los servicios de menor nivel se mantengan como dispensadores de cuidados primarios, con lo cual los programas de educación en salud son una actividad central; la población —aunque no menosprecia las «charlas»— demanda sobre todo servicios de emergencia, incluso que estén a la altura de las emergencias complejas. La solución de algunos de los casos de muerte materna, por ejemplo, hubiera requerido la capacidad para realizar operaciones cesáreas en establecimientos que ni siquiera tenían equipos de laboratorio para analizar los tipos de sangre. Hubiera requerido vínculos fuertes de cooperación con una red de actores locales, los que muchas veces no existían o tampoco contaban con los recursos que, en otros lugares, serían una parte rutinaria de su mandato y portafolio.

La población responde frente a estas situaciones desarrollando múltiples prácticas de autocuidado. Los estudios donde se examinan los itinerarios que sigue la búsqueda de servicios de salud señalan casi unánimemente que, ante un malestar, la primera acción es recurrir a los consejos de personas de la red familiar y vecinal que posean algún conocimiento. Lo probable es que ellas sugieran ingerir la infusión de alguna hierba. A con-

tinuación, se puede recurrir a una amplia gama de prácticas (masajes, el «acomodo» en el caso de embarazos, frotaciones con ungüentos, la «pasada del cuy») y de medicamentos que pertenecen a la medicina «tradicional», en el sentido de que recogen pocos elementos de la biomedicina moderna. Lo que cada vez se vuelve más común, sin embargo, es el uso combinado de múltiples sistemas de diagnóstico, tratamiento y explicación (Mendoza 1997; Anderson próxima publicación; CISEPA 2000). Como un reflejo de los impedimentos para elegir entre un número mayor de opciones, y también de la importancia que tienen las emergencias en las estrategias para cuidar la salud de los más pobres, se usa lo que está más cerca y a lo que se puede tener acceso más rápidamente.

2. Pobreza vinculada a la exclusión social

2.1 Pobreza

La segunda característica de la pobreza peruana que repercute en el cuadro de morbimortalidad existente es su estrecho vínculo con la exclusión social. Este último concepto usualmente acarrea algún grado y tipo de pobreza, ya que uno de sus elementos es la marginación en mercados como los de trabajo y de consumo. Un estudio de Figueroa, Altamirano y Sulmont (1996) resalta diversos componentes de la exclusión social: la exclusión, además del mercado de trabajo, de los mercados de seguros y crédito; la escasez de «activos» políticos; y el aislamiento de redes sociales que distribuyen diversos bienes y apoyos.

El concepto de exclusión llama la atención sobre una faceta política de la pobreza: la carencia de poder y control sobre las circunstancias de la propia vida. En casos extremos, la exclusión condena a determinados grupos sociales a la invisibilidad, impidiendo que sus necesidades y demandas sean reconocidas, mucho menos tomadas en cuenta.

Cuando son pocos los «activos políticos» de los excluidos, también es poca su voz en las decisiones públicas; entre las que están las relativas al funcionamiento del sistema de salud. Los activos políticos abarcan factores tales como: capacidades de liderazgo y de movilización, conocimien-

tos sobre los procedimientos y reglas de juego del sistema político, capacidad organizativa y estratégica, y la posibilidad de establecer alianzas y convocar a grandes números de personas en apoyo a una propuesta. En grado mayor o menor, los excluidos sufren desventajas en todos estos frentes. Tal situación determina una deficiente representación política y hace poco probable que el sistema político funcione en favor de la inversión en los pobres y sus problemas de salud, entre muchos otros.

El concepto de exclusión social también hace hincapié en el papel de la discriminación social. Coloca en primer plano el tema de las actitudes de las elites dominantes, que marginan a los miembros de otras categorías sociales, para ellas menos valoradas. Sienta las bases para un sistema de ciudadanía de distinta jerarquía: las de «clase A», las de «clase B», y así sucesivamente. Sólo resta un paso corto para atribuir a estas diferentes clases de ciudadanos derechos también distintos respecto a la vida y la salud. Incluso las supuestas diferencias pueden revestirse de un camuflaje ideológico esencialista, en el que se retrata a los distintos grupos como tipos también distintos de seres humanos. Esto permite que se diga sobre los pobres que «no sienten el dolor» como una persona de clase media, o que «no les afecta la muerte de un hijo» del mismo modo que a alguien de la elite urbana.

2.2 Salud

La exclusión social, implicada en la pobreza, se traslada a la situación de salud de muchas maneras. Una de las más obvias es la existencia de un sistema de atención que provee servicios de calidad notablemente diferentes, según la categoría del usuario. Existen los usuarios del sistema privado (generalmente amparados por seguros de salud también privados), los del sistema del antiguo Instituto Peruano de Seguridad Social (ahora bajo el nombre oficial de EsSalud), y los del sistema de establecimientos que dependen del Ministerio de Salud, la salud pública propiamente dicha. Las Fuerzas Armadas cuentan con su propio sistema, jerarquizado de acuerdo a las distinciones de oficiales, no oficiales y rango. La inversión *per cápita* y el gasto en atenciones de salud difieren dramáticamente según

cada sistema. En principio, se trata de compartimientos estancos: es casi imposible salirse del sistema que a uno le toca por adscripción y «herencia». Un informe del Banco Mundial (1999:ix) sobre el sector salud en el Perú halla que «el consumo per cápita de bienes y servicios de salud es aproximadamente 4.5 veces mayor entre el 20% del nivel socioeconómico más alto que en el 20% del nivel más bajo».

Este sistema de jerarquías y exclusiones se observó en pleno funcionamiento cuando se realizó el estudio de evaluación social para la Reforma de la Salud (CISEPA 2000). En las comunidades visitadas, una pequeña elite local buscaba servicios de salud en los establecimientos de EsSalud o en el sistema privado de la capital departamental. Los establecimientos del MINSA tendían a ser usados sobre todo por los sectores intermedios: funcionarios estatales como maestros y policías, pequeños negociantes, campesinos con niveles relativamente altos de escolaridad, experiencias de migración y contacto urbano. Al hacerse sentir la recesión y escasez de dinero en las capas asalariadas, se notó un repliegue en el sistema público, con el efecto de desplazar a los grupos más pobres.

Dentro de los establecimientos de salud, hay evidencia de conductas que consagran la exclusión social como un ordenador básico en la prestación de servicios. En los tres estudios que dan la base empírica para este análisis se recogieron abundantes pruebas de los problemas de discriminación sentida por los usuarios más marginados en el sistema de jerarquías locales. En Pucallpa, por ejemplo, las mujeres shipibas se quejaban del maltrato y expresaron la percepción de no ser bienvenidas en los establecimientos (CISEPA 2000). Algunas mujeres entrevistadas para el estudio sobre modelos de calidad de atención tenían, de modo similar, una percepción de favoritismos y exclusiones respecto al acceso de diferentes grupos a los servicios de salud y a recursos que los establecimientos distribuyen, especialmente alimentos donados. Tocado el tema de los exámenes ginecológicos y el problema de los descensos, saltaron numerosas referencias a calificativos, variantes del de «indias sucias», que aplican algunos de los prestadores de salud.

La evidencia lleva a pensar que los prestadores de salud hacen distinciones entre sus clientes, incluyendo lo que evalúan como la capacidad de

«entender» y seguir las instrucciones para su tratamiento. La exclusión, en este caso, afecta en forma desproporcional a la población analfabeta, pobre (no tiene siquiera capacidad para adquirir los remedios), de mayor edad y, las más de las veces, femenina (CISEPA 2000). Termina instalándose así una actitud de autoexclusión en los usuarios más vulnerables, quienes interiorizan las actitudes dominantes, atribuyéndose a sí mismos menores derechos a la salud.

Una consecuencia de estos patrones de exclusión social es la coexistencia, en una misma comunidad, de estamentos con niveles de salubridad y cuadros de morbilidad notablemente desiguales. Los estudios de CISEPA y de ReproSalud no implicaron largas estadías en el campo, condición necesaria para permitir un registro detallado de la presencia y situación de salud de los distintos estratos de la población, tomando en cuenta ciclos temporales prolongados. Hallamos, no obstante, esta evidencia en dos excelentes estudios sobre el pueblo de Ñuñoa, en Puno (Leatherman 1987; Luerssen 1993a y b). Los autores demuestran la manera como los indicadores de salud y morbilidad, la identificación e interpretación de los problemas de salud y las respuestas frente a ellos varían de acuerdo al estatus socioeconómico de las familias. Luerssen eliminó de consideración a los residentes más pudientes de este pueblo de unos 4.000 habitantes: terratenientes, comerciantes, la empleocracia estatal. Al comparar los tres grupos restantes —pobres no agricultores; pobres agricultores con ingresos intermedios; agricultores y no agricultores—, esta autora encontró diferencias sistemáticas en cuanto a las estrategias de conservación y tratamiento de la salud.

En Ñuñoa, las familias más pobres, entre las que se incluye un alto porcentaje cuya manutención corre a cargo únicamente de mujeres, experimentan episodios más prolongados de enfermedad, entendiéndose por ésta cualquier condición que incapacite a la persona para cumplir sus funciones usuales en la economía doméstica. En casi la mitad de estas familias hay por lo menos un adulto con un padecimiento crónico: ceguera u otro problema ocular, artritis reumatoide, parálisis, infecciones crónicas, tuberculosis, fracturas mal soldadas. En las familias más vulnerables, se posterga sistemáticamente la atención a los problemas de salud, en especial

durante las épocas del año cuando el trabajo agrícola es mayor. Esta práctica tiene como consecuencia no solamente estados de enorme desgaste físico y agotamiento, durante y después de un período de trabajo intenso, sino también mayor vulnerabilidad posterior frente a las enfermedades.

