

La reforma del sector salud en el Perú, 1990-98: en busca de nuevos modelos de política social

Juan Arroyo¹

La década de los noventa empezó en el Perú produciendo cambios de mediano plazo en el modelo económico, al reemplazarse el enfoque keynesiano cepalino predominante desde 1963 por el enfoque de mercado. En las áreas sociales, la promesa a inicios de la década fue superar el modelo del Estado benefactor que, con todos los límites conocidos en los países latinoamericanos, había orientado treinta años de políticas sociales en el país y estaba en crisis a finales de los ochenta. Hoy, casi al final de una década de formulación e implementación de nuevas políticas sociales y de salud, cabe interrogarse si el gobierno del ingeniero Fujimori ha logrado culminar en el campo social esta búsqueda de una política social post-Estado benefactor, moderna y redistributiva, o si el desafío sigue pendiente. Un cúmulo de interrogantes se agolpan tras nueve años de transformaciones en salud: ¿qué cambios en las políticas de salud se han generado en los noventa? ¿Qué tan irreversibles son las políticas de salud de los noventa y, en particular, la reforma que finalmente ha resultado? ¿El resultado es un modelo final o un momento de una transición, un punto de empate? ¿En qué direcciones podrían desarrollarse las políticas sociales en salud en el futuro?

El presente artículo revisa los principales dispositivos legales promulgados en el período 1990-1998 y debate, a partir de esta voluntad expresa condensada en tales normas, si las políticas de salud de los noventa en Perú representan ya una nueva política del Estado en el campo social y, por tanto, un viraje con vigencia en el mediano plazo más allá de los cambios de gobierno, como ha sucedido de alguna manera en muchos aspectos en el terreno

1. Deseo expresar mi agradecimiento a Jorge Enrique Vargas, consultor y amigo colombiano, y a Giorgio Solimano, consultor y amigo chileno, con quienes he podido intercambiar puntos de vista sobre el tema de la reforma sectorial y la seguridad social en salud y demarcar sus problemas, sin que obviamente lo aquí expresado sea de su responsabilidad.

económico. Como las políticas de salud han terminado por centrarse alrededor de la reforma del sector salud, se debate si el modelo de reforma formulado cierra la fase de diseño y deja a las siguientes administraciones sólo las fases de desarrollo y consolidación. O si, por el contrario, las siguientes administraciones deberán abrir una etapa de reforma de la propia reforma, regresando sobre lo debatido y resuelto en esta década.

1. *Reforma silenciosa, reforma jurídica y reforma paradigmática*

El sector salud de 1998, repotenciado e inserto hoy en un proceso de modernización, no se parece al de 1990, en colapso operativo. Sin embargo, éste cambio ha sido fruto de las políticas de salud ministeriales, consecuencia de una reforma sectorial? ¿El repotenciamiento de los servicios por sí mismo es sinónimo de reforma? ¿Qué es una reforma sectorial? ¿Qué tipo de cambios constituyen una reforma y qué otros no? ¿Podría darse una reforma sin mayores dispositivos jurídicos?

Con estos interrogantes teórico-metodológicos nos introducimos a todo un capítulo de la literatura internacional sobre las reformas en salud. La definición que hiciera Peter Berman de la reforma del sector salud en 1993, ha sido durante estos años una referencia internacional obligada:

"Definimos como reforma del sector salud a un cambio sostenido y consciente para mejorar la eficiencia, equidad y efectividad del sector salud. Llamamos "sector salud" a la totalidad de las políticas, programas, instituciones y actores que proveen atención de la salud -los esfuerzos organizados para tratar y prevenir la enfermedad.(...) La reforma del sector salud debe ser también sostenible. Esto significa que para que un cambio califique como reforma debe ser un refuerzo no puntual o volátil, sino debe producir un cambio real en la manera cómo se han trabajado las cosas todo el tiempo"².

2. Berman, Peter, "Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable", en Berman, Peter (ed.), *Health Sector Reform in Developing Countries*, Boston: Harvard School of Public Health, 1993, pp. 13-33.

La Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, organizada hace poco por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), definió la reforma del sector salud como:

"un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia en su gestión y la efectividad de sus actuaciones... Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan"³.

Sin embargo, la mayoría de reformas en salud en curso en Latinoamérica no se ajusta a estas definiciones, debido a que dichas reformas no son sectoriales ni son cambios necesariamente sostenidos ni son frutos exclusivos de los esfuerzos conscientes de sus promotores. La mayoría de ellas son reformas-proceso y no reformas-plan, esto es, son complejos procesos de transición y no transformaciones que se desarrollan con mecanismos de 'relojería', incluso en los países desarrollados. Kroneman y van der Zee⁴ estudiaron recientemente los procesos de reforma en salud en los países de la OECD y concluyeron que había una gran dificultad para establecer con exactitud cuándo se dio un cambio en la política de salud, así como para comprender el sentido de las reformas. Dichos investigadores concluyeron también que una de las causas de esta dificultad radicaba en los errores de los expertos, elemento del cual nunca se ha hablado en nuestras reformas latinoamericanas o en la peruana. Cabe señalar que tenemos la tendencia a otorgar racionalidad a muchos procesos de tendencias encontradas, a apreciar linealmente realidades muchas veces confusas, de idas y venidas. Kroneman y van der Zee hallaron que la dificultad para aprehender las políticas de salud tenía que ver con la vaguedad de las políticas nacionales y con procesos de imple-

3. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Línea basal para el seguimiento y evaluación de la reforma sectorial*, Washington, D.C.: OPS, mayo 1998, p. 3.

4. Kroneman, Madelon y Jouke van der Zee, "Health Policy as a Fuzzy Concept: Methodological Problems Encountered when Evaluating Health Policy Reforms in an International Perspective", en *Health Policy*, 40, 1997, pp. 139-155.

mentación gradualistas, sin cambios visibles, procesos que además podían ser perturbados en cualquier momento.

En realidad, el procesamiento de las reformas viene mostrando los límites de la concepción kelseniana del derecho positivo como productor de realidades, que está atrás del enfoque formal de la reforma en salud concebida como un hecho exclusivo del gobierno. El caso peruano ilustra más bien, creemos, la modalidad real de las reformas como procesos semi-estructurados, cuando no desestructurados. El círculo vicioso es que las reformas deben aumentar la capacidad de gobierno del sector, pero ellas mismas, en sus modelos y en sus procesos, suelen expresar la falta de rectoría que intentan resolver. Por eso, las reformas operan bajo esta modalidad que hemos denominado *reforma sanitaria silenciosa*, que produce transformaciones del sistema de salud y constituye un cambio en la política general de salud, sin que este cambio necesariamente se explicita ni norme de manera conjunta. Aquí el curso de la reforma es la resultante del conflicto y encuentro de los actores o agentes sanitarios, mas no efecto exclusivo de los dispositivos legales. Las políticas aparecen en este caso como producto social. Como vamos a intentar demostrar para Perú, en estos casos corren en paralelo dos tipos de reforma, la reforma silenciosa y la reforma jurídica, alimentadas ambas por la reforma de fondo, la reforma paradigmática.

En el caso peruano, por tanto, no hay etapas secuenciales de pre-reforma (o diseño) y reforma (o aplicación) como plantea el modelo kelseniano/la reforma real en la década ha sido, a la vez, de *facto* y jurídica; y el cambio en las políticas de salud, hay que entresacarlo de la normatividad y de la evolución real del sector. Estamos ante una reforma sectorial que sirve de ejemplo del denominado "modelo político incremental" y es la antítesis del llamado "modelo político racional". Este último plantea una secuencia simple, pero irreal para la mayoría de países latinoamericanos: *diseño/negociación/legislación/implementación/evaluación*⁵.

