

**Derecho a la ciudad:  
una evocación de las transformaciones  
urbanas en América Latina**

Derecho a la ciudad: una evocación de las transformaciones urbanas en América Latina / Fernando Carrión - Manuel Dammert-Guardia [*et al.*];

1a ed. - Lima: CLACSO, Flacso - Ecuador, IFEA 2019.

ISBN: 978-612-4358-05-0

Los trabajos que integran este libro fueron sometidos a un proceso de evaluación por pares.

Colección Grupos de Trabajo

**Derecho a la ciudad:  
una evocación de las transformaciones  
urbanas en América Latina**

Fernando Carrión Mena  
Manuel Dammert-Guardia  
(Editores)

Jordi Borja  
Alicia Ziccardi  
Julio Calderón Cockburn  
René Coulomb  
Thierry Lulle  
Magela Cabrera Arias  
Fernando Carrión  
Joan Subirats  
Lucía Álvarez Enríquez  
Clarice de Assis Libânio  
Jérémy Robert  
Carlos de Mattos  
Alfredo Rodríguez  
Paula Rodríguez  
Ximena Salas  
Viktor Bensús  
Marta Vilela



**IFEA**

**INSTITUTO FRANCÉS DE ESTUDIOS ANDINOS**

UMFRE 17 MEAE/CNRS USR 3337 AMÉRICA LATINA



**CLACSO**



**FLACSO**  
ECUADOR

Primera edición

*Derecho a la ciudad: una evocación de las transformaciones urbanas en América Latina*

(Lima: IFEA, Clacso, Flacso - Ecuador noviembre de 2019)

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2019-14558

Ley 26905 - Biblioteca Nacional del Perú

ISBN 978-612-4358-05-0

Autores (compiladores)

© Fernando Carrión Mena

© Manuel Dammert-Guardia

Editado por

© IFEA

Instituto Francés de Estudios Andinos

UMIFRE 17 MEAE/CNRS USR 3337 AMÉRICA LATINA

Jirón Batalla de Junín 314, Lima 4 - Perú

Teléf.: (51 1) 447 60 70

E-mail: IFEA.direction@cnrs.fr

Pág. web: <http://www.ifea.org.pe>

Este volumen corresponde al tomo 47 de la colección «Actes & Mémoires de l'Institut Français d'Études Andines» (ISSN 1816-1278)

© CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | <clacso@clacsoinst.edu.ar> | <www.clacso.org>

© FLACSO Ecuador

La Pradera E7-174 y Diego de Almagro | Quito | Ecuador

Tel.: [593-2] 294 6800 | Fax: [593-2] 294 6803 | [www.flacso.edu.ec](http://www.flacso.edu.ec)

Tiraje: 500 ejemplares

Se terminó de imprimir en noviembre de 2019 en:

Tarea Asociación Gráfica Educativa

Pasaje María Auxiliadora 156, Lima 5 - Perú

Diagramación y carátula: Antonio Mena (FLACSO Ecuador)

Edición: CLACSO

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

Los trabajos que integran este libro fueron sometidos a un proceso de evaluación por pares.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

# Índice

Introducción	
El Derecho a la Ciudad: una aproximación . . . . .	9
<i>Fernando Carrión M. y Manuel Dammert-Guardia</i>	
I. DERECHO A LA CIUDAD	
Ciudadanía, derecho a la ciudad y clases sociales.	
O la Democracia versus el Derecho . . . . .	25
<i>Jordi Borja</i>	
Las nuevas políticas urbanas y el derecho a la ciudad. . . . .	61
<i>Alicia Ziccardi</i>	
El derecho a la ciudad en América Latina	
y los enfoques sobre la ciudad informal . . . . .	95
<i>Julio Calderón Cockburn</i>	
II. GENTRIFICACIÓN Y ÁREAS CENTRALES	
Renovación urbana, políticas habitacionales y procesos	
de gentrificación en el centro histórico de la ciudad de	
México: mitos, conceptos y realidades . . . . .	113
<i>René Coulomb</i>	
Diversificación de la población del centro de Bogotá	
y diferenciación de los espacios de vida cotidiana . . . . .	137
<i>Thierry Lulle</i>	
Gentrificación del Casco Antiguo de Ciudad de Panamá,	
una historia de codicia y ausencia de gestión urbana democrática. . . .	163
<i>Magela Cabrera Arias</i>	

El espacio público es una relación no un espacio . . . . .	191
<i>Fernando Carrión</i>	

III. POLÍTICA Y GESTIÓN

Políticas urbanas e innovación social.

Entre la coproducción y la nueva institucionalidad.

Prácticas significativas en España. . . . .	223
<i>Joan Subirats</i>	

Derecho a la Ciudad y acceso a los bienes urbanos en la Ciudad de México.

El movimiento urbano popular . . . . .	249
<i>Lucía Álvarez Enriquez</i>	

O fim das favelas? Direito à cidade, participação

cidadã e remoção de famílias em Belo Horizonte, Brasil . . . . .	279
<i>Clarice de Assis Libânio</i>	

Derecho a la Ciudad bajo la mirada del acceso

a la salud en Lima . . . . .	301
<i>Jérémy Robert</i>	

III. FINANCIARIZACIÓN Y MERCADO INMOBILIARIO

En una encrucijada frente a los impactos críticos

del crecimiento urbano bajo la financiarización. . . . .	321
<i>Carlos de Mattos</i>	

Cómo se pierde el valor de uso de la ciudad y de la vivienda:

tendencias de edificación en Santiago, 1990-2011 . . . . .	359
<i>Alfredo Rodríguez, Paula Rodríguez y Ximena Salas</i>	

La mercantilización del desarrollo urbano en el

Área Metropolitana de Lima. Mercado inmobiliario formal

y gestión de la densidad urbana 2008-2012 . . . . .	381
<i>Viktor Bensús y Marta Vilela</i>	

