

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Actores y razones de la reforma en la supervisión de la salud: la coalición promotora del establecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) entre los años 2013 y 2017

Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Ciencia Política y Gobierno presentado por:

Benate Mendoza, Piero Felix

Asesor(es):

Alayza Mujica, María Rosa

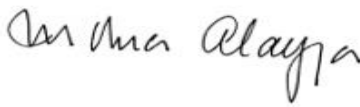
Lima, 2025

Informe de Similitud

Yo, Alayza Mujica, Maria Rosa, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado Actores y razones de la reforma en la supervisión de la salud: la coalición promotora del establecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) entre los años 2013 y 2017 del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Benate Mendoza, Piero Felix dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 12%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 21/03/2025.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 27 de marzo del 2025

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Alayza Mujica, Maria Rosa</u>	
DNI: 07814726	Firma 
ORCID: 0000-0002-6721-931X	

*A todas las personas que creen, trabajan
y luchan por hacer de la salud
un derecho humano*



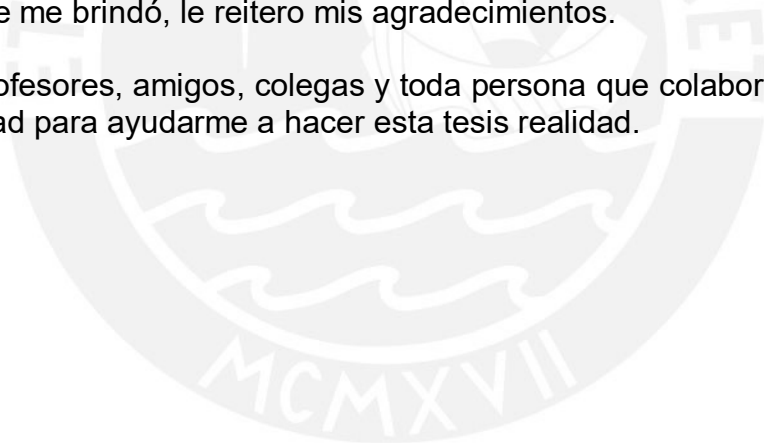
Agradecimientos

A mi madre, Nancy, cuya incansable labor médica me ha inspirado, principalmente, profunda sensibilidad humana, seguido por el interés en esta línea de investigación. A mi padre, Juan, cuya determinada preocupación por la política me mostró, desde pequeño, la importancia de trabajar por los demás e involucrarse en el país de las injusticias. A mis hermanos, Juan y Mauricio, y a mi sobrino, Santiago, por mostrarme la ternura, el cariño y las risas que son el sostén de toda persona. Gracias por permitirme llamarlos familia.

A Kyara, a quien no dejo de admirar por su sensibilidad, curiosidad y anhelo de conocer todo lo que depara la experiencia humana. Kyara me infunde de incalculable fortaleza y dedicación para ser mi mejor versión y navegar en el más incierto de los contextos: la juventud. Creo profundamente que hay tanto por hacer y ver que nunca terminas de descubrir por completo la vida, pero espero aun así intentarlo a su lado.

A la profesora Rosa Alayza, con quien he tenido el privilegio de conversar varias veces como docente, directora de la especialidad y asesora. Desde el primer momento supuse el interés que compartíamos ambos por los temas más grandes: los que se relacionan directamente con la ciudadanía, su bienestar y sus derechos. Ahora, que me ha asesorado en un tema tan complejo y demandante como lo son las políticas en salud, no puedo sino agradecerle todo el apoyo moral y académico que me brindó en la realización de esta tesis. Con mucho cariño y profundo respeto, como ella hizo con toda la guía que me brindó, le reitero mis agradecimientos.

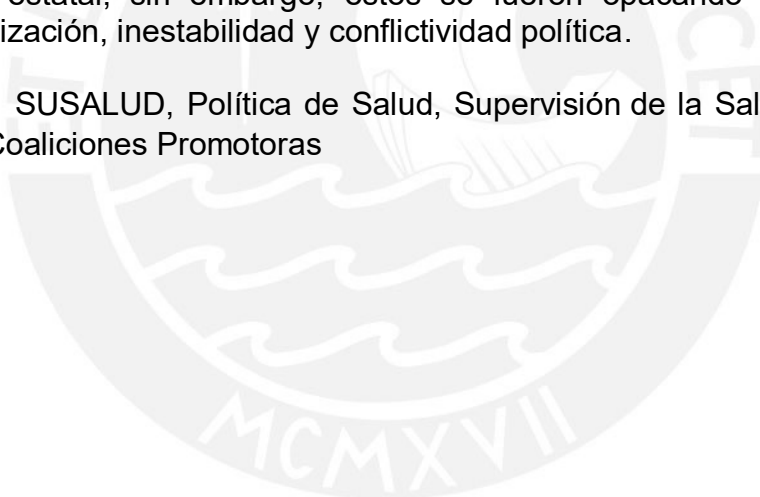
A mis profesores, amigos, colegas y toda persona que colaboró con su tiempo y buena voluntad para ayudarme a hacer esta tesis realidad.



Resumen

La instauración y perfilamiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) constituye un proceso (2013-2017) que ilustra la fragmentación del sector salud, el encapsulamiento de sus tecnocracias, el peso de los actores internacionales, y la continuidad del paradigma neoliberal, aunque mostrando matices en los roles del componente público y privado en la salud y en la política. Con el marco de las coaliciones promotoras, se asume que los diferentes actores y sus creencias interactúan de manera cooperativa y conflictiva este contexto de pugna por las políticas y la política. Mediante un rastreo de procesos, se identifican núcleos de creencias, oportunidades, parámetros de política y eventos que estructuran el caso. Pero, principalmente, se define una coalición promotora conformada por dos agrupaciones tecnocráticas distintas al interior del Ministerio de Salud, y un conjunto de actores de la sociedad civil por fuera de dicha alta dirección. Todos los actores creen en la extensión de la universalización de la salud, la supervisión sanitaria y los derechos en salud como principios conducentes al establecimiento de SUSALUD, aunque con acentos distintos que hacen que, en ocasiones, entren en conflicto. Se concluye que la entidad surge por el impulso de dicha coalición, dentro de un subsistema político de salud jerarquizado y cerrado, pero con continuidades de participación social institucionalizada y de la cooperación internacional. En paralelo, los parámetros de la política se orientaban a la inclusión social, la participación y la modernización estatal, sin embargo, estos se fueron opacando por la naciente desinstitucionalización, inestabilidad y conflictividad política.

Palabras clave: SUSALUD, Política de Salud, Supervisión de la Salud, Reforma del Sector Salud, Coaliciones Promotoras



Abstract

The establishment and profiling of the National Superintendence of Health (SUSALUD) is a process (2013-2017) that illustrates the fragmentation of the health sector, the encapsulation of its technocracies, the weight of international actors, and the continuity of the neoliberal paradigm, although showing nuances in the roles of the public and private component in health and politics. With the advocacy coalition framework, it is assumed that the different actors and their beliefs interact in a cooperative and conflictive way in this context of struggle for policies and politics. Through process tracing, belief systems, opportunities, policy parameters and events that structure the case are identified. But mainly, an advocacy coalition is defined, formed by two different technocratic groups within the Ministry of Health, and a group of civil society actors outside of the health administration. All actors believe in the extension of the universalization of health, health supervision and health rights as principles leading to the establishment of SUSALUD, although with different emphases that sometimes lead to conflict. It is concluded that the entity arises from the impetus of this coalition, within a hierarchical and closed health political subsystem, but with continuities of institutionalized social participation and international cooperation. At the same time, the policy parameters were oriented towards social inclusion, participation and state modernization; however, these were gradually overshadowed by the emerging deinstitutionalization, instability and political conflict.

Keywords: SUSALUD, Health Policy, Health Supervision, Healthcare Reform, Advocacy coalitions



Índice de contenidos

Introducción	1
Capítulo 1. Revisión de literatura	6
1.1. Sistemas y reformas de salud de fines del siglo XX: neoliberalismo, pluralismo estructurado y tecnocratización	6
1.2. Sistemas y reformas de salud del siglo XXI: continuidad neoliberal, compensación y casos	10
1.3. ¿Quiénes hacen las reformas de salud en el Perú?	14
1.4. Coaliciones promotoras en el policymaking de Perú	18
Capítulo 2. Marco teórico	21
Capítulo 3. Diseño metodológico	26
3.1. Hipótesis	26
3.2. Metodología	30
Capítulo 4. Reconstruyendo el caso: El establecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) entre los años 2013 y 2017	33
4.1. Antecedentes: Antes de SUSALUD, primero la SEPS, SUNASA y la protección de derechos	33
4.2. La reforma: la apuesta del gobierno humalista y la reacción de la sociedad civil	37
4.3. ¿Virar SUSALUD?: el gobierno de Kuczynski y el final forzado del proceso	48
Capítulo 5. Discutiendo teoría y realidad: ¿Marco de las coaliciones promotoras?	54
5.1. La coalición promotora detrás de SUSALUD: de USAID y el sector privado, de la UPCH y de la sociedad civil	54
5.1.1. Núcleos de creencias de la coalición promotora	54
5.1.2. Los grupos de la coalición	58
5.1.2.1. El primer grupo: tecnócratas con pasado en USAID y el sector privado	58
5.1.2.2. El segundo grupo: tecnócratas con pasado en la UPCH	61
5.1.2.3. El tercer grupo: las organizaciones de la sociedad civil en salud	65
5.2. El subsistema político de salud: internacionalizado, tecnocrático y desestructurado	74
5.2.1. Carácter jerárquico y tecnocrático	74
5.2.2. Internacionalización	76
5.2.3. Herencia neoliberal	77
5.2.4. Participación de la sociedad civil	79
5.2.5. Fragmentación y desestructuración de las políticas	79
5.2.6. La opinión favorable hacia las reformas	80
5.2.7. La instancia de participación: el Consejo Nacional de Salud	81
5.3. Los parámetros de la política (o lo político): de la participación social a la crisis política	84
5.3.1. Amplitud de recursos para hacer política social	84
5.3.2. 'Ministerios productores' versus 'ministerios que gastan'	84
5.3.3. Visión hacia la inclusión social	85
5.3.4. Participación social formal e informalmente institucionalizada	86
5.3.5. La búsqueda de modernizar el Estado	87
5.3.6. El incipiente conflicto político y colapso institucional	88
Conclusiones	91
Referencias bibliográficas	99
Anexos	114
Anexo A. Lista de entrevistados	114

Índice de tablas

Tabla 1 Similitudes y diferencias entre grupos de actores al interior de coalición promotora que impulsa el establecimiento de SUSALUD (2013-2017)	72
Tabla 2 Similitudes y diferencias entre creencias de grupos de actores al interior de coalición promotora que impulsa el establecimiento de SUSALUD (2013-2017)	73



Índice de gráficos

Gráfico 1 Línea de tiempo de los antecedentes al establecimiento de SUSALUD	36
Gráfico 2 Línea de tiempo de primera etapa de establecimiento de SUSALUD y reacción de sociedad civil	47
Gráfico 3 Línea de tiempo de segunda etapa de establecimiento de SUSALUD en nuevo gobierno y post-reforma de salud de 2013	53
Gráfico 4 Núcleos de creencias de la coalición promotora que impulsa el establecimiento de SUSALUD (2013-2017)	58
Gráfico 5 Subsistema político de salud donde se inscribe la coalición promotora que impulsa el establecimiento de SUSALUD (2013-2017)	83
Gráfico 6 Parámetros de la política que rigen el subsistema político de salud y la coalición promotora que impulsa el establecimiento de SUSALUD (2013-2017)	90



Introducción

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) atravesó un proceso complejo de establecimiento y reforma de lo que antes era la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), con visiones, participación, y muchos indicios de la manera en la que se conducen las políticas en salud. Antes de SUNASA se contaba con la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), que se origina como expresión del retroceso estatal en salud, para ceder terreno a los fondos de aseguramiento privados. Se trata, entonces, de un trayecto de reforma de largo plazo, en consideración de factores como las reformas neoliberales, la jerarquización e internacionalización del ministerio, la conformación de organizaciones de la sociedad civil intransigentes con la mercantilización de la salud, los ímpetus de participación social y el entonces naciente declive político-institucional del país.

Para abordar este proceso desordenado y duradero, este trabajo emplea el marco de las coaliciones promotoras para identificar los drivers de cambio detrás del establecimiento de SUSALUD. La reorganización de SUNASA, en lo que ahora es SUSALUD, comienza formalmente durante la reforma del sector salud de 2013 durante el gobierno de Ollanta Humala (2011-2016). Sin embargo, es un proceso que no concluye en dicho año ni en dicha reforma, sino que, vaivenes, conflictividad y asociación aparte, continúa hasta el año 2017, con un viraje final de la entidad durante gobierno de Pedro Pablo Kuczynski (2016-2018). En esa línea, se trata de un proceso que manifiesta distintas ideas, creencias y consideraciones sobre la entidad y sobre el sector y la política en salud.

Los procesos de reforma en el país son complejos en sí mismos porque se produce una situación en la que un estado débil, de bajas capacidades y con alta rotación de personal civil, debe impulsar políticas y cambios mientras busca, en simultáneo, auto profesionalizarse (Dargent, 2021) (Arroyo, 2000). Así, se marca un camino en el que el Estado peruano se entrelaza con factores contextuales nacionales e internacionales. De ese modo, la consideración por las reformas estatales y el policy change debe pasar por fuera de un entendimiento mecánico de procesamiento político al interior de las esferas estatales. Se abre la línea para considerar actores y visiones por fuera del sector salud -instituciones formales y actores del ámbito estatal en salud-, que comprende organismos de la sociedad civil, privados e internacionales.

Estudiar SUSALUD es importante no solo por ello, sino por la situación precaria en la que se enmarca el derecho a la salud de la población (Ponce de León, 2022). Ello desemboca en las falencias sanitarias que expuso la pandemia por COVID-19 en el país, en donde la Superintendencia estuvo directamente involucrada por su baja capacidad para responder al amplio volumen de denuncias y controversias respecto al accionar de clínicas y aseguradoras privadas con sus usuarios (Torres, 2020). Esto posee diversas implicancias políticas y sociales, con parte de la literatura identificando que el marco normativo de SUSALUD facilita el enriquecimiento indebido de Entidades Prestadoras de Salud (EPS) (Valera, 2019), y con diversos grupos políticos impulsando proyectos de ley que buscaban reabrir el debate sobre la entidad y su funcionamiento a raíz del efecto de la pandemia (Vásquez Becerra, 2020) (Grupo Parlamentario del Partido Morado, 2020) (Vásquez Chuquilín, 2021). Estas cuestiones se comprenden sobre la base legal establecida durante el período de estudio de este trabajo, que refleja las creencias y visiones sobre la entidad de los actores que impulsan el establecimiento de la entidad.

A esta inquietud se le suma la experiencia de otras entidades supervisoras, como la de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU), fundada apenas meses después de SUSALUD y con mucho más protagonismo, relevancia y alcance en su sector, a pesar de su reciente socavamiento por corrientes anti-reformistas. ¿Por qué el impulso de SUNEDU es más fuerte, más visible, con más masa crítica y, al mismo tiempo, resiste menos que SUSALUD? Mientras que la reorganización de SUSALUD concluyó en 2017, finalizando su establecimiento, en el caso de SUNEDU se trata de una cuestión aún en desarrollo. Ciertamente, SUSALUD también enfrentó ideas anti-reformistas, pero de distinta naturaleza y, a nivel parlamentario reciente, el debate era por la extensión de sus funciones.

Aun así, la conducción de la política no gozó de una dirección clara al interior del Ministerio. El establecimiento de la política, como período que trasciende la reforma de 2013, muestra en su interior cambios y disonancias (Segovia, 2018) (Del Carmen Sara, 2019) respecto a las funciones y la visión que se buscaba dotar a la entidad. Y si estas divergencias entre etapas distintas de policymaking implican cambios en la entidad, también traen consigo diferentes visiones sobre lo que debe

ser la labor de la entidad, pudiendo remitirse a las ideas y creencias que poseen distintos actores sobre el tema.

Los distintos dispositivos legales y documentos de gestión de la entidad, si bien actúan como el referente empírico para demarcar los hitos en la reforma de la entidad, o distintas etapas de policymaking, no encapsulan la integralidad de este proceso, ni explican la conducción de este, ni su resultado final. Reconocer el desorden y cierta incoherencia que hubo en este proceso, a nivel de política y de acciones de los actores, plantea también la necesidad de ampliar los horizontes de una investigación más allá del análisis documental de la normativa. Dicho de otro modo, la consideración por los años antes y después de los procesos del diseño, formulación, adopción e implementación de la entidad se hace porque estas etapas no encapsulan el proceso como tal.

Por tanto, un análisis adecuado de este trayecto reorganizativo requiere de una aproximación más heterodoxa al entendimiento de las políticas públicas, más adecuada también al contexto de debilidad institucional y dificultad en la conducción de políticas que caracteriza al Perú y a su sistema de salud. Este trabajo busca adoptar un enfoque de políticas de un corte más integral, no lineal, y que entiende sus etapas no como claramente separadas, sino más como categorías que ordenan el policymaking. En ese sentido, el foco del análisis se da bajo una aproximación más holística que busca considerar actores, creencias y contextos institucionales, sociales e internacionales que impulsarían la política pública a lo largo de dichas etapas.

El marco de las coaliciones promotoras permite el estudio de grupos de actores, enmarcados en contextos particulares, cuya interacción al interior y hacia afuera sería el factor explicativo del fenómeno político propuesto: el establecimiento de SUSALUD. Este enfoque propone la centralidad de las ideas en política y de políticas para la conducción de políticas públicas (Sabatier, 1988). Las ideas de los actores implican la conformación de redes que impulsan las políticas que consideren apropiadas, dentro de un subsistema de política condicionado por diversos factores. Para estudiar dichas redes de actores y creencias, se plantea un process tracing, o rastreo de procesos, que hace un seguimiento de los acontecimientos a lo largo de unos límites temporales amplios.

El fortalecimiento y cambio de denominación a SUSALUD es un fenómeno que no ha sido abordado desde una mirada de políticas públicas. De acuerdo con Zoila Ponce de León, la producción académica sobre SUSALUD suele darse por trabajos de los propios actores al interior de la superintendencia, y sobre cuestiones administrativas (2022). No solo ello, sino que en la región tampoco se observa producción académica en torno al establecimiento de entidades de supervisión y regulación sanitarias siguiendo parámetros de políticas públicas. En tal sentido, este trabajo sería un primer aporte en la línea de los estudios sobre dichas entidades, desde la mirada politológica propuesta. Se reconoce que una política, con la dimensión social que posee una superintendencia de supervisión de salud, involucra a sectores e intereses distintos de la sociedad, que conducen a una politización más compleja e influenciada por actores del proceso político. Así, se reconocen los profundos intereses y los procesos políticos más sustanciosos que se pueden encontrar detrás del fortalecimiento de una entidad que lleva a cabo labores de supervisión.

El estudio despliega cambios y continuidades, que se expresan en los dos períodos gubernamentales escogidos: el gobierno de Ollanta Humala y de Pedro Pablo Kuczynski. Ambos marcados por un subsistema de salud jerarquizado y tecnocrático, en donde las políticas son llevadas por técnicos en medio de cámaras de eco y de forma fragmentada y desestructurada, a pesar de contar con instancias participativas como el Consejo Nacional de Salud. Este subsistema es la expresión del legado de las reformas neoliberales, que coincide con un marco de internacionalización de las políticas en salud y de una reacción de la sociedad civil, que busca participar en este marco.

Esto es encuadrado en unos parámetros de la política que encuentra al Estado con mayores recursos para poder emprender una reorganización de la entidad, en base a máximas de modernización estatal, inclusión social y participación institucionalizada, favorecida por el contexto de la post-transición democrática, en espacios como el Foro del Acuerdo Nacional. Sin embargo, este marco se diluye conforme avanza la confrontación entre el Poder Ejecutivo y el Congreso, finalmente marcando el final del establecimiento de la entidad.

Para tal efecto, se aporta en la construcción del estudio de las políticas públicas en el Perú, en el marco de las políticas en salud. Asimismo, se busca también extender el estudio de estos procesos mediante marcos holísticos, así como también el marco de las coaliciones promotoras en el contexto peruano y latinoamericano, donde justamente hace falta mayor literatura y producción académica de esta índole. Ello permite enlazar la prevalencia de marcos privatistas globales, sobre los cuales se busca reformar en medio de la dificultad de superar los matices propios de la conducción de políticas en contextos institucionalmente débiles.



Capítulo 1. Revisión de literatura

Mediante una revisión de literatura agrupada en 4 subcapítulos se pretende hallar líneas de discusión sobre la reforma de la entidad y el rol de una diversidad de factores al interior de un proceso con claros antecedentes y vinculación regional y global. Los 4 subapartados buscan determinar el rol de la privatización y neoliberalización de fines del siglo XXI, el matiz del neoliberalismo en salud en los primeros años del siglo XXI, un breve recuento sobre la forma en que se hacen reformas de salud en el Perú y casos de aplicación del marco de coaliciones promotoras en el país.

1.1. Sistemas y reformas de salud de fines del siglo XX: neoliberalismo, pluralismo estructurado y tecnocratización

Es posible hablar de un marco en el cual encuadrar las reformas y los sistemas de salud en el contexto regional, lo cual implica considerar el “[...] el nivel de desarrollo de cada sociedad, el contexto político, la situación económica, el avance de las ciencias médicas, las luchas de los sectores más desprotegidos y la conciencia comunitaria sobre el problema” (Montero-Díaz y otros, 2022, p. 2). En paralelo, miradas desde la economía política vinculan el establecimiento de los sistemas de salud nacionales con la expansión del desarrollismo en la región desde la década de 1950 hasta 1970, y luego la entrada del neoliberalismo en las décadas de 1980 y 1990 (Villasana López y otros, 2022). Ello provee de un marco general para analizar los sistemas de salud, considerando cuestiones de economía política, movilización social y el contexto económico internacional, lo que abre una línea de discusión sobre el nivel de alineamiento de las propuestas nacionales con las internacionales.

Como nuevo paradigma global, las reformas neoliberales conducen la incorporación de nuevos actores privados en la oferta de provisión de servicios y aseguramiento en salud, añadidos ahora a la gestión y las políticas públicas en salud. El efecto que posee esto es que, a la cuestión de la baja capacidad estatal para implementar reformas que resuelvan problemas públicos, se deben añadir los efectos del enfoque neoliberal a sistemas de salud ya caracterizados por ser inequitativos, en paralelo a una racionalización del gasto estatal ante la crisis económica generalizada en la región. Por ello, se apunta a que las reformas neoliberales deterioraron capacidades estatales ya instaladas con anterioridad (Almeida, 2005).

Dentro de este marco de reestructuración global, el componente sanitario se caracteriza por el denominado “pluralismo estructurado”. Este enfoque surge ante la coexistencia, en América Latina, de “una serie de problemas nuevos, característicos de las sociedades desarrolladas, sin que [se] hayan resuelto por completo los problemas asociados con sociedades más pobres” (Franco, 2008, p. 3). En esa línea, la adopción de políticas o reformas debía partir de un nuevo modelo que no sea un traslape fallido de recetas de otros países. Para que los sistemas de salud latinoamericanos puedan soportar estos cambios rápidos y sucesivos en sus sociedades, Juan Luis Londoño y Julio Frenk proponen un arreglo intermedio entre dos polos: los sistemas de salud monopolizados por el sector público y los sistemas de salud atomizados por el excesivo rol del sector privado (1997). Como resultado, se propone el pluralismo estructurado como un modelo que reconoce la multiplicidad de actores del sistema de salud, al mismo tiempo que se da la conducción y estructuración necesaria de este para su adecuado funcionamiento.

Bajo esta idea, el pluralismo estructurado propone la separación de las funciones de aseguramiento, financiamiento, regulación y prestación, al mismo tiempo que los Ministerios de Salud adoptan una función moduladora, que implica que se encarguen del diseño, la coordinación, regulación y protección del consumidor de dicho sistema (Franco, 2008). La aplicación de este esquema al caso peruano inscribe al MINSA como el regulador, o modulador, siguiendo los términos teóricos. Es decir, el Ministerio, como ente rector, establece el marco legal mediante el cual operan los prestadores, usuarios, empresas, financiadores, y todos los agentes de los sistemas y subsistemas de salud. Por tanto, SUSALUD se encarga de la supervisión, vigilando el cumplimiento de un arreglo institucional que es propuesto y establecido por un ente rector del cual también depende.

Este esquema, que divide y terceriza funciones tradicionalmente ocupadas por el aparato público, se vincula con nociones gerenciales de la gestión pública, cercanas al New Public Management o Nueva Gestión Pública, donde la modernización del Estado y descentralización de funciones se orienta a la eficiencia y mejoría del gasto público (Gomez Medina, 2017).

El pluralismo estructurado puede ser interpretado como una nueva forma mediante la cual el Estado da paso hacia un “manejo de la competencia”, bajo el cual

actores privados y grandes consorcios tienen el control de los fondos de salud. Al mismo tiempo, la gestión estatal es relegada hacia la regulación del mercado, el cual encarna ahora el principio orientador de la economía, para sostener su adecuado funcionamiento. Uno de los resultados es la mercantilización del sistema (Laurell, 2016). Al ponerse más énfasis en la función supervisora y rectoral de los estados, más que en la prestación o el financiamiento público de los seguros, se sintetiza la entrada en prominencia de prestaciones y aseguramientos privados en el sistema, sintetizando también una nueva naturaleza para el usuario: ya no ciudadano con derecho a la salud, sino consumidor. Se trata del auge del neoliberalismo, que se acomoda en este caso a las lógicas sanitarias.

En el caso peruano, esto se produce durante la década de 1990, durante el gobierno de Alberto Fujimori. La constitución que establece el régimen indica en su artículo 11 que “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.” (Constitución Política del Perú, 1993). Se elaboraba entonces, el marco jurídico que sintetizaba estas transformaciones.

Sin embargo, el ímpetu neoliberal en salud fue más producto de una “reforma silenciosa” (Arroyo, 2000). Esta idea sostiene que el funcionamiento orientado al mercado del sistema sanitario no se produce necesariamente por normativa que lo explicita, sino como resultado de un proceso complejo y desordenado. Se halla una tecnocracia sanitaria que entra en prominencia por la reforma paradigmática neoliberal. Tras la pugna entre ortodoxos económicos y neopopulistas al margen del accionar gubernamental, el triunfo de estas tecnocracias marca la línea de una nueva salud pública tecnocrática y neoliberal. Ello es materializado en la introducción del aseguramiento privado con la Ley 26790, en similitud con los modelos chileno y colombiano (Arroyo, 2000).

Este nuevo sistema sanitario neoliberal y tecnocrático trae consigo la mencionada transformación gerencial de los sistemas de salud. Cánepa y Lamas, en un texto que editan sobre narrativas y discursos sobre el neoliberalismo en el Perú, identifican que SUSALUD es concebida bajo lógicas que acomodan la gestión en torno a nuevas racionalidades que enfatizan la medición y la consecución de resultados, en clave gerencial y sin la crítica a su performance regulatoria y su vinculación con la

ciudadanía (Cánepa & Lamas, 2020). Este es un punto imperativo de considerar, desde donde se analiza el vínculo entre ciudadanía, derechos, gerencialismo y neoliberalismo en una dimensión con la importancia social que posee la salud.

Dentro de este marco se encuentra al Banco Mundial (BM) como un actor que direcciona mucha influencia detrás de las reformas de salud. El BM tuvo un rol en la aplicación de esquemas como los del pluralismo estructurado, marcando la pauta de ser la primera vez que una entidad financiera se involucraba en la discusión, y posterior aplicación de reformas de salud (Ugalde & Jackson, 1998). Así, mediante la publicación del Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993: Invertir en Salud, el BM apuntó hacia una visión orientada a Estados que, en lugar de subsidiar la oferta de servicios de salud, subsidien la demanda de los usuarios por estos, de modo que cada usuario del sistema pueda acceder al servicio o seguro que desee de una oferta de planes privados, públicos y descentralizados (Banco Mundial, 1993). Por ello, el modelo apunta a una reducción del gasto público en salud, facilitando así el ingreso de actores privados y de un ordenamiento bajo lógicas de mercado que oriente al sistema a la ya mencionada eficiencia.

Esta búsqueda de 'resultados más óptimos' es entendida en clave neoliberal, en donde la crítica apunta al error que representa la reducción del gasto social en salud (Bueno y otros, 1998). Ciertamente, este nuevo diseño es llevado a cabo en varios países de la región latinoamericana, incluyendo el Perú, en donde la discusión posterior por política sanitaria se da no en clave de lo sustancioso del modelo (Fernández y otros, 1995). Se da una aceptación tácita de lo central de esta receta: la privatización, el retroceso y la división de las funciones estatales.

Las recetas globales ensayadas en la región y en el Perú muestran un traslape entre lo técnico y lo político que evidencia los alineamientos de los actores que discuten las reformas de salud. Es decir, la internacionalización de estas discusiones más grandes y globales, evidente a nivel de las propuestas internacionales y nacionales, representa un elemento a considerar en el análisis de las ideas, sean propuestas o meros matices de discursos globales ya aplicados. Es decir, el lugar de enunciación de los actores importa dentro del proceso de políticas públicas en salud y en lo que refiere a SUSALUD.

1.2. Sistemas y reformas de salud del siglo XXI: continuidad neoliberal, compensación y casos

Con el cambio de siglo, sin embargo, estas nuevas disposiciones en salud son matizadas. El cuestionamiento no es al rompimiento del esquema predominante de fondo, sino a sus alcances y la desprotección social que resultante. Ante estos resultados no esperados, se busca otorgar cierta protección a los usuarios ante los mercados, sin intervenir en su funcionamiento ni rescatando el rol estatal.

Para el nuevo siglo, se aprecia un boom de commodities, que expande los recursos y los alcances de la política social estatal, en paralelo a los efectos negativos que dejó esta primera reforma neoliberal en cuanto a los ingresos y la pobreza a nivel regional. Por ende, las posibilidades de ampliar el gasto en salud (Francke, 2018) se apreciaban junto a nuevas directrices de reforma (Laurell, 2010). Se llamaba a reintroducir al Estado en esquemas de protección social y fortalecer su regulación de los mercados en tanto se seguían cumpliendo las disposiciones de una economía que por eje a los mercados y la competencia.

Son varios los organismos que participan en esta segunda modernización estatal. Entre ellos, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Laurell, 2010). El BM matiza su postura inicial, considerando ahora que la protección social debe ser una gestión social del riesgo, en la que lo público apoye a los individuos a manejar los riesgos producto de la falta de ingresos bajo un enfoque participativo (Holzmann & Jorgensen, 1999). Por su lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea el punto de partida de la cobertura universal, en donde la infraestructura, los recursos humanos, los avances tecnológicos y el financiamiento respondan a las necesidades de toda la población (Organización Panamericana de la Salud, 2014). De esta manera, se propone también la eliminación del pago directo y la unificación de todos los modos de financiamiento para adoptar un carácter solidario, en donde las contribuciones de toda la población asuman la necesidad de servicios de, justamente, toda la población.

Se trata de visiones que no contradicen fundamentalmente lo indicado por el paradigma neoliberal, ya que el realce del gasto público y del 'carácter universal de la salud' no implica mucha transformación en el Estado y en el rol de los privados. La política social, como un rasgo de asistencia o compensación ante la desprotección

que deja el régimen de los mercados, se amplía en las ideas de la OPS de lo que compone una reforma de salud. Se trata de un proceso que introduzca cambios en las instituciones sanitarias y las funciones que realizan, para así aumentar criterios de equidad, eficiencia en la gestión y eficacia en la satisfacción de las necesidades sanitarias (Gibaja, 2014). En este marco, se hace común la reformulación de entidades supervisoras en salud (Quijano Caballero & Munares García, 2016) (Copetta & Barreta, 2011) ante estos nuevos matices del paradigma neoliberal.

El caso chileno es ilustrativo, respecto al peruano, por la cercanía geográfica y el mencionado proceso de neoliberalización del aseguramiento. Para el siglo XXI, cerca del 80% de la población en Chile empleaba el seguro público de salud, con la existencia de coordinación entre los distintos sistemas de protección sanitaria (Medici, 2006). Esto es expresión de la contención a las inequidades en el sector salud en las que desembocaron las reformas de mercado neoliberales. Sin embargo, la estructura de dichas reformas caracteriza los intentos de innovación política en su sistema sanitario. Sobre esto, se apunta que estos modelos aseguradores-mercantilizadores presentes en el sistema no logran, en sí mismos, solucionar sustancialmente las inequidades en el sector ni democratizar los derechos a la salud (Laurell, 2016). En la reconstrucción del proceso de implementación de una reforma sanitaria, también se destaca el rol del Ministerio de Hacienda en la caracterización objetivos de la reforma mediante límites al financiamiento (Urriola y otros, 2016). El poder de veto que parecen establecer estos ministerios, ciertamente empoderados tras las reformas neoliberales en la región, es un aspecto que también se debe considerar para el caso peruano.

Asimismo, en Chile se encuentra a la Superintendencia de Salud (SUPERDESALUD) la cual, como su homóloga en Perú, cumple con funciones de fiscalización a la prestación pública y privada en salud (Quijano Caballero & Munares García, 2016). En este caso, se aprecia una entidad supervisora de fondos privados que surge en 1990, años después de la entrada del aseguramiento privado en salud, y que es posteriormente reformada en el nuevo siglo para extender sus funciones a la prestación de los servicios (Gobierno de Chile, s.f.).