Pese a gozar de mejores estados de salud, las familias con ingresos medios de Ñuñoa se hacen atender dos veces más frecuentemente en los establecimientos de salud que las familias pobres. Aunque la dieta de casi todas ellas es deficiente, la alimentación de las familias con ingresos medios, comparada con la de los dos grupos de pobres, es «sobrecogedoramente superior (*startlingly superior*)» (Luerssen 1993b:268). Para las familias más pobres, sobre todo las que carecen de tierras y animales, su mala salud da inicio a un círculo vicioso: los prolongados y repetidos episodios de enfermedad causan una pérdida de días laborables y oportunidades para obtener ingresos, lo que a su vez agudiza el problema de conseguir una dieta adecuada y atender oportunamente los problemas de salud.

Los miembros de comunidades locales como la de Ñuñoa conviven entre personas cuyos riesgos de enfermar y morir son extremadamente diferentes, de un modo que tendería a naturalizar sus desigualdades. Los más pobres simplemente aparecerían como más frágiles y enfermizos. Frente a situaciones hipotéticas de problemas graves de salud que Luerssen proponía a sus informantes (neumonía, tuberculosis o necesidad de una intervención quirúrgica), casi el 90% de los miembros de familias pobres sin tierras, y el 64% de miembros de familias pobres agricultoras, dijeron que la muerte sería inevitable en por lo menos una de tales circunstancias (Luerssen 1993b:273). Entretanto, todos los integrantes de familias con ingresos medios en Ñuñoa consideraban que estarían en condiciones de resolver el problema, lo cual no conduciría a la muerte de su familiar.

La exclusión social también se manifiesta en la salud a través de la relativamente poca atención que presta el sistema a problemas de morbilidad que no sean los de los sectores integrados y dominantes. Es indudable que en el Perú se refleja también una situación mundial: la poca atención a los problemas de salud característicos de los países en desarrollo, especialmente de los ubicados en el trópico y, dentro de ellos, a los sectores menos poderosos y más vulnerables de la población. A nivel nacional, los

problemas nutricionales suelen no ser vistos en toda la dimensión que merecen. Se ha sugerido, por ejemplo, que las violentas hemorragias que acompañaron la muerte de varias mujeres, cuyo deceso se reconstruyó como parte de la investigación sobre la muerte materna en el Perú rural, pudieron haber tenido como factor coadyuvante a estados graves de anemia, no diagnosticados (Altobelli 1999). El Proyecto ReproSalud ha demostrado la frecuencia de infecciones y descensos vaginales en las mujeres del campo, problema de salud pública que atrajo poca preocupación hasta que este Proyecto consiguió movilizar el tema en una campaña activa de denuncias y reclamos.

Hay una forma adicional de exclusión que afecta específicamente a las mujeres. Para entenderla, debe recordarse la naturaleza particular de los problemas de salud. En el caso típico, el desarrollo de una enfermedad implica la aparición de «picos» o situaciones de emergencia que demandan la intervención de un especialista (sea del sistema oficial o comunitario). El inicio de una enfermedad, cuando se hace el diagnóstico, es uno de estos momentos críticos. Durante gran parte de la evolución de la dolencia, sin embargo, suele bastar con que alguien esté presente para atender a la persona enferma; es decir, para darle cuidados similares a los que una madre de familia presta a sus hijos menores dependientes. En un hospital, esta situación da lugar a la típica división del trabajo entre el médico y la enfermera: él se hace presente en momentos de decisión y/o emergencia y ella se encarga del proceso que resta de la enfermedad, incluyendo la atención a los estados de ánimo y las necesidades de apoyo psicológico del paciente.

En la vasta mayoría de problemas de salud que vive la población peruana, la hospitalización está fuera de cuestión y el enfermo o la enferma se cuidan en casa. Este cuidado generalmente es provisto por la madre de familia o alguna otra de las mujeres (abuela, hermana, hija, empleada doméstica) que la sustituyen o apoyan. El papel de estas mujeres en la economía de la salud, mirada con amplitud, queda totalmente opacado. Ellas son invisibles y su trabajo inexistente. Incluso, para algunos prestadores de salud, son descalificadas y menospreciadas y se les trata de ignorantes e incompetentes. La situación ideal en cualquier proceso de curación y saneamiento, de colaboración entre todos los agentes y actores que influyen sobre la paciente, está negada.

3. Concentración de la pobreza y los problemas de salud en la población andina

3.1 Pobreza

La pobreza y la exclusión social en el Perú se concentran en una zona y población especiales: la andina. Según todos los índices y mapas relativos a la pobreza, un conjunto de departamentos y provincias que se hallan en los Andes son los más pobres del país⁸. La lista consabida incluye a Huancaavelica, en primer lugar, Apurímac, Cajamarca, Ayacucho, Cusco, Puno y Ancash.

La pobreza de los departamentos andinos no es homogénea, sin embargo. Escapan a la más aguda algunas ciudades y sus entornos (Cusco, Juliaca) y algunos distritos rurales que han sido sede de proyectos localizados de inversión, por ejemplo, en una mina o planta hidroeléctrica. La peor pobreza, antigua y resistente, se concentra en las provincias y los distritos más rurales y con mayor concentración de comunidades campesinas, economías pastoriles de altura y pequeños productores en minifundios familiares, muchas veces con la histórica presencia de haciendas. Un elemento que estas localidades tienen en común es la vigencia de formas culturales que asociamos a la cultura andina. En el centro y el sur, hay la presencia —a veces predominante— del quechua y el aymara como lenguas de uso cotidiano.

Sea cual fuere el análisis de sus raíces y razones, la pobreza de las comunidades campesinas andinas presenta ahora muchas características de ciclo autorreproductor. El acceso a los mercados es restringido y los términos de intercambio son desfavorables. Los campesinos se «descampesi-

⁸ ARAMBURÚ y FIGUEROA (2000:50) nos recuerdan que, según los mapas de pobreza que maneja el Ministerio de la Presidencia, 205 de los 237 distritos más pobres del país tienen altas concentraciones de población indígena. En 52 distritos se trata de grupos nativos de la selva y en 153, de quechuas y aymaras andinos. Dada su mayor densidad demográfica, la cantidad absoluta de población en los distritos andinos es bastante mayor.

nizan» frente a la exigencia de migrar temporalmente en busca de trabajo asalariado. Las mujeres —que en la generación anterior recibieron notablemente menos educación y tienen menor conexión con la asistencia técnica y crediticia— se quedan frente a las empresas agropecuarias familiares, bajo condiciones que les exigen seguir realizando sus tradicionales funciones en la familia y comunidad local. Persisten las formas abiertas de explotación a manos de comerciantes e intermediarios, y funcionarios locales. Entretanto, la educación que se ofrece en las comunidades andinas rurales es de inferior calidad. En las zonas de mayor pobreza, las niñas abandonan la escuela a temprana edad, reproduciéndose así en la próxima generación el analfabetismo funcional de las madres.

3.2 Salud

En el terreno de la salud, la particular situación de la población andina se expresa de muchas maneras diferentes. En primer plano están los índices de morbilidad y mortalidad. Según casi cualquier indicador, los valores para esta zona ocupan los rangos inferiores, a comparación de lo que ocurre en el resto del país (CISEPA 2000). La tasa de mortalidad infantil, que en promedio nacional ha bajado sustancialmente en las últimas décadas y se asemeja a los índices de países industrializados en algunos distritos limeños, muestra niveles propios de los países más pobres del mundo en algunas provincias altoandinas. Las tasas más altas de mortalidad materna se observan en los Andes. La esperanza de vida es aproximadamente 15 años mayor en el departamento de Lima que en Puno, Cusco y Apurímac.

Departamentos seleccionados)	Esperanza de vida:	Esperanza de vida:
	varones	mujeres
Lima	74,3	79,5
La Libertad	69,3	74,3
Lambayeque	68,3	73,3
Tumbes	67,5	72,5
Ancash	66,2	71,1

Cajamarca	64,9	69,8
Madre de Dios	64,8	69,7
Piura	64,1	68,9
Ucayali	62,3	68,1
Apurímac	59,4	64,0
Puno	58,4	62,9
Cusco	58,0	62,4

Fuente: MINSA/OPS. Elaboración CISEPA 2000.

Tal situación puede explicarse en parte —pero sólo en parte— debido a la limitada cobertura que en la zona andina tienen los servicios de salud del sistema oficial. A esta realidad aludí en el acápite anterior. Aun aceptando la cobertura limitada y la dificultad de acceso a los establecimientos de salud, se observa un patrón de subutilización por parte de la población. Se subutilizan determinados servicios, como los de salud sexual y reproductiva y los de planificación familiar, pese a repetidas campañas informativas. Hay motivo para pensar que esta población se resiste a opciones como la cirugía (los «cortes») y aun la hospitalización; cuando menos, tiene una manera propia de calcular los costos y beneficios asociados a intervenciones radicales de esta índole.