# Derecho a la Ciudad bajo la mirada del acceso a la salud en Lima

Jérémy Robert

## Introducción: el nuevo contexto de la salud en Lima

La salud en el Perú oscila entre grandes mejoras y grandes desigualdades. Durante la campaña presidencial de 2011, el candidato P. P. Kuczynski resumo así la situación: “tenemos una quinta clase, que es EsSalud, sexta que es MINSA y séptima clase es el SIS<sup>1</sup> y primera clase son las clínicas de San Isidro y San Borja. Y no hay nada en el medio” (*Caretas*, marzo 2011). Los esfuerzos realizados para reducir las desigualdades son innegables, en particular en lo que concierne la cobertura de salud. En Lima en 2007, más de la mitad de los habitantes, casi 5 millones de personas, no tenía ningún tipo de seguro de salud (INEI, 2007). Desde esta fecha, el gobierno nacional extendió la cobertura mínima multiplicando el número de asegurados por 5 (de medio millón a 2,5 millones) entre los limeños más necesitados.<sup>2</sup> Otra novedad es el involucramiento de los gobiernos locales y regionales en el campo de la salud. El caso de los Hospitales de la Solidaridad, promovido por la Municipalidad Metropolitana de Lima, es emblemático. Con 38 establecimientos en 2014, realiza más de 12 millones de atenciones al año y se plantea como una alternativa clave: “en el 2012, cuando los paros de los médicos de Essalud (agosto) y del Ministerio de Salud (setiembre) causaron un embalse de al menos un millón de citas sin atender, ambas entidades hallaron en los hospitales de la Solidaridad un remedio –y un aliado– para sus

---

1 El Sistema Integral de Salud (SIS) es el dispositivo de seguro del Ministerio de Salud (MINSA) para los más desfavorecidos.

2 Cifras de Ministerio de Salud en 2014.

crecientes males [de Essalud y Minsa]” (*El Comercio*, 2014 en un artículo titulado “Essalud y Minsa aumentarán la tercerización de sus servicios”).

Grandes desigualdades, mejoras de cobertura significativas, nuevas políticas e intervención de los gobiernos locales dibujan un panorama nuevo de los servicios de salud en la ciudad de Lima. Plantean muchas preguntas que nos proponemos analizar en término de “Derecho a la Ciudad”, con un doble enfoque. Por un lado, el derecho a la ciudad se puede relacionar con las condiciones de acceso de la población al conjunto de servicios y equipamientos en la ciudad, en nuestro caso, el acceso a los servicios de salud. Por otro lado, invita a analizar las movilizaciones y luchas sociales contra las desigualdades y para reivindicar un derecho a ser parte de la producción de la ciudad (Harvey, 2009; Samara et al., 2013). Cuestiona entonces las formas y las facultades de los grupos sociales de incidir en las políticas urbanas. El presente artículo<sup>3</sup> propone una reflexión sobre la construcción de las políticas de salud en Lima en un contexto marcado por nuevas modalidades de gobernanza, caracterizadas entre otras por la multiplicación de las instituciones y grupos sociales involucrados en la gestión de la ciudad y la emergencia de nuevas formas de regulación. ¿Cómo los cambios de política y las nuevas formas de gobernanza reconfiguran el Derecho a la Ciudad?

La argumentación se apoya en el análisis de la evolución de la oferta de salud, con la hipótesis de que la historia social y política de las infraestructuras de salud permite evidenciar las dinámicas urbanas: “la evolución del aparato sanitario nos cuenta la historia de la ciudad”<sup>4</sup> (Defossez et al., 1991: 138). En una primera parte, propondremos una lectura socio-técnica y política de la evolución de las infraestructuras de salud en Lima y El Callao. Nos focalizaremos principalmente en los grandes hospitales, elementos más emblemáticos y representativos de las evoluciones. El objetivo de la segunda parte es evidenciar las desigualdades socio-espaciales, así como cuestionar las nuevas formas de gobernanza urbana. Analizaremos los impactos generados por los cambios en términos de acceso al servicio de salud y los desafíos políticos, bajo la mirada del derecho a la ciudad.

3 Este artículo retoma parte de los elementos expuestos en otro artículo publicado en francés y en inglés en la revista *Justice Spatiale / Spatial Justice* en 2014 (ver Robert, 2014).