Aquí vamos a intentar mostrar la complejidad de la construcción social de nuevas políticas de salud, a partir del examen de los propios dispositivos legales emitidos por el gobierno entre 1990 y 1998 en el sector salud. Ciertamente, sería más fácil demostrar

5. Walt, Gill, *Health Policy. An Introduction to Process and Power*, London: Zed Books Ltd., 1994, pp. 46-52.

esta complejidad analizando las transformaciones ocurridas en el sector salud en estos años, muchas de ellas reformas sin rectoría ministerial o gubernamental. No obstante, hemos escogido la metodología del análisis legislativo, pues lo legal no es tampoco homogéneo y armónico como se cree: como veremos, no existe una sola orientación de política de salud en el período estudiado.

2. Momentos en la reforma jurídica: políticas de emergencia, reformas parciales y modelo sectorial

Entre agosto de 1990 y diciembre de 1998 se han dictado 67 Leyes, Resoluciones Ministeriales, Decretos Supremos, Decretos Legislativos y documentos normativos del Ministerio de Salud (MINSA) que tienen que ver centralmente con cambios en las políticas de salud, la reforma en salud y temas importantes afines (ver el Anexo). De este conjunto, hemos seleccionado las 22 iniciativas legislativas más importantes en lo que va de la década en el campo de políticas de salud y reforma sectorial. Los criterios para la selección de estas normas fueron: la amplitud de las transformaciones que han implicado en estos años y la representatividad de determinados dispositivos con respecto al proyecto de reforma gubernamental en aplicación o por aplicarse en los próximos años (ver el Cuadro No. 1). Sobre la base del análisis de este corpus legislativo, ha sido posible anotar algunas características de las políticas de salud en los noventa.

Cuadro No. 1

PERÚ: DISPOSITIVOS LEGALES CENTRALES SOBRE POLÍTICAS DE SALUD Y REFORMA, 1990-1998

Año	Dispositivos	Iniciativas centrales sobre políticas y reformas
1990	- Documento MINSA	- Hacia un Sistema Nacional regionalizado e integrado de salud
1991	- R.M. 159 y 331-91-SADM - D.Leg. 718	- Proceso de renunciaciones con incentivos en el sector - Creación del Sistema Privado de Salud a través de las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS)

(continúa)

(continuación)

Año	Dispositivos	Iniciativas centrales sobre políticas y reformas
1992	- Ley de Presupuesto de 1992, art. 271 - D.S. 002-92-SA	- Formalización del financiamiento vía recursos propios - Reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud
1993	- R.M. 020-93-SA	- Directiva de reorganización y reestructuración de las Direcciones Regionales y Subregionales de Salud - Programa Salud Básica para Todos
1994	- Ley 26268 de Presupuesto 1994; D.S. 38-94-PCM; y R.M. 336-94-SADM - R.M. 451-94-SA, Directiva Base No. 01-94-SADM; R.M. 451-94-SADM	- Programa de Administración Compartida
1995	- Documento MINS	- Lineamientos de Políticas de Salud 1995-2000
1996	- R.M. 071-96-SADM - R.M. 511-96-SADM - Dec. Leg. 887	- Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 - Manual de acreditación de hospitales - Primera Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (derogada)
1997	- Ley No. 26790 - Ley No. 26842 - R.M. 534-97-SADM; R.M. 548-97-SADM - D.S. 006-97-SA - R.S. 099-97-SA	- Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud - Ley General de Salud - Constituyen Programa de Administración de Acuerdos de Gestión y aprueban su Reglamento de organización y funciones - Estatuto de la Superintendencia de EPS - Comisión encargada de monitorear la evolución del sistema de seguridad social en salud
1998	- R.M. 052-98-SADM - R.M. 261-98-SADM y R.M. 260-98-SADM - D.S. 004-98-SA - R.M. 175-98-SADM - R.M. 143-98-SADM	- Crean la Unidad de Coordinación para la modernización del subsector público de salud - Normas, procedimientos y unidad coordinadora para acreditación de establecimientos de salud - Autorización a empleadoras a elección de EPS - Plan Nacional para la Atención de Salud Integral del Escolar y Adolescente 1997-2001 - Incorporan PSBT y PAC a PAAG

El principal hecho a destacar en la producción jurídica de la etapa 1990-1998 es la existencia de tres momentos: el primero, en 1990, en que se asumen reformas como condición de superviven-

cia, bajo la forma de políticas de emergencia; el segundo, a partir de 1991, en que se entrapa el intento de aplicar al campo de la salud el esquema ortodoxo de la economía y empiezan varios años de reformas parciales sin proyecto global; y el tercero, entre 1995 y 1998, de formulación de los lineamientos de políticas y del modelo de reforma sectorial del Ministerio de Salud e inicios de sus aplicaciones. El tercer momento no detuvo el segundo momento, sino que se superpuso sobre él.

Por tanto, ¿dónde ubicar el momento de inicio de la reforma peruana? La característica incremental de la reforma peruana motiva opiniones absolutamente dispares sobre esto. Desde el punto de vista kelseniano, la reforma recién va a empezar y desplegarse. Sin embargo, es evidente que se ha desarrollado ya un tipo de reforma. La reforma silenciosa ha edificado un nuevo piso para la reforma explícita, un sector salud repotenciado y más abierto al cambio. Es más, la práctica de estos últimos tiempos viene demostrando que la reforma silenciosa no desaparece con la reforma jurídica o explícita.

Las evidencias indican que la reforma peruana se inició con la crisis abierta de las políticas populistas estatistas, entre 1988 y 1990, cuya expresión fue el colapso operativo de los servicios públicos en esa etapa⁶. En esa fase final del gobierno aprista se originaron la política de cofinanciamiento y la reforma hospitalaria, dos cambios de políticas de salud profundizados luego en los noventa. El Apra dejó como herencia normativa al sector, entre otros, el Decreto Legislativo 559, Ley de Trabajo Médico, que homologó los sueldos de los médicos del MINSa con los del IPSS y terminó con el conflicto sindical de los ochenta; el D.L. 584, Ley de Organización y Funciones del MINSa, que transfirió el máximo posible de recursos hacia los gobiernos regionales, previendo el cambio de gobierno; el D.S. 005-90-SA, Reglamento General de Hospitales, que en general redefinió al hospital enmarcándolo bajo el enfoque de atención primaria, como punto de apoyo de las redes, cuyo eje serían los Centros de Salud; y la RM 71-90-SADM, Normas de las Clínicas en Hospitales e Institutos Especial-

6. Ministerio de Salud del Perú (MINSa), *Lineamientos de políticas de salud 1995-2000. El desafío del cambio de milenio: un sector salud con equidad, eficiencia y calidad*, Lima: MINSa, diciembre de 1995.

lizados, que apeló a los recursos propios como estrategia de supervivencia hospitalaria, aprovechando la infraestructura ociosa en las tardes. Todas estas normas fueron promulgadas durante el último semestre del gobierno aprista.

Gillete Hall⁷ ha estudiado la enorme caída de la inversión pública en el campo social en el quinquenio 1985-1990. El gasto del sector social disminuyó de 132 en 1986 a 51 en 1990; el gasto público real en salud cayó de 100 en 1985 a 47 en 1990; casi desapareció la inversión en infraestructura de salud, pues ésta descendió de 100 en 1985 a 9 en 1990; y decreció el gasto corriente en salud en el mismo lapso de 100 a 53⁸. Por eso el nuevo gobierno, instalado en agosto de 1990, encontró a los servicios del sector en una situación de crisis severa, que obligó a asumir medidas de emergencia. Muchas de estas medidas implicaban cambios de política, como por ejemplo el incentivo de los recursos propios⁹. Además, todo el primer año, la nueva administración tuvo en situación de movilización permanente a los profesionales del sector, no sólo para sacar a los establecimientos del colapso sino para afrontar la epidemia del cólera¹⁰. Sin embargo, desde entonces, estuvo planteada la idea de una reestructuración general en el sector.