Los prestadores de salud, y quienes elaboran y ejecutan las políticas respectivas, perciben que una vasta brecha cultural los separa de los hombres y las mujeres de las comunidades andinas. Esta brecha alcanza a los sistemas de tratamiento y explicación de diversas enfermedades y problemas de la salud, al mismo tiempo que compromete la relación social entre prestadores y pobladores a los que deben servir. En el estudio realizado para el Proyecto ReproSalud, por ejemplo, se analizan los modelos de calidad en la atención de las mujeres usuarias y del personal del MINSA. Los elementos que confluyen en las ideas de «calidad» en ambos casos, aunque con algunas coincidencias (por ejemplo, el buen trato y la capacidad resolutiva del tratamiento que se propone), integran paquetes notablemente distintos. Varía, además, la relativa prioridad de diferentes elementos. Las mujeres valoran sobremanera la rapidez del tratamiento; los prestadores valoran altamente lo que ellos identifican como un trato cálido en su relación con los pacientes.

Tal vez la brecha más profunda entre la población andina y el sistema oficial de salud, y que causa mayor perplejidad a los actores en ambos lados, se ubica en el terreno del diagnóstico de los estados de salud y enfermedad y los sistemas para explicarlos. La respuesta que se da cuando una campesina viene quejándose del «susto», por ejemplo, es un caso paradigmático. Hasta hace muy poco, la política era negar la existencia de tal enfermedad, procurando enseñarles a los campesinos que sus ideas estaban equivocadas. Hoy, más bien, los trabajadores de la salud aplican diversas estrategias para averiguar los síntomas que podrían encajar con categorías biomédicas, mientras alientan a la persona a buscar, además del tratamiento que ellos le ofrecen, el alivio de un curandero o hierbero. De esta manera, dan reconocimiento a lo que consideran una dimensión psicológica o místico-religiosa del susto.

La relación social que se establece entre el proveedor y el usuario de servicios de salud resulta problemática en los Andes debido a la larga historia de opresión, discriminación e incompreensión que tiñe casi toda relación intergrupala en este ámbito. Muchos de los prestadores de salud provienen de pueblos y ciudades andinas; no obstante, sus referentes son los estratos mestizos y profesionales. En un entorno social atravesado por incertidumbres y continuos riesgos de malos entendidos, los prestadores de salud se repliegan, relacionándose principalmente con el sector que, debido a su bajo estatus y poco poder formal en la familia y la comunidad campesina, tiene poca capacidad para rechazarlos abiertamente. Este lo constituyen las mujeres, especialmente madres y mujeres mayores. Las mujeres son el blanco de mensajes, tratamientos, consejos e incriminaciones sobre la salud sexual y reproductiva, aun en casos en que el marido tiene por lo menos igual protagonismo (por ejemplo, planificación familiar, enfermedades transmitidas sexualmente). Tratándose de los hijos, es más fácil, rápido y eficiente ponerse de acuerdo con la madre, obviando la autoridad del padre.

Entre el personal de salud y los varones adultos se instaura una relación tirante, marcada por suspicacias y temores de ambas partes. Los varones intentan recuperar su iniciativa y capacidad de decisión; por ejemplo, prohibiendo a sus esposas usar cualquier método de planificación familiar. En

un caso que se vio, el padre llegó a casa para enterarse de que la esposa y el médico del establecimiento de salud habían aprovechado su ausencia para internar a su hijo en el hospital de la capital departamental. El padre fue a la ciudad, sacó al hijo y lo llevó de regreso a casa. En circunstancias que permiten pocos contactos positivos, los prestadores de salud se tejen una imagen de los varones adultos que los pinta como tercamente conservadores, desinformados, reacios, «machistas», poco preocupados por la salud de sus esposas e hijos (y de la suya propia), violentos y alcoholizados.

Mientras tanto, los andinos tienen una amplia confianza en sus propios conocimientos y medios de solución frente a problemas de salud y en su propia capacidad para diagnosticar y vigilar los procesos patológicos. En cada hogar, cuando menos en la familia extensa, hay alguien que sabe de hierbas. En el entorno de cada comunidad, existe un abanico de especialistas. La población se reserva el derecho de traspasar la frontera entre los recursos propios y los del sistema biomédico cuando lo juzga necesario; incluso, no parecería haber frontera. Las bodegas y farmacias de los pueblos distritales, los mercados y ferias locales abastecen de productos tales como la aspirina y el *Vick's VapoRub*. Estos son integrados junto con las hierbas en una farmacopea básica (Mendoza 1997). Si un agente —especialista, procedimiento o medicamento— funciona, los hechos lo demostrarán; si no se ven resultados positivos dentro de un tiempo prudencial, se optará por otro.

A los prestadores oficiales, tales actitudes les resultan incomprensibles y riesgosas, lindando con la culpabilidad criminal. No pueden asumir el papel de colaboradores, en un esfuerzo compartido para descubrir soluciones a los problemas de salud que sufre la gente. Entretanto, los usuarios perciben claramente el elemento que en la práctica biomédica permite el progresivo acercamiento a una solución: «Los médicos también adivinan», dijo una mujer (CISEPA 2000). Entre las dificultades de los proveedores está, indudablemente, la exigencia de rendir informes y justificar sus acciones frente a supervisores interesados en afirmar las bondades del sistema biomédico, a costa de cualquier alternativa. Esto poco conduce a la negociación de significados, a admitir que la población local efectivamente posee recursos valiosos, a afianzar la seguridad en lugar de azuzar

inseguridades en los usuarios y a una relación de cooperación a la hora de actuar.

Tanto la distancia cultural como la necesidad de afirmarse en tradiciones opuestas repercutieron fatalmente en varios de los casos de muerte materna examinados. En algunos, la muerte sobrevino en medio de gritos y acusaciones que se intercambiaban, por un lado, los familiares y vecinos de la moribunda y, por el otro, el personal del sistema de salud. Ante el presentimiento de un deceso inminente, todos se cerraban frente a otras alternativas. Bajo tales circunstancias dramáticas, las posturas de cada lado se endurecían aún más.

Las autopsias verbales realizadas en casos de muerte materna permiten ver cómo el entendimiento acerca de la muerte marca, en la tradición cultural andina, divergencias respecto a la norma costeña, occidental, biomédica y dominante en el país. Hay que «morir bien», de acuerdo a los criterios de esa comunidad. Una muerte buena reúne características definidas. Ocurre de preferencia en casa de la mujer, incluso en su propia cama. Crea la oportunidad para que se despida de los suyos, perdonándolos y recibiendo su perdón. La moribunda puede así disponer de sus cosas, distribuyéndolas entre familiares y vecinos. A veces estas escenas sirven para poner fin a rencillas entre familiares, según la última voluntad de la falleciente. Luego, el cadáver tiene que prepararse de acuerdo a la usanza y la casa debe limpiarse y disponerse para recibir a una gran cantidad de personas, incluso de pueblos cercanos, para el velorio. Será necesario observar prácticas para evitar que el espíritu de la fallecida permanezca en el lugar, tal vez con deseos de llevarse a alguna persona especialmente querida para que la acompañe en la otra vida.

Las condiciones necesarias para una «buena muerte» están reñidas con cualquier intervención de los prestadores de salud que implique retirar el cadáver de la casa o evacuar a la mujer cuando el deceso se torna altamente probable. Desde este marco, es fácil entender por qué se teme tanto que el cuerpo de la mujer (y del feto o el recién nacido) sea manipulado. Nuestros informantes hablaban con espanto sobre cortes, autopsias, tratamientos raros, desnudez, familiares expuestas a la vista de extraños en un hospital. Tales acciones arriesgan el hecho de que la familia pueda lle-

varse el cadáver a tiempo y en el debido estado, para cumplir con los ritos del velorio y el entierro.

Casi todas estas consideraciones, preocupaciones y angustias de las familias andinas eran deleznable desde el punto de vista de los prestadores oficiales de salud. Se escandalizaban al enterarse de que el velorio había sido grande y concurrido, y que había habido donaciones de comida y bebida hechas por muchos individuos y organizaciones que no se hicieron presentes durante la crisis. Contradecía todos sus esquemas el que no se intentara salvar la vida de la mujer mediante una evacuación, aun cuando fuera ínfima la probabilidad de éxito. En pocos casos, hicieron prevalecer sus propuestas para tratar la emergencia a través de lo que equivalía a un secuestro de la mujer. Una de las muertes se produjo en circunstancias en que dos trabajadores de la salud del puesto local se habían encerrado en una habitación de la casa con la moribunda, prohibiendo el ingreso a los familiares.

Felizmente, las relaciones cotidianas entre los pobladores andinos y el personal de salud no se caracterizan por la confrontación violenta, como en los casos extremos recién citados. A fin de cuentas, los pobladores tienen muchas maneras de esquivar el sistema, reírse de las exigencias y propuestas que les sean planteadas y afirmarse en sus propias creencias y especialistas. El sistema de salud oficial también tiene formas de esquivar a los pobladores y mostrarse indiferente, culpándolos a ellos por su situación sanitaria. A pesar de todo, existe la posibilidad de conciliación y cooperación entre dos diferentes maneras de entender la vida y la salud, la muerte y la enfermedad. Eso sería la clave para que los índices de salud entre la población andina, sobre todo la de los Andes rurales, se homologaran con los del resto del país.