Por otro lado, el caso ecuatoriano permite aportar al contraste en medio de los casos de la región, al adoptar reformas del sector salud por el impulso de un gobierno de corte progresista como el de Rafael Correa. Sin embargo, el derrotero de la política

sanitaria también se da tras la adopción de una nueva Constitución, pero de carácter distinto. La idea es que “no sería posible analizar el proceso de reforma del sistema de salud de Ecuador sin ubicarlo apropiadamente en este contexto, que implica un marco jurídico, ético y político que la hace posible [...]” (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014, p. 754). Esto, más allá de establecer categorías normativas o la necesidad de preferencias políticas específicas para los procesos de reforma, lo que hace es resaltar la importancia de estos marcos normativos, que reflejan ideas políticas. Como tal, indica que estas son una dimensión que se debe considerar si es que se plantea un análisis del proceso de policymaking a través de los actores.

Lo estipulado o no estipulado en la Constitución es, indudablemente, un marco institucional que encauza un proceso de reforma sea como guía o como limitación para la acción político-estatal. En el caso peruano, ello es apreciado no por el carácter progresista de la reforma, sino durante el mandato de Alberto Fujimori. Como fue indicado, la adopción de un marco constitucional neoliberal ubica el rol estatal en tanto garante de un libre acceso a prestaciones sanitarias de cualquier carácter.

Sin embargo, en Ecuador no se encuentra una superintendencia de salud como tal, teniendo en sí mismo un proceso inconcluso o en proceso de reestructuración de la función de supervisión (Quijano Caballero & Munares García, 2016). En esa línea, en 2015 se conformó la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), la cual supervisa la calidad de la prestación de los servicios públicos y privados, pero la supervisión de los seguros está en manos de la Superintendencia de Bancos y Seguros en tanto se trate de la administración de la seguridad social (Lucio y otros, 2011). En esa línea, se encuentra una persistencia neoliberal en salud, en tanto la supervisión del aseguramiento se da en el marco de las competencias de una entidad que comprende al usuario como consumidor de un servicio.

El caso colombiano, como el chileno, posee muchos paralelismos con el peruano. En Colombia destaca la idea de un sistema de salud con un modelo plural en donde el sector público y el sector privado compiten mientras se dan mecanismos para incluir progresivamente a sectores desfavorecidos (Gomes Temporão & Faria, 2014). Entonces, la institucionalización neoliberal da el paso a que “el sistema colombiano no está orientado a atender las necesidades sanitarias de una población

en un territorio dado, sino a garantizar la capacidad de acceso de los usuarios a un aseguramiento en salud bajo reglas de mercado” (Valero-Julio y otros, 2020). Es decir, se da el proceso de recortar el rol estatal hacia establecer marcos para el subsidio a la demanda de los usuarios, y entender a la ciudadanía como consumidor.

Incluso se encuentra una superintendencia establecida bajo este esquema, como lo es la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD) colombiana, que ejerce funciones similares a su homónima en Perú (Quijano Caballero & Munares García, 2016). Aunque se trate de una entidad que surge para la supervisión de seguros públicos, décadas antes de las reformas neoliberales, es reformada en 1994 tras la entrada de los fondos y seguros privados en salud (Gobierno de Colombia, s.f.) y meses después de la publicación del ya mencionado informe de Invertir en Salud del Banco Mundial. En este último aspecto nuevamente coincide con su símil peruana, al ubicársele roles establecidos tras ímpetus globalizadores, de ajustes neoliberales y de la entrada del BM como actor en la salud pública.

Prominentemente, también se encuentra el aporte de una tesis de maestría, que emplea el marco de las coaliciones promotoras, sobre un proyecto de ley de reforma de salud en Colombia. Así, se identifican actores, creencias y recursos en el subsistema de salud, teniendo como factor contextual al creciente malestar por la pandemia de COVID-19 (Correa Vélez, 2020). Sin embargo, no se enfatiza en espacios de acción estatal más allá del rol del parlamento en el establecimiento del proyecto de ley. Para el caso peruano, por las consideraciones ya descritas sobre otros roles y espacios de incidencia de diversos actores, es necesario hacer dicha consideración.

En vista de ello, las continuidades y matices neoliberales tienen un correlato con la conformación de nuevas reformas para los sistemas de salud, y las posibilidades de nuevas reorganizaciones también. La salud pública, en ese sentido, es también una expresión de aquel legado históricos e institucional.

1.3. ¿Quiénes hacen las reformas de salud en el Perú?

La conducción de reformas y posibilidades de reforma en el país son un legado de las cuestiones y discusiones internacionales, con efectos locales herederos de la neoliberalización. En esa línea, las políticas en salud no se sintetizan de forma automática, sino que son direccionadas por actores, tanto nacionales como internacionales, que las dirigen y adecuan según sus visiones y creencias.

En la caracterización de quiénes son estos actores, es necesario empezar por quienes se encuentran al interior del Ministerio. En un nivel básico, la burocracia ministerial está principalmente conformada por los profesionales de la salud, con un gran peso de la profesión médica por encima de otros. De acuerdo con una tesis sobre la huelga médica por la reforma de 2013 y la política salarial que adopta, se construye una postura gremial y profesional en torno a una cultura de superioridad por parte de la profesión médica (Limay, 2019) por encima de otros profesionales sanitarios o incluso de trabajadores que no ejercen labores de tal 'complejidad'.

Respecto a los cuerpos de especialistas del conocimiento, o tecnocracias, se ha escrito sobre sus ideas y la prominencia en el tema de la promoción de reformas y espacios de reorganización. Así, José Távora reconocía la impronta, en términos de justicia social, que abría el nuevo período democrático en el país porque estos nuevos espacios permitían entablar reformas orientadas no solo a eficiencia y cálculo económico, sino también al cierre de desigualdades (2006). Sin embargo, en términos generales, la literatura identifica un patrón en las tecnocracias nacionales actuales, que poseen un fuerte énfasis en las herramientas técnicas y una identificación de los problemas públicos y sus soluciones en base a una racionalidad de eficiencia. Se deja de lado el aspecto político de las cuestiones públicas, y se encuentra un distanciamiento con la ciudadanía y sus problemas (Grompone, 2017). Esto coincide con el marco regional establecido previamente, donde la despolitización tecnocrática respondería a la instalación de lógicas neoliberales en el aparato estatal, coincidiendo también sobre lo establecido por Cánepa y Lamas respecto a la orientación gerencial en SUSALUD (2020).

De manera similar y más centrada en el sector sanitario, entre los aportes de la literatura se encuentra la idea de que las tecnocracias del Ejecutivo y el sector salud ocupan el espacio que deja la ausencia de políticos en la promoción de estas reformas

(Ponce de León, 2021). En ese sentido, mediante el análisis de la reforma del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) de 2009, la autora también identifica que las tecnocracias del sector, quizás por el hecho de que no son políticos como tal, no suelen considerar el manejo o las implicancias políticas que conlleva la implementación de dichos cambios en el sector (2021). Por ende, pareciera que hay mayor protagonismo de discusiones más técnicas, contrario a lo que postulaba Távara que debía hacerse, ante la ausencia de un sustrato político al interior de la formulación de reformas. Esta desconexión con lo político se apreciaba desde las reformas neoliberales de la década de 1990, en donde dicho proceso de neoliberalización en salud fue principalmente impulsado por tecnocracias afines en el Ministerio que coinciden en la necesidad de hacer reformas. Esta abstracción de lo político hizo que sea un proceso complejo y desestructurado (Arroyo, 2000).

Ya en la arena política, no de políticas públicas, está la experiencia del Acuerdo de partidos políticos en salud, proceso en el que dirigentes de 16 partidos políticos se reunieron entre 2005 y 2006 para establecer un acuerdo de reformas necesarias en el sector salud con miras a las elecciones y subsiguiente cambio de gobierno que se avecinaban. En un reporte sobre este proceso, elaborado para el proyecto PRAES – Promoviendo Alianzas y Estrategias de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), se resalta el valor de elementos como la importancia que tenían estos temas para los actores involucrados, la participación de tecnócratas, la coyuntura política y electoral y la existencia del espacio de diálogo en sí mismo para que todo ello pueda llevarse a cabo (Mendoza, 2006). Es decir, hay evidencia acerca del rol que tienen los espacios institucionalizados y coordinados en la adopción de estas políticas.

Como fue anticipado por el involucramiento y las ideas del Banco Mundial, la OPS, y ahora USAID, existe un rol considerable por parte de actores internacionales en estos temas. Si a nivel nacional ya se discutía por décadas la necesidad de reformar la estructura sanitaria del país, a nivel internacional también se venía haciendo ello. Nuevamente durante la década de 1990, mediante la Oficina de Cooperación Internacional (OCI) del MINSA, se empieza a disponer de grandes fondos para proyectos llevados a cabo con la cooperación internacional en simultáneo al fortalecimiento de dicha oficina (Dargent, 2008). Si bien se matiza esto, indicando que el MINSA no se encontraba subordinado a la OCI y que hubo diversos vaivenes

con la cooperación y los entes internacionales, lo cierto es que hay bastante experiencia de cooperación en temas de salud en el país. Y esto tiene una correlación con la entrada en prominencia de las tecnocracias, cuya naturaleza hace que posean este rasgo de internacionalización.

Para ejemplificar esta internacionalización, antes del cambio de siglo se da la “Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe”, encabezada por la OPS y USAID. Allí se contemplaba el apoyo a países de la región, entre ellos el Perú, proporcionándoles metodologías, herramientas y recolección de información y seguimiento a los procesos de reforma (Crocco y otros, 2000). Además, en 2001 comienza la iniciativa Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD), con financiamiento estatal, del BID y el Banco Mundial (Gibaja, 2014). Ya en 2009, y siguiendo durante los años de reforma de 2013 que desemboca en SUSALUD, comienza a operar PARSALUD II (Banco Mundial, 2012).

Además, se encuentra que USAID financió y apoyó en la investigación respecto a los fundamentos técnicos del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en el marco de la Ley 29344 en 2009, que refiere al Aseguramiento Universal (de Habich y otros, 2009). Ello fue encabezado por la exministra Midori de Habich, quien ejerció el cargo durante la reforma de 2013. De este modo, se observa una prominencia de la cooperación y organismos internacionales en los temas sanitarios, el cual parece incluso trascender los cambios de gobierno en el país.

Pero, en un sector con la importancia que posee el de salud, es de esperar también la participación de la sociedad civil. Entre los actores sociales tradicionales se encuentran federaciones, gremios y colegios de profesionales de la salud, como la Federación Médica Peruana o el Colegio Médico del Perú. Sin embargo, por fuera de estas instancias también se encuentra organización colectiva, con lógicas de funcionamiento y establecimiento de objetivos distintas al no necesariamente vincularse con la labor sanitaria en sí.

Destaca la participación del Foro de la Sociedad Civil en Salud (FOROSALUD), una organización oficialmente establecida en 2001, pero con amplio trabajo de la sociedad civil integrada por activistas, profesionales de la medicina, usuarios, trabajadores y extrabajadores de salud, entre otros. FOROSALUD se constituye como una organización comprometida con la “corriente universalista global” de los derechos

en salud, en base a principios de igualdad y justicia social y antepuestos al “privatismo” en salud (Eibenschutz y otros, 2014, p. 880). Específicamente, FOROSALUD surge por el impulso del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, y de sectores al interior del Colegio Médico que abrían nuevas discusiones para superar las nociones neoliberales de la salud en medio de los nuevos vaivenes que generaba la transición democrática (Arroyo, 2007). Esto ejemplifica una tendencia a la institucionalización de la participación en el país, que surge en aquellos años como esfuerzo para consolidar la democracia y la participación democrática. A lo largo de aquellos años post-transición, se publican documentos técnico-político, se convoca a movilizaciones, se articula con otras organizaciones del movimiento sanitario y se realizan las denominadas Conferencias Nacionales de Salud. Allí se realizan mesas temáticas para las que se convoca a especialistas, incluso del propio Ministerio, y se debate el estado y el futuro del sistema de salud, en clave de derechos de la ciudadanía. (Arroyo, 2007).

Otro grupo de actores, formalmente fuera del ámbito estatal, son los actores privados de la salud. A pesar de que la literatura no incorpore un involucramiento directo de estos en las reformas o políticas de salud, se establece que el marco de reformas neoliberales o privatizadoras en salud estableció márgenes para el desarrollo de ‘influencias excesivas’ sobre el Estado y su capacidad regulatoria (Durand & Salcedo, 2020) (Laurell, 2010). En esa línea, Francisco Durand y Emilio Salcedo establecen que este marco institucional posibilita la integración vertical de los grupos privados y su influencia desmedida en el mercado y en el sistema sanitario, así como situaciones de captura corporativa y burocrática del Estado (2020). Al ser SUSALUD una instancia de supervisión y aplicación de un marco regulador establecido por el MINSA, esto viene a ser muy pertinente.

Se observa, ante la desconexión del aspecto político, presumiblemente en relación con el peso de las tecnocracias, una marcada conducción fragmentada y desestructurada de las políticas en salud. Entonces, lejos de un sentido unitario y burocrático-weberiano tradicional, destacan los roles tecnocráticos encapsulados y de la cooperación internacional. Esta consiste en una esfera en la que buscarían intervenir la sociedad civil o el sector privado, más que los políticos en sí.

1.4. Coaliciones promotoras en el policymaking de Perú

Existe literatura sobre coaliciones promotoras en las políticas de salud y en otros sectores y esferas de las políticas públicas en Perú.

En un trabajo sobre la política de salud mental, se evidencia la formación de coaliciones promotoras con creencias distintas sobre cómo tratar este problema público y la importancia de visibilizarlos, como paso fundamental, para que estas puedan avanzar en la agenda pública (Hayakawa, 2020). En salud, son los usuarios quienes deben buscar la visibilización de la problemática o policy change que buscan. En el caso de reformas al sector y a sus organismos, cabe preguntarse qué rol tiene eso, dado el peso de las tecnocracias.

Otro caso es el de una coalición defensora de la medicina tradicional, alternativa y complementaria al interior de ESSALUD. El aspecto que resalta de este trabajo es la transversalización de relaciones de poder, dinámicas de politización y redes de creencias profundamente influenciadas por la socialización de los actores en medio de cuestiones supuestamente “técnicas” y “duras” como lo son la medicina y las ciencias biológicas (Herrera, 2022, p. 53). Considerando ello, se muestra cómo las redes de creencias de los actores no necesariamente se basan solo en el conocimiento técnico o especializado que posean. Es decir, importa mucho el lugar de enunciación y las redes de socialización de los actores.

En el ámbito educativo se observa también incidencia. En el caso de la Ley Universitaria, que origina SUNEDU, se aprecia cómo una coalición con mayores recursos, como la coalición “anti reforma”, sale desfavorecida en el policy change final debido a que la apertura de la disputa a la arena pública y a la opinión pública inclina la balanza a efectos de una posición percibida como más legítima, que es la de la sociedad civil en la coalición “pro reforma” (Chaccha, 2019, pp. 57-60). Sin embargo, en el caso de la incorporación del enfoque de género en el Currículo Nacional de Educación Básica de 2016, destaca la ausencia de la sociedad civil u organismos no gubernamentales (ONGs) en la formulación propuesta por la tecnocracia del sector educación (Monge, 2023). En sectores con el peso, histórico y burocrático, que poseen salud y educación, las tecnocracias suelen poseer esta capacidad de encapsularse en la formulación de sus disposiciones. Destaca, aun así, que para la

ley que origina SUNEDU se observa el protagonismo de la sociedad civil para el lanzamiento del organismo supervisor.

Hay más casos en donde, a pesar de su debilidad, la sociedad civil logra influir en el policy outcome final. Respecto a la política de desarrollo alternativo en Tocache, se encuentra una sola coalición promotora integrada por actores estatales y de la cooperación internacional, que, a pesar de inicialmente antagonizar, integran a los productores de coca. Este grupo de actores, que no logran conformar una coalición promotora para impulsar su versión de política, de igual manera logran incidir en aprendizajes asimilados por la coalición promotora única y dominante de este subsistema (Moscoso, 2018). Entonces, es posible la existencia de una única coalición promotora, aun cuando haya participación de la sociedad civil afuera o adentro de esta.

La marcada debilidad del tejido social en el Perú no es impedimento para la incidencia de la ciudadanía, en tanto se requiere la formulación de estrategias distintas y la coincidencia con contextos particulares. Para la aprobación de la “Ley de trabajadoras y trabajadores del hogar”, las organizaciones sociales no establecieron relaciones de dependencia hacia actores internacionales, sino que se formarían lazos horizontales y colaborativos entre sí y finalmente lograrían incidencia por un contexto político al interior del Poder Legislativo en el período correspondiente (Salazar, 2023). Por otro lado, el caso de la Ley de Búsqueda de personas desaparecidas durante el período de violencia (1980-2000) muestra el análisis estratégico que llevan a cabo coaliciones que impulsan determinadas políticas. En tal sentido, coaliciones originadas de la sociedad civil pasan por procesos de aprendizaje en el impulso de sus agendas, lo que les otorga capacidad de manejo de las situaciones y contextos en los que se enmarcan sus objetivos de policy change (Velarde, 2022).

Sobre el rol de los expertos técnicos, resalta el aporte de Alayza y Bensa (2020) en torno a coaliciones promotoras identificadas en la reforma de transporte de Arequipa. En medio del estudio de este fenómeno, las autoras identifican la centralidad del rol de técnicos, expertos, ONGs y la cooperación internacional en el marco de esta reforma, y eso arroja conclusiones sobre el uso del marco de las coaliciones promotoras en los estudios de políticas públicas en el Perú. Las autoras concluyen que suelen ser más estos actores mencionados, más que actores políticos

u otros emprendedores de políticas a nivel estatal, los que agrupan a otros actores de la sociedad civil para impulsar las pretensiones de las coaliciones que integran (2020). Esto obedece a las mencionadas lógicas históricas de debilidad estatal y postula, sobre la representación de intereses, que los actores se agrupan no solo por representación, sino por coincidencias entre ciertas creencias que poseen sobre políticas.

Respecto a factores contextuales, por fuera del subsistema de políticas, los estudios muestran el rol y legado de las reformas de mercado como un aspecto del sistema político en su conjunto, que influyen en preferencias y creencias hegemónicas. La Ley 28278, Ley de Radio y Televisión muestra, al analizarla, que la coalición corporativa en el diseño de la ley logra imponerse por la subjetividad hegemónica de dotarla de una lógica comercial. Todo ello a pesar de coyunturas recientes que harían favorable una posición menos 'de mercado', como lo fue la aparición -reciente para ese entonces- de los denominados "vladivideos" (Arévalo, 2019). Esta vigencia del paradigma neoliberal es un condicionante clave del alcance que pueden tener las coaliciones promotoras.

Asimismo, hay ocasiones en las que la interacción entre coaliciones opuestas condiciona la política propuesta. Tal es el caso del Lugar de la Memoria (LUM), en donde se encuentra una coalición pro-LUM, conformada por sectores liberales y algunos sectores de izquierda, que gozaba de cierto impulso por un contexto internacional favorable y distintos momentos políticos en el período postconflicto en el Perú. Se aprecia una nueva forma de explicar las preferencias o creencias de las coaliciones, que en ocasiones se llegan a dar como anticipando una reacción de la coalición contraria; en este caso, una coalición conservadora y opositora al LUM (Silva, 2020). Es decir, los grupos de actores, que forman redes informales y que poseen influencia de forma relacional, en tanto se construyen como opuestos a otro grupo, construyen también sus propias preferencias u objetivos en base a predicciones que tienen de la reacción de otros grupos.

Capítulo 2. Marco teórico

Para analizar el caso es necesario incorporar, principalmente, el marco de las coaliciones promotoras, además de algunos apuntes sobre las etapas del policymaking y su problematización. Se consideran también aportes sobre la manera de abordar y estudiar las reformas de salud.

En primer lugar, hay producción y marcos propuestos para el análisis de dichas reformas, enmarcando ello en un análisis contextual (policy context) para facilitar o explicar las condiciones que favorecen o dificultan la aplicación de dichos procesos reorganizativos. Collins, Green y Hunter plantean un marco que incorpora las cuestiones del: cambio epidemiológico y demográfico; procesos de cambio económico y social; política financiera y económica; el régimen político; ideología, política pública y el sector público; y factores externos (1999). En ciertos contextos, existe también un desorden inherente expresado en estas variables (Collins y otros, 1999). Como se mostrará más adelante, varios de estos elementos son muy similares a lo que propone el marco de las coaliciones promotoras, sin embargo, este busca interpretar estas condiciones en el marco de su interacción con los actores detrás del proceso y sus ideas.

El estudio de los factores contextuales, aplicado específicamente a las políticas de salud, presenta también similitudes. Para investigar las brechas de resultados de ciertas políticas, se propone como factor explicativo de estas a las diferencias y variaciones en los factores contextuales del objeto de política pública. Es decir, se parte de la premisa de que el contexto interactúa necesariamente con la política pública, y conduce a un determinado resultado de esta (Belaid & Ridde, 2015). Este modo más holístico de aproximarse a las reformas y políticas de salud en cuanto políticas públicas confirma la factibilidad de marcos más heterodoxos en estos estudios.

Dentro de la ortodoxia se encuentran las etapas del policymaking; es decir, el ciclo de políticas públicas. Autores como Lasswell (1956) trabajaron esta categorización de las fases del establecimiento de políticas públicas, reduciendo la complejidad del policymaking y ordenando su abordaje teórico. El entendimiento más clásico de estas etapas se divide en: establecimiento de agenda, formulación de la política, adopción de la política, implementación de la política y evaluación de la

política (Howlett & Cashore, 2020). Sin embargo, este es un marco que resulta insuficiente y simplista cuando el proceso de política pública como tal es desordenado, con etapas que se superponen entre sí.

Al ser el objeto de estudio un caso de reforma en el Perú, un país con una debilidad institucional crónica, esto cobra más relevancia. Este rasgo característico haría difícil que estos procesos sean aptos para el estudio lineal que supone el entendimiento clásico de las fases de las políticas públicas. Del mismo modo, en este marco ortodoxo también se deja de lado la etapa de reglamentación de la política, que es donde se trasladan las directrices de una política a lineamientos más concretos para su ejecución. En una tesis de investigación sobre el proceso de reglamentación de la Ley de Alimentación Saludable, se indica que esta fase debe ser incorporada ya que es una etapa intermedia entre la adopción y la implementación, fases entre las que se puede producir no una transición automática de la una a la otra, sino estancamiento y cambios de sentido en la política (Otero Maguiña, 2022). En el caso de SUSALUD, esto se observa en la prolongación, por meses y años, de la etapa de adopción de la política y los reglamentos y normativas que continúan su establecimiento.

Para abordar el impasse teórico y conceptual que representa el entendimiento clásico del ciclo de políticas, existen marcos y teorías que entienden el proceso de policymaking de forma más sistemática. El marco de las coaliciones promotoras de Sabatier es uno de estas aproximaciones más holísticas al desarrollo de las políticas públicas. Este marco teórico y metodológico reconoce tres premisas: que los procesos de policy change toman varios años; que por esto es necesario enfocarse en subsistemas de políticas, que son el espacio de interacción entre actores distintos interesados en un área de política pública; y que las políticas públicas pueden ser entendidas como sistemas de creencias que engloban principios, valores y suposiciones sobre cómo cumplir estos (Sabatier, 1988).

Con este enfoque se puede desarrollar una aproximación no tradicional de estudiar el policymaking, que resalta la centralidad de las ideas y creencias de los actores políticos, estatales o no estatales, en el establecimiento de las políticas públicas que buscan cambiar alguna situación previa. Las ideas, en mayor y menor medida, contribuirían a formar redes de actores que se asocian para impulsar

soluciones políticas, y que llegan a entrar en tensión con otras redes de actores. De esta manera, los aspectos que diferenciarían y formarían coaliciones serían las creencias y valores que haya sobre la realidad social, las ideas que se tengan sobre solución de política pública a un problema identificado por dichos valores, y la manera en la que se deben llevar a cabo estas soluciones públicas.

La producción académica ha discutido, desde sus primeras formulaciones, los alcances de este marco y cómo es que este se va adaptando a situaciones particulares o imprevistas por la formulación original. Como dimensión del sistema político en el que se desarrollan las interacciones entre actores por la política a tratarse, el subsistema pertinente en este trabajo es el de salud. Se espera, por ende, que al interior de este subsistema haya redes de actores que busquen asociarse con actores con incidencia al interior y al exterior del subsistema político en cuestión (Sabatier & Weible, 2007).

El marco también considera elementos por fuera del subsistema político y los actores que la conforman. Estos elementos pueden ordenarse como

1. Oportunidades a largo plazo para la incidencia de las coaliciones, donde se pueden encontrar el grado de consenso para el policy change o la apertura del sistema político
2. Parámetros relativamente estables, que implican los atributos del problema público a tratar, los valores socioculturales de la sociedad o la estructura normativa-constitucional vigente
3. Eventos externos al subsistema, como cambios socioeconómicos, en la opinión pública, en el gobierno o el impacto de otras políticas de otros subsistemas (Sabatier & Weible, 2007)

Estos elementos, factores y “perturbaciones externas” (Martín Quintero, 2017, p. 285) al subsistema condicionan la conducción de la política pública y, a grandes rasgos, también podrían determinar el resultado político final. En esa línea, el marco también considera la disponibilidad y caracterización de recursos y estrategias que poseen las coaliciones y sus integrantes, que también son condiciones por estos parámetros externos. Entonces, estos parámetros externos a las coaliciones y los subsistemas son condiciones necesarias, pero no suficientes para el policy

change. Justamente, la condición promotora es la incidencia de la o las coaliciones promotoras.

Es decir, las coaliciones promotoras implican la formación y transformación de redes de actores organizados que buscan traducir sus creencias en políticas públicas. Estos actores estatales, profesionales y sociales, compartirían núcleos de creencias que definen la conformación de estas redes y su interacción con otras. Esto se produce al interior del subsistema pertinente, que es condicionado por los parámetros políticos del sistema en el que se encuentre.

Estos núcleos de creencias definen las creencias que cada coalición promotora busca sintetizar en política pública. Ello mediante una división en tres núcleos jerarquizados. El primer nivel corresponde a un núcleo de creencias profundas, que se compone de principios y demás valores o elementos ideológicos respecto a cuestiones más grandes que atraviesan la sociedad y la política. El segundo nivel se compone de un núcleo de creencias sobre políticas, que hace referencia a la percepción de intervenir mediante políticas o no respecto a situaciones o contingencias del mundo político o social, que suele estar vinculado al primer nivel. El tercer nivel está compuesto por un núcleo de preferencias sobre políticas, lo cual implica preferencias por sobre alguna herramienta o alguna metodología en particular para la conducción de una política pública (Sabatier, 1998). En ese sentido, el primer nivel sería el que posee las ideas y/o creencias más enraizadas en cada actor político y, por ende, serían las más difíciles de cambiar. Mientras que el tercero funcionaría de manera opuesta, con ideas más adaptables y en torno a las cuales habría desacuerdos que no dificultarían la conformación o mantenimiento de la coalición promotora.

Ciertamente, se deben considerar más modificaciones al marco propio de las coaliciones promotoras a lo largo de los años y del desarrollo del campo de estudio. Entre otras cuestiones, el marco también incorpora el establecimiento de choques al interior del subsistema de política, como cambios o cuestiones de azar o fuera de la agencia de las coaliciones, y que terminarían por favorecer a una coalición sobre otra o facilitar el cumplimiento de los objetivos de alguna de estas (Gómez Lee, 2012). Estas modificaciones, indica el mismo artículo, surgen a raíz de crecientes críticas a lo largo de los años acerca de la aplicabilidad del marco en contextos fuera de los

paradigmas políticos del Norte global (2012). Como tal, contextos políticos menos institucionalizados, como los latinoamericanos, presentarían menos espacios para el diálogo o la conducción más “institucional” de las coaliciones. De tal manera, se trata de un marco teórico aún en constante desarrollo y adaptable según la aplicabilidad de los contextos particulares que busca abordar.

Se trata de un marco muy pertinente para el abordaje del “policy change” desordenado y en períodos largos de tiempo. Así, se articula sociedad y política alrededor de asuntos específicos mediante el posicionamiento de los actores y sus creencias, un lugar que es tradicionalmente ocupado por otros fenómenos políticos, como los comicios electorales. Para el presente trabajo, la conducción de políticas es una cuestión a largo plazo (Capano, 2009). Entonces, hay justificación para considerar una metodología con hitos temporales amplios, que incorpore una visión holística de las etapas del policymaking, y que permita entender la conducción de política desordenada que es SUSALUD.

Aquello es lo que el marco de las coaliciones promotoras permite sostener. Es un marco que se enfoca desde los actores, sus creencias y la manera en la que despliegan recursos y estrategias al interior de un subsistema político transversalizado por parámetros externos provenientes de la dimensión de ‘la política’. A diferencia de los enfoques de políticas en salud mencionados, es una óptica distinta y mucho más integral. Además, el caso propuesto hace referencia a un aspecto no muy abordado por la literatura sobre políticas en salud, como ya fue adelantado, por lo que los marcos de análisis tradicionales en políticas de salud no permiten aún aproximarse a este fenómeno de manera más directa. En ese sentido, un marco de políticas públicas más general, pero al mismo tiempo holístico y heterodoxo, como lo es el de las coaliciones promotoras, permite una discusión oportuna sobre el caso propuesto.

Capítulo 3. Diseño metodológico

En el presente capítulo se aborda el diseño de la investigación, en base al planteamiento de una hipótesis que permita responder la pregunta de investigación planteada y la elección de una metodología que permita aplicar el marco teórico propuesto al caso de estudio. El marco metodológico se orienta a la comprobación de la hipótesis planteada y las herramientas de recojo de información para ese propósito.

3.1. Hipótesis

Este trabajo busca responder a la pregunta: ¿Qué factores explican el establecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) entre los años 2013-2016? Para responder ello se deben considerar tres factores.

En primer lugar, una coalición promotora que impulsa la política de SUSALUD. Está integrada por tecnocracias y burocracias del MINSA y por actores de la sociedad civil. Ambos cuentan con fuerte vinculación internacional: sea por roles y participación de la cooperación internacional o por vínculos con movimientos y organizaciones socio-sanitarias del exterior. Lo resaltante es que, a pesar de marcados desacuerdos entre actores que integran la coalición, con visiones distintas sobre lo que debía ser SUSALUD y los virajes en la conducción de la política pública, se trata de una única coalición promotora. Esto porque sus integrantes buscan incidir en un policy outcome en específico, que es el establecimiento de la entidad, y porque, en última instancia, recurren a los espacios institucionales pertinentes para consensuar sus miradas.

Respecto a los núcleos de creencias, en un primer nivel, de los núcleos de creencias profundas, se encuentra que todos los grupos al interior de la coalición comparten la creencia sobre la necesidad de universalizar los derechos en salud, de brindar mejores servicios sanitarios y de un imperativo moral hacia la reforma del sector. En el segundo nivel, de los núcleos de creencias sobre la política, se halla también que todos los grupos abogaban por el establecimiento de SUSALUD como una entidad que fiscalice y supervise el aparato sanitario y promueva los derechos en salud de la ciudadanía, a pesar de un período de desafección en la primera mitad del proceso por parte de los grupos de la sociedad civil. Ya en un tercer nivel, para los núcleos de preferencias sobre la política es donde se encuentran las disonancias entre los grupos. Mientras que un grupo tecnocrático buscaba que SUSALUD sea una entidad con la capacidad necesaria para ejercer su función sancionadora y

acreditadora, otro enfatizaba en la necesidad de que sea una entidad más preventiva -especialmente con el sector público- y promotora de los derechos en salud. Un poco más distante de estas visiones estaba el grupo de la sociedad civil, que sostenía la necesidad de que SUSALUD sea mucho más rígido con la salud privada, la cual siempre operará en desigualdad de condiciones con la salud pública. Debido a estas diferencias en cuanto a los objetivos de la entidad es que se sostiene que se trata de una coalición fragmentada, integrada por tres grupos con recursos y estrategias distintas, pero que, en última instancia, tuvieron la fortaleza para sostener el establecimiento de la entidad.

El segundo factor por considerar es la naturaleza del subsistema de salud, y su institucionalidad, del período 2013-2017, que es donde se inscribe esta política. Esta precisión es importante, ya que considerar el subsistema de salud en su conjunto no constriñe la intervención política a las esferas del ministerio o al sector, sino que incluye a estos y más allá de este también. El subsistema es heredero de las reformas neoliberales de la década de 1990, con el legado aún vigente de la reestructuración global de los servicios sanitarios producto de las recetas del Banco Mundial. Al mismo tiempo, cuenta con instancias de participación estatal y no-estatal, que se expresan principalmente en el Consejo Nacional de Salud y en las organizaciones, gremios y federaciones de la sociedad civil. Cuenta también con mucha continuidad del rol de la cooperación internacional, que incluso goza de mayor estabilidad que las gestiones ministeriales. Al interior del subsistema, había un consenso sobre la necesidad de efectuar reformas sectoriales para mejorar el acceso a los servicios.