La idea de la reforma sanitaria surgió en el Perú hacia 1990, como aversión a la crisis vivida. El primer Ministro de Salud del régimen, el Dr. Carlos Vidal Layseca, planteó en diciembre de 1990 un nuevo marco de políticas de mediano plazo: el Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud, proyecto de un sistema descentralizado de salud que no fue aplicado debido a la salida del Dr. Vidal del Ministerio de Salud, en marzo de 1991. A

7. Hall, Gillete. "El bienestar social en Lima: cambios en la estructura de acceso y uso de los servicios públicos, 1985-86 a 1990", en Moncada, Gilberto y Richard Webb (eds.), *¿Cómo estamos? Análisis de la Encuesta de Niveles de Vida*, Lima: Cuánto S.A., UNICEF, 1994, pp. 295-320.

8. Las cifras representan los gastos totales anuales, valorados en intis corrientes a partir de un índice donde 1985 = 100.

9. Toledo, Jesús y otros, *La autogestión en los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud*, Informe de la Comisión Nombrada por la R.V.M. 010-A-92-SA, Lima: MINSA, s/f.

10. Cueto, Marcos, *El regreso de las epidemias*, Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP), 1997.

los pocos meses, en noviembre de ese año, el gobierno emitió el Decreto Legislativo No. 718 de creación de las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS), promovido por el entonces Ministro de Economía, Dr. Carlos Boloña Behr, promulgado al mismo tiempo en que salía el Dr. Víctor Yamamoto del Ministerio e ingresaba el Dr. Víctor Paredes como ministro. Esta reforma ortodoxa no tuvo aplicación y el Dr. Paredes, más bien, inició una reestructuración ministerial con miras a fortalecer las instancias regionales y locales (D.S. No. 002-92-SA, ROF MINSA), instalando las Zonas de Desarrollo Integral en Salud (ZONADIS) en la óptica de los Silos¹¹. Empezó así un largo período de reformas parciales de diferente signo, silenciosas (múltiples reformas endógenas en regiones y establecimientos) y jurídicas (como el Programa Salud Básica para Todos-PSBT y el Programa de Administración Compartida-CLAS).

Fue sólo en el segundo semestre de 1995, ya en el segundo período del gobierno, que se retomó la necesidad de sistematizar y formalizar las nuevas políticas de salud, fruto de lo cual fueron presentados en diciembre de 1995, siendo ministro el Dr. Yong Motta, los *Lineamientos de Política de Salud 1995-2000*. Este documento de orientaciones de política planteó, entre los extremos del *statu quo* y la privatización ortodoxa, una reforma capaz de articular las ideas-fuerza de equidad, eficiencia y calidad, dando un fuerte impulso a la reforma paradigmática y la modernización de la gestión en el sector. Sin embargo, los documentos de carácter jurídico de la reforma recién aparecieron en 1997, un año y medio después. En mayo de ese año se emitió la *Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (Ley 26790)*; y en julio, la *Ley General de Salud (Ley 26842)*. En otras palabras, el momento de definición formal de nuevas políticas de salud ha sido realizado sobre todo en los años 1997-98, casi a finales de la década. Recién entonces ha aparecido el nuevo modelo sectorial, culminando el gobierno la búsqueda de una nueva política de salud iniciada en 1990. Con el paquete legislativo de los dos últi-

11. Paredes, Víctor, *Nuestra gestión: participación con concertación. Período noviembre 1991-agosto 1993*, Lima: MINSA, s/f.

mos años, el Ministerio de Salud considera terminado el diseño básico de la reforma¹².

Por lo tanto, en la reforma peruana, el momento de la reforma jurídica es bastante tardío. Esto se expresa en la producción jurídica de la década. Hay sólo 11 iniciativas de cambios de políticas de salud y/o reformas entre agosto de 1990 y 1996; y 9 en apenas dos años, 1997-98. El paso de las ideas a la norma legal ha sido lento y tortuoso, tanto que culmina cuando el país entra a una nueva elección presidencial y, como consecuencia, se abre el interrogante sobre la viabilidad de la reforma. ¿Por qué tiene esta dificultad el propio gobierno para diseñar sus políticas si dispone de todos los recursos? Esta cuestión remite a un viejo problema político: ¿qué es más importante en la definición de las políticas públicas, el modelo sustantivo de políticas o el tipo de procedimiento de las políticas? ¿El problema ha estado en el programa político o en el régimen institucional; es decir, en las estructuras, reglas y normas del proceso de decisiones de gobierno, que habrían bloqueado la toma de decisiones y propiciado el empañamiento político? Nuestro punto de vista es que la lentitud de la reforma explícita o jurídica en el Perú remite a los dos tipos de problemas: programáticos e institucionales, mezclados en una goberabilidad compleja e irresuelta de la reforma peruana.

Felizmente, el sector no ha esperado que venga la reforma desde arriba. De ahí que las aplicaciones iniciales actuales se encuentren con reformas endógenas en curso en muchas regiones de salud y establecimientos. Es el caso de las reformas en desarrollo desde varios años atrás en San Martín, La Libertad, Tacna o Cajamarca, por sólo nombrar algunas regiones, a las que podíamos añadir múltiples hospitales, institutos especializados y unidades territoriales, además del Seguro Social. La primacía de la reforma silenciosa ha producido en lo que va de la década una transformación real del sector, sin que se contara con una nueva política general de salud. La mecánica de esta reforma ha funcionado desde abajo hacia arriba, descansando en micro-reformas y meso-reformas, puestas en operación por los directivos en salud sobre la base de su comprensión de los nuevos paradigmas de gestión y

12. Costa Bauer, Marino, "Marco legal de reforma en salud ya está dado en 90%", en *Gestión Médica*, año 2, Lima: 26 de enero de 1998, p. 3.

organización de los servicios de salud. La reforma peruana es, hasta ahora, más una reforma desde los "reformados".

3. De la compensación social a la modernización de la gestión social, los seguros individuales y finalmente los seguros neopopulistas

Se desprende del análisis de los dispositivos del Cuadro No. 1 no sólo el carácter tardío de la reforma jurídica, sino la presencia de diferentes orientaciones de política de salud durante el gobierno del ingeniero Fujimori. Haciendo una clasificación de los dispositivos legales e iniciativas de reforma según su correspondencia con los discursos sanitarios en circulación en América Latina, es observable la influencia dominante del discurso descentralista y participativo de la OMS/OPS en todo el primer lustro 1990-95 y, a partir de ahí, la influencia dominante de los discursos de la reforma contemporánea y sus ideas-fuerza de focalización, diferenciación de funciones, acuerdos de gestión, seguro individual en salud, planes básicos de atención, entre otros elementos.

La mayoría de dispositivos jurídicos de los años 1990-93 no obedece a la política gubernamental en el campo de la economía, de corte ortodoxo. En su primer año de gobierno, el ingeniero Fujimori tuvo dos propuestas de reformas sistémicas divergentes en salud: el Sistema Nacional Regionalizado integrado de salud y el Sistema Privado de Salud (D.L. 718). No se trata de que en el primer lustro 1990-95 no hubiesen expresiones en el sector salud de la orientación ortodoxa, pero no eran hegemónicas y ocurrían como iniciativas parciales (el programa de renunciadas voluntarias al Estado, por ejemplo) o como iniciativas fallidas (OSS). Es más, incluso la producción jurídica de la etapa 1995-98 muestra las dos caras del régimen: la ortodoxa y la neopopulista¹³. Esta vigencia de políticas ministeriales relativamente autónomas de la política na-

13. Sobre el concepto de neopopulismo, ver Novaro, Marcos, "Crisis de representación, neopopulismo y consolidación democrática", en Grompone, Romeo (ed.), *Instituciones políticas y sociedad. Lecturas introductorias*, Lima: IEP, 1995.

cional dominante ratifica la idea de que el sector salud ha sido en alguna medida inorgánico en el esquema general neoliberal, sobre todo en su primer quinquenio. El sector salud no ha sido prioridad en la agenda de gobierno. El gobierno tuvo en su etapa más ortodoxa un mayor énfasis en políticas sociales extra-ministeriales a través de programas y proyectos especiales, dejando para resolver después qué hacer con el "viejo Estado", lo que permitió márgenes de autonomía en salud. Como veremos, luego de los tres primeros años de vigencia de la teoría del "Estado mínimo", el régimen comenzó a tener caja fiscal para políticas sociales y sintió la necesidad de hacer política también con los aparatos estatales prestadores de servicios. Por esa razón, recién a partir de 1994 fueron estructurándose los elementos de las nuevas políticas sociales sectoriales (PSBT y PAC), apareciendo los nuevos modelos ministeriales de políticas sociales y discursos de reforma.