4. Pobreza vinculada a *shocks* y vulnerabilidades

4.1 Pobreza

Para entender la situación de salud en el Perú, la cuarta característica de la pobreza que resulta relevante es su vinculación con los *shocks* y crisis que impactan a las familias y a veces a comunidades enteras. Depende de

hechos externos (*vis-à-vis* las economías familiares y locales) que ahogan las posibilidades de superarlos. Es evidente que tales movimientos dinámicos están fuertemente influidos por las condiciones macroeconómicas y el entorno. Para evaluar su preponderancia en las condiciones del Perú actual, la información de base resulta insuficiente. Sobre todo se requieren investigaciones longitudinales que sigan los movimientos de individuos y familias, registrando las posiciones iniciales, las caídas en la pobreza, la recuperación de la posición anterior, las recaídas, y así sucesivamente.

Los *shocks* pueden ser de distintas clases y orígenes. Inesperadamente, un miembro de la unidad doméstica pierde su puesto de trabajo. Se cierra un nicho económico que alguien venía explotando o del cual dependía una familia entera. Ocurre un accidente (caída, atropello en la carretera). Sin aviso, la familia se ve envuelta en un pleito o dificultad legal: una actividad ilícita sale a la luz, se pierde la propiedad o el derecho sobre un bien (casos de desahucio), o alguien hace una acusación falsa frente a la que hay que defenderse, contratando a un abogado o sobornando a un oficial. En otros casos, se rompe un vínculo social que era importante en la estrategia laboral y económica de una persona; muere o viaja un padrino, por ejemplo, o debe hacerse una mudanza forzosa que acarrea la pérdida de una red de vecinos conocidos. Se produce una muerte en la familia, ocasionando gastos y variaciones en la división de las responsabilidades domésticas. Las reformas de las políticas públicas pueden ejercer un impacto similar, como ocurrió a principios de los '90 con el retiro de subsidios a muchos productos y el alza de tarifas para los servicios públicos. Asimismo, se originan *shocks* debido a desastres locales (el incendio de la casa) o grandes desastres naturales, como las inundaciones y sequías que periódicamente afectan a zonas del territorio peruano y que impactan sobre miles de familias a la vez.

Los *shocks* ejercen un efecto repentino y devastador sobre los «activos» que ha logrado acumular un individuo o grupo familiar. Merman o destroran bienes de capital, herramientas de trabajo, ahorros y hasta los activos sociales; es decir, la ayuda que se recibe o que podría reclamarse a otras personas. Producen trastornos en la estrategia para obtener ingresos. Se pierden capacidades necesarias para el trabajo, se reduce el número de personas en condición de trabajar dentro de la unidad doméstica, un mis-

mo trabajo deja de rendir la misma cantidad de ingreso, varía el complicado engranaje de los diversos integrantes de un grupo cooperante familiar.

La respuesta inmediata de quienes se ven afectados por un *shock* de este tipo suele ser: solicitar ayuda a miembros de la familia extensa, la red vecinal y amical, y a figuras «poderosas» como los padrinos, empleadores y ex empleadores. En los casos de muerte materna, era común que alguna institución comunal o grupo informal de la localidad, por propia iniciativa, realizara una campaña para reunir donaciones, ya fuera para el tratamiento médico, para cubrir los costos de una evacuación, o para el velorio. Se sabía, sin embargo, que las contribuciones de las familias vecinas apenas serían de unos céntimos y que solamente una entidad como el gobierno municipal, a través de su fondo de emergencias, podría aportar un monto significativo. Las limitadas opciones y capacidad de los aportantes, a fin de afrontar los *shocks*, retrata de cuerpo entero lo que sucede cuando hay ausencia de redes de amparo. La necesidad de apelar a familiares y vecinos, miembros de una comunidad moral, obligados por ética y costumbre, significa que los *shocks* tienen reverberaciones que van más allá del individuo o la familia directamente implicados. Los parientes más cercanos pueden ver agotarse sus activos en sus intentos por ayudar.

Los *shocks* de este tipo son manejables siempre y cuando no sean demasiado profundos ni surjan con demasiada frecuencia. En el repertorio cultural de las familias pobres, hay muchos recursos que las ayudan a reponer activos perdidos y a restaurar las unidades sociales básicas que organizan las economías domésticas. Se puede empeñar desde la libreta electoral hasta un televisor. Se puede vender un instrumento de trabajo, la cocina o refrigeradora, un animal (desde una gallina hasta una res, en casos graves), o un lote de terreno obtenido en una invasión urbana. El reto, en estas circunstancias, es recuperar la posición anterior e reiniciar el proceso de acumulación. De paso, el reto es no deprimirse, desanimarse o dejar de creer.

4.2 Salud

Los *shocks* que se relacionan con problemas de salud se ubican entre los más frecuentes y críticos que experimentan los pobres en el Perú. Se trata de enfermedades y accidentes que escapan a la capacidad de predicción y pre-

vención de las personas. Los pobres temen, ante todo, las enfermedades prolongadas, las que requieren hospitalización y tratamientos largos. Este tipo de *shock* acarrea la posibilidad de que la víctima quede incapacitada para trabajar durante períodos largos y tal vez en forma permanente. En el estudio de Luerksen (1993b:270), los campesinos adultos, miembros de familias pobres sin tierra, de cada cuatro semanas, perdían un promedio de 5,1 días de trabajo (2,7 días en promedio) debido a enfermedades.

La frecuencia de *shocks* por motivos de salud refleja la poca capacidad de la población con menores recursos para invertir en acciones preventivas. Dificultades potenciales pasan inadvertidas porque no se puede gastar en controles médicos rutinarios. Se acude al establecimiento de salud sólo cuando hay una enfermedad declarada, con la única excepción del programa de CCRED (control de crecimiento y desarrollo) en el caso de niños pequeños, según el estudio de ReproSalud. En los casos en que se llega a detectar un problema de lenta acción —un tumor, por ejemplo—, tampoco es seguro que se le haga el seguimiento correspondiente ni que se le trate oportunamente. Las demandas sobre los recursos familiares en rubros impostergables como la alimentación, el transporte e incluso la educación, son las que tienen prioridad.

Implícita aquí no sólo está la poca capacidad de ahorro de las familias pobres, sino su poca disposición de ahorrar para enfrentar problemas especialmente azarosos e imprevisibles, como suelen ser los relativos a la salud. Se puede hacer un esfuerzo muy grande y guardar dinero para las demandas futuras de una pequeña empresa agropecuaria o un negocio urbano. En tales casos, la previsión es frente a algo que seguramente va a venir. Guardar dinero para la eventualidad de un problema de salud —una simple probabilidad— ocupa un lugar más bajo en la jerarquía de usos para los siempre limitados recursos de los pobres.

La ausencia de ahorro emergió como un factor de peso en los casos de muerte materna. El transporte para evacuar a la mujer solía ser el gasto más fuerte que aparecía como una repentina demanda, seguido del gasto en medicamentos. En pocos casos hubo un gasto fuerte en procedimientos médicos; por ejemplo, una operación cesárea, transfusiones de sangre o análisis de laboratorio. El importe de estas intervenciones podía ser

considerable. Uno de los viudos señaló haber gastado 1.800 soles y que su mujer murió porque se le agotaron los recursos para pagar un nuevo traslado y un nuevo intento de salvarla con otro procedimiento y otros medicamentos. Frente a la posibilidad de gastos aun mucho menores (de 200 soles o más), varias de las mujeres —en versión de los sobrevivientes— pidieron que las dejaran morir, antes que desequilibrar la economía familiar buscando un resultado tan inseguro. Antes de agotar los recursos familiares, era preferible la muerte.

Las emergencias de salud se intentan resolver, en las familias rurales, con la venta de animales y, en las urbanas, a través de mecanismos que implican vender o empeñar bienes tales como los artefactos electrodomésticos. Se trata de acciones marcadamente limitadas. Primero, está la escasez de compradores o personas a quienes se pueda dejar un bien empeñado. Segundo, está la demora que usualmente se impone. Una crisis de salud deja un lapso de pocos días e incluso pocas horas para ser resuelta, bien o mal. Las muertes maternas se medían, en la mayoría de casos, en horas. Si no se lograba reunir el dinero necesario en ese lapso, no había salvación posible.

Estas prácticas ponen al descubierto un problema fundamental de los pobres: su falta de acceso a seguros de salud junto con otros tipos de seguros que pudieran ampararlos contra un abanico de riesgos. Figueroa, Altamirano y Sulmont (1996) plantean que la marginación de los mercados de seguros (pobrementemente desarrollados en el Perú, además) es uno de los principales marcadores de la exclusión social en el Perú. Los pobres de todo el mundo, bajo cualquier sistema político y económico, procuran protegerse del peligro mediante diversos mecanismos que tienen en común la distribución de los riesgos a través de muchos actores (Ahmad et al. 1991). Los sectores con mayores ingresos se protegen mediante seguros privados, entre los cuales los de salud son imprescindibles. Para los pobres —tanto la víctima como la red social más cercana—, los *shocks* por salud son tan devastadores precisamente porque la respuesta debe darse en un círculo más bien pequeño de aportantes. Ellos en efecto suman su precariedad, aumentando sus propios riesgos de ser arrastrados en una cadena de descapitalización y empobrecimiento.