En consideración de este consenso, había también un marco normativo vigente en donde se inscribe la política de SUSALUD, que va desde lo más general, como la Constitución Política de 1993 que denota el carácter neoliberal de la salud en el Perú, hasta lo más particular. En esto último, se encuentra: la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud de 1997 -que establece la SEPS-; la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud de 2009 -que reforma la SEPS para que pase a ser SUNASA-; la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, de ese mismo año y que muestra el impulso de la sociedad civil en el fortalecimiento de los derechos en salud; y la Resolución Suprema 001-2013-SA de 2013, con la que el Ministerio le encarga al Consejo Nacional de Salud la elaboración de propuestas de reforma de salud.

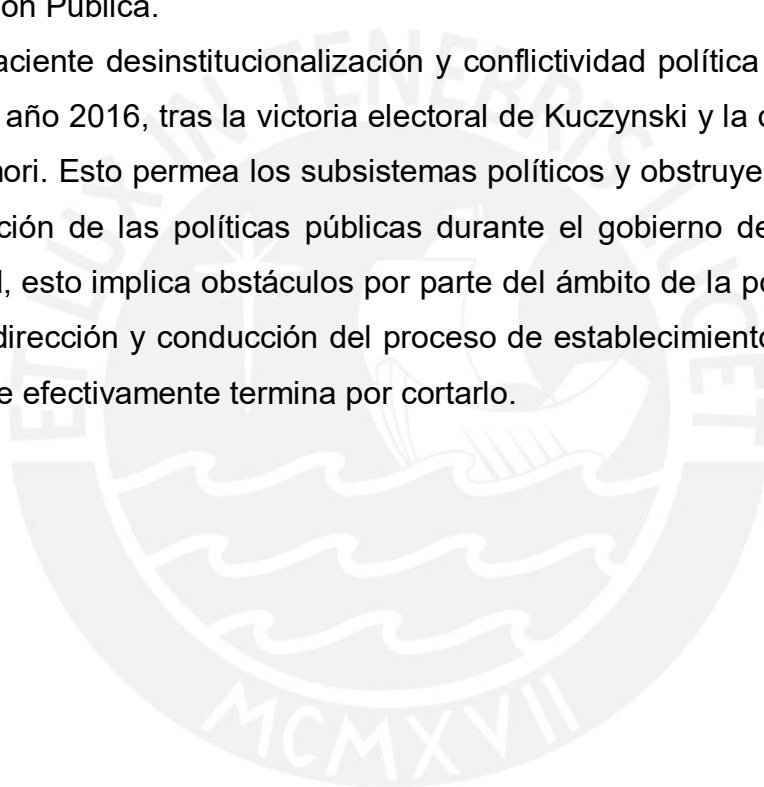
Fuera de aquella dimensión formal, en la práctica la conducción de las políticas y reformas al interior del subsistema es jerárquica. El subsistema está tradicionalmente marcado por el peso de los profesionales médicos, pero ahora también por el peso de la tecnocratización. No solo hay rol prominente de tecnocracias con conexiones internacionales al interior del sector, sino también una verticalidad en la toma de decisiones y un carácter cerrado en las discusiones sobre políticas que se hacen en esta esfera. Se trata de círculos cerrados, incluso más en el caso de SUSALUD, en donde no hay mucha mediatización de la discusión sobre la entidad en la opinión pública más allá de los círculos de especialistas en salud y de las organizaciones de la sociedad civil en salud. Esto permite hablar de comunidades epistémicas, en donde estas tecnocracias dirigen los esfuerzos reformistas y la discusión con otros actores se da no para la búsqueda de alternativas de política, sino para consensuar las que ellos ya establecieron. En paralelo, estas políticas son conducidas de forma desestructurada, con mucho énfasis en el lado formal-normativo pero no en la aplicación y funcionamiento real de las reformas y sus implicancias sociales.

En tercer lugar, la existencia de unos parámetros políticos externos al subsistema de salud, no necesariamente estables, pero que muestran la coyuntura político-económica de los años 2013-2017, en donde se inscribe el establecimiento de la mencionada entidad. Entre estos parámetros se encuentran:

1. La amplitud de la caja fiscal producto del boom de commodities (2000-2014), que permite la ampliación de la política social en el Estado.
2. El peso, al interior de la formulación de las políticas y programas de gobierno, que poseen los denominados 'ministerios productores'. De este modo, el framing del Ministerio de Salud como un 'ministerio que gasta' conduce a negociaciones y limitaciones en la asignación de financiamiento a las reformas y políticas que se buscan emprender.
3. La perspectiva hacia la inclusión social que adopta el gobierno de Ollanta Humala (2011-2016), que, si bien debe ser matizada por la firma de una hoja de ruta que implicaba concesiones con sectores empresariales, conduce en simultáneo a la adopción de políticas de corte reformista en varios sectores.
4. El enfoque de participación social que se adopta tras la transición democrática del cambio de siglo, que institucionaliza mecanismos de

participación como el Foro del Acuerdo Nacional, en donde grupos de la sociedad civil pueden tener cierto grado de incidencia en la definición de políticas en el sistema político y el subsistema de salud. En este último, la existencia del Consejo Nacional de Salud es también expresión de dicho enfoque.

5. La existencia de una visión de modernización estatal, propia de los efectos de las reformas neoliberales de la década de 1990, que comparten los gobiernos de Ollanta Humala (2011-2016) y de Pedro Pablo Kuczynski (2016-2018). Esta visión es entendida en clave gerencial y de Nueva Gestión Pública.
6. La naciente desinstitucionalización y conflictividad política que se originan en el año 2016, tras la victoria electoral de Kuczynski y la derrota de Keiko Fujimori. Esto permea los subsistemas políticos y obstruye la conducción y dirección de las políticas públicas durante el gobierno de Kuczynski. En salud, esto implica obstáculos por parte del ámbito de la política en cuanto a la dirección y conducción del proceso de establecimiento de SUSALUD, lo que efectivamente termina por cortarlo.



3.2. Metodología

El caso propuesto es el establecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) como reforma a la entonces existente Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA). Se busca responder a la interrogante acerca de los factores que explican el establecimiento de esta entidad. Estos factores, que son la coalición promotora identificada y sus núcleos respectivos, el subsistema de salud en el que se inscribe el rol de estas coaliciones, y los parámetros de la política como dimensión más general del accionar político, son las variables independientes del estudio. El comportamiento de estas variables es lo que explica el policy outcome del establecimiento de la entidad, que es la variable dependiente que considerar.

Para operacionalizar ello, se hace el abordaje y la caracterización sobre las redes de actores, creencias y características sectoriales y políticas que influyen en el resultado político. El empleo del marco de las coaliciones promotoras requiere considerar que todas las etapas del policymaking se encuentran dicho de este, por lo que se requiere considerar el proceso de forma integral, en consideración de los virajes que se dan en el proceso de establecimiento y de los antecedentes que permitan contextualizar y analizar más allá del marco temporal propuesto (2013-2017).

Por ello, es necesaria una metodología cualitativa, con la que se pueda reconstruir el caso detalladamente y hallar los mecanismos causales necesarios que puedan explicarse mediante el marco propuesto. Sobre esta base, se elabora un rastreo de procesos que permita vincular acontecimientos políticos significativos para comprobar la hipótesis propuesta. El process tracing permite el estudio a detalle de procesos políticos amplios y el hallazgo de mecanismos causales al interior de estas dinámicas políticas. La reconstrucción de este proceso, junto con el marco de las coaliciones promotoras, permite superar un análisis clásico del ciclo de políticas públicas mediante dispositivos legales, como los decretos legislativos, supremos y resoluciones mencionadas, para llevar a cabo un abordaje sistémico del proceso y arribar a un entendimiento holístico de este proceso y del resultado político final.

Como primer paso, se llevará a cabo la revisión de herramientas bibliográficas, tanto primarias como secundarias, para poder reconstruir el proceso de forma detallada y obtener información sobre el policy outcome. De manera más específica, se estudiará la normativa y los documentos políticos y de gestión pertinentes, junto

con las fuentes secundarias que permiten categorizar el caso propuesto. Entre las fuentes primarias pertinentes están las leyes del sector salud, los documentos político-técnicos del Ministerio de Salud, declaraciones, artículos y demás preparados por las organizaciones sociales en salud, los documentos de gestión de SUSALUD y las actas del Consejo Nacional de Salud. Debido a la ausencia de un archivo en línea amplio y que incorpore las expresiones y declaratorias de las organizaciones sociales en salud, se recurrirá a noticias, declaraciones en línea en medios de comunicación, entrevistas grabadas en medios de comunicación y publicaciones en el perfil de la red social Facebook de organizaciones como FOROSALUD y el Colegio Médico del Perú. Este primer paso permitirá tener un esbozo general de la conducción de la política y del proceso llevado a cabo, pudiendo periodizar todo ello en el espacio geográfico-temporal pertinente.

Como parte del diseño metodológico, se encuentra también la realización de entrevistas semiestructuradas a especialistas en salud y actores clave del proceso, en relación con la coalición hipotetizada y el subsistema de salud: al interior del MINSA y SUSALUD, en FOROSALUD, la Federación Médica Peruana, el Colegio Médico del Perú, la cooperación internacional, entre otros. Es decir, se entrevista a los actores de los grupos establecidos, que estuvieron en los procesos descritos mediante la bibliografía revisada en el paso anterior. Asimismo, se emplea un método de bola de nieve, llevando a cabo entrevistas también con actores que las personas ya entrevistadas recomienden para recabar más de las indagaciones requeridas. Con ello, se obtiene información detallada sobre los núcleos de creencias profundas, de política y de preferencias de política al interior de la coalición y las características del subsistema de salud y de los parámetros de la política de entonces. Esto permite detallar y establecer las convergencias y divergencias entre estos grupos, tanto al interior como al exterior del sector salud, y la manera en cómo se percibían y relacionaban entre sí también para el policy outcome final del establecimiento de la entidad.

Con este paso se obtiene información más específica y directa sobre el proceso de la conducción de la política y los virajes que hubo en esta. Ello a raíz de escenarios políticos no muy públicos o visibles bajo los cuales se llevó a cabo este proceso. Para este paso, se efectúa la elaboración de guías de entrevistas semiestructuradas y la expedición de formularios de consentimientos informados, pudiendo en estos últimos

consignarse si es que la persona entrevistada desea que su nombre sea incluido en los resultados de la investigación o si desea que la información que brindó se trate de forma anónima. A todos los participantes se les asignará un número para identificarlos, agrupándolos también acorde al grupo de actores al que pertenezcan o su procedencia (ver Anexo 1). Se usarán estos números para hacer referencia a los participantes que elijan mantener su anonimato.

Las entrevistas son el principal insumo para la reconstrucción del proceso de reforma en el subsistema de salud que da origen a SUSALUD. De esta manera, las apreciaciones que otorguen estos actores es información de primera mano que justifica las conclusiones respecto a la validez de la hipótesis.



Capítulo 4. Reconstruyendo el caso: El establecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) entre los años 2013 y 2017

Este capítulo reconstruye los antecedentes y el proceso de establecimiento de la entidad, a la luz de los acontecimientos más importantes del proceso, los virajes e hitos político-técnicos de la Superintendencia, y una descripción de los actores presentes. Para ello se emplean fuentes académicas, material en línea de los actores, actas del Consejo Nacional de Salud, documentos políticos de las organizaciones sociales, entre otros.

4.1. Antecedentes: Antes de SUSALUD, primero la SEPS, SUNASA y la protección de derechos

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) no se origina ni orgánica ni institucionalmente en 2013. En aquel año, que es cuando se lleva a cabo la reforma del sector salud, SUSALUD se establece sobre lo que era la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), la cual era hasta antes de 2009 la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

En el ámbito de las reformas neoliberales que impone el gobierno fujimorista en la década de 1990, y en paralelo al colapso operativo del sector salud (Arroyo, 2000), se produce una reestructuración del sector en la que se inscribe una serie de normativas que devienen en el retroceso del sector público al interior de la totalidad de la oferta de servicios sanitarios. Así, se introduce al sector privado en áreas como el aseguramiento, y es en ese contexto en que la SEPS se origina en 1997, como producto de la Ley 26790, 'Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud'. Esto es el resultado de un primer borrador de ley del año anterior, y finalmente logra introducir a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), como entes privados en aseguramiento distintos al Seguro Social. Como indica la ley, la SEPS es establecida como la entidad encargada de supervisar el funcionamiento de las EPS y los fondos que administraban (Congreso de la República del Perú, 1997).

Poco más de diez años después, ya en democracia pero en continuación con matices de la doctrina económica que introduce el fujimorismo, el gobierno de Alan García promulga la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, en

abril de 2009. Según Mario Ríos¹, quien cuenta con bastante experiencia en organizaciones sociales en salud, el grupo parlamentario aprista venía impulsando esta reforma del aseguramiento y del sistema sanitario, en aras de un enfoque de compensación a los grupos más pobres que pueda matizar los alcances de los mecanismos de mercado en salud introducidos anteriormente (2013). La ley establecía la creación de SUNASA, como organismo técnico especializado y adscrito al Ministerio de Salud (MINSA) y sobre la base de lo que era la SEPS. La nueva superintendencia se encargaba de supervisar ya no solo a las EPS, sino al conjunto de aseguradoras y establecimientos prestadores públicos y privados, todo ello en el marco de la promoción y el buen uso de los recursos para el aseguramiento universal (Congreso de la República del Perú, 2009a). Es decir, se amplían las funciones de la superintendencia para que fiscalice las prestaciones sanitarias sean adecuadas, independientemente del régimen de aseguramiento.

Sin embargo, el alcance de estas funciones no era total. La misma ley reconocía que había aseguradoras que se quedarían bajo la supervisión de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (SBS) (Congreso de la República del Perú, 2009a), lo que era un claro indicio de los límites de supervisión de la entidad. Un año después, con la reglamentación de la norma, se indica que la tipificación de infracciones aplicables, producto de la supervisión, se llevaría a cabo de forma progresiva (Presidencia de la República, 2010). En la práctica, dicha progresividad no se llegó a aplicar, por lo que la supervisión a cargo de SUNASA solo se aplicaba a las cuatro EPS que supervisaba la anterior SEPS (Quijano Caballero, 2015).

En paralelo, en setiembre de 2009 es promulgada la Ley 29414, “Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud”. Esta ley se origina por la iniciativa del movimiento social en salud y es aprobada mediante recolección de firmas. Para las organizaciones de la sociedad civil, que consideran insuficiente el enfoque de compensación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, reconocer el enfoque de derechos inherentes a los ciudadanos era un logro. Si bien la ley no se relaciona en estricto sentido con SUNASA, esta consideración por los derechos en salud de los usuarios hace que sea un antecedente clave en la

¹ Abogado y Maestro en Salud Pública. Fue Coordinador Nacional de FOROSALUD, Representante de Derecho y Justicia en Salud y Coordinador del Colectivo Dignidad en Salud

construcción de lo que será después SUSALUD. Este dispositivo legal modifica la Ley General de Salud y establece que los usuarios tienen derecho al acceso a servicios, a la información, a la atención y recuperación de su salud y a otorgar su consentimiento informado a los procedimientos o tratamientos que recibirán. El Estado, además, deberá velar por la protección de estos derechos (Congreso de la República del Perú, 2009b)

Ya en 2011 ingresa Ollanta Humala, un militar retirado, a la Presidencia de la República. En materia de salud, su plan de gobierno -titulado “La Gran Transformación”- propone la ampliación de la rectoría del MINSA y recoge propuestas de FOROSALUD (en adelante también el Foro), entre las que estaba la construcción de un sistema universal de salud (Saco, 2014c) y la implementación de la mencionada Ley 29414 para disponer de “[...] un mecanismo de control ciudadano en torno a la calidad y equidad de los servicios de salud” (Gana Perú, 2010, p. 170). Respecto a lo que era la sociedad civil en salud, el nuevo gobierno contaba, al menos en su advenimiento, con bastantes coincidencias y apoyos. En los meses de campaña, se habían reunido y el entonces candidato coincidió con la necesidad de contar con una política sanitaria menos ‘entregada al mercado’ y que considere la salud como un derecho humano. Incluso, la bancada de su partido había denunciado, durante el período gubernamental aprista, la Ley Marco de Aseguramiento Universal como inconstitucional (Ríos, 2013).

Aunque en los primeros meses de 2012 se desestimaba la idea de una reforma de salud, posteriormente la Comisión de Salud del Congreso le manifestó al MINSA su interés y apoyo para que lleve a cabo una reforma de corte estructural y etiquetada como tal: ‘reforma’. Se consideró además que el mejor espacio para trabajar esta propuesta era el Consejo Nacional de Salud (CNS) (Limay, 2019). El CNS, de acuerdo con el propio Ministerio, es su órgano consultivo y un espacio nacional de diálogo, concertación y propuesta y seguimiento de políticas de salud para el cumplimiento de las funciones del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud, s.f.).

En ese contexto es que en julio de 2012 se nombra a Midori de Habich² como ministra de Salud. En diciembre de 2012, de Habich nombra a Flor de María Philipps³

² Economista, coordinadora senior de proyectos de USAID

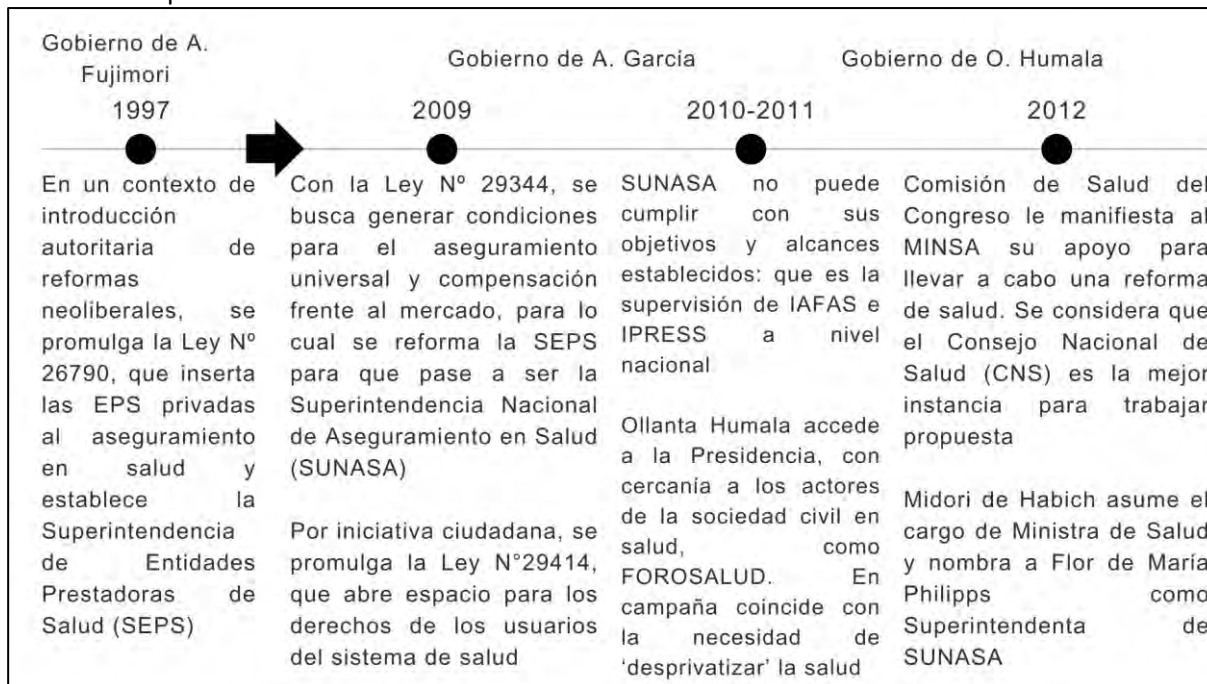
³ Médico Cirujano, gerenta de salud en Pacífico Seguros (2004-2008)

como Superintendente de SUNASA. Con estos antecedentes es que comienza a ponerse en marcha la reforma del sector.

El gráfico 1 ilustra este proceso de antecedentes a lo que sería en adelante SUSALUD.

Gráfico 1

Línea de tiempo de los antecedentes al establecimiento de SUSALUD



Fuente: Elaboración propia

4.2. La reforma: la apuesta del gobierno humalista y la reacción de la sociedad civil

Sobre la Reforma del sector salud de 2013 se identifica, como primer hito, la Resolución Suprema 001-2013 de enero de ese año, con la que la ministra Midori de Habich le encargó al CNS la elaboración de un documento político-técnico que proponga acciones de reforma sanitaria (Mendoza-Arana y otros, 2018). Se invitaba a diversos actores de la sociedad civil, y de todos los niveles de gobierno a participar de este proceso en las instancias del Consejo (Presidencia de la República, 2013a).

La idea de hacer reformas era compartida por varios grupos, y en parte explica la cercanía entre actores de la sociedad civil con la línea que impulsaba el gobierno de Humala, al menos en el momento de la elección en 2011. Sin embargo, los ánimos de las organizaciones sociales por la reforma se irían diluyendo desde el momento en que la elaboración de Lineamientos es encargada al CNS. Alexandro Saco⁴, en aquel entonces Coordinador de FOROSALUD, participaba en las sesiones del Consejo como representante electo de las Organizaciones Sociales de la Comunidad (Consejo Nacional de Salud, 2013a). Desde enero, ya llamaba a que la reforma fuera discutida con más actores de la sociedad civil ante las limitaciones del Consejo y sus comités (Consejo Nacional de Salud, 2013a) (Saco, 2014c).

La desilusión con el proceso de reforma seguía en aumento. En las sesiones del CNS se discutía sobre el rol de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la reforma (Consejo Nacional de Salud, 2013b) y la propuesta de la sociedad civil de incorporar el enfoque de género, la interculturalidad y la participación social en la gestión de servicios sanitarios y en el propio CNS, así como formar una Asamblea Nacional de Salud, como ente participativo máximo que oriente las políticas del sector (Consejo Nacional de Salud, 2013c). Destacadamente, Saco también cuestionaba la propuesta de introducción de las Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud y su regulación (Consejo Nacional de Salud, 2013d). A fines de abril, la ministra de Habich expone al Colegio Médico la propuesta general elaborada por el Ministerio, donde identificaban el fortalecimiento de “la capacidad de inspección, vigilancia y control de SUNASA” como una medida requerida para que el MINSA ejerza su rectoría. Además, se detallaba el proceso de formulación de propuestas, en donde la Secretaría de Coordinación del Consejo Nacional de Salud (SECCOR) sería el ente encargado de

⁴ Abogado, Coordinador Nacional de FOROSALUD 2013-2015

sistematizar las propuestas en un documento final de lineamientos para discutirse y aprobarse en el CNS (de Habich, 2013). En el marco de propuestas del Ministerio, que reflejaban la continuación de la reforma del aseguramiento universal del anterior gobierno, la sociedad civil sentía que el Presidente abandonaba sus discursos, promesas y acuerdos de la campaña electoral que, justamente, lo llevaron a la Presidencia (Ríos, 2013).

Entre junio y julio culmina el proceso dentro del CNS. Se realiza el Seminario Internacional sobre Reforma “Hacia la Universalidad de la Protección en el Salud en el Perú”, organizado por el CNS y en donde se presentan estas propuestas del MINSA. Participaron instituciones públicas, privadas e internacionales, contando con representantes del BM, de la OPS y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ministerio de Salud, 2013a). En paralelo, la Federación Médica Peruana (FMP) convoca a una huelga médica (Saco, 2014c). En sesión del Consejo, sin embargo, se presentan los ‘Lineamientos y medidas de Reforma del Sector Salud’. Durante la votación para la aprobación de dicho documento, Saco, como representante de las Organizaciones Sociales de la Comunidad, votó en contra, mientras que los representantes del Colegio Médico del Perú (CMP), Trabajadores del Sector, Asamblea Nacional de Rectores y Acuerdo Nacional votaron en abstención (Consejo Nacional de Salud, 2013e). Aun así, la aprobación del documento alcanzó la mayoría de los votos y este fue publicado. Pero se ponía de manifiesto el período de desafección que seguirían organizaciones y gremios que en gran medida habían apoyado la idea inicial de hacer una reforma. La oposición a estos lineamientos de reforma indicaba la oposición a la reforma de salud del gobierno.

Respecto a SUNASA, en el documento publicado de los Lineamientos se determina que esta sea convertida en SUSALUD. Bajo un horizonte de implementación de un año, y en reconocimiento del marco de protección de derechos que impulsó la Ley 29414, la entidad debe extender las labores de su supervisión hacia todos los usuarios de los servicios de salud, independientemente de si cuentan con un seguro o no, y centralizar las funciones que se superponen con otros organismos que impiden que pueda supervisar a todas las ahora conocidas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) o Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). Así, la nueva entidad tendrá también a cargo la definición de estrategias de defensa de derechos y una red

de defensorías que faciliten la resolución de controversias mediante procedimientos más inmediatos y que no necesariamente lleguen al ámbito de lo administrativo (Consejo Nacional de Salud, 2013f). En el mismo documento también se consigna que SUSALUD se encargará de registrar a todas las IAFAS e IPRESS a nivel nacional, y que ninguna de estas podrá funcionar de encontrarse registrada. Con esto, la entidad reflejará el mencionado fortalecimiento de la rectoría del MINSA, recibiendo del Ministerio las funciones de categorización, certificación y potestad sancionadora (2013f).

Luego de publicados los Lineamientos, el presidente Humala solicita facultades legislativas al Congreso para decretar las leyes estas propuestas de reforma. Dichas facultades fueron concedidas, y la norma para ello fue promulgada en los primeros días de agosto (Congreso de la República del Perú, 2013). En paralelo, FOROSALUD, la FMP y la Academia Peruana de la Salud invocaron -en un comunicado conjunto- a que la reforma de salud sea debatida y discutida a nivel nacional y de forma plural (Saco, 2013). Era clara la vinculación entre el movimiento social en salud y la crítica al proceso conducido al interior del CNS. Sin embargo, en septiembre se celebró el 52° Consejo Directivo de la OPS, donde se reafirmaba el apoyo a la reforma de salud por el compromiso que asumía el Perú con la expansión del seguro y el aseguramiento universal (Mendoza-Arana y otros, 2018). Ante la disidencia de la sociedad civil, la reforma igual contaría con el apoyo que le daba su propia internacionalización, lo que incluso sería ratificado meses después por la dirección de la OMS (Saco, 2014c).

Unos meses después, en noviembre, el Viceministro de Salud, José del Carmen Sara, anunció públicamente que SUNASA pasaría a ser la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) como resultado de esta reforma (Ministerio de Salud, 2013b), en concordancia con lo establecido por los Lineamientos publicados. En otra acción que demostraba las tensiones entre gremios y el Ministerio, se convocó a una huelga médica para el 21 de aquel mes, la primera que se realizaba en oposición a la reforma y la política salarial que planteaba este último (Limay, 2019).

Es en este contexto que FOROSALUD publica la Declaración Política de la VI Conferencia Nacional de Salud, donde rechaza abiertamente la reforma de salud, indicando que “la mayoría de los cambios son medidas administrativas de profundización del esquema legal, político y económico que irresponsabiliza

progresivamente al Estado de sus obligaciones en salud [...]” (FOROSALUD, 2013, p. 4). A nivel formal, el Foro ya no solo llamaba a que se incorpore una discusión plural sobre la reforma, sino que ahora rechazaba su carácter privatista, excluyente y continuista de las anteriores gestiones.

En los primeros días de diciembre se materializa la reforma mediante el decreto de 23 dispositivos legales. Respecto al eje de la defensa de los derechos de los usuarios en salud, este es tratado mediante el Decreto Legislativo 1158, ‘Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud’, que formalmente establecía la reorganización de SUNASA En SUSALUD. Como fue estipulado por los Lineamientos de reforma, este cambio implicaba que la superintendencia pasaría a supervisar, fiscalizar, y sancionar de ser el caso, el funcionamiento tanto de IAFAS como IPRESS, y ahora también de Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS). Estas últimas, entendidas como entes públicos o privados que ejecutan y gestionan los recursos de un determinado grupo de IPRESS. La entidad se encargaría de velar por su funcionamiento idóneo, ello también en el marco de la protección de los derechos en salud de los usuarios (Velásquez y otros, 2016) (Quijano Caballero, 2015). Uno de los puntos que incorpora el decreto, que no estaba contemplado en el documento de Lineamientos, era el establecimiento de juntas de usuarios (Presidencia de la República, 2013b), que posteriormente serían conocidas como Juntas de Usuarios de Servicios de Salud (JUS). Estas juntas estarían encargadas de dirigir la participación de los usuarios de los servicios sanitarios con respecto la protección de sus derechos, y también en el diálogo con la superintendencia y el apoyo a sus funciones (Jeri, 2018).

Si bien el D.L. 1158 marca el hito de adopción de la política, posteriores pasos en el establecimiento de la entidad se fueron dando en meses y años consiguientes. Ello en paralelo a una situación muy conflictiva al interior del sector salud, a raíz del desacuerdo generalizado sobre la reforma en espacios de la sociedad civil (Mendoza-Arana y otros, 2018), presumiblemente debilitando y alterando la gestión de la puesta en escena de la nueva entidad a lo largo de los siguientes meses.

Días antes del fin de año, FOROSALUD comunicaba mediante su página de Facebook que el D.L. 1158 omitía a la sociedad civil en el Consejo Directivo de la

entidad, siendo “[esta presencia] obligatoria, ya que incorpora una perspectiva necesaria en relación a la protección de los derechos en salud” (Foro Salud Perú, 2013a). Anunciaba también que se llevó a cabo la tercera Asamblea del Frente Nacional por el Derecho a la Salud de los Pueblos, encabezado por FOROSALUD, la FMP y el CMP, con la intención de definir acciones por “[...] la necesidad de contar con un planteamiento programático y político que modifique la actual limitada orientación de los DL emitidos por el Poder Ejecutivo así como la Ley de Aseguramiento Universal en Salud (AUS)” (Foro Salud Perú, 2013b).

En los primeros meses de 2014, y ya con nuevos representantes de la sociedad civil al interior del CNS, representantes médicos indicaban que SUSALUD debería tener la potestad de evitar la concentración y posiciones ventajosas del privado con respecto al precio de los medicamentos (Consejo Nacional de Salud, 2014a) y también regular a las APP (Consejo Nacional de Salud, 2014b). En abril, en el Consejo se acordó que SUSALUD presidirá la conformación de una comisión que elabore el reglamento de la Ley 29414, de los derechos de los usuarios en salud (Consejo Nacional de Salud, 2014c). Como se mencionó, la implementación de esta ley era una propuesta de campaña de Ollanta Humala.

A pesar de ello, en mayo de 2014 comenzó la huelga médica más larga del sector, con una duración de 150 días. Esta huelga era encabezada por la FMP, con el Dr. Jesús Bonilla⁵ como presidente, y elevaba las banderas de rechazo a la reforma de salud y su nueva política salarial. El paro y el accionar de la Federación eran respaldados por actores como FOROSALUD y el CMP, coincidiendo con la denuncia al carácter privatista de la reforma (Limay, 2019). Incluso, el Colegio Médico, encabezado por el Dr. César Palomino⁶, apoya en la realización de un ‘referéndum’ que da como resultado un amplio rechazo al proceso de reforma entre los profesionales médicos (Colegio Médico del Perú, 2014). En los meses siguientes, el Foro conforma Comités Ejecutivos para discutir el tema de SUSALUD y sus funciones (Foro Salud Perú, 2014a), al mismo tiempo que lleva a cabo movilizaciones en articulación con la FMP, una de ellas afuera de un canal de televisión, exigiendo un ‘sistema de salud con integralidad y solidaridad’, y que las posturas sobre la reforma y sus lineamientos sean abordadas de manera plural en los medios de comunicación.

⁵ Médico Cirujano, Presidente de la Federación Médica Peruana (2013-2015)

⁶ Médico Cirujano, Decano del Colegio Médico del Perú (2014-2016)

Esto, indican, para que se consideren las perspectivas de todos los actores en un proceso que debe ser legítimo a ojos de la opinión pública y la ciudadanía (Saco, 2014a) (Foro Salud Perú, 2014b).

En junio se promulgó el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, con lo que se operacionalizó el funcionamiento de las JUS, los Tribunales, Directorios e Intendencias Macro Regionales (Presidencia de la República, 2014a). Ante esto, FOROSALUD se pronunció en rechazo de estas nuevas funciones y composición de la organización, indicando que “SUNASA no ha demostrado un compromiso claro con el derecho a la salud ni con la supervisión idónea del sistema, persiste una cultura organizacional dirigida hacia el sector privado; en ese contexto entregarle tantas facultades resulta un exceso.” (Saco, 2014b).

Había varias aristas sobre las que el Foro criticaba la reorganización de la Superintendencia. Sobre las JUS, indicaban que se trataban de un intento de mediatizar y menoscabar la participación de la sociedad organizada, y que los pocos espacios de participación vigentes deben respetarse en lugar de seleccionar a participantes arbitrariamente para estas juntas que se usan para legitimar y defender la reforma del Ministerio (Foro Salud Perú, 2014c) (Foro Salud Perú, 2014d). Sobre la conformación de los tribunales e intendencias macro regionales, indican que se trata de burocracias injustificadas, con excesos de presupuesto, que no logran agilizar los procedimientos y servicios en salud, garantizar atenciones adecuadas y que están incapacitadas de controlar y regular los servicios y seguros privados y las nuevas APP (Foro Salud Perú, 2014d) (Foro Salud Perú, 2014e). En las posturas asumidas por el Foro se reconocía la necesidad de reglamentar la Ley 29414, pero también se explicitaba la idea de que no descartaban que SUSALUD debiera ser desmantelada (Saco, 2014b).