4 Traducción del autor («L'évolution de l'appareil sanitaire nous raconte en fait l'histoire de la ville»).



## Lectura socio-técnico-política de la evolución de las infraestructuras de salud

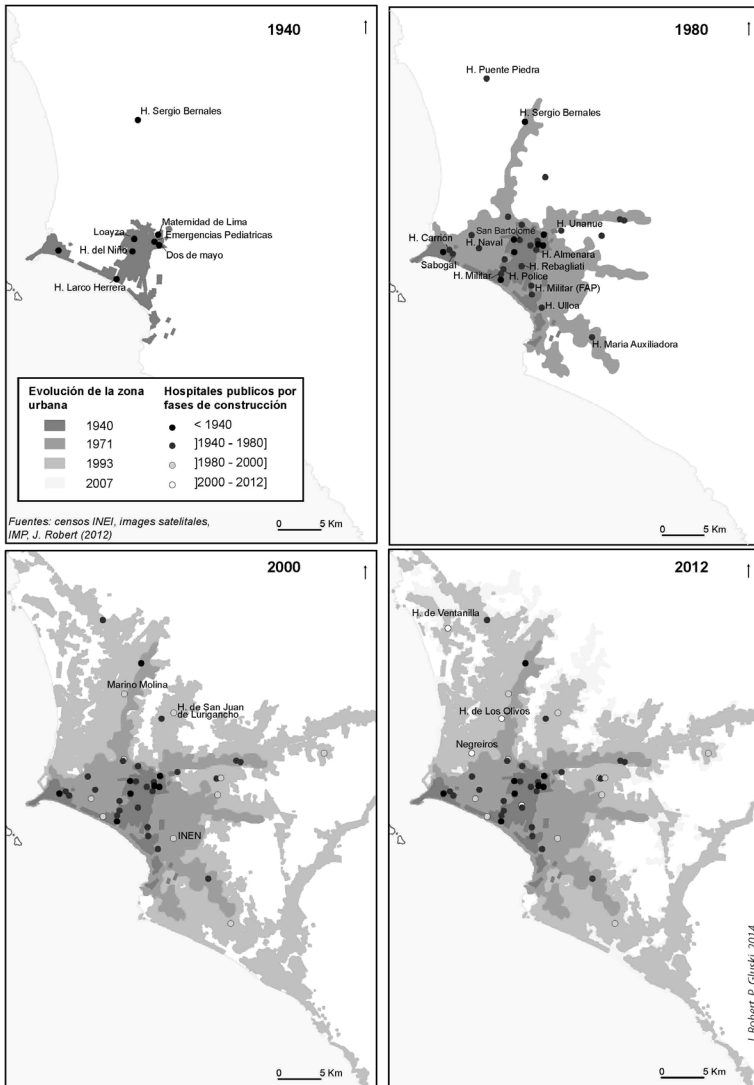
### Antes de los años noventa: el Estado frente a una demanda social sin precedente

La construcción de los grandes hospitales se inicia a mitad del siglo XIX (ver mapa 1). La Maternidad de Lima, el hospital Dos de Mayo y el Loayza, manejados por la Sociedad de Beneficencia de Lima, tienen una función de aislamiento más que de atención de salud “el refugio de los miserables... como un lugar donde vamos a morir más que curarse” (Pardo, en Lossio, 2002: 82). Con la institucionalización de la salud y la creación del Ministerio de Salud en 1935 aparecen nuevos tipos de establecimientos, en una época de progreso de la medicina. Algunos consolidan la oferta en el centro de la ciudad (Hospital del Niño en 1929), otros recuperan las funciones de aislamiento en las periferias (en esta época), como el Sergio Bernales en 1939 especializado en los casos de tuberculosis. A partir de los años cuarenta, Lima conoce cambios bruscos: la población, que alcanzaba 645.000 en 1940, es multiplicada por 7 en 40 años. Este crecimiento rápido se traduce por una extensión de la superficie urbanizada. Los nuevos barrios, mayormente resultado de invasiones de migrantes, empujan siempre más allá los límites de la ciudad frente a un Estado desbordado (Driant, 1991; Matos Mar, 1977). En 1956, 120.000 personas ocupan las barriadas de Lima. La magnitud y la rapidez de la urbanización sobrepasan los intentos de planificación.

El sector salud emprende la construcción de grandes infraestructuras para intentar responder a esta nueva demanda: 16 de los 23 principales hospitales actuales son construidos durante esta época. La mayoría se ubican en la zona central de la ciudad (los hospitales de las fuerzas armadas y de la policía, del Seguro Social (actualmente EsSalud) y del Ministerio de la Salud.<sup>5</sup> El hospital María Auxiliadora (perteneciente al MINSa), construido en los años 1970, simboliza la voluntad de los poderes públicos de ofrecer servicios a las perife-

5 El sistema de salud está conformado por las siguientes instituciones: el Ministerio de salud (Minsa), el seguro social EsSalud, la oferta privada, las sanidades que representan un grupo limitado que no será considerado en este artículo, y más recientemente, los servicios descentralizados prestados por los gobiernos locales y regionales.

Mapa 1  
 Construcción de los hospitales públicos y crecimiento urbano en Lima.



Fuente: Censos del INEI, imágenes satelitales, investigación J. Robert (2012).

rias populares, en este caso los barrios espontáneos de Villa El Salvador. Otros establecimientos de menor tamaño siguen esta lógica, en San Juan de Lurigancho o en Puente Piedra, por ejemplo. Al mismo tiempo, los centros de aislamiento de Comas (el Sergio Bernales) y del Agustino (el Hipólito Unanue), alcanzados por la urbanización, son transformados en hospitales generales.

### **El giro liberal de los años noventa**

Las décadas de 1980 y 1990 se caracterizan por el paro de las grandes inversiones en un contexto de crisis económica y política acrecentada por el terrorismo. Es la época de los primeros ajustes estructurales y de la reducción de los presupuestos públicos que acompañan la liberalización de la economía del gobierno de Alberto Fujimori (1990-2000). La epidemia del cólera en 1991 encuentra un sistema de salud debilitado –“jamás la salud ha sido tan enferma” (Reyna et Zapata, 1991: 55)–, y precipita los cambios. Considerada como una “oportunidad perdida” de plantear cambios estructurales para un sistema más equitativo (Cueto, 2009), legitima al contrario la acentuación de la política liberal del gobierno, hacia una “cultura de sobrevivencia”: “la renuncia de la cobertura universal, el cobro de tarifas en hospitales públicos, la privatización de parte de los mismos, la separación entre la normativa y la provisión de servicios sanitarios, el énfasis en la focalización en determinados grupos o problemas, un énfasis exagerado en la eficiencia, la gerencia y medidas costo-efectivas en el corto plazo y el drástico recorte del presupuesto estatal del Ministerio de Salud, sobre todo para sus actividades preventivas” (Cueto, 2009: 266). Durante veinte años, ningún hospital general se construye a pesar del crecimiento continuo de la ciudad: la población de Lima aumenta de 40% entre los censos de 1981 y 1993 y la tasa de crecimiento anual se mantiene en 2,7% entre 1993 y 2007. En 1990, más de 2 millones de habitantes (el tercio de la población de la capital) ocupa los barrios populares que se extienden en la periferia, sobre los cerros o en el desierto (Driant, 1991). La población de las barriadas alcanza 3 millones de habitantes al iniciar los años 2000, o sea 40% de los habitantes de Lima (Riofrío, 2004). El crecimiento poblacional se acompaña de una

gran informalidad laboral y de la precarización del empleo. 54.9% de la población activa limeña trabaja en la informalidad en 1980, 53,8% en 1995, 61,3% en 2000 según Portes & Robert (2004). Esta informalidad, junto con el abandono del objetivo de la cobertura universal de salud en los años noventa, explica el gran número de personas sin seguro de salud: son más del 50% de la población limeña en 2007 (Driant, 1991; Matos Mar, 1977).