La situación descrita ayuda a explicar la entusiasta recepción que han tenido el seguro escolar y la propuesta (a iniciativa del Banco Mundial y su programa de apoyo a la Reforma de la Salud) de un seguro materno-infantil. El caso demuestra que, en los esfuerzos por dar respuesta a los *shocks* de salud y su contribución a la pobreza, la «lógica» de prevención y seguros no es el factor limitante; lo limitante es la incapacidad de los pobres, y de quienes están al borde de la pobreza, para pagar el alto costo de estrategias más efectivas para cuidar la salud. Muchos de los pobres peruanos están en la situación de haber tenido un seguro de salud y haber sido desposeídos de él; son los que perdieron sus derechos a la seguridad social (IPSS) al perder su vínculo con el empleo formal, al ver desvanecerse sus posibilidades de permanecer en el sistema como independientes, y luego al verse excluidos de los seguros privados debido a su alto costo. Entretanto, el modelo de seguridad social bajo la administración del IPSS sigue operando como un estándar para amplios sectores de la población: los que tenían acceso, los que pugnaban por tenerlo y los que lo observaban desde fuera.

C. FORMACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

Con lo recién expuesto se comprueba la estrecha ligazón entre el tipo — más precisamente, los tipos— de pobreza vigente en el Perú y el cuadro de salud, tanto en lo que se refiere a los riesgos como al sistema de atención. Resulta lógico pensar que la política de salud se orientaría decididamente a superar la pobreza e interrumpir los ciclos de retroalimentación que, simultánea e irremediablemente, mediante una sinergia nefasta, condenan a gran parte de la población nacional a la pobreza y la mala salud. Wilkinson (1996), en un interesante texto, revisa la evidencia internacional que apoya la idea de que no sólo la pobreza merma la salud de las naciones, sino que las desigualdades internas conducen a un resultado inferior de cualquier sistema de salud a cualquier nivel de riqueza.

Esquemáticamente, podemos anticipar que las políticas más urgentes del Ministerio de Salud tomarían algunas de las siguientes formas:

<p>Para hacer frente a la pobreza de larga data, instalada en zonas geográficas determinadas</p>	<p>Políticas de colaboración con otros entes públicos y privados para romper el aislamiento. Extensión de los servicios de salud en zonas alejadas, garantizando el acceso geográfico, económico, social y cultural de la población. Creación de sistemas eficaces de comunicación y respaldo para los prestadores de salud, oficiales y comunitarios.</p>
<p>Para hacer frente a la exclusión social vinculada a la pobreza</p>	<p>Políticas y programas que combatan la exclusión social, dando participación, desterrando la discriminación social del funcionamiento del sistema en cualquiera de sus instancias, transfiriendo activos educativos, afirmando a la población en conocimientos y prácticas que resulten beneficiosos, y utilizando la atención de salud como un mecanismo para el empoderamiento de los usuarios.</p>
<p>Para hacer frente a la pobreza asociada a la población andina</p>	<p>Imprimir la interculturalidad a todas las políticas y acciones del MINSA y como parte de las normas rectoras de la política nacional de salud pública. Asegurar el dominio del idioma quechua y aymara por los prestadores de salud donde sea pertinente. Reorientar la formación de los profesionales y técnicos de salud para garantizar la capacidad de tratar debidamente con los miembros de minorías culturales.</p>
<p>Para hacer frente a los <i>shocks</i> relacionados con problemas de la salud</p>	<p>Desarrollo de seguros de salud universales con acceso garantizado a los servicios y beneficios. Mejoramiento de la calidad de atención en el seguro escolar. Coordinación con otros sectores, especialmente el Ministerio de Trabajo, en esfuerzos para evitar <i>shocks</i> y amortiguar sus efectos a través de programas sociales.</p>

Vásquez y Riesco (2000:93-94) presentan un cuadro-resumen de los principales programas sociales del gobierno en el año 1999, asignándolos a los sectores que corresponden. El Ministerio de Salud aparece al lado del Ministerio de Educación, ambos como encargados de varios programas de «Superación de la pobreza», mientras que otros programas de

«Alivio a la pobreza» se reparten entre el Ministerio de la Presidencia, el de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano, el de Agricultura y el de Transportes y Comunicaciones, con menor participación de otros sectores y entes oficiales. Para ceñirnos al caso del Ministerio de Salud, los programas de «superación de la pobreza» incluyen: Salud Básica para Todos, actividades de fortalecimiento de los servicios de salud, Salud y Nutrición Básica, el Proyecto 2000, PANFAR, el seguro escolar y universitario y la organización de nuevos sistemas compartidos para administrar los establecimientos de salud (Comités Locales de Administración de Salud, CLAS). En el rubro de «Alivio a la pobreza», Vásquez y Riesco ubican tres actividades adicionales del Ministerio de Salud: el programa de planificación familiar, el Proyecto Vigía y el proyecto de salud rural conocido como Kusiayllu.

El inventario de programas y proyectos con trascendencia para la actual lucha contra la pobreza sugiere que algunas de las preocupaciones que antes señalamos, referidas al nexo pobreza-salud, son compartidas por el Ministerio de Salud. En efecto, se está trabajando para ampliar el alcance de los servicios y para hacerlos más pertinentes a una población culturalmente diversa. Inclusive, se reconoce la necesidad de que la población colectivamente, y los pacientes o usuarios individualmente, perciban que tienen control y capacidad de decisión sobre su salud. En las investigaciones de CISEPA, realizadas en estrecha cooperación con el Programa de Salud y Nutrición Básica y el Proyecto 2000, además de los estudios de ReproSalud que descubrieron estos y otros programas en el campo, se deja constancia de los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención de salud y reciclar bajo nuevas estrategias educativas a los prestadores de servicios. También permitieron ver las dificultades y resistencias para un mayor avance en todas estas iniciativas y que levantan dudas respecto a su impacto en el mediano y largo plazo. Es necesario señalar, además, que los recursos comprometidos en los programas de salud son insignificantes comparados con los comprometidos en otros programas de combate a la pobreza. Entre los mejor financiados está un conjunto de programas de apoyo alimentario, potencialmente una pieza importante en el presente análisis, pero cuyo impacto nutricional es dudoso y, en algunos casos, nulo (Vásquez y Riesco 2000).

¿Por qué hay una brecha tan grande entre el problema, su diagnóstico y la respuesta planteada desde la política de salud? El tema de la formación de políticas públicas es muy vasto, enormemente complejo y bastante estudiado, por lo menos en las democracias establecidas. Para respetar las dimensiones de este escrito, me limitaré a sugerir algunos puntos que conciernen particularmente a la salud y la pobreza en el Perú. Frente al dramático reto que plantea la pobreza, a su evidente complejidad y a la nítida imbricación de la salud en esta realidad, la política respectiva presenta un cariz enclenque; un remedio de acción lenta y no muy segura.

Examinaré brevemente cinco propuestas que ayudan a ver cómo son los procesos de formación de las políticas públicas en el Perú. La teoría y el análisis comparativo de la política social ofrecen tres alternativas para interpretar estos procesos en términos genéricos, en cualquier Estado más o menos abierto y democrático. Las mismas pueden conocerse como: (1) la teoría de objetivos pactados, (2) la teoría institucional y (3) la teoría de clases o grupos de interés. La situación peruana presenta matices y particularidades que aconsejan ampliar las alternativas teóricas más allá de estas tres propuestas. Por un lado, hay que tomar en cuenta la particular situación del Perú como integrante de una red de países que intercambian influencias no exentas de presiones (4). Por otro lado, la forma como en el Perú se piensa sobre el sector social y las obligaciones sociales del Estado ha marcado la elaboración de las políticas respectivas con un efecto inercial propio (5).

1. Políticas de salud por objetivos

La política social, y dentro de ella la de salud, expresa en algún momento un conjunto de objetivos nacionales. Estos enuncian —se supone— la visión que tiene una comunidad nacional del tipo de país que es y quiere ser; enuncian su visión del bien común. Esta interpretación «republicana» de la formulación de la política social es, seguramente, el retrato que quisiéramos ver de lo que ocurre la mayoría de las veces. Implica que la política social en cualquier país se establece mediante un proceso razonado de debate público en torno a los propósitos que se lograrían con ella.

En el caso de la salud, esto es reconocer la profunda realidad de un destino compartido. Aunque los segmentos más pudientes de la población puedan protegerse mejor que los pobres frente a vectores de morbilidad y mortalidad, no pueden aislarse de todos los riesgos. El bien común se articula en la trillada frase: «salud para todos».

El enfoque republicano pone bajo la lupa la respuesta de cada sociedad a preguntas concernientes a la justicia distributiva. ¿Qué tipo (y grado) de justicia queremos implantar entre nosotros? Y en contraposición, ¿cuánta desigualdad económica y social estamos dispuestos a tolerar, específicamente en el campo de la salud? Consecuente con la respuesta que se dé a esta pregunta, sería la acción que se determine para redistribuir la política social y la de salud.

Otra de las preguntas fundamentales que toda sociedad nacional «responde» al formular su política social concierne al reparto de responsabilidades entre las familias y los grupos comunitarios, por un lado, y entre el Estado y el mercado, por el otro. Zaretsky (1986) afirma que la política social siempre implica este carácter «tripartito» en el que, además, el principal aporte proviene siempre de las familias y personas de su entorno inmediato, mediante formas de cuidado y asistencia regidas por normas morales, la reciprocidad y el altruismo. La imbricación de la política de salud con la previsión social sugiere otro deslinde fundamental: ¿cómo se deben repartir los recursos entre la actual generación de adultos trabajadores, la de ancianos y jubilados, y las que habrán de venir?