Sin embargo, esta disidencia frontal llegaría a su fin en octubre, con la conclusión de la huelga médica tras los acuerdos alcanzados con el Ministerio de Salud, que incluían las demandas salariales y laborales de la FMP (Limay, 2019) y la demanda de FOROSALUD de incorporar el debate de la reforma al Foro del Acuerdo Nacional (Nepo-Linares & Velásquez, 2016). Este es un espacio de diálogo y de establecimiento de consensos para la aprobación de políticas de Estado en base a la deliberación llevada a cabo por los tres niveles de gobierno, los partidos políticos

representados en el Congreso y organizaciones de la sociedad civil con presencia a nivel nacional (Acuerdo Nacional, s.f.).

Un mes después, se aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD (Presidencia de la República, 2014b) con acuerdo del CNS (Consejo Nacional de Salud, 2014d). Sin embargo, Midori de Habich renuncia a su cargo por la moción de censura presentada en su contra debido a la huelga médica, de extensa duración, acusándosele de no hacer lo suficiente para impedir que su prolongamiento.

El designado para asumir la conducción del ministerio fue Aníbal Velásquez⁷, quien había trabajado en la gestión de Habich. Por ende, la gestión del nuevo ministro se caracterizó por continuar con la reforma emprendida. En cumplimiento del acuerdo alcanzado para el levantamiento de la huelga médica, se lleva el tema de la reforma de salud al Foro del Acuerdo Nacional. En enero de 2015, comenzaron las reuniones del Grupo de Trabajo con respecto a la reforma y a sus lineamientos. Este grupo estuvo conformado por representantes de las instituciones integrantes del Foro del Acuerdo Nacional, en conjunto con representantes del MINSA y organizaciones que no pertenecían a dicha instancia, pero que se creyó pertinente invitar, entre ellas: ESSALUD, FOROSALUD, la Federación Médica y otras federaciones de trabajadores de salud (Nepo-Linares & Velásquez, 2016).

Tras el revuelo generado por la transición ministerial, desde la FMP se criticaba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la entidad, dado que no se ajustaba a la realidad de los establecimientos públicos de salud (Panamericana TV, 2015). FOROSALUD, ya con una posición más matizada por el rol que asumía el Foro del Acuerdo Nacional, indicaba también que el Reglamento imponía multas altas que se depositan en el Estado y no se usan para reparar al usuario de los servicios sanitarios (Foro Salud Perú, 2015a). Los representantes de las Organizaciones Sociales de la Comunidad al interior del CNS también discutían ello en el contexto de las supervisiones llevadas a cabo en las regiones, y se indicaba que el Ministerio debía intervenir, no sancionando económicamente, sino apoyando y ayudando a enmendar las infracciones en beneficio de los servicios de salud descentralizados (Consejo Nacional de Salud, 2015a). Desde el Colegio Médico, sin embargo, seguía una línea

⁷ Experiencia en Equipos Técnicos de USAID. Ministro de Salud (2014-2016)

de denuncia frente a la 'pseudo reforma de salud' que, según el Dr. Palomino, se venía aplicando ya por 5 años (Colegio Médico del Perú, 2015).

En julio y agosto continúa el trabajo del Grupo de Trabajo en el Foro del Acuerdo Nacional y se aprueban dos reglamentos relacionados a SUSALUD. Ya llegando a la culminación del proceso en, el documento elaborado por el Grupo de Trabajo es "discutido y afinado" en reuniones del MINSA con el Ministerio de Comercio Exterior y Turismo (MINCETUR) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (Nepo-Linares & Velásquez, 2016, p. 542). Por su lado, los reglamentos aprobados son el Reglamento de Transferencia de Funciones de Indecopi a SUSALUD (Presidencia de la República, 2015a), y finalmente, el Reglamento de la Ley 29414 (Presidencia de la República, 2015b).

En este último, se establece que SUSALUD es la entidad encargada de velar por el cumplimiento de dichos derechos, por lo que la implementación de estos derechos se lleva a cabo mediante la realización de las funciones de la entidad (Presidencia de la República, 2015b). En una ceremonia afuera del Ministerio, simbolizando la reconstrucción de su relación, el Reglamento fue entregado a representantes de FOROSALUD, que entienden esto como "[...] un logro conjunto de la sociedad civil, y en ello reside su gran legitimidad" (Foro Salud Perú, 2015b). Finalmente, se cumplía una de las promesas de campaña de Humala, y lo que inicialmente era contemplado por la sociedad civil que debía ser la entidad.

En octubre de 2015 son publicados 'Los objetivos de la reforma de salud', el documento trabajado con amplio consenso en el Foro del Acuerdo Nacional. El resultado final del Grupo de Trabajo destaca la protección de los derechos en salud de los usuarios y de la participación de los usuarios como elemento vital del sistema de salud, por lo que el Ministerio y el Estado deben abocarse a garantizar la prestación adecuada de estos servicios, con enfoque de género, interculturalidad e independientemente de la condición socioeconómica o ubicación geográfica de la persona (Grupo de Trabajo del Foro del Acuerdo Nacional, 2015). Esto último, como se mencionó, es un aporte de la sociedad civil al interior del CNS, de cuando recién se discutía la reforma en esta instancia. Se constata una identificación de objetivos de reforma y de políticas comunes, para lo cual cada fuerza política tendría una visión acerca de cómo cumplir dichos objetivos, pero sin obstaculizar la reforma en curso

(Nepo-Linares & Velásquez, 2016). Es decir, respecto a la reforma del sector, fue aceptada tanto por grupos a favor como en contra de la reforma en proceso, consensuando que esta iba a continuar, y respecto a SUSALUD, se establecía la protección de derechos y participación de usuarios como el objetivo general de la política, bajo parámetros de universalidad y de derechos ciudadanos. Al interior del CNS, el Colegio Médico también reconocía los aportes de SUSALUD en las propuestas que trabajan para el gremio médico y la mejora de sus procedimientos (Consejo Nacional de Salud, 2015b). Con el final de este proceso, los diversos grupos y actores reconocieron la necesidad de que SUSALUD continúe, por lo que las discrepancias con respecto a la entidad se darían en tanto acentos de las funciones que esta llevaba a cabo. En este mismo mes también se reglamenta la supervisión de IAFAS, IPRESS y UGIPRESS mediante la aprobación de un Reglamento de Supervisión para la Superintendencia (Presidencia de la República, 2015c)

En noviembre de 2015, FOROSALUD publica 'La lucha por el derecho a la salud: 2013-2015', donde categoriza a SUSALUD como una entidad con esquemas rígidos, burocratizados y que peca de tutelaje hacia la sociedad civil mediante las JUS (Foro Salud, 2015). Aun así, esta distancia que había entre el enfoque de derechos de SUSALUD y el del Foro (2015) implicaba también la distancia entre las funciones de ambos, incluso aunque la Superintendencia finalmente sea expresión de la implementación de la Ley 29414. A ojos del Foro, su labor seguía siendo la vigilancia y organización ciudadana, mientras que la de SUSALUD es continuar con la compleja tarea -que pasa por décadas de atropellos de los servicios de salud a la ciudadanía- de hacer que existan condiciones para que el día a día de los usuarios varíe significativamente (2015). Es decir, una especie de cogestión de los servicios sanitarios.

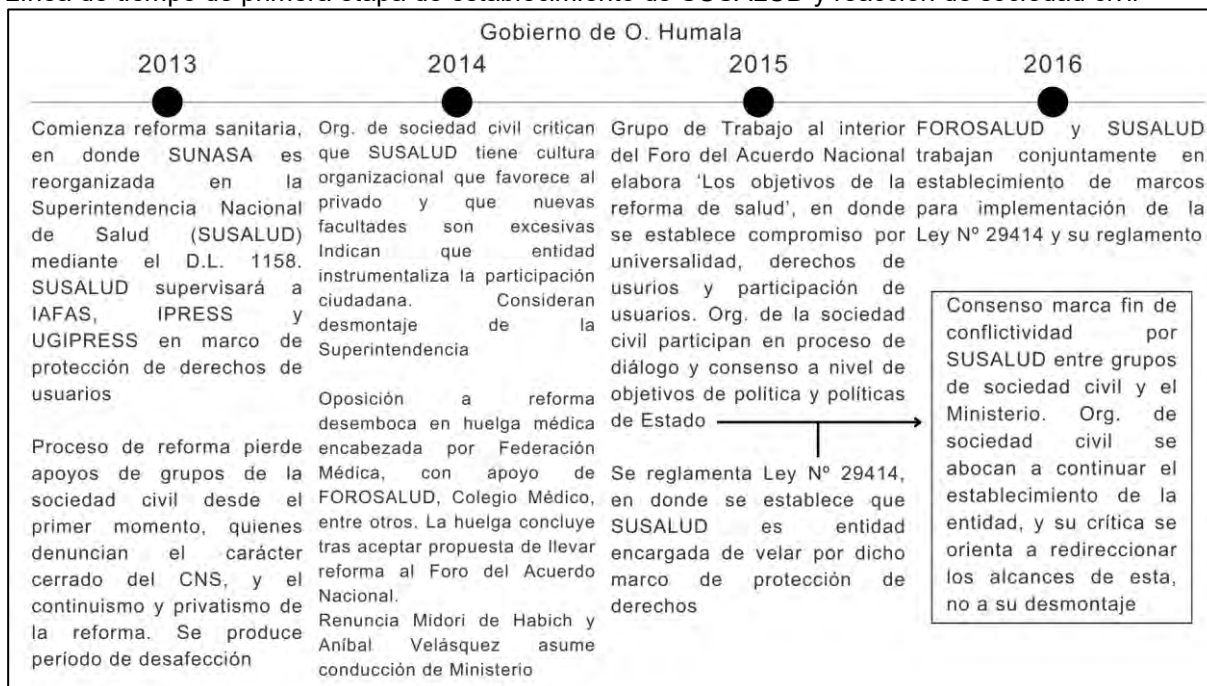
Luego de la VII Conferencia Nacional de Salud, se publica la Declaración Política, que hace un llamado a la participación de la sociedad civil, las organizaciones de la comunidad, y al establecimiento de mecanismos para incorporar los aportes de estas organizaciones de forma autónoma hacia las instancias públicas destinadas a ello, en cumplimiento de la protección de derechos (FOROSALUD, 2015). Nuevamente, se reconocía la legitimidad de las nuevas instancias, entre ellas SUSALUD, y se llamaba a que la participación social continúe por su lado en la cogestión y además incorporando sus contribuciones al Ministerio.

En marzo de 2016, ya en los últimos meses del gobierno, el CNS acordó que SUSALUD debía elaborar indicadores de cumplimiento del mencionado Reglamento de la Ley 29414 (Consejo Nacional de Salud, 2016a). Para esto, en mayo se llevó a cabo una consulta ciudadana por FOROSALUD, para desarrollar aportes que serán elevados a nombre de la sociedad civil a SUSALUD y al Ministerio para la elaboración de esta nueva normativa (Foro Salud Perú, 2016a).

Este nuevo reglamento se materializa en julio, antes del cambio de gobierno en con el que Pedro Pablo Kuczynski accede a la Presidencia. Como última medida antes del fin de la gestión Velásquez, se publica el 'Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, Públicas, privadas o mixtas', aprobada mediante el Decreto Supremo 030-2016-SA (Presidencia de la República, 2016a). El documento define los distintos procedimientos para la atención de controversias en instituciones sanitarias y un formato para las hojas y libros de reclamaciones en salud. Es otra muestra de la renovada relación entre actores como FOROSALUD y el MINSA, al menos con respecto a SUSALUD, y evidencia que, si bien los grupos de la sociedad civil quisieran redireccionar la visión ministerial de las funciones de la Superintendencia, de igual manera colaboran con su establecimiento y el emplazamiento de su normativa.

El gráfico 2 resume los hitos clave en este primer proceso de establecimiento de la entidad mediante la reforma del sector y la reacción de la sociedad civil.

Gráfico 2
 Línea de tiempo de primera etapa de establecimiento de SUSALUD y reacción de sociedad civil



Fuente: Elaboración propia



4.3. ¿Virar SUSALUD?: el gobierno de Kuczynski y el final forzado del proceso

Cuando Pedro Pablo Kuczynski asume la Presidencia a fines de julio de 2016, nombra a Patricia García⁸ como ministra de Salud. En agosto, Elena Zelaya⁹ es nombrada Superintendente de SUSALUD, y así comenzaba un viraje (o intento de) en lo que respecta al funcionamiento y procedimientos de la entidad.

Aquel mes de agosto fue muy ajetreado. El 18, el entonces premier Fernando Zavala expuso la política general de gobierno del nuevo gabinete de ministros. En su discurso, indicó: “Fortaleceremos a SUSALUD, no como un organismo frío, fiscalizador y penalizador, sino como un defensor del paciente y promotor de mejoras del sistema de salud incluyendo la vigilancia ciudadana” (Zavala, 2016, p. 10). Unos días después, en sesión del CNS, la ministra García expone los lineamientos de su gestión, donde menciona que se están trabajando cambios en SUSALUD, para que sea una entidad que no solo fiscalice, sino que también promueva cambios en establecimientos públicos, así como la prevención y la atención a los usuarios (Consejo Nacional de Salud, 2016b).

Ante el cambio de gobierno y de gestión ministerial, era claro que iba a surgir cierta incertidumbre en la relación con la sociedad civil. Mientras el premier anunciaba la visión que tenía su gobierno sobre SUSALUD, y luego de un mediático caso de negligencia médica en un hospital de Lima, FOROSALUD nuevamente llama a la reestructuración de la entidad. Pedían cambios organizativos y legales que permitan que la entidad cumpla con proteger los derechos en salud. Entre estos estaban, nuevamente, demandas que elevaron cuando recién comenzaba el proceso de establecimiento de la entidad: la participación de la ciudadanía en el directorio de la entidad y la apertura de las JUS a las organizaciones de la ciudadanía, sin el tutelaje que el Ministerio ejerce sobre estas (Foro Salud Perú, 2016b).

En setiembre de ese año, el gobierno le remite al Congreso un proyecto de ley para legislar en cinco ejes, entre los cuales no se encontraba salud. Dichas facultades son concedidas en octubre, por lo que se promulga la Ley 30506, la Ley que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de reactivación económica y

⁸ Médico Cirujano por la UPCH, profesora en la Facultad de Salud Pública y Administración de dicha universidad. Ministra de Salud (2016-2017)

⁹ Médico Internista y profesora en la Facultad de Salud Pública y Administración de la UPCH. Superintendente de la Superintendencia Nacional de Salud (2016-2017)

formalización, seguridad ciudadana, lucha contra la corrupción, agua y saneamiento y reorganización de Petroperú S.A. A fines de ese mismo mes, la exministra García declaraba que en el sector salud hubo “cinco años de oscurantismo” (Perú 21, 2016), en claro rechazo al proceso de reforma del gobierno anterior y al carácter cerrado y excesivamente burocrático que tuvo. Esta crítica finalmente se materializa en diciembre, cuando, bajo el uso de las facultades concedidas al Ejecutivo, se legisla en temas de salud y se promulga, entre otros, el Decreto Legislativo 1289, ‘Decreto Legislativo que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud’.

El viraje -o aparente viraje- de la entidad se materializaba en la modificatoria de parte de sus disposiciones elaboradas en el anterior y fundacional D.L. 1158. De este modo, se eliminaron la categorización y acreditación de IPRESS como funciones de la entidad, regresándoselas al Ministerio, al mismo tiempo que se dispuso la potestad para aplicar medidas de seguridad -como una suerte de gestión de riesgos- sobre establecimientos sin la necesidad de iniciar un proceso sancionador, la posibilidad de iniciar procesos para identificar y sancionar a malos funcionarios, y un énfasis en una mayor promoción de derechos (Presidencia de la República, 2016b). También había una disposición para que la entidad pueda obtener las historias clínicas de los pacientes, pero esto fue controversial y posteriormente desestimado.

Si bien las facultades concedidas no consignaban que se hagan estos cambios en la entidad, en el decreto se justificaba esto mediante arreglos en las facultades otorgadas, de disponer de medidas para optimizar los servicios de las entidades públicas en pro de la mejoría de la calidad del servicio al ciudadano (Congreso de la República del Perú, 2016). La ministra García, por su lado, declaró que los decretos sí estaban en las facultades concedidas por el Congreso, eran constitucionales y necesarios, y había un carácter de urgencia en ellos al requerir acción rápida en el sector (Ministerio de Salud del Perú, 2017). Indicaba también que la necesidad de fortalecer SUSALUD para que esta tenga la capacidad de iniciar procedimientos contra funcionarios o el profesional a cargo de los procedimientos (Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017).

Ya en enero de 2017, el carácter controversial de estos cambios era evidente. No solo se pronunciaban exfuncionarios de la anterior gestión sanitaria, sino también

actores de la sociedad civil. Mario Ríos, entonces coordinador del Colectivo Dignidad en Salud, indicaba en línea que era un error retornar las funciones de categorización y acreditación de establecimientos al Ministerio, que ahora sería juez y parte, y que este decreto significaba detener la tendencia de fortalecimiento de la superintendencia y de sus mecanismos de supervisión y sanción (Ríos, 2017). Por su lado, FOROSALUD se unía a otros gremios y colegios para marchar por la derogación del nuevo decreto, el cual, a sus ojos, disminuía la protección de derechos que podía hacer SUSALUD (Foro Salud Perú, 2017a). Y para el Colegio Médico, la facultad de que SUSALUD sancione específicamente a los funcionarios era perjudicial para la labor médica.

En febrero se produce mucho revuelo al interior del CNS. La ministra García indica que se malinterpretó el D.L. 1289, que no debilita a la entidad, sino que permite que fiscalicen a las UGIPRESS, como entidad administrativa que gestiona servicios sanitarios, y que es necesario que SUSALUD abogue por empoderar a la ciudadanía, para que vigile, denuncie y fiscalice continuamente las injusticias del sistema sanitario, y así crear una disuasión para la corrupción y las malas prácticas (Consejo Nacional de Salud, 2017a). En esa misma sesión, Alexandro Saco -quien había regresado al CNS como representante de las Organizaciones Sociales de la Comunidad- manifiesta que la vigilancia ciudadana, cuando se quiere hacer de la manera institucionalizada que propone SUSALUD, encuentra muchas dificultades y es limitada. El marco de SUSALUD, contradiciendo el propio discurso del gobierno, le parece insuficiente para superar estos parámetros sancionadores o punitivos, siendo la disuasión no una verdadera promoción de derechos, sino otro modo de sanción (2017a). Se cuestionaba también que los decretos aprobados no hayan sido discutidos en el Consejo, por lo que se creía que la gestión ministerial se está alejando del acuerdo hacia los derechos universales de los usuarios y la deliberación de políticas que se alcanzó con la gestión anterior mediante el Foro del Acuerdo Nacional, que se supone debe tener el nivel de una Política de Estado.

Por su lado, la superintendente Zelaya relata los principales cambios que se hacen con el DL 1289:

Acceder oportunamente a la historia clínica en el marco de las funciones de SUSALUD cuando sea estrictamente necesario, para no afectar el derecho a la privacidad de la información; Aplicar medidas de seguridad inmediatas cuando se advierte un riesgo inminente de una vulneración de un derecho que pone en riesgo la vida y la salud de

las personas (suspensión temporal de un área o cierre temporal del establecimiento) a IAFAS e IPRESS u otras medidas como suspensión de medicamentos vencidos; Recomendar inicio de proceso administrativo, civil y/o penal de los involucrados al finalizar las supervisiones para identificar a los malos funcionarios (Consejo Nacional de Salud, 2017a, p. 9).

La idea de esta gestión sanitaria era clara: las instituciones públicas no se encuentran en la capacidad de sostener la presión financiera de las multas, por lo que este nuevo D.L. permite identificar a los funcionarios que cometieron las infracciones e iniciarles el proceso administrativo correspondiente, minimizando el perjuicio a las instituciones. Entonces, la ministra García propone que la orientación ya no sea a cerrar los servicios públicos que no aprueben la acreditación, lo que colapsaría los hospitales, sino identificar las buenas prácticas de los establecimientos y socializarlas, para así mejorar sus desempeños (Consejo Nacional de Salud, 2017a).

Justamente Saco menciona el cuestionado Reglamento de Infracciones y Sanciones como un punto en el que se manifestaba esta persecución de SUSALUD hacia lo público, y que el empoderamiento a la participación que buscaba la entidad era insuficiente y en clave paternalista, donde SUSALUD siempre tenía la última palabra en la resolución de diferencias entre las JUS y la entidad (Consejo Nacional de Salud, 2017a). Por este motivo, una de las agendas que se define y aprueba en la sesión es la elaboración de una propuesta para hacer efectiva la vigilancia ciudadana en los servicios sanitarios (2017a). Ciertamente, la crítica de la sociedad civil estaba ahí, pero no en desmontar la reforma o los esfuerzos ministeriales, sino en ajustar las políticas que se venían realizando.

Para aquel entonces, la cabeza de FOROSALUD ya no era Saco, sino Rosa María Pimentel¹⁰. La línea del Foro estaba más ajustada, ahora con mucho menos incidencia. Su visión era la de denunciar que, a pesar de lo indicado por la Ministra y la Superintendente, aún no se superaba por completo el paradigma sancionador para los establecimientos públicos, y que la promoción de la atención a los usuarios no era suficiente tampoco para tratar el volumen de denuncias e injusticias que hay en el sistema. En el CNS, la Superintendente Zelaya le pidió que se le haga llegar a la entidad las observaciones y denuncias que recogió FOROSALUD para poder hacer las investigaciones correspondientes (Consejo Nacional de Salud, 2017a).

¹⁰ Coordinadora Nacional de FOROSALUD 2015-2017

En una sesión posterior, ya para fines de febrero de 2017, la ministra García hace un recuento y explicación de los decretos legislativos aprobados, donde destaca que el D.L. 1289, que disponía de nuevos procedimientos más ágiles para la entidad, permitía reducir el tiempo de espera de la resolución de quejas a SUSALUD, de 180 a 30 días (Consejo Nacional de Salud, 2017b). Ciertamente, el desacuerdo con el decreto era más por la ausencia de deliberación sobre su adopción y aplicación.

Este ímpetu y discusión por las funciones de SUSALUD se fueron perdiendo. Desde comienzos de año, se venía produciendo el fenómeno climatológico de El Niño Costero, que generaba fuertes lluvias, aumento de caudales e inundaciones. Para marzo la situación había empeorado drásticamente a lo largo de la costa norte del país. Estas circunstancias de emergencia obligaban a redireccionar los esfuerzos gubernamentales y sanitarios. En ese contexto, incluso actores como FOROSALUD abocaban su atención y demandas a lidiar con los efectos de la emergencia. Para abril, seguían oponiéndose al D.L. 1289, indicando que vulneraba el sistema de salud (Foro Salud Perú, 2017b), pero no hubo mayor incidencia para su derogación o cambio.

En paralelo a ello, aparecen nuevas complicaciones desde la dimensión de la política, no de las políticas. El fujimorismo, que pierde la elección presidencial en 2016, obtuvo aun así los votos necesarios para conformarse como la bancada mayoritaria en el Congreso. En la medida en que el Legislativo, con su mayoría fujimorista, se perfilaba como un actor de peso y, en varias ocasiones, obstruccionista de las políticas emprendidas y la gestión gubernamental en su conjunto, la conducción de la entidad y su establecimiento fueron afectados por ello.

En setiembre de 2017, ya en un escenario de confrontación avanzada y con varios puntos álgidos, el Congreso deniega la cuestión de confianza que invocó el premier Zavala ante el intento de censura de la entonces Ministra de Educación. Esto obliga a que la ministra García y todo el gabinete ministerial renuncie. En diciembre renuncia la superintendente Zelaya, y con el cambio ministerial y el cambio en la cabeza de la entidad se termina por diluir el impulso de seguir reformando y haciendo cambios en la superintendencia.

Entonces, el D.L. 1289 de diciembre de 2016 es el último dispositivo legal que configura, o reconfigura, las funciones, alcances y la naturaleza propia de la entidad.

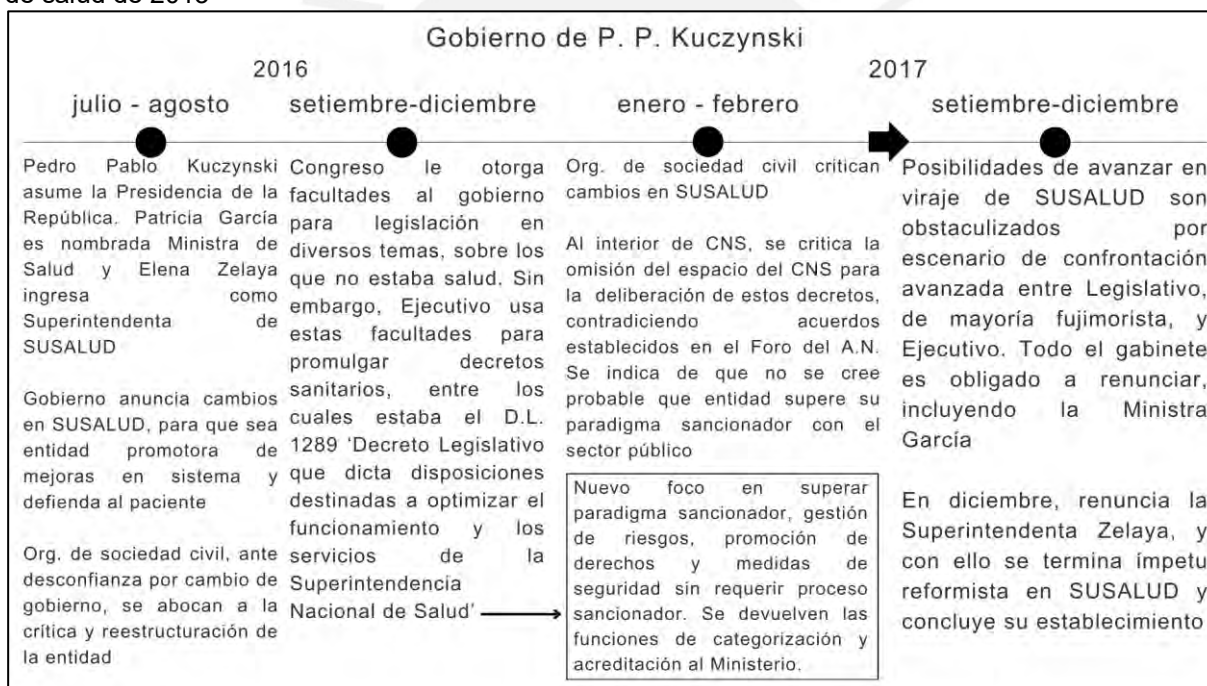
Por tanto, se considera que dicho D.L., con esta gestión sanitaria en los años 2016 y 2017, y como expresión de una visión distinta del rol de la Superintendencia, es el punto final en el establecimiento de SUSALUD. Este viraje es imposibilitado de ser profundizado por la política, entendida en tanto politics,

Así, se reconocen dos visiones divergentes en la Superintendencia, sobre las que se profundiza en el siguiente capítulo, en la medida en que al paradigma sancionador inicial, le siguió una gestión de riesgo y de prevención para mejorar progresivamente los servicios de salud (Del Carmen Sara, 2019).

El gráfico 3 ilustra y resume este último período de establecimiento de SUSALUD.

Gráfico 3

Línea de tiempo de segunda etapa de establecimiento de SUSALUD en nuevo gobierno y post-reforma de salud de 2013



Fuente: Elaboración propia

Capítulo 5. Discutiendo teoría y realidad: ¿Marco de las coaliciones promotoras?

Este capítulo propone la discusión en torno a la aplicación del marco de las coaliciones promotoras en el caso reconstruido en el capítulo anterior. Para ello, se dividen los apartados de las coaliciones, el subsistema de salud y los parámetros de política. Los principales insumos para esta discusión son las entrevistas realizadas con actores clave del proceso de establecimiento de SUSALUD.

5.1. La coalición promotora detrás de SUSALUD: de USAID y el sector privado, de la UPCH y de la sociedad civil

La reconstrucción del proceso y de sus actores muestra que existe una coalición promotora que impulsa el establecimiento de la entidad. La coalición está compuesta por distintos grupos de tecnocracias y burocracias del Ministerio de Salud y de organizaciones sociales del movimiento social en salud, gremios, colegios profesionales, entre otros. A pesar de vaivenes en la relación, la posición en el subsistema y las opiniones de distintos grupos de actores con respecto a la política y con respecto a otros, es posible sostener la existencia de esta única coalición. Son tres los grupos que la integran.

5.1.1. Núcleos de creencias de la coalición promotora

El nivel de creencias profundas es el primero que categoriza el marco de las coaliciones promotoras, en donde se identifican principios y valores que rigen el accionar general de los actores de la coalición y que constituyen una base ideológica sobre la que se cimienta la política pública a tratar. En este caso, los actores de la coalición comparten la idea de la universalidad de los derechos en salud, en tanto consideran que todas las personas, independientemente de parámetros socioeconómicos, de raza y etnia, género, ubicación geográfica u otros, merecen ejercer sus derechos en salud y recibir la protección pertinente por parte del Estado para ello. Esto también implica que puedan acceder a mejores servicios sanitarios, de calidad y con pertinencia en la atención.

Esto es expresado en las entrevistas a los actores de los distintos grupos al interior de la coalición. El entrevistado 001, un alto funcionario de SUSALUD durante la gestión de Midori de Habich y Aníbal Velásquez, destaca los “nobles fines” bajo la que se elabora la política: mejores servicios, mejor protección de derechos, los cuales son inherentes a las personas (Entrevistado 001, 2023). Para el entrevistado 004, alto

funcionario también de SUSALUD, pero durante la gestión de Patricia García, el sistema de salud era un cúmulo de injusticias, en donde los pacientes son constantemente expuestos a injusticias que requerían ser denunciadas y revertidas (Entrevistado 004, 2024). Mientras tanto, Alexandro Saco rescataba la idea de que los derechos en salud son cotidianamente violados y requieren ser verdaderamente universalizados (Saco, 2023). Entonces, en los distintos grupos de actores había también el imperativo moral de reformar el sector, y reformar la entidad encargada de supervisar los servicios y el aseguramiento, en cumplimiento de los derechos de las personas.

Estas creencias profundas se reflejan en la valoración sobre posibles intervenciones de política que hacen los actores. Así se compone un segundo nivel, que es el núcleo de creencias sobre la política. La política es clara: el establecimiento de una entidad como SUSALUD, sobre la base de la SUNASA y anterior SEPS, con funciones ampliadas y en un nuevo que incluya no solo la supervisión de las entidades públicas y privadas en salud, sino también el marco de protección de derechos de los usuarios. El entrevistado 002, otro alto funcionario de la gestión de Habich-Velásquez, reconocía la doble dimensión en la instalación de la Superintendencia, en tanto requerida para la protección de derechos de los usuarios y para la ampliación de la rectoría del Ministerio (Entrevistado 002, 2023), como mostraban los documentos de reforma. Por su parte, el entrevistado 005, autoridad durante la gestión García, reconocía a una SUSALUD, como superintendencia en temas sanitarios, una entidad clave en cualquier sistema de salud en tanto se orienta a alcanzar un sistema y unos servicios de calidad y en consonancia con los derechos de los usuarios (Entrevistado 005, 2024).

Con respecto a la sociedad civil en salud, la aprobación de la intervención política en tanto establecimiento de SUSALUD no fue constante, pero fue finalmente aceptada. Al comienzo del proceso de reforma humalista había expectativa por reorganizar SUNASA debido a las coincidencias con lo que representaba Ollanta Humala durante la campaña electoral, y por el antecedente de la Ley 29414 de 2009 -conocida como Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud- que fue impulsada por el movimiento social en salud. En entrevista con Alexandro Saco, se indica que esta ley, y por tanto también la acción de FOROSALUD y otros organismos, fue un hito clave en lo que es SUSALUD al

incorporar lo que se entiende por protección de derechos en salud de las personas (Saco, 2023). Sin embargo, como fue relatado, esto siguió una rápida desafección por el carácter 'continuista' y privatista de la reforma, lo que eran las funciones y alcances de SUSALUD y la burocratización de la participación social. La superintendencia, se creía, no superaba su cultura organizacional que favorecía al gran sector privado y perjudicaba al público, como cuentan en entrevista los doctores César Palomino (2024) y Jesús Bonilla (2024) sobre la posición del Colegio Médico y la Federación Médica, respectivamente. Desde FOROSALUD incluso se llegó a considerar el desmontaje total de la entidad (Saco, 2014b).