En otras palabras, nuestra reforma sanitaria es silenciosa en buena medida por la dinámica "defectuosa" de la "caja negra" estatal. Los códigos complejos de la tecnocracia ministerial y su ingeniería sectorial no son de interés para el Ejecutivo sino en tanto obtengan resultados y, como consecuencia, otorguen legitimidad. En febrero de 1996, el Presidente de la República explicó en la inauguración del Seminario Internacional sobre Reforma en Salud, organizado por el MINSa, su comprensión de la reforma sobre la base de dar prioridad a programas como el de planificación familiar¹⁴. De ahí en adelante, la política de salud reproductiva y planificación familiar se convirtió en central en el sector. Sin embargo, este énfasis prefigura otro tipo de reforma, pragmática y eminentemente política, diferente a la que emana de la tecnocracia central del MINSa (tecnosanitaria, más subsectorial y cercana a la idea de cuasi-mercados en el subsector público) o de la del MEF y los seguros privados (tecnosanitaria, más propensa a una reestructuración sistémica a la chilena). Así, en este tiempo, los actores principales del *policy making* de la reforma (el Ejecutivo, el MEF, la Alta Dirección Ministerial, la tecnocracia ministerial, las agencias cooperantes, los seguros privados) han contado con

14. Fujimori, Alberto, Discurso de inauguración del Seminario Internacional sobre Reforma del Sector Salud, en MINSa, *Seminario Internacional Reforma del Sector Salud*, Lima: MINSa, 1997, pp. 131-132.

varias reformas en proyecto, incluso por encima de que esto no haya sido enteramente consciente en el conjunto de ellos. Razón por la cual, los *outputs* políticos siempre han sido puntos de convergencia o de concesiones mutuas o de derrota parcial de alguna de las partes. Todo lo cual confirma que la "caja negra" estatal, en que, conforme enseña Easton, las demandas e *inputs* se transforman en decisiones políticas¹⁵, tiene laberintos más complejos que las simplificaciones corrientes. No sólo los programas de gobierno no son homogéneos sino que su desarrollo en políticas concretas debe atravesar sucesivos filtros, fruto de la heterogeneidad al interior del Estado. La toma de decisiones real muestra que los "patios interiores" de la democracia y del neoliberalismo, aunque también del Estado en general, son más complejos que la versión maniquea blanco/negro (sociedad/Estado) en circulación. Acaso encaja mejor en nuestro caso, por eso, el modelo de Robert Dahl de toma de decisiones de las elites gobernantes sobre la base de un flujo de negociación y de presión competitiva de grupos; o el de Bachrah, de toma de decisiones no sólo a partir de la voluntad de los actores sino de los procesos y las condiciones¹⁶.

El problema programático de fondo para inaugurar políticas sociales post-Estado benefactor consistentes ha sido que el programa ortodoxo, que inicialmente cosechaba triunfos en el campo económico, no tenía un planteamiento viable para las áreas sociales. Por eso, el tema de la reforma sectorial en salud apareció en 1994 como el ideario de la tecnocracia ministerial, más que como un proyecto prioritario del nivel político gubernamental, lo que marca su proceso tortuoso. Pero cada vez que el "ata" ortodoxa gubernamental colocaba su propuesta de modelo sectorial en la agenda de gobierno, originaba disensión. Efectivamente, las dos oportunidades en que se planteó un esquema sectorial a la chilena (en 1991, con las OSS y en 1996, con el debate de los borradores de la ley de seguridad social en salud), la iniciativa no prosperó. Así, la década política en salud se resume en: sucesivos 'enviones' ortodoxos en pro de reestructuraciones del sector salud,

15. Easton, David, *Esquema para el análisis político*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1969.

16. Dahl, Robert, *La política. Participación y oposición*, Madrid: Tecnos, 1989; Bachrah, Peter, *Crítica de la teoría elitista de la democracia*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1973.

la oposición de la opinión pública nacional, el freno neopopulista a los mismos, los empujes intragubernamentales y las consiguientes reformas parciales modernizantes.

Para entender la lógica de las políticas sociales y de salud de la década de los noventa, hay que dejar de conceptualizarlas como un bloque compacto. Joseph Ramos, por ejemplo, ha diferenciado tres variantes de políticas sociales dentro del campo neoclásico ortodoxo: el enfoque automático, que se expresa en la teoría del efecto de 'goteo'; el enfoque secuencial, en que primero se crece y luego se distribuye; y el enfoque paralelo entre las políticas económicas y las políticas sociales, donde las políticas sociales compensatorias se admiten como el sacrificio de una porción del crecimiento económico¹⁷.

Las iniciativas legislativas de los años 1990-98 muestran la sucesión y superposición de cuatro variantes de políticas sociales y de salud: las políticas de compensación social, las políticas sociales modernizantes en la lógica de proyectos, los proyectos de reestructuraciones sectoriales para implantar regímenes de seguridad universal obligatoria individual, y los seguros focalizados.

Además, aparecieron en ese orden. Primero, el ajuste se acompañó de políticas sociales de emergencia, los programas de compensación social, que tienen su clara expresión en el Fondo-des-Pobreza, Hacienda, SUNAT, SUNAD, proyectos especiales, luego Ministerio de la Presidencia). En la práctica, en el sector salud esto originó dos ministerios: el tradicional y el de proyectos y programas.

A partir de 1993-94 empezó, sin embargo, a superarse la crisis y se fue pasando a una concepción más amplia que la anterior,

17. Ramos, Joseph, "¿Es posible crecer con equidad?", en *Revista de la CEPAL*, No. 56, Santiago de Chile: CEPAL, agosto 1995, pp. 13-24.

la de modernización de las políticas sociales ministeriales con la expansión de la lógica de proyectos. La modernización de la gestión en salud tiene este fundamento. Rolando Franco ha explicado las características de este nuevo paradigma de las políticas sociales: representa el paso de la lógica burocrática a la lógica de proyectos, del financiamiento estatal al cofinanciamiento, del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, del universalismo a la focalización, de los públicos-objetivo en los grupos organizados a los pobres e indigentes, marginales y desorganizados, de los presupuestos históricos al criterio de costo-efectividad¹⁸. La renovación técnico-política en el campo de la formulación y gestión de políticas sociales integra hoy muchos de estos elementos, incorporados en el sector salud como una herencia irreversible de los años noventa. Introducen la racionalidad de los costos y la eficiencia en lo social. Hay todo un debate en curso sobre la frontera borrosa entre eficiencia y 'eficientismo', pero lo que deseamos remarcar por ahora es que los Ministerios de Servicios empezaron a tener más sentido en el esquema general del gobierno hacia 1993-94, cuando se superó la crisis fiscal y los aparatos estatales prestadores de servicios pudieron ser útiles para nuestra "democracia delegativa", urgida constantemente de éxitos para legitimarse¹⁹. El "ala" ortodoxa del gobierno guardó la teoría del Estado mínimo para mejor ocasión, si bien periódicamente se ha ido manifestando en la década esta equivalencia entre reforma y racionalización de personal, factor de prestigio de la reforma al interior del sector. Lo cierto es que los ministerios sociales se incorporaron a la modernización del Estado vía la lógica de proyectos. Todos los componentes ministeriales, llámense programas, direcciones u oficinas de apoyo, empezaron así a reordenarse en función de esta nueva lógica. Los ministerios prestadores reencontraron una identidad. La modernización de la gestión pública en las áreas sociales empezó así antes que los proyectos actuales de reforma institucional.

