

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL PERU

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



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 PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO

AUTORA:

Jimena Gisella Limay Castillo

ASESORA:

Jessica Bensa Morales

Lima, noviembre de 2018

RESUMEN

En el año 2013, siendo ministra de Salud Midori de Habich, se impulsó la Reforma del Sector Salud. Tras una extensa huelga realizada por la Federación Médica Peruana en rechazo de esta, se presentó una moción de censura en contra de la ministra y, tiempo después, De Habich anunció su renuncia. En este sentido, es posible considerar pertinente el siguiente cuestionamiento: ¿Qué factores influyen en la capacidad de agencia de dicho gremio?

A fin de poder responder a la pregunta propuesta, la presente investigación tiene por objetivo analizar los factores que influyen en la capacidad de agencia del gremio médico en el contexto de la reforma del sector salud, para ello se toman en cuenta los siguientes: identidad corporativa del gremio, las características organizativas del mismo, las características organizativas del sector salud y el contexto político en el que ocurre la reforma. El análisis aplicado permite reconocer la existencia de componentes inherentes a la formación en la carrera médica que generan un pacto tácito de protección en el grupo profesional estudiado, falencias dentro de la estructura organizativa del gremio que generan cúpulas instauradas y el efecto negativo que tuvo la inestabilidad del partido oficialista. A su vez, se identifica un componente social que beneficia a la profesión médica por encima del resto de profesionales de salud que podría explicar el respaldo al gremio de parte de la sociedad civil.

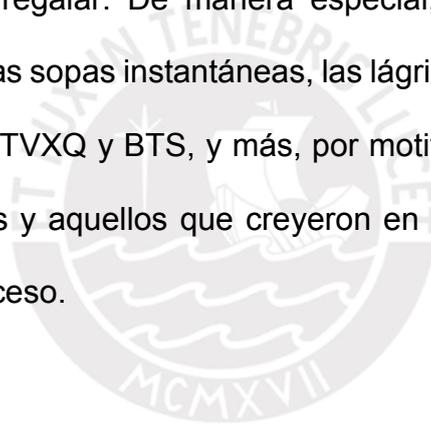
- Palabras clave: REFORMA DE SALUD, ACTORES POLÍTICOS, ACTORES CORPORATIVOS, GREMIO MÉDICO

*A todos los ciudadanos que sufren en la enfermedad y en la espera,
y a todo profesional de la salud que sigue luchando por cambiar esa
realidad.*



AGRADECIMIENTOS

Esta tesis ha sido posible gracias al amor de mis padres quienes se entregaron una vez más a luchar conmigo sin reparos y sin medidas, por sus besos y caricias infinitas, gracias. Agradezco a Andrea y Sebastian por nunca ahorrarse amor hacia mi persona; a mi gran familia, por entender la ausencia y por cada palmadita en la espalda; a Jessica, por la paciencia y la comprensión, por jugársela conmigo; a mis amigas Gelin y Alejandra, por cada gesto de apoyo y todo el café consumido. A Pepe, por cada sol invertido en los libros que con tanto amor me ha sabido regalar. De manera especial, agradezco a mi hermana Alejandra, por todas las sopas instantáneas, las lágrimas consoladas, los sueños compartidos, Naruto, TVXQ y BTS, y más, por motivarme a ser mejor. Gracias, finalmente, a aquellas y aquellos que creyeron en mi proyecto y me regalaron una sonrisa en el proceso.



ÍNDICE

Introducción	i
Capítulo I El gremialismo médico desde la teoría.....	1
1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Los actores en las políticas públicas	2
1.1.2 El proceso de implementación de las políticas públicas.....	4
1.1.3 Recursos de actores	6
1.1.4 Gremialismo Sindical	8
1.1.5 Acción corporativa	11
1.1.6 Capacidad de Agencia	13
1.2 Metodología	14
1.3 Preguntas y objetivos	19
1.4 Hipótesis	20
Capítulo II	22

Uno más en la lista: La Reforma de Salud 2013, el intento de Midori de Habich.....	22
2.1 El sector enfermo	22
2.2 Lineamientos de la Reforma de Salud.....	30
2.3 Contextualización	39
Capítulo III	45
¿La piedra en el zapato?: análisis de la Federación Médica Peruana ...	45
3.1 “Sin luchas, no hay victorias”: identidad colectiva y organización interna del gremio médico.....	45
3.2 Acción corporativa de la Federación Médica Peruana	53
Capítulo IV.....	58
Hallazgos y reflexiones.....	58
Conclusiones y recomendaciones	62
Bibliografía.....	67

INTRODUCCIÓN

En relación a los estudios de factores influyentes en la capacidad de agencia de los actores, el trabajo realizado a continuación apuesta por el estudio de la reforma del sector Salud impulsada durante el gobierno de Ollanta Humala. Para tal caso, la propuesta de esta tesis como unidad de observación es la agencia que posee el gremio médico para incidir sobre las decisiones políticas tomadas por el Poder Legislativo y Ejecutivo en el Perú en el contexto de implementación de la Reforma del Sector Salud durante la dirección de Midori de Habich. Se delimita a dicho período debido a que en este será posible observar el resultado de la puesta en práctica de las estrategias de los actores participantes con la intención de cumplir con sus intereses. En tanto se entienda a la aparente representación lograda de los intereses del gremio por parte de distintos congresistas como la etapa final, será posible realizar una narración de los hechos acontecidos a priori identificando a la par intereses, posiciones, conflictos y arenas en las que se desarrolla la puesta en práctica de las acciones del gremio médico para responder a las preguntas específicas.

Cabe mencionar que, si bien se puede observar una postura de parte del Legislativo que coincide con los intereses del gremio médico, esto no implica, en primer lugar, que se deba a una representación efectiva y, en segundo lugar, que la información que lo confirme se encuentre accesible. Es suficiente tener en cuenta la gran cantidad de casos de lobbies y negociaciones “por debajo de la mesa” existentes en estos tipos de procesos (Dente y Subirats, 2014). Siempre es importante tener en cuenta, por otro lado, que el gremio médico fue el único que no logró una especie de consenso con los negociadores del ejecutivo y finalmente logró que el gobierno cediera a muchos de sus requerimientos tras la salida de la ministra De Habich.

Además, como unidad de análisis se desea estudiar la capacidad de agencia demostrada por el gremio médico en relación al ámbito de los recursos humanos planteados en la reforma desde su aplicación hasta la salida de De Habich del puesto. Dentro de los actores considerados como parte de la investigación, se incluye a los impulsores de la reforma, Ministerio de Salud y Consejo Nacional de Salud; a los gremios de la salud, médicos y enfermeras, en especial; Ministerio de Economía; y Legislativo. Ellos serán considerados como los actores que la norma reconoce como aquellos que “deben intervenir”. En el desarrollo de esta tesis, se identifica la existencia de actores inesperados o que no forman parte expresamente de lo que la norma manda en consecuencia a lo postulado por Dente y Subirats (Dente y Subirats, 2014)

En esa misma línea, esta investigación parte de la realidad actual que revela que, si bien existe literatura que estudie las agrupaciones gremiales y

sindicales, los profesionales del sector salud no han sido estudiados en la magnitud en la que se debería considerar, teniendo en cuenta que, junto con grupos sindicales como el Sindicato Unitario de Trabajadores en la Educación del Perú (SUTEP), la acción gremial de la Federación Médica Peruana permanece vigente tras setenta años de fundación y, a diferencia de otros gremios del sector, incluye a todos los profesionales de la profesión médica, indistintamente de la institución para la que se brinde servicios: MINSA, EsSalud, sanidades de las FF.AA. y PNP, etc. El indudable protagonismo de la lucha gremial médica expresado en la negativa inquebrantable a la adopción de las medidas planteadas por la reforma y la negativa al diálogo negociador, junto a la crítica destructiva dirigida principalmente a la ministra supone un comportamiento resaltante de parte de la Federación Médica Peruana. El análisis de la composición del gremio y su estructura, el funcionamiento y eficacia de la convocatoria, el debate y la ejecución de su acuerdo, sumado a sus bases ideológicas, como parte del estudio enfocado en este actor, permitirá identificar cómo es que el proceso que siguió este conjunto de políticas públicas en nuestro país y la aplicación e implementación de un conjunto de estas durante el intento de una reforma íntegra de un sector permite que los gremios adquieran tal capacidad de control o posean tal capacidad de influencia en la ejecución de decisiones políticas de parte del Estado.

De igual forma, la justificación de la investigación parte de la necesidad de dirigir los estudios de la Ciencia Política al sector salud debido a, en primer lugar, la escasez de estudios que se dediquen a abordar la realidad de la salud pública hoy en día. Cerca de cinco años después de la implementación de la

Reforma del Sistema Salarial y Laboral del Sector Salud, actualmente, los conflictos entre el gremio médico y el Ministerio de Salud han resurgido durante el primer año del actual gobierno de Pedro Pablo Kuczynski. Las nuevas propuestas comprueban que los objetivos planteados en los lineamientos de la reforma no han sabido concluir con las disconformidades en lo referente a los recursos humanos.

Al respecto, es importante precisar que la investigación cobra incluso mayor importancia al tener en cuenta que, hoy por hoy, el sindicalismo está perdiendo protagonismo en la arena política, en el caso de América Latina, debido a las reformas económicas neoliberales asumidas en estos países.

¿Cómo se podría explicar, en un escenario como este, que un grupo sindical mantenga estable su protagonismo en comparación al resto de gremios de profesionales de la salud, incluso superando el número de miembros en algunos de los casos, como es el del gremio de enfermeros?

En tercer lugar, cabe considerar que, al ser un sector en el que la producción de estudios no ha sido lo suficientemente trabajada desde la Ciencia Política, esto genera inevitablemente que no se propongan medidas que busquen el mejoramiento de los servicios de salud pública con la constancia necesaria. Es de esperarse, entonces, que también sea escaso el número de estudios o trabajos que aborden específicamente el tema de la Reforma del Sector Salud, todo ello a pesar de que internacionalmente, la salud sea reconocida como uno de los sectores a los que los Estados deben considerar como una de sus mayores prioridades. En el Informe sobre la Salud en el mundo

de la Organización Mundial de la Salud (2010), se considera que la protección y la promoción de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Sin embargo, el abandono del sector queda evidenciado en el porcentaje del PBI del gasto total realizado en este, siendo este el 5.5 % del PBI para el año 2014, un monto incluso menor al registrado por países como Camboya (5.7% PBI) o Kenia (5.7% PBI) durante ese mismo año (Banco Mundial, 2014).

Por otra parte, recientemente, con la publicación del libro Salud Pública en el Perú, fue posible tener en cuenta cuál es la situación de los conflictos laborales en el sector en mención. Sobre el tema, escribe Alfonso Gushiken, es posible considerar a los recursos humanos como indispensables en el sector salud para la producción de servicios y la ejecución de las políticas de salud. Por este motivo, al aparecer conflictos que comprometen al personal, sobre todo cuando estos derivan en paralización de las labores que les corresponden, se afecta a las posibilidades de atención a los usuarios de los servicios de salud, lo que hace peligrar vidas o causa daños permanentes en la salud de los pacientes (Gushiken, 2014). Esto último justifica la necesidad de analizar la relación entre los gremios y el ministerio que puede ocasionar la paralización; relación que queda expuesta, a primera vista, de forma negativa ejemplificada en los hechos acontecidos durante la implementación de la reforma. A su vez, la investigación se encuentra en la capacidad de identificar mejores formas de relacionamiento con los gremios para evitar situaciones similares en procesos futuros.

Sumado a los puntos que justifican el desarrollo de este trabajo, este también se apoya en el hecho de que la realización de una investigación que busque entender cómo se desempeñó el gremio médico durante la implementación de la Reforma del Sector Salud puede brindar luces de qué cambios son necesarios durante dicho proceso para considerarlos en futuros planes de reforma. Al mismo tiempo, permite reconocer qué actores, además de la Federación Médica, a través de su participación, pueden estar influyendo, de forma intencional o no, negativa o positivamente, en el progreso de los intentos de reforma que, como se ha visto, son necesarios, con el único fin de obtener beneficios propios para el país.

Al enfocar el desarrollo de este trabajo en el accionar y estrategias aplicadas por el gremio médico, es posible reconocer cuánta importancia en la toma de decisiones ha logrado poseer la Federación Médica Peruana a través de los años. La fuerte oposición de parte del gremio demostrada en la huelga y el hecho de que esta produjera una tercera interpelación a la ministra permite que sea posible considerar que el gremio médico sobresale en cuanto a capacidad de influencia con respecto al resto de asociaciones gremiales. Siguiendo dicha lógica, es que cabe preguntarse: ¿qué factores permitieron que un gremio pueda “poner en jaque” al Ejecutivo?

Finalmente, el análisis del desempeño del gremio médico durante el período señalado de la reforma resulta pertinente ya que permite poseer un ejemplo de proceso de reforma institucional; el mismo que puede ser utilizable para el contraste con futuros intentos de reforma destinados al sector dentro del

país. Siguiendo esta línea, resulta posible considerar también que esta investigación encuentra justificación al permitir su uso para el análisis comparado con distintos casos de reforma, no solo del sector salud, sino de cualquier otro sector del Estado, siendo utilizable incluso para estudios comparativos con casos de reformas impulsadas en distintos países.



CAPÍTULO I EL GREMIALISMO MÉDICO DESDE LA TEORÍA

1.1 Marco Teórico

Las bases teóricas de esta tesis descansan en la literatura sobre políticas públicas de autores diversos; no obstante, se apoya, de manera especial, en el análisis del actor y su caracterización responde a la teoría de intereses corporativos planteada por Coleman, apoyándose, paralelamente, en el trabajo de Tilly sobre movimientos sociales con el propósito de reconocer el particular comportamiento del gremio. Por último, la capacidad de agencia se estudiará según la visión de Giddens expresada en la teoría de la estructuración.

En este sentido, esta investigación entenderá a las políticas públicas desde la visión de Joan Subirats (2012), quien considera que el término políticas públicas

“hace referencia a las interacciones, alianzas y conflictos en un marco institucional específico entre los diferentes actores públicos, parapúblicos y privados para resolver un problema colectivo que requiere de una acción concertada”. A partir de esta definición, será posible tomar en cuenta la relevancia del proceso de interacción de los actores, la identificación de los mismos y, de igual forma, el reconocimiento de sus estrategias e intereses.