Estas posiciones, sin embargo, fueron matizadas y posteriormente asimiladas en la aceptación final de que se establezca SUSALUD por el rol que tuvo el Foro del Acuerdo Nacional. En dicha instancia de deliberación, según el entrevistado 003, funcionario de la gestión de Habich-Velásquez, se logra finalmente que los organismos de la sociedad civil dejen de buscar terminar o desmontar la reforma y SUSALUD mediante los consensos sobre los objetivos generales de la reforma (Entrevistado 003, 2024). Como fue mencionado, estos objetivos acordados contemplan la universalización y la protección de derechos. En gran medida, reflejan el núcleo de creencias generales de la coalición en su conjunto. Además, la reglamentación de la Ley 29414, que incorpora a SUSALUD en el marco de la ley impulsada por la sociedad civil, es el cumplimiento de una promesa y expectativa de lo que la sociedad civil esperaba de la entidad. Es así como se legitima nuevamente la intervención política de SUSALUD ante el movimiento social en salud, logrando también nuevamente hacer coincidir este núcleo de creencias sobre la política. Los organismos de la sociedad civil, entonces, siendo parte de la coalición continuarían su crítica a la entidad en base a lo que ellos consideraban que debían ser sus alcances orientados a una supervisión y regulación vigorosa de los actores privados de la salud, la desburocratización de la entidad y la participación no paternalista de la sociedad civil en su directorio.

Estos alcances y funciones son, finalmente, el eje de discusión con respecto al tercer nivel: el núcleo de preferencias sobre la política. Este último núcleo muestra las ideas sobre la forma en la que debía operar o conducirse la política pública. En lo que respecta a la Superintendencia, ya se ha establecido una diferencia sobre lo que el movimiento social en salud considera unas funciones y alcances insuficientes en cuanto a igualar las condiciones entre la salud privada y la salud pública, que en última

instancia siempre favorecía al privado. Sin embargo, no solo es posible diferenciar entre núcleos distintos para los actores de la sociedad civil y los actores del Ministerio, sino que al interior del sector también hay divergencias.

A la luz del cambio de gobierno en 2016 y el viraje final del D.L. 1289, es posible diferenciar entre dos grupos y dos núcleos de preferencias -al interior del MINSA- sobre lo que debía ser SUSALUD. Desde el grupo de la gestión de Habich-Velásquez (2012-2016) se afirma que dicho decreto le quitó 'dientes' a la entidad para ejercer sus funciones de supervisión y sus facultades para sancionar efectivamente y categorizar y acreditar establecimientos, lo que permitía que "la otra cara de la moneda", los establecimientos públicos que no recibían la suficiente supervisión, finalmente lo sean (Entrevistado 002, 2023). Se dice que dicha norma afecta la potestad de proteger los derechos de los usuarios en aras de efectivamente implementar la reforma del aseguramiento universal de 2009 (Entrevistado 001, 2023).

Por su lado, el grupo de la gestión García (2016-2017) apunta a que el decreto en realidad representa un cambio de paradigma en la entidad, que pasa de una potestad sancionadora excesiva y punitiva con los establecimientos públicos, a una función más preventiva que pueda fortalecerlos, en lugar de sancionarlos y debilitarlos más (Entrevistado 005, 2024). Además, SUSALUD ya no sería solo una entidad que busca proteger los derechos en salud, sino que hay un énfasis en su promoción y por ende en el empoderamiento de la participación de los usuarios. (Entrevistado 004, 2024). Es así como se puede establecer dos paradigmas distintos al interior del Ministerio sobre el rol de SUSALUD: uno sancionador-acreditador y otro preventivo-promotor. Es decir, por lo descrito antes, en el sector hay dos núcleos de preferencias distintos sobre la política en cuestión, e incluso tres, considerando el núcleo de preferencias de las organizaciones de la sociedad civil, que muestran un tercer paradigma: de justicia social.

En definitiva, todos los grupos al interior de la coalición comparten la idea de SUSALUD por el motivo de universalizar los derechos de los usuarios en salud, mientras que sus desacuerdos se hallaban en los acentos de la institución; es decir, la definición de sus funciones y los alcances de su supervisión. Esta idea se refuerza por el rol que tienen sobre los espacios institucionales de deliberación, sea el Consejo Nacional de Salud o en el Foro del Acuerdo Nacional. Este rol no es otra cosa distinta

a la legitimidad que le otorgan dichos grupos, los cuales, aunque con matices (ver subcapítulo 6.2), recurrieron a ambos espacios cuando fue necesario. Es decir, todos los actores buscan participar en ambos espacios, y esto último refuerza la idea de que, con las diferencias que poseían, se trata de una única coalición promotora.

El gráfico 4 expresa la idea de esta única coalición promotora, mostrando que los tres grupos distintos en su interior difieren en cuanto a las preferencias sobre la política, pero comparten los otros dos núcleos de mayor jerarquía.

Gráfico 4

Núcleos de creencias de la coalición promotora que impulsa el establecimiento de SUSALUD (2013-2017)



Fuente: Elaboración propia

5.1.2. Los grupos de la coalición

Aun así, para entender sus vinculaciones y diferencias es importante categorizar detalladamente a los grupos que integran la coalición. A pesar de sus diferencias, estos comparten las similitudes necesarias para hacer que conformen una única coalición promotora.

5.1.2.1. El primer grupo: tecnócratas con pasado en USAID y el sector privado

El primer grupo es el reformista inicial, correspondiente a la gestión de Habich-Velásquez que pone en marcha la reforma sectorial de 2013 del gobierno de Humala (2011-2016). Está conformado por actores tecnocráticos internacionalizados, con altos funcionarios provenientes de USAID y del sector privado. La exministra de Habich

(2012-2015) y el exministro Velásquez (2015-2016) vienen de dicha agencia de cooperación, con experiencia en la coordinación de proyectos y asistencia técnica de los programas de dicha entidad. La ex-Superintendente Philipps (2012-2016) poseía bastante experiencia en aseguradoras privadas, con un puesto en la gerencia del complejo privado San Pablo y en Pacífico Seguros, antes de asumir su cargo como máxima funcionaria de SUNASA, y luego SUSALUD. Su nombramiento constituyó una puerta giratoria, al asumir el máximo cargo de un organismo público que se encargaba de supervisar los organismos privados donde había trabajado.

Este grupo concibe a SUSALUD como un proceso “acumulativo y evolutivo,” de tecnocracias y burocracias anteriores que siguen la línea de la SEPS y SUNASA (Entrevistado 002, 2023). En esa línea, está el énfasis que se hace de la entidad como una política necesaria para el funcionamiento adecuado de la reforma del aseguramiento universal de 2009, en donde la predecesora SUNASA, como se indicó en la reconstrucción del caso, no pudo llevar a cabo la función para la cual fue concebida, que era la totalidad la supervisión y fiscalización de IPRESS e IAFAS públicas y privadas en pro de los asegurados (Entrevistado 001, 2023) (Superintendencia Nacional de Salud, 2016). Entonces, SUSALUD haría ello efectivo, incluyendo la supervisión de aquellas entidades privadas bajo el marco de la SBS. Esto coincide con el marco de nuevas disposiciones aún no reglamentadas para los derechos de los usuarios del sistema de salud producto de la Ley 29414. Sin embargo, la idea de finalmente implementar los cambios de la reforma de 2009 es importante de considerar y responde al lugar de enunciación de este grupo. La ministra de Habich tenía cercanía con quien encabezó el ministerio durante el gobierno aprista que conduce la reforma del aseguramiento universal, Óscar Ugarte¹¹. Ambos habían trabajado en USAID en el marco de la cooperación en salud en el Perú.

La mencionada noción de doble dimensión en SUSALUD refiere a las ideas de protección de derechos y amplitud de la rectoría del Ministerio en todo el sistema sanitario. Esto se da así, dado que SUSALUD es un ente adscrito al MINSA, que se convertía así en el “brazo supervisor” del Ministerio (Entrevistado 002, 2023), estableciendo parámetros de funcionamiento para la rectoría y gobernanza del sistema. Dentro de todo, el hecho de que la entidad sea parte del Ministerio implicaba

¹¹ Médico, Consultor y Ministro de Salud en dos períodos: 2008-2011 y 2021.

que, al fin y al cabo, implicaba también que era el propio ministerio el que se encargaba de supervisar su propio funcionamiento, algo que será manifestado a modo de crítica por los grupos de la sociedad civil. En otra tesis de investigación, se destaca la idea de que esta amplitud de rectoría era también en sí una recuperación de rectoría, quitándole la “rectoría directa” sobre sus establecimientos de salud a los gobiernos regionales (Vargas, 2017, p. 101).

La participación del sector privado en el subsistema de salud, a los ojos de este grupo, es vista no como una interferencia desmedida, sino como una realidad, por la cual es necesario disponer de una entidad en óptimas condiciones que pueda llevar a cabo su función de supervisión. En junio de 2015 surgió una polémica entre la Superintendente Philipps y FOROSALUD, por unas declaraciones en la que la funcionaria indicó que ni SUSALUD ni el Ministerio pueden regular los precios de los medicamentos, aunque estén elevados, debido a que en el Perú “hay libre mercado” (ForoSalud Comunicaciones, 2015). Es claro que hay una delimitación de un rol estatal supervisor, no interventor o de alguna otra noción pre-neoliberal de participación estatal en la economía y en la salud.

Esto coincide con la idea de un enfoque de compensación bajo la que se hacen la reforma de 2009 y 2013 en tanto continuación de esta última, buscando cierto grado de protección frente a los mercados, pero no interviniendo en su funcionamiento. Sobre esto, en referencia a otros grupos o posturas en oposición, el entrevistado 001 indica que “hay quienes creen que el Estado puede hacerlo todo” (2023). Según los entrevistados 011 y 012, ambos con experiencia en consultorías y en la cooperación internacional, desde el sector privado estuvieron muy conformes con la reorganización de SUNASA, ahora SUSALUD, ya que se corregía una ‘situación injusta’ mediante la ampliación de la supervisión, que con SUNASA solo se llevaba a cabo en cuatro EPS, hacia el conjunto de subsistemas sanitarios, incluyendo los entes públicos (Entrevistado 011, 2024). Asimismo, se establecían parámetros claros sobre lo que se va a supervisar, sancionar en tanto IAFAS e IPRESS, y la explicitación de las funciones y responsabilidades que tienen con los usuarios (Entrevistado 012, 2024).

Respecto a los recursos y estrategias de este grupo, es claro que tenían la posición ventajosa entre los tres grupos al interior de la coalición. Incluso más que el grupo que les sucede en el Ministerio -a pesar de encabezar el sector y ser también

un grupo tecnocrático- ya que no debieron confrontar con la inestabilidad política que estos enfrentaban (ver subcapítulo 6.3). Notablemente, la estrategia central del grupo es la de establecer consensos, en base a lo que ellos mismos formulaban mediante espacios como el CNS y el Foro del Acuerdo Nacional. Si bien en su momento se denunciaba esta línea cerrada que poseían en la formulación de la reforma sectorial y de SUSALUD, es claro el manejo político al recurrir a estos espacios institucionalizados que el subsistema en su conjunto considera legítimos. Al consensuar en el Foro del Acuerdo Nacional, es claro que actores de la sociedad civil no llegarán a influir más allá de políticas grandes y generales, que son finalmente implementadas por lo que el sector tecnocrático al interior del MINSA ya determinó. Es decir, se trata de un grupo que cede el discurso o el qué de la política, pero no el cómo, que en última instancia es lo más importante para su visión.

5.1.2.2. El segundo grupo: tecnócratas con pasado en la UPCH

Justamente en la línea de un sector tecnocrático, se encuentra el segundo grupo, que llega al Ministerio con la presidencia de Pedro Pablo Kuczynski tras el cambio de gobierno en 2016. Este grupo hereda la reforma humalista, y está conformado por actores provenientes de la Facultad de Salud Pública y Administración (FASPA) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Dentro de la gestión García provienen de la FASPA tanto la ministra, como la Superintendente de SUSALUD, Elena Zelaya, gran parte del cuerpo de asesores, y -ante la renuncia del equipo del gobierno anterior-gran parte del cuerpo de funcionarios de la Superintendencia (Entrevistado 004, 2024). Es, entonces, un grupo académico, lo que también les otorga cierto grado de internacionalización, pero también con experiencia en el sector público. Patricia García fue jefa del Instituto Nacional de Salud entre 2006 y 2008, y otros médicos de la FASPA y la UPCH en algún punto trabajaron o trabajan en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

La línea que adopta este grupo es muy crítica de la reforma humalista. Según Juan Arroyo¹², especialista en salud pública y políticas en salud en el Perú, se trata de un grupo de académicos muy críticos con la experiencia reformista y el enfoque que tuvo. Por su lado, el grupo sostiene, si bien la reforma fue un proceso necesario, tenía un énfasis erróneo en garantizar el acceso a servicios en el marco de lo que indica el

¹² Doctor en Ciencias Sociales y Magíster en Salud Pública. Viceministro de Salud (setiembre – diciembre 2017)

aseguramiento universal. Sin embargo, no aborda la dimensión de calidad que debe tener este acceso a servicios, y cae en burocratizar mucho los procesos (Perú 21, 2016) y en un exceso de normativa. SUSALUD, si bien importante y necesaria, es también víctima de este paradigma burocrático-formalista, lo cual se expresa incluso en la gran cantidad de abogados en la entidad (Entrevistado 005, 2024).

La mencionada consideración por fortalecer SUSALUD como organismo preventivo y promotor es la idea central de este grupo. De este modo, establecen que la visión de la gestión humalista sobre SUSALUD era muy punitiva, específicamente con las instituciones del sector público. En tal sentido, y siguiendo una lógica de “corregir, para luego no tener que poner la multa”, el nuevo grupo reformista liderado por Patricia García buscaba un fortalecimiento del sector público. Los establecimientos públicos sancionados -que carecen de presupuesto y sostenibilidad financiera- son mucho más perjudicados que los privados sancionados, peor si es que los primeros llegan a cerrarse y deniegan posibilidades de atención para la población más desfavorecida. Además de mermar constantemente mediante multas a los establecimientos públicos, lo recaudado mediante estas no regresa al usuario afectado, sino que va directamente a las arcas de SUSALUD (Entrevistado 004, 2024). Ser punitivo con los establecimientos públicos es, a ojos de este grupo, perjudicar al sistema público de salud, de por sí ya alicaído y falto de presupuesto, e indirectamente favorecer al privado. En este punto, junto con el del carácter burocrático de la entidad, coincidían con los organismos de la sociedad civil.

Esta es la línea que sigue el Decreto Legislativo 1289, el hito político-técnico del viraje en la entidad que efectúa este grupo. Tal vez en consecuencia con su línea no-formalista, que indica que la realidad y el funcionamiento de las entidades siempre será distinto al cúmulo excesivo de normativa existente (Entrevistado 005, 2024), no hay una explicitación de esta visión preventiva y no punitiva en aquel decreto más allá de las medidas de seguridad que permiten hacer una gestión de riesgos y que se contraponen a las sanciones administrativas. Pero esto sí se aprecia en el Informe de transferencia de gestión 2016-2017 de SUSALUD, en donde la gestión de Elena Zelaya relata el cambio de enfoque que tienen sobre la entidad: una supervisión menos formalista o normativista, que busca la sanción en base a incumplimientos específicos de la normativa, a una que sea orientativa y preventiva. Es decir, una supervisión que identifique los riesgos que afectan la calidad de los servicios

brindados en los establecimientos, para así poder corregirlos y brindar mejores prestaciones sanitarias (Superintendencia Nacional de Salud, 2017).

La idea de superar las sanciones en base a “incumplimientos puntuales del marco legal” es abordada por el entrevistado 004, quien destaca que, de seguir la normativa sancionadora de la gestión de Habich-Velásquez, virtualmente todos los establecimientos públicos del Perú deberían ser cerrados (2024). Sin duda, el énfasis en las necesidades de las IPRESS públicas guarda relación con el lugar de enunciación de los actores de este grupo, dada su experiencia médica y de administración del hospital Cayetano Heredia.

Lo que sí aborda claramente el D.L. 1289 son las disposiciones para el énfasis promotor, explicitado por la promoción de derechos de los usuarios mediante su empoderamiento en la participación, fiscalización y apertura de canales para denuncias de malas prácticas y establecimiento de quejas y reclamos. El grupo entiende esto como una superación del punitivismo característico en la entidad y la verticalidad en la defensa de los derechos en salud, haciendo énfasis en la participación de los usuarios (Entrevistado 004, 2024).

La visión de promoción, que hacía un énfasis participación de los usuarios, era un punto de controversia con los organismos de la sociedad civil. Para FOROSALUD, se trataba de una colisión con sus labores de vigilancia y organización de usuarios. Según Luis Lazo¹³, quien a la fecha es Coordinador Nacional del Foro, estas funciones siempre debían estar por fuera de lo que disponían los organismos públicos y en garantía de su autonomía y defensa genuina de los derechos sanitarios (Lazo, 2024). Una de las aristas de la participación ciudadana estaba en la posibilidad de que, mediante la Superintendencia, los usuarios puedan denunciar las malas prácticas de los profesionales sanitarios y así hacer que se les sancione. Como fue señalado, esto, evidentemente, generó controversia también con el Colegio Médico. Según el entrevistado 004, las principales críticas con la labor de la Superintendencia -a nivel de sociedad civil- venían de FOROSALUD y el Colegio Médico, mientras que con la Federación Médica había una relación mucho más cordial (Entrevistado 004, 2024).

¹³ Médico. Secretario del Consejo Directivo Nacional de FOROSALUD (2016-2018) y Coordinador Nacional de FOROSALUD (2018-)

Sin embargo, a ojos de este grupo esta crítica de la sociedad civil nunca llegó a expresarse como la oposición tan abierta y frontal que había antes del acuerdo en el Foro del Acuerdo Nacional en 2015. Tampoco representaba, en consideración del debate entre salud pública y salud privada, una injerencia desmedida como la que intentaban ejercer los grupos de presión en las labores de la entidad. Entre estos, están la Asociación de Clínicas Particulares del Perú (ACP), la Asociación Peruana de Entidades Prestadoras de Salud (APEPS) y la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG) (Entrevistado 004, 2024). Aun así, el mayor problema que identificaban no era de gremios o de grandes privados, sino “político”: había mucho obstruccionismo y boicot de las funciones gubernamentales, lo cual era impulsado desde el parlamento durante el período de gobierno de Kuczynski (Entrevistado 005, 2024).

Este grupo también dispone de un repertorio de recursos y estrategias algo distinto del anterior. En reconocimiento de que, aunque en desacuerdo, lo normativo o formalista igual era importante en el aparato público, buscan establecer unos nuevos lineamientos de reforma para la entidad: menos punitivismo expresado en un nuevo esquema de sanciones y más promoción de derechos mediante mayor descentralización de las funciones de la entidad a nivel nacional (Entrevistado 004, 2024). Esto buscaba materializarse en un Decreto Supremo de Reglamento de Supervisión (Consejo Nacional de Salud, 2017a). Estas propuestas, sin embargo, no tuvieron la respuesta esperada en la Comisión de Salud del Congreso, presidida y liderada por el fujimorismo. Otra de las estrategias dispuestas por el grupo es la de recurrir al Consejo Nacional de Salud a explicar los decretos legislados, como el 1289 referido a SUSALUD, más no a buscar la deliberación o incorporación de propuestas sobre el viraje en SUSALUD que ellos conducen. Para los fines o plazos temporales contemplados por la gestión García, ello sin duda los acertó. A comparación de la gestión de Habich-Velásquez, que sí buscó cierto grado de deliberación antes de formalizar sus medidas en dispositivos legales, y que sin duda también pasó por un proceso mucho más complejo de resistencia a estos.

5.1.2.3. El tercer grupo: las organizaciones de la sociedad civil en salud

Las resistencias se dieron debido a las organizaciones del movimiento social en salud, aunque en última instancia, estas contribuyeron al establecimiento de SUSALUD. El grupo es encabezado por FOROSALUD, y en menor medida por la Federación Médica Peruana y el Colegio Médico del Perú, entre otras organizaciones. Se trata de un grupo también internacionalizado: por parte de FOROSALUD se pudo encontrar vínculos con la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) (Arroyo, 2007), la Cooperación Belga al Desarrollo y Lucha Mundial Social, una organización no gubernamental socialista orientada a la justicia social en salud y basada también en Bélgica (Foro Salud, 2015). Por parte de la Federación Médica y el Colegio Médico, especialmente durante el período de huelga médica, se encuentra el apoyo de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL) (Palomino, 2024).

El objetivo general del grupo es claro: la oposición a la vigencia neoliberal en las políticas y el manejo del sistema de salud, en donde influyen de manera desmedida los actores privados de la salud y tiene como resultado la perpetuación de injusticias para los usuarios y trabajadores del sistema y la precarización de la salud como derecho humano. El momento fundacional de esta injusticia estructural son las reformas privatistas del Banco Mundial que se introducen forzosamente en la década de 1990, desplazando así a la OPS y la OMS como los ejes internacionales de las políticas sanitarias.

Con el nuevo milenio y con evidencia de los riesgos y resultados no esperados de las reformas de mercado, la aplicación de protección social es matizada por el propio BM y el BID. Se introducen estrategias de compensación, manejo de riesgos y vulnerabilidad (Eibenschutz et al., 2014). Sin embargo, el espíritu neoliberal que no considera la salud como un derecho se encuentra aún ahí. La operacionalización de esto es el pluralismo estructurado, el cual, en el Perú, se expresa en el fracasado Aseguramiento Universal en Salud introducido en 2009 y es llevado a cabo por funcionarios con pasado en USAID y en aseguradoras privadas (Saco, 2014c). Es decir, la gestión de Habich-Velásquez, que en realidad es una continuación de la gestión Ugarte que introduce el AUS. A este grupo se le encargó establecer la reforma de salud y de la entidad, bajo el carácter aparentemente plural que le daría la discusión al interior del CNS (ver subcapítulo 6.2).

En el contexto de una reforma que estimaban como excluyente, continuista y traidora del apoyo y las promesas en campaña del gobierno humalista, fue rápido el pliegue entre distintos grupos de la sociedad civil en la conformación de un grupo universalista que se busca anteponer a un grupo neoliberal. César Palomino, quien había encabezado las primeras huelgas de 2013 como presidente de la FMP, fue elegido a finales de dicho año como decano del CMP, institución que suele tener un discurso más conservador (Saco, 2014c). Al sucederle Jesús Bonilla en la presidencia de la Federación Médica, comienza un fuerte vínculo entre estas instituciones y con FOROSALUD (Bonilla, 2024) (Palomino, 2024) en articulación también con otras federaciones como la Federación Nacional Unificada de Trabajadores del Sector Salud (FENUTSSA) y la Federación de Enfermeras del Ministerio de Salud del Perú (FEDEMINSAP) (Saco, 2014c). Por un período de tiempo, este frente se opuso a la reforma y al establecimiento de una Superintendencia que seguiría reproduciendo el esquema neoliberal en salud.

¿Cómo encajaba SUSALUD dentro de este esquema? Según el Dr. Herberth Cuba, entonces presidente de la Asociación Médica Peruana, SUSALUD encajaba en la medida en que sobrerregula y castiga a instituciones prestadoras públicas ya débiles y en camino a ser aún más debilitadas por la entrada de las APP (Cuba, 2014). El carácter privatista que acusaba la sociedad civil se encontraba principalmente en la introducción de estas APP en salud, que incorporan la participación de inversión privada en el mantenimiento de infraestructura, la provisión y prestación de servicios, entre otras cuestiones, pero, acusa este grupo, en realidad promueven la desregulación, recentralización de la toma de decisiones y costos asumidos por los sectores más desfavorecidos.

En esa línea, SUSALUD era vista como una entidad que se encargaría de clausurar los servicios y establecimientos públicos que no cumplan con estándares de calidad, dejando espacio para que el privado absorba esta nueva demanda por servicios sanitarios (Gibaja, 2014). Al mismo tiempo, la entidad era pensada como perpetuadora del pluralismo estructurado, mediante un encajamiento perfecto el rol estatal en la supervisión, más no en el fortalecimiento de la prestación del servicio (Lazo, 2024). Se iba entonces formando una línea de opinión compartida entre la sociedad civil, en donde, por matices similares, SUSALUD era parte del esquema privatizador y, por ende, una entidad obsoleta.

Este período de desafección por el establecimiento de la entidad es, sin embargo, finalizado tras el levantamiento de la huelga médica de 2014 y el consenso alcanzado en el Foro del Acuerdo Nacional en 2015, con el que los grupos consensuan por acuerdos de participación, universalismo y la continuación de la reforma, en donde estaba el establecimiento de la entidad. Es decir, las divergencias entre este grupo y los del MINSA ya no se encontraban en los intentos de desmontar una reforma concebida como privatista, sino en el carácter de supervisión, protección de derechos y participación de la comunidad que iba a adoptar la entidad, incluso tras el cambio de gobierno en 2016. Esto refuerza la idea de componer ambos, en última instancia, una única coalición. Para FOROSALUD y el CMP, esto fue un logro porque se logró detener el carácter de ‘privatización abierta’ que tenía la reforma y así matizarla (Saco, 2015) (Palomino, 2024). Sin embargo, esto tiene implicancias distintas para los principales grupos de la sociedad civil.

Para FOROSALUD, que encabezaba este grupo, tanto los acuerdos en el Foro del Acuerdo Nacional y la reglamentación de la Ley 29414, de derechos de los usuarios en salud, fueron un logro. Desde la publicación de dicha norma en 2009, su reglamentación era una demanda constante (Foro Salud Perú, 2014d). Al producirse ambos, la relación entre el Foro y el MINSA mejora drásticamente, al punto que el Foro colabora con el establecimiento de indicadores para la normativa de SUSALUD. El relato sobre la Ley 29414 muestra el involucramiento del Foro y la sociedad civil. La discusión sobre lo que implican los derechos en salud de las personas, es, según Saco, un eje fundamental desde el cual se debe entender SUSALUD, al menos en una formulación original de lo que debía ser (2023).

Las reformas neoliberales y la SEPS son, entonces, un insumo original para el establecimiento de SUSALUD, buscando direccionarse ello por parte del Foro mediante un entendimiento post-neoliberal, no de inclusión social o compensación, sino de extensión de derechos. Según el ex-forista David Jumpa¹⁴, la idea era garantizar los derechos de los usuarios en salud, no como consumidores de un servicio, sino como ciudadanos. Por ello, si bien SUNASA antecede -por meses- a la Ley 29414, es la materialización de esta última la que va caracterizando el pedido de este grupo por la ampliación y el fortalecimiento de la entonces entidad, en tanto se

¹⁴ Médico con experiencia en el Ministerio de Salud y en FOROSALUD

hacía necesario la protección de los derechos del usuario y ciudadano, no de los esquemas de ganancias de los privados en salud.

Con el hito del documento aprobado en el Foro del Acuerdo Nacional, se abre un camino hacia la redirección de la Superintendencia. No solo, aducen, se logra matizar el carácter privatista de la reforma, sino que se incorpora una visión de universalidad que, aunque insuficiente, es más avanzada que el neoliberal que se buscaba profundizar y se garantiza la participación social en un nuevo Congreso Nacional de Salud que se llevaría a cabo cada dos años (Saco, 2015). Es en esta línea que se halla la posibilidad de incidir en la visión y los alcances que creían debía tener SUSALUD, y por ende se abogan también a la continuación de su establecimiento. A la luz del lugar de enunciación de FOROSALUD, esto guarda relación con su visión humanista y de justicia social de la salud de la ciudadanía. El Foro reconocía la importancia de la profesión médica, pero la visión general detrás de sus demandas eran los derechos ciudadanos en salud, lo que va más allá del tratamiento médico y requiere considerar el bienestar como condiciones de vida, medio y sociedad. Esto permite complejizar la composición y relación de este grupo de organizaciones de la sociedad civil.

Por parte de la Federación Médica, la consideración inicial era que la Superintendencia iba en contra de la profesión médica. Esto en base al carácter lesivo para el sector público que identificaron en la norma de sanciones e infracciones, que lo pone a competir con el privado (Bonilla, 2024). El matiz con FOROSALUD estaba en que, mientras la Federación abogaba por la postergación de la aplicación de dicha norma, el Foro indicaba que debía seguir la norma, pero incorporando reparación para los afectados por las negligencias y malas prácticas en salud (Foro Salud Perú, 2015a).

Dado que la reforma introducía también un esquema de asociaciones público-privadas (APP) para los recursos humanos del sector, SUSALUD era visto como un ente que, mediante una escueta vigilancia, no regula y legitima la existencia de estos arreglos privados y permitiría que se perjudique a los establecimientos públicos y, por ende, a los médicos que trabajaban ahí (Bonilla, 2024). Por ello, el lugar de enunciación que le corresponde a la FMP es eminentemente gremial y de una defensa del espacio laboral y salarial, por lo que es pertinente analizar las demandas de la

Federación como más orientadas a lo salarial-laboral que a una consideración por los derechos de los usuarios. Por ello es que evalúan la mirada sancionadora del primer grupo reformista al interior del Ministerio como lesiva para los médicos agremiados. Sin embargo, tras los alcances del documento trabajo en el Foro del Acuerdo Nacional, y más aún con la mirada no punitiva que indicaba la gestión de Patricia García, las relaciones entre el Ministerio y la Federación mejoraron y se abogaron a la continuación de la entidad.

Del lado del Colegio Médico había concordancia con el tema de la privatización y el rol de SUSALUD en ello, pero había también colaboración entre ambas instituciones. El CMP era muy importante en esta asociación anti-privatista, ya que es un ente gremial técnico, con opiniones y voz en los asuntos sanitarios (Palomino, 2024). El Colegio Médico incorpora a la totalidad de la profesión médica, y, como se vio, también posee voto al interior del Consejo Nacional de Salud. La introducción de APPs permitía la “tercerización de bata blanca, gris y verde”, que se creía perjudicaba la carrera de los médicos en el sector público, pudiendo un médico del sector privado ingresar a plazas en establecimientos públicos con más facilidad (Palomino, 2024). Además, había crítica por el D.L. 1289 de la gestión García, que permitía que SUSALUD abriera procedimientos contra médicos. Ciertamente, se asienta una mirada gremial-corporativa, como la indicada por la FMP, aunque no necesariamente salarial, pero que igual aborda la perspectiva de salud pública desde su propio lugar de enunciación: la profesión médica.

En coincidencia con FOROSALUD, desde el CMP indican que este gran grupo formado por las organizaciones civiles fue lo que moderó en cierta medida la reforma de 2013, y evitó que sea tan “dura” (Palomino, 2024) mediante el rol del Foro del Acuerdo Nacional. En esa línea también se da colaboración entre el CMP y SUSALUD, en donde, al interior del CNS, los representantes del Colegio Médico destacan la experiencia de la Superintendencia en el establecimiento de marcos y metodologías de nomenclatura de sanciones y definición de instituciones. Se cree esto puede ayudar en el establecimiento de un tarifario médico único y SUSALUD aboga para colaborar con la propuesta, al ser esta su competencia: homogenizar procedimientos para tener un sistema más ordenado (Consejo Nacional de Salud, 2015b). Ciertamente, el Colegio Médico también posee un lugar de enunciación gremial, como la Federación Médica, identificando lo perjudicial que eran las APP en recursos

humanos para la profesión. Sin embargo, su mirada es un poco más “profesional”, en el sentido de que se orienta al desarrollo de la profesión médica.

Por ende, es posible encontrar la diversidad de ideas que componen el núcleo de preferencias sobre la política, con un evidente mayor énfasis en la propuesta de FOROSALUD. Desde el CMP y la FMP se hacía énfasis en una dimensión más preventiva y fortalecedora de los establecimientos públicos que debía tener SUSALUD (Bonilla, 2024) (Palomino, 2024), que coincidía en parte con lo sostenido por el grupo tecnocrático de la gestión García. Ambos organismos creían que así podrían mejorarse también las condiciones de la profesión médica y su desarrollo.

Por el lado de FOROSALUD, se señalaba la idea de que la entidad debería estar adscrita a la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), no al MINSA (Saco, 2023). Esto último haría que el Ministerio, como ente al que la Superintendencia está adscrito, ya no fuera supervisor y supervisado, al mismo tiempo que la Superintendencia sería ahora un organismo regulador, y no supervisor. Es decir, le daría más alcance, funciones, y posibilidad de establecer tarifas a medicamentos y servicios, impedir la integración vertical y efectuar una fiscalización más adecuada de los establecimientos privados, principalmente, y también públicos.

El Foro también tenía la consideración de desburocratizar la participación social en la entidad. Esto implicaba que haya un representante de la sociedad civil en el directorio de la entidad (Saco, 2023), pero hacía referencia a las instancias de participación como las JUS. Si bien reconocen también la cogestión y las responsabilidades distintas de su organización y de SUSALUD, criticaban a la par el paternalismo de la participación de la ciudadanía mediante estas Juntas de usuarios. En ese sentido, consideraban que estas instancias eran un intento del Ministerio por obstaculizar sus funciones. En tanto refiere a la promoción de derechos, hay funciones de cogestión que pueden realizar las organizaciones de la sociedad civil mediante la vigilancia del óptimo funcionamiento de los establecimientos de salud y la organización (Lazo, 2024). Sin embargo, estas funciones no pueden ser absorbidas por la burocracia ministerial.

Es claro que sí existía más de una coincidencia entre las ideas de estos actores de la sociedad civil y los grupos tecnocráticos de salud. La consideración por la labor preventiva de SUSALUD, para que pueda fortalecer y no mermar al aparato público

equivale a la más grande de estas. Sin embargo, los grupos de la sociedad civil insistían en diferenciarse y desconfiar de las tecnocracias ministeriales. La lógica de esto, más que verse desde el comportamiento de la coalición y sus actores, debe ser abordada por la naturaleza y el funcionamiento subsistema de salud en sí (ver subcapítulo 6.2).