18. Franco, Rolando, "Los paradigmas de la política social en América Latina", en *Revista de la CEPAL*, No. 58, Santiago de Chile: CEPAL, 1996, pp. 9-22.

19. O'Donnell, Guillermo, "¿Democracia delegativa?", en Grompone, Romeo (ed.), *Instituciones políticas y sociedad. Lecturas introductorias*, Lima: IEP, 1995.

Sin embargo, ni las políticas de compensación social ni las políticas de modernización de la gestión social constituyen reformas macro o sistémicas de las áreas sociales, no tocan la estructura sectorial público-privada heredada de las reformas del período 1960-70. Hoy existe un relativo consenso en el país sobre una reforma que se base en reformas subsectoriales, en su mayoría modernizaciones que aplican el modelo de cuasi-mercado británico, pero no sobre una reforma que implique una reestructuración de tres subsectores heredados de las décadas previas. En realidad, el único proyecto de reestructuración sectorial planteado legislativamente en la década de los noventa ha sido el modelo ortodoxo de seguridad universal obligatoria individual. En el sector educación como en salud, los planteos son simétricos: autonomización de prestadores públicos, per cápitas básicos, bonos de subsidio, libre elección y opción de los usuarios por fórmulas de prepago o copago, según el nivel de los servicios seleccionados. El modelo supone la desaparición de la estructura actual de tres subsectores (MINSa, IPSS y privado) y el establecimiento de un sector con toda la población asegurada, una parte en el régimen subsidiado y otra en el régimen contributivo²⁰. El modelo peruano de seguridad social creado en 1997 (Ley 26790) se inspira en este modelo chileno-colombiano, pero autoriza la constitución de las EPS que se financiarán a partir del 2% de los aportes al Seguro Social, síntoma de una transacción. El modelo sectorial resultante de la década tenemos que interpretarlo como un punto de empate, el momento de una transición, la postergación de una definición. Pero un punto de empate tan inestable que la lucha ha continuado. A lo largo de 1998, la Confederación de Instituciones Empresariales del Perú (CONFIEP) ha venido insistiendo en anular o rebajar la aportación del 9% al Seguro Social, conceptuándola como uno de sus sobre-costos; y el Colegio Médico del Perú ha revelado en diciembre de 1998, la existencia de un proyecto de ley en circulación en el Congreso creando una nueva entidad denominada Seguro Social en Salud (SSDES), que representaría un nuevo

20. Paredes, Nelcy, "El Sistema General de Seguridad Social en salud: la reforma colombiana", en MINSa, Seminario Internacional Reforma del Sector Salud, Lima: MINSa, 1997, pp. 45-53.

intento de pasar al sistema de seguridad individual²¹. Definitivamente, no hemos arribado aún a una política de Estado en este aspecto.

El último paso en la evolución de las políticas de salud del gobierno 1990-98 ha sido el de los seguros focalizados. En 1997 se inició el Seguro Escolar, seguido luego por el seguro materno-infantil, el seguro universitario y otros más anunciados. Se ha cubierto así el arco completo de una década en que se ha ido pasando de la teoría ortodoxa de la compensación social a la modernización de la gestión social, luego al proyecto de seguridad universal individual y, finalmente, a los seguros neopopulistas.

4. El viejo dilema del modelo sectorial: ¿bismarckiano, servicio nacional inglés, seguridad individual o cuál?

¿Por qué la reforma peruana ha venido y viene avanzando en resolver -aunque con lentitud, desde abajo y desde ambas problemáticas en el nivel micro y meso planteados en todas las "dimensiones de la reforma" (financiera, administrativa, programática)²², pero ha encontrado serias dificultades para imaginar creativamente la denominada "dimensión sistémica" de la reforma, cuya piedra de toque es el asunto de la seguridad social en salud?

Como se sabe, el modelo de reforma contenido en la reciente legislación 1997-98 tiene dos ejes: la modernización del subsector público y el establecimiento de un nuevo sistema de seguridad social. La modernización del subsector público integra la reforma del primer nivel de atención (Salud Básica para Todos, el Programa de Administración Compartida-CLAS y la construcción de las redes), la reforma hospitalaria (autonomización, acreditación, modernización) y los Acuerdos de Gestión (PAAG), que articularán el subsistema. La Unidad Coordinadora para la modernización del subsector público ha sido encargada de conducir

21. Colegio Médico del Perú, "No a la liquidación de la Seguridad Social. El IPSS es de todos los peruanos", Comunicado, en *El Comercio*, Lima: 20 de diciembre de 1998.

22. Frenk, Julio, "Dimensions of Health Sector Reform", en *Health Policy*, 27, 1994, pp. 19-34.

este proceso (R.M. 052-98-SA/DM del 25 de febrero de 1998). La reforma de la seguridad social comprende un sistema doble de seguridad: uno mediante el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y el otro, vía las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Una Comisión Especial, constituida en virtud de la R.S. 009-97-SA del 30 de diciembre de 1997, ha sido encargada del monitoreo de la evolución del Sistema de Seguridad Social en Salud.

De este conjunto, las reformas en los niveles micro y meso no están en cuestión, pero sí la reforma macro propuesta. En el nivel micro, hay múltiples experiencias de reformas en desarrollo en el país en las regiones de salud, redes de servicios y establecimientos. Se viene avanzando desigualmente en cuanto al protocolo, integración de programas, automatización de sistemas de soporte, contención-recuperación de costos, innovación de los mecanismos de pago, generación de procesos en red, programas de mejoramiento continuo, planificación estratégica, desarrollo de recursos humanos, emprendidos por las regiones de salud y establecimientos de servicios, sobre la base de la propia experiencia de las Direcciones Regionales y servicios y/o el aprendizaje de modelos y herramientas de experiencias internacionales (modelo de atención gerenciada²³, experiencia hospitalaria catalana, experiencia vasca en redes primarias y otras). De otro lado, el Seguro Social vivió ya una reforma subsectorial durante la gestión 1991-96 del Dr. Luis Castañeda Lossio; y ahora, el subsector público está ingresando también a una meso-reforma con el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (R.M. 534-97-SA), ambas de alguna manera bajo el enfoque de cuasi-mercado de factura británica²⁴. De hecho, hay aún problemas pendientes de armonización de esta multiplicidad de iniciativas de reformas parciales, pues la reforma no puede ser entendida como una sumatoria de reformas de instituciones. Ello ya ha implicado desplazamientos ciegos de la demanda que no favorecen a los segmentos de extrema pobreza en el caso de algunos hospitales de Lima, como ha

23. Fairfield, Gillian, David Hunter, David Mechanic y Fleming Rosliff, "Managed Care: Origins, Principles and Evolution", en *BMJ*, vol. 314, No. 7097, junio 1997.