Por otra parte, en su trabajo conjunto, Dente y Subirats (2014) dedican un capítulo a la definición de los actores. Su definición resulta pertinente pues guarda coherencia con la definición de políticas públicas previamente mencionada. Los actores serán considerados, de manera simplificada, como aquellos que llevan a cabo las acciones relevantes en el proceso de políticas públicas. La generalidad del concepto puede traer consigo una serie consecutiva de errores en el reconocimiento de los actores que entorpecería y retrasaría el estudio de la reforma. Por tal motivo, tal como postulan los autores, se debe excluir de esta categoría a todo aquel que limita su intervención a un simple interés por actuar o aquellos autores que deberían participar del proceso, pero que no necesariamente lo hacen. No obstante, es necesario considerar las posibles reacciones o la posibilidad de que los actores sean incitados a participar para no desestimar la existencia de un actor.

1.1.1 Los actores en las políticas públicas

Dente y Subirats (2014) resaltan la importancia de la identificación de actores como el primer paso en el análisis político de las políticas públicas. A través de sus

estrategias y acciones, contribuyen a determinar el desarrollo y los resultados de dicho análisis. En relación a esto, existe quien considera que es posible cuestionar la importancia del reconocimiento de actores pues, más allá de la normativa que indica quién debe participar en qué proceso, existe un número incalculable de factores influyentes impulsados por actores desde la ilegalidad o mediante *lobbies*. De igual forma, existe quien a pesar de sí participar del proceso político no es considerado como actor debido al reducido impacto o significancia de su participación. Al respecto, los autores aseguran que un correcto análisis político es capaz de reconocer que el actor no es solo aquel que “debería” intervenir según lo que ordena la regla (Dente y Subirats, 2014).

En su reciente investigación, Torres (2016) plantea que siendo la parte importante a analizar en estos casos la de “implementación” de la política pública. Es importante reconocer que, en la realidad, esta no es necesariamente el resultado de las sumas de las fases previas. Esta equivocación genera, según el autor, que se asuma erradamente que el hacedor de políticas termina su labor con la formalización, a través de la creación de un marco normativo, de una propuesta, dejando de lado los retos que aparecen en la implementación, tales como la asimetría de información, la ausencia de liderazgo político, las barreras culturales, las brechas de competencia, la diferencia de intereses entre decisores y operadores, entre otros aspectos que inciden sobre la implementación”. (Torres 2016)

Para entender el papel que desempeñan los actores, esta investigación, siguiendo el trabajo de Dente y Subirats, partirá del *Concepto de Intercambio Político*. Dicho concepto posibilitará identificar cómo y cuándo los actores se encuentran en la capacidad de intervenir. El Concepto de Intercambio Político, impulsado por Coleman en la década de 1990, se resume en la capacidad de A, que puede controlar que se produzca un resultado X, que es de interés para B, de tener resultado en B, quien puede controlar que se origine Y, que es de interés para A (Coleman, 1990). En este sentido, se estaría partiendo, según afirman los autores, de un concepto que se basa en la noción de poder como influencia (Dente y Subirats, 2014). Esto último también es abordado por Lindblom al considerar que la explicación del proceso de elaboración de políticas públicas parte del entendimiento de una “red compleja de fuerzas” vinculadas a la toma de decisión de los actores y al margen de acción que poseen (Lindblom 1991).

1.1.2 El proceso de implementación de las políticas públicas

Siguiendo el enfoque que presentan Stein y Tommasi (2006), se considera que la importancia de un estudio de las políticas no radica en su contenido técnico, sino en que, al ser quien explique la eficiencia, capacidad de coordinación y adaptabilidad, es el análisis del proceso.

Así, las características que se requieren son, en primera lugar, la estabilidad entendida como “la medida en que las políticas son estables en el tiempo”. Con respecto a ella, los autores mencionan que es preciso aclarar que la estabilidad no

debe ser confundida con la rigidez, pues el hecho de que permanezcan en el tiempo, no significa que la política no pueda variar (Stein y Tommasi 2006). En segundo lugar, como una continuidad a la precisión que se hizo, la adaptabilidad es necesaria para el éxito en la medida que esta permita realizar ajustes ante fallas o cambios circunstanciales sin encontrarse en riesgo de ser manipuladas políticamente. Tercero, la coherencia y coordinación que una política guarda con el resto de políticas previamente implementadas o próximas a implementarse, y como producto de las conversaciones y debates entre quienes participaron de su diseño y aplicación. La cuarta característica se refiere a la calidad de implementación y ejecución. Esta característica resulta en extremo importante para esta investigación pues la ausencia de esta explicaría el porqué del estado actual de una política que fue concebida premeditadamente. En quinto lugar, es importante considerar la existencia de una orientación hacia el interés común en la política en cuestión. Por último, la eficiencia condiciona el éxito de una política, ya que esta mide la respuesta de las políticas a la asignación más productiva de recursos escasos.

Para Lindblom (1991), el entender quién y cómo se elaboran las políticas públicas depende del entendimiento de las características de los participantes. Ello supone que existen diversos tipos de participantes y que cada uno de ellos posee un papel especial. Para ello, se considera que un método común para entender la complejidad del proceso de elaboración de políticas públicas es la separación de dicha elaboración según sus distintas fases y posteriormente realizar un análisis de cada una de ellas.

De esta forma, se estudia la aparición de un problema y el cómo es que este es incluido en la agenda de decisiones del gobierno; luego corresponde estudiar cómo proceden los legisladores o cómo son implementadas las decisiones de los funcionarios. Si bien el estudio de una política pública analizado paso a paso puede restar protagonismo al tema general, esto es evitable al tomar en cuenta aspectos especiales de la formulación e implementación de la agenda pública (Lindblom 1991).

1.1.3 Recursos de actores

Las estrategias de los actores y su estudio resultan ser piezas claves en el propósito de lograr la total comprensión de los resultados obtenidos tras la aplicación de una política pública. Estas estrategias se encuentran sumamente relacionadas con los recursos que poseen los actores para poder causar un impacto en la toma de decisiones durante el proceso de políticas públicas. Dente y Subirats presentan una tipología que distingue distintos tipos de recursos que son utilizados por los actores. Para ello, definen a los recursos de acción como las capacidades que consisten en la transferencia de un bien cualquiera que tenga valor para quien lo recibe. Así, es posible reconocer dentro de ellos a tres recursos principales: recursos políticos, económicos y legales (Dente y Subirats 2014).

Los recursos políticos “consisten en la cantidad de consenso que un actor es capaz de poner en movimiento”. Este nivel es medible, según Dente y Subirats, mediante elecciones o referéndums, es modificable a través de campañas de

información y puede ser afectado por acontecimientos externos. Resulta ser, entonces, un recurso esencial en tanto se considere que una transformación en el trato que se le da a un problema se encuentra en posibilidad de ser ejercida dependiendo de la existencia de un acuerdo entre los actores que participen en el proceso (Dente y Subirats 2014).

Cabe mencionar que, esto resulta de suma importancia debido a que, como resaltan ambos autores, al encontrarse bajo un régimen democrático, el consenso referente a los actores supone la “base de todos los poderes legales que se les otorga y explica el nivel de confianza que los ciudadanos tienen en las instituciones”, situación que se aplica al caso peruano por tratarse de una democracia. Es posible deducir que “el resto de recursos son importantes en la medida en la que sean capaces de transformarse en consenso” (Dente y Subirats 2014).

El segundo tipo de recurso es el financiero. Debido a que los recursos deben ser importantes para quien los recibe, los recursos financieros consisten en la capacidad de dirigir recursos económicos con la finalidad de lograr influenciar en el comportamiento de los actores. Al respecto, Dente y Subirats concluyen que la posesión de dinero no implica necesariamente la posesión de un recurso financiero, pues esta no es suficiente para identificar la importancia de un actor. Así, la posibilidad de enriquecimiento potencial de los destinatarios puede obtenerse a través del uso de recursos diferentes a la inversión monetaria.

Por último, los recursos legales hacen referencia a las posiciones ventajosas que se atribuyen algunos sujetos según lo que dicta la norma del Estado. Como se mencionó, según la ley, existen ciertos actores en particular que tendrían que haber participado del proceso, razón por la que sería posible considerarlos actores tras un análisis superficial. Estos también poseen ciertas capacidades que son dictadas en la ley; sin embargo, como se explicará en el desarrollo del capítulo tres, existen otros recursos utilizados por el gremio, más allá de la norma, mediante los cuales es posible participar del proceso.

1.1.4 Gremialismo Sindical

A lo largo de los años se ha escrito mucho sobre los gremios y la función de los mismos en la dinámica social y política. El siglo pasado se ha caracterizado por escribir una vasta literatura en relación al gremio que ha sido protagonista de grandes movilizaciones sociales. El gremio obrero ha sido por excelencia el caso de estudio de quienes se han dedicado a estudiar la acción gremial y las repercusiones de esta. Sin embargo, tras las medidas adoptadas como parte de la implementación del capitalismo en la mayoría de países occidentales, todo el funcionamiento de la sociedad sufrió grandes cambios y, como uno más de ellos, el gremialismo, y con este la acción colectiva sindical, fue perdiendo espacios y, silenciosamente, parecía ir desapareciendo.

El nuevo siglo, no obstante, contrariamente a lo que se creía sería la muerte del sindicalismo, ha dado luces de una especie de resurgimiento de este. Ante tal

situación, Behrens, Hamann y Hurd (2004) consideran pertinente cuestionarse, en primer lugar, ¿cuál es la importancia de que los sindicatos se estén revitalizando? Y, en segundo lugar, ¿en qué medida la revitalización sindical resulta ser fundamental para el funcionamiento de las economías capitalistas o de las políticas democráticas?

Desde un principio, los autores reconocen a los gremios como actores que producen grandes aportes para la economía y la sociedad. Por tanto, consideran que los gremios generan resultados macroeconómicos vinculando su accionar al aumento salarial de los trabajadores. A partir de ello, aseguran que

“En la medida en que los sindicatos están involucrados en muchos países en la afectación de las disposiciones del estado del bienestar, se puede inferir un enlace inverso entre sindicatos fuertes y revitalizados, y pobreza de trabajo. Si se considera que una de las funciones de los sindicatos es equilibrar las desigualdades producidas por los mecanismos del mercado, parece que pueden hacer una valiosa contribución en esta área” (Behrens, Hamann y Hurd 2004)

De igual forma, al influir en nuevos consensos sociales de diversa índole puede adjudicárseles una función remarcable en la formulación e implementación de diversas medidas salariales en un contexto de reducción del estado de bienestar. Con base en estas premisas, los autores identifican cuatro dimensiones en las que se produce la revitalización de los sindicatos: la dimensión de membresía, dimensión económica, dimensión política y dimensión institucional (2004:12).

La primera dimensión incluye tres factores mensurables: aumento en número de miembros, un aumento en la densidad de membresía y un cambio en la composición de la membresía sindical. El crecimiento del número de miembros adscritos al sindicato es traducible en un aumento de recursos para las arcas sindicales al tener en cuenta las cuotas de membresía como mayor disponibilidad de personas que participen de las campañas. La densidad, por otra parte, es un indicador que refleja “la participación de la fuerza de trabajo que está sindicalizada y, por lo tanto, tiene implicaciones para la legitimidad, la representatividad y poder de negociación”. No obstante, resulta válido el argumento de que el aumento de la membresía o de la densidad logrado a través del reclutamiento de grupos no es suficiente innovación para merecer la etiqueta de 'revitalización'” (2004:12).

La dimensión económica corresponde al “poder de negociación, la capacidad de lograr mejoras salariales y de beneficios, y, más ampliamente, el impacto de la mano de obra en la distribución de la riqueza” (2004:13). Ello implica que los sindicatos se encuentran en la capacidad de buscar formas de aumento de su influencia económica mediante el desarrollo de nuevas técnicas para fomentar el apalancamiento teniendo en cuenta la modificación de las estructuras de negociación deficientes, o “redefiniendo el rol sindical en la negociación proceso” (2004:13).

La dimensión política entiende la labor de los sindicatos como entes que mejoran la efectividad de los esfuerzos impulsados con el propósito de influir en el proceso de formulación de políticas públicas. Para lograr esta dimensión, se

requiere de la interacción sindical con algunos actores importantes en todos los niveles de gobierno aplicables en tres áreas de actividad: elecciones, legislación e implementación (2004:13)

Por último, la dimensión institucional comprende las estructuras organizativas y la gobernanza de los sindicatos, así como la dinámica interna de los mismos. Abarca la capacidad de adaptación de los sindicatos a los nuevos contextos, la disposición interna para la adopción de nuevas estrategias y el deseo de incluir "lo nuevo" y "fresco" en el gremio que las otras tres dimensiones no fueron capaces de capturar en su totalidad. Los autores consideran que es necesario recalcar que la revitalización en lo referente a la dimensión institucional, a veces está encabezada por cambios en las otras tres dimensiones. Así, los nuevos enfoques de negociación, como las campañas corporativas, pueden tener efectos similares: aumentar la importancia de las funciones de investigación y relaciones públicas, por ejemplo. Un liderazgo innovador en los sindicatos también puede reorientar la identidad del sindicato, lo que posteriormente tiene un impacto en la elección de dimensiones de la revitalización" (2004:14).

1.1.5 Acción corporativa

Además de realizar un análisis de la acción de los actores según la teoría gremial, es necesario recurrir a otros estudios de la acción colectiva con la intención de no limitar el estudio del comportamiento del actor analizado. La teoría que trabaja

Coleman (1986) que entiende a las acciones de los actores como aquellas que son realizadas por las expectativas que las posibles consecuencias generan.

En este sentido, los actores son entidades en búsqueda del cumplimiento de sus metas compuestos por dos partes: la parte receptora y la parte actuante que dependen del accionar de otros actores. Consecuentemente, se considera que el actor tiene a sus intereses como mecanismo de acción y al control sobre recursos como su instrumento principal para alcanzar sus intereses.

Considerando que el actor posee el control sobre sus propias acciones, se postula que las acciones de este responden a la satisfacción y control que ha experimentado por lo que se guía según normas. Coleman (1986) afirma que los actores son capaces de asumir un repertorio de patrones de comportamiento y de habilidades que le permiten obtener sus intereses deseados.

Dentro del estudio de organizaciones, Coleman (1980) también incluye el cuestionamiento sobre el por qué los individuos deciden conscientemente otorgar el control de sus acciones, recurso importante para la persecución de sus intereses, a otros individuos al unirse a una colectividad. Para ello reconoce dos tipos de relaciones de autoridad: disjuntas y conjuntas. Estas refieren a las relaciones que repercuten en intereses interpuestos entre individuos y las que afectan a intereses compartidos por las distintas partes respectivamente.

Por otra parte, Coleman plantea la existencia de relaciones de autoridad simples y complejas. Mientras que las primeras hacen referencia a una autoridad

ejercida directamente, las relaciones de autoridad complejas detectan la presencia de distintos niveles de mediación de la autoridad, siendo necesaria la delegación de los derechos de control y el derecho a delegar dichos derechos de control para la creación de un sistema de autoridad complejo.

1.1.6 Capacidad de Agencia

El concepto de agencia trabajado responde a la teoría de la estructuración planteada por Giddens. Según esta propuesta, se asume que los actores poseen una constante “comprensión teórica” de los fundamentos de su accionar, esto implica que los actores se encuentran en la capacidad de explicar cuál es la acción que están efectuando si se les pregunta por ello. Giddens (1984) considera esta capacidad como la racionalización de la acción. De igual forma, reconoce una motivación inconsciente como característica de la conducta de los actores.

Teniendo presente estos elementos de la teoría de la estructuración, dista su propuesta de aquellas que reconocen en la agencia únicamente según la intención del accionar humano. La teoría, por tanto, afirma que la agencia no hace referencia a las intenciones que poseen los actores consecuentemente a sus intereses, sino a la capacidad de estos para poder efectuar estas acciones (Giddens 1984). Se requiere, entonces, de distinguir entre lo que el actor “hace” o “desea hacer”; para Giddens, la agencia se refiere al hacer.

Este “hacer” depende de la estructura en la que se ejerce. Se entiende a la estructura como las propiedades y características estructurales que producen

escenarios que pueden ser restrictivos y limitantes, como también permisivos y posibilitadores. En esa misma lógica, la producción del accionar del actor produce, paralelamente, la reproducción de propiedades estructurales (Giddens 1984).

1.2 Metodología

La investigación realizada es de tipo explicativa debido a que, a través, en el análisis del período determinado se busca explicar los factores que influyen sobre la capacidad de agencia del gremio médico para repercutir en el resultado final de la reforma del sector. Por tal motivo, una primera parte de esta investigación cuenta con la narración, la misma que será utilizada con el fin de contextualizar los hechos y, a partir de ello, realizar una explicación que analice la participación de los actores. Se hace uso de la metodología de *process-traicing* con la finalidad de que en el desarrollo se identifiquen actores relevantes y se reconozcan factores influyentes a lo largo del proceso de implementación de la reforma. La reconstrucción del proceso como parte de la metodología planea la exploración del contexto para proceder al análisis de la hipótesis y visiones alternativas del asunto.

No obstante, la hipótesis de esta investigación se explica a través de una investigación cualitativa que identifica a la capacidad de agencia como variable dependiente de factores característicos de la composición del gremio médico y de factores externos al gremio que tuvieron lugar debido a la coyuntura. Para ello, se ha recurrido a la observación participante y al uso de entrevistas semi estructuradas

que permiten describir componentes del gremio y del sector que influyen la capacidad de agencia de la Federación Médica Peruana.

Por otra parte, considero como una observación importante el hecho de que, al ser un caso que carece de precedentes y que ha tenido lugar en el contexto nacional, no sería productivo para este trabajo intentar explicarlo desde una estrategia cuantitativa. Ahora bien, a pesar de que el realizar un estudio de tipo cualitativo podría impedir su generalización, esto es desestimado en tanto lo que se busca no es únicamente explicar el caso a fondo y analizar con base en las variables elegidas las razones por las que la capacidad de agencia se dio de tal forma, sino que esta investigación permitirá entender cuál es la dinámica de acción del gremio médico con relación al resto de actores para determinar la salida de la ministra de Habich, solicitud principal del reclamo que mantuvieron en aquella época.

Al utilizar una metodología que será cualitativa en su totalidad, se hará una revisión de la literatura; además de la revisión de informes oficiales y de los decretos legislativos que respaldan la reforma. Con respecto a esto, se ha realizado el análisis de los Lineamientos y medidas de reforma del sector salud, el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud (2005-2006), documentos expuestos en la XIX Reunión Ordinaria de la Comisión Intergubernamental de Salud, el documento de Acuerdos y Compromisos entre el Ministerio de Salud y la Federación Médica del Perú y el documento de Reforma del Sistema Salarial.

Junto a ello, fue necesaria la aplicación de entrevistas¹, tanto de los dirigentes de los gremios, durante el período 2013 – 2014, como la realización de entrevistas a quienes se encontraban dirigiendo la reforma como los son miembros del Consejo Nacional de Salud, la ex ministra Midori de Habich y asesores políticos. Al haber sido firmada por 36 congresistas, la investigación requiere incluir apreciaciones de quienes formaron parte de esta moción de censura a la ministra para entender la postura de la oposición; sin embargo, esto supera la capacidad de este estudio, por lo que se ha requerido recurrir al análisis de los conflictos internos que presentó el oficialismo.

Se decidió dividir a los entrevistados según sus perfiles para poder identificar con mayor facilidad el tipo de participación que realizaron durante el período. Por tanto, se dividió las entrevistas realizadas según los siguientes tipos de entrevistados²:

- a. Ejecutivo: Incluye a todo aquel que participó como miembro del CNS y MINSA,
- b. Legislativo: Miembros de las bancadas de oposición y oficialistas
- c. Gremios: Representantes y líderes de los gremios más resaltantes, médicos y enfermeros.
- d. Expertos: Salubristas, y expertos en temas gremiales y de políticas públicas.

¹Anexo 1: Cuadro 1: Guía de entrevista semiestructurada según perfil del entrevistado.

²Anexo 2: Cuadro 2: Relación de entrevistados

Al tratarse de una investigación que sigue el método explicativo, las entrevistas resultan ser una de las fuentes más fuertes en las que se apoya esta investigación. A través de la aplicación de las mismas ha sido posible la reconstrucción de los hechos y complementar en gran medida la línea cronológica de los acontecimientos.

Con respecto a ello, es importante mencionar que se buscó apoyo en los hechos divulgados por la prensa para poseer un mayor conocimiento sobre el contexto, evitando columnas de opinión elaboradas en aquella época, se direccionaron los esfuerzos de reconstrucción con el uso de notas de prensa que informaran únicamente sobre los acontecimientos sucedidos durante el período delimitado.

Por otra parte, en lo que refiere al análisis de cómo se explica la capacidad de agencia del gremio médico en el contexto de reforma salarial se estudiaron las estrategias utilizadas por el gremio médico desde la arena técnica y congresal hasta las calles. Con respecto a ello, la tesis adquirió la necesidad de incluir un estudio direccionado a la composición y al proceso de toma de decisiones dentro de dicho gremio. Por tanto, la observación participante en reuniones de la agrupación resultó necesaria para comprender la dinámica utilizada para la formación de acuerdos y la ejecución del accionar conjunto de la federación en conjunto.

Por tal motivo, se realizó observación participante de reuniones del gremio en las que se pudo apreciar cómo es el proceso de coordinación interna en el gremio

y la dinámica de participación de los miembros para la toma de decisiones. Si bien no es posible observar cómo se organizó el gremio en el período estudiado, al momento de ser parte de la reunión, la Federación Médica Peruana se encontraba en un proceso de conflicto con el Ministerio de Salud nuevamente, siendo ministra del sector Patricia García.

De igual forma, esto permitió corroborar la existencia de alguna especie de centralismo existente en el debate para la toma de decisiones. Sumado a ello, fue posible reconocer la jerarquización vigente en el gremio. Todo ello aportó, además de al estudio de la reforma, a la investigación en relación a temas gremiales y las dinámicas que estos mantienen al día de hoy.

Por otra parte, si bien no existe bibliografía basta con la que se pueda dialogar al respecto del gremio médico, el apoyo con trabajos que hayan abordado el caso de gremios como el Sindicato Único de Trabajadores de la Educación del Perú, gremio que en los últimos años ha mantenido una participación constante en la arena política ante la implementación de los últimos cambios en el sector educativo, permite la búsqueda de una lógica entre ambos gremios como dos grandes exponentes de la lucha sindical en el país.

Con respecto al tema del gremialismo sindical también se ha trabajado poco en relación a la realidad actual de los gremios en el Perú; sin embargo, existe bibliografía reciente que analiza el *union revitalization* o *union renewal* en el último

siglo como un fenómeno que ha empezado a ocurrir contrariamente al resultado de las reformas neoliberales que fueron aplicadas en distintos países.

1.3 Preguntas y objetivos

A partir de todo lo expuesto a manera de introducción en este trabajo, esta tesis se plantea responder a la siguiente pregunta general: ¿qué factores determinaron la capacidad de agencia de la Federación Médica Peruana en dicho contexto? Esta primera pregunta define como objetivo principal de esta investigación Identificar los factores que influyeron en la agencia de la Federación Médica Peruana en la Reforma de la Política Salarial y Laboral del Sector Salud en el período 2013 – 2014.

Acompañando a esta pregunta principal, surgen cuestionamientos más específicos y, con ellos objetivos particulares para el desarrollo de esta investigación. Las sub preguntas trabajadas son las siguientes:

1. ¿Cómo afectan las características organizativas del gremio a su capacidad de agencia?

El primer sub objetivo de esta investigación es el analizar cómo las características organizativas de la Federación Médica Peruana afectan su capacidad de agencia en el período estudiado.

2. ¿Cómo influye la existencia de una identidad colectiva en la capacidad de agencia del gremio?

La investigación posee como segundo sub objetivo el de identificar la influencia de la identidad colectiva en la capacidad de agencia del gremio médico.

3. ¿Cómo influyen las características del sistema administrativo del sector salud en la capacidad de agencia del gremio?

El tercer sub objetivo es el de identificar cómo influyen las características de la organización interna del sector salud en la capacidad de agencia del gremio.

4. ¿Cómo influyen las variables del contexto político como la debilidad y divisiones dentro del partido oficialista en la capacidad de agencia del gremio médico en el contexto de la reforma durante los años 2013 – 2014?

Como cuarto sub objetivo se desea reconocer la influencia de la inestabilidad del partido oficialista en la capacidad de agencia del gremio.

1.4 Hipótesis

La hipótesis principal que se piensa corroborar tras la culminación de la investigación en respuesta a la pregunta principal planteada es que la capacidad de agencia de la Federación Médica Peruana se explica por los siguientes factores: las características organizativas del gremio, la existencia de una identidad colectiva, las características administrativas de organización del sector salud y factores del contexto político como la debilidad y divisiones del partido oficialista.

Esta hipótesis principal se divide en diversas explicaciones tentativas del nivel de capacidad de agencia del gremio que responden a las sub preguntas

descritas previamente. Por lo tanto, en primer lugar y en respuesta a la primera sub pregunta, se considera que la organización interna del gremio permite un alto nivel de cohesión entre quienes participan de la actividad gremial, pero no ha impedido la formación de una élite centralizada que lidera el accionar del gremio, lo que supone la simplificación del proceso de creación de un discurso y la aplicación del mismo.

En segundo lugar, esta capacidad de agencia se explicaría ya que la identidad corporativa dentro del gremio ha provocado el surgimiento de una complicidad y un pacto tácito de apoyo incondicional entre los miembros, generando, a su vez, sostenibilidad del discurso en la práctica.

Una tercera sub hipótesis considera que la capacidad de agencia del gremio se debe a las características organizativas del sector salud. Esto con respecto, al diseño de la administración en las instituciones de salud que ha permitido que los cargos administrativos hayan sido asumidos, en su mayoría, por médicos durante varios años. Cabe mencionar que recientemente se ha aprobado que no sean únicamente los profesionales médicos quienes puedan postular a cargos directivos, permitiendo que otros profesionales de la salud accedan a dicho concurso.

Finalmente, la cuarta sub hipótesis en respuesta a la cuarta sub pregunta postula que las divisiones del Partido Nacionalista permitieron que la propuesta del ministerio sea debidamente respaldada por su bancada y fortaleció el discurso que acusaba al gobierno de poseer una intención privatista en el sector.

CAPÍTULO II: UNO MÁS EN LA LISTA: LA REFORMA DE SALUD 2013,
EL INTENTO DE MIDORI DE HABICH

2.1 El sector enfermo

La realidad nacional de la salud ha mejorado notablemente en la última década. Esto queda expuesto en la reducción de cifras de mortalidad que sirven como indicadores de progreso registrado en el transcurso del tiempo. Así, por ejemplo, la mortalidad infantil se redujo de 43 niños fallecidos por cada 100 nacimientos, cifra registrada en el año 1996, a 16 muertes de cada 100 niños nacidos vivos durante el años 2015³ (Instituto Nacional de Estadística e Informática). No obstante, esta cifra es la segunda más alta en comparación con el resto de

³Anexo 3: Gráfico 1: Tasa de mortalidad infantil 1996 - 2015.

países de la región, solo por debajo de Colombia que registró una cifra mayor a 17, lo que los convierte en los dos únicos países que exceden el promedio obtenido por América Latina y El Caribe⁴.

De igual forma, la mortalidad materna descendió en 138 casos, pasando de 206 muertes registradas en el año 1996 a poco menos de los 90 casos de fallecidas por cada 100 000 madres para el año 2013⁵ (Organización Mundial de la Salud), por lo que, para tal año, Perú se encontraba, al igual que en el caso de la tasa de mortalidad infantil, en el segundo lugar en el comparativo con el resto de países de la región, únicamente por debajo de Venezuela.⁶

A lo largo de las últimas cinco décadas, el Estado peruano, a través del Ministerio de Salud ha priorizado la atención materno-infantil y la de algunas enfermedades transmisibles como la malaria, el sarampión y la tuberculosis, lo que explica el gran avance que se ha experimentado en estos temas. Como consecuencia del crecimiento económico, el proceso de urbanización, el progreso social y la menor fecundidad, se ha producido un cambio epidemiológico, por lo que, actualmente, las nuevas prioridades en zonas urbanas son enfermedades oncológicas, cardiovasculares y diabéticas. En zonas rurales, la salud materno - infantil y las enfermedades transmisibles continúan siendo el problema prioritario. Estas nuevas prioridades en la zona urbana y la continuidad de problemas de hace

⁴ Anexo 4: Gráfico 2: Comparativo de la tasa de mortalidad infantil en la región - 2015.

⁵ Anexo 5: Gráfico 3: Tasa de mortalidad materna 1990 - 2015

⁶ Anexo 6: Gráfico 4: Comparativo de la tasa de mortalidad materna en la región - 2013.

medio siglo exigen, por tanto, nuevos enfoques proporcionados por un sistema de salud integrado que permita el refuerzo de detección temprana y atención especializada, la promoción de la salud, la inversión en la infraestructura y la modernización del equipamiento.

Sobre el sistema de salud peruano, es importante tener en cuenta, en primer lugar, la dualidad que a este caracteriza debido a los dos grandes entes que comparten y conviven en el sector. Por una parte, el Ministerio de Salud tiene a su cargo 19 hospitales y 7 institutos especializados de salud; mientras que, EsSalud, entidad a cargo del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, dirige tres redes prestacionales en base a tres hospitales: Red Prestacional Rebagliati (RPR), Red Prestacional Almenara (RPA) y Red Prestacional Sabogal (RPS). De ellas se desprenden hospitales, policlínicos, centros de atención primaria y postas. Se trata de una red ramificada que ubica a la mayoría de los grandes centros de salud en la capital y descuida zonas rurales y limítrofes. Sumado a estas dos grandes entidades, se encuentra una tercera, las sanidades de las Fuerzas Armadas del Perú y de la PNP.

Para Alejandro Saco, coordinador activista del Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud), el problema del sector salud parte desde su formación en los tiempos virreinales. El sector siempre se encontró dividido, desde que se originó, nunca fue pensado como un sistema integrado que brindara servicios a todos por igual. Así, españoles, criollos, indígenas y negros tenían un lugar específico en el que se podían atender, el único en el que les correspondía atenderse. El panorama

actual en la salud sigue distinguiendo a unos de otros, solo con un cambio en el nombre que asigna a cada usuario, impidiendo que la brecha sea cada vez más difícil de cerrar con el paso del tiempo. “Nuestro sistema de salud nunca ha sido para ciudadanos. Fue creado para españoles, indios y negros. Ahora es para EsSalud, SIS o Sanidad, no para peruanos” afirma.

Durante el año 2011, el MINSA ofreció de manera oficial un listado de cifras en un informe llamado Recursos Humanos en Salud de Perú: Nuevos elementos para la toma de decisiones y políticas públicas realizado por Arroyo, Hartz y Lau (2011). En este informe se analiza la primera década del presente siglo y se identifican seis grandes problemas existentes en el sector tales como la no vinculación y la existencia de lógicas diferentes entre el sector salud y el sistema de formación en salud. Un segundo problema es el deterioro de capacidades y salarios reales a causa de la flexibilización y precarización, esto refiere a que, a pesar del tránsito hacia un nuevo régimen laboral denominado Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios en el año 2008, las mejoras han sido escasas, llegando a calificar a las remuneraciones como deprimidas y desmotivadoras. El tercer problema es el nivel de conflictividad existente en el interior del sector con un claro incremento de esta tras el retorno de la democracia. En cuarto lugar, la inexistencia de una política para la regulación del incremento de profesionales y especialistas conforme a la demanda y necesidades. Un quinto problema es la sensación de estancamiento de parte de los profesionales del sector con respecto a las oportunidades de progreso en el empleo y capacitación. Por último, el serio

debilitamiento de la rectoría que produjo autorregulación en reemplazo de la buena gobernanza del sector salud.

Partiendo de estas seis primeras consideraciones, concluye que, si bien esta primera década significó un “quiebre parcial en el ciclo largo que se ha vivido en el campo de los recursos humanos en salud del país de 1990” (2011:21), para el año 2011, la emergencia de una nueva política de recursos humanos del sector público peruano provocó que se combinaran elementos de ambos ciclos, ya que esta nueva política no se ha logrado aplicar del todo en el sector salud, por lo que el resultado es la mantención de la situación general y se añaden nuevos problemas. La nueva política de recursos humanos defiende la existencia de una comunidad epistémica que se encuentre integrada por gestores, cooperantes e investigadores. Lamentablemente, esta situación no se ha podido adoptar en el sector.

Por otra parte, existe también una división entre los trabajadores de salud de los sectores previamente mencionados: MINSA y EsSalud, lo que agrava aún más la segmentación existente en el sector entre los distintos tipos de profesionales de salud. Como se mencionó al iniciar este estudio, la investigación gira entorno a los trabajadores del MINSA y el conflicto que se genera en la relación que mantienen durante la aplicación de la reforma salarial con este ministerio. No es la intención de este estudio el abordar directamente el rol que desempeñó EsSalud y el MINTRA ya que la institución que lideró el diseño e implementación fue el MINSA y, si bien sí existió participación de estos organismos, esta fue menor. No obstante, es necesario mencionar que a diferencia de gremios como el de enfermeras y el de

obstetras, la Federación Médica Peruana es el único ente que vela por los derechos e intereses de los profesionales médicos sin distinción del sector (MINSA, EsSalud o Sanidad), en el que desempeñan sus labores.

Dentro de la agenda pendiente en lo referente a los recursos humanos en el sector salud para el año 2011, año en el que asume la presidencia Ollanta Humala, resaltan dos puntos que influyen en el escenario en el que aplica la reforma salarial de De Habich. En primer lugar, el problema con las capacidades de gestión, ya que para aquel año, apenas el 2.2% de los cargos directivos o gerenciales del sector eran ejercidos por profesionales con formación en la administración. En segundo lugar, la existencia de lo que el ministerio califica como problemas laborales de los recursos humanos en salud. Este punto considera a la reinversión del vínculo laboral como un factor clave ya que las trabas laborales en relación a las remuneraciones, incentivos y condiciones laborales no encontrarán solución en una simple reivindicación a través de un incremento de recursos económicos (Arroyo, Hartz y Lau 2011)

Coincidiendo con parte del análisis de la realidad del sector para el año 2011 realizado por Arroyo, Hartz y Lau; el estudio previo de Francke, Arroyo y Guzmán (2006) considera que los puntos más importantes a tomar en cuenta con los recursos humanos son, en primer lugar, la desarticulación entre el mundo de la formación en salud y el escenario laboral; segundo, el cambio en la ampliación de respuesta institucional a los problemas de salud y, con ello, el “establecimiento de un nuevo nivel histórico de demanda efectiva en el Perú desde 1995” debido, en

parte al mayor rendimiento de la fuerza laboral en salud. En tercer lugar, la gran transformación del régimen laboral, la misma que también fue abordada en los puntos que trabajaron Arroyo, Hartz y Lau. Finalmente, el debilitamiento de la rectoría en los recursos humanos, “con la dispersión de los ámbitos de rectoría formal y real, tanto dentro como fuera del sector salud, y en reemplazo de la gobernanza y gobernabilidad por la autorregulación” (2006:38).

Según los especialistas, cada uno de estos cambios ha incentivado una “crisis de gobernabilidad de la formación en salud y un mediano conflicto laboral en el mundo del trabajo en salud”. Al analizar lo sucedido durante la huelga médica en protesta de la reforma salarial del 2013, podremos comprobar que no se trataba de una tensión que afectaría medianamente al sistema, sino que se desencadenó una etapa de conflicto que, con base en las protestas que también se manifestaron durante el primer año de gobierno del actual presidente Kuczynski, es posible afirmar que no se ha logrado superar en su totalidad. A raíz de los puntos mencionados, Francke y compañía, afirman que se requiere de la recuperación de la gobernabilidad y mejora del desempeño con desarrollo humano, mediante un planteamiento estratégico y concertado. De igual forma, identifican posibles obstáculos con los que se podría lidiar al intentar una reforma en el sector (2006:39):

1. La probable resistencia de las universidades de baja calidad.
2. La dimensión nacional y no sectorial del problema.
3. La existencia de un techo fiscal bajo para el sector salud.

Francisco Guerra García, ex miembro partícipe del CNS, considera que el sector se encuentra en emergencia por tres componentes principales: la precariedad en la infraestructura y tecnología, la centralización del servicio y la escasez de los recursos humanos en salud. Para el año 2013, según Cañizares y García (2015), el Perú registró una tasa de 11,5 médicos por cada 10,000 habitantes, lo que lo convierte en un país con déficit crítico de recursos humanos, considerando que la tasa de enfermeras y obstetras fue de 11,8 y 4,10 por cada 10,000 habitantes respectivamente. Sumado a ello, los escasos recursos humanos no son correctamente distribuidos en el territorio nacional, concentrándose la gran mayoría de estos en la ciudad de Arequipa y Lima⁷.

Con respecto a cómo se organiza internamente el sector, los cargos de tipo directivos pueden ser director/a general, director/a regional, director/a de instituto especializado, director/a de hospital, director/a ejecutivo. Cada uno de estos cargos posee dentro de sus competencias la capacidad de tomar decisiones con respecto al manejo de recursos. No obstante, los estudios en gerencia de servicios de salud o conocimientos en administración de recursos son requisitos complementarios para la obtención del puesto⁸. En su mayoría, estos cargos directivos son ejercidos

⁷ Anexo 7: Gráfico 5: Tasa de distribución de recursos humanos por cada 10 000 habitantes según departamento (2002-2011).

⁸ Manual de Clasificación de Cargos del Ministerio de Salud aprobado según Resolución Ministerial N° 595-2008/MINSA

por médicos en comparación con el resto de profesionales de la salud de los que son extremadamente escasos los casos de distinción del algún cargo directivo.

2.2 Lineamientos de la Reforma de Salud

Ante todo, considero pertinente recalcar que la reforma que se piensa analizar no se trata de una reforma planeada con poca anticipación, mucho menos de una reforma calificable como improvisada. Para la elaboración, se requirió de la conformación de un grupo específico a quien se le delegaría la tarea de cumplir con la estructuración y planeamiento del proyecto de reforma. Es de esta forma que se da la participación del Consejo Nacional de Salud, el mismo que es definido por el MINSA como el órgano consultivo de dicha institución. Para el año 2013, Midori de Habich ya se encontraba en el cargo de ministra de Salud e inició la convocatoria a distintos especialistas para que formaran parte del consejo (Consejo Nacional de Salud 2013).

Se partió de la idea de que el sector salud era sumamente complicado y que dentro de la salud pública se tenían que tener en cuenta dos grandes carencias. En primer lugar, la realidad de la salud pública implicaba procedimientos tediosos que suponían demoras y plazos indefinidos para atención al público; en parte, por ineficiencia en la asistencia, ya sea por incapacidad profesional o por falta de infraestructura o tecnología requerida, en parte, por el complicado proceso de trámites para la atención. En segundo lugar, la capacidad que tiene la población para acceder a los servicios de salud es escasa en el interior del país, situación que

se explica en gran medida por la centralización del servicio de salud que genera la atención se dé en las ciudades y la presencia de especialistas en postas escasee. Por ello, se requirió la participación, ante todo, de profesionales de la salud, todos ellos fueron médicos de distintas especialidades. A ellos, se les sumó la participación de especialistas en el ámbito político institucional, en su mayoría abogados y economistas. Teniendo en cuenta las carencias mencionadas en el interior del país, se convocó también a profesionales que habían participado del equipo especializado en descentralización impulsado por el entonces presidente Ollanta Humala.

Prueba de que la reforma fue cuidadosamente planeada es que, desde un principio, De Habich lidera el equipo de reforma a través de la delegación de facultades otorgadas en los 31 decretos legislativos aprobados por el Ejecutivo. A partir de ese momento, se inicia, tal como mencionan Edgardo Nepo y Francisco Guerra García en entrevistas realizadas a ambos ex miembros del equipo de reforma, una etapa de intenso trabajo que vinculaba la experiencia previa de gestiones anteriores. Sobre todo, enfocados en la nueva estructura salarial con un planteamiento fuerte que impulsaba el premio al mérito e incluía la participación de instituciones. Sin embargo, y a pesar de haber contado con la participación de diversos actores pertinentes, la reforma de la estructura salarial de profesionales de la salud no satisfizo a los afectados por los cambios que proponía y es en ese momento en que se inicia el proceso de conflicto.

Tras un largo proceso de análisis, la reforma del sector postulaba, ante todo, que existen necesidades normativas que llevan a la necesidad de plantear leyes. El sector salud suponía la existencia de un sistema no sostenible por estar basada en atención hospitalaria, lo que implica la necesidad de movilización para poder acceder a los servicios. Acercar los servicios a la población era considerada una necesidad urgente y posible de realizarse con identificación de establecimientos estratégicos, es decir, hospitales estratégicos y la mejora de la red de atención primaria. Esto suponía una mejor atención y más cercanía con un cambio en la capacidad resolutive de la atención brindada y, al mismo tiempo, el acercamiento de médicos a través de una política remunerativa orientada en el cierre de brechas en el aspecto remunerativo.

Las redes integradas funcionalmente serían planteadas mediante los convenios de intercambio de servicios entre establecimientos del SIS, SISOL, ESSALUD, etc. Esto especificado dentro del artículo de presupuesto que permite el contrato de servicios privados complementarios. Uno de los puntos en los que más se enfatizó fue en el hecho de que los cambios radicales en términos de gestión con cambios en los APT's con aporte del sector privado que no se trata de un esquema de privatización. Si bien la reforma salarial no llegó a culminarse de lleno, la formalización de bonos, supuso el paso de estos a planilla y, con ello, se producen descuentos masivos por impuestos y seguro social (ESSALUD).

Los lineamientos de reforma del sector salud incluidos en el documento oficial del Consejo Nacional de Salud fueron los siguientes:

1. Potenciar las estrategias de salud pública
2. Fortalecer la atención primaria de salud
3. Mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados
4. Reformar la política de gestión de recursos humano
5. Cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre
6. Extender el aseguramiento en el régimen subsidiado de acuerdo a criterios de vulnerabilidad
7. Fomentar el aseguramiento como medio de formalización
8. Consolidar el seguro integral de salud como operador financiero
9. Fortalecer el FISSAL como financiador de segundo piso
10. Aplicar nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud
11. Fortalecer el financiamiento del seguro social de salud, EsSalud
12. Fortalecer la rectoría del sistema de salud

Todos estos lineamientos surgen como una visión a futuro en concordancia con el Plan Bicentenario esperando que, para el 2021, se hayan cerrado las “brechas de cobertura en sus tres dimensiones (poblacional, prestacional y financiera)” (CNS 2013).

Así, se tenía en cuenta que cuatro retos principales tendrían que ser superados para efectivizar el objetivo planteado. El primero de ellos reconocía que la extensión de la mejora del estado de salud de toda la población requería de la

profundización de las acciones de carácter multidimensional que permitan abordar los diferentes factores determinantes del estado de salud del país; acciones integrales para la implementación de intervenciones comprehensivas que traten los aspectos de promoción de la salud, de gestión y prevención del riesgo, de recuperación y de rehabilitación; de tipo multisectorial que articule a los diferentes sectores relacionados a los determinantes sociales de la salud tales como son la educación, vivienda, ambiente, inclusión social, etc.; por último, intergubernamental con el fin de articular las políticas sanitarias siguiendo una línea descentralizada junto con los entes responsables de la prestación, promoción y vigilancia de la salud a nivel regional y local (CNS 2013:13).

Un segundo reto consiste en instaurar la cultura de prevención y protección de la salud en la sociedad. Para ello, el desafío al que se enfrenta el Estado es el de “balancear sus acciones y recursos para orientarlos no solo al tratamiento de los casos diagnosticados, sino también a organizar los esfuerzos de la sociedad para modificar los determinantes sociales de la salud”. El tercer reto plantea un avance hacia un sistema al servicio de la población debido a la necesidad de fortalecimiento para operar y brindar servicios adecuadamente tanto en calidad como en oportunidad. Esto supone, por tanto, la modernización ya sea en infraestructura, como en equipamiento. Un último reto es el aliviar la carga financiera para el que dividen esta sección en dos partes: según términos de nivel y términos de estructura del financiamiento (CNS 2013).

La propuesta que plantea la reforma que es más pertinente para la investigación es la de la revalorización del trabajador de salud. Se afirma que se buscará brindar condiciones adecuadas para el cumplimiento pleno de sus funciones. Así, se plantea el cierre de las brechas de infraestructura y equipamiento de los servicios de salud, lo que suponía mayor y mejor inversión pública a través de la planificación concertada de mediana y largo plazo. Resultaría relevante el enfoque territorial junto a la optimización del uso de recursos disponibles. Tal como se mencionó en un principio, el gobierno consideraba que el escenario peruano era óptimo para la aplicación de la reforma.

De esta manera, en base a tres ejes: político, económico y social, recopila el siguiente análisis contextual con respecto a los dos primeros. Desde el punto de vista político, según el CNS, al ser un eje clave para la política de inclusión social que venía impulsando el gobierno de turno, Salud era una prioridad en la agenda del Estado (CNS 2013).

Como parte del reto que implica la aplicación de procesos que aseguren que todos los ciudadanos ejerzan su derecho a la salud, se asegura que existe voluntad política de continuar con la implementación de cambios profundos del sector. En base al punto de vista económico, el CNS se respalda en el Marco Macroeconómico Multianual del MEF en el que se estima que el país crecerá a un ritmo anual de 6%, lo cual implicaría la ampliación del espacio fiscal de salud. Sin embargo, algo que resulta importante mencionar es que el crecimiento del PBI peruano en los años

siguiente sufrió un baja significativa, siendo el PBI anual registrado para el 2015 3,257 (INEI).

Resulta pertinente mencionar, por otra parte, que dentro de los doce lineamientos que presenta el plan de reforma del sector salud, ninguno de ellos incluye el, en un principio asegurado, mejoramiento de la situación del trabajador de salud. Con respecto a esto, se anuncia en un quinto punto de beneficios a los que accede la población a través de la reforma, que los usuarios de los servicios de salud serán atendidos por personal competente y motivado, situación que se asume será alcanzable con el tercer arreglo clave que considera el CNS:

“El MINSA, en coordinación con los gobiernos regionales, deberá ejecutar un plan para cerrar las brechas organizacionales y de recursos necesarios para la aplicación progresiva de la cartera de servicios de salud pública en todo el territorio nacional. Ello involucra el diseño de un programa de generación de capacidades de gestión en salud pública, cuya ejecución será financiada por el MINSA”. (CNS 2013)

De igual forma, dentro del lineamiento 4 del quinto segmento titulado Protegiendo al usuario, se asegura que el proceso de fortalecimiento de la gestión hospitalaria, supondría la renovación de 80 posiciones gerenciales asumidas por profesionales con competencias en gerencia.

La reforma plantea dentro del documento Lineamientos y medidas de reforma del sector salud, en el Punto 5 - Protegiendo al usuario, lineamiento 4, lo siguiente:

“Reforma de la política de gestión de recursos humanos: Con el fin de garantizar una adecuada oferta de servicios de salud, se considera necesario avanzar hacia una reforma de la política salarial y laboral. Esto permitirá una mejora en las condiciones de trabajo que incentiven el trabajo sanitario y que los servicios sean otorgados de forma oportuna, con calidad y buen trato hacia el usuario. Para ello, en coordinación con el MEF y SERVIR, el MINSA conduce un proceso de rediseño de nueva estructura remunerativa e incentivos basados en el desempeño” (CNS 2013).

El MINSA se compromete a realizar acciones para el fortalecimiento de la gestión hospitalaria en el sector público. Para el 2012, se firmó un convenio con la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) con la finalidad de iniciar la selección y capacitación de equipos de gerentes de servicios del sector salud para hospitales regionales para cubrir, principalmente, las posiciones de gerente o director de Administración y Planificación de Presupuesto. Se especifica, a su vez, que a través de la reforma se planteaba la renovación de 80 posiciones gerenciales hasta finales del primer semestre del 2013. Además, se precisa que se pensaba continuar con el proceso en un lapso de cuatro años.

Por otra parte, en la Propuesta de Mandato de Política 2.4 – Implementación de una nueva política integral de remuneraciones basada en mérito y riesgo según el nivel de atención se considera lo siguiente:

“Se considera a la desmotivación, déficit de profesionales de salud en el primer nivel de atención, alta rotación de personal, mala distribución del recurso humano en salud en el territorio, baja productividad, corrupción, bajo clima organizacional y mala calidad de la atención como efectos de la política remunerativa que se mantenía hasta aquel entonces” (CNS 2013)

La nueva política remunerativa elevaría progresivamente las remuneraciones anuales, incluyendo el nivel de la remuneración pensionable, hasta lograr el cierre de brechas entre trabajadores de salud de la seguridad social. De igual forma, se planteaba ampliar el diferencial entre niveles de carrera y se contemplaría una estructura remunerativa simplificada que tuviera una componente fijo y universal, dependiendo del grupo ocupacional y nivel de carrera, junto con un componente variable vinculado al desempeño, mérito y riesgo (CNS 2013).

Según lo que es posible observar en los lineamientos publicados por el CNS, no se expresa claramente el proceso a seguir en la implementación de la reforma de la política salarial del sector. A partir de ello, Mendoza (2015), en la sistematización que realiza de la reforma por encargo de la Organización Panamericana de la Salud, la califica como “la reforma centrada en el usuario”, lo que, a su vez, guardaba relación con el enfoque que caracterizó al gobierno de Humala: la inclusión social.

La reforma de la política salarial, no obstante, quedaba expresada en el DL 1153. Según el artículo 4, la política integral de dicho decreto se basaba en los

principios de legalidad y especialidad normativa, equidad, eficacia y eficiencia, consistencia interna y provisión presupuestaria. De esta forma, la estructura de compensación económica por contraprestación a los servicios otorgados se dividía en tres: la principal, que comprendía el salario básico brindado mensualmente, la ajustada y la priorizada.

La compensación ajustada incluía bonificaciones por puesto de jefatura, ya sea de departamento o servicio; de establecimientos de salud tipo I-3 o I-4, micro redes o redes; junto a bonificaciones por puestos especializados o específicos. La compensación priorizada, distintamente de las dos primeras, reconocía la compensación por la labor en zonas alejadas o de frontera, zonas de emergencia⁹ y como atención primaria de salud y atención especializada. Para que se efectuara este nuevo esquema, se plantearon cuatro etapas que abarcaban distintos períodos desde el año 2013 hasta el mes de enero de 2015.

2.3 Contextualización

Para el año 2012, el gobierno de Ollanta Humala recién cumpliría un año al mando del país. Al llegar al poder, el gobierno nacionalista encontró en el sector Salud una entidad consolidada desde el año 2002 fundada a través de la Ley del sistema nacional de coordinado y descentralizado de Salud, Ley 27813-2002. A través de la inversión que recibía no solo del Estado peruano, sino también del

⁹ Se hace alusión a los puestos ubicados en el Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM)

Banco Mundial, esta instancia era la encargada de continuar con el proyecto de reforma mediante la búsqueda de la modernización y fortalecimiento institucional. Posteriormente, de este órgano se partió para la creación del Consejo Nacional de Salud, los Consejos Regionales de Salud y los Consejos Locales de Salud.

Durante el 2012, la idea de aplicar una reforma del sistema era desestimada por el Ministerio de Salud; sin embargo, tras conversaciones con el Congreso, la Comisión de Salud de este, hizo de su conocimiento al MINSA el insistente interés por implementar un proyecto de reforma de índole más estructural y que, de principio, sea etiquetada con el término “reforma”. Se consideró, entonces, que el espacio más apropiado para asumir dicha tarea con el fin de trabajar un proyecto y la aplicación de una reforma de tal magnitud era, debido a su composición, el Consejo Nacional de Salud.

Durante agosto del año 2013, tras una segunda huelga que había enfrentado al ministerio y al gremio médico desde que Humala asumió la presidencia, la FMP y el MINSA habían logrado acuerdos que prometían limar las asperezas que se habían producido previamente. Dicho acuerdo concluyó con la promesa del aumento de 1,500 soles en todos los niveles de remuneración, compensaciones a médicos cirujanos y especialistas bajo ciertos requisitos, y no se registraban cambios en los pagos por las guardias.

En setiembre del 2013, el diario El Peruano presenta el DL 1153 2013, el mismo en el que, tal como lo permite la Constitución del Perú, el presidente del Perú,

en ese entonces, delegó a la Concejo Nacional de Salud (CNS) la tarea de diseñar y plantear el proceso de Reforma de Salud considerado como un pendiente a realizarse con urgencia. Este primer decreto fue seguido de 21 decretos legislativos más y un decreto supremo, siendo este último publicado el 7 de diciembre del 2013. Así, el Consejo Nacional de Salud asume oficialmente facultades en dicho lapso de tiempo, habiendo concretado reuniones previas a la designación de la tarea con la finalidad de ir conformando un equipo de trabajo que pudiera cumplir con el encargo (El Peruano 2013). Paralelamente, se mantienen conversaciones entre los gremios y el Ministerio. Cabe mencionar que, previo a la declaración de los decretos ya mencionados, tras una huelga de 30 días que mantuvo el gremio médico, se acordó un aumento salarial para dicho personal.

Si bien en los primeros meses de instalación del CNS la relación entre este y los gremios parecía sostenerse a través del diálogo, para noviembre del 2013, la relación entre los gremios y el Ministerio parecía hacerse cada vez más áspera. Esto es confirmado con el anuncio de una nueva huelga para el jueves 21 de dicho mes. El motivo de esta movilización se debía a la disconformidad que existía con los lineamientos propuestos por el Ministerio para la Reforma Salarial del Sector Salud. A esto se suma una protesta posterior el 27 del mismo mes a causa de un retraso en el nombramiento de médicos.

Aquel diciembre del 2013, se produce, además, un evento que generó una reacción negativa de parte del personal de enfermería de salud pública que, para la Federación Nacional de Enfermeras del Ministerio de Salud es considerable como

el punto de inicio de las diferencias entre este gremio y el MINSA. Los bonos recibidos por dichos trabajadores fueron oficializados dentro de un único salario que agrupó cada uno de los bonos existentes, alguno de ellos de montos en céntimos, y, con ello, se produjo una disminución del monto total que se solía recibir como aguinaldo. Si bien se informó previamente de las medidas que se iban a tomar, la difusión de la misma fue escasa y poco planeada. Posteriormente, en el mes de enero, se produjo el incremento de sueldo de la ministra De Habich casi duplicando su anterior salario. Esta situación produjo incluso un mayor descontento en los gremios quienes no tardaron en expresar su sentimiento hacia dicha medida.

Según Zoila Cotrina, presidenta de la Federación de Enfermeras del Ministerio de Salud (Fedeminsa), la comunicación fue precaria. Si bien se había participado de las conversaciones que fueron impulsadas por el CNS, “era posible observar cómo pesaba más la participación de otros asistentes. Se presentaban representantes de la Confiep para las reuniones finales de aprobación de documentos y ellos decidían qué debía ser modificado” (Entrevista Zoila Cotrina, mayo 2017). La estrategia de implementación, según la postura de Cotrina, fue errónea en tanto se aplicó sin previo aviso y con cambios en los acuerdos previamente conciliados. Esta postura también es compartida por el gremio médico, quien se niega a aceptar las medidas estipuladas en el decreto 1153.

Tras conversaciones entre los gremios del personal de salud y luego de dos meses de haberse puesto en práctica el primer paso de la Reforma del Sistema Salarial, el jueves 20 de febrero del 2014, se inició una huelga del frente único de

gremios de salud. Dicha huelga se llevó a cabo con el nombre de Frente Nacional por la Defensa del Derecho a la Salud. Sumado a las quejas anteriores, se le acusaba al Ministerio de querer privatizar la salud pública debido a los proyectos de Asociación Público – Privada presentados también durante noviembre del 2013.

A partir de aquel momento, se produce un proceso de protesta continua de parte de los gremios, con un claro protagonismo de parte del gremio médico. Se produjeron diálogos en los que el gremio médico presentó sus demandas a las que, posteriormente, el Ministerio se negó por considerarlas “infundadas”. Tras un corto período de alianza que recibió el nombre de Frente Único por los Derechos de la Salud, enfermeras y médicos se dividen, y el gremio de enfermeras mantiene conversaciones con el ministerio. Estas son finalizadas al aceptar un nuevo esquema salarial y se evita así que las enfermeras continúen en huelga. El caso del gremio médico, muy por el contrario, parecía complicarse cada vez más. En este tiempo incluso se llegó a acusar al Ministerio de generar una cortina de humo con base en las discusiones por la aplicación del aborto terapéutico que se mantuvo con el cardenal Cipriani.

A fines de agosto del 2014, parecía haberse logrado un avance significativo en los diálogos entre ambos actores; sin embargo, esta conversación no prosperó y se continuó con las protestas, llevando incluso a iniciar una huelga de hambre por parte de cuatro médicos. Luego de 150 días de huelga ininterrumpida y cerca de un año después de haberse iniciado las protestas, un 22 de octubre del 2014, la oposición, en el nombre de 36 congresistas, presenta una moción de censura y se

sometió a una interpelación en la que tuvo que responder un pliego interpelatorio de 18 preguntas. Se señaló, entonces que de no aceptar una renuncia sería retirada del cargo por la censura correspondiente. Ante esto, el miércoles 5 de noviembre del mismo año, De Habich abandona el cargo y cede su puesto a quien fue viceministro durante su gestión, Aníbal Velásquez. Tras la salida de De Habich, Aníbal Velásquez asume el cargo y los posteriores meses el diálogo con los médicos se retoma y, contrariamente a lo ocurrido durante la gestión de De Habich, no se producen más protestas de parte de la Federación Médica.



CAPÍTULO III: ¿LA PIEDRA EN EL ZAPATO?: ANÁLISIS DE LA
FEDERACIÓN MÉDICA PERUANA

3.1 “Sin luchas, no hay victorias”: identidad colectiva y organización interna
del gremio médico.

El lema de la Federación Médica Peruana, FMP en adelante, guarda una intensa relación con la visión que se expone en los pasillos del local central del gremio: “[...] (La FMP) Asume la conquista de las reivindicaciones médicas, defendiendo la salud, los derechos humanos, la vida y el desarrollo de sus agremiados. Contribuye también al permanente mejoramiento de la salud en el

país”¹⁰. Son setenta años de existencia en los que, asegura Godofredo Talavera, presidente de la FMP, se han dedicado a velar por los derechos de los médicos de todo el país y por un servicio de calidad para todos los peruanos.

Durante el período estudiado, las demandas del gremio quedaban expuestas claramente en las declaraciones del entonces presidente de la federación. Al recordar aquella época, César Palomino, considera que el accionar del gremio era clave para imponerse ante la intención privatista que mantenía el ministerio por esos años. La salud, desde el punto de vista que impulsa la acción gremial de los médicos, es un derecho del que todo ciudadano debe gozar con las condiciones óptimas y de forma gratuita y, al mismo tiempo, es tarea del Estado asegurar que este servicio sea otorgado de forma eficiente. Existe, dentro de su postura, un requerimiento especial por el que se expresa la necesidad de dignificar la profesión médica en el país. El primer paso para dignificar dicha labor, entonces, constaría del aumento significativo de las remuneraciones que perciben los médicos que trabajan en el sector.

Según, la Defensoría del Pueblo, en el período que abarca el año 2010 al año 2015, 162 de los conflictos en recursos humanos registrados en salud fueron por exigencia de aumentos salariales, pagos y remuneraciones; mientras que, 208 de los conflictos se debieron al incumplimiento de acuerdos previos; la gran mayoría

¹⁰ *Visión de la Federación Médica Peruana*

de estos, también se produjeron como consecuencia de reclamos en el ámbito salarial. Así, para las huelgas que encabezó el gremio médico en el período estudiado, el tema salarial tampoco fue ajeno. Es posible observar que, de forma recurrente, las acciones del gremio se desarrollan con respecto a las demandas salariales, dejando de lado banderas de lucha como el derecho universal a la salud o calidad de servicio.

Para el año 2014, a pesar de haberse acordado el aumento de 1,500 soles al sueldo de todos los niveles, como se hizo mención, el gremio médico presentó un nuevo pliego de demandas debido a un supuesto incumplimiento de lo que dicta el Acta de Suspensión de la Huelga Médica Nacional firmada el 13 de agosto de 2013. Este nuevo pliego exigía una nueva escala remunerativa, omitía el acuerdo de no realizar ningún cambio en lo establecido para el pago de guardias al solicitar nuevos costos para guardias hospitalarias y comunitarias, proponía ignorar el requerimiento de ciertos requisitos para las compensaciones económicas para cirujanos y especialistas titulados, y el pago de cuatro sueldos en las siguientes circunstancias: Fiestas Patrias, Navidad, Año Nuevo, Escolaridad y onomástico.

La decisión de asumir esta nueva postura se produjo tras la discusión en asambleas de las que pueden participar todos los miembros. La dinámica que se produce en estas asambleas consta de un diálogo constante entre los participantes. Mediante el período de observación participante aplicado, se buscó realizar una apreciación de las formas en las que se suscitan estas reuniones, teniendo en

cuenta que, cuando esta observación fue realizada, el gremio se encontraba nuevamente en un conflicto con el MINSA, situación que asemejaba el contexto.

De esta manera, se puede reconocer en el proceso de toma de decisión del gremio un patrón jerárquico que reconoce la trayectoria de los miembros con mayor prestigio y este se compone según tres factores principales: casa de estudios de la que se proviene, años de experiencia profesional y años de militancia en el gremio. Ello queda expuesto en el trato que reciben ciertos miembros cuyas opiniones cobran mayor importancia en el diálogo.

Es importante mencionar que no existe una argumentación muy fundamentada en la discusión, ya que las opiniones que se expresan suelen ser, mayoritariamente, apreciaciones del mal estado del sector, disconformidades con el ministerio, mas no propuestas de acción ejecutables o argumentos concretos del por qué el MINSA debe otorgarles mejores salarios en comparación con el resto de profesionales de la salud que se distinguen del único argumento identificable: la profesión médica es superior al resto de profesiones.

Al respecto, es posible identificar dentro de la interacción que realizan los miembros del gremio que la integración simbólica de la que habla Habermas (1987) se encuentra presente al tener en cuenta que los individuos participantes comparten experiencias similares como producto de una formación en la profesión médica. Si bien la cantidad de años puede variar dependiendo de la universidad de la que se provenga, la carrera de medicina humana se caracteriza por el largo período de

instrucción. En su mayoría, se requieren cerca de diez para lograr ser un médico especialista en algún área de acción del campo médico. Naturalmente, durante este período los valores e imágenes que menciona Habermas permiten la unificación de los individuos que se reconocen como semejantes y capaces de adherirse a una unidad.

Sumado a ello, se produce una integración de tipo comunicativa y esta es la que sobre sale incluso más que la primera. El nivel de especialización de parte de cada uno de los grupos de profesionales de la salud es producto de la integración simbólica de la que han sido partícipes en su proceso formativo. La diversidad y ruptura de creencias que caracteriza el sector salud se ejemplifica, por una parte, en las escasas oportunidades en las que se ha producido un Frente Único que reuniera a los distintos gremios en pro de sus derechos; en segundo lugar, por el discurso que posee cada uno de estos, el mismo que reconoce la labor del profesional de salud pertinente como invaluable y de mayor importancia en comparación con el resto de ellos.

Si bien durante el período estudiado se produjo una unificación de distintos grupos gremiales, el Frente Único en Defensa de los Derechos de la Salud se desarticuló y se convirtió en un ejemplo más de los intentos fallidos por unificar la lucha de todos los profesionales de la salud al concluir con distintos acuerdos logrados con el MINSA por cada una de las partes, lo que generó una heterogeneidad en lo pactado con respecto a las remuneraciones de cada grupo

profesional y contribuyó a la permanencia de las brechas salariales existentes entre cada uno de los cuerpos de trabajadores.

Como producto de la participación en las dinámicas internas, el gremio médico genera un discurso de tajante oposición a la reforma de la política salarial debido a, según considera el ex presidente de la FMP, César Palomino, la improvisación caracterizaba a la propuesta de modificación del sistema que consideraba al mérito como eje principal para el nuevo esquema de remuneraciones. Se consideraba, de esta manera, que la reforma no estaba pensada en beneficio de los trabajadores médicos. Sin embargo, Arturo Granados, ex director de la Oficina de Descentralización del Ministerio Salud y secretario técnico de la Comisión Intergubernamental de salud del 2012 al 2016, considera que, en lo referente a la reforma de la política salarial,

“la reforma tiene una valoración principal y eso tiene que ser bajo la lógica de equidad de justicia, es decir, alguien de regiones no puede ganar menos que alguien de lima. Nivelamos eso y los médicos y los profesionales de regiones son los que más valoran esa medida y los que menos la valoran son los de Lima obviamente porque para ellos era lo principal poner las cosas como estaban, pero ordenando porque ya no tienes 12 o 13 conceptos remunerativos en la escala de pagos sino de uno solo”. (Entrevista a Arturo Granados, agosto 2017)

La nueva escala planteaba cinco niveles para la destinación de los sueldos en los que el primer nivel implicaba 4,500 soles aproximadamente, lo que significó

el aumento real de 1,000 soles para médicos en el interior del país en algunos casos; mientras que el aumento para médicos de que radicaban en la capital resultó ser de 150 a 200 soles. Se trataba de un intento por incentivar el trabajo en zonas de frontera o del interior del país y fomentar la descentralización del servicio; no obstante, la protesta en Lima acusó al MINSA de no cumplir verdaderamente con los aumentos anunciados, fomentando, así, la continuidad de la centralidad.

Edgardo Nepo, ex asesor de la ministra De Habich, recalca este escenario que desvirtúa en gran medida la lucha del gremio que asegura incluir y respaldar el bienestar de cada uno de los profesionales médicos sin distinción alguna.

“La realidad de los médicos de Lima no es la de los del interior, del primer nivel, de las zonas más alejadas. Por eso, cuando empezamos a implementar esto, había diferencias de ingresos reales, más allá de las nominales. Un médico que trabajaba en un hospital de primer nivel en la sierra no tenía ninguno de estos beneficios¹¹, solo tenía su sueldo. [...] En Lima está la prensa, en Lima está la presión política, entonces, este grupo de gente que es la que se benefició menos es la que metió más bulla en contra, pero en el interior la gente estaba contenta”.
(Entrevista a Edgardo Nepo, julio 2017)

¹¹ El entrevistado refiere a los bonos, canastas, uniformes, etc. que eran destinados a los médicos que trabajan en la ciudad de Lima de parte de las direcciones de los servicios de las instituciones de salud pública.

Este aspecto centralista queda expuesto en el proceso de toma de decisiones en las que escasea la participación de los distintos departamentos del país. Como se mencionó al principio de esta investigación, la mayoría de los hospitales e instituciones de salud se encuentran en la ciudad capital y estas, a su vez, son las que gozan de mejores servicios y tecnologías, dentro de la deficiencia de los mismos.

La oferta de la salud se encuentra centralizada y obliga a quienes desean acceder de servicios de salud especializados¹² a movilizarse hacia Lima. Naturalmente y como se explicó en el capítulo anterior al analizar el sector, la mayoría de los profesionales médicos, sobre todo especialistas, se ubican en esta ciudad. Así, es de esperarse que la base principal del gremio se encuentre en Lima y, por tanto, la mayoría de su accionar se efectúe en la capital.

Todo esto origina un cuestionamiento al accionar del gremio identificando que es posible considerar la existencia de una identidad colectiva del gremio médico creada únicamente como una especie de antagonismo al MINSA. Esto se apoyaría con los factores simbólicos adquiridos durante la formación para formar una identidad colectiva única del gremio capaz de influenciar en la formación de su

¹² *Los institutos de salud especializados en distintas ramas de la medicina humana se encuentran únicamente en la ciudad de Lima, siendo estos el Instituto Nacional de Salud del Niño, también conocido como el Hospital del Niño; Instituto Nacional de Oftalmología (INO); Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; Instituto Nacional Materno Perinatal, conocido comúnmente como Hospital de la Maternidad; Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”; Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores” Amistad Perú Japón; y el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.*

discurso que, tal como se mencionó anteriormente, considera como su argumento más recurrente la importancia y superioridad de la profesión médica.

La FMP está compuesta por tres bases: la Asociación Nacional de Médicos del Ministerio de Salud que incluye a la gran mayoría de profesionales de salud. Siendo el número de integrantes 21,190 aproximadamente; la Asociación Nacional de Médicos Cesantes que incluye alrededor de 2,000 médicos; la Asociación Nacional de Médicos Residentes con 6,000 miembros ;y, por último, Asociación Nacional de Médicos Contratados con aproximadamente 3,000 miembros.

La coordinación a nivel nacional se produce entre las bases presentes en 21 regiones, teniendo en cuenta que estas no se encuentran presentes en departamentos como Amazonas o Pasco. El diálogo se produce en las asambleas de diversos tipos entre los que destacan las asambleas nacionales. Estas se realizan, en promedio, de 5 a 6 veces al año. Dentro de las asistencias obligatorias se encuentran las reuniones conmemorativas por aniversarios y las que se producen para realizar las acciones pertinentes durante los procesos de cambio de Junta Directiva. Las comunicaciones oficiales son mediante oficios y se apoya en correos electrónicos y llamadas de coordinación interna.

3.2 Acción corporativa de la Federación Médica Peruana

La cohesión que caracteriza al gremio médico ha permitido, naturalmente, que su accionar conjunto sea muy destacado debido a la coordinación que se ha demostrado poseer a lo largo de los años. Esta situación no se comparte en los

otros gremios de profesionales de la salud, los mismos que, a diferencia de la Federación Médica y en disonancia con el número de profesionales que lo componen, números que superan claramente al grupo médico, no logran tal nivel de reacción en la capital ni en el interior del país.

Este impacto también fue producto de la unificación de intereses al lograr que existiera una transformación en el trato que se le da al problema de la salud pública incluyéndolo constantemente en el debate público. El discurso antiprivatista del gremio coincidió con el discurso de otros actores como lo fue ForoSalud, quien concretó el apoyo de la sociedad civil y, de igual forma, concordaba con el discurso político de la izquierda ejemplificado en el apoyo que recibió la moción de censura de parte de parlamentarios de agrupaciones de izquierda. Si bien no existe una clara vinculación del gremio a un partido político específico, a diferencia del caso del magisterio que se encuentra fuertemente vinculado a partidos de izquierda como Patria Roja y, en su momento al Partido Comunista Peruano - Sendero Luminoso (García 2017), la representación del gremio en el Legislativo se efectiviza a través de la participación de médicos en el parlamento.

La lucha de los médicos en este conflicto tuvo componentes simbólicos que generaron un fuerte impacto en la sociedad. Se recurrió así, a protestas de hambre durante la cumbre del conflicto que expresaban el nivel de oposición a los intentos de lograr un consenso. La convocatoria a unirse a la protesta se promovía claramente desde Lima, ciudad en la que la paralización de actividades resultó más efectiva en comparación con el resto de departamentos del país, comprometiendo

a la atención de pacientes. El éxito de la unificación de los médicos del sector obligó al MINSA a destinar a los pacientes y usuarios de ciertos servicios ambulatorios a centros de atención como los que ofrecía el SISOL.

En relación a estrategias puestas en práctica en un escenario distinto al que la sociedad tenía acceso, el gremio médico también apoyó fuertemente su accionar en el prestigio y reconocimiento que poseía el Colegio Médico del Perú (CMP). Durante aquel período, quien en un primer momento fue presidente de la FMP, César Palomino, asume el más alto cargo en el CMP y desde ahí se continúa reforzando la postura de rechazo a la reforma.

De forma especial, se direccionó la crítica a la labor de la ministra. Ello fue expuesto en diversas ocasiones; al respecto, Edgardo Nepo asegura que se generaban escenarios propicios para desprestigiar y atacar a la ministra dentro del CMP que reflejaban una intención premeditada de atacar a la ministra:

“En esa ocasión, la ministra fue invitada a un evento en el CMP. [...] La reunión fue solo un listado de críticas y ataques al ministerio, sin ninguna intención de reflexión sobre los problemas que existían en el sector, solo la de desprestigiar. [...]La intervención de la ministra estaba programada para darse al final del evento como cierre. Al analizar el escenario, decidimos que era preferible que la ministra no sea quien exponga la visión del ministerio”. (Entrevista a Edgardo Nepo, julio 2017)

La postura del MINSA no fue, sin embargo, la de sancionar la lucha del gremio, sino que reconoce que esta es parte de su papel en el sector y que contribuye al debate. Ello no significa que no existieran apreciaciones de parte del ministerio que calificaran de infundadas e incoherentes con la misión del gremio. Al respecto, De Habich afirma que

“El gremio pelea y su valor agregado es conseguir mejores condiciones de trabajo y, si se quiere, menos horas. Creo que el Colegio Médico se gremializó mucho. Un colegio gremializado es una pérdida para la asociación médica. Entonces no les pido tanto, pero en el otro extremo no debería ser un apéndice de la federación. Si el Colegio Médico pudiera tener una posición menos gremial y más pegada a que se valore en la sociedad la función del médico, la credibilidad del gremio, su preocupación por el usuario yo creo que ganaríamos todos. El colegio se gremializó a un extremo que no es conveniente”. (Entrevista a Midori de Habich, agosto 2017)

La apreciación de Godofredo Talavera con respecto al conflicto que generó la reforma es que el MINSA y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) no coordinaban debidamente, pues el diálogo entre el MINSA y la FMP se producía constantemente y nunca existió negativa de ninguna de las partes para participar de esto, pero los avances y acuerdos en los que se encontraba consenso eran rechazados por el MEF. La postura que el gremio sostiene es que la reforma de la política salarial “se hizo a espaldas del trabajador”, a pesar de que dentro del CNS

e incluso dentro del grupo de asesores de la ministra destacan las labores ejercidas por médicos que participaron del diseño y la implementación.

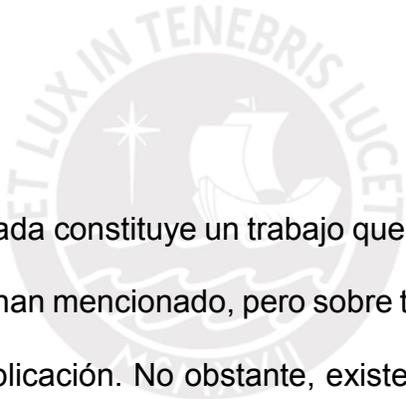
Tras la salida de De Habich del cargo, la huelga ya había cesado y la relación con el ministerio mejoró. La entrada de Aníbal Velásquez al cargo de ministro de salud disipó la conflictividad extrema que caracterizó la gestión de Midori de Habich. Según Edgardo Nepo este cambio tenía un fuerte sustento: Velásquez es médico y De Habich no. Esta situación la reconoce Godofredo Talavera al asegurar que existe un gran número de médicos a quienes les disgusta la idea de que el cargo no sea ostentado por un galeno.

Esto coincide con la postura de César Palomino:

“Mire, es lógico que busquemos que el ministro se médico. Si yo, siendo médico, asumo el cargo de ministro de Economía, ¿usted qué cree que pasaría? No es por ofender, pero alguien que no sabe nada del sector, no sabe qué se requiere, cómo se debe trabajar, etc. no va a tener ni la menor idea de cómo hacer las cosas”. (Entrevista César Palomino, noviembre 2017).

Sin embargo, no se consideraba a ningún otro profesional de la salud como candidato al cargo ministerial, lo que podría deberse a la inequidad existente en el sector que descansa en los prejuicios previamente analizados. Cabe mencionar que, como presidente de la Federación, Palomino considera que el trabajo que se realizó de parte de los médicos que participaron en la formulación de la reforma partía de una visión que no incluía las demandas de la federación.

CAPÍTULO IV: HALLAZGOS Y REFLEXIONES



La reforma analizada constituye un trabajo que requirió la participación de los distintos actores que se han mencionado, pero sobre todo, de los recursos humanos para poder ejercer su aplicación. No obstante, existe en la postura de los gremios participantes gran disconformidad con los procesos que se siguieron para ejecutar estos medios de cooperación y diálogo. De principio, es importante caer en cuenta que la relevancia del Ministerio de Economía y Finanzas cobra mayor protagonismo tras las conversaciones que se presentan entre los gremios y el Ministerio de Salud previamente a la ejecución de la reforma de la política salarial. Cada uno de los entrevistados, sin importar el perfil, coincidió en que las modificaciones realizadas por el MEF produjeron reacciones negativas de parte de las federaciones por

considerar que no se estaba guardando relación con los acuerdos logrados durante los diálogos.

Esto implica que, si bien se generan espacios para la participación e intervención de los gremios, parece ser que en la práctica estas opiniones pierden importancia. Como es de esperarse, esta sensación de exclusión aporta a la formación de una postura disconforme y que, por tanto, persiste en la necesidad de oponerse a las medidas tomadas, incluso a pesar de que estas puedan resultar beneficiosas.

A lo largo de la investigación, queda claro que los factores que convergen para originar un escenario propicio para el desempeño de la capacidad de agencia de la FMP no se originan en una única arena, sino que coinciden en el contexto otorgando al gremio mayor número de canales para su accionar. Los factores influyentes implican un análisis incluso más profundo del realizado en lo que corresponde a la formación de los profesionales en salud y a los recursos humanos del sector. Como se ha mencionado en diversas ocasiones, el hecho de que el sector sea espacio de convivencia entre distintos grupos profesionales complejiza el análisis.

Sin embargo, es posible identificar que el pendiente relacionamiento de la educación en salud y del campo de acción del sector requiere de un urgente tratamiento con la finalidad de que las identidades forjadas en el proceso guarden estrecha relación con lo ético.

La idealización de la carrera médica parte de la consideración de la misma como aquella capaz de salvar la vida de las personas, esto ha supuesto un posicionamiento jerarquizado. Durante la observación realizada, las posturas demandaban el aumento salarial, pero era inexisten el interés en la autocrítica y la reflexión. Excedió a las posibilidades de este trabajo el poder participar de más de estos espacios que permitieran corroborar la existencia de grupos que aborden dichos temas, pero sí se tomó en conocimiento la formación reciente de generaciones jóvenes de médicos y estudiantes de medicina con entusiasta deseo de replantear la práctica profesional con un enfoque netamente ético expuesto en sus investigaciones.

Por otra parte, la investigación ha permitido generar más cuestionamientos al respecto que permitan profundizar el análisis del sector en relación al futuro de la salud en el país. La reforma del sector es una tarea pendiente y que supone grandes esfuerzos de distintas partes. Con base en lo investigado, la estabilidad que puede generar el sano equilibrio de los poderes Ejecutivo y Legislativo, de manera primordial, como consecuencia de cohesión en cada una de estas partes y una discurso político sustentado retoma el debate sobre la necesidad de fortalecer las instituciones político partidarias y la formación de un sistema de partidos que evite la inclusión de candidatos únicamente en búsqueda de votos parlamentarios, careciendo de visiones a futuro en los diversos sectores del Estado.

Finalmente, en el desarrollo de la investigación también se puede visualizar una situación preocupante que no limita únicamente al sector salud. La

jerarquización existente dentro del sector salud se debe, en parte, a la discriminación latente hacia las profesionales mujeres. La enfermería y la obstetricia, como carreras profesionales vinculadas a la mujer, y la medicina, como carrera mayormente relacionada al varón impide el crecimiento profesional y el acceso a cargos de alto nivel de enfermeras, obstetras y, naturalmente, de doctoras. Una vez más, queda pendiente trabajar estos casos desde el enfoque de género a fin de evitar la inequidad.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Tras la realización de esta tesis, la información recopilada que ha sido explicada permite concluir lo siguiente en relación a la pregunta planteada:

1. La reforma de la política salarial y laboral del sector salud fue producto de un estudio coordinado que incorporó a diversos actores de diversos sectores entre los que se incluye a actores gubernamentales, los gremios, el sector privado y a la sociedad civil: Sin embargo, en el proceso de implementación, este diálogo se desgasta al punto de encontrar rechazo de parte de los gremios y de la sociedad civil. Según lo que postula la teoría¹³, esta reforma requería de una concordancia con las políticas que se impulsaran desde otros

¹³ Stein y Tommasi (2006)

entes gubernamentales; sin embargo, para el caso de esta reforma, el Ministerio de Economía y Finanzas reguló fuertemente la salida de dinero hacia el sector lo que impidió lograr rápidamente un consenso con el gremio ante las demandas de aumento salarial.

2. La conformación del gremio médico genera una centralización de sus actividades, lo que, a su vez, ha fomentado la creación de una cúpula que direcciona su accionar. Como sugiere la literatura académica¹⁴, se ha producido un otorgamiento de los derechos de decisión a este grupo que se ha legitimado a través de los años como producto de su trayectoria en el ámbito profesional, pero, por sobre todo, en el activismo gremial. Este grupo que radica en la ciudad de Lima posee un alto nivel de cohesión y compromiso expresado en la acción colectiva de paralización de servicios e incluso huelgas de hambre, para algunos casos, justificando este accionar en un discurso que posee como principal argumento la necesidad de dignificar la labor médica.
3. La formación de este discurso se encuentra directamente relacionado a la identidad corporativa de la Federación Médica Peruana. Esta identidad es producto de un proceso de formación que les ha transmitido a sus miembros diversas experiencias y vivencias compartidas y, con ello, genera una visión

¹⁴ Coleman (1986)

común y una percepción específica de la realidad como conjunto¹⁵. Paralelamente, esta identidad es reforzada por un supuesto socialmente aceptado que asume la superioridad de la carrera médica por sobre el resto de profesionales de la salud debido al nivel de preparación académica que forja un alto grado de especialización. Así, alto sentido de pertenencia al conjunto apoya el accionar colectivo y brinda un nuevo recurso para hacerlo efectivizarlo.

4. La organización interna del sector salud ha producido un escenario apto para que los médicos obtengan estabilidad y participen directamente en la dirección del sector. Los cargos directivos ostentados por profesionales médicos les permiten ser actores que participan de la dinámica interna del Ministerio de Salud y, con ello, conocer el escenario en el que se desenvuelven sus luchas gremiales. Por otra parte, al gozar de mayoría en cargos directivos y jefaturas se ha producido una supremacía del cuerpo médico por encima del resto de profesionales. El supuesto de superioridad de la profesión médica resulta ser asumido en el sector como resultado de la permanencia de los médicos en dichos cargos a pesar de que estos, según ley, puedan ser concursables para otros profesional de salud y de que estos cargos sean ejercidos incluso en rubros en los que la labor médica es mínima en comparación con la labor de enfermería u obstetricia. Esta posición de

¹⁵ Habermas (1987)

ventaja propicia un accionar colectivo que responde únicamente a la búsqueda de beneficios propios y suprime supuestos objetivos de lucha por el derecho universal a salud de calidad, lo que lo distingue de las características de un gremio y convierte a la Federación Médica Peruana en un actor corporativo.¹⁶

5. La lucha de la Federación Médica Peruana recibe apoyo de la sociedad civil en dos sentidos: discurso que incluye al paciente como la mayor preocupación de la protesta del gremio y la no vinculación directa con partidos políticos. La teoría asume que existen recursos de los que los actores hacen uso en el proceso de interacción para la realización de sus objetivos¹⁷; en ese sentido, la Federación Médica Peruana apoya su lucha en el respaldo que recibe de actores como ForoSalud en consecuencia al discurso que acusaba a la reforma de ser un intento privatista de parte del Ministerio de Salud. En comparación con luchas gremiales como las del Sindicato Unitario de Trabajadores en la Educación del Perú, la Federación Médica no se ha encontrado vinculada a agrupaciones políticas específicas por lo que no es posible identificar un contingente definido de opositores políticos. Si bien toma banderas de lucha más relacionadas a pensamientos de izquierda, en la acción se comprueba que su propósito se encuentra más vinculado a la

¹⁶ Coleman (1986)

¹⁷ Dente y Subirats (2014)

persistencia del status quo del sector que les ha permitido poseer dominio en la toma de decisiones. No obstante, logra representación en el Congreso de parte de distintas bancadas a través de los distintos médicos que ejercen la labor congresal.

6. El contexto político en el que se implementa la reforma se caracteriza por ser un período de austeridad, lo que provocó que la inversión pública en salud sea reducida para solicitudes de ampliación de presupuesto. Esto significó una disonancia entre las exigencias de la Federación Médica Peruana y las capacidades del Ministerio de Salud. Sumado a ello, la inestabilidad que caracterizó los primeros años del gobierno debido a las fracturas que sufrió la bancada oficialista como consecuencia de diferencias políticas internas generó la inexistencia de un respaldo consolidado y la sensación de abandono durante el proceso de conflicto. Las tres interpelaciones realizadas por el Congreso en el período en el que Midori de Habich ostentó el cargo dan cuenta de la fuerte oposición a la que se enfrentó el Ministerio de Salud en el proceso de implementación por lo que la falta de un partido cohesionado que defendiera la postura del Poder Ejecutivo cobró incluso impacto.

BIBLIOGRAFÍA

ARROYO, Juan y otros

2011 *Recursos Humanos en Salud de Perú: Segundo Informe al país. Nuevos elementos para la toma de decisiones y políticas públicas*. Lima: Ministerio de Salud.

BANCO MUNDIAL

Gasto en salud Consulta 24 de setiembre de 2016.

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

BEHRENS, Martin; HAMANN, Kerstin y Richard W. Hurd

2004 “Conceptualizing Labour Union Revitalization”. *Varieties of unionism: Strategies for union revitalization in a globalizing economy*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 11-29.

CAÑIZARES, Ricardo y GARCÍA, José

2015 *Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud en los Países Andinos*. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Lima: Sinco Diseño.

COLEMAN, James

1980 "Authority Systems". *Public Opinion Quarterly*. volumen 44. número 2.
pp.143-163.

1986 "Social theory, social research and theory of action". *American Journal of Sociology*. volumen 91. número 6. pp. 1309-1335.

1990 *Foundations of Social Theory*. Cambridge: Harvard University Press

CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

2002 *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima:

Consortio de Investigación Económica y Social

2006 *Política de Salud 2001-2006*. Lima: Consortio de Investigación Económica y
Social

DENTE, Bruno y Joan Subirats

2014 *Decisiones públicas: Análisis y estudio de los procesos de decisión en
Políticas Públicas*. Barcelona: Ariel Ciencias Sociales.

FRANCKE, Pedro; ARROYO, Juan y Alfredo Guzmán

2006 *Salud en el Perú: Diagnóstico y propuestas para el período 2006-2011*.

Lima: Consortio de Investigación Económica y Social.

GARCÍA, Sebastián

2017 Lento...¿pero seguro?: El proceso de adopción y avance de la Ley de Reforma Magisterial como la política pública que norma la carrera docente durante el período 2006-2015. Tesis para optar el grado de Licenciado en Ciencia Política y Gobierno. PUCP, Ciencias Sociales, Ciencia Política y Gobierno.

GIDDENS, Anthony

1984 *The constitution of society: Outline of the Theory of Structuration*. California: University of California Press.

GUSHIKEN, Alfonso

2014 “Los conflictos laborales en el sector salud desde la visión de los actores”. *Salud pública en el Perú, aproximaciones y nuevos horizontes*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

HABERMAS, Jurgen

1987 *Teoría de la Acción Comunicativa. Racionalidad de la acción y racionalidad social*. Madrid: Taurus.

LINDBLÖM, Charles

1991 *El proceso de la elaboración de las Políticas Públicas*. Madrid: Ministerio de las Administraciones Públicas

MINISTERIO DE SALUD

Lineamientos y medidas del sector salud 2015. Consulta 01 de octubre de 2016

<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>

Análisis de la situación en Salud 2013. Consulta 01 de octubre de 2016

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3358.pdf>

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

Reforma del Sector Salud. Consulta 01 de octubre de 2016

<http://www.pcm.gob.pe/reformas/wp-content/uploads/2013/08/REFORMA-DE-SALUD.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2010 Informe sobre la salud en el mundo 2010. Consulta: 24 de setiembre de 2016

<http://www.who.int/whr/2010/es/>

2010 La financiación de los sistemas de salud. Consulta: 24 de setiembre de 2016

http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf?ua=1

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

2003 Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Consulta: 12 de octubre de 2016

https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/50941/mod_resource/content/0/Modulo_2/Exclusion_salud_paises_Latinamerica.pdf

SECIÉN- PALACIN, Christian y Juan Darras

2000 "Satisfacción de usuarios de los servicios de salud". *Anuales de la Facultad de Medicina*- UNMSM. Lima.

STEIN, Ernesto y TOMMASSI, Mariano

2006 "La política de las políticas públicas". *Política y Gobierno*. volumen 23. número 2. Pp. 393 - 416

SUBIRATS, Joan; KNOEPFEL, Larrue y Frédéric Varone

2012 *Análisis y gestión de políticas públicas*. España: Huertas Industrias gráficas.

TORRES, Víctor

2016 Implementación de la ley SERVIR durante el período 2013-2016: un análisis de los factores que explican los avances en el proceso de tránsito de los ministerios. Tesis para optar por el grado de Magíster en Ciencia Política con mención en Políticas Públicas y Gestión Pública. PUCP, Escuela de Gobierno y Políticas Públicas.

WINSLOW, Charles-Edward

1920 "The Meaning of Public". *Public Health*.

ANEXOS:*Cuadro 1: Guía de entrevista semiestructurada*

Perfil	Eje básico	Variantes
Ejecutivo	Apreciación del sector Acercamiento al proyecto Toma de decisión Evaluación de resultados Análisis del conflicto	Visión desde la profesión médica y la no médica
Gremios	Apreciación del sector Participación de formulación Proceso de toma de decisión Análisis del conflicto Identificación de obstáculos en el diálogo Evaluación de resultados	Formación de discurso Organización interna Mecanismos de debate y diálogo interno Identificación de actores
Sociedad Civil	Apreciación del sector Participación del sector Apreciación de interacción con actores Análisis post conflicto	Evaluación externa

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2: Relación de entrevistados

CUADRO N°2: Entrevistas y declaraciones			
Perfil	Nombre	Cargo desempeñado	Fecha
Ejecutivo	Midori de Habich	Ministra de Salud	Agosto 2017
	Francisco Guerra García	Asesor	Octubre 2016
	Edgardo Nepo	Asesor	Julio 2017
	Arturo Granados	Asesor	Agosto 2017
Gremios	Godofredo Talavera	Presidente de la Federación Médica Peruana (Actualidad)	Setiembre 2017
	César Palomino	Presidente de la Federación Médica Peruana	Noviembre 2017
	Zoila Cotrina	Presidenta de la Federación de Enfermeras del Ministerio de Salud	Mayo 2017
Sociedad Civil	Alexandro Saco	Coordinador Nacional de FOROSALUD	Setiembre 2017

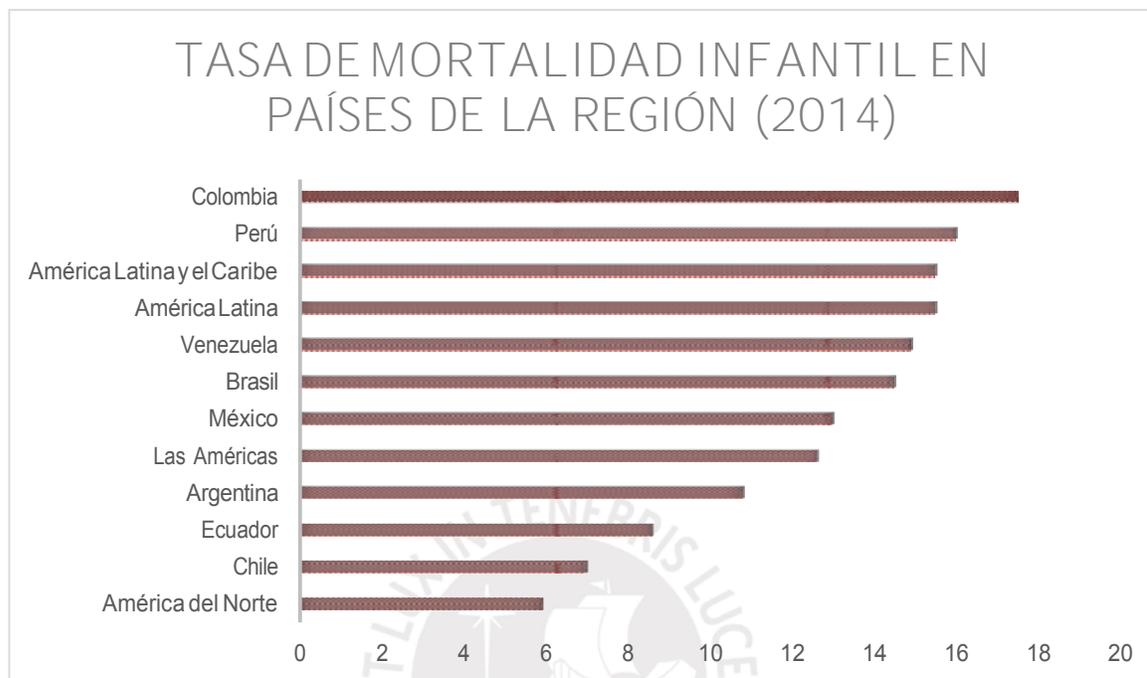
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1:



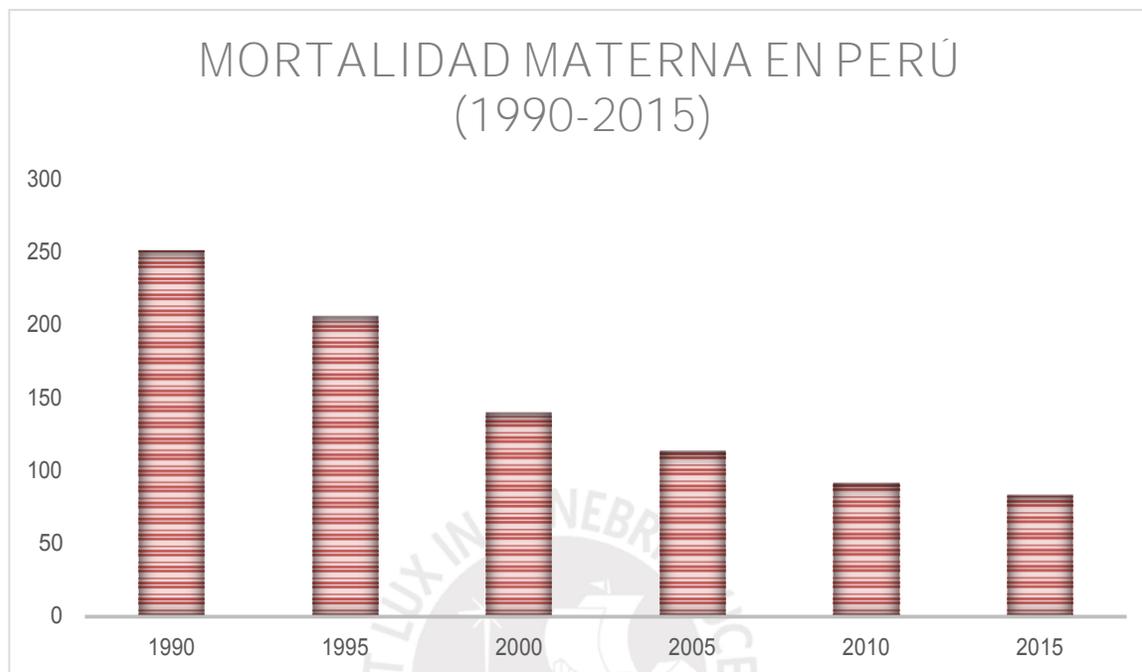
Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas en Salud, Tasa de mortalidad infantil

Gráfico 2:



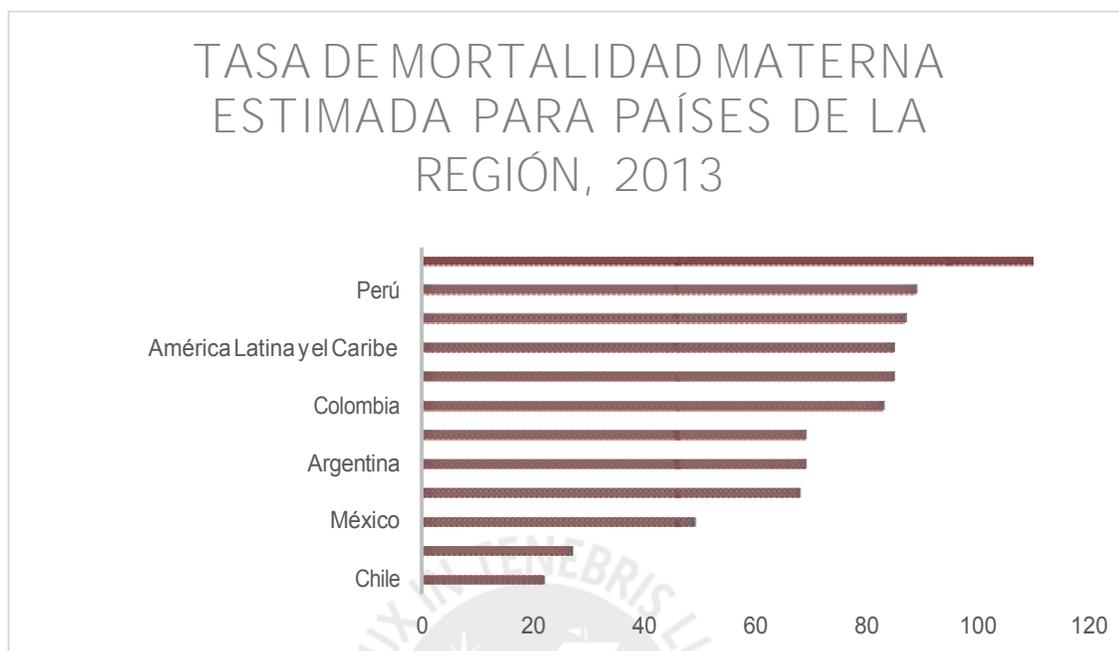
Fuente: Organización Mundial de la Salud, Estadísticas Sanitarias Mundiales

Gráfico 3:



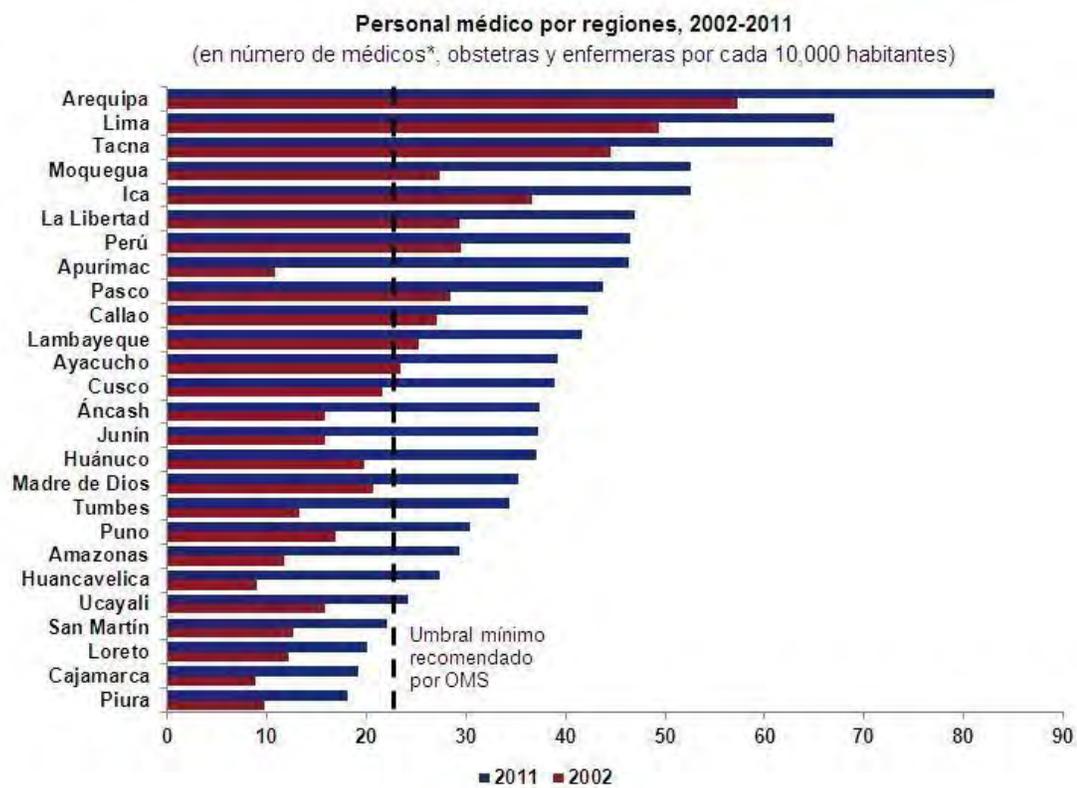
Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA, BM, División de Población de Naciones Unidas, Tendencias en mortalidad materna.

Gráfico 4



Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA, BM, División de Población de Naciones Unidas, Tendencias en mortalidad materna.

Gráfico 5



Fuente: Instituto Peruano de Economía, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística e Informática