Los recursos y estrategias de este grupo de sociedad civil son marcadamente distintos a los de los otros dos núcleos de técnicos en salud. Es claro que cuentan con menos recursos económicos y políticos que las tecnocracias al interior del Ministerio. Sin embargo, sus estrategias permitieron alcanzar ciertos ‘triumfos’ declarados por ellos. Entre estas acciones se hallaron “desde foros, talleres, paneles, mesas de trabajo, debates y movilizaciones en las calles, hasta reuniones con instancias regionales, nacionales e internacionales, así como acuerdos de articulación con los gremios de la salud” (Eibenschutz et al., 2014, p. 882). Incluso al interior del CNS, los votos en abstención y en contra de los Lineamientos de reforma mostraban ya un acuerdo base entre grupos (Saco, 2023), que es lo que les otorga el ímpetu para llevar a cabo la huelga médica, ‘matizar’ la reforma mediante la consideración por la universalización de derechos, y poder incorporar aportes al establecimiento de SUSALUD. ¿O son estos grupos en sí los incorporados al proceso de la entidad? Al menos en lo que respecta a la Superintendencia, es claro que sus propuestas -o núcleo de preferencias- no son materializadas, por lo que su triunfo en cuanto a la reforma no se da necesariamente en cuanto a SUSALUD, más allá de ser integrados nuevamente por los grupos tecnocráticos en la coalición que impulsa la entidad.

En base a estas consideraciones, es posible sostener que, como se ha mostrado, hay un núcleo general de creencias compartidas, y a la par se trata de una coalición que siendo fragmentada, tiene la fortaleza necesaria para sostener el establecimiento de la entidad.

Las tablas 1 y 2 resumen estos alcances sobre la coalición promotora, desagregando y comparando sus grupos y sus creencias, respectivamente.

Tabla 1

Similitudes y diferencias entre grupos de actores al interior de coalición promotora que impulsa el establecimiento de SUSALUD (2013-2017)

	Coalición promotora que impulsa el establecimiento de SUSALUD (2013-2017)				
Grupos identificados	Grupo de la gestión de Habich-Velásquez	Grupo de la gestión García	Grupo de organizaciones de la sociedad civil		
Actores que integran el grupo	Tecnocracia ministerial (2012-2016)	Tecnocracia ministerial (2016-2017)	FOROSALUD	Federación Médica Peruana	Colegio Médico del Perú
Carácter de internacionalización	Vinculación con organismos internacionales y sectores académicos		Vinculación con cooperación belga, ONGs y movimiento regional en salud	Vinculación con organizaciones de profesionales de la salud y gremios regionales	
Lugar de enunciación	USAID y sector privado, rol con reforma del AUS de 2009	FASPA y UPCH, Hospital Cayetano Heredia	Activistas, usuarios, especialistas y trabajadores de salud con visión humanista y de derechos	Médicos, en tanto gremio con demandas salariales-laborales	Médicos, en tanto colegio profesional que busca desarrollo de profesión
Recursos	Amplios al ser gobierno, pero limitados por el MEF		Limitados a comparación de grupos tecnocráticos		
Estrategias identificadas	Llevar reforma a Foro del Acuerdo Nacional para continuarla y finalizar conflictividad en subsistema	Aprobar D.L. 1289 sin discusión en CNS para acelerar el proceso	Vinculación con otros gremios, federaciones, organizaciones. Movilizaciones, conferencias, reuniones de trabajo, publicación de documentos y crítica pública a proceso de reforma. Deliberación en Foro del Acuerdo Nacional para matizar 'privatismo abierto' de reforma de 2013		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2

Similitudes y diferencias entre creencias de grupos de actores al interior de coalición promotora que impulsa el establecimiento de SUSALUD (2013-2017)

Coalición promotora que impulsa el establecimiento de SUSALUD (2013-2017)					
Grupos identificados	Grupo de la gestión de Habich-Velásquez	Grupo de la gestión García	Grupo de organizaciones de la sociedad civil		
Rol del Estado en salud	Compensación y mitigación de riesgos que protejan a vulnerables		Garantizar y proteger los derechos de los ciudadanos, en tanto salud es derecho humano. Proteger a usuarios y trabajadores de injusticias.		
Rol de los privados en salud	Existe, por lo que hay que supervisarlos	Existe, y busca influir desmedidamente en la política de salud pública	Fue introducido mediante reformas neoliberales auspiciadas por el BM y opera en desmedro de las instituciones de salud públicas, beneficiándose de la precarización de la salud		
Sobre reforma de 2013	Necesaria para terminar de implementar reforma del AUS de 2009	Incluye aspectos necesarios, pero en general es muy burocrática	Traición a promesas asumidas por gobierno durante campaña electoral, muy cerrada y excluyente, continuación del privatismo que profundizaba la reforma del AUS de 2009		
Sobre participación social en SUSALUD	JUS de SUSALUD como instancia de participación ciudadana	Empoderarla mediante más canales y más vigilancia ciudadana	Burocrática y obstaculizadora de la organización y funciones que llevan a cabo	No forman opinión al respecto	
Opinión de SUSALUD al darse reforma de 2013	Experiencia de burocracias y tecnocracias anteriores de SEPS y SUNASA	Entidad burocratizada, con muchos procedimientos y normativa que no refleja realidad	Cultura organizacional orientada al sector privado, que merma a las instituciones públicas en favor de las privadas y ahora no regulará funcionamiento de APPs		
Experiencia de Foro del Acuerdo Nacional	Paso necesario para levantar huelga médica	No forma opinión	Matiza posturas y hace que acepten establecimiento de entidad		
Sobre D.L. 1289	Recorta 'dientes' de entidad en tanto supervisión, categorización y acreditación	Necesario para adopción de enfoque preventivo-promotor, que fortalezca aparato público	Perjudica derechos de usuarios	No forma opinión	Perjudica profesión médica al introducir sanciones a médicos
¿Qué hacer con SUSALUD?	Fortalecer marco de supervisión y sanción	Nuevo esquema de sanciones para menos punitivismo, mayor descentralización de funciones para más promoción de derechos	Incorporar SUSALUD a PCM, para que sea ente regulador y desburocratizar participación en entidad	Desarrollo y fortalecimiento de instituciones públicas que beneficiará a profesión médica	

Fuente: Elaboración propia

5.2. El subsistema político de salud: internacionalizado, tecnocrático y desestructurado

Al considerar el comportamiento y las ideas de la coalición promotora, es necesario considerar también que ella está condicionada por su interacción al interior de un subsistema de salud. Por ello, es necesario definir las características de este subsistema, como área donde interactúan actores e instituciones distintas con un interés compartido en las políticas públicas en salud. El subsistema, entonces, abarca más allá que el sector salud y su institucionalidad, por lo que comprenderlo permite poseer un entendimiento más completo de los factores detrás de SUSALUD.

5.2.1. Carácter jerárquico y tecnocrático

En ese sentido, la principal característica del subsistema sanitario es su carácter jerárquico. No solo por el rol prominente de las tecnocracias en su interior, sino porque incluso la profesión médica cuenta con mayor protagonismo e importancia que otras profesiones de la salud (Limay, 2019). En definitiva, la consideración por las burocracias y tecnocracias al interior del Ministerio implica considerar que no entra mucha luz de otras propuestas o ideas de actores por fuera del sector. Así, lo jerárquico implica considerar también que se tratan de esferas cerradas, donde no entra mucha luz o discusión más allá de la que plantean las altas esferas. Entonces, el carácter de 'lo tecnocrático' implica que las tecnocracias ministeriales conforman comunidades epistémicas, que conducen las políticas y llevan a cabo la discusión con otros actores y grupos en base a lo que estas tecnocracias ya han formulado previamente.

Cuando se da el espacio del CNS para formular la reforma y el establecimiento de SUSALUD, resaltaba claramente la ausencia del rasgo deliberativo y participativo que se decía que caracterizaría al proceso. Esto contrario a la deliberación y consenso (Velásquez y otros, 2016), y al involucramiento de una multiplicidad de actores tanto afuera, como adentro de las instancias gubernamentales (García Cabrera y otros, 2015), que debió caracterizar la reforma. Varios actores denunciaban que dicha apertura al diálogo fue más una formalidad para avanzar propuestas que ya se habían trabajado en el MINSa, o que las opiniones formuladas no eran realmente incorporadas en lo propuesto (Mendoza-Arana y otros, 2018) (Saco, 2023).

Cuando se preguntó a uno de los formuladores de la política de SUSALUD, si es que hubo alguna consideración por otras propuestas de reforma, lo que se indicó

fue que no hubo mucha discusión sobre ese tema dado que no pareciera haber alguien que pudiera oponerse a aquellos 'nobles fines' bajo los que se rige la política (Entrevistado 001, 2023). Esto se puede entender como una justificación al reducido espacio de proposición e inclusión de ideas distintas de reforma, en el entendido de que no era legítimo oponerse a los fines bajo los que este grupo reformista configuró SUSALUD. Se indica que se contaba con un equipo de gente que podía ampliar la visión sobre el rol de la entidad y al mismo tiempo, dotarle de un adecuado funcionamiento (Entrevistado 001, 2023). El entrevistado 002 coincide con la existencia de un grupo de trabajo que estuvo meses formulando la política, al mismo tiempo que resalta que, en este proceso en sí, "no fue mucho tema la diversidad de opiniones, ya que estas estaban bastante alineadas entre sí" (Entrevistado 002, 2023). Se trata, entonces, de un proceso encapsulado en las altas tecnocracias del Ministerio, a pesar de las opiniones y cuestionamientos disidentes que se daban en paralelo.

Además de esta continuidad del carácter jerárquico y cerrado de las discusiones, se aprecia cómo se desestimaba la apertura de la discusión de la reforma y por la Superintendencia que buscaban los organismos de la sociedad civil, ya que en realidad los gremios, solo buscaban salarios más altos (Entrevistado 003, 2024) (Entrevistado 005, 2024). Incluso en la experiencia de las JUS, que debían ser los espacios institucionalizados para que los usuarios puedan incidir en la protección de sus derechos y en la fiscalización del sistema sanitario, la participación estaba constreñida. La experiencia muestra que las JUS poseen una naturaleza operativa o funcional, en la medida en que la participación se hace en los parámetros que establece la entidad, no dejando lugar para que los usuarios incidan en las decisiones o cambios al interior de la Superintendencia (Jeri, 2018).

Este rol excluyente y tecnocrático no fue exclusivo de la gestión de Habich-Velásquez. Como fue mencionado, es claro que para la formulación y adopción del D.L. 1289, de la gestión García, no hubo discusión al interior del CNS. En realidad, el reclamo continuo en las pocas sesiones que hubo, a comparación de las del período del gobierno anterior, era que los decretos no fueron abordados en el Consejo antes de ser promulgados. Eso evidencia un mayor encapsulamiento en las altas esferas del Ministerio en este segundo período de establecimiento de la Superintendencia.

5.2.2. Internacionalización

El carácter jerárquico del subsistema fue construyéndose a lo largo de los años, mediante la internacionalización que brindaba la cooperación internacional, con grandes redes de conexiones y de networking. Antes, el Ministerio de Salud era encabezado por profesionales sanitarios que habían destacado o eran especialistas en salud pública. Tras las reformas estructurales, junto con correlatos de modernización de la gestión y del Estado, ya no es necesariamente el buen médico el que dirige el Ministerio, sino el tecnócrata, el especialista que sabe de salud. La llegada de Midori de Habich a la cabeza del Ministerio ha sido la expresión de esta tendencia tecnocrática, inherentemente internacionalizada. Alexandro Saco relata que, cuando se organiza un seminario internacional sobre la reforma en febrero de 2014, se contó con la presencia del BM, BID, OPS e incluso la entonces directora de la OMS. Cuando llega la protesta de las organizaciones de la sociedad civil a las afueras de dicho espacio, fue esta directora quien le dijo a los manifestantes que “existe la libertad de organizar protestas y tener propuestas distintas, pero que cuando un gobierno toma una decisión es obligación de todos apoyarlo” (Saco, 2014c, p. 63).

La cooperación y los entes internacionales, al fin y al cabo, no tienen la ‘obligación’ de consensuar en espacios de diálogo como el Consejo Nacional de Salud, a diferencia de los actores locales. Para la reforma de 2013 se identifican el rol de la OPS y de USAID con sus diversos equipos de trabajo (Mendoza-Arana y otros, 2018), de donde también proviene la exministra de Habich. El entrevistado 012 relata que un rasgo distintivo de la cooperación internacional en estos temas es que los acuerdos alcanzados cuentan con estabilidad e independencia de los cambios ministeriales, directivos o hasta de gobierno (Entrevistado 012, 2024), coincidiendo con la idea de que, ya por bastante tiempo, en el MINSa se dan condiciones para que la cooperación internacional funcione como un espacio institucionalizado y estable. Este rasgo distintivo los posiciona como actores cuyas ideas trascienden criterios locales de escrutinio público, al menos a nivel institucional. Juan Arroyo sostiene que, para la política de SUSALUD en cuestión, se ve el despliegue del Banco Mundial mediante PARSALUD como financista y formulador de ciertos aspectos, como el desarrollo de las mencionadas JUS (Arroyo, 2024). Otros cooperantes ‘en las sombras’ durante el proceso son la cooperación belga y la Cooperación Técnica

Alemana (GTZ), aunque en menor medida que PARSALUD y USAID (Entrevistado 004, 2024).

5.2.3. Herencia neoliberal

¿Cómo se llega a una reforma sectorial jerárquica, que no presta mucha atención a la discusión a las afueras del sector, y con auspicio de los organismos internacionales? El MINSA es un organismo que hereda las reformas neoliberales de 1990, con su legado vigente aún manifiesto en la Constitución Política de 1993. Su artículo 11 indica que el Estado garantiza el libre acceso a servicios sanitarios y supervisa su funcionamiento (Constitución Política del Perú, 1993). En ese marco, se fortalece la cooperación internacional al interior del MINSA (Dargent, 2008) y aparece, producto de la nueva tecnocracia ministerial, la noción de reforma sectorial (Arroyo, 2000). Desde 1995, a mitad del gobierno fujimorista, es que comienzan a aplicarse su visión de política de salud: equidad, eficiencia y calidad mediante la modernización del sector en el marco de una reforma paradigmática global (Arroyo, 2000). El esquema resultante, que va más allá de los resultados de nuevas normativas vigentes, es la aplicación de la ortodoxia neoliberal de entonces.

El Estado peruano, en medio de una marcada crisis económica y una reconfiguración de las funciones que llevaba a cabo en diversos sectores, retrocede - en expresión del pluralismo estructurado- en la función de aseguramiento de la salud para que actores privados entren a ocupar dicho lugar. Esto, junto con la aparición de la SEPS (Congreso de la República del Perú, 1997), posteriormente SUNASA y SUSALUD, es producto de esta noción que se tiene sobre la salud pública y privada. El Estado terceriza sus funciones en salud para ocuparse principalmente de la rectoría, regulación y supervisión. Bajo el auspicio del Banco Mundial, aparecen superintendencias y agencias de supervisión que se establecen en los países de la región en el marco de dicha reforma.

Hay, entonces, un rol de la esfera global sobre discusiones de política sanitarias como un foco de condicionamiento, importación y conducción de la orientación de las políticas. La fórmula que marca la pauta del neoliberalismo en el Ministerio y el origen de SUSALUD, con sus entidades antecesoras, es el Consenso de Washington, que fundamenta la reestructuración neoliberal, junto con el marco de pluralismo

estructurado en salud y la privatización en salud que propone el Banco Mundial. Pero ello no permanece estático a lo largo de los años.

Tras el cambio de siglo, se observan matices a este paradigma por el rol del propio BM y el BID, pero también de la OPS. Había quedado claro que se buscaba matizar la privatización, en tanto los sistemas sanitarios que no estaban obteniendo los resultados esperados (Arroyo, 2024). Las asimetrías en la información disponible para los usuarios en salud mostraban la necesidad de fortalecer los aparatos reguladores y supervisores, para mitigar la relación de poder entre prestadores y aseguradoras y el usuario. Mientras tanto, el enfoque de compensación frente a los programas de ajuste (Ríos, 2013) profundizaba el subsidio hacia la demanda sanitaria, para que puedan acceder a los servicios. Esto se materializa en la reforma AUS de 2009 (Congreso de la República del Perú, 2009a). Las nuevas directrices de organismos regionales e internacionales, que matizan el alcance de los mercados privados, se entrelazan con la conformación de grupos que buscan incidir en la protección de derechos y todo ello introducen la idea de la supervisión de derechos del consumidor de servicios sanitarios (Congreso de la República del Perú, 2009b). Como en otros países, es en este marco, en tanto expresa la renovación, y no la superación del paradigma neoliberal, que se produce la reforma de SUSALUD.

A nivel local, la vigencia de un marco privatista y de prominencia de los mercados fortalece a las instituciones privadas sanitarias y su ímpetu para participar, formal o informalmente, en el marco de la política de salud. No hay un marco formal que establezca el gobierno de las instituciones privadas en los temas sanitarios, pero sí existe una caracterización del rol privado desmedido en la supervisión del sistema. Tanto el grupo de la gestión García como el grupo de organizaciones de la sociedad civil denuncian estos hechos, confirmando que habría una 'cultura organizacional' que favorece al sector privado al interior de la entidad. El hecho de que haya entrevistados que sostienen que el gran privado estuvo conforme con SUSALUD muestra que, más que una colaboración con las labores de supervisión de la entidad, la idea era equiparar la balanza en el gran grupo de IAFAS e IPRESS privadas. Es importante recordar que, hasta antes de la reorganización de SUNASA, la supervisión y fiscalización solo se hacía en cuatro EPS establecidas durante la década de 1990.

Si bien la puerta giratoria que se produce con la Superintendente Philipps pareciera indicar cierto grado de captura corporativa en SUSALUD, en los términos de Durand y Salcedo, no parece haber igual suficiente evidencia de ello más que para confirmar la existencia de un desbalance entre la salud pública y la salud privada al interior de la entidad. Recordemos que SUSALUD, como denuncia la sociedad civil, jamás tuvo la potestad para impedir situaciones que desequilibran el mercado: concentración de precios de medicamentos e integración vertical de instituciones. En tanto la entidad dependa del Ministerio, o del Ejecutivo en general, la captura de estos espacios facilitaría también la captura de la entidad.

5.2.4. Participación de la sociedad civil

Evidentemente, estos rasgos suponen la reacción de la sociedad civil, que entre los matices de sus propios objetivos, buscan resistir el privatismo y garantizar la accesibilidad y la calidad de los servicios públicos. Sobre estas ideas que surgen se vio en el subcapítulo anterior, pero tanto gremios, federaciones, colegios y organizaciones ciudadanas buscan incidir en demandas generales como el aumento del presupuesto al sector salud (Palomino, 2024), o la fiscalización de los privados y un retorno a mayor participación estatal en el sistema (Saco, 2023) (Bonilla, 2024).

Las condiciones para el desarrollo de estas organizaciones de sociedad civil se dan por los vaivenes de la transición democrática y el auspicio de la participación ciudadana. Sin embargo, estos roles y esta participación, que alcanza su pico en estos años de establecimiento de la entidad, se va diluyendo hacia el final de esta (ver subcapítulo 6.3).

5.2.5. Fragmentación y desestructuración de las políticas

Otro rasgo adicional del subsistema es su carácter fragmentado, que lleva a la conducción desestructurada de sus políticas. Esto se expresa en la coalición promotora hallada, que es fragmentada en tanto integra visiones disímiles entre las tecnocracias ministeriales y las organizaciones del movimiento social en salud, pero también porque entre estas tecnocracias hay visiones discordantes y grupos distintos. Entonces, no se trata de una burocracia -en un sentido weberiano-clásico- que hace una política y conduce su establecimiento de una forma mecanizada, sino que se trata de un grupo burocrático imponiéndose sobre otro grupo burocrático, en donde también intervienen otros actores por fuera del sector.

Es clara la idea de la desestructuración de las reformas, en tanto hacen referencia más a un proceso que acontece en lugar de una secuencia de políticas planificadas. Esto fue indicado por Arroyo, como una consecuencia del entrapamiento político (2000). Mientras que son varios los obstáculos y descoordinaciones en la conducción de políticas, se hace evidente la fragmentación de las tecnocracias y el énfasis que hacen en la normativa como el hito clave en la transformación de la vida social y la solución a los problemas públicos. Estas deficiencias se manifestaban incluso por fuera del subsistema, cuando se producen los traslapes entre las funciones de SUNASA y SUSALUD con INDECOPI (García Ascencios, 2020), destacando la idea de una “conducción deficiente” (Segovia, 2018, p. 321). De acuerdo con el Entrevistado 005, la “hipertrofia” de normas que existen en el sector son producto de la cultura hacia lo normativo-formalista: existe un gran mosaico de normas, algunas necesarias, algunas con relación entre sí, y otras que se superponen y pierden el sentido de ser (Entrevistado 005, 2024). Es decir, una hipertrofia desestructurada de normas, rasgo característico del mosaico de modelos de gestión coexistentes en el país, entre ellos: el burocrático.

Los desacuerdos, estrategias y desavenencias distintas entre los diversos actores al interior de la coalición promotora muestran las propias limitaciones del subsistema para conducir sus propias políticas. Como se mostró en el subcapítulo anterior, no eran pocas las similitudes de ideas que compartían los grupos de la coalición, pero su asociación fragmentada en torno a SUSALUD, revela también el carácter fragmentado del subsistema, algo que se repite en otros ámbitos del Estado peruano. Si apenas se cambia de gobierno y gestión ministerial van a hacerse cambios contrarios a lo que originalmente se entendía por SUSALUD (Entrevistado 001, 2023) (Entrevistado 002, 2023), independientemente de si fueron cambios positivos o negativos, es claro que no había una conducción sostenible de la política ni del sector.

5.2.6. La opinión favorable hacia las reformas

Al interior del subsistema, había también un consenso sobre la necesidad de hacer reformas y de mejorar los servicios. Con la idea de reforma sectorial instalada con las reformas neoliberales, había una conjunción de ideas distintas. Para los distintos grupos que componen la coalición promotora, estos cambios eran leídos en clave distinta, con propósitos diferentes también. En un estudio publicado en 2018 sobre este proceso de reforma, se entrevista a actores claves del sector salud durante

aquel entonces. Uno de los entrevistados utiliza el término “Comunidades de la Reforma”, para referirse a grupos de actores, los cuales emplean cierta lógica coordinada, y que buscan impulsar sus propios modelos y propuestas para llevar a cabo la reorganización del sistema de salud (Mendoza-Arana y otros, 2018, p. 2).

Sin embargo, si bien al interior del subsistema era compartida la idea de hacer reformas en el sector, la discusión de hacer -o no- SUSALUD, no había trascendido a la esfera mediática y pública. Para la opinión pública, el tema de la Superintendencia era tangencial: los usuarios del sistema buscaban más cambios en cuanto al aseguramiento, la prestación del servicio y los medicamentos (Saco, 2023). Por ende, la idea de la inoperancia de SUNASA y la necesidad de hacer cambios en esta aparece en las tecnocracias (Entrevistado 001, 2023) (Entrevistado 002, 2023) y en las ideas de FOROSALUD en la búsqueda de la implementación del marco de los derechos de los usuarios (Saco, 2023). En menor medida, estaban las ideas de la Federación Médica (Bonilla, 2024) y el Colegio Médico (Palomino, 2024). Por ello, si la discusión de las reformas y políticas es cerrada, en el caso de SUSALUD lo es más.

5.2.7. La instancia de participación: el Consejo Nacional de Salud

Dentro del subsistema es posible hallar también una instancia de participación institucionalizada: el Consejo Nacional de Salud. Cuando el MINSA le encarga al CNS la elaboración de los lineamientos para la reforma (Presidencia de la República, 2013a), se esperaba la conformación de un proceso plural y de discusión sobre la base de las promesas de campaña del gobierno humalista. Sin embargo, tanto la experiencia de ese gobierno como la del de Kuczynski, demuestran la insuficiencia del CNS como un espacio para llegar a una verdadera deliberación vinculante sobre la política de salud que debe emprender el país. El CNS es, en sí, un órgano consultivo y de discusión, no vinculante y sin un parámetro claro sobre la visión institucionalizada de la política en salud. De acuerdo con la Ley Del Sistema Nacional Coordinado Y Descentralizado De Salud, el CNS tiene por objetivo la “concertación y coordinación” del Sistema Nacional Coordinado Descentralizado de Salud (SNDCS), que incorpora la coordinación en salud en los distintos niveles de gobierno, con actores privados y de otros sectores (Comisión Permanente del Congreso de la República del Perú, 2002). En cuanto a la definición de políticas, se indica que el CNS busca el cumplimiento de los objetivos de dicho SNDCS, la proposición de prioridades en salud -que hace referencia a la priorización de ciertas patologías o problemas sanitarios en

salud pública-, y el manejo adecuado de los recursos del sector. En ese sentido, no hay una visión general, de un núcleo de creencias profundas si se quiere, que exprese una visión sobre la salud que deban compartir todos sus integrantes. La ley además establece que el titular del Ministerio convocará a sesiones del Consejo una vez al mes.

En la práctica, se produce un manejo muy discrecional de esta instancia deliberativa: no se producen sesiones todos los meses, los acuerdos no siempre son respetados y hay mucha asimetría entre las relaciones de los participantes del Consejo y el Ministerio (Saco, 2023). El hecho de que se haya acudido al Consejo para deliberar sobre la reforma de 2013, pero no para el Decreto Legislativo 1289 implica la amplia discrecionalidad que tiene cada gestión ministerial en el tema. Aún más, cuando la participación en el CNS fue más para para consensuar políticas ya definidas por el Ministerio y sus tecnocracias. Por ende, que la gestión de Habich-Velásquez haya recurrido a dicha instancia es más un reflejo de su buena fe o estrategia para legitimar sus propuestas, más que el funcionamiento adecuado de una institucionalidad de participación vinculante en el subsistema de salud.

El espacio del CNS debe entenderse entonces, como un lugar de consenso sobre políticas ya trabajadas por el Ministerio. La asimetría se encuentra en la propia ley que lo establece: un representante de la sociedad civil frente a doce otros representantes, en su mayoría proveedores y financiadores de servicios públicos o privados (Saco, 2014c). Para el proceso humalista, se rechazó la propuesta de la sociedad civil de incorporar más representantes de la sociedad civil, mientras que en el proceso de viraje de la gestión García, se reconoce que se deja de lado dicho espacio debido al poco apoyo que darían estos organismos ciudadanos a los propósitos del Ministerio (Entrevistado 005, 2024). La discusión está en si es que no había forma que las organizaciones del movimiento social en salud apoyen las propuestas al interior del CNS, o si es que fueron las propias tecnocracias quienes se quitaron a sí mismas la posibilidad de contar con dicho apoyo al elegir cerrar el debate en el Consejo.

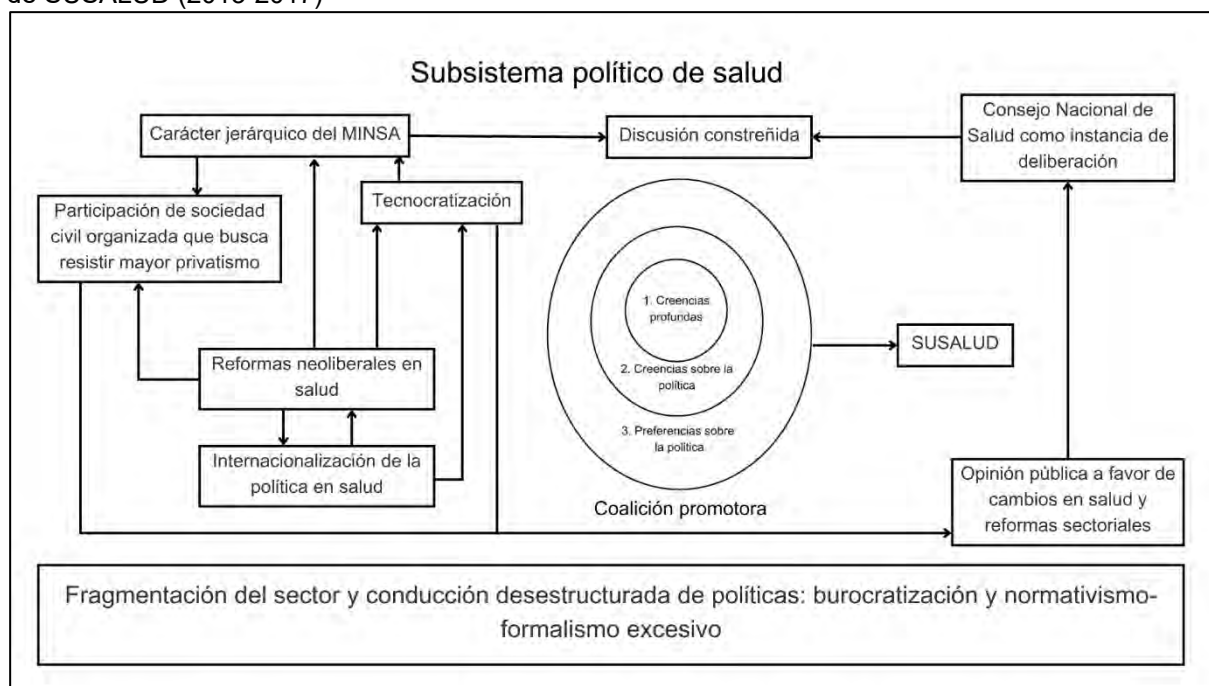
Ciertamente, todos los actores igual continuaron acudiendo al CNS, al mismo tiempo que hay un esfuerzo constante por aperturar la discusión en su interior. Entonces, ningún grupo o actor podría decir que el CNS es un espacio ilegítimo o que

no goza de continuidad, pero no fue este, en última instancia, el espacio que definió su apoyo al establecimiento de SUSALUD. Aquello se hizo en la experiencia al interior del Foro del Acuerdo Nacional, la cual es marcadamente distinta (ver subcapítulo 6.3).

El gráfico 5 resume y caracteriza estos aspectos del subsistema político de salud que condicionan el comportamiento de la coalición promotora en la política de establecimiento de SUSALUD.

Gráfico 5

Subsistema político de salud donde se inscribe la coalición promotora que impulsa el establecimiento de SUSALUD (2013-2017)



Fuente: Elaboración propia

5.3. Los parámetros de la política (o lo político): de la participación social a la crisis política

De modo menos especificado en lo que es el subsistema sanitario, existen unos parámetros políticos externos que condicionan el panorama político en general. Estos cuentan con distintos grados de estabilidad, pero sobre todo, reflejan el contexto político y económico del país entre los años 2013 y 2017, que es donde se desarrolla el proceso estudiado de establecimiento de SUSALUD.

5.3.1. Amplitud de recursos para hacer política social

En primer lugar, hay una ampliación en los recursos del Estado, producto de los precios altos en las materias primas que exportaba el país con la transición al nuevo siglo. El boom de commodities de entre 2000 y 2014 permite la ampliación del gasto público y la adopción de diversas políticas en distintos sectores. Según el discutido documento de Lineamientos de la reforma de 2013, que es la base sobre la cual se elaboran los dispositivos legales que materializan la reforma, la reorganización sanitaria se hacía posible por, entre otras cosas: “el crecimiento sostenido de la economía, [y] el incremento de la recaudación fiscal” (Consejo Nacional de Salud, 2013f, p. 8).

Es necesario hacer la precisión de que, para el período en que comienza el establecimiento de SUSALUD, ya se producía una desaceleración del crecimiento económico que trajeron consigo los altos precios de las materias primas. En esa línea, la reforma que coincide con el mayor crecimiento económico y más amplitud de caja fiscal es la del AUS de 2009 (Entrevistado 003, 2024). Aun así, es innegable que, como indica el documento político-técnico de lineamientos de reforma, había los recursos para llevar a cabo las políticas que se creyeron necesarias.

5.3.2. ‘Ministerios productores’ versus ‘ministerios que gastan’

La distribución de estos recursos, sin embargo, era una tarea a discrecionalidad del Poder Ejecutivo entre sus ministerios, donde poseen más peso los denominados ‘ministerios productores’. Es sabido que el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) es el que asigna los presupuestos para las políticas y acciones de los demás sectores. Como herencia del gerencialismo que dejan las reformas neoliberales, el MEF fue configurándose como un ministerio con mucho poder. Al configurarse como una isla de eficiencia tras el período privatizador (Dargent, 2008), posee un poder de veto para

con las políticas del Ejecutivo. Al interior del gabinete ministerial, se da un proceso de negociación para poder contar con presupuesto para las acciones de cada sector. En la mencionada tesis sobre la reglamentación de la Ley de Alimentación Saludable, cuyo proceso abarca también los gobiernos de Humala y Kuczynski, se halla una tendencia de dos bandos en las negociaciones del gabinete: los ministerios productores, como el MEF, el de Producción y el de Comercio Exterior y Turismo, que son los que recaudan recursos para las arcas estatales; y los que ministerios sociales, o los que gastan, como Salud, Educación, Agricultura y Desarrollo e Inclusión Social (Otero Maguiña, 2022).