24. Glennerster, Howard y Julian Le Grand, "The Development of Quasi-Markets in Welfare Provision in the United Kingdom", en *International Journal of Health Services*, vol. 25, No. 2, pp. 203-218.

sido estudiado²⁵. La idea fuerza de la eficiencia, aislada, suele promover una planificación "hacia dentro" de las instituciones, desde los productos y los costos y no desde los resultados y las necesidades. Es imprescindible una visión macro de los procesos en desarrollo en el sector, de sus flujos de financiamiento, de la dinámica operante de sus ofertantes y demandantes, de la evolución y peculiaridades de las necesidades, incluso en el caso de las reformas que deciden basarse en la estructura sectorial previa. El viraje actual que tiende a relieves la reforma programática, expresa esta necesidad de que la reforma sea pensada y administrada desde la salud y desde los fines y resultados. Pero no toda reforma exige una reestructuración de la arquitectura público-privada en curso. Como afirman Londoño y Frenk, no cabe duda de que los problemas de la atención a la salud son sistémicos, pero de ello no se deriva que deban aplicarse propuestas integrales sin tener un consenso. Las probabilidades de éxito de una reforma integral más bien se incrementan, explican, si se adoptan estrategias que identifiquen conjuntos de intervenciones coherentes que ataquen los cuellos de botella más críticos en el sistema²⁶.

La política de salud del Perú en los noventa ha expresado el dilema latinoamericano de los países con sistemas de salud de tres subsectores, que en su mayoría hemos optado por mejorar lo existente en lugar de apostar a una reingeniería sistémica radical políticamente traumática y de resultados inciertos. En realidad, quienes deciden la política sólo permiten una reforma de confrontación, que signifique una mudanza general, si los beneficios sociales y políticos son evidentes. Efectivamente, el modelo de las ISAPRES no sólo está seriamente cuestionado en los países en los cuales se ha implementado, sino que Perú tiene condiciones de desigualdad y pobreza que lo hacen inviable. En todo caso, los propulsores de la iniciativa no han respondido técnicamente a los interrogantes nacionales sobre su propuesta: ¿hay seguridad de

25. Arroyo, Juan, "Autonomización hospitalaria y desplazamientos de la demanda de atención, Lima 1988-1997", en *Acta Hereditaria*, vol. 22/23, Lima: marzo 1998, pp. 5-17.

26. Londoño, Juan Luis y Julio Frenk, "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina", en Frenk, Julio (ed.), *Observatorio de la salud, necesidades, servicios, políticas*, México: FUNSALUD, 1997, pp. 307-346.

que habrá una ganancia social neta en términos de mayor equidad y eficiencia, que justifique el cambio general del sistema y sus efectos traumáticos de la transición? ¿Cómo se hace capitalización individual en salud, en un país sin empleo ni ingresos suficientes? Si esto podría resolverse teóricamente con el subsidio del paquete básico, ¿tendrá el Estado recursos para sostener una atención efectiva al 49% de la población en situación de pobreza? ¿No saldrá muy delgada la capa simple, el per cápita final en salud, que no valga la pena el cambio? ¿Tenemos las condiciones culturales e institucionales para un sistema de identificación preciso como el que exige un sistema de seguridad individual obligatoria? ¿No será mejor aminorar los diferenciales surgidos de la triple o cuádruple segmentación actual a la dualización explícita y forzada que surgiría de la aplicación de un sistema de seguridad individual? ¿Qué dice la experiencia internacional latinoamericana? ¿Acaso no es verdad que las continuas reformas de la reforma en Chile tienen el límite planteado por el modelo y ya hay quienes plantean que el próximo gobierno chileno debiera pasar a una reforma estructural en salud, terminando con el sistema dual actual y yendo a una versión parecida al Servicio Nacional de Salud inglés?²⁷.

Estamos en el mismo punto de partida que originó el sistema de tres subsectores en la reforma sanitaria de 1960-70 en el Perú. Como se sabe, el modelo bismarckiano de seguridad sobre la base de la población laboral, fue superado en 1942 por el Servicio Nacional de Salud inglés, propugnado por Beveridge, que planteó la seguridad social universal sobre la base de los impuestos generales. El problema estructural de los países latinoamericanos es que no tenemos tanta fuerza laboral como para que la universalización del seguro bismarckiano sea un equivalente a la universalización de la seguridad social. Pero tampoco tenemos una recaudación fiscal que por sí misma pueda solventar, a todo riesgo, una seguridad social universal en salud. Países como Brasil intentaron en las décadas pasadas concretar el Sistema Único de Salud (SUS), pero, como se ha explicado, la reducción del gasto público

27. Solimano, Giorgio, "Rol del Estado en la reforma y la experiencia en Chile", Seminario Internacional Reforma en Salud y Seguridad Social, Lima, Colegio Médico del Perú, octubre de 1998.

en salud a partir de 1989 y otros factores determinaron que el SUS no lograra concretar el principio básico por el cual se constituyó: la garantía de la equidad en el acceso a toda la población brasileña²⁸. Salvo Cuba, que siguió el camino del Sistema Único Estatal/planteado por Semashko, el resto de países latinoamericanos dio origen en el período 1960-70 a una combinación de regímenes de seguridad parciales, actuando en paralelo el modelo bismarckiano, vía los Seguros Sociales y el modelo impositivo general, vía los Ministerios de Salud. Con todo lo progresivo que dicho sistema significó ante las anteriores Sociedades de Beneficencia, podemos apreciar todos los problemas que ha producido en términos de bloqueo de la optimización de recursos.

Ahora estamos retomando al mismo problema, aunque en nuevas circunstancias. No es nuestro objetivo pretender resolver el problema, pero este 'empate' entre el modelo bismarckiano y el modelo ISAPRES abre la necesidad de imaginar otras modalidades de seguridad social para el futuro. Sólo el dogmatismo impide observar otros caminos, más simples y efectivos para el objetivo compartido de un sistema de seguridad integral, solidario y eficiente. Poco importan los rótulos y la modelística si al final se puede lograr lo mismo y más, un per cápita costo-efectivo y socialmente direccionado a los grupos pobres y vulnerables, a partir del contrato social establecido. Después de todo, los modelos de políticas sociales no son en sí mismos tan importantes sino en cuanto responden positivamente al dilema planteado por Busfelo: ¿Robin Hood o Hood Robin?²⁹.

28. Fleury, Sonia, "Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina", en *Rev. Saúde Pública*, vol. 29, No. 3, 1995, pp. 243-250.

29. Bustelo, Eduardo, "Hood Robin: ajuste y equidad en América Latina", ponencia en Seminario Modelos de Desarrollo y Pobreza en América Latina, Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial, Washington, diciembre de 1993.