Los debates serios y sustentados alrededor de principios como los señalados brillan por su ausencia en el Perú cuando se trata de las políticas sociales. (Su presencia es débil en los debates referidos a la política económica). El contexto que se crea permite que perduren, dando la apariencia de consensos vigentes, principios heredados de otras épocas y maneras de entender la sociedad. Uno de ellos es el que plantea la marcada identificación de las mujeres con las políticas de salud y otras políticas sociales. La salud materno-infantil es la primera prioridad declarada de la salud pública peruana. Esto tiene la implicancia —loable por cierto— de destinar recursos considerables para prevenir y tratar problemas de salud materno-infantil, además de considerar a las mujeres como las principales socias

comunitarias en los programas de salud. Se ha señalado cómo esto aumenta injustamente la carga de responsabilidades que asumen las mujeres dentro de la familia y, al mismo tiempo, crea distorsiones en los papeles que cumplen varones y mujeres. Entre debates públicos que no se producen y un bagaje ideológico que no se revisa, tendríamos que concluir que esta primera teoría sobre la formación de la política social contribuye relativamente poco a la comprensión del caso peruano.

2. Políticas de salud e intereses grupales

Una segunda línea para interpretar el proceso de formación de la política social coloca en el centro las pugnas y rivalidades entre los diversos segmentos de la población y los actores que representan sus intereses. En su clásico estudio sobre los *Estados de Bienestar* capitalistas, Esping-Andersen (1992) analiza el comportamiento de dos categorías de participantes: pagadores y beneficiarios. Los mecanismos para financiar los programas sociales —sobre todo cuando tienen una intención redistributiva o antipobreza— hacen que quienes más contribuyen no sean precisamente quienes reciben más beneficios. Esping-Andersen analiza los conflictos políticos que surgen alrededor de programas sociales que transfieren recursos a determinados grupos necesitados y que no reportan beneficios, aparentemente, a los grupos «donantes» (mayor seguridad, por ejemplo, o tranquilidad pública). Las políticas sociales universales —como la educación pública— han gozado de amplio apoyo porque, en una medida u otra, se entienden dentro de una lógica de beneficios para todos. Tratándose de programas sociales que favorecen a los trabajadores y son financiados por las empresas, el análisis de Esping-Andersen coincide con muchos de los referidos a la pugna de intereses de las clases sociales cuando se formulan las agendas públicas.

Un ambicioso y detallado estudio de Laumann y Knoke (1987) hecho en Estados Unidos permite visualizar qué procesos siguió la formulación de políticas, específicamente en el terreno de la salud. En ese país, entre los actores que pugnan por defender sus intereses gremiales o como segmentos diferenciados de la población están: los profesionales médicos (repre-

sentados por la American Medical Association), los hospitales (American Hospital Association), las empresas aseguradoras, los ciudadanos de la tercera edad en tanto consumidores de algunas de las tecnologías médicas más costosas (representados por la American Association of Retired Persons), los gremios de fabricantes de equipos médicos y las empresas farmacéuticas. Estos actores disputan en torno a políticas, programas y medidas de regulación, subsidios gubernamentales, permisos para la comercialización de productos, responsabilidades legales en casos de daños, la exclusión de competidores (por ejemplo, especialistas que no se gradúan en las escuelas de medicina reconocidas por la AMA), prohibiciones, monopolios y prebendas.

En el Perú, hallamos a varios de estos mismos actores y grupos de interés, comenzando por las empresas transnacionales que comercializan productos relacionados con la salud y la alimentación en todo el mundo. Las empresas farmacéuticas y fabricantes de productos como las leches de fórmula para bebés tienen acceso privilegiado al Ministerio de Salud. Más aún, en los últimos años se ha visto aumentar el contrapeso en las organizaciones no gubernamentales, especialmente las que trabajan en campos como la salud sexual y reproductiva, los derechos humanos y en estrategias de descentralización y municipalización. Son muy escasas, sin embargo, las organizaciones que agrupen a consumidores y usuarios de los servicios de salud. Como se constató en la investigación de CISEPA (2000), y en otras en las que se examinó cómo funcionaban los Comités Locales de Administración de Salud y otros mecanismos similares de participación, es difícil que las organizaciones locales y populares asuman un papel activo para vigilar los establecimientos de salud, y más aún cuando se trata de plantear propuestas para cambios fundamentales.

Los argumentos de Esping-Andersen sobre los pagadores y beneficiarios de los programas sociales son muy pertinentes al caso peruano. Se está haciendo un esfuerzo por educar al público peruano respecto a la obligación de contribuir y el derecho de los contribuyentes a obtener buenos servicios públicos. Al mismo tiempo, no obstante, se ha proclamado la privatización de muchos servicios y la restricción de otros a los segmentos poblacionales clasificados oficialmente, según criterios no siem-

pre transparentes, como los más necesitados. Entretanto, el principio de solidaridad —por ejemplo, en el antiguo sistema de seguridad social— no llegó a ser bien entendido. Todo esto se traduce no sólo en confusión sino también en pérdida de legitimidad de muchos programas sociales.

3. Políticas de salud a partir de mandatos y capacidades institucionales

Una tercera línea que explica el proceso de formulación de las políticas públicas hace hincapié en los mandatos y las capacidades de las instituciones burocráticas participantes. Entre los principales proponentes de esta línea está la politóloga Theda Skocpol, conocida por sus análisis sobre la emergencia de políticas de protección a grupos como los veteranos del servicio militar y a mujeres pertenecientes a algunas categorías, en Estados Unidos (Skocpol 1992). Skocpol examina la gran diversidad de intereses y mandatos que corresponden a los distintos organismos y oficinas dentro de cada gobierno, al igual que el papel determinante de la competencia entre ellos por fondos, visibilidad, legitimación y apoyo interno y externo. Esta estudiosa concluye que la supervivencia y expansión de los diferentes programas sociales dependen sobre todo de la habilidad que posean los burócratas responsables para desempeñarse en este campo politizado, construyendo alianzas con otros organismos y, cuando fuere necesario, estimulando las presiones de grupos de interés y potenciales beneficiarios desde fuera del gobierno.

Para los historiadores de los Estados de Bienestar, los sucesivos programas sociales se desarrollaron a la par que un perfeccionamiento gradual de sistemas de administración pública relativamente eficientes, los mismos que se extendieron por todo el territorio nacional y tuvieron cuadros con la requerida capacidad técnica. Esto parecería ser obvio, si no fuera porque en muchos países se observa un manejo notablemente deficiente, ineficaz y corrupto de los diversos programas sociales. En el Perú, el hecho de que la mayoría de programas asistenciales —exceptuando los actuales programas de asistencia alimentaria— no pasen de ser «botones de muestra», con un alcance que se reduce a algunos sectores de Lima y tal

vez otras ciudades, no ha impedido su creación ni les quita la categoría de supuestas políticas nacionales.

La versión más contundente del planteamiento institucional que explica los orígenes de la política social, sin embargo, trastoca la relación causal que esperaríamos cuando sostiene que los programas sociales evolucionaron y se expandieron como lo hicieron porque había una capacidad institucional que «buscaba» en qué aplicarse. Bajo esta interpretación, las instituciones burocráticas poseen una dinámica interna que las obliga a ampliar permanentemente su radio de acción, bajo pena de desaparecer en la competencia con otras homólogas.

Sin duda es importante prestar atención a los fenómenos que emergen bajo la óptica institucional. Los Estados no son homogéneos y, hasta donde cabe demostrar, la competencia entre las distintas dependencias puede frustrar iniciativas con bondades evidentes. Este es uno de los mensajes del estudio de Portocarrero y Romero (1999) sobre un intento que hubo en 1996 para replantear la orientación y los sistemas operativos del PRONAA.

[La] pugna de fondo encontraba varios escenarios y formas de manifestarse. Una de ellas era la competencia entre los políticos y los tecnócratas en el interior de la propia institución. En efecto, la nueva administración postulaba un manejo técnico y despolitizado de sus programas, argumentando que ésa era la única manera de garantizar un manejo ordenado de los recursos y un cumplimiento cabal de los objetivos trazados. Los políticos, en cambio, aducían que había que adecuar las prioridades del PRONAA al discurso oficial que emanaba de las más altas esferas del poder. Hacer caso omiso a tales señales acarrearía potenciales peligros que podían traducirse, por ejemplo, en la remoción de sus cargos (Portocarrero y Romero 1999:170).

Las reformas que se intentaron realizar apuntaban a una mejor centralización de los recursos alimentarios en la población verdaderamente más necesitada, los niños menores. Frente a eso, además de las disputas internas en el PRONAA y el Ministerio de la Presidencia, del cual dependía entonces, la propuesta se estrelló contra las tácticas de defensa territorial de los Ministerios de Educación y Salud. El caso deja entrever las múltiples trabas institucionales que enfrentan las iniciativas sociales en el Perú y

la pesada herencia de hábitos institucionales y prebendas burocráticas que favorecen el continuismo, una vez que una política o un programa ha logrado instalarse.

4. Políticas de salud basadas en modelos importados

Una cuarta línea para indagar sobre las fuentes de la política social, incluidas las políticas de salud, pone la atención en las exigencias y propuestas que vienen de fuera. El Perú tiene una larga tradición de programas sociales financiados mediante préstamos y donaciones. Ascher (1984) documentó cómo uno de los persistentes problemas en la «política de la política social» (Tanaka 2000) consistió en aprobar programas sociales que nacieron desfinanciados: ni el parlamento ni el ejecutivo tuvieron la voluntad o capacidad de resistirse ante la tentación de proclamar beneficios sin una base financiera asegurada. Cabe cuestionar incluso si siempre hubo la capacidad técnica para calcular los costos de los proyectos y evaluar el impacto económico de los programas existentes. En estas condiciones, es muy fuerte la dependencia del país frente al financiamiento extranjero y también frente a los conocimientos técnicos que aportan los consultores foráneos, que típicamente están afiliados a las mismas entidades que proveen los fondos.