En cambio, las políticas liberales se acompañan de un retroceso generalizado de los poderes públicos. Se deja de lado la visión planificadora de la oferta de salud y no se construyen nuevos establecimientos. Las inversiones se concentran en los hospitales centrales, para equipos, remodelación o ampliaciones, y se abandona la búsqueda de una repartición con más equidad de los servicios en el territorio. Esta tendencia se ve fortalecida por la autonomía financiera y administrativa de los hospitales, favoreciendo la competencia y limitando la redistribución de las inversiones. Predominan intervenciones puntuales, por los mismos hospitales, sin coordinación y en función del acceso a financiamientos en proveniencia del Estado o de organismos internacionales. 17 de 23 hospitales principales son remodelados. El hospital Hipólito Unanue, construido en 1948 como centro de tratamiento de la tuberculosis al exterior de la ciudad consolidada, es un caso ejemplar. Es remodelado en 1960 en hospital general, lo que implica reducir el número de camas (de 960 a 640) para instalar salas de operaciones. Un nuevo servicio de emergencia es construido en 2007 y una farmacia en 2008. Los hospitales Dos de Mayo y Loayza siguen esta lógica, con la construcción de nuevos edificios con fondos internacionales. Las remodelaciones y extensiones son también frecuentes en los hospitales menores. Muchos pasan de pequeños centros de salud sin hospitalización a una capacidad de más de 100 camas, como es el caso del hospital de Puente Piedra, centro de salud en 1970, hospital en 1980, remodelado en 2003, 2004 y 2009. La falta de grandes infraestructuras en las periferias es de alguna manera minimizada por la construcción de pequeños centros y puestos de salud, enfocado al servicio de proximidad.

La privatización de los servicios, bajo diferentes formas, es otra consecuencia del giro liberal. La más evidente es la multiplicación de las clínicas privadas, en respuesta al aumento de la población de altos recursos y con-

comitante de la degradación de la oferta pública. Se multiplican a partir de los años ochenta: 26 de las 39 grandes clínicas privadas son construidas entre 1980 y 2000, ofrecen servicios de hospitalización (que representan unas 1700 camas aproximadamente) concentrados en los barrios privilegiados. Estas clínicas se abren más recientemente a nuevos espacios en las periferias, en particular al norte de la aglomeración donde se encuentran los sectores más dinámicos en cuanto a actividad económica. Si esta oferta privada híper-segregativa solo beneficia a un grupo de población limitado, existe también todo un conjunto de pequeños establecimientos privados con mira a las clases populares. Un ejemplo común es la oferta de servicios de radiografías y ecografía a precio bajo para captar los pacientes de los hospitales públicos a menudo colapsados.

A parte de los nuevos establecimientos privados, existe también una privatización del gasto dentro de los hospitales públicos. Estos desarrollan una verdadera caza de los “recursos propios” a partir de 1990, buscando más rentabilidad (Echevarría, 2001). Servicios diferenciados son implementados dentro de los mismos hospitales públicos, en función de las capacidades financieras del paciente. Los beneficios son utilizados para el funcionamiento del hospital que los administra.<sup>6</sup> Fuerte de una gran autonomía, los hospitales desarrollan también estrategias para fortalecer los servicios más rentables (servicios primarios), y evitando los más costosos simbolizados por “el paciente pobre con enfermedad cara” (Echevarría, 2001: 29). De esta manera, los gastos del paciente se duplicaron entre 1994 y 1997 (BM, 1999) y cubren 25 % de los ingresos de los hospitales en 1998 (cuando solo representaba el 6-7% en los años ochenta).

### **Post 2000, entre cambios y continuidad**

Los años 2000 se caracterizan por nuevas inversiones del Estado, aunque tímidas, asociadas a una estabilización política post-terrorismo y a una fase de crecimiento económico sin precedente. Las diferentes instituciones del

---

<sup>6</sup> Esta política acaba de ser abandonada debido a las quejas de otras clínicas privadas por competencia desigual.

sector vuelven a construir nuevos hospitales. El sector privado sigue su crecimiento, tanto a través clínicas de lujo como de servicios más populares.

Pero el cambio principal son las reformas de descentralización. Prevé la gestión de las infraestructuras del Minsa por los gobiernos regionales y locales. La transferencia de competencia es efectiva desde 2009 para la región Callao, y está en curso en el caso de Lima Metropolitana. En paralelo, las municipalidades de distrito y provinciales invierten el campo de la salud, ofreciendo servicios ambulatorios en establecimientos propios. El dispositivo de los “Hospitales de la Solidaridad”, creado en 2004 por el anterior (y hoy reelecto) alcalde de Lima Luis Castañeda,<sup>7</sup> es el primero de su tipo y el más emblemático. Constituido actualmente de 38 establecimientos, ofrece servicios de consultación externa y diagnóstico, en una lógica de proximidad. A pesar de la apelación de “hospitales”, no contempla servicios de hospitalización (aunque se están proyectando últimamente). Es gestionado por un organismo público descentralizado de la Municipalidad de Lima (el Sistema Metropolitano de Solidaridad - SISOL) quien pone a disposición la infraestructura, se encarga de la administración y fija las tarifas. Las infraestructuras son a menudo someras, en locales de la municipalidad, alquilados o en *containers* dispuestos en espacios públicos. Los servicios son tercerizados a empresas prestatarias de servicios que funcionan con sus propios equipos. Los médicos son pagados por consulta. Con un servicio cómodo (en la magnitud de precio del Minsa) y más rápido, este dispositivo beneficia de una gran aceptación social.<sup>8</sup> Dispositivos similares han sido implementados en el Callao (hospitales Chalacos de la municipalidad provincial), así como en varias municipalidades distritales. Si bien ofrecen una respuesta a una demanda social, estos nuevos dispositivos plantean grandes preguntas sobre cómo se propone resolver las desigualdades.