Bibliografía

- Anderson, Jeanine, *Ni bienestar ni equidad: los fundamentos de la política social peruana*, Lima: Gredes, 1993.
- Arriagada, Irma, "Nuevas tendencias de la política social en América Latina", ponencia al II Congreso Nacional de Políticas y Programas Sociales, Maracaibo, Venezuela, 4-6 mayo 1995.
- Arroyo, Juan, "Autonomización hospitalaria y desplazamientos de la demanda de atención, Lima 1988-1997", en *Acta Hereditaria*, vol. 22/23, Lima: marzo 1998, pp. 5-17.
- Bachrah, Peter, *Crítica de la teoría elitista de la democracia*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1973.
- Berman, Peter, "Health Sector Reform... Making Health Development Sustainable", en Berman, Peter (ed.), *Health Sector Reform in Developing Countries*, Boston: Harvard School of Public Health, 1993, pp. 13-33.
- Broomberg, Jonathan, "Managing the Health Care Market in Developing Countries: Prospects and Problems", en *Health Policy and Planning*, vol. 9, No. 3, 1994, pp. 237-251.
- Bustelo, Eduardo, "Hood Robin: ajuste y equidad en América Latina", ponencia en Seminario *Modelos de Desarrollo y Pobreza en América Latina*, Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial, Washington, diciembre de 1993.
- Colegio Médico del Perú, "No a la liquidación de la Seguridad Social. El IPSS es de todos los peruanos", Comunicado, en *El Comercio*, Lima: 20 de diciembre de 1998.
- Congreso de la República del Perú, *Debate sobre el proyecto de Ley General de Salud*, transcripción magnetofónica de la 22ava. sesión del 12 de junio de 1997.
- Costa Bauer, Marino, "Marco legal de reforma en salud ya está dado en 90%", en *Gestión Médica*, año 2, Lima: 26 de enero de 1998, p. 3.
- Costa Bauer, Marino, Informe del Dr. Marino Costa Bauer, Ministro de Estado en la Cartera de Salud, a la Comisión de Salud, Población y Familia del Congreso de la República, Lima, Congreso de la República, exposición del 9/09/1997.
- Costa Bauer, Marino, Informe del Dr. Marino Costa Bauer, Ministro de Estado en la Cartera de Salud, a la Comisión de Salud, Población y Familia del Congreso de la República, Lima: Congreso de la República, exposición del 13/05/1996.
- Cueto, Marcos, *El regreso de las epidemias*, Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP), 1997.
- Dahl, Robert, *La política. Participación y oposición*, Madrid: Tecnos, 1989.
- La reforma del sector salud en el Perú, 1990-98: en busca de ... 563
- Easton, David, *Esquema para el análisis político*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1969.
- Fairfield, Gillian, David Hunter, David Mechanic y Flemming Rosleff, "Managed Care: Origins, Principles and Evolution", en *BMJ*, vol. 314, No. 7097, junio 1997.
- Fleury, Sonia, "Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina", en *Rev. Saúde Pública*, vol. 29, No. 3, 1995, pp. 243-250.
- Franco, Rolando, "Los paradigmas de la política social en América Latina", en *Revista de la CEPAL*, No. 58, Santiago de Chile: CEPAL, 1996, pp. 9-22.
- Frenk, Julio, "Dimensions of Health Sector Reform", en *Health Policy*, 27, 1994, pp. 19-34.
- Fujimori, Alberto, Discurso de inauguración del Seminario Internacional sobre Reforma del Sector Salud, en MINSA, *Seminario Internacional Reforma del Sector Salud*, Lima, Perú: 1997, pp. 131-132.
- Glennester, Howard y Julian Le Grand, "The Development of Quasi-Markets in Welfare Provision in the United Kingdom", en *International Journal of Health Services*, vol. 25, No. 2, 1995, pp. 203-218.
- Hall, Gillete, "El bienestar social en Lima: cambios en la estructura de acceso y uso de los servicios públicos, 1985-86 a 1990", en Montcada, Gilberto y Richard Webb (eds.), *¿Cómo estamos? Análisis de la Encuesta de Niveles de Vida*, Lima: Cuánto S.A., UNICEF, 1994, pp. 295-320.
- Huber, Evelynne, "Options for Social Policy in Latin America: Neoliberal versus Social Democratic Models", en Esping Andersen, Gosta, *Welfare States in Transition: Natural Adaptations in Global Economies*, London: Sage, 1996, Cap. 6, pp. 141-190.
- Kroneman, Madelon y Jouke van der Zee, "Health Policy as a Fuzzy Concept: Methodological Problems Encountered when Evaluating Health Policy Reforms in An International Perspective", en *Health Policy*, 40, 1997, pp. 139-155.
- Londoño, Juan Luis y Julio Frenk, "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina", en Frenk, Julio (ed.), *Observatorio de la salud, necesidades, servicios, políticas*, México: FUNSALUD, 1997, pp. 307-346.
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA), *Lineamientos de políticas de salud 1995-2000. El desafío del cambio de milenio: un sector salud con equidad, eficiencia y calidad*, Lima: MINSA, diciembre de 1995.
- Novaro, Marcos, "Crisis de representación, neopopulismo y consolidación democrática", en Grompone, Romeo (ed.), *Instituciones políticas y sociedad. Lecturas introductorias*, Lima: IEP, 1995.

- O'Donnell, Guillermo, "¿Democracia delegativa?", en Grompone, Romeo (ed.), *Instituciones políticas y sociedad. Lecturas introductorias*, Lima: IEP, 1995.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Línea basal para el seguimiento y evaluación de la reforma sectorial*, Washington, D.C.: OPS, mayo 1998.
- Paredes, Nelcy, "El Sistema General de Seguridad Social en salud: la reforma colombiana", en MINSA, *Seminario Internacional Reforma del Sector Salud*, Lima: MINSA, 1997, pp. 45-53.
- Paredes, Víctor, *Nuestra gestión: participación con concertación. Período noviembre 1991-agosto 1993*, Lima: MINSA, s/f.
- Pérez Ballester, Andrés (ed.), *Globalización, ciudadanía y política social en América Latina: tensiones y contradicciones*, Caracas: Editorial Nueva Sociedad, 1997.
- Ramos, Joseph, "¿Es posible crecer con equidad?", en *Revista de la CEPAL*, No. 56, Santiago de Chile: CEPAL, agosto 1995, pp. 13-24.
- Silva Michelena, Héctor, "Políticas sociales y económicas integradas. Esbozo para una socioeconomía política", en CEPAL/CLAD/SELA, *Hacia una articulación de políticas económicas y sociales en América Latina y el Caribe*, Caracas: 1996, pp. 73-105.
- Solimano, Giorgio, "Rol del Estado en la reforma y la experiencia en Chile", Seminario Internacional Reforma en Salud y Seguridad Social, Lima, Colegio Médico del Perú, octubre de 1998.
- Toledo, Jesús y otros, *La autogestión en los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud*, Informe de la Comisión Nombrada por la R.V.M. 010-A-92-SA, Lima MINSA, s/f.
- Walt, Gill, *Health Policy, An Introduction to Process and Power*, London: Zed Books Ltd., 1994.

Anexo

PERÚ: LEGISLACIÓN SOBRE POLÍTICAS DE SALUD Y TEMAS AFINES, 1990-1998

FECHA	DOCUMENTO	ASUNTO O DESCRIPCIÓN
19/08/98	R.S. No. 082-98-SA	Designan Coordinador General de Administración de Gestión.
17/08/98	R.M. No. 308-98-SAVDM	Aprueban el Petitorio Nacional de los Esenciales.
20/07/98	R.M. No. 260-98-SAVDM	Constituyen la unidad coordinadora de acreditación de establecimientos de salud.
20/07/98	R.M. No. 261-98-SAVDM	Aprueban normas y procedimientos de acreditación de establecimientos de apoyo.
13/05/98	R.M. No. 175-98-SAVDM	Aprueban el Plan Nacional de Salud Integral del Escolar 1997-2001.
17/04/98	D.S. No. 004-98-SA	Autorizan a entidades empleadoras de salud a que se refieran al D.S. No. 009-97-SA.
24/04/98	R.M. No. 143-98-SAVDM	Incorporan Programas de Salud y de Administración (Programa de Administración de Gestión).
25/04/98	R.M. No. 148-98-SAVDM	Establecen instancias de coordinación para la Modalidad de Salud.
29/04/98	R.M. No. 150-98-SAVDM	Modifican la R.M. No. 143-98-SAVDM para Todos y Salud Básica para Todos y Compartida al Programa de Acuerdos de Gestión Complementario de Trabajo de Designación de Funcionarios de Transferencia de Regionales y Subregionales.
14/04/98	D.S. No. 003-98-SA	Designan Comisión encargada de incorporar de peones y bienes de Dirección y Subregionales de Salud a est...
29/03/98	R.M. No. 118-98-SAVDM	Designan Comisión encargada de incorporar de peones y bienes de Dirección y Subregionales de Salud a est...
25/03/98	R.M. No. 094-98-SAVDM	Designan Comisión encargada de incorporar de peones y bienes de Dirección y Subregionales de Salud a est...