La historia de las políticas sociales es una historia de préstamos, influencias e imitaciones de políticas y programas que se intercambian muy activamente entre países. Todos los Estados de Bienestar han conmutado propuestas globales (sistemas de seguridad social, por ejemplo, o de educación pública), diseños para programas específicos (centros para tratar el abuso de sustancias; casas de refugio para mujeres golpeadas) y tecnologías sociales como parte de sus programas (cursos de capacitación para funcionarios; diseños para infraestructura social especializada). Sin embargo, tales intercambios generalmente tienen lugar entre países similares con respecto a su sistema de gobierno y administración pública y con respecto a su raíz cultural.

Hoy en día, sin embargo, resulta problemático que los modelos viajen cada vez más lejos y las propuestas de imitación estén cada vez más fuera

de contexto. Se habla de los *cookie cutters* (moldes para galletas) de los organismos multilaterales. Suele haber una enorme distancia entre los expertos extranjeros y la población local en el diagnóstico del problema que se quiere tratar, la forma de proceder para su solución, y el impacto de las políticas y los programas sobre las relaciones de intercambio y poder entre los grupos locales.

Las presiones ejercidas sobre el Perú para adoptar propuestas de políticas sociales elaboradas en Chile, en algún otro país latinoamericano, o bajo los auspicios del Consenso de Washington, se han incrementado durante la última década de reincorporación en el sistema mundial. El Consenso de Washington sienta principios que explícitamente se refieren al sector social: la necesidad de responsabilidad fiscal, la prioridad de los indicadores macroeconómicos, las bondades de un Estado regulador antes que proveedor de servicios. Recomienda acciones como: la privatización de servicios básicos y sociales, el fomento a la competencia entre proveedores, la reducción o eliminación de la seguridad social pública.

En el Perú, los planteamientos de dicho Consenso han marcado con fuerza la formulación de la política social durante la última década, en parte porque este ámbito de las políticas públicas no ha sido de particular interés o competencia de los miembros prominentes en el entorno del Presidente Fujimori. El lenguaje con el que se discuten las propuestas para reducir la pobreza y también la política de salud refleja el glosario de los organismos multilaterales y el *jet set* de consultores por ellos empleado. «Clientes» en reemplazo de «pacientes»; «focalización» para codificar la necesidad de ahorro fiscal y la convicción de que hubo muchos que abusaron del sistema bajo el viejo régimen; «eficiencia» y «eficacia» como metas que se diferencian cuidadosamente.

La utilización de modelos importados ayudaría a explicar los movimientos pendulares en el diseño y la implementación de muchas políticas sociales en el país. La administración pública peruana cuenta con una endeble capacidad y débil tradición para evaluar políticas y programas que aplica. Antes de que éstos terminen de definirse e implementarse, viene una nueva exigencia, recomendación o condicionalidad como parte de un paquete de ayuda externa o préstamo internacional. El resultado es la

poca estabilidad de los equipos que diseñan las políticas y de los que las implementan, la poca continuidad histórica en los programas, y condiciones de trabajo que no propician la planificación de largo plazo en lo social. Indudablemente, el problema de fondo no es una deficiencia en cuanto a creatividad de los profesionales, técnicos y promotores peruanos en el terreno social. El Perú también ha exportado diseños de programas y paquetes de tecnología social, entre los que destaca el PRONOEI (programa no escolarizado de educación inicial), que ha sido reproducido en países latinoamericanos y fuera de la región.

5. Políticas de salud y clasificación de la problemática social

Un fenómeno que afecta el diseño y la aplicación de políticas sociales en cualquier país son los hábitos mentales que entran en operación cuando se piensa en la problemática social. Existen hábitos establecidos a nivel del sentido común y también a nivel de la opinión experta y de los analistas e investigadores que trabajan el tema. Se trata de categorías que juntan y separan determinadas cuestiones, de taxonomías que los clasifican, de relaciones de causa y efecto que se presentan con la fuerza de lo «natural» o lo establecido por la ley divina. Los hábitos de pensamiento —no examinados racionalmente— son poderosos limitantes para la formulación de políticas sociales, según se ha demostrado en numerosos estudios. Las ideas acerca de la familia, su constitución y funcionamiento «normal» y las ideas alrededor del «merecimiento» son ejemplos que han sido investigados en los Estados de Bienestar.

Anderson (1994) analiza la manera como la política social peruana divide su dominio en cuatro casilleros. El primero, tan profundamente interiorizado que apenas asoma a la conciencia, abarca un conjunto de normas relativas a los papeles de actores sociales diferenciados sobre todo por criterios de edad, generación y género; las atribuciones, obligaciones, capacidades y justos reclamos de unos y otros. El segundo contiene las políticas dirigidas a la promoción de capacidades, la inversión en capital humano y la incorporación de la nueva generación. El tercero abarca la previsión social, recorriendo los mecanismos de seguridad social públi-

cos, comunitarios y privados. Y el cuarto casillero recoge una gran diversidad de situaciones relativas a grupos de la población que son construidos como «especiales», excepcionales, vulnerables e incapaces de ser autosuficientes por diferentes motivos. Pueden ser niños (dependientes o incapaces de cuidarse solos), enajenados mentales (sin discernimiento), criminales y encarcelados (sin discernimiento moral, ni autocontrol) y discapacitados físicos.

Es en el cuarto casillero donde parecen ubicarse los grupos de pobres, según el pensamiento social peruano. En este razonamiento, tal como se expresa en la arquitectura básica de la política pública social, los pobres se asemejan a otros grupos imaginados como excepcionales y no normativos. Todos comparten, en distintos grados y combinaciones, las características de vulnerabilidad, deficiencia, discapacidad y diversas trabas que les impiden ser autosuficientes. La pobreza se personaliza. Se le representa como algo vinculado a individuos, no a grupos, redes, sectores o conjuntos estructuralmente definidos. Las carencias, la dependencia y la cortedad de discernimiento pertenecen a los individuos, del mismo modo que los afectan los impedimentos físicos y mentales.

Una consecuencia de la manera habitual de ubicar la pobreza en el panorama social es desvincularla de las políticas sociales con un fuerte sesgo preventivo y dinámico y que operan bajo el supuesto de que los pobres tienen la capacidad de ayudarse a sí mismos, e incluso la capacidad y el derecho para elegir, opinar, criticar y proponer. Es en esta conexión que las políticas de previsión social son de particular importancia. Mientras tanto, los hábitos de pensamiento y la tendencia a ubicar a los pobres en un casillero mental, junto a diversos grupos necesitados de asistencia, impiden la formulación de políticas sociales y de salud con mayor capacidad para construir sobre las fortalezas de los pobres.

En resumen, como factores que impiden una respuesta más efectiva frente al conjunto de problemas que venimos analizando en el nexo de la pobreza y la salud, tenemos, a nivel de la política social peruana:

- objetivos pobremente explicados y consensuados
- instituciones de aplicación débiles, permanentemente cambiadas e intervenidas, centralistas y poco flexibles

- grupos de interés escasos e inestables, nexos poco públicos con representantes, representantes poco responsables, legislación y sistema judicial débiles
- fuertes presiones para importar constantemente paquetes tecnológicos de afuera. El Perú como campo experimental para actores externos que no se responsabilizan de las consecuencias de sus actos
- pobreza desligada del resto de la política social como condición que afecta a grupos especiales (que sin embargo son la mitad del país). Diseño de políticas sociales que no confronta la desigualdad con medidas reparadoras.

D. PROPUESTAS DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES

¿Cómo pueden las ciencias sociales contribuir al cambio del sombrío panorama recorrido en esta ponencia? Un acercamiento entre las especialidades médicas y las ciencias sociales debe conducir a mejoras en la formulación de políticas de salud, que apunten prioritariamente a romper el nexo entre pobreza, enfermedad y muerte.

Pese a nuestros mejores esfuerzos, es evidente que la visión que poseemos tanto de la pobreza como de la salud y la enfermedad en el Perú es desde arriba y desde afuera. Es la visión de quienes no son pobres y miran a los pobres; de quienes no están enfermos y miran a los enfermos, dolientes y moribundos. Hace falta, en forma clamorosa, recoger, interpretar y prestar atención, en toda su dimensión, a los testimonios de los pobres y de los que padecen enfermedad y corren riesgos de salud.

Las ciencias sociales tienen la posibilidad de dar voz a estas y otras maneras de experimentar el dolor, que se asocia con una sociedad todavía incapaz de crear condiciones aceptables de vida para todos sus integrantes. En planos más acotados, pueden facilitar la tarea de mediar entre proveedores y usuarios del sistema de salud, asistiendo en la negociación de significados discrepantes. Pueden jugar un papel muy positivo en la educación de quienes proveen los servicios de salud, facilitando una comprensión más profunda de las necesidades de los pobres y enfermos.

El concepto de «narrativas de la aflicción» resulta útil aquí. Csordas (1999) afirma que la enfermedad es siempre la expresión de una carencia

de poder y control: sobre las circunstancias de la vida de uno, sobre las relaciones sociales que lo implican o que lo dejan fuera, y sobre el cuerpo y sus procesos. Las narrativas de aflicción que construyen los pobres en el Perú expresan malestares e injusticias sociales que no admiten otro tipo de relato o articulación. Su alcance va mucho más allá de las víctimas individuales. En este sentido, las prácticas de salud —«desde abajo» y desde los propios enfermos— se conectan con la política de identidad y la búsqueda de reconocimiento por parte de sectores de la sociedad peruana que son excluidos y menospreciados.