---

7 Luis Castañeda ha sido director del antiguo EsSalud antes de su primera elección en 2003.

8 La articulación con los sistemas de seguros del Minsa (el SIS) y de EsSalud han permitido mejorar el servicio bajo el mandato de Susana Villarán a la alcaldía.

## ¿Qué derecho a la ciudad? Desigualdades y nuevas formas de gobernanza de los servicios de salud

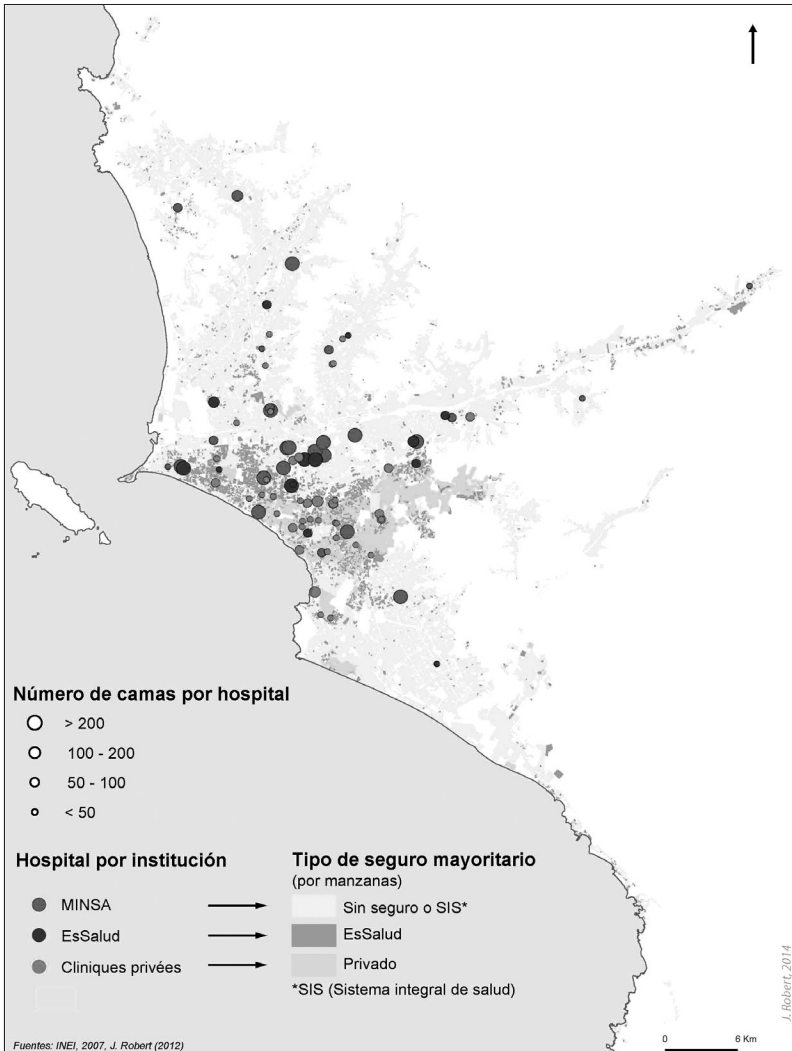
¿Cuáles son los resultados de la evolución de los servicios de salud en Lima en término de derecho a la ciudad? A la luz de los elementos de historia expuestos anteriormente, insistiremos sobre las desigualdades de acceso a la salud que persisten en la actualidad y sobre las nuevas propuestas de gestión de este servicio.

### Desigualdades socio-espaciales de acceso a los hospitales

La evolución del dispositivo de salud trae con ella desigualdades en el acceso a los servicios, que son sociales y/o espaciales. Proponemos evidenciar estas desigualdades a través del tipo de aseguramiento. Este determina los establecimientos a los cuales uno puede acudir. Tres grupos se distinguen:

- El grupo con acceso a los establecimientos del Minsa: reúne la población sin ningún seguro (57% de la población o 5 millones en 2007) y la que tiene acceso al Sistema Integral de Salud – SIS (dispositivo de seguro del Minsa para los más desfavorecidos, 6,6% o 550.000 personas en 2007). Para estos dos tipos de población, los establecimientos del Minsa son la principal oferta de salud a disposición para hospitalización, en razón de las restricciones de costo en las clínicas privadas o de acceso en los establecimientos de EsSalud. El aumento de los asegurados al SIS en los últimos años no cambia la configuración del grupo (son personas sin seguros que ahora están con SIS, y que se atienden mayormente en el Minsa). Podríamos también considerar la nueva oferta de los Hospitales de la Solidaridad o similares, pero concierne únicamente las atenciones ambulatorias.
- El segundo grupo tiene acceso a los establecimientos de EsSalud. Son los beneficiarios inscritos al sistema de seguro social público en el marco de un empleo formal y representan 24% de la población (más de 2 millones de personas en 2007).
- El tercer grupo tiene acceso a las clínicas privadas. Son los que disponen de un seguro privado y representan un 12% de la población (un poco más de 1 millón de personas).

Mapa 2  
 Tipo de seguro de salud de la población e infraestructura hospitalarias en Lima en 2007



Fuente: INEI 2007, investigación J. Robert (2012).