Este sesgo, que considera la labor de estos sectores como un gasto, y no como una inversión, implica siempre un desbalance en las negociaciones por la ampliación de la política social. En una caracterización de la presentación de las reformas de 2013 en las sesiones de Consejo de Ministros, se hace referencia a la estrategia, precisión, y arduo escrutinio al que se sometieron las propuestas de la ministra de Habich para que el MEF pueda asignar el presupuesto esperado (Entrevistado 002,2024). Esta posición es compartida por el grupo de la gestión García, que indican que:

[nuestra] negociación siempre iba por el lado de que nosotros no somos los que gastan, pues si no tienes salud no tienes economía. Nosotros somos una inversión clave, somos los que permitimos que ustedes produzcan. No pueden ver ni a educación ni a salud como ministerios que gastamos. Somos la base para que un país pueda producir más (Entrevistado 005, 2024)

Incluso, en la última parte del proceso del Grupo de Trabajo en el Foro del Acuerdo Nacional, el documento final es “afinado” junto con el MEF y el Ministerio de Comercio Exterior y Turismo (Nepo-Linares & Velásquez, 2016, p. 542), ambos ‘ministerios productores’. Ciertamente, el constreñimiento institucional, tanto formal como informal, que representa esta visión al interior del Ejecutivo es algo que debe ser considerado.

5.3.3. Visión hacia la inclusión social

A nivel de ideas de gobierno, también se debe mencionar la perspectiva hacia la inclusión social que adopta el gobierno humalista, que se entiende en clave de introducir la reforma sectorial que empieza el proceso de establecimiento de SUSALUD. A pesar de ser una visión ‘insuficiente’ para los grupos de la sociedad civil, que se intersecciona con la hoja de ruta con la que el candidato Humala tranzó con

sectores empresariales en rompimiento de sus promesas de cambio (Saco, 2023), el hito es que también comienzan en paralelo varias políticas reformistas en varios sectores. Nuevamente, los Lineamientos de reforma reconocen como base para la reorganización sectorial “la voluntad y el respaldo político del Gobierno para tomar decisiones en el marco de una política pública de inclusión social” (Consejo Nacional de Salud, 2013f, p. 8). La promesa de extensión de derechos en salud que se hace en campaña garantiza el apoyo inicial del movimiento social en salud, lo que en definitiva permite empezar a aplicar estas medidas que culminan en el establecimiento de SUSALUD (Entrevistado 011, 2024), que el propio movimiento social termina suscribiendo.

5.3.4. Participación social formal e informalmente institucionalizada

Esta búsqueda de participación no era, sin embargo, algo exclusivo de aquel gobierno. Luego de la caída del régimen fujimorista y la transición democrática de primeros años de la década de los 2000, había un nuevo paradigma de la relación entre el Estado y la ciudadanía: la institucionalización de la participación ciudadana y social. Se dan las condiciones para la participación de la ciudadanía en espacios como el Foro del Acuerdo Nacional, a nivel de políticas de Estado, o, específicamente para el subsistema de salud, el Consejo Nacional de Salud. Además, se dan los intersticios para la participación de la sociedad civil organizada afuera de estos espacios también (Arroyo, 2007), lo que explica el surgimiento y la participación de FOROSALUD y otras organizaciones en dicho subsistema.

La democracia formal abarcaba también el robustecimiento institucional, el desarrollo del proceso de descentralización y la mejoría de la imagen del país a nivel internacional. Estos factores conducen a una creciente expectativa social por el ejercicio y la protección de los derechos ciudadanos (Consejo Nacional de Salud, 2013f). Entre estos derechos, evidentemente, estaban los de salud también.

Sobre los espacios de participación institucionalizados el rol y alcance del Foro del Acuerdo Nacional y el del Consejo Nacional de Salud eran marcadamente diferentes. En la base de una participación vinculante para definir políticas de estado, el Foro del Acuerdo Nacional permite consensuar la universalidad de los derechos en salud, la protección de los derechos y la participación para que los distintos grupos puedan aceptar la continuación de la reforma sanitaria y el establecimiento de

SUSALUD. En esta experiencia, destaca la idea de un consenso sobre los “para qué” de la política, con cada fuerza política llevando a cabo sus “cómo” sobre cómo alcanzar los objetivos definidos mediante sus propios matices, sin poner en riesgo la reforma sanitaria en curso (Nepo-Linares & Velásquez, 2016, p. 542).

A diferencia del CNS, en donde el propio Ministerio no cumplía con convocar a sesión o en incorporar pluralidad en la discusión, la experiencia en el Foro del Acuerdo Nacional puede entenderse como una victoria de la sociedad civil en tanto gana su discurso (Saco, 2015) y logran asimilarse al bando ganador que impulsa SUSALUD. Sin embargo, se establecen objetivos sin medidas concretas y la reforma y SUSALUD continúan del modo en que vino. Es entonces también una victoria de las tecnocracias ministeriales, que logran frenar la conflictividad por la reforma y continuar su montaje de la Superintendencia. Ciertamente, el resultado final muestra más que este grupo al interior del sector logró acomodar a la sociedad civil a su propia propuesta. La idea central, entonces, es que este paradigma de participación es un parámetro de la política que permitió el establecimiento de la entidad.

5.3.5. La búsqueda de modernizar el Estado

La línea de la Superintendencia, al mismo tiempo, se alinea con las nociones de modernización estatal que son introducidas mediante el paradigma neoliberal. Tanto los gobiernos de Ollanta Humala como Pedro Pablo Kuczynski comparten esta idea de modernización, presente desde la década de 1990. Las ideas del New Public Management y del gerencialismo, presentes a nivel estatal, se encuentran también en salud (Arroyo, 2024). Esta visión de modernización estatal orienta el cumplimiento de metas e indicadores, en tanto hay una optimización de procedimientos y, como se mencionó anteriormente (ver subcapítulo 2.1), hay un desacople entre el vínculo o el significado de este cálculo con la ciudadanía y la asimilación del valor público como si se tratase de valor empresarial. La necesidad, en primer lugar, de que la reformada SUNASA cumpla con los objetivos en el marco bajo el que se ampliaron sus funciones en primer lugar, es lo que conduce al establecimiento de SUSALUD también.

Entonces, el marco de reforma sectorial y de la Superintendencia se asimilan dentro del proceso de modernización del estado peruano. Humala, de acervo militar y nacionalista, poseía una visión acerca de la reforma y modernización estatal y de sus burocracias y servicios en tanto se contaba con la posibilidad de robustecer el aparato

público. En esa línea, la convocatoria para que este grupo de tecnócratas de la salud efectúe una reforma de SUNASA se da en clave de, una vez firmada la hoja de ruta y asumido el gobierno, las nociones neoempresariales (Jumpa, 2019) continuarían en salud. En simultáneo, la reorganización de SUSALUD implicaba también la ampliación de la rectoría ministerial (Entrevista 002, 2023). Era evidente que Kuczynski, reconocido lobista y economista con orientación liberal-privatista, encontraría coincidencias con esta idea de modernización en tanto el gobierno de Humala también terminó por expresar una orientación neoliberal. Aun así, es posible decir que la modernización del Estado de Kuczynski se enmarca en clave mucho menos nacionalista y más explícitamente gerencial. La crítica a la burocratización del sector es, justamente, expresión de esta necesidad de modernizar la salud.

5.3.6. El incipiente conflicto político y colapso institucional

Todo proyecto o pretensión de modernización es, finalmente, cortado por el conflicto político originado tras la derrota del fujimorismo en la elección donde resulta electo Kuczynski. Esto resulta en un período de obstruccionismo, desinstitucionalización y conflictividad que afecta a todo el sistema político, incluyendo el subsistema de salud. Respecto a la Superintendencia, esto marca finalmente su establecimiento. Así, la característica fundamental del gobierno de Kuczynski es la respuesta a la confrontación continua con el aparato legislativo, encabezado por una mayoría fujimorista. Antes de desembocar en los intentos de vacancia presidencial y la renuncia del mandatario, consumada en 2018, este era un proceso que comenzaba a afectar la gestión García y el manejo de la entidad, sus labores de supervisión, y sus ideas de reforma (Entrevistado 005, 2024).

La idea era que había congresistas de aquel período identificados, muy “sonados” y de las altas esferas del fujimorismo (Entrevistado 004, 2024), los cuales buscaban ejercer influencia en la entidad, lo que requería por parte de los funcionarios de la entidad un “manejo especial” de dichas situaciones, antes de que terminen de “ahogar por completo” la gestión (Entrevistado 005, 2024). Esto, según aquel mismo entrevistado, se aprecia también en el CNS. Parte de la explicación por la que se decía que se desconfiaba de las organizaciones de la sociedad civil, es porque el fujimorismo también tenía presencia ahí. En esa línea, había incluso al interior del CNS “gente muy ligada a la política, de la que se tenía la certeza que no dejarían

trabajar lo que teníamos en mente” (Entrevistado 005, 2024). Con certeza, la relación entre Ministerio-CNS-Sociedad civil tenía ahora matices y configuraciones distintas.

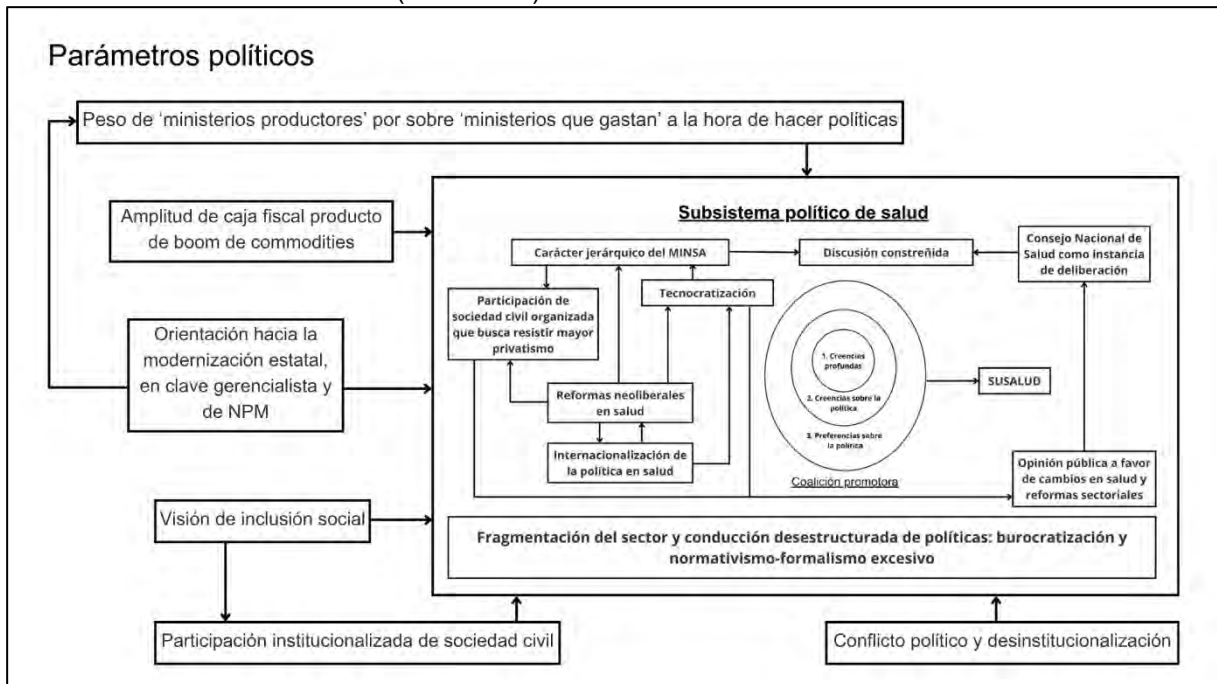
Sea aquello una excusa o una justificación del grupo para adelantarse a la deliberación en el CNS, está también el mencionado caso del Decreto Supremo de Reglamento de Supervisión que no es bien recibido en la Comisión de Salud del Congreso, lo que merma las posibilidades de continuar con la construcción de la visión preventiva-promocional que este grupo tecnocrático tenía de SUSALUD (Entrevistado 004, 2024). Para marzo de 2017, en conjunto con la contingencia climatológica que representaba El Niño Costero, hizo que la atención sobre SUSALUD al interior del subsistema se pierda, lo que en unos meses después, por la exacerbación de la confrontación Legislativo-Ejecutivo se termina por diluir totalmente al producirse la crisis de gabinete que finaliza la gestión García.

Estos son los parámetros políticos bajo los que se desarrolla el subsistema sanitario y el establecimiento de SUSALUD. Como se puede ver, es un ambiente político-económico cambiante, lo que muestra una coalición promotora fragmentada que no termina por debilitarse. Al contrario, es el sistema político en conjunto, donde también está el subsistema de salud, el que lo hace.

El gráfico 6 muestra estos parámetros de la política en los que se inscriben el subsistema de salud y la coalición promotora encontrada.

Gráfico 6

Parámetros de la política que rigen el subsistema político de salud y la coalición promotora que impulsa el establecimiento de SUSALUD (2013-2017)



Fuente: Elaboración propia



Conclusiones

Esta investigación permite estudiar y analizar los factores causales que se dan al interior del proceso de establecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, en el período 2013-2017. ¿Por qué se establece SUSALUD? Un enfoque ortodoxo indica que es debido a la capacidad que tienen el Estado peruano y sus burocracias en salud para impulsar esta política. En aplicación del marco de las coaliciones promotoras, se elabora un rastreo de procesos que toma distancia de aquella ortodoxia, y se sostiene que SUSALUD se establece debido a la conjunción de tres factores.

Así, no es una burocracia al interior del Ministerio quien impulsa la entidad, sino una coalición promotora fragmentada, que incorpora a dos grupos tecnocráticos y distintos del Ministerio de Salud y un grupo de organizaciones de la sociedad civil. Esta coalición actúa en un subsistema de salud heredero de las reformas neoliberales, que está jerarquizado, tecnocratizado e internacionalizado, que cuenta con participación de la sociedad civil y que conduce sus políticas de forma fragmentada y desestructurada. Ello, en consideración de un marco de parámetros de la política que entrecruzan la ampliación de los recursos del Estado peruano para hacer política social, junto con el peso de 'ministerios productores', así como la coexistencia de un enfoque de participación social institucionalizada, con la inclusión social y la modernización del Estado en clave de New Public Management, y, finalmente, la desinstitucionalización causada por el comienzo del conflicto entre los poderes Ejecutivo y Legislativo.

Estos factores resultan en el establecimiento de SUSALUD, en tanto la entidad finaliza sus propias reestructuraciones con una visión sancionadora inicial a la que posteriormente se le añade una basada en la gestión de riesgos y prevención. Este proceso, como fue relatado, se demarca por la Reforma del sector salud de 2013, pero comienza mucho antes y concluye años después, con efectos tangibles en el estado actual del sistema de salud.

En el proceso de llevar a cabo las distintas etapas del proceso de establecimiento de la entidad, los actores tecnocráticos, con más recursos, pero con estrategias muy distintas a las de los actores sociales, se relacionaron de manera consensual, como conflictiva con estos. Compartieron creencias y puntos en común,

pero también desavenencias y desafecciones. En última instancia, fue el rol de los espacios institucionalizados de entonces, como el Foro del Acuerdo Nacional, el que permitió que puedan vincularse estos distintos actores al interior de una misma coalición, para así continuar con el proceso de policy-making exitoso que es finalizado por los desarrollos conflictivos entre el Poder Ejecutivo y Legislativo en la dimensión de los parámetros de la política. De este modo, el obstruccionismo social no es el que frena los cambios en la entidad, sino que más bien se asimila a estos. El obstruccionismo que frenó los cambios fue el político.

Se encuentra un punto de partida que permitió la conformación de una coalición en 2013, sostenida sobre la creencia profunda compartida de la necesidad de universalizar la salud, mejorar los servicios y reformar el sector salud. Sin embargo, este ímpetu reformista conjunto se desvanece momentáneamente conforme se evidenciaban contradicciones desde el comienzo del proceso reformista, al interior y al exterior del Consejo Nacional de Salud. Esto hace que los actores de la sociedad civil, que incluían a FOROSALUD, la Federación Médica y el Colegio Médico concibían a la reforma como privatista, excluyente, hostil con la salud pública y continuista del marco de neoliberalismo matizado, compensación, y pluralismo estructurado que identificaban en la reforma previa del AUS y en donde se encajaba la flamante SUSALUD.

Esta divergencia con las tecnocracias ministeriales, sin embargo, no implica la conformación de una coalición promotora propia de estos actores del movimiento social en salud, sino que estos vuelven a ser asimilados en el seno de la coalición reformista gracias al rol que tuvo el Foro del Acuerdo Nacional. Si bien la crítica a la Superintendencia continuaba, esta ya no se hacía en el sentido de resistir su implementación, sino a reorientar sus funciones y alcances en base a un núcleo de preferencias sobre la política que tenía este grupo. Esta continuidad prosigue hasta el cambio de gobierno y de gestión ministerial en 2016, aún cuando se da un viraje top-down de la entidad. Finalmente, la entidad va perdiendo atención al interior del subsistema de salud, hasta que, finalmente, el proceso concluye por el incipiente conflicto político que aún mantiene en vilo al país. Esto tiene varias implicancias.

En primer lugar, el proceso de establecimiento de la entidad permite obtener una percepción general en las ideas y actores que influyen a la hora de hacer políticas

en salud, al menos cuando había una línea institucional mucho más marcada en la política nacional. Aun así, si bien se encuentra un período en donde había un manejo menos polarizado y conflictivo de la pre-crisis política, se encuentra también los problemas de conducción política del sector salud, y los legados neoliberales vigentes en el hecho de que los derechos de los usuarios de salud eran -y son- entendidos en tanto consumidores de servicios. Ciertamente, la forma en cómo se maneja el Ministerio de Salud en el período de estudio muestra que, más allá de lo político-técnico, las ideas aún importan en la política.

Segundo; hay una marcada verticalidad en el manejo del Ministerio, expresado principalmente en sus cúpulas tecnocráticas. Esto implica que, para el período de estudio, es un grupo de técnicos quienes toman estas decisiones, pero también es un espacio donde no hay mucha discusión o puntos de vista divergentes con respecto a las ideas base de los técnicos o de la cooperación internacional. Es un grupo cerrado, donde no entra mucha luz. Tan es así, que los grupos tecnocráticos decidieron que sus testimonios sean usados en la investigación de forma anónima. En salud no decide el Congreso o la Presidencia, sino el MINSA. Dentro del ministerio, la cabeza del ministerio decide sin mucho ruido lo que sucede con la salud en el Perú. Se halla una coalición promotora fragmentada, pero inminente tecnocrática no solo por el peso de los organismos internacionales en el establecimiento de parámetros, programas y recursos para las políticas, sino porque no hay un contrapeso en la base social capaz de hacerla retroceder en sus decisiones. El hecho de que se haga un bypass de demandas al interior del CNS refleja que, para los tecnócratas, es mejor pedir perdón que pedir permiso. Es decir, no buscan pedir permiso a los integrantes del Consejo, ni están obligados a pedirlo tampoco

La participación del grupo de FOROSALUD, la Federación Médica y el Colegio Médico al interior de dicha coalición muestran cierto grado de organización y resistencia ante esto. La mencionada mirada humanista de FOROSALUD contrasta con una mirada más gremial y centrada en la profesión médica de la FMP y el CMP, sintetizando sus coincidencias por la manera en la que estos grupos perciben que les afecta el carácter privatista de la reforma y de SUSALUD. Pero estas coincidencias no poseen la suficiente fuerza, e incluso el tema de SUSALUD era más una prioridad de FOROSALUD que de federaciones, colegios y gremios. La pugna, entonces, se hace más fuerte en la resistencia a la reforma del sector. Evidentemente, un contexto

de reforma sectorial implica un espacio mucho más cerrado de discusión tecnocrática, dado el peso de la jefatura y las burocracias. De forma certera, este grupo de la sociedad civil termina siendo asimilado al interior de la coalición fragmentada que se encuentra, con el rol decisivo de las tecnocracias. Adicionalmente, el movimiento social en salud, encabezado por el Foro, se encuentra ya muy debilitado.

En tercer lugar, es clara también la dinámica distinta del establecimiento de SUSALUD con respecto a otros marcos de política. Tanto la reforma del AUS como, por ejemplo, la Ley Universitaria, fueron impulsadas desde el parlamento. Entonces, esta dinámica congresal necesaria para su adopción hace que la deliberación y el emplazamiento en el espacio público y la opinión pública sean más amplios. El tema es más abordado en medios de comunicación y está presente en la cotidianidad de creencias que tiene la esfera pública más allá de las esferas de especialistas y académicos.

En tanto el emplazamiento de SUSALUD, su implementación y su viraje se conducen mediante facultades delegadas y decretos supremos, no existe esta dinámica que abre la discusión hacia más esferas de lo público. En un sentido, solo ciertas organizaciones del movimiento social en salud pedían SUSALUD, y ello tras la búsqueda de implementar otra política suya, la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. En un subsistema de salud con tendencia a la no-atención de los usuarios, por los altos precios del privado y la precariedad en la atención pública, el movimiento social en salud no anda muy presente en el imaginario colectivo. Entonces, nadie, más allá de estos grupos de la sociedad civil en salud, demandaba que exista SUSALUD. Y que siga en su sitio no implica que sea una entidad legitimada para la sociedad civil, sino que su funcionamiento está encapsulado del mismo modo que lo impuso una tecnocracia encapsulada.

En cuarto lugar, a pesar del encapsulamiento de dicha política también es innegable la existencia de bastantes similitudes entre los distintos grupos de la coalición, lo que sostiene la existencia de esta asociación. Evidentemente, el grupo se comporta como una coalición al compartir creencias profundas, creencias sobre la necesidad de contar con SUSALUD y matizar en cuanto a los acentos del funcionamiento de la entidad. Sin embargo, estas ideas no son el único campo de coincidencias entre ellos. Como se mencionó, las coincidencias y asociación entre el

grupo de la sociedad civil y el grupo humalista, a pesar de desdibujarse por la reforma insuficiente y traidora con las promesas de campaña, vuelven a alinearse tras la experiencia de ambos en el Foro del Acuerdo Nacional. Sin embargo, ya tras el cambio de gobierno de 2016, las coincidencias continúan en su crítica al D.L. 1289 de la gestión García. Ambos grupos coincidían en que dicha normativa mellaría la protección de los derechos en salud de la ciudadanía, aunque no queda claro si es que eran conscientes de este punto que tenían en común. Ciertamente, en el caso de la tecnocracia reformista se decía que dicha norma recortaba las funciones y alcances de la entidad, mientras que el grupo de la sociedad civil incidía en la desconfianza que generaba la mirada promocional y profundizadora de la participación 'institucionalizada' al interior de SUSALUD.

Entre ambos grupos tecnocráticos incluso son más evidentes las similitudes y coincidencias. Al interior del MINSA poseen más puntos en común que diferencias, a pesar de que no pueda parecer muy evidente. Son tecnócratas, poseen conexiones internacionales, creen, con matices distintos, en el rol de los actores privados y se animan a participar en política. El horizonte que tenían de la entidad variaba con respecto al matiz de sus funciones en mayor medida que con los actores de la sociedad civil. No parece haber una diferencia irreconciliable entre ambos grupos, y ciertamente no la hubo. En cuanto a la promoción de la participación ciudadana en la entidad, ambos grupos continúan la línea de trabajo de las JUS, y el segundo grupo profundiza en los canales de atención y participación al interior de establecimientos públicos que estableció el primero. Por ende, más que desacuerdos enfrentados, lo que había era una característica desconfianza producto del carácter cerrado de las políticas en el subsistema. Indudablemente, los actores de la sociedad civil están más alienados de este acuerdo, pero ni este ni los otros grupos cuestiona el núcleo de creencias duras o profundas.

La legitimidad del Consejo Nacional de Salud y del Foro del Acuerdo Nacional, a ojos de los grupos de al interior de la coalición, es expresión de ello. ¿Se trata de un acuerdo al que accede la coalición por convicción, o porque reconocen que ella sería el único modo de hacer viable esta política? El consenso alcanzado en aquel entonces, en 2015, parece responder más a un momento político distinto al de ahora, en donde la polarización, inestabilidad política y colapso de la gobernabilidad no eran tan latentes. En aquellos años era mucho mayor la confianza en la participación civil

institucionalizada, y los gobiernos reconocían ello. La cantidad de sesiones del CNS que se producían en aquellos primeros años de reforma no se volvieron a producir.

Pero esa participación institucionalizada tiene límites, como muestran las JUS y la percepción que tiene la sociedad civil de estas. En esa línea, el tamaño y la expansión de un Estado 'inclusivo' pueden desembocar en estas lógicas de alienación de la propia sociedad civil en los espacios que otorga para su participación. Ciertamente, el limitado alcance y proyección que dota SUSALUD a estas Juntas de usuarios impide una incidencia política real de estas, pero se observa cómo incluso los grupos tecnocráticos encapsulados reconocen, o reconocían, la necesidad de dotar cierto margen de acción para la sociedad civil. ¿Es eso lo que mantiene unida a esta coalición tan grande y distinta? Vale la pena considerar que la experiencia al interior del Estado también hace que se formen visiones distintas sobre los medios y la dimensión de los objetivos que se tienen sobre las políticas públicas.

Quinto; en medio de ese marco político, también es pertinente preguntarse sobre qué puede categorizarse como sociedad civil, o qué puede entenderse como lo ajeno a las esferas del sector salud y del Estado. Si es que todo lo ajeno al sector público es catalogable como parte de la sociedad civil, la cooperación internacional y el sector privado también entrarían en aquella definición. Esto a pesar de marcadas diferencias que puedan darse con respecto a sus ideas, dinámicas y formas de relacionarse en el marco de SUSALUD. ¿Cuándo un actor de la sociedad civil ingresa o se articula con el sector público, ¿es posible seguir hablando de sociedad civil?

Tanto para USAID, como para las aseguradoras privadas, la Universidad Peruana Cayetano Heredia o FOROSALUD, su naturaleza es propia de la sociedad civil en la medida en que hacen valoraciones sobre lo público, sea para el negocio, la producción de conocimiento, la reivindicación u otros motivos. Sin embargo, es evidente que FOROSALUD no posee la fortaleza de USAID, y similares desbalances de fuerzas se pueden encontrar entre lo que compone 'la sociedad civil'. Cuando son actores que provienen del mundo de la cooperación o de los privados, que refuerzan lógicas pro-mercado, quienes toman estas decisiones de salud pública, con auspicio de ideas y marcos internacionales en donde se define a la ciudadanía en tanto consumidora de un servicio, ¿se podría considerar la posibilidad de condiciones de captura del Estado en salud, como establecen Durand y Salcedo?

Ciertamente, ni el objetivo del presente trabajo era probar estas situaciones, ni propuso emplear el marco de captura del Estado, ni mucho la información recogida permite sostener que se producen dichas situaciones de captura, al menos en el caso de SUSALUD. Sin embargo, y como sexta conclusión, sí es posible sostener que el privado, en los términos generales que ello implica, influye en esta política, sea mediante las ideas en común sobre cómo orientar la Superintendencia, la manera y las razones por las que se originó durante el gobierno fujimorista en 1997, el know-how privado que se manifiesta en las personas que dirigen y conducen la reforma de SUSALUD, y el carácter cerrado que posee esta cúpula. Todos estos siendo elementos que se pueden apreciar a lo largo de la investigación. La manera en la que se conduce el sector hace sentido si se entiende el rol de una tecnocracia especializada, con vínculos internacionales y con ideas de política similares, difiriendo en los matices más no en lo de fondo. Teniendo esto como base, futuras investigaciones podrían preguntarse: ¿qué márgenes de captura del Estado que son posibles en salud?

El andamiaje neoliberal, como programa y paradigma, está lo suficientemente blindado en el país como para padecer ante los vaivenes de la política. Y la salud no es excepción de ello. El marco de modernización estatal bajo los que se erigen SUNASA y SUSALUD buscaban levantar una barrera para que lo público y lo político no interfieran en las labores de supervisión y el funcionamiento de los establecimientos sanitarios, pero no tanto así para que los privados no aprovechen las oportunidades que dejaba esta reforma. En los mencionados pocos -pero similares- indicios que muestra la literatura regional sobre estas superintendencias, se hallan patrones muy similares en procesos de establecimiento de superintendencias como sucesoras de una entidad previa que fue establecida a la luz de la reconfiguración del rol estatal en la salud: la supervisión por encima del aseguramiento y la prestación. El matiz del consenso neoliberal, con nuevas directrices por parte de más entes aparte del BM, llevan a la adopción de enfoques de compensación y consideración por la vulnerabilidad ante contingencias de mercado. Es decir, los alcances de la superintendencia serían ampliados para corregir fallos de mercado bajo nuevos paradigmas. Ello se puede apreciar en Perú, como en Chile y en Colombia.

En séptimo lugar, sigue siendo importante estudiar estas agrupaciones de la sociedad civil. Aunque ya no tengan la incidencia y fortaleza que poseyeron en el

período de estudio, no son enteramente distintas o irreconciliables, y son la contraparte a un sector altamente fragmentado, vertical y jerarquizado. La implicancia descartada de adjudicarle un rol regulador a SUSALUD, que buscaba FOROSALUD, llevaba a una reconsideración total del manejo de la salud en el Perú. Una entidad reguladora dispone espacios de diálogo entre tecnócratas, reguladores, prestadores y usuarios. En esa línea, este cambio drástico transformaría las dinámicas de relacionamiento de las tecnocracias cerradas del Ministerio, así como el manejo de la salud pública y privada.

Los resultados negativos que tuvo el sistema sanitario, en parte responsabilidad de SUSALUD como superintendencia supervisora, se puede atribuir al carácter privatista, la dispersión de resultados y visiones y conducciones fragmentadas, incluso al interior de la propia coalición que debió y debe enfrentar una continua inestabilidad política que dificulta una conducción no dispar de estos procesos. Queda como agenda de investigación ahondar en el desempeño de SUSALUD dentro del sistema sanitario.

Finalmente, a pesar de la fragmentación y los contextos adversos que enfrenta la coalición, es claro que, junto a la conjunción de los otros dos factores, se da un proceso de reorganización desestructurado, pero que finalmente deviene en la Superintendencia. El marco propuesto permite categorizar los hallazgos y la discusión subyacente, y entender la complejidad del proceso político analizado, y la conformación de parámetros en salud y en la política. Esto nos da nuevas luces sobre el uso del marco de coaliciones promotoras en un contexto de naciente inestabilidad política y manejos verticales de los subsistemas de política, en donde los actores de la coalición se asocian casi sin desearlo.

¿Qué tanto puede hacer, o hacerse sobre SUSALUD? Al final, es una entidad que está marcada de forma significativa por lo que se haga en el Ministerio. En esa línea, se abordó el discurso y las ideas detrás de su reforma de la entidad, pero no su funcionamiento real. Eso marca la pauta para futuras investigaciones sobre el tan importante rol de la supervisión sanitaria.

