

¿Reformas saludables? Aproximaciones teóricas al cambio de política en el Sistema de Salud del Perú.

Ponente: Luis Alonso Tovar Rojas

Correo electrónico: alonso.tovar@unmsm.edu.pe

Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos /
Grupo de estudios “Gobernabilidad & Democracia”

Eje temático: Administración y Políticas Públicas

“Trabajo preparado para su presentación en el X Congreso Latinoamericano de Ciencia Política de la Asociación Latinoamericana de Ciencias Políticas (ALACIP), en coordinación con la Asociación Mexicana de Ciencias Políticas (AMECIP), organizado en colaboración con el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM), los días 31 de julio, 1,2 y 3 de agosto de 2019”

¿Reformas saludables? Aproximaciones teóricas al cambio de política en el Sistema de Salud del Perú

Luis Alonso Tovar Rojas*

*Estudiante de Ciencia Política, Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Lima, Perú.
Correo electrónico: alonso.tovar@unsmm.edu.pe

Resumen: Después del colapso económico y social a finales de los años 80's, el Perú atravesó una serie de reformas estructurales en su matriz económica-productiva, así como en el sector de la política social. Es en este ámbito donde la reforma en salud logra impulsarse de forma no-direccionada y difusa, lo que autores de finales de 90's denominaron "reforma silenciosa" o "reforma de perfil bajo" (Arroyo, 1996; Izaguirre & et.,1999). Llegados al año 2013, el Ministerio de Salud (MINSA) asume mayor liderazgo en el procesos de reforma del sector, ganando rectoría en la dirección del cambio en la formulación de las políticas de salud.

Este trabajo explora el cambio en la formulación de las políticas del sector salud mediante el análisis de los instrumentos de política aplicados durante el periodo 1993 – 2013, planteando el objetivo de dar respuesta a la pregunta principal: ¿Qué explica el cambio en el repertorio de instrumentos dentro de la política de salud entre la reforma de 1993 y la reforma del 2013? Para ello, se reconstruye las reformas en política de la salud mediante una serie de instrumentos y procesos políticos acontecidos durante los gobiernos de Alberto Fujimori y Ollanta Humala. Seguidamente, abarcamos las perspectivas teóricas para la formulación de políticas de la salud, definiendo esquemas de toma de decisiones públicas provenientes de la literatura y, distinguiéndolo de aquellos instrumentos de políticas que permiten el análisis dentro del sector salud.

Las conclusiones develan algunos desafíos macro-políticos para la reforma integral en el sector salud materializada mediante sus instrumentos de gobierno.

Palabras clave: instrumentos de política, políticas de salud, coaliciones promotoras, redes de política, equilibrio puntuado.

1 Introducción

En la década del 90, durante el gobierno de Alberto Fujimori, se realizaron una serie de reformas institucionales en diversos sectores bajo el esquema de privatización de servicios públicos, tendencia que se venía aplicando en países de la región latinoamericana. Si bien el principal sector eran aquellos económicos-productivos (economía, agroindustria, telecomunicaciones, energético-minero, entre otros), los vinculados al gasto social se vieron afectados en un segundo momento de las reformas estructurales como parte de la reforma del estado peruano. La reforma en el ámbito de la salud es un proceso considerado por diferentes trabajos como una "reforma silenciosa" (Arroyo, 1996 y 2000; Izaguirre & et.,1999)

Cómo bien menciona Dargent (2009), el sector salud bajo la rectoría del Ministerio de Salud (MINSA) para la formulación de políticas, ha sido tradicionalmente un área con una débil capacidad estatal, ya que ha sido un sector sujeto a cambios políticos y con una plana técnica de alta dirección muy precaria.

Este problema se formula en la siguiente pregunta principal: *¿Cómo se han formulado los instrumentos de política en el sector salud durante los gobiernos de Fujimori(1990-2000) y Humala (2011-2016)?*. Dicha pregunta se sistematiza de manera desagregada en las siguientes preguntas secundarias: (i) *¿Cuáles son los principales actores participantes en el periodo de las reformas en salud?* (ii) *¿Qué vínculos y acciones establecieron los actores durante los procesos de reforma?* (iii) *¿Cuáles fueron las secuencias de decisiones públicas adoptadas durante los procesos de reforma?*

Para ello, este trabajo presenta la siguiente secuencia. En primer lugar, se presentan los principales hallazgos resultantes de la reconstrucción de la política de la salud mediante una serie de decisiones y procesos políticos acontecidos durante dos gobiernos entre los años 1990 - 2000 y 2011 – 2016. El segundo apartado presenta una breve explicación de la metodología de análisis de redes y la justificación de su pertenencia en el análisis de procesos de cambio en la política de salud. Seguidamente, abarcamos las perspectivas teóricas para la formulación de políticas de la salud, definiendo esquemas de toma de decisiones públicas provenientes de la literatura y, distinguiéndose de aquellos instrumentos de políticas que permiten el análisis dentro del sector salud. Las conclusiones develan los principales desafíos macro-políticos para la reforma integral en el sector salud materializada mediante sus instrumentos de gobierno.