La repartición de estos grupos en el territorio evidencia grandes desigualdades entre el centro y las periferias (mapa 2). La zona central concentra los asegurados del sector privado en sus barrios más acomodados, y los beneficiarios de Essalud en los barrios de clase media. Estas zonas benefician de una oferta en hospitales relativamente importante. Los sin seguros o con SIS son relegados en las periferias sub-equipadas en hospitales. Este mapeo resulta de la evolución del sistema de salud descrito anteriormente, al origen de un sistema a diferentes velocidades. Las zonas centrales conocen una mejora y una diversificación de la oferta, con nuevos estándares para los más adinerados. En contraste, las periferias que han crecido y que se han extendido no vieron llegar las inversiones.

El factor económico no solo es resaltado en los seguros de salud. El aumento del pago de los servicios de salud por las familias se traduce en la dificultad de los más pobres para acceder a estos servicios, a pesar de las mejoras del aseguramiento. Las tasas muy elevadas de no atención o de atenciones en farmacias (33,9 y 24,4% respectivamente de todo tipo de grupo comprendido)<sup>9</sup> es muestra de ello. Refleja también las condiciones y la calidad de la oferta. Frente a los anuncios gubernamentales sobre las mejoras del SIS, la M. Petrerá (2012) demuestra que el aseguramiento en sí no garantiza la atención. Sí reconoce que los esfuerzos de los últimos años (2004-2010) han tenido un efecto inclusivo, y precisa rápidamente: “No obstante, al tratarse de un derecho y al no poder acceder todos los afiliados en pobreza a la atención, se lesiona el ejercicio del derecho”. El número de afiliados con SIS que logran acceso aumenta en número absoluto, pero disminuye en porcentaje: 54,3% de los asegurados al SIS se atendían en el Minsa en 2004; solo el 27,6 % en el 2010.<sup>10</sup> Hay más asegurados, pero menos logran acceso. El aumento de la presión sobre la oferta sin una mejora de la misma explica en parte esta situación, al cual se agregan también hechos de discriminación y exclusión o sentimientos de desconfianza. En

---

9 Para el grupo con SIS, el 39,9% menciona no consultar, y el 27,6% se atiende en farmacias y boticas (Encuesta Nacional de Hogares - ENHAO, 2010). Las cifras corresponden a las zonas urbanas al nivel nacional, pero consideramos que reflejan la situación en la capital. En Solís *et al.* (2009), las cifras de atenciones en farmacias son similares, hasta más elevadas. Para el grupo con SIS alcanza 34.6% y para los que no cuentan con ningún seguro, alcanza 39,1 %.

10 En zona urbana, al nivel nacional.

sus conclusiones, resalta la restricción de la oferta pública y el hecho que “la atención depende [...] básicamente del Estado y de la voluntad de la oferta descentralizada del Minsa”. De hecho, las nuevas formas de gestión de los servicios de salud marcan rupturas cualitativas en su naturaleza y en su funcionamiento.

## **Multiplicación de las iniciativas, fragmentación del sistema**

### *Desafíos de la descentralización*

Las reformas de descentralización representan un primer desafío y plantean ciertas dificultades. La multiplicación de las iniciativas se acompaña de una politización de la salud sumisa a lógicas electorales. Se plantean entonces nuevas relaciones de poderes entre los gobiernos locales, el Estado y los hospitales que defienden su autonomía. Los planes de gobiernos de los partidos políticos para la campaña electoral de 2014 (gobiernos locales y regionales) ilustran bien la dimensión estratégica que adquirió el campo de la salud.<sup>11</sup> Los “Hospitales de la Solidaridad” (o similares) representan la política “bandera” y la mayoría de las propuestas se limitan a proponer aumentar su número (y accesoriamente campañas de salud pública). Algunos agregan además la búsqueda de nuevas modalidades de financiamiento, generalmente a través de las asociaciones público-privadas (APP). El desafío de la descentralización es planteado de frente solamente en la propuesta del equipo saliente en busca de la reelección y que resalta bien los desafíos en juego:

El programa de la Confluencia 2011-2014 se formuló sobre el supuesto que la MML asumiría las funciones regionales en materia de salud. La transferencia no se efectivizó, razón por la cual las propuestas de salud que

---

11 Información basada en una lectura sistemática de los planes de gobiernos (disponibles en la página web del Jurado Nacional de Elecciones <http://portal.jne.gob.pe/>) de las principales organizaciones políticas (Diálogo Vecinal, Partido Político Aprista, Acción Popular, Alianza para el Progreso, Fuerza Social, Solidaridad Nacional, PPC, entre otros), principalmente para Lima Metropolitana pero también para el Callao (en este caso, incluyendo Chim Pum Callao) y al nivel distrital.

pueden ser evaluadas están relacionadas al programa de los Hospitales de la Solidaridad (SISOL). (Diálogo Vecinal, 2014, Plan de gobierno: 56)

Nuestro enfoque es el de gestionar –en el marco de la descentralización– la salud de manera integral asumiendo las competencias regionales y los Programas que el Gobierno Nacional deba transferir. (Ibíd.: 78)

Se solicitará la transferencia de los 356 centros de salud de Primer Nivel (postas, centros de salud) del Minsa y de cinco hospitales de Nivel 2, los cuales serían integrados a los hospitales municipales SISOL y a los 20 centros de salud municipales para establecer una red de atención y prevención para la ciudad. (Ibíd.: 116)

En general, la cuestión de los niveles de competencia es a menudo ignorada o mal entendida, siempre fuente de confusión. Los candidatos anuncian la construcción de nuevos dispositivos sin mencionar las interconexiones con los dispositivos existentes. Cada municipio quiere su propio “hospital” para “responder a la demanda social”. Esta política más o menos clientelista, se traduce por una fragmentación del sistema. Facilita el surgimiento de dispositivos de pequeña envergadura con una lógica de proximidad, y muestra los límites de la descentralización en términos de planificación de los servicios para el conjunto de la aglomeración.