Referencias bibliográficas

- Acuerdo Nacional. (s.f.). *Definición*. Acuerdo Nacional: unidos para crecer: <https://acuerdonacional.pe/foro-del-acuerdo-nacional/definicion/>
- Alayza, R., & Bensa, J. (2020). Las coaliciones promotoras de políticas en diferentes contextos: el caso de la reforma de transporte en Arequipa (Perú) 1999-2019. *Revista de Ciencia Política y Gobierno*, 5(10), 7-30. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/cienciapolitica/article/view/21992>
- Almeida, C. (2005). Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: Conceptos, Agenda, Modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(9), 6-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54540902>
- Arévalo, J. (2019). *Problemas operativos e institucionales de las redes de sociedad civil para la incidencia en el proceso de diseño de una política pública: el caso de la ley de radio y televisión n.º 28278*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/15230>
- Arroyo, J. (2000). *Salud: La Reforma Silenciosa*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración.
- Arroyo, J. (2007). *ForoSalud: Memoria de una construcción de sociedad civil, 2000-2004*. Lima: CARE Perú.
- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud*. Washington, DC.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2012). *Perú: Alianza Estratégica con el país para los ejercicios 2012-2016*. Documento de estrategia para el país. <https://documentos.bancomundial.org/es/publication/documents-reports/documentdetail/423711468079730596/peru-alianza-estrategica-con-el-pais-para-la-ejercicios-2012-2016>
- Belaid, L., & Ridde, V. (2015). Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health policy and planning*, 30(3), 309-321.
- Bueno, O., Castro, J., & Sánchez Moreno, F. (1998). Enfoques de la reforma de la salud en el Perú de 1998: Ecos de un debate / Approaches to the peruvian health care reform of 1998: about a discussion. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 59(4), 321-324.
- Cánepa, G., & Lamas, L. (2020). Introducción. Las paradojas del emprendedor: una introducción a las épicas neoliberales en el Perú. En G. Cánepa, & L. Lamas (Edits.), *Épicas del neoliberalismo: Subjetividades emprendedoras y ciudadanías precarias en el Perú* (págs. 15-55). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Capano, G. (2009). Understanding policy change as an epistemological and theoretical problem. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 11(1), 7–31.
- Chaccha, H. (2019). *El poder de las coaliciones en la arena de las políticas públicas: caso ley universitaria*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/14322>
- Colegio Médico del Perú. (13 de abril de 2014). LA REPÚBLICA. A continuación damos a conocer los resultados del referéndum sobre la llamada "Reforma de la Salud". [Actualización de estado de Facebook]. <https://www.facebook.com/photo/?fbid=627295520696493&set=a.138521642907219>
- Colegio Médico del Perú. (28 de junio de 2015). Por cinco años, el Colegio Médico estuvo sumido en un silencio cómplice, frente a la pseudo reforma de la salud. [Actualización de estado de Facebook]. <https://www.facebook.com/ColegioMedicodelPeru/videos/875393355886707>
- Collins, C., Green, A., & Hunter, D. (1999). Health sector reform and the interpretation of policy context. *Health policy*, 47(1), 69-83.
- Comisión Permanente del Congreso de la República del Perú. (12 de agosto de 2002). Ley 27813. *Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/424120/ley-n-27813.pdf>
- Congreso de la República del Perú. (15 de mayo de 1997). Ley 26790. *Ley de Modernización del Seguro Social en Salud*. <https://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26790.pdf>
- Congreso de la República del Perú. (30 de marzo de 2009a). Ley 29344. *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*. <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>
- Congreso de la República del Perú. (30 de setiembre de 2009b). Ley 29414. *Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud*. <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29414.pdf>
- Congreso de la República del Perú. (9 de agosto de 2013). Ley 30073. *Ley que delega en el poder ejecutivo la facultad de legislar en materia de fortalecimiento del sistema nacional de salud*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/240108-30073>
- Congreso de la República del Perú. (30 de setiembre de 2016). Ley 30506. *Ley que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de reactivación económica y formalización, seguridad ciudadana, lucha contra la corrupción, agua y saneamiento y reorganización de Petroperú S.A.* https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/105227/_30506_NORMAS_LEGALES_-_11-10-2016_10_54_50_-Ley_N_30506.pdf?v=1661380692

- Consejo Nacional de Salud. (15 de enero de 2013a). Acta de la Centésimo Vigésima Séptima (127ma) Sesión de carácter Ordinaria del Consejo Nacional de Salud.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405082/Acta_Sesi%C3%B3n_Ordinaria_12720191029-31418-19hg68e.pdf?v=1572390598
- Consejo Nacional de Salud. (26 de marzo de 2013b). Acta de la Centésimo Vigésima Novena (129va) Sesión de carácter Extraordinaria del Consejo Nacional de Salud.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405079/Acta_Sesi%C3%B3n_Extraordinaria_12920191029-31418-t8o3k.pdf?v=1572396024
- Consejo Nacional de Salud. (9 de abril de 2013c). Acta de la Centésima Trigésima (130ma) Sesión de carácter Extraordinaria del Consejo Nacional de Salud.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405080/Acta_Sesi%C3%B3n_Extraordinaria_13020191029-31418-qqu1p9.pdf?v=1572390594
- Consejo Nacional de Salud. (28 de mayo de 2013d). Acta de la Centésimo Trigésima Séptima (137ma) Sesión de carácter Extraordinaria del Consejo Nacional de Salud.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405089/Acta_Sesi%C3%B3n_Extraordinaria_13720191029-31418-21qiz.pdf?v=1572390606
- Consejo Nacional de Salud. (4 de julio de 2013e). Acta de la Centésima Cuadragésima (140ma) Sesión de carácter Extraordinaria del Consejo Nacional de Salud.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405092/Acta_Sesi%C3%B3n_Extraordinaria_14020191029-31418-ex6z0b.pdf?v=1572390611
- Consejo Nacional de Salud. (julio de 2013f). Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Lima: Ministerio de Salud.
- Consejo Nacional de Salud. (31 de enero de 2014a). Acta de la Centésima Cuadragésima Cuarta (144ta) Sesión de carácter Ordinaria del Consejo Nacional de Salud.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405094/Acta_Sesi%C3%B3n_Ordinaria_14420191029-31418-3cjinx.pdf?v=1572390617
- Consejo Nacional de Salud. (25 de febrero de 2014b). Acta de la Centésima Cuadragésima Quinta (145ta) Sesión de carácter Ordinaria del Consejo Nacional de Salud.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405097/Acta_Sesi%C3%B3n_Ordinaria_14520191029-31418-1bwlad4.pdf?v=1572390618
- Consejo Nacional de Salud. (29 de abril de 2014c). Acta de la Centésima Cuadragésima Séptima (147ma) Sesión de carácter Ordinaria del Consejo Nacional de Salud.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405096/Acta_Sesi%C3%B3n_Ordinaria_14720191029-31418-1fqj8wl.pdf?v=1572390618

- Consejo Nacional de Salud. (4 de noviembre de 2014d). Acta de la Centésima Quincuagésima Tercera (153ra) Sesión de carácter Extraordinaria del Consejo Nacional de Salud. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405105/Acta_Sesi%C3%B3n_Extraordinaria_15320191029-31418-9he2s5.pdf?v=1572390636
- Consejo Nacional de Salud. (25 de febrero de 2015a). Acta de la Centésima Quincuagésima Séptima (157ma) Sesión de carácter Ordinaria del Consejo Nacional de Salud. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405107/Acta_Sesi%C3%B3n_Ordinaria_15720191029-31418-xvbjhr.pdf?v=1572390638
- Consejo Nacional de Salud. (29 de octubre de 2015b). Acta de la Centésima Sexagésima Séptima (167ma) Sesión de carácter Ordinaria del Consejo Nacional de Salud. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405116/Acta_Sesi%C3%B3n_Ordinaria_16720191029-31418-1ybgkz.pdf?v=1572390654
- Consejo Nacional de Salud. (31 de marzo de 2016a). Acta de la Centésima Septuagésima Tercera (173ra) Sesión de carácter Ordinaria del Consejo Nacional de Salud. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405121/Acta_Sesi%C3%B3n_Ordinaria_17320191029-31418-g2whom.pdf?v=1572390662
- Consejo Nacional de Salud. (25 de agosto de 2016b). Acta de la Centésima Septuagésima Octava (178va) Sesión de carácter Ordinaria del Consejo Nacional de Salud. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405126/Acta_Sesi%C3%B3n_Ordinaria_17820191029-31418-mn2mep.pdf?v=1572390672
- Consejo Nacional de Salud. (6 de febrero de 2017a). Acta de la Centésima Octagésima (180ma) Sesión Ordinaria del Consejo Nacional de Salud. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405128/Acta_Sesi%C3%B3n_Ordinaria_18020191029-31418-1tuwvq0.pdf?v=1572390673
- Consejo Nacional de Salud. (23 de febrero de 2017b). Acta de la Centésima Octogésima Primera (181ra) Sesión Ordinaria del Consejo Nacional de Salud. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/405129/Acta_Sesi%C3%B3n_Ordinaria_18120191029-31418-1yulzuc.pdf?v=1572390676
- Constitución Política del Perú. (29 de diciembre de 1993). [Constitución Política]. Perú.
- Copetta, C., & Barreta, M. (2011). *Financiamiento, Regulación y Fiscalización en Latinoamérica: más calidad y derechos en Salud. IV Congreso Latinoamericano de Organos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud. Ministerio de Salud de Chile.*
- Correa Vélez, V. (2020). *Reforma a la salud en Colombia, el Proyecto de ley 010 analizado a la luz del Enfoque de coaliciones promotoras.* [Tesis de Maestría, Universidad EAFIT]. <http://hdl.handle.net/10784/29676>

- Crocco, P., Schroeder, P., Villen, M. T., & Yen, E. (2000). Iniciativa regional de reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), 135-139. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700018&lng=pt&nrm=iso
- Cuba, H. (12 de febrero de 2014). El Proceso de Reforma de la Salud en el Perú y el traspaso de recursos públicos al sector privado. *Asociación Médica Peruana*. <https://amp.pe/el-proceso-de-reforma-de-la-salud-en-el-peru-y-el-traspaso-de-recursos-publicos-al-sector-privado/>
- Dargent, E. (2008). *Islas de eficiencia y reforma del Estado: Ministerios de Economía y Salud 1990-2008. Reporte final*. Lima: CIES/SASE.
- Dargent, E. (2021). *El páramo reformista: Un ensayo pesimista sobre la posibilidad de reformar al Perú*. Lima: Fondo Editorial de la PUCP.
- de Habich, M. (27 de abril de 2013). Lineamientos de reforma del sector salud. Sesión del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú [Presentación].
- de Habich, M., Madueño, M., & Sobrevilla, A. (2009). *El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud: fundamentos técnicos y metodológicos*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 Project, Abt Associates Inc.
- Del Carmen Sara, J. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 288-295. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>
- Durand, F., & Salcedo, E. (2020). Intereses, gremios y situaciones de captura del Estado en salud. En F. Durand, E. Salcedo, E. Beteta, O. Elorreaga, & C. Gianella, *Patologías del sistema de salud peruano* (págs. 49-145). Fondo Editorial de la PUCP.
- Eibenschutz, C., S. V., Tamez González, S., Zafra Gatica, X., & Ramírez Villegas, R. M. (2014). Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú. *Saúde em Debate*, 38(103), 872-885.
- Fernández, J., Pereira, J., & Torres, A. (1995). Una Agenda a Debate: El Informe del Banco Mundial "Invertir en Salud". *Revista Española de Salud Pública*, 69(5), 385-391.
- Foro Salud. (noviembre de 2015). La lucha por el derecho a la salud 2013-2015: Incidencia, movilización, propuesta, articulación. [Documento en línea]. https://issuu.com/forosalud/docs/forosalud_2013_-_2015_-_incidencia_
- Foro Salud Perú. (26 de diciembre de 2013a). SOCIEDAD CIVIL EXCLUIDA DE LA NUEVA COMPOSICIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO DE SUNASA. [Actualización de estado de Facebook].

<https://www.facebook.com/photo?fbid=237757569738688&set=a.234879236693188>

Foro Salud Perú. (30 de diciembre de 2013b). TERCERA ASAMBLEA DEL FRENTE NACIONAL POR EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS. [Actualización de estado de Facebook]. <https://www.facebook.com/ForoSalud/posts/pfbid02QpZ1GPFUDKa39tbRjP7maCvPZvKF96AxoSG2rEQd41PpaXovL3DnHCvUvX4Beh95l>

Foro Salud Perú. (5 de mayo de 2014a). COMITÉ EJECUTIVO AMPLIADO DE FOROSALUD Miércoles 7 de mayo 6 pm - Local Institucional. [Actualización de estado de Facebook]. <https://www.facebook.com/photo/?fbid=285462298301548&set=a.234879236693188>

Foro Salud Perú. (6 de junio de 2014b). MOVILIZACIÓN: ¡REFORMA SÍ PERO NO ASÍ! [Actualización de estado de Facebook]. https://www.facebook.com/ForoSalud/posts/pfbid02RDY8Rvs85XKz1788w3g3FQbDMm8xgLqPUPWd2Sc3oD7qSKp4y2QZZtdGaNuHj6xxl?locale=es_LA

Foro Salud Perú. (8 de julio de 2014c). REFORMA SÍ, PERO NO ASÍ. CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL AMPLIADO DE FOROSALUD. [Actualización de estado de Facebook]. <https://www.facebook.com/photo/?fbid=316504381864006&set=a.234879236693188>

Foro Salud Perú. (29 de setiembre de 2014d). SUSALUD CONTARÁ CON 584 FUNCIONARIOS. [Actualización de estado de Facebook]. <https://www.facebook.com/photo?fbid=353819748132469&set=a.234879236693188>

Foro Salud Perú. (20 de octubre de 2014e). EVENTOS ADVERSOS Y SUSALUD. [Actualización de estado de Facebook]. <https://www.facebook.com/photo/?fbid=362362473944863&set=a.234879236693188>

Foro Salud Perú. (15 de enero de 2015a). FOROSALUD SOBRE REGLAMENTO DE INFRACCIONES Y SANCIONES DE SUSALUD [Vídeo]. https://www.youtube.com/watch?v=moql9HI0694&ab_channel=ForoSaludPer%C3%BA

Foro Salud Perú. (13 de agosto de 2015b). SOCIEDAD CIVIL RECIBE DEL MINSA REGLAMENTO DE LEY DE DERECHOS EN SALUD. [Actualización de estado de Facebook]. <https://www.facebook.com/ForoSalud/posts/pfbid02hWiUvjeGGnq7vZ2stc7Vb56Uua5niQNnJfAxaTb8hJrAheHS3s2btqXnYwBRgYH6l>

Foro Salud Perú. (17 de mayo de 2016a). HOY CONSULTA CIUDADANA DE REGLAMENTO DE ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS. [Actualización de estado de Facebook].

<https://www.facebook.com/photo/?fbid=600377896809985&set=a.234879236693188>

Foro Salud Perú. (18 de agosto de 2016b). LA CIUDADANA Y EL CIUDADANO COMO CENTRO DEL SISTEMA DE SALUD. URGENTES MEDIDAS FRENTE A LA VULNERACIÓN DE DERECHOS Y NEGLIGENCIAS MÉDICAS. [Actualización de estado de Facebook]. <https://www.facebook.com/ForoSalud/posts/pfbid0tp5zcAhxrHdaibTKKDK3L6twcmStbMKFz29T5HjRyKBKYkEkrbHa2FnVhbei5NFwl>

Foro Salud Perú. (11 de enero de 2017a). FORO SALUD MARCHA POR LA DEROGACIÓN DE DECRETOS LEGISLATIVOS QUE ATENTAN CONTRA LA SALUD. [Actualización de estado de Facebook]. <https://www.facebook.com/ForoSalud/posts/pfbid02ojSGtutkqg6hfkLr6JMGxZDdqhMmvA2qAdDZSGTp1mqewegq3JyWcJuvr9ZwWaPI>

Foro Salud Perú. (14 de julio de 2017b). ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD (Primera parte). [Actualización de estado de Facebook]. <https://www.facebook.com/ForoSalud/posts/pfbid02QjYYkmCZa7ckzCb96wVR9XDixJ9ymiVggasCQDEUa4jm5ZJXPjwrSsPZaKnhHQfsl>

FOROSALUD. (30 de noviembre de 2013). Declaración Política de la VI Conferencia Nacional de Salud. *Derecho a la Salud para Todas y Todos ¡Por un Sistema Universal de Salud Ahora!*

FOROSALUD. (diciembre de 2015). Declaración Política de la VII Conferencia Nacional De Salud. *Participación Vinculante En Salud.*

ForoSalud Comunicaciones. (26 de junio de 2015). FOROSALUD RECHAZA QUE SUSALUD ANTEPONGA EL MERCADO AL DERECHO A LA SALUD. *La Mula*. <https://lamula.pe/2015/06/26/forosalud-rechaza-que-susalud-anteponga-el-mercado-al-derecho-a-la-salud/forosaludp/>

Francke, P. (2018). Derecho a la salud, cáncer y política fiscal en el Perú . *Departamento de Economía de la PUCP: DOCUMENTO DE TRABAJO N° 449.*

Franco, L. (2008). *Del pluralismo estructurado según Juan-Luis Londoño y Julio Frenk*. [Especialización en Gerencia de la Protección Social, Universidad CES]. <http://hdl.handle.net/10946/1780>

Gana Perú. (2010). *LA GRAN TRANSFORMACIÓN PLAN DE GOBIERNO 2011-2016. Comisión de Plan de Gobierno 2011-2016.*

García Ascencios, F. (2020). La protección del Derecho a la Salud: el caso peruano. *Revista Derecho y Salud*(5), 79-93. [https://doi.org/https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2020\)18](https://doi.org/https://doi.org/10.37767/2591-3476(2020)18)

García Cabrera, H., Díaz Urteaga, P., Ávila Chávez, D., & Cuzco Ruiz, M. Z. (2015). La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. *Anales de la*

Facultad de Medicina, 76, 7-26.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i1.10966>

- Gibaja, C. (2014). *La Reforma de Salud en el gobierno de Ollanta Humala (2013-2014)*. [Trabajo para la Diplomatura de Especialización en Alta Dirección en Salud Pública, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://es.slideshare.net/slideshow/la-reforma-de-salud-en-el-per-analisis-critico/35988584>
- Gobierno de Chile. (s.f.). *Historia*. Superintendencia de Salud: <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-acerca-de-la-superintendencia/historia-6120/>
- Gobierno de Colombia. (s.f.). *Historia*. Superintendencia Nacional de Salud: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/estructura-organica-y-talento-humano/funciones-y-deberes>
- Gomes Temporão, J., & Faria, M. (2014). Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 740-746.
- Gómez Lee, M. I. (2012). El marco de las coaliciones de causa –Advocacy Coalition Framework. *Revista Opera*(12), 11-30.
- Gomez Medina, L. E. (2017). El Pluralismo Estructurado: Una Alternativa en el Sector Salud en México. *Instituto de Investigaciones y Estudios Superiores de las Ciencias Administrativas de la Universidad Veracruzana (IIESCA)*(2), 58-71.
- Grompone, Á. (2017). La inacabable búsqueda de eficiencia: claves para entender las agendas tecnocráticas en el Perú actual. En Á. Gálvez, & Á. Grompone, *Burócratas y tecnócratas. La infructuosa búsqueda de la eficiencia empresarial en el Estado Peruano del siglo XXI*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Grupo de Trabajo del Foro del Acuerdo Nacional. (octubre de 2015). Los Objetivos de la Reforma de Salud. Ser humano como fin de la Reforma de Salud, Integralidad de la Atención y Participación.
- Grupo Parlamentario del Partido Morado. (2020). Proyecto de Ley N°05792-2020-CR. *Proyecto de ley de fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud*. https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL05792-20200716.pdf
- Hayakawa, M. (2020). Las coaliciones promotoras de la política pública de salud mental en Perú. *Revista De Ciencia Política Y Gobierno*, 5(10), 55-78. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/cienciapolitica/article/view/21994>
- Herrera, A. (2022). *Medicina tradicional y complementaria: una experiencia de innovación desde EsSalud*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/22994>

- Holzmann, R., & Jorgensen, S. (1999). Social Protection as Social Risk Management: Conceptual Underpinnings for the Social Protection Sector. Strategy Paper. 11, 1005-1027.
- Howlett, M., & Cashore, B. (2020). Public policy: definitions and approaches. En G. Capano, & M. Howlett (Edits.), *A Modern Guide to Public Policy* (págs. 10-21). Chentelham: Edward Elgar Publishing.
- Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. (19 de enero de 2017). Ministra Patricia García: En Salud No Podemos Esperar [Nota de prensa]. <https://www.incn.gob.pe/2017/01/19/ministra-patricia-garcia-en-salud-no-podemos-esperar/>
- Jeri, M. (2018). *Participación institucionalizada de los usuarios en la Superintendencia Nacional de Salud*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/f1bd8adf-f8aa-41da-8feb-ee7a369a94af>
- Jumpa, D. (2019). Aseguramiento universal en salud en el Perú: una aproximación a 10 años de su implementación. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(3), 75-80. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2158>
- Lasswell, H. D. (1956). *The Decision Process: Seven Categories of Functional Analysis*. College Park, MD: University of Maryland.
- Laurell, A. C. (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Social Medicine*, 5(1), 79-88. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/403>
- Laurell, A. C. (2016). Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 293-314.
- Limay, J. (2019). *Lo no saludable del intento: análisis de la capacidad de agencia de la Federación Médica Peruana en el marco de la reforma de la política salarial y laboral del sector salud en el período 2013-2014*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/14040>
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo: Oficina del Economista Jefe, Documento de Trabajo 353.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud del Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(2), 177-187. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013&lng=es&tlng=es

- Malo-Serrano, M., & Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 754-761.
- Martinón Quintero, R. (2017). La incorporación de las ideas al análisis de políticas públicas en el marco de las coaliciones promotoras. *Gestión y política pública*, 16(2), 281-318.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792007000200281&lng=es&tlng=es
- Medici, A. (2006). Las reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política. *Bienestar y Política Social*, 2, 1-26.
- Mendoza, I. (2006). *El acuerdo de los partidos políticos en salud. Sistematización de experiencias*. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias: Abt Associates Inc.
- Mendoza-Arana, P. J., Rivera-Del Río, G., Gutiérrez-Villafuerte, C., & Sanabria-Montáñez, C. (2018). El proceso de reforma del sector salud en Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-6.
<https://doi.org/https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.74>
- Ministerio de Salud. (7 de junio de 2013a). Representantes de todo el Sector Salud peruano participan en evento internacional sobre reforma [Nota de prensa].
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/33836-representantes-de-todo-el-sector-salud-peruano-participan-en-evento-internacional-sobre-reforma>
- Ministerio de Salud. (20 de noviembre de 2013b). Sunasa se convertirá en Superintendencia Nacional de Salud [Nota de prensa].
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/33097-sunasa-se-convertira-en-superintendencia-nacional-de-salud>
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Consejo Nacional de Salud (CNS)*. Contenido institucional:
<https://www.gob.pe/7890-ministerio-de-salud-consejo-nacional-de-salud-cns>
- Ministerio de Salud del Perú. (19 de enero de 2017). [ENTREVISTA] Vamos a dar un mejor servicio contra el cáncer, para quien más lo necesite. La salud y los pacientes no pueden esperar. [Actualización de estado de Facebook].
<https://www.facebook.com/watch/?v=10154196632292765>
- Monge, K. (2023). *Construyendo institucionalidad: Factores que explican el avance pro-género en el sector Educación mediante la elaboración del Currículo Nacional de Educación Básica 2016*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/24136>
- Montero-Díaz, R., Santana-López, S., Carnota-Lauzán, O., & Arocha-Mariño, C. (2022). Las reformas de los sistemas de salud: un enfoque desde la gerencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 48.
<https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/3276>

- Moscoso, W. (2018). *¿Desarrollo hacia dónde?: el análisis de la coalición promotora del desarrollo alternativo en Tocache*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/12224>
- Nepo-Linares, E., & Velásquez, A. (2016). El Acuerdo Nacional como espacio de consenso para la definición de los objetivos de la reforma de salud y establecer políticas de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 540-545. <https://doi.org/doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2331>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. CD53/5, Rev.2. Washington, DC.
- Otero Maguiña, M. (2022). *Entre la Adopción y la Implementación de una Política Pública: un Estudio Sobre el Proceso de Reglamentación de la Ley de Alimentación Saludable*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/22632>
- Panamericana TV. (8 de enero de 2015). FEDERACIÓN MÉDICA EN DESACUERDO CON NUEVA NORMA DE SANCIONES DE SUSALUD. *Buenos Días Perú*. <https://panamericana.pe/buenosdiasperu/salud/173509-federacion-medica-desacuerdo-nueva-norma-sanciones-susalud>
- Perú 21. (23 de octubre de 2016). Patricia García: “Han sido cinco años de oscurantismo en Salud”. <https://peru21.pe/politica/patricia-garcia-han-sido-cinco-anos-oscurantismo-salud-231470-noticia/>
- Ponce de León, Z. (2021). Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19: documento de política pública. *Políticas y debates públicos*. PUCP. N°2: Mayo. <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/176598>
- Ponce de León, Z. (2022). *Reforma del sistema sanitario y de salud. Balance de investigación 2016-2021 y agenda de investigación 2021-2026*. Consorcio de Investigación Económica y Social, CIES.
- Presidencia de la República. (3 de abril de 2010). Decreto Supremo 008-2010-SA. *Aprueban Reglamento De La Ley No 29344, Ley Marco De Aseguramiento Universal En Salud*.
- Presidencia de la República. (8 de enero de 2013a). Resolución Suprema 001-2013-SA.
- Presidencia de la República. (6 de diciembre de 2013b). Decreto Legislativo 1158. *Decreto Legislativo que dispone las medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/197022-1158>
- Presidencia de la República. (9 de junio de 2014a). Decreto Supremo 008-2014-SA. *Aprueban Reglamento de Organización de Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud*.

- Presidencia de la República. (6 de julio de 2014b). Decreto Supremo 031-2014-SA. *Aprueban Reglamento de Infracciones y Sanciones de SuSalud.*
- Presidencia de la República. (13 de agosto de 2015a). Decreto Supremo 026-2015-SA. *Aprueban Reglamento de Transferencia de Funciones del Indecopi a SuSalud, en el marco del Decreto Legislativo 1158.*
- Presidencia de la República. (13 de agosto de 2015b). Decreto Supremo 027-2015-SA. *Aprueban Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.*
- Presidencia de la República. (21 de octubre de 2015c). Decreto Supremo 034-2015-SA. *Decreto Supremo que Aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS.*
- Presidencia de la República. (26 de julio de 2016a). Decreto Supremo 030-2016-SA. *Aprueban Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, Públicas, privadas o mixtas.*
- Presidencia de la República. (29 de diciembre de 2016b). Decreto Legislativo 1289. *Decreto Legislativo que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.* <https://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/doc/Norma-creacion-entidad/DL-1289.pdf>
- Quijano Caballero, Ó. (2015). Potestad Sancionadora Administrativa en Materia de Salud. *Derecho & Sociedad*(45), 135-148. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/15233>
- Quijano Caballero, Ó., & Munares García, Ó. (2016). Protección de derechos en salud en el Perú: experiencias desde el rol fiscalizador de la Superintendencia Nacional de Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 529-534. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2303>
- Ríos, M. (junio de 2013). Luz verde a reforma de la salud mercantilista. *Revista Ideele N°231*. <https://revistaideele.com/ideele/content/luz-verde-reforma-de-la-salud-mercantilista>
- Ríos, M. (18 de enero de 2017). Las razones jurídicas de la eliminación de facultades a SUSALUD. *Conexión Vida*. <https://conexionvida.pe/2017/01/18/las-razones-juridicas-de-la-eliminacion-de-facultades-a-susalud/>
- Sabatier, P. (1988). An Advocacy Coalition Framework of Policy Change and the Role of Policy-Oriented Learning Therein. *Policy Sciences*, 21(2/3), 129–168. <http://www.jstor.org/stable/4532139>
- Sabatier, P. (1998). The advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe. *Journal of European Public Policy*, 5(1), 98-130.

- Sabatier, P., & Weible, C. (2007). The Advocacy Coalition: Innovations and Clarifications. En P. Sabatier, *Theories of the Policy Process* (págs. 189-220). Nueva York: Routledge.
- Saco, A. (4 de agosto de 2013). FOROSALUD, FEDERACIÓN MÉDICA PERUANA, ACADEMIA PERUANA DE LA SALUD. Pronunciamiento conjunto llamando a un debate nacional sobre la reforma de la salud. *La Mula*. <https://alexandro09538.lamula.pe/2013/08/04/forosalud-federacion-medica-peruana-academia-peruana-de-la-salud/alexandro09538/>
- Saco, A. (25 de mayo de 2014a). REFORMA DE SALUD DEBE DISCUTIRSE ABIERTAMENTE. *La Mula*. <https://alexandro09538.lamula.pe/2014/05/25/reforma-de-la-salud-debe-discutirse-abiertamente/alexandro09538/>
- Saco, A. (12 de junio de 2014b). FOROSALUD RECHAZA NUEVAS FACULTADES DE SUNASA. *La Mula*. <https://alexandro09538.lamula.pe/2014/06/12/forosalud-rechaza-nuevas-facultades-de-sunasa/alexandro09538/>
- Saco, A. (2014c). Perú: articulación social gremial frente a reforma neoliberal. La historia reciente. En R. González, S. Barria, & A. Sengupta (Edits.), *La lucha por el derecho a la salud en América Latina* (págs. 58-65). ALAMES EDICIONES.
- Saco, A. (8 de octubre de 2015). VII Conferencia Nacional de Salud: Participación Vinculante en Salud. Invitación a ALAMES. *Asociación Latinoamericana de Medicina Social*. <https://alames.org/vii-conferencia-nacional-de-salud-participacion-vinculante-en-salud/>
- Salazar, A. (2023). *El derecho a ser representadas: la lucha de las trabajadoras del hogar por el reconocimiento de sus derechos laborales en el Congreso de la República del Perú*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/24714>
- Segovia, E. (2018). El dilema para denunciar: una crítica a la transferencia de funciones del Indecopi a Susalud en materia de servicios médicos y de seguros. *THEMIS Revista de Derecho*(73), 307-323. <https://doi.org/https://doi.org/10.18800/themis.201801.018>
- Silva, G. (2020). Más vale prevenir que lamentar. Las coaliciones promotoras en torno a la creación del Lugar de la Memoria. *Revista de Ciencia Política y Gobierno*, 5(10), 31-53. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/cienciapolitica/article/view/21993>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2016). *Informe de transferencia de gestión por cambio de titular - Agosto 2016 (Gestión de Dra. Flor de María Philipps Cuba a Dra. Elena Cristina Zelaya Arteaga)*. <https://portal.susalud.gob.pe/blog/transferencia-de-gestion/>

- Superintendencia Nacional de Salud. (2017). *Informe de transferencia de gestión por cambio de titular - Diciembre 2017 (Gestión de Dra. Elena Cristina Zelaya Arteaga a Dr. Carlos Manuel Acosta Saal)*. <https://portal.susalud.gob.pe/blog/transferencia-de-gestion/>
- Távora, J. I. (2006). Regulación y Democracia: Balance de las reformas y agenda pendiente. *Derecho & Sociedad*(26), 84-95. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/17129>
- Torres, F. (25 de junio de 2020). ¿Por qué las clínicas cometen abusos y el Estado no hace reformas de fondo? *Salud con Lupa*. <https://saludconlupa.com/noticias/por-que-las-clinicas-hacen-cobros-abusivos-y-el-estado-no-hace-reformas-de-fondo/>
- Ugalde, A., & Jackson, J. T. (1998). Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica / Health polity: a critic revision. *Cuadernos médico sociales del Centro de Estudios Sociales y Sanitarios de la Asociación Médica de Rosario*(73), 45-60.
- Urriola, C., Infante, A., Aguilera, I., & Ormeño, H. (2016). La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. *Salud Pública de México*, 58, 514-521. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8240>
- Valera, J. (2019). *El enriquecimiento indebido con causa por parte de las aseguradoras y clínicas que prestan servicio de salud bajo el sistema EPS*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9389>
- Valero-Julio, E., Beuf, A., Rojas-Valencia, H., & Tache-Victorino, M. (2020). Fragmentación, espacio y rentismo en la neoliberalización de la salud: el caso bogotano. *Sociedad y economía*(41), 45-63. <https://doi.org/https://doi.org/10.25100/sye.v0i41.8442>
- Vargas, S. (2017). *Las reformas del sistema de salud en el Perú en la última década: un análisis crítico y elementos para un nuevo sistema*. [Tesis de Doctorado, Universidad de San Martín de Porres]. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3774>
- Vásquez Becerra, J. (2020). Proyecto de Ley N°05508-2020-CR. *Proyecto de ley de fortalecimiento de los derechos de salud de los consumidores*. https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL05508-20200612.pdf
- Vásquez Chuquilín, M. (2021). Proyecto de Ley N°07869/2021-CR. *Ley que reconoce acceso a la justicia de las personas usuarias en salud y la autonomía de la Superintendencia Nacional de Salud*. https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL07869-20210610.pdf

- Velarde, P. (2022). *La lucha por quienes faltan: articulación e incidencia de la sociedad civil para la aprobación de la Ley de Búsqueda de personas desaparecidas durante el periodo de violencia (1980-2000) entre los años 2011 y 2018*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/23372>
- Velásquez, A., Suarez, D., & Nepo-Linares, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 546-555. <https://doi.org/doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2338>
- Villasana López, P. E., Monteverde Sánchez, A., & Vegara Lanisbat, F. (2022). Derecho a la Salud y neoliberalismo en Venezuela y América Latina: Crónica incompleta de una narrativa en disputa (1960 – 2021): Right to Health and Neoliberalism in Venezuela and Latin America: Incomplete Chronicle of a Disputed Narrative (1960 – 2021). *Revista de Filosofía*, 39(100), 378-397. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.5987201>
- Zavala, F. (18 de agosto de 2016). "Una sola República, firme y feliz por la unión". *Exposición del Presidente del Consejo de Ministros Fernando Zavala Lombardi ante el Congreso de la República*. https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Investidura_del_Consejo_de_Ministros/Exposicion_de_Ministros/Presidencia/PCM20160818.pdf

Anexos

Anexo A. Lista de entrevistados

Grupo 1: Gestión de Habich-Velásquez (2012-2016)

- Entrevistado 001 – Anónimo – entrevistado el 9 de octubre de 2023
- Entrevistado 002 – Anónimo – entrevistado el 20 de setiembre de 2023
- Entrevistado 003 – Anónimo – entrevistado el 22 de febrero de 2024

Grupo 2: Gestión García (2016-2017)

- Entrevistado 004 – Anónimo – entrevistado el 6 de abril de 2024
- Entrevistado 005 – Anónimo – entrevistado el 13 de agosto de 2024

Grupo 3: Organizaciones de la sociedad civil (2012-2017)

- Entrevistado 006: Alexandro Saco – FOROSALUD – entrevistado el 21 de noviembre de 2023
- Entrevistado 007: Luis Lazo – FOROSALUD – entrevistado el 24 de abril de 2024
- Entrevistado 008: David Jumpa – FOROSALUD – entrevistado el 26 de setiembre de 2023
- Entrevistado 009: Jesús Bonilla – Federación Médica Peruana – entrevistado el 28 de marzo de 2024
- Entrevistado 010: César Palomino – Colegio Médico del Perú – entrevistado el 6 de junio de 2024

Cooperantes internacionales (2013-2017)

- Entrevistado 011 – Anónimo – entrevistado el 19 de febrero de 2024
- Entrevistado 012 – Anónimo – entrevistado el 7 de junio de 2024

Especialistas en salud:

- Entrevistado 013: Juan Arroyo – entrevistado el 24 de mayo de 2024