(continuación)

FECHA	DOCUMENTO	ASUNTO O DESCRIPCIÓN
12/03/98	R.M. No. 089-98-SAVDM	Modifican el Título V del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000.
11/03/98	R.M. No. 076-98-SAVDM	Modifican el Título 5 del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000.
25/02/98	R.M. No. 052-98-SAVDM	Crean la Unidad de Coordinación para la Modernización del Subsector Público de Salud.
02/02/98	R.M. No. 016-98-SAVDM	Aprobaban Normas Técnicas para el mantenimiento preventivo y conservación de la infraestructura física de Hospitales.
15/01/98	D.S. No. 001-98-SA	Precisan otorgamiento de subsidio por lactancia y modifican el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
09/01/98	R.M. No. 563-97-SAVDM	Aprobaban los "Indicadores de Evaluación de los Programas Nacionales de Salud" como documento técnico normativo.
30/12/97	R.S. No. 099-97-SAVDM	Designan miembros de comisión encargada de monitorear la evolución del sistema de seguridad social en salud.
30/12/97	R.M. No. 535-97-SAVDM	Aprobaban el Código de Principios Generales de Higiene.
24/12/97	D.S. No. 010-97-SAVDM	Aprobaban el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y afines.
08/12/97	R.M. No. 548-97-SAVDM	Designan Coordinadores del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión.
30/11/97	R.M. No. 534-97-SAVDM	Constituyen Programa de Administración de Acuerdos de Gestión y aprueban su Reglamento de Organización y Funciones.
20/07/97	Ley No. 26842	Aprueban el Reglamento de la Ley No. 26626, referido al logro de objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA.
18/06/97	D.S. No. 004-97-SA	Aprueban el Estatuto de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.
29/06/97	D.S. No. 006-97-SA	Aprueban el Reglamento de la Ley No. 23330, Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).
22/06/97	D.S. No. 005-97-SA	Aprueban normas técnicas para el mantenimiento y conservación de infraestructura física de establecimientos de salud del primer nivel de atención.
13/06/97	R.M. No. 251-97-SAVDM	

(continúa)

(continuación)

FECHA	DOCUMENTO	ASUNTO O DESCRIPCIÓN
04/06/97	D.S. No. 002-97-SA	Dictan medidas a fin de garantizar la continuidad de los servicios que brinda la seguridad social.
17/05/97	Ley No. 26790	Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud.
16/04/97	R.M. No. 212-97-SAVDM	Disponen que instituciones del sector presenten sus planes anuales de capacitación y cursos extraordinarios a la Escuela Nacional de Salud Pública.
03/03/97	R.M. No. 127-97-SAVDM	Disponen dar inicio al proceso de acreditación de establecimientos hospitalarios públicos y privados en el nivel nacional.
03/03/97	R.M. No. 145-97-SAVDM	Conforman Comité de Coordinación del Área Macro Regional Amazónica para control de la Malaria.
21/02/97	R.M. No. 118-97-SAVDM	Aprobaban la incorporación de puestos y centros de salud en el Programa de Administración Comparada.
21/02/97	R.M. No. 121-97-SAVDM	Modifican el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA.
22/11/96	R.M. No. 673-96-SAVDM	Aprueban Guía para la aplicación del manual de acreditación de hospitales.
08/11/96	Dec. Leg. 887	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (derogada).
23/10/96	R.M. No. 626-96-SAVDM	Autorizan la realización de reunión de presentación de resultados de estudio sobre cooperación internacional en salud.
16/08/96	R.M. No. 482-96-SAVDM	Aprueban normas técnicas para proyectos de arquitectura hospitalaria.
16/08/96	R.M. No. 491-96-SAVDM	Designan a la Dirección General de Salud como entidad competente para la elaboración de plan nacional que se denominará CONTRASIDA.
29/08/96	R.M. No. 511-96-SAVDM	Aprueban manual de acreditación de hospitales.
08/08/96	R.M. No. 474-96-SAVDM	Aprueban normas sobre la atención integral de las necesidades de salud de la población de niños menores de 5 años.
11/04/96	R.M. No. 235-96-SAVDM	Aprueban el instrumento normativo "Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ETS y el Sida en el Perú".
11/04/96	R.M. No. 236-96-SAVDM	Establecen y oficializan la organización del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud Pública.

(continúa)

(continuación)

FECHA	DOCUMENTO	ASUNTO O DESCRIPCIÓN
26/02/96	R.M. No. 107-96-SADM	Modifican denominación de programa establecido en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio.
27/02/96	R.M. No. 095-96-SADM	Reglamento de organización y funciones y guía de procedimientos y requisitos para el funcionamiento de bancos de ojos y unidades de trasplante de córnea.
10/02/96	R.M. No. 071-96-SADM	Aprobaban el "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000".
10/02/96	R.M. No. 087-96-SADM	Aprobaban normas para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas.
06/12/95	Documento MINSA	Lineamientos de Políticas de Salud 1995-2000. El desafío del cambio de milenio: un sector salud con equidad, eficiencia y calidad.
05/12/95	R.M. No. 782-95-SADM	Aprobaban las normas de evaluación del personal del Ministerio.
05/09/95	R.M. No. 572-95-SADM	Dicitan medidas para facilitar el acceso de la población a la información y los servicios de planificación familiar.
18/04/95	R.M. No. 127-95-SADM	Aprobaban Directiva para la evaluación y seguimiento de los Programas y Proyectos de Inversión en Salud.
17/01/95	Directiva 02-95-PAC	Establece política de remuneraciones para personal de salud de los establecimientos de salud del PAC.
12/12/94	R.M. No. 550-94-SADM	Constituyen Comisión encargada de elaborar el reglamento de la Ley de Trabajo Médico
15/11/94	R.M. No. 451-94-SADM	Dicitan normas para el desarrollo del Programa de Administración Compartida de los establecimientos de salud del nivel básico de atención.
07/10/94	R.M. No. 451-94-SADM	Aprobaba Directiva Base No. 01-94-SADM que norma la puesta en marcha y desarrollo del Programa de Administración Compartida.
26/08/94	R.M. No. 336-94-SADM	Aprobaban Directivas sobre ejecución del Presupuesto del Programa de Focalización del Gasto Social Básico.
13/08/94	R.M. No. 179-94-SADM	Aprobaban el "Programa Funcional Arquitectónico del Puesto de Salud".

(continúa)

(continuación)

FECHA	DOCUMENTO	ASUNTO O DESCRIPCIÓN
02/05/94	D.S. No. 01-94-SA	Disposiciones destinadas a mejorar la prestación de servicios de salud en el nivel básico de atención (PAC).
05/02/93	R.M. No. 020-93-SADM	Directiva que norma los procesos de reorganización y reestructuración de las Direcciones Regionales y Subregionales de Salud de los Gobiernos Regionales.
31/12/92	R.M. No. 0805-92-SADM	Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones Subregionales de Salud de Lima y Callao
18/08/92	D.S. No. 002-92-SA	Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
12/02/92	R.M. No. 0700-92-SADM	Constituyen Comisión encargada de la transferencia de los recursos materiales y acervo documental de la Autoridad Autónoma del Programa de Atención Primaria y Servicios Básicos.
11/07/91	R.M. No. 0537-91-SADM	Crean el Comité Nacional de Coordinación del Programa Nacional de Integración Docencia-Atención de Salud.
14/04/91	R.M. No. 0331-91-SADM	Levantaban en el sector Salud la suspensión del proceso de renuncias condicionales.
28/02/91	R.M. No. 0159-91-SADM	Autorizan la continuación del proceso de renuncias condicionadas a incentivos de los servidores del sector salud.
15/12/90	Documento MINSA	Hacia un Sistema Nacional regionalizado e integrado de salud.
25/05/90	D.S. No. 005-90-SA	Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.
18/04/90	Dec. Leg. 584	Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
29/03/90	Dec. Leg. 559	Ley de Trabajo Médico.
20/02/90	R.M. No. 71-90-SADM	Normas de las Clínicas en Hospitales e Institutos Especializados del Ministerio de Salud.