### *El auge creciente de la privatización*

La fragmentación del sistema de salud existe a otros niveles y toma formas diferentes, en particular en lo que concierne las nuevas modalidades de financiamiento y de gestión. Frente a la debilidad del sector público, la solución para la mejora del servicio de salud se plantea a través de más privatización, la tercerización de los servicios y las asociaciones publica-privadas (APP). El sector privado desarrolla un rol clave en la construcción de nuevos hospitales y en su gestión (sobre todo en los servicios no clínicos), como lo ilustra la propuesta de implementar una asociación pública-privada para la gestión del nuevo hospital del Niño del Minsa, entre otros proyectos (ProInversión, 2013). La tercerización de servicios de salud de EsSalud a clínicas privadas se vuelve una práctica siempre más difundida. Después de un inicio

complicado con la transferencia de 80.000 asegurados de la Red Almenara (que atiende a 1.500.000 personas y con sus dos hospitales mayor Grau y Almenara colapsados) a la clínica San Juan de Dios, Essalud espera contar con los servicios afiliados de 10 clínicas para fines 2014 (El Comercio, 2014). El modelo de los “Hospitales de la Solidaridad” responde también a una lógica de privatización: la autoridad pública regula el sistema pero el servicio es tercerizado, y sigue una lógica de rentabilidad, enfocándose en las atenciones ambulatorias y reduciendo los costos de gestión y administración.

### *¿Soluciones “parches” para problemas estructurales?*

Las iniciativas que surgen en el marco de la descentralización o de la privatización del sector se plantean como alternativas a los dispositivos públicos clásicos del Minsa y de EsSalud. Si bien estos dispositivos presentan fuertes debilidades, son la base de un sistema más equitativo. En particular el sistema del Minsa, articulado alrededor de una gran cantidad de infraestructuras (más de 400 en Lima y Callao, incluyendo 389 puestos y centros de salud) destinadas a los grupos más desfavorecidos, y con una repartición sobre el conjunto del territorio. Las alternativas que surgen en los años 2000 son, a la vez, complementarias y en concurrencia a estos dispositivos clásicos. Proponen una diversificación de las soluciones, al mismo tiempo que implican una dispersión de los esfuerzos y de las inversiones. Sin embargo, la implementación de unos 40 centros de atención ambulatoria, muchos en *containers* dispuestos en algunos espacios públicos, no puede resolver sino solo una pequeña parte de los problemas conocidos por los más de 400 establecimientos del Minsa. Estos siguen siendo los únicos capaces de ofrecer servicios de hospitalización a los más pobres. El cómo tomar en mano y reformar este dispositivo no es tema de debate, cuando su papel es central para pensar en un derecho a la salud más equitativo.

Contorneando esta cuestión, la multiplicación de los dispositivos por los gobiernos locales busca su justificación en una demanda social de salud de proximidad y de calidad frente a las debilidades de la oferta del sector público a cargo del Minsa. Pero contribuye de alguna manera a la desarticulación del dispositivo de conjunto. Traduce la evolución de las políticas

hacia una lógica de privatización y de rentabilidad, dejando atrás valores de planificación y de servicio público equitativo. Estas soluciones parecen entonces más ser “soluciones parches” que reformas estructurales, en la continuidad de la “cultura de sobrevivencia” generalizada después de la crisis del cólera en 1991 (Cueto, 2009). La fragmentación del sistema y las nuevas políticas generan nuevas formas de desigualdades, vía la privatización generalizada y la precarización del servicio de salud.

### **La construcción de un sistema desigual ¿legitimada por la demanda social?**

La cuestión del derecho a la ciudad nos lleva a mirar las movilizaciones sociales frente a las desigualdades. En el caso del acceso a la salud, estas han sido bastante escasas a pesar de la permanencia de las dificultades encontradas por las clases populares. En los años noventa, la aplicación de las reformas de salud en el marco de una política ultra liberal no provocaron mayor reivindicaciones sociales. Estas reformas fueron realizadas por un pequeño grupo de técnicos, sin difusión ni al público, ni a las organizaciones, ni al congreso (Ewig, 2000: 490). La decepción y desilusión sobre la capacidad del Estado de resolver los problemas frente a la magnitud de la crisis de los años ochenta se tradujeron por la ausencia de exigencias y una cierta pasividad. La capacidad de exigencia nunca se recuperó y se aplicaron las reformas sin mayor discusión (Echevarria, 2001).

Las reivindicaciones sociales por la salud volvieron a ocupar el debate público durante la campaña a la alcaldía de Lima en 2010. En esta oportunidad, diferentes grupos sociales protestaron en favor del modelo de los Hospitales de la Solidaridad después de que circulara un rumor sobre el abandono de este sistema por la candidata de Fuerza Social, Susana Villarán. La futura alcaldesa tuvo que realizar varios anuncios públicos para desmentir el rumor y afirmar que mantendría los Hospitales de Solidaridad en caso de ser elegida. Y terminaron siendo el nodo principal de las políticas de salud llevadas a cabo por su mandato. Fueron al centro de las propuestas para la elaboración del Plan de desarrollo Concertado 2012-2025 de

la Municipalidad de Lima Metropolitana. Durante talleres participativos, los representantes de la sociedad civil han podido definir los lugares donde se debía instalar nuevos “hospitales”. Pero nunca se puso en la mesa el qué hacer con los centros de salud del Minsa, cuya gestión debería ser asumida pronto por el gobierno regional. En estas condiciones, la participación no es sinónimo de derecho a la ciudad, al contrario (Garnier, 2010).