La evidencia revisada no deja duda de que los Andes, especialmente los rurales, son el punto donde confluye la mayor parte de los problemas que nos han ocupado: concentran la pobreza antigua y crónica, son foco de la exclusión social, generan los mayores riesgos, son el entorno con mecanismos de protección más precarios, representan la zona donde el Ministerio de Salud encuentra las mayores dificultades para expandir su acción, forman un nudo de conflicto entre sistemas médicos alternativos, ocupan el punto extremo inferior con respecto a la mayoría de indicadores de salud. Al mismo tiempo, esta zona es el hábitat de la cultura andina en su forma más enfática y «pura». Tal concatenación de factores no puede ser casual. Las ciencias sociales aportan muchas propuestas para dilucidar las relaciones causales que subyacen a un patrón observado, al igual que aportan estrategias metodológicas útiles. Este escrito hace referencia a varios intentos de teorización y diversos caminos metodológicos.

Desde esta perspectiva, es esencial que se reconozca y fortalezca el acopio de recursos que la población posee para atender su salud y prevenir la enfermedad. El conocimiento popular y los especialistas comunales (entre quienes se encuentran los y las promotoras de salud) constituyen hoy en día la primera línea de defensa para la mayoría de los peruanos. No es necesario ni resulta aconsejable como política de salud que se intente borrar esta capacidad instalada y reemplazarla por la dependencia de fármacos y profesionales biomédicos. La ventaja indiscutible de los especialistas comunitarios es su cercanía cultural a los que sufren y piden su ayuda. Cuando ambos comparten un mismo sistema de explicación, se da lugar a una solución que el paciente puede hacer suya porque ayudó a

construirla. Se cumple con un requisito para la cura: la posibilidad de tomar el control del proceso.

Luego, las ciencias sociales en general y la economía en particular pueden aportar muy significativamente en un tema fundamental de la política social: la previsión y la seguridad, la reducción del riesgo y la vulnerabilidad. Sólo el primer paso es comprobar la estrecha relación entre pobreza y *shocks*, especialmente de salud, en ausencia de seguros de cualquier tipo, formales o informales. El reto consiste en diseñar mecanismos de protección adecuados para la tarea, en un país pobre y lleno de riesgos. El reto es cubrir a quienes estén más expuestos al riesgo, encontrando maneras políticamente viables en un contexto donde la «solidaridad» está ideológicamente desacreditada, donde se ha azuzado el conflicto entre «pagadores» y «beneficiarios» y donde los modelos que proponen los organismos internacionales tutelares lo dan como algo perdido.

Las ciencias sociales pueden y deben contribuir a forjar instituciones en el sector social que sean democráticas, participativas, abiertas y transparentes. Con la actual reforma de la salud se pretende abrir los procesos de decisión sobre los programas y recursos del sector. Toca realizar los estudios y proponer los cambios de estructuras y procedimientos que permitirían a los CLAS y otros canales realizar su potencial. Una necesidad evidente es asegurar el acceso de los más pobres a estas instancias de decisión, en el campo de la salud y en el diseño de las políticas antipobreza. En esta conexión, los organismos internacionales y gobiernos extranjeros pueden ser aliados de los pobres en el Perú, en una coyuntura en la que han comenzado a reconocer los errores de sus alianzas insanas con grupos de poder en los diferentes países.

Oír atentamente las narrativas de aflicción de los pobres peruanos puede señalar caminos hacia los estudios que hacen falta, para esclarecer los papeles de los diferentes actores y para detectar las trabas que impiden construir un país con más salud y menos pobreza. Al igual que las autopsias verbales de las muertes maternas, tales narrativas poseen la capacidad de comunicar los vacíos de todo orden en los esfuerzos por proveer mejores servicios de salud. Y sobre todo tienen la capacidad de indicarnos — en un lenguaje metafórico, de múltiples niveles, ya que muchas veces se

intenta decir lo indecible— cómo se vuelven iatrogénicos los arreglos sociales existentes. Las injusticias, las opresiones y los insultos, las formas cotidianas de vivir malsanas y desgastantes, las violaciones a los derechos, las esperanzas frustradas repetidas veces, la invisibilidad, la marginación y la exclusión enferman y matan. Esto es lo que hay que aprender a escuchar fundamentalmente en la voz de los pobres.

REFERENCIAS

- AHMAD, S. E. Et al, editores. 1991. *Social Security in Developing Countries*. Oxford University Press, WIDER Studies in Development Economics.
- ALTOBELLI, Laura (diciembre 1999). Comentario, presentación del libro *Mujeres de negro*.
- ANDERSON, Jeanine (1994). «Ni bienestar, ni equidad: los fundamentos de la política social peruana». En: *Pobreza y políticas sociales en el Perú*. Lima: Universidad del Pacífico y Taller de Políticas y Desarrollo Social, pp.291-358.
- ANDERSON, Jeanine y colaboradores (1999). *Mujeres de negro: la muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudio de casos*. Lima: Ministerio de Salud del Perú / Proyecto 2000.
- ANDERSON, Jeanine. En prensa. *Calidad de atención desde las perspectivas de las mujeres rurales y los prestadores de salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos, Proyecto ReproSalud.
- ARAMBURÚ, Carlos y FIGUEROA, Carlos (2000). «Pobreza extrema y exclusión social». En: PORTOCARRERO, Felipe, ed., *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, pp. 39-87.
- ARROYO, Juan (2000). *Salud, la reforma silenciosa. Políticas sociales y de salud en el Perú de los años '90*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- ASCHER, William (1984). *Scheming for the Poor. The Politics of Redistribution in Latin America*. Harvard University Press.
- BANCO MUNDIAL (1999). *Peru Health Sector Reform*, Resumen ejecutivo e introducción. Documento interno.
- BERRY, Albert. «International Trade, Government and Income Distribution in Peru Since 1870». *Latin American Research Review* XXV(2).
- CISEPA (2000). *Estudio de evaluación social del programa de apoyo a la reforma del sector salud (PAR Salud)*. Informe de consultoría presentado a Ministerio de Salud del Perú.

- CSORDAS, Thomas J. (1999). «Ritual Healing and the Politics of Identity in Contemporary Navajo Society». *American Ethnologist* 26(1):3-23.
- CUETO, Marcos (1997). *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta (1992). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.
- FIGUEROA, Adolfo, Teófilo ALTAMIRANO y Denis SULMONT (1996). *Exclusión social y desigualdad en el Perú*. Lima: OIT.
- FRYKMAN, Jonas y Orvar LÖFGREN (1987). *Culture Builders. A Historical Anthropology of Middle-Class Life*. Rutgers University Press.
- HUBER, Evelyne (1996). «Options for Social Policy in Latin America: Neoliberal versus Social Democratic Models». En ESPING-ANDERSEN, Gosta, ed., *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*. Londres: Sage Publications, pp. 141-191.
- LAUMANN, Edward O. y David KNOKE (1987). *The Organizational State: Social Choice in National Policy Domains*. University of Wisconsin Press.
- LEATHERMAN, T.L. (1987). *Illness, Work, and Social Relations in the Southern Peruvian Highlands*. Tesis doctoral, Universidad de Massachusetts.
- LOCK, Margaret (1997). «Displaced Suffering: The Reconstruction of Death in North America and Japan». En Kleinman, Arthur *et al.*, eds., *Social Suffering*. University of California Press, pp. 207-244.
- LUERSEN, J. Susan (1993). «Illness and Household Reproduction in a Highly Monetized Rural Economy: A Case from the Southern Peruvian Highlands». *Journal of Anthropological Research* 49:255-281.
- MENDOZA CANALES, Gledy (1997). *El manejo de la salud en los sistemas médicos tradicional y profesional en las provincias de Acobamba y Angaraes, departamento de Huancavelica. Diagnóstico exploratorio*. Lima: Médicos sin Fronteras (ms.).
- PORTOCARRERO, Felipe y María Elena ROMERO (2000). «La 'caja negra' o el proceso de formulación e implementación de políticas públicas: el caso

del PRONAA». En PORTOCARRERO, Felipe, ed., *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, pp. 153-190.

SMITH, Susan (1997). «Welfare for Black Mothers and Children: Health and Home in the American South». *Social Politics* 4(1):49-64.

SKOCPOL, Theda (1992). *Protecting Soldiers and Mothers. The Political Origins of Social Policy in the United States*. Cambridge, Mass.: Belknap Press of Harvard University Press.

TANAKA, Martín (2000). «Comentario final», *Conversatorio Políticas sociales de los '90*, Programa de Estudios de Género, PUCP.

VASQUEZ, Enrique y Gustavo RIESCO (2000). «Los programas sociales que 'alimentan' a medio Perú». En PORTOCARRERO, Felipe, ed., *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, pp. 89-151.

WILKINSON, Richard (1996). *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. Londres: Routledge.

ZARETSKY, Eli (1986). «Rethinking the Welfare State: Dependence, Economic Individualism and the Family». En DICKINSON, James y Bob RUSSELL, *Family, Economy & State. The Social Reproduction Process Under Capitalism*. Nueva York: St. Martin's Press, pp. 85-109.