2 Racionalidad, ideas e instituciones en el cambio de la formulación de las reformas del sistema de salud

2.1 Formulación de políticas de salud: Un análisis mediante sus instrumentos

La formulación de las políticas públicas como parte del modelo del ciclo de políticas se define como el momento de producción de las políticas en que una variedad de opciones disponibles son consideradas y, seguidamente son reducidas a un conjunto sobre el cual actores relevantes, especialmente el gobierno pueden concordar en la utilidad

para lidiar con un problema publico definido (Howlett & Mukherjee, 2017. Traducción propia). Dentro del modelo secuencial esta etapa se encontraría entre el establecimiento de la agenda y la implementación de políticas, es en esta etapa donde se toman las principales decisiones publicas, como parte de la construcción de soluciones por parte de los diseñadores de políticas y la adopción de soluciones por parte de las autoridades investidas de legitimidad política (Roth, 2007; Subirats & et.,2008; 2014), por lo cual, asi como los problemas son formulados en la fase de la agenda, las alternativas tambien son formuladas y definidas, consistiendo en un proceso inherentemente político (Capella, 2018).

Dentro de los estudios políticos en esta etapa de la política publica se han desarrollado conceptos que permitan constituir su unidad de analisis. Frente ese dilema se va acuñando el concepto "subsistema de políticas",inicialmente denominado se presente de diversas maneras en la literatura tales como "redes tematicas" (Hecló,1978) "comunidades politicas" (Kingdon, 1984), "coaliciones promotoras" (Sabatier & Jenkins, 1993) "redes de politicas" (Klijn, 1998), apuntando a una concepción donde las decisiones de politicas publicas son realizadas de manera especilizada con la finalidad de superar la racionalidad limitada, donde su deliberación se limita a un grupo reducido de actores vinculados entre si por intereses que giran en torno a un problema público.

Esta concepción parte de la idea manifestada por el pluralismo, donde por la inmensa magnitud que abarca el ámbito de las decisiones públicas esta se tienden a especializarse creando subsistemas de políticas, así es cómo estas decisiones son asumidas por un pequeño número de actores interesados; otro rasgo importante de estos subsistemas de políticas es su grado de autonomía frente a la opinión pública y a la fuerza de las instituciones democráticas, para ello quienes resultan con mayor fuerza dentro de estos espacios promueven mecanismos de defensa que limiten el ingreso de participación, por lo cual estos subsistemas tienden a ser resistentes al cambio pero también muy propensos ante la expansión del conflicto.

Un aspecto relevante que emerge de esta dinámica entre lo técnico y lo político durante la formulación es el diseño de instrumentos de política, estos son definidos por Lascoumes & Le Galès (2014) como dispositivos al mismo tiempo técnico y social que

organiza relaciones sociales específicas entre el poder público y sus destinatarios en función de representaciones y de significados de los que es portador. Así mismo, estos autores consideran que el proceso de instrumentalización de una política pública remite al conjunto de problemas planteados por la selección y el uso de instrumentos que permitan materializar y operacionalizar la acción gubernamental. Se trata de entender no solamente las razones que conducen a la elección de un instrumento en relación con otro sino de considerar los efectos producidos por esa decisión (Lascoumes & Le Galès, 2004).

Esos instrumentos producidos tienden a manifestarse de diversas formas a diferentes niveles, a pesar de dicha variedad se ha construido a lo largo de estudios una tipología a partir de la naturaleza y los recursos que moviliza para producir cambio social. Una de las principales tipologías es la tipología NATO, construida por Christopher Hood (1986) catalogando los instrumentos en cuatro elementos: a) **nodalidad**, basada en el recurso de información que se encuentran a disposición de un gobierno y que son utilizados para construir campañas públicas, exortaciones y/o indicadores de desempeño; b) **autoridad**, vinculado a los mecanismos de control o potestad reguladora de la estructura estatal; **tesoro**, referido a los recursos financieros, tanto a su transferencia como restricción a individuos, empresas u organización con el objetivo de incentivar o desincentivar conductas perseguidas por la política pública; d) **organización**, equivalente a aquellas estructuras organizacionales bajo el control gubernamental. Esta taxonomía cuenta con un nivel de generalidad que pueden adoptarse en diversos campos de políticas y se puede analizar como es aplicada por los gobiernos en los diseños de sus políticas con la finalidad de realizar una intervención que produzca cambios.