De la ausencia de las exigencias sociales relacionadas a una desilusión generalizada en los años ochenta, a su asimilación y control en los mecanismos de participación en los años 2010, las luchas sociales no lograron incidir significativamente sobre las políticas públicas de acceso a la salud. Más bien, es con el aval de la población que se conforta un sistema paralelo destinado a las clases populares –y ahora legitimado por la demanda social–, y que se deja de lado una política pública apuntando a la mejora del servicio público de salud y la reducción de las desigualdades.

### **¿El derecho a la Ciudad desde el acceso a la salud?**

Analizar el acceso a la salud bajo la mirada del derecho a la ciudad permite evidenciar grandes procesos urbanos que marcaron las ciudades del Sur, desde la utopía de la planificación urbana hacia la ciudad neoliberal. Pone a la luz los impactos de las lógicas neoliberales y del abandono de la planificación espacial en favor de la planificación urbana estratégica y competitiva. Con este enfoque, las políticas públicas se vuelven un objeto de investigación central para entender la fábrica de la ciudad. La perspectiva socio-histórica muestra la continuidad de los procesos, al mismo tiempo que evidencia modalidades inéditas que caracterizan la gobernanza de las ciudades en la actualidad. En este sentido, el caso de los Hospitales de la Solidaridad es emblemático. Esta iniciativa política navega entre populismo/clientelismo, privatización del servicio y respuesta efectiva a una necesidad social incontestable. Si puede parecer una “solución parche”, también se presenta como transición necesaria frente a la dificultad de resolver grandes problemas estructurales.

La perspectiva del derecho a la ciudad permite evidenciar las modalidades de construcción de estas políticas públicas, sus consecuencias en térmi-

no de desigualdades y el espacio dejado o tomado por los diferentes grupos sociales. Invita a cuestionar tanto las modalidades de implementación de estas políticas como su sentido. Más allá de las desigualdades, interroga las formas de participación y de democracia. ¿Cómo se exponen las diferentes estrategias? ¿Cómo se define el interés colectivo y, por ende, las políticas públicas? Para retomar el lema del Plan de Desarrollo Concertado de Lima, ¿Cómo “hacemos la ciudad que queremos”? y entonces ¿Cómo y sobre qué base decidimos las grandes opciones de desarrollo?

## Bibliografía

- Banco Mundial 1999 *Improving Health Care for the Poor* (Washington: The World Bank).
- Cueto, M. 2009 “Cólera y dengue en Lima al final del siglo XX y comienzos del XXI: salud y la cultura de la sobrevivencia” en Kingman, E. (ed.) *Historia social urbana. Espacios y flujos* (Quito: Colección 50 años FLACSO).
- Defosse, A. C.; Fassin, D., Godard, H. 1991 “Espace urbain et santé publique. L'histoire sociale et politique du système de soins à Quito, entre carte et récit” en *Bulletin de l'IFEA* N° 1(29), pp. 115-139.
- Diálogo Vecinal 2014 “Plan de Gobierno de la Organización Política Diálogo Vecinal 2015-2018”.
- Driant, J. C. 1991 *Las barriadas de Lima. Historia e interpretación* (Lima: IFEA/ DESCO).
- Echeverría, J. 2001 “Deuda externa y políticas sociales” en Echeverría, J. et al. (eds.) *Democratización de la salud. La deuda social pendiente*, (Lima: IED/Universidad Antonio Ruiz de Montoya).
- El Comercio 2014 “Essalud y Minsa aumentarán la tercerización de sus servicios” 12 de enero. Disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/essalud-y-minsa-aumentaran-tercerizacion-sus-servicios-noticia-1702149>.
- Ewig, C. 2000 “Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas en el sector salud” en Portocarrero, F. (ed.) *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes* (Lima: IEP/PUCP).

- Garnier, J. P. 2011 “Del derecho a la vivienda al derecho a la ciudad: ¿De qué derechos hablamos y con qué derecho?” en *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales* N° 16(905), Barcelona.
- Harvey, D. 2009 “Le Droit à la ville, Revue Internationale des livres et des idées” N° 9, enero-febrero.
- Lossio, J. 2002 *Acequias y Gallinazos, salud ambiental en Lima del siglo XIX* (Lima: Colección Mínima/IEP).
- Matos Mar, J. 1977 *Las barriadas de Lima 1957* (Lima: IEP).
- Petrera, M. 2012 *Seguro Integral de Salud y protección social en el Perú, 2004-2010. Tesis doctoral en salud pública* (Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia).
- Portes, A.; Roberts Bryan, R. 2004 “Empleo y desigualdad urbanos bajo el libre mercado. Consecuencias del experimento neoliberal” en *Nueva sociedad* N° 193, pp. 76-96.
- ProInversión 2013 “Plan de acción 2014, documento de trabajo” (23 de diciembre).
- Reyna, C.; Zapata, A. 1991 *Crónica sobre el cólera en el Perú* (Lima: DESCO/En Blanco y Negro).
- Robert, J. 2012 “Pour une géographie de la gestion de crise: de l’accessibilité aux soins d’urgence à la vulnérabilité du territoire à Lima”. Tesis de Geografía de la universidad de Grenoble. Disponible en: <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00766252>.
- Robert, J. 2014 “De la néolibéralisation de la ville, entre continuité et nouveauté dans la production des inégalités d’accessibilité aux soins à Lima” en *Justice spatiale | spatial justice* N° 6, junio. Disponible en: <http://www.jssj.org>.
- Riofrío, G. 2004 “Pobreza y desarrollo urbano en el Perú” en DESCO (eds.) *Las ciudades en el Perú* (Lima: Perú Hoy).
- Samara, T. R.; He, S. Roshan; Chen, G. 2013 *Locating Right to the City in the Global South* (Nueva York: Routledge).
- Solís, R. et al. 2009 “Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima” en *Revista Perú Med Exp Salud Pública* N° 26(2), pp. 136-144.