

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Coaliciones promotoras y reforma en el sector salud: análisis de actores y creencias
detrás del establecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

Trabajo de investigación para obtener el grado académico de Bachiller en Ciencias
Sociales con mención en Ciencia Política y Gobierno presentado por:

Benate Mendoza, Piero Felix

Asesor(es):

Gil Piedra, Rodrigo Rafael


Lima, 2023

Informe de Similitud

Yo, Gil Piedra, Rodrigo Rafael, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) del Trabajo de Investigación de Bachillerato titulado Coaliciones promotoras y reforma en el sector salud: análisis de actores y creencias detrás del establecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Benate Mendoza, Piero Felix dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 15%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 12/12/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y el Trabajo de Investigación de Bachillerato, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

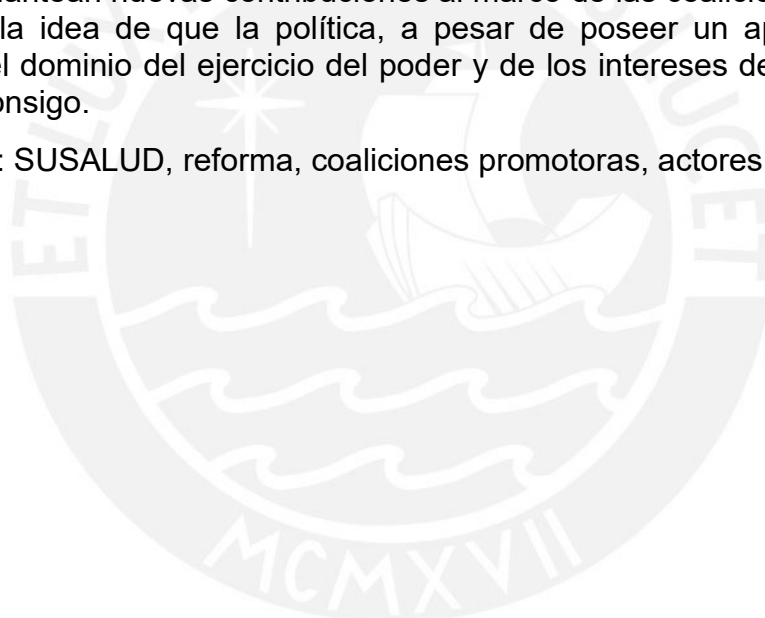
Lugar y fecha: Lima, 12 de abril del 2024

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Gil Piedra, Rodrigo Rafael</u>	
DNI: 46490094	Firma 
ORCID: 0009-0003-8390-6878	

Resumen

La reforma de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, ahora Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) a raíz de la reforma del sector en 2013, es un hecho con profundas implicancias en la calidad de vida y los derechos de la ciudadanía. Como tal, este trabajo presupone que aquello no fue una cuestión meramente técnica, sino que fue una dinámica política entre redes de actores con creencias distintas sobre el problema público en cuestión, y que logran imponerse sobre otras de estas redes. Así, mediante el marco de las coaliciones promotoras, se propone explicar este policy change como producto de la interacción entre estas agrupaciones de actores durante las etapas de establecimiento de esta política. Para ello, se consideran los aportes académicos sobre reformas de salud enmarcadas en dinámicas neoliberales, la multiplicidad de actores que participan en estos procesos, el consenso generalizado sobre la necesidad de reformar y el empleo del marco de las coaliciones promotoras en el contexto peruano. Por tanto, se plantea un análisis con amplios límites temporales del proceso político mencionado, que permita explicar la relación causal entre estas redes de actores al interior del sector salud y el establecimiento de SUSALUD, con los rasgos que posee actualmente. Como resultado, se plantean nuevas contribuciones al marco de las coaliciones promotoras y se reafirma la idea de que la política, a pesar de poseer un aparente velo de eficiencia, es el dominio del ejercicio del poder y de los intereses de ciertos actores que trae ello consigo.

Palabras clave: SUSALUD, reforma, coaliciones promotoras, actores, creencias



Índice

1. Introducción	1
2. Estado de la cuestión.....	5
2.1. Reformas de salud en la región	5
2.2. Reforma del sector salud en el Perú.....	10
2.3. Coaliciones promotoras en el policymaking de Perú	14
3. Conclusiones	20
4. Bibliografía	22



1. Introducción

La conducción de reformas sectoriales, en un país con la trayectoria político-institucional que posee el Perú, es un proceso que resulta complicado. Cuando dicha reforma se enfoca en un sector amplio, de mucha importancia política y con legados burocráticos y tecnocráticos marcados, así como por una gran variedad de actores e intereses de por medio, es un asunto que se complejiza aún más. El último gran intento de reforma de este sector, con 23 dispositivos legales promulgados para ello, se dio en 2013, durante el gobierno de Ollanta Humala. Al respecto, si bien la reforma tenía como objetivo transversal el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza del sistema y la expansión del seguro público (Mendoza-Arana, 2018, p.3), entre las normas establecidas también se encuentran otros problemas públicos a abordarse en el sector. Cada una de estas problemáticas, entonces, es correspondida con la participación e influencia de actores con ideas y creencias distintas que influyen en los procesos y etapas del policymaking. Ello conduce a preguntarse: ¿quiénes eran estos actores? ¿de qué manera se llevó a cabo su rol en estas etapas? ¿por qué se abre un espacio para su participación e incidencia política en este proceso de reforma? ¿o acaso venían incidiendo desde antes de dicho año? ¿cómo su influencia en el establecimiento de la reforma condiciona los resultados de esta?

Este trabajo parte de estas preguntas al reconocer la gran variedad de actores e intereses que se hallaban detrás de la Reforma del sector salud de 2013, y propone estudiar las redes de estos que se conformaron en el establecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), como producto de dicha reforma. Como tal, en este marco es donde se reforma la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), que pasa a ser SUSALUD y, a cuyos efectos, extiende sus labores de regulación a todo el sistema sanitario. Por tanto, entre la legislación que acompaña este proceso se encuentra el Decreto Legislativo N° 1158, promulgado en diciembre de 2013 y denominado “Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud”, enmarcando así la etapa de adopción de la política en cuestión. Respecto a la reglamentación de esta, se encuentra el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, aprobado mediante el Decreto Supremo 008-2014-SA en junio de 2014. Además, también están el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la

Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, aprobado mediante el Decreto Supremo 031-2014-SA en noviembre de 2014, y el Reglamento de Transferencia de Funciones de Indecopi a SUSALUD, aprobado mediante el Decreto Supremo 026-2015-SA en agosto de 2015.

En esa línea, se reconoce la necesidad de ampliar los horizontes temporales de una investigación sobre el fenómeno político en cuestión, no solo hacia más allá de la promulgación del decreto legislativo propio de la reforma en 2013, sino también hacia años antes del proceso de reorganización del sector. Como tal, se puede matizar el alcance y los logros conseguidos por este proceso de políticas públicas, del que en ocasiones se resalta lo insuficiente de sus resultados y el poco impacto y trascendencia que tuvo en la mejoría de la salud pública y la rectoría del sistema de salud (Vargas, 2017, p. 41-42). Sin embargo, también se debe considerar que ya por varias décadas, existía y existe un consenso acerca de la necesidad de intervenir en el sector y reformar el sistema de salud, con ideas, intentos e impedimentos o reformas parciales de por medio. Por ello, la formulación de la reforma en 2013, y, más específicamente, el establecimiento de SUSALUD, responden a un proceso amplio con varios hitos entrelazados para ello. Justamente este trabajo ayuda a entender estos eventos políticos que conducen a la reorganización de las funciones y competencias de una superintendencia ya existente, lo cual está inevitablemente enlazado a un macroproceso de reorganización del sector que, sin duda, se encuentra aún inconcluso y es necesario analizar para la conducción de mejores intentos de reformulación.

De esta manera, el trabajo busca adoptar un enfoque de políticas públicas que entienda las etapas de estas no como claramente separadas, sino más como categorías que ordenan el policymaking. Por ello, el foco del análisis se da bajo una aproximación más holística mediante el marco de las coaliciones promotoras. Este enfoque propone la centralidad de las ideas en política y de políticas para la conducción de políticas públicas (Sabatier, 1988). Específicamente, las ideas serían una variable fundamental en la conformación de redes de actores que impulsan las políticas que consideren apropiadas o necesarias. Para analizar todo ello, se propone emplear un process tracing, o rastreo de procesos. Así, se favorece un enlazamiento de los hitos políticos que conducen el proceso de establecimiento de SUSALUD, ello a través de una metodología que siga los acontecimientos a lo largo de unos límites

temporales amplios. Este abordaje detallado de los acontecimientos permitirá definir las coaliciones formadas en torno al fenómeno político en cuestión, así como para explicar la relación causal entre estas redes de actores y el resultado político final.

El fortalecimiento y cambio de denominación de SUNASA, ahora SUSALUD, es un fenómeno que no solo no ha sido muy abordado desde una mirada de políticas públicas, sino que resalta también como un aspecto relegado del estudio de la reforma de 2013 como tal. Esta reorganización del sector se entiende como orientada hacia la inclusión social (Lineamientos y medidas de Reforma del Sector Salud, 2013), por lo que se reconoce la implicancia de una dimensión social bajo la idea de la reforma. Ello se evidenciaría en la reformulación de una superintendencia para una mayor regulación y fiscalización del sistema de salud en favor del ciudadano, como usuario y beneficiario de este. Y dado que esta dimensión social involucra y tiene repercusiones en sectores e intereses distintos de la sociedad, también envuelve demandas y participaciones distintas que conducen a una politización más compleja e influencia por actores del proceso político. Así, se reconocen los profundos intereses y los procesos políticos más sustanciosos que se pueden encontrar detrás del fortalecimiento de una superintendencia que lleva a cabo labores de regulación estatal.

Esta discusión, no muy abarcada por la literatura académica, también se torna crítica al considerar las deficientes respuestas del sistema de salud peruano a la reciente pandemia por COVID-19. En esa línea, SUSALUD, como regulador del sistema sanitario, fue duramente criticado por su respuesta a las denuncias y demás cuestionamientos hacia la labor de clínicas y aseguradoras privadas respecto al tratamiento de pacientes con COVID-19. Por ello, se propone una aproximación que explique resultados políticos concretos, con efectos hasta la actualidad en el marco de la salud pública y en su manejo político. Así también, se busca entender cómo es que actores, que no suelen ser considerados por la literatura académica sobre política y gestión pública en salud, también influyen en las decisiones políticas de este campo, y que es justamente la conformación de estas redes de actores lo que garantiza el policy change. De este modo, se propone también relacionar las capacidades y alcances de la entidad con su proceso de establecimiento, transversalizado por actores, ideas, e intereses diversos.

Teniendo ello en cuenta, es necesario explorar y analizar los aportes académicos sobre procesos similares en la región, así como la reforma de salud en cuestión y la caracterización de coaliciones promotoras en otros procesos de políticas públicas en Perú.



2. Estado de la cuestión

2.1. Reformas de salud en la región

Dado que la discusión sobre el establecimiento de SUSALUD se enmarca en un contexto de reforma sectorial, es necesario considerar procesos similares en contextos regionales y geográficamente cercanos para poder entablar la discusión en el caso peruano. De esta manera, del análisis se puede distinguir tanto posibles fenómenos a nivel internacional que también involucrarían al Perú, o posibles replicaciones o adaptaciones de políticas públicas de otros países. Teniendo ello en cuenta, hay un marco general mediante el cual se pueden categorizar las reformas y los sistemas de salud en el contexto regional, lo cual implica considerar “[...] el nivel de desarrollo de cada sociedad, el contexto político, la situación económica, el avance de las ciencias médicas, las luchas de los sectores más desprotegidos y la conciencia comunitaria sobre el problema” (Montero-Díaz, 2022, p. 2). Destacadamente, la literatura también aporta, de manera general, una mirada desde los efectos que tuvieron las reformas neoliberales en los sistemas de salud de la región. Así, miradas desde la economía política vinculan el establecimiento de los sistemas de salud nacionales con la expansión del desarrollismo en la región desde la década de 1950 hasta 1970, y luego la entrada del neoliberalismo en las décadas de 1980 y 1990 (Villasana et al., 2022).

De esta manera, al componente de la gestión y las políticas públicas en salud se incorpora la entrada de actores privados en la oferta de provisión de servicios y aseguramiento en salud, esto como consecuencia de la racionalización del gasto estatal ante la crisis económica generalizada en la región. El efecto que posee esto es que, a la cuestión de la baja capacidad estatal para implementar reformas que resuelvan problemas públicos, se debe añadir los efectos del neoliberalismo a sistemas de salud ya caracterizados por ser inequitativos. Incluso, se llega a mencionar que las reformas neoliberales deterioraron capacidades estatales ya instaladas con anterioridad (Almeida, 2005, p. 53-55). Las reformas de mercado de la década de 1980 y 1990, en ese sentido, habrían condicionado las futuras reformas de salud a emprenderse en la región.

En paralelo a estos desarrollos político-económicos descritos también se identifica un patrón de reformas “modernizadoras” de los sistemas de salud regionales, que empieza en Perú, para 1978, con el Sistema Nacional de Servicios de

Salud. Con ello, empezaría una tendencia de modernización de los sistemas sanitarios que continuaría dos años después en Chile, a lo largo de la década de 1990 en Brasil y Colombia y seguiría hasta ya pasado el cambio de siglo en Ecuador, específicamente en 2008 (Sánchez-Moreno, 2014). Teniendo esto en cuenta, se observan tendencias que definen un marco general bajo el que analizar los sistemas de salud y considerar otros aportes, como los que vienen desde la economía política, que permiten enlazar factores que influyen en el policymaking. Dicho de otra manera, la literatura académica, cuando no considera elementos propios del estudio de las políticas y la gestión pública, emplea elementos y consideraciones de la economía política de la región y los países para la investigación sobre las problemáticas y las reformas de los sistemas de salud. Para casos contemporáneos, como el que se busca analizar en el presente trabajo se puede considerar la posible influencia de cuestiones como el boom de los commodities de comienzos del siglo XXI. Habiendo establecido este panorama general de la región, es necesario considerar los casos de países cuyos sistemas sanitarios poseen condiciones y características cercanas a las peruanas.

El caso chileno es ilustrativo, respecto al peruano, por la cercanía geográfica, los procesos de neoliberalización, y las marcadas diferencias en cuanto a capacidades estatales entre ambos países. En esa línea, en Chile ocurrió un proceso de reforma del sector salud que empezó su diseño en el año 2000 y fue finalmente implementada en el 2005. Así, la reforma AUGE, como se conoce a la reforma que incorpora el Acceso Universal con Garantías Explícitas, fue la última gran reforma del sector en aquel país. En esta se buscaba que toda persona residente en territorio chileno contara con cierta protección social ante contingencias de salud, lo que permitiría que reciba atención oportuna (Zúñiga, 2007, p. 242). Más allá de ello, es una reforma que contempla menos disposiciones y aspectos a tratar que la reforma del sector salud de Perú en 2013, pero que es, de igual manera, motivada por la necesidad de cerrar brechas de inequidad y ampliar la cobertura de la seguridad social en el país.

Sin embargo, es importante resaltar las diferencias entre ambos sistemas. En Chile, no solo cerca del 80% de la población emplea el seguro público de salud, sino que, si bien hay un sistema que contempla más de un subsistema de salud, estos se encuentran coordinados entre sí (Medici, 2006). De esta manera, se encuentra cierta contención a las inequidades en el sector salud en las que desembocarían las reformas de mercado neoliberales. Sin embargo, aquel correlato del efecto de estas

reformas parece seguir caracterizando a ambos países y a otros intentos de innovación política en el sector salud. Sobre esto, Laurell apunta que estos modelos aseguradores-mercantilizadores, presentes también en Chile, no logran cumplir propósitos de solución de inequidades o, en general, una mayor democratización de los derechos a la salud (2016, p. 311). En ese sentido, la literatura muestra una discusión en torno a si los elementos de gestión pueden, efectivamente, paliar estas inequidades de la apertura del sector salud a las lógicas del mercado.

Ciertamente, sí existe un límite concreto hacia el alcance que pueden adoptar estas reformas, y es el que establecen los ministerios de economía, o el Ministerio de Hacienda en Chile, para la consecución de los objetivos en política pública. En un estudio cualitativo, se busca reconstruir el proceso institucional de la formulación e implementación de la reforma AUGE, en donde destaca el rol del Ministerio de Hacienda en la caracterización de objetivos de la reforma mediante límites al financiamiento (Urriola et al., 2016, p. 518). El poder de veto que parecen establecer estos ministerios, ciertamente empoderados tras las reformas neoliberales en la región, es un aspecto que considerar para el caso peruano.

Por otro lado, el caso ecuatoriano permite aportar al contraste en medio de los casos de la región, al adoptar reformas del sector salud por el impulso de un gobierno de corte “progresista”, como el de Correa, y tras la adopción de una nueva Constitución. De este modo, la literatura afirma que “no sería posible analizar el proceso de reforma del sistema de salud de Ecuador sin ubicarlo apropiadamente en este contexto, que implica un marco jurídico, ético y político que la hace posible [...]” (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014, p. 754). Esto, más allá de establecer categorías normativas o la necesidad de preferencias políticas específicas para los procesos de reforma, lo que hace es resaltar la importancia de las creencias de los actores detrás de esta y, como tal, indica que estas son una dimensión que se debe considerar si es que se plantea un análisis del proceso de policymaking a través de los actores. Otro aporte, en este caso, sería el rol de la Constitución como lineamiento institucional que conduciría también el proceso reformista en determinada manera. Al respecto, se indica que el mandato constitucional fue el que estableció la necesidad de iniciar este proceso de políticas públicas y definió la manera en que este fue conducido (Espinosa et al., 2017, p. 1). Por tanto, lo estipulado o no estipulado en el marco constitucional es, indudablemente, un marco institucional que encauza un proceso de reforma, sea

como guía o como limitación para la acción político-estatal. Ante la ausencia de tal proceso de reforma constitucional en el Perú y en el caso a estudiarse, es necesario abordar también qué constricciones institucionales condujeron el proceso reformista en el sector sanitario.

Asimismo, establece el caso colombiano como contexto similar al peruano por la afectación de reformas neoliberales y por los paralelismos entre ambos sistemas sanitarios. En esa misma línea, en Colombia se identifica un sistema de salud con un modelo plural en donde el sector público y el sector privado compiten mientras se dan mecanismos para incluir progresivamente a sectores desfavorecidos (Gomes & Faria, 2014, p. 742). Este es uno de varios aspectos similares a considerar. Entre estos, también se debe considerar que el último gran proceso de reforma, materializado en 1993, introducía las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y la generación de institucionalidad que supervise el sistema de salud (Medici, 2006, p. 11). Sobre esto último, se encuentra el rol de la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD) colombiana, que ejerce funciones similares a su homónima en Perú. Si bien la primera fue establecida años antes que su contraparte peruana, de igual manera permite establecer posibles vínculos con el rol de la regulación estatal en el marco de las políticas neoliberales emprendidas en la región.

El aporte que otorga ello al análisis del caso peruano se da cuando, aún con la aparente regulación estatal en lugar, parte de la literatura sobre el caso colombiano encuentra que ““el sistema colombiano no está orientado a atender las necesidades sanitarias de una población en un territorio dado, sino a garantizar la capacidad de acceso de los usuarios a un aseguramiento en salud bajo reglas de mercado” (Valero-Julio et al., 2020, p. 47). Considerando ello, se remite a la potencial politización y espacios de disputa política que pueden representar estos espacios de regulación también.

Prominentemente, también se encuentra el aporte de una tesis de maestría, que emplea el marco de las coaliciones promotoras, sobre un proyecto de ley de reforma de salud en Colombia. Así, se identifica el subsistema de políticas en cuestión, actores y las creencias y recursos que poseen (Correa, 2020). El texto se enfoca en el análisis de una iniciativa de reforma del sector, en medio de un creciente malestar social por la insuficiencia del sistema de salud y la pandemia por COVID-19. De este

modo, destaca también la vinculación que se hace entre actores parlamentarios con manifestantes y plataformas de movilización, en medio de la creciente conflictividad social, que podría identificarse como un hito que se transversaliza a lo largo de los procesos que se analizan. Además, también se identifica el rol de foros estudiantiles y académicos como espacios de crítica hacia el proyecto de ley en cuestión, y el rol del contexto internacional, como la entrada de Colombia a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (Correa, 2020, p. 35-40). En suma, el aporte se da no solo en términos teóricos por la consideración de espacios institucionales de discusión de reformas sanitarias y el rol de sistemas de creencias entre coaliciones dominantes y externas, sino que es el único trabajo que se pudo encontrar sobre coaliciones promotoras en la reforma de los sectores de salud en la región latinoamericana. En ese sentido, esta fuente de información muestra un marco de aplicación de una metodología de coaliciones promotoras. Sin embargo, no enfatiza en espacios de acción estatal más allá del rol del parlamento en el establecimiento del proyecto de ley. Para el caso peruano, por las consideraciones ya descritas sobre otros roles y espacios de incidencia de diversos actores, es necesario hacer dicha consideración.

No deja de ser importante, análogamente, comprender las variaciones institucionales entre estos países andinos, entre los que está el Perú, y cómo esto condiciona el alcance, el éxito, y la participación de actores en estos procesos de política. De esta manera, las debilidades estatales existentes de larga duración tienen también un correlato con el manejo de los sistemas de salud y en sus posibilidades de reforma. La salud pública, en ese sentido, sería una expresión de legados institucionales también. Con dicho análisis hecho, es necesario enmarcar la discusión en el caso peruano en concreto, para luego dar paso a un análisis de las coaliciones promotoras en el contexto local y en otras dimensiones de la política.

2.2. Reforma del sector salud en el Perú

Coincidiendo con lo aportado por la literatura sobre la región, en el estudio de fenómenos políticos tan grandes, como lo fue la Reforma del sector salud de 2013, difícilmente se encuadrará como referente a uno o pocos actores. En otras palabras, la literatura académica reconoce la existencia y rol de una multiplicidad de actores detrás de este tema. En un estudio publicado en 2018 sobre el proceso de reforma de este sector, se entrevista a actores claves del sector salud durante aquel entonces. Uno de los entrevistados utiliza el término “Comunidades de la Reforma”, para referirse a grupos de actores, los cuales emplean cierta lógica coordinada, y que buscan impulsar sus propios modelos y propuestas para llevar a cabo la reorganización del sistema de salud (Mendoza-Arana et al., 2018, p.2). Partiendo de la premisa de que la salud pública es un aspecto siempre visto como legítimo para ser reformado por sucesivos gobiernos, se reconoce también el rol del Acuerdo Nacional, años después de la adopción de la reforma y en el proceso de implementación de varias de sus políticas, como espacio institucional en donde se establecieron objetivos y consensos como marco de referencia para guiar las políticas de salud (Nepo-Linares & Velásquez, 2016, p. 544).

De manera similar, también destaca el precedente del “Acuerdo de partidos políticos en salud”, proceso en el que dirigentes de 16 partidos políticos se reunieron entre 2005 y 2006 para establecer un acuerdo de reformas necesarias en el sector salud con miras a las elecciones y subsiguiente cambio de gobierno que se avecinaban. En un reporte elaborado para el proyecto PRAES – Promoviendo Alianzas y Estrategias y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) sobre este proceso, se resalta el valor de elementos como la importancia que tenían estos temas para los actores involucrados, la participación de tecnócratas, la coyuntura política y electoral y la existencia del espacio de diálogo en sí mismo para que todo ello pueda llevarse esto a cabo (Mendoza, 2006, p. xi). Por tanto, hay evidencia de la naturaleza plural, coordinada y hasta cierto punto consensual que adopta el proceso de adopción de estas políticas. En ese sentido, la literatura académica reconoce el rol de una multiplicidad de actores detrás del proceso de la Reforma del sector salud, aunque quede pendiente establecer qué grado de consenso o conflicto en sí mismo se puede encontrar en las relaciones entre estos.

Lo cierto es que el consenso establecido, entre actores estatales, no estatales, la opinión pública y en espacios de la sociedad civil, era el hecho de que el sector salud necesitaba ser reformado. Como tal, la literatura y varias investigaciones ya venían años, sino décadas antes del hito en 2013, identificando las problemáticas y las posibles soluciones o maneras de abordar políticas públicas necesarias para mejorar el sistema de salud. En un artículo de 2011 sobre el estado del sistema de salud y sus problemáticas, se identifican como retos: la exclusión sanitaria de entre 10 y 20% de la población, la brecha de saneamiento básico en zonas rurales y la necesidad de elevar el gasto en salud para que la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) sea efectiva (Alcalde-Rabanal et al., p. 252). De manera similar, se identificaba por décadas la problemática de la segmentación del sistema de salud (Alcalde-Rabanal et al., 2019, p. 16), lo cual implica que la atención de salud no solo está dividida en diversos subsistemas públicos y privados, sino que estos operan de manera descoordinada. Esta descoordinación, justamente, es una de las causales que dificulta la atención en salud para la población, y contribuye a tener un sistema inequitativo.

Otro desafío identificado para aquel entonces era la necesidad de universalizar el aseguramiento en salud, es decir, hacer efectiva la universalización del SIS para expandir la protección de la salud de la ciudadanía. Para ello, se debía dotarlo de financiamiento y recaudación apropiados (Sánchez-Moreno, 2013). Sumado a esto, años antes Pedro Francke, Juan Arroyo y Alfredo Guzmán habían contemplado el asunto de los recursos humanos en el sector como una de las grandes problemáticas del sistema. En particular, los autores identifican la falta de personal de salud a nivel nacional, por especialidad, e incluso la precarización laboral y salarial como un obstáculo para el desempeño adecuado del sistema sanitario (2006, p.35).

El impacto de estas problemáticas es uno de los factores que atrajo la atención de actores internacionales. Para aquel entonces, si a nivel nacional ya se discutía por décadas la cuestión de la reforma de salud, a nivel internacional también se venía haciendo ello. Sobre esto, se pueden abordar iniciativas que datan de antes del cambio de siglo, como la “Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe”. Esta iniciativa fue encabezada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y USAID. Allí se contemplaba el apoyo a países de la región, entre ellos el Perú, proporcionándoles metodologías, herramientas y

recolección de información y seguimiento a los procesos de reforma (Crocco et al., 2000). En ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya había calificado al Perú en el tercio inferior en una lista de calidad de sistemas de salud en el mundo (Uceda del Campo, 2019, p. 94). Posteriormente, USAID financió y apoyó en la investigación respecto a los fundamentos técnicos del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, en el marco de la promulgación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, la Ley N° 29344, años antes del proceso de reforma descrito (de Habich et al., 2009).

También se encuentra participación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM) mediante la financiación del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud II (PAR-SALUD II), que empieza a operar también en 2009 (Mendoza-Arana et al., 2018, p. 2). La evidencia muestra que actores internacionales participaron en los procesos e intentos de reformar el sistema de salud peruano, sea mediante producción académico-científica o financiamiento y apoyo en programas y políticas públicas. Aun así, si bien se puede encontrar un consenso nacional e internacional sobre la necesidad de hacer reformas, no queda claro si esto es suficiente para poder llevarlas a cabo, o si esto coincide con contextos nacionales e internacionales favorables para ello. Ciertamente, la discusión está, como en aquel entonces, en qué reformas se iban o se podían hacer, cómo, y de qué manera ciertos actores lograron influir para que ocurra determinado resultado.

En términos de las tecnocracias del sector salud, también se encuentra prominencia en el tema de la promoción de reformas y espacios de reorganización. Así, José Távara reconocía la impronta, en términos de justicia social, que abrió el nuevo período democrático en el país porque estos nuevos espacios permitían entablar reformas orientadas no solo a eficiencia y cálculo económico, sino también al cierre de desigualdades (2006, p. 91). Sin embargo, en términos generales, la literatura identifica un patrón en las tecnocracias nacionales actuales, que poseen un fuerte énfasis en las herramientas técnicas y una identificación de los problemas públicos y sus soluciones en base a una racionalidad de eficiencia. Así, se deja de lado el aspecto político de las cuestiones públicas, y se encuentra un distanciamiento con la ciudadanía y sus problemas (Grompone, 2017, p. 161). Esto coincide con el marco regional establecido previamente, donde la despolitización tecnocrática respondería a la instalación de lógicas neoliberales en el aparato estatal.

De manera similar y más centrada en el sector sanitario, entre los aportes de la literatura se encuentra la idea de que las tecnocracias del Ejecutivo y el sector salud ocupan el espacio que deja la ausencia de políticos en la promoción de estas reformas (Ponce de León, 2021, p. 3). En ese sentido, mediante el análisis de la reforma del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) de 2009, la autora también identifica que las tecnocracias del sector tienden a dejar de lado el aspecto político de implementar dichos cambios en el sector (2021, p. 3). Por ende, pareciera que hay mayor protagonismo de discusiones más técnicas, contrario a lo que postulaba Távara que debía hacerse, ante la ausencia de un sustrato político al interior de la formulación de reformas.

Pero, en una cartera con la importancia que posee el Ministerio de Salud (MINSA), no parece que pueda haber un grupo homogéneo de tecnócratas, al menos a nivel de sus creencias. Al respecto, destaca también la participación del Foro de la Sociedad Civil en Salud (Forsalud), una organización de la sociedad civil integrada, en parte, por tecnócratas y extecnócratas del sector comprometidos con principios de igualdad y justicia social, antepuestos a una predominancia de “privatismo” y “mercantilización” que identifican en el ministerio y en los gobiernos (Eibenschutz et al., 2014). La participación de tecnócratas al interior de este movimiento, que suele ser mediante la oposición a políticas que se identifican como privatistas, se da a lo largo de años de políticas e intentos de reforma. Por ende, el análisis del caso de reforma propuesta incorpora preguntas y líneas de investigación respecto a esta participación.

Para continuar la discusión, se requiere revisar los aportes teóricos sobre estos vínculos causales mencionados en otras dimensiones de la política en Perú. Es decir, es necesario considerar y abordar procesos distintos de políticas públicas mediante el marco de las coaliciones promotoras.

2.3. Coaliciones promotoras en el policymaking de Perú

Como última dimensión de los aportes teóricos relevantes para el estudio propuesto, se requiere establecer el rol que han tenido diversas coaliciones promotoras categorizadas a lo largo de varias dimensiones de política en el Perú. Como ya se mencionó, no hay estudios sobre coaliciones promotoras en reformas de salud más allá del estudio sobre el caso colombiano anteriormente incorporado a la discusión. Por ello, para analizar el rol de estas coaliciones se debe abordar miradas a otros sectores y esferas de las políticas públicas en Perú. Sin embargo, sí se pueden identificar trabajos sobre estas coaliciones en el sector salud. En un trabajo sobre la política de salud mental, se evidencia la formación de coaliciones promotoras con creencias distintas sobre cómo tratar este problema público y se muestra la importancia de la visibilización de problemas públicos, como paso fundamental, para que estas puedan avanzar en la agenda pública (Hayakawa, 2020, p. 73). En ese sentido, es pertinente destacar ello, a la luz de que suelen ser los propios actores afectados o que buscan incidir en la problemática pública quienes deben encargarse de visibilizar ello. Cabe preguntarse, por tanto, si es que ello también es el caso de las reformas de salud, las cuales se estableció poseían un alto grado de consenso, incluyendo en la opinión pública, respecto a su necesidad.

Otra incidencia mediante coaliciones promotoras en las políticas de salud se da mediante una coalición en favor de la medicina tradicional, alternativa y complementaria al interior de ESSALUD. El aspecto que resalta de este trabajo es la transversalización de relaciones de poder, dinámicas de politización y redes de creencias profundamente influenciadas por la socialización de los actores en medio de cuestiones supuestamente “técnicas” y “duras” como lo son la medicina y las ciencias biológicas (Herrera, 2022, p. 53). Considerando ello, se muestra cómo las redes de creencias de los actores no necesariamente se basan solo en el conocimiento técnico o especializado que posean. Como tal, la experiencia de la entidad estatal reguladora a analizarse muestra condiciones parecidas, donde la politización y los intereses políticos pueden asimilarse como conocimiento técnico a la hora de llevar a cabo una política.

Un ámbito, o sector, donde destaca la producción académica sobre coaliciones promotoras es el educativo. Al respecto, se encuentran contrastes entre políticas educativas que contaron con mayor respaldo de la sociedad civil, otras donde destaca

más una tecnocracia y actores gubernamentales, y otros niveles de análisis en donde se observan coaliciones más localizadas con incidencias más localizadas también. Sobre esto último, destaca el aporte sobre las diferencias en la mejoría del sector educativa en Ayacucho y Junín. Así, se aprecia que en Ayacucho destaca la presencia de una coalición educativa, enlazada entre actores estatales y actores de la sociedad civil que se involucran en el establecimiento de una política educativa orientada hacia la promoción de la inclusión y la superación de la pobreza. En Junín, por otro lado, no se encuentra tal coalición con tal incidencia porque las políticas educativas se despliegan de manera más cerrada y por instancias educativas intermedias, como las Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL) (Flores, 2019, p. 81-82). En ese sentido, va destacando el rol de la sociedad civil en la conformación de coaliciones promotoras que puedan llevar a cabo soluciones a problemas públicos identificados.

Un estudio sobre la implementación de educación inclusiva para estudiantes con discapacidad en escuelas de educación básica regular en Lima Metropolitana identifica la importancia del contexto internacional en el establecimiento de condiciones favorables para el cambio a nivel estatal-institucional, así como para la incidencia de actores de la sociedad civil. De igual manera, la conclusión a la que se llega también aborda la importancia de comunidades epistémicas de la sociedad civil en la incidencia a nivel político-estatal (Paico, 2020, p. 75-76). De este modo, a la consideración del rol de la sociedad civil o actores no estatales, se añade también lo vinculado al exterior del subsistema educativo en el que se busca incidir; en este caso, el contexto internacional. Esto es relevante de considerar, especialmente en el caso propuesto en donde ya se ha articulado el rol que tuvieron actores internacionales para con el largo proceso de establecimiento de la reforma de salud.

A estas consideraciones, sin embargo, se le añade la consideración de factores que se estiman más relevantes por otros aportes de la literatura. Sobre esto, destaca la apertura de arenas de competencia entre coaliciones, en donde las conformadas por actores con mayor influencia o recursos a disposición se encuentran en una posición más balanceada con respecto a su contraparte. Esto debido a que las disputas abiertas, a ojos de la sociedad civil, requieren mayor construcción de discursos y prácticas legitimadoras para avanzar sus posiciones. De igual manera, también resalta el rol fundamental de emprendedores de política, actores estatales y no estatales que inciden e impulsan la conformación y politización del problema

público en la agenda. De este modo, se constata que estos pueden ser actores tanto a nivel estatal como no, lo que los haría una variable más compleja de categorizar. Todo aquello es analizado en el caso de la ley universitaria, cuya aprobación implicó que coaliciones con más recursos, como la coalición “anti-reforma”, pueden aun salir desfavorecidas en la toma de decisiones (Chaccha, 2019, p. 57-60).

Ahondando aún más en la crítica al rol de la sociedad civil, se dispone un estudio sobre los factores y coaliciones en el avance pro-género en la elaboración del Currículo Nacional de Educación Básica de 2016. Empleando el marco de las coaliciones promotoras, se encuentra que dichos avances en favor del enfoque de género no incorporaron demandas de movimientos sociales u organismos no gubernamentales (ONGs) en su elaboración. En ese sentido, el factor determinante para llevar esto a cabo fue la propia acción coordinada al interior del Ministerio de Educación (MINEDU) y la tecnocracia estatal (Monge, 2023, p. 61). Si bien la autora también concluye que, ante la ausencia de un rol de la sociedad civil, no se puede hablar de una coalición promotora en este asunto, esto también indicaría que la condición necesaria para la implementación de estas políticas necesariamente pasa por el campo estatal. Esto último, aunque sea intuitivo por ser el Estado el campo de la toma de decisiones, hace referencia al rol, sea enraizado con la sociedad civil o no, del que siempre dispone la tecnocracia estatal en la formulación o el ajuste de propuestas por fuera de la esfera gubernamental.

Teniendo ello en cuenta, también se encuentra el rol de coaliciones en otros sectores de la política. Sobre esto, destaca el aporte de Alayza y Bensa (2020) en torno a coaliciones promotoras identificadas en la reforma de transporte de Arequipa. En medio del estudio de este fenómeno político y social, las autoras identifican la centralidad del rol de técnicos, expertos, ONGs y la cooperación internacional en el marco de esta reforma, y eso arroja conclusiones sobre el uso del marco de las coaliciones promotoras en los estudios de políticas públicas en el Perú. En tal sentido, las autoras concluyen que suelen ser más estos actores mencionados, más que actores políticos u otros emprendedores de políticas a nivel estatal, los que agrupan a otros actores de la sociedad civil para impulsar las pretensiones de las coaliciones que integran (2020, p. 27). Esto obedece a lógicas históricas de debilidad estatal y de representación de intereses: los actores se agrupan no por representación, sino por coincidencias entre ciertas creencias que poseen sobre políticas. Esto coincide

también con los aportes que destacan la centralidad de la sociedad civil, aun cuando ello deba complejizarse al no dar por sentado que esto implique siempre representaciones institucionalizadas de los intereses de los actores en cuestión.

Siguiendo esta misma línea, dada la debilidad estatal también se podría desprender la prominencia que adquieren factores propios del contexto político que no necesariamente se relacionan con la agencia de actores o instituciones estatales. Este parece ser el caso para la coalición promotora que buscaba mejores condiciones e igualdad laboral para las trabajadoras del hogar, que halló en la conformación de un nuevo Congreso de la República, que asume funciones en 2020, una arena mucho más favorable -o menos hostil, en todo caso- para el cumplimiento de sus objetivos de política (Salazar, 2023, p. 88). De esta manera, factores que se escapan a la agencia de actores o emprendedores de políticas a nivel estatal son los que facilitarían las condiciones para el triunfo de ciertas coaliciones. En este caso, ello fue lo que pudo materializar los esfuerzos llevados a cabo por federaciones y organizaciones de trabajadoras.

Asimismo, también es importante considerar otros factores por fuera del subsistema a analizar mediante el marco de las coaliciones, en donde hay incluso menos espacio para la agencia de actores a nivel estatal. Sobre esto, se constata un estudio sobre coaliciones promotoras en la Ley N° 28278, la Ley de Radio y Televisión. En el análisis de por qué logra anteponerse la coalición corporativa en el diseño de dicha ley, el autor encuentra como un factor a considerar el modelo económico de mercado y su hegemonía a la hora de definir preferencias y creencias, y que en realidad es fundamental a la hora de dotar a dicha ley de una lógica comercial. Todo ello a pesar de coyunturas recientes que harían favorable una posición mucho menos mercantilizada, como lo fue la aparición -reciente para ese entonces- de los denominados “vladivideos” (Arévalo, 2019, p. 69-70). Esto se puede vincular con lo establecido anteriormente sobre las reformas neoliberales, y con ello también se añade esto a los factores que deben considerarse como fuera del subsistema de salud que explicarían parte del resultado de política a explorarse.

Para finalizar el análisis de las coaliciones promotoras en el policymaking peruano, es necesario también considerar aproximaciones que, en menor medida que otras, abordan la interacción entre coaliciones opuestas, y como es que esto

condiciona el resultado de política que se obtiene. Sobre esto, se encuentra un trabajo que aborda la formación de coaliciones promotoras en el establecimiento del Lugar de la Memoria (LUM). Al respecto, se afirma la conformación de una coalición pro-LUM, conformaba por sectores liberales y algunos sectores de izquierda, que gozaba de cierto impulso por un contexto internacional favorable y distintos momentos políticos en el período postconflicto en el Perú. Sin embargo, el aporte que se hace está relacionado a una nueva forma de explicar las preferencias o creencias de las coaliciones, que en ocasiones se llegan a dar como anticipando una reacción de la coalición contraria (Silva, 2020, p. 50). Es decir, las coaliciones, entendidas como grupos informales que poseen cierta influencia de modo relacional, al construirse como opuestas a otra coalición, pueden también modificar sus preferencias u objetivos a modo de mitigar posibles reacciones. De esta manera, se puede entender que la presencia de una coalición opuesta es lo que inevitablemente también configuraría el resultado de política que se obtendrá.

Una conclusión similar es la que se puede observar en el análisis que se hace sobre las coaliciones promotoras detrás de las Contribuciones Nacionalmente Determinadas (NDC), en el marco de la política ambiental. Sobre este asunto, el autor encuentra hasta tres coaliciones, que abarcan grupos ambientales de la sociedad civil, ministerios de corte “productivos” como el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y el Ministerio de Energía y Minas (MEM), y ONGs y grupos que reciben apoyo de la cooperación internacional. Si bien se encuentra que la primera y tercera coalición logran asociarse en pro de impulsar una política ambiental más ambiciosa, lo hacen en detrimento y oposición más marcada con la segunda coalición. Esto finalmente, lleva a un resultado de política insuficiente, y evidenciaría la necesidad de haber dispuesto de diálogo y consenso con dicha segunda coalición para la concreción de las políticas esperadas (Tello, 2018, p. 70-72). Con esto, se concluye que la interacción y relación entre coaliciones puede ser más consensuada, como más conflictiva, y que la anticipación a las reacciones de otra coalición termina también por condicionar el resultado político.

Con ello, se concluye el Estado de la cuestión propuesto para el presente trabajo. Se buscó relacionar contextos regionales e internacionales con el caso a abordar, y además se emplean contextos políticos locales para abordar

consideraciones sobre el estudio de las coaliciones promotoras. Estas serán el marco mediante el cual se evaluarán los procesos de política indicados.



3. Conclusiones

Con este marco propuesto, entonces, es que se dispone de un entendimiento general del fenómeno político propuesto. Entonces, junto con un escenario político donde era evidente la necesidad de hacer reformas, coinciden un contexto internacional, económico y político favorable para ello. A raíz de ello, surgen actores políticos dispuestos y con los recursos necesarios para emprender la traducción de sus preferencias a materias de política pública. Por ende, se consideran como aspectos importantes a estudiar el propio lugar de enunciación de los actores que buscaban impulsar su propia versión de política, las creencias que compartían entre ellos y los constreñimientos institucionales que enfrentaban. Bajo la premisa de abordar estas cuestiones, respecto al establecimiento de SUSALUD, a raíz de la reforma del sector salud en 2013, es que se formula la pregunta de investigación que conduzca la investigación: ¿En qué medida la conformación de coaliciones promotoras, al interior del sector salud, explica el establecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) entre los años 2013-2015?

Esta pregunta incorpora la dimensión de las coaliciones promotoras para su aplicación en el estudio del establecimiento de SUSALUD, a raíz de la Reforma del sector salud de 2013. De esta manera, la pregunta presupone que fueron estas redes de actores el factor fundamental en las etapas del policymaking que condujeron esta política pública. Con ello, se aporta en la construcción del estudio de las políticas públicas en el Perú, en el marco de las políticas en salud. Así también, en el estudio de coyunturas de mucha participación, influencia, y discusión a nivel político como a nivel de la sociedad civil, como lo son las reformas sectoriales. De esta manera, se busca también extender el estudio de estos procesos mediante este marco en el contexto peruano y latinoamericano, donde hace falta mayor literatura y producción académica de esta índole. En un nivel propio del enfoque y metodología a emplearse, se busca abordar la relación entre coaliciones que buscan impulsar determinada versión de una política pública, ello dentro del marco de un proceso mayor como lo fue la reforma sectorial mencionada. Es decir, se busca abordar cómo es que aquella dinámica política mayor influyó también en el caso más específico que se planteó.

Por ello, el presente trabajo posee implicancias innovadoras para el entendimiento de las dinámicas del sector salud, las posibilidades de reforma y el marco metodológico de las coaliciones promotoras. Ello, junto con la literatura

indicada, permiten abordar de manera crítica el establecimiento de SUSALUD desde una mirada a los actores y creencias detrás de este fenómeno político. Con la pregunta propuesta y el trabajo de análisis que esta implica, se abarca la noción de que los actores y creencias que convergen y se relacionan de manera consensual y conflictiva dan un resultado específico de política. De manera más precisa, la pregunta también busca así responder cómo es que las soluciones de política, que generalmente abren nuevas problemáticas y disputas, tienen un resultado específico por los actores que estuvieron detrás de su formulación. Con esto, se busca también relacionar problemas actuales del sistema de salud a los procesos de policymaking que se dieron y que se van a estudiar y analizar.

En ese sentido, las deficiencias del sistema de salud buscan articularse con dinámicas que escapan a modelos de gestión pública más contemporáneos, entendidos desde la gobernanza o una gestión más orientada a la eficiencia. En lugar de ello, se propone un enfoque, desde las políticas públicas, para explicar un fenómeno político complejo con un gran impacto en la calidad de vida de la ciudadanía. De esta manera, situaciones como las vividas durante la pandemia por COVID-19 pueden rastrearse a las etapas de política y a los actores que se encontraron detrás de las cuestiones ya mencionadas. Ello, en suma, contribuye a no perder la perspectiva de que la política no es una cuestión técnica o de eficiencia, sino que es, en esencia, una cuestión política.

4. Bibliografía

Alayza, R., & Bensa, J. (2020). Las coaliciones promotoras de políticas en diferentes contextos: el caso de la reforma de transporte en Arequipa (Perú) 1999-2019. *Revista De Ciencia Política Y Gobierno*, 5(10), 7-30. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/cienciapolitica/article/view/21992>

Alcalde-Rabanal, J., Lazo-Gonzales, O., Macias, N., Contreras-Ochoa, C. y Espinosa-Henao, O. (2019). Sistema de salud en el Perú: situación actual, desafíos y perspectivas. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4(3), 8-18. <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/download/108/111/>

Alcalde-Rabanal, J., Lazo-Gonzales, O. y Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53(2), 243-254. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011000800019&lng=es&tng=es

Almeida, C. (2005). Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: Conceptos, Agenda, Modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2005, 4(9), 6-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54540902>

Arévalo Delgado, J. (2019). *Problemas operativos e institucionales de las redes de sociedad civil para la incidencia en el proceso de diseño de una política pública: el caso de la ley de radio y televisión n.º 28278*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú] <http://hdl.handle.net/20.500.12404/15230>

Chaccha Suasnábar, H. (2019). *El poder de las coaliciones en la arena de las políticas públicas: caso ley universitaria*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/14322>

Correa Vélez, V. (2020). *Reforma a la salud en Colombia, el Proyecto de ley 010 analizado a la luz del Enfoque de coaliciones promotoras*. [Tesis de Maestría, Universidad EAFIT] <http://hdl.handle.net/10784/29676>

Crocco, P., Schroeder, P., Villen, M. & Yen, E. (2000) Iniciativa regional de reforma del sector de la salud en America Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2). http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700018&lng=pt&nrm=iso

Decreto Legislativo N° 1158 (5 de diciembre de 2013). Decreto Legislativo que dispone las medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Normas Legales. Diario Oficial El Peruano, 6 de diciembre de 2013.

Decreto Supremo N° 008-2014-SA (9 de junio de 2014). Reglamento de Organización de Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud. Normas Legales. Diario Oficial El Peruano, 10 de junio de 2014.

Decreto Supremo 031-2014-SA (6 de julio de 2014). Reglamento de Infracciones y Sanciones de SuSalud. Normas Legales. Diario Oficial El Peruano, 7 de julio de 2014.

Decreto Supremo 026-2015-SA (13 de agosto de 2015). Reglamento del Procedimiento de Transferencia de Funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi) a la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), en el marco del Decreto Legislativo N° 1158. Normas Legales. Diario Oficial El Peruano, 14 de agosto de 2015.

de Habich, M., Madueño, M. & Sobrevilla A. (2009). El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud: fundamentos técnicos y metodológicos. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.

Eibenschutz, C., Saco Valdivia, A., Tamez González, S., Zafra Gatica, X., & Ramírez Villegas, R. M. (2014). Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú. *Saúde em Debate*, 38(103), 872-885.

Espinosa, V., Acuña, C., De la Torre, D. & Tambini, G. (2017). La reforma en salud del Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41:e96

Flores De La Torre, K. (2019). *Formación de coaliciones promotoras en políticas educativas: los casos de Ayacucho y Junín (2011-2016)* [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú] <http://hdl.handle.net/20.500.12404/15553>

Francke, P., Arroyo, J. & Guzmán, A. (2006). Salud en el Perú: diagnóstico y propuestas para el período 2006-2011. Lima: CIES.

Gomes Temporão, J. & Faria, M. Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR (2014). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 740-746.

Grompone, Á. (2017). La inacabable búsqueda de eficiencia: claves para entender las agendas tecnocráticas en el Perú actual. En Gálvez, Á. y Grompone, Á.: *Burócratas y Tecnócratas. La infructuosa búsqueda de la eficiencia empresarial en el Estado peruano del siglo XXI*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Hayakawa, M. (2020). Las coaliciones promotoras de la política pública de salud mental en Perú. *Revista De Ciencia Política Y Gobierno*, 5(10), 55-78. Recuperado a partir de <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/cienciapolitica/article/view/21994>

Herrera Aramburu, A. (2022). *Medicina tradicional y complementaria: una experiencia de innovación desde EsSalud*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú] <http://hdl.handle.net/20.500.12404/22994>

Laurell, A. C. (2016). Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 293-314.

Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. (2013). Lima; Perú. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Salud; 1 ed; Jul. 2013. 164 p.

Malo-Serrano, M. & Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 31(4), 754-761.

Medici, A. (2006). Las reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política. *Bienestar y Política Social*, 2, 1-26.

Mendoza-Arana, P. J., Rivera-Del Río, G., Gutiérrez-Villafuerte, C., & Sanabria-Montañez, C. (2018). The process of health sector reform in Peru. [El proceso de reforma del sector salud en Perú]. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 42 doi:10.26633/RPSP.2018.74

Mendoza, I. (2006). El acuerdo de los partidos políticos en salud. Sistematización de experiencias. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc. Pp. 47.

Monge Orihuela, K. (2023). *Construyendo institucionalidad: Factores que explican el avance pro-género en el sector Educación mediante la elaboración del Currículo Nacional de Educación Básica 2016*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/24136>

Montero-Díaz, R., Santana-López, S., Carnota-Lauzán, O. & Arocha-Mariño, C. (2022). Las reformas de los sistemas de salud: un enfoque desde la gerencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 48. <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/3276>

Nepo-Linares, E. & Velásquez, A. (2016). El Acuerdo Nacional como espacio de consenso para la definición de los objetivos de la reforma de salud y establecer políticas de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 540-545. doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2331

Paico Tarazona, A. (2020). *Implementación del enfoque de educación inclusiva para estudiantes con discapacidad en Lima Metropolitana* [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú] <http://hdl.handle.net/20.500.12404/15772>

Ponce de León, Z. (2021). Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19: documento de política pública. Políticas y debates públicos. Pontificia Universidad Católica del Perú. N°2: Mayo, 2021. <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/176598>

Sabatier, P. (1998). "The advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe". *Journal of European Public Policy*, 5(1), 98-130.

Salazar Alarcon, A. (2023). *El derecho a ser representadas: la lucha de las trabajadoras del hogar por el reconocimiento de sus derechos laborales en el Congreso de la República del Perú*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú] <http://hdl.handle.net/20.500.12404/24714>

Sánchez-Moreno, F. (2013). La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 676-682.

Sánchez-Moreno, F. (2014). El sistema nacional de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(4), 747-753.

Silva Caillaux, G. (2020). Más vale prevenir que lamentar. Las coaliciones promotoras en torno a la creación del Lugar de la Memoria. *Revista De Ciencia Política Y Gobierno*, 5(10), 31-53.
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/cienciapolitica/article/view/21993>

Távora, J. I. (2006). Regulación y Democracia: Balance de las reformas y agenda pendiente. *Derecho & Sociedad*, (26), 84-95.
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechosociedad/article/view/17129>

Tello Otrera, H. (2018). *¿Quién decide sobre política climática?: coaliciones detrás del diseño de las Contribuciones Nacionalmente Determinadas (NDC) del Perú*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
<http://hdl.handle.net/20.500.12404/13129>

Uceda del Campo, J. E. (2019). Reforma del sistema de salud en el Perú. *Revista De La Sociedad Peruana De Medicina Interna*, 28(2), 94-98.
<https://doi.org/10.36393/spmi.v28i2.205>

Urriola, C., Infante, A., Aguilera, I. & Ormeño, H. (2016). La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. *Salud Pública de México*, 58, 514-521.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8240>

Valero-Julio, E., Beuf, A., Rojas-Valencia, H. & Tache-Victorino, M. (2020). Fragmentación, espacio y rentismo en la neoliberalización de la salud: el caso bogotano. *Sociedad y economía*, (41), 45-63. <https://doi.org/10.25100/sye.v0i41.8442>

Vargas Guerra, S. (2017). *Las reformas del sistema de salud en el Perú en la última década: un análisis crítico y elementos para un nuevo sistema*. [Tesis de Doctorado, Universidad San Martín de Porres].
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/3774>

Villasana López, P. E., Monteverde Sánchez, A. & Vergara Lasnibat, F. (2022). Derecho a la Salud y neoliberalismo en Venezuela y América Latina: Crónica incompleta de una narrativa en disputa (1960 – 2021): Right to Health and Neoliberalism in Venezuela and Latin America: Incomplete Chronicle of a Disputed Narrative (1960 – 2021). *Revista De Filosofía*, 39(100), 378-397.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.5987201>

Zúñiga Fajuri, A. (2007). Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. *Acta bioethica*, 13(2), 237-245. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2007000200012>