Debido a esa generalidad, la taxonomía NATO en el sector salud atañe ciertas precisiones en función a la diversidad de problemas presentes y los múltiples niveles de sus instrumentos, en ese sentido adoptamos el esquema de instrumentos genéricos en salud realizado por Magdalena Chiara (2017) a partir de las ideas de Belmartino (2008) y Vedung (2005) sobre el carácter relacional de los problemas que enfrenta la política de salud y; los recursos que movilizan de manera principal, respectivamente.

<i>Instrumentos genéricos</i>	<i>Relaciones sobre las que orientan su acción</i>	<i>Recurso principal que movilizan</i>
Acreditación / Habilitación de establecimientos y/o servicios	A/P-F	Regulación
Becas de formación en servicios	P/P	Económicos
Campañas en medios masivos de comunicación	A/P-F	Información
Capacitación específica de recursos humanos existentes	P/P	Información
Compras centralizadas	A/P-F	
Compromiso en el sostenimiento del gasto en los presupuestos municipales	A/P-F	Regulación
Compromisos de gestión / Acuerdos de gestión	A/P-F	Regulación
Condicionalidad de controles para las transferencias de ingresos (AUH)	P/P	Regulación
Débitos y multas	F/P	Económico
Distribución centralizada de recursos y directa a los efectores	A/P-F	Económico
Distribución de incentivos monetarios al personal	F/P	Económico
Empadronamiento	P/P	Regulación
Establecimiento de metas trazadoras asociadas a las transferencias financieras entre jurisdicciones	A/P-F	Información
Formalización de requisitos para ser incorporado o mantenerse como instancia de implementación	P/P	Regulación
Focalización (territorial, por cobertura de seguros o por grupo de edad)	P/P	Regulación
Garantías explícitas	P/P	Información
Generación y difusión de información sobre desempeño	A/P-F	Información
Guías de práctica clínica	P/P	Información
Historia Clínica Unificada	P/P	Información
Incentivos financieros a los efectores vinculados a los resultados	A/P-F	Económico
Incentivos financieros vinculados a proyectos específicos	P/P	Económico
Inversión en equipamiento	P/P	Económico
Inversión en infraestructura	A/P-F	Económico
Línea gratuita para denuncias y reclamos	A/P-F	Información
Mecanismos de auditoría	A/P-F	Información
Mecanismos de auditoría social	A/P-F	Información
Nomenclador	F/P	Económico
Nominalización de la atención	P/P	Información
Normas de referencia y contra referencia	P/P	Regulación
Pago por práctica médica	F/P	Regulación
Procedimientos de registro y prescripción	P/P	Información
Provisión directa de drogas (oncológicas, retrovirales, insulina)	P/P	Económico
Provisión directa de medicamentos esenciales y anticonceptivos	P/P	Económico
Provisión directa de vacunas	P/P	Económico
Responsabilidad nominada	P/P	Regulación
Sistemas de compra capitulo	F/P	Regulación
Vademécum	F/P	Regulación

Tabla 1. Esquema de instrumentos genéricos aplicables en el Sector Salud. Recuperado de Chiara (2017).

Esta dos dimensiones que compone el esquema de instrumentos adoptado apuntan a las relaciones a modificar, (i) población-paciente y proveedores; (ii) financiadores y proveedores; (iii) autoridades con financiadores y proveedores de servicios. En tanto, la

segunda dimensión distingue los medios empleados para su cumplimiento; regulaciones, incentivos económicos o información (véase Tabla 1).

El cambio de políticas se puede desenvolver mediante sus instrumentos sin que exista finalidad de reforma, por lo cual resulta indispensable su observación e interpretación (Lascoumes & Le Galès, 2014). Retomando el caso del Perú, es posible reconstruir el proceso a través de estos instrumentos a partir del colapso del sistema sanitario a finales de los años 80's. A partir de ese hecho, una serie de gobiernos con sus bajo la responsabilidad de sus ministros de salud han buscado la reconstrucción y reforma del sector salud, siendo muchos de poca estabilidad en el cargo (véase Figura 1). De igual manera, ante esta poca continuidad de cargo y alta rotatividad dentro de la alta dirección del sector (Dargent, 2008) es que muchas veces las modificaciones no respondieron más a que un ajuste ligero de lo planteado durante el gobierno de Fujimori, principalmente en temas de aseguramiento y regulación de fondos de financiamiento e prestación de servicios (véase Tabla 2 y 3)

	1990-2000	2001-2006	2006-2011	2011-2016
<i>Población/paciente - proveedor</i>	Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) Entidades Proveedoras de Servicios Programa de Salud Básica para Todos	Distribución gratuita de medicamentos anticonceptivos		Distribución de complementos nutricionales Servicio de Atención Móvil de Urgencias Ampliación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud Campañas preventivas de salud
<i>Financiadores-Proveedores</i>	Seguro Escolar Seguro Materno-Infantil Creación de Essalud Aparición de Entidades Prestadoras de Salud	Seguro Integral de Salud	Ley Marco de Aseguramiento Universal	Intercambio de prestaciones Segmentación del SIS
<i>Financiadores/Proveedores - Autoridades</i>	Creación del Sistema Nacional de Salud y ZONADIS Creación de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS)	Mejoras salariales Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos y la Dirección de Promoción de la Salud y la de Gestión de Recursos Humanos Descentralización en Salud	Fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud Creación de Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA)	Mayores remuneración a personal en zonas de baja accesibilidad Redes Integrada de Atención Primaria en Salud Nuevo esquema salarial en profesionales de salud Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

Tabla 2. Principales instrumentos diseñados por tipo de relación. Elaboración propia.

	1990-2000	2001-2006	2006-2011	2011-2016
<i>Información</i>		Distribución gratuita de medicamentos anticonceptivos	Fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud	Ampliación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud Campañas preventivas de salud Distribución de complementos nutricionales Servicio de Atención Móvil de Urgencias
<i>Económico</i>	Seguro Escolar Seguro Materno-Infantil Creación de Essalud Aparición de Entidades Prestadoras de Salud Programa de Salud Básica para Todos	Seguro Integral de Salud	Ley Marco de Aseguramiento Universal	Intercambio de prestaciones Segmentación del SIS Nuevo esquema salarial en profesionales de salud Mayores remuneración a personal en zonas de baja accesibilidad
<i>Regulación</i>	Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) Creación del Sistema Nacional de Salud y ZONADIS Creación de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS)	Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos y la Dirección de Promoción de la Salud y la de Gestión de Recursos Humanos Descentralización en Salud	Creación de Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA)	Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) Redes Integrada de Atención Primaria en Salud

Tabla 3. Principales instrumentos diseñados por tipo de recurso. Elaboración propia.

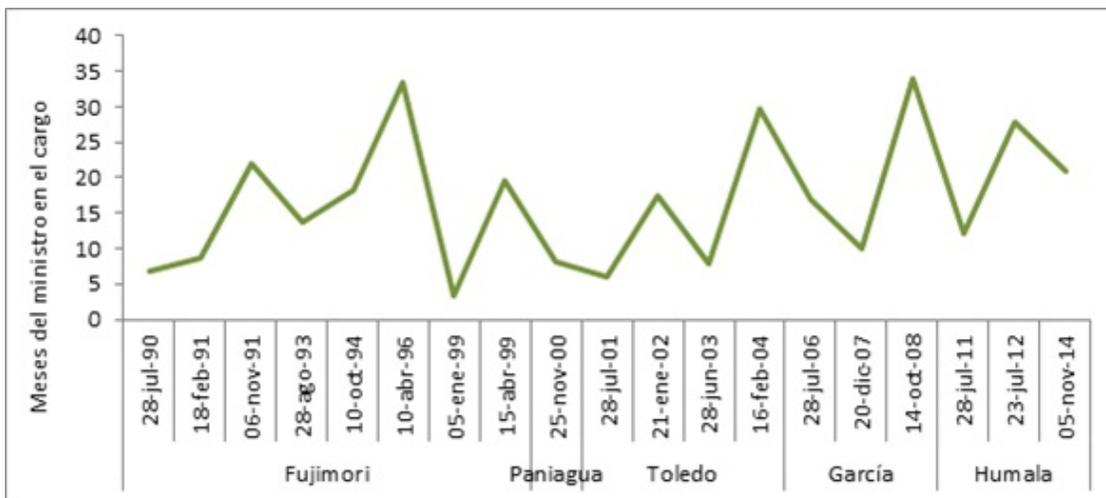


Figura 1. Período de duración en el cargo de Ministro de Salud (1990 - 2016). Elaboración propia.

Ahora revisaremos las principales ideas que permiten conectar el proceso de formulación de políticas de salud entre su instrumentalización y la toma de decisiones, examinando aquellas principales que priorizan racionalidad, creencias o instituciones.

2.2 Teoría del Equilibrio Puntuado

La teoría del equilibrio puntuado es desarrollado por Baumgartner y Jones a partir del texto "Agendas and Instability in American Politics" (1993) donde estos autores se cuestionan sobre ciclos de largos periodos de estabilidad dentro de una política pública marcados por cortos periodos de cambio radical, un rasgo característico encontrado en las políticas del tabaco en los Estados Unidos. Con esta propuesta, los autores plantearon una síntesis entre las premisas del modelo incrementalismo de Lindblom (1959) y los cambios abruptos en los sistemas políticos.

Durante los períodos de estabilidad hay una gran medida de acuerdo en torno a la definición de los problemas y su ubicación en la agenda de la formulación de políticas. Para este modelo, son dos conceptos que resultan clave para su entendimiento: (i) imagen de política (policy images) y monopolio de política (policy monopoly); la primera se entiende como aquella forma en que es discutida la política en la esfera pública y en los medios, es decir como se construye la política en torno a valores y creencias durante su debate (Baumgartner & Jones, 2010), ello se puede tornar de forma positiva o negativa a la estabilidad de determinadas prácticas reales dentro de la política, siendo una imagen positiva la que protege al subsistema, de igual forma dentro de cada subsistema pueden manifestarse múltiples imágenes, abarcando múltiples dimensiones de un mismo problema público, y dependerá de cuál prevalece en las formas adoptadas por dicha política

En ocasiones, incluso los subsistemas potentes y autónomos pierden el control de la imagen de la política que los protege. Es así como Baumgartner y Jones (1993), resaltan el papel de la arena de política (policy venue) como "lugares institucionales donde se toman decisiones autorizadas con respecto a un tema dado". Un cambio en el entorno, ya sea en forma de evento crítico o la intervención de un actor estratégico (y generalmente una combinación de los dos), puede atraer la atención de los medios de comunicación, el público en general o los no especialistas hacia un nuevo hecho. , - uno que se ve más negativamente y proyecta una sombra sobre la imagen de la política. A medida que cambia la imagen, aumenta la posibilidad de un cambio radical de política. Tal cambio radical, según Baumgartner y Jones, es menos el resultado de un cambio material real, y

más el resultado de un cambio en la imagen de una política. Por lo tanto, un subsistema que no puede controlar la imagen de su política tiende a colapsar.

Debido a que la imagen de una política se basa en creencias, los hechos pueden verse distorsionados, por ejemplo, por la falta de conciencia de los riesgos, la demonización de los actores, los mitos relacionados con medidas controvertidas, etc (Smith, 2002). Este modelo puede comprender por qué los gobiernos a veces son receptivos a la evidencia y la discusión que lleva a un cambio significativo en las políticas, mientras que en otras ocasiones, el gobierno parece ser menos receptivo al cambio y solo está abierto a realizar pequeños ajustes (Masse Jolicuer, 2018). Asimismo, los cambios en la imagen de la política pueden atraer nuevos participantes colocando el monopolio de política en riesgo.

2.3 Marco de las Coaliciones Promotoras

El Marco de Coaliciones Promotoras, con sus principales representantes Paul Sabatier & Hank Jenkins-Smith (1993), ha sido aquella de mayor aporte en la corriente que privilegia los factores cognitivos en las cuales las ideas, los valores y las interpretaciones resultan decisivas en la manera en que son formulados los problemas de políticas, siendo sensible a los cambios en su comprensión a lo largo del tiempo. Estas coaliciones se basan en sistemas de creencias compartidos, con el propósito de influir y trasladar estos valores y creencias a las políticas públicas y a los programas gubernamentales. Los principios compartidos les permiten conformar un “núcleo duro” de valores y creencias, que les genera una “conciencia colectiva” de qué es lo que se debe hacer (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993) El modelo original parte de tres aspectos fundamentales: (i) la formulación de políticas ocurren dentro de un subsistema de políticas, pero afectado por factores del sistema político más amplio; (ii) un modelo de individuos sustentado en un “sistema de creencias”, las cuales difieren del modelo de individuo racional propuesto desde la economía; y las coaliciones.

Este sistema de creencias que se conecta y retroalimenta mediante las coaliciones que se consigan establecer, cuentan con tres niveles, las creencias de núcleo duro (deep core beliefs), las creencias de políticas (policy core beliefs) y las creencias a nivel ins-

trumental (secondary beliefs), cada uno es más susceptible a modificarse que el anterior. Además de ello, dentro del marco analítico, se presentan dos caminos críticos hacia el cambio de políticas: el primero es por aprendizaje orientado a las políticas, surgen principalmente por nueva evidencia brindada por técnicos e científicos; y el segundo, es por perturbaciones o shocks externos, básicamente cambios en las condiciones socioeconómicas, régimen o impacto de otros subsistemas.

En una revisión de su mismo marco, los autores plantearon dos caminos nuevos para el cambio de políticas: shocks internos, basados en eventos que atraen a la opinión pública, donde se resaltan vulnerabilidades, fallas, negligencias dentro del proceso político; y acuerdos negociados, los cuales emergen a partir de una visión más amplia sobre las cuales se realiza cambios por parte de dos coaliciones que antes se encontraban en conflicto.

3 Nota metodológica

El estudio de las reformas forma parte de los estudios de nueva gobernanza pública en América Latina, el cual aboga por enfoques complejos para entender el desarrollo de las sociedades latinoamericanas, en ese sentido el método analítico (centrado en variables) queda relegado por métodos globales y holísticos; como puede ser el análisis de redes de política. El análisis de redes de política, como señala Peters (1998) el enfoque de redes tiene mayor capacidad para describir las complejas formas de interacciones que tienen lugar en una arena política.

Estos escenarios complejos en los procesos decisionales implica esfuerzos por sistematizar y analizar elementos relevantes capaces de influir en los resultados; sin embargo, ello cabe abstenerse de las generalizaciones ya que la combinación de tales elementos tiene siempre características contextuales, y además si aumenta la complejidad y la incertidumbre, puede acabar convirtiendo ciertos casos en ejemplares únicos (Dente & Subirats, 2014).

El uso de una estructura narrativa es una propuesta metodológica trabajada por Barzelay & Cortazar (2004) que permite la reconstrucción de un caso mediante eventos y trama. Agregado el análisis de redes tal como Klijn y Koppenjan (2000) señalan, las redes

de políticas son patrones (más o menos) estables de relaciones sociales entre actores interdependientes, que toman forma alrededor de problemas de políticas, y/o programas de políticas. Dando así, sustento teórico y metodológico a las redes como un nuevo modelo de gestión denominado “gobernanza” donde se articula la teoría de la elección racional y el neo-institucionalismo más estructural, a un nivel medio de análisis, a través de estudios de caso.

A fin de responder las preguntas de investigación planteadas alineando la operacionalización realizada de la variable dependiente, los aspectos teóricos de su explicación y la metodología presentada se plantean las siguientes hipótesis a contrastar en las siguientes secciones.

(i) ¿Cuáles son los principales actores participantes en el periodo de las reformas en salud?

Hipótesis 1: *Los actores principales son aquellos participantes que comparten un sistema de creencias maduro en tanto su núcleo duro respecto a las acciones a adoptar en el sector salud.*

Hipótesis 2: *Los actores principales son aquellos participantes pertenecientes a un monopolio de política que articulan una imagen de políticas exitosa sobre los instrumentos a adoptar en el sector salud.*

(ii) ¿Qué vínculos y acciones establecieron los actores durante los procesos de reforma?

Hipótesis 1: *Se construyen coaliciones en torno al núcleo duro y político acerca de los instrumentos a adoptar en la reforma, constituyendo una serie de confrontaciones entre coaliciones por hacer prevalecer su sistema de creencias.*

Hipótesis 2: *Existe una aparición de nuevos actores a partir de una inestabilidad del monopolio de política de forma que se articula un descrédito del éxito real de la imagen de los instrumentos predominantes en el sector salud.*

(iii) ¿Cuáles fueron las secuencias de decisiones públicas adoptadas durante los procesos de reforma?

Hipótesis 1: *Se desarrollan cambios en el repertorio de instrumentos de política en*

sector salud a partir de un aprendizaje orientado a políticas, acuerdos negociados, choques internos o choques externos.

Hipotesis 2: La tensión entre actores dentro del monopolio de la política y fuera del mismo escala a escenarios políticos más abiertos poniendo en vulnerabilidad sistemática el viejo repertorio de instrumentos.

Para la revisión de estas hipótesis se seleccionan dos casos en profundidad durante un periodo de 20 años, permitiendo así evaluar la evolución y el dinamismo de los actores y agendas respecto a políticas de salud.

4 La construcción de los cambios desde una reforma silenciosa a una reforma integral: dos experiencias en el Sistema de Salud peruano

4.1 Reforma silenciosa: Período de gobierno de Alberto Fujimori (1990 – 2000)

El recorrido de los cambios en las políticas en Perú comienza a finales de la década de los 80's con la agudización de la crisis económica (la hiperinflación) y social (avance de Sendero Luminoso) producida durante el primer gobierno de Alan García (Ewig, 2004). En específico, el sistema de salud se encontraba en colapso a pesar del esfuerzo del Ministro de Salud con mayor experiencia en salud pública, David Tejada, quien tuvo dos periodos de mando en los cuales encontró poco margen de acción y con resultados fallidos frente a las protestas de los médicos, enfermeras y otros funcionarios de la salud. (Ewig, 2004; Dargent, 2014). Con la asunción del gobierno de Alberto Fujimori, se inician una serie de reformas económicas con una agenda claramente contraria a los servicios públicos (Arce, 2010). Estas reformas denominadas como “ajuste estructural” durante este gobierno, al igual que en otros varios de la región de América Latina, son divididos en dos fases, la primera que apuntó a la estabilización macroeconómica y reducción de la inflación; una segunda, reformas interesadas en el sistema de seguridad social, entre ellas el sistema de salud (Ewig, 2004).

El gobierno de Fujimori comienza con el nombramiento de Carlos Vidal Layseca, un destacado promotor de la salud comunitaria para el puesto de Ministro de Salud, quien tenía experiencia previa como representante en la Organización Panamericana de la Salud, además de haber sido profesor fundador de la Universidad Cayetana Heredia

(UPCH). Aquellos vínculos hace que reclute a un grupo de expertos provenientes de esta casa de estudios con maestría en salud pública y con capacitación técnica de la OPS (Dargente,2014). Este grupo de especialistas y académicos expertos no solo se colocan en la alta dirección del Ministerio de Salud, sino que también ven su oportunidad en la Oficina de Cooperación Internacional (también denominada OCI) del MINSA, bajo la cual se comenzó a solicitar apoyo de instituciones financieras internacionales con la finalidad de acrecentar el presupuesto para el desarrollo de proyectos basados en la descentralización de la salud y en la atención preventiva primaria, junto con otras medidas con las que el Ministro Vidal Layseca se proponía construir lineamientos de reforma del sector para el periodo 1990-1995.

Sin embargo, esta iniciativa se vio truncada al manifestarse desacuerdos entre el presidente Fujimori junto a sus ministros y el ministro Vidal en torno al manejo preventivo frente a una epidemia de cólera en enero de 1991 y, presentando su renuncia en el mes siguiente (Valdivia, 2017), pasando el cargo a Víctor Yanamoto, el cual no contaba con experiencia en salud pública, por lo cual se mantuvo en constante asesoramiento de los expertos, los cuales se habían mantenido posterior a la salida del ministro Vidal y con lo cual consiguieron mantener su influencia, logrando consolidar las misma con la llegada del congresista Víctor Paredes a la cartera de salud, quien además fue adverso a las posturas ortodoxas de Carlos Boloña y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) de una privatización de los servicios de salud, con lo cual se refuerza la alianza entre los expertos, principalmente de la OCI y el despacho ministerial del MINSA (Dargent, 2014).

Esta coalición encontró su primer desafío frente al bloque de ortodoxia-privada, en cuanto estos últimos promovieron la promulgación de un decreto presidencial (Decreto Legislativo 718) en el cual se abría el mercado hacia la afiliación de seguros de salud privado en alternativa al IPSS (Instituto Peruano de Seguridad Social). Por parte del MINSA, existía un desacuerdo a dicha medida por los costes sociales elevados que implicaban, con lo cual se le comunica al presidente de dichas consecuencias negativas consiguiendo el retraso en su implementación (Ewig,2004; Dargent, 2014). Para agudizar esta situación, en agosto del 1993, se nombra como ministro de salud a Jaime Freundt, quien era partidario de las reformas de tipo privada promovidas por el MEF, sin embargo es

durante su mandato donde los expertos consolidan mayor poder en el MINSA (Dargent, 2014).

Paradójicamente, el mandato del Ministro Freundt significó la consolidación del grupo de trabajo; en primer lugar, debido a los compromisos internacionales donde se debía para esos años presentar avances y revisiones en materia técnica por lo cual la OCI se vio reforzada con mayores recursos, a fin de mantener sólidas las relaciones con los acreedores, es decir que nel apoyo se basó en razones de eficiencia para el despacho de Freundt (Dargent, 2014). En segundo lugar, se comenzó con una nueva campaña de alivio a la pobreza, el cual abarcaba ampliamente la rama social, lo que sería denominado como las reformas de segunda fase de ajuste estructural (Ewig, 2004) donde se entrelazan vínculos entre el MEF y el Club de París, principal acreedor de esta serie de reformas.

De estos factores, surgieron proyectos como Programa de Salud y Nutrición Básica, Proyecto 2000, financiados principalmente por el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) respectivamente (Ewig, 2010). Asimismo, se crea un paquete básico de salud financiado por presupuesto nacional denominado Programa de Salud Básica para Todos (PSBT) por lo cual se precisó de los expertos del MINSA en su diseño e implementación (Ewig, 2010). Esto conllevó a un refuerzo de los expertos de la OCI, quienes diseñaban y supervisaban los programas con financiamiento externo, de igual manera con los de financiamiento nacional (Ewig, 2004). Sumado a ello, la lógica de estos expertos centrada en la atención primaria y la salud comunitaria, toma forma mediante los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), la relevancia de este nivel para el sector salud durante esos años se refleja en el crecimiento explosivo de nuevos centros de salud en contraste con el número constante de hospitales (Ugarte & Monje, 1999).

Para el año 1996, un nuevo ministro, Manuel Costa Bauer, emprende un nuevo esfuerzo privatizador de la asistencia sanitaria en cuanto seguridad social, recuperando un proyecto de 1991 donde se abría la posibilidad de proveedores privados de atención médica (EPS). Dicha modificación fue traducida en un proyecto de ley que encontró respaldo entre los expertos del MEF y rechazo entre los del MINSA. Es importante el rol

del Congreso para la reversión y modificación parcial de dicho proyecto, que fue percibido con altos costos políticos. Situación similar ocurrió en julio de 1997, cuando el presidente Fujimori anunció durante su mensaje a la nación, la creación de un seguro gratuito para estudiantes, distorsionando el público que los expertos del MINSA consideraron durante dichos años como claves en sus intervenciones, por el contrario, el presidente encontró un nicho políticamente atractivo que no precisaba de un mayor gasto por la condición de los estudiantes. Esta decisión tendría repercusiones futuras importantes como lo fue el seguro materno-infantil en 1999, y seguidamente la creación del seguro integral de salud (SIS) en el 2001.

Para el último tramo de este periodo en el MINSA, la influencia tecnocrática fue disminuyendo de manera gradual, finalmente asume el cargo Alejandro Aguinaga, viceministro desde 1994 y adverso a las ideas de los expertos de la OCI, razón por la cual contaron con baja influencia (Dargent, 2014). El fin de esta tecnocracia señala Dargent (2014) a partir de la salida de Fujimori, se agudizan las críticas al funcionamiento de la OCI, y con la llegada del ministro Solari en el gobierno de Alejandro Toledo se denuncian prácticas abusivas por parte de la tecnocracia del MINSA.

4.2 Continuidades y recrudescimientos: Periodos de gobierno de Alejandro Toledo (2001 - 2006) y Alan García (2006 -2011)

El re-establecimiento de la democracia en el Perú llevó a una revisión de la forma de gestión que había adoptado la administración pública durante los años del gobierno de Fujimori, en el ámbito de la salud, como se mencionó esta revisión estuvo a cargo del nuevo ministro de la cartera Luis Solari, quien llevó la discusión a foros del parlamento e instalando una comisión de revisión de actos de corrupción y manejo autoritario de funcionarios de alta dirección del Minsa, principalmente en cuanto a salud reproductiva (casos de las esterilizaciones forzadas), trascendiendo ello y junto a sus sucesor del cargo el Ministro Carbone, colocaron mayor interés en la reversión del Programa de Planificación Familiar y el Programa de Salud de la Mujer, ello por sus vínculos con sectores conservadores de la sociedad (Rousseau, 2007).

Ello fue acompañado, como menciona Dargent, por una desarticulación de una capa

tecnica dentro del ministerio que hizo mas permeable la dirección del ministerio a intereses políticos (Dargent, 2009), generando un bajo nivel operativo por parte del sector, reflejado en ineficiencia del gasto. Según Francke y Paulini (2003), para el ejercicio presupuestal del año 2002, muestran la escasa capacidad gerencial dentro del Ministerio de Salud (MINSA) debido a que se dejó de ejecutar dinero presupuestado, se incrementaron los gastos administrativos y de planeamiento gubernamental, y no se ejecutaron las inversiones proyectadas (Barrantes & Iguñiz, 2004).

En ese mismo año, mediante los esfuerzo de fusionar el Seguro Materno-Infantil y el Seguro Escolar Gratuito se constituye el Seguro Integral de Salud (SIS), constituyendose como un tipo de seguro de salud enfocado en personas de bajo niveles de ingresos, que por el contrario a su intención inicial debido a la baja capacidad o tecnico-operativa del sector fue agudizando la inequidad en el acceso de la salud entre regiones e intra-regional (Francke & et al., 2002) , subsidiando a población cuyos ingresos les permitian capacidad adquisitiva, agregado que se daba una reducción en el uso de establecimientos privados y de EsSalud. El gobierno de Toledo concluye con la gestión de la Ministra Mazzeti, donde se puede manifestar los roces entre los conservadores y la cuestión de la salud reproductiva, además se comienza a reportar la gravedad de muchos indicadores de salud en comparación con otros países de la región.

Para el segundo mandato de Alan García, se sucedieron tres ministros en el despacho, destacandose la aprobación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en el 2009, y el esfuerzo del ministro Oscar Ugarte de brindarle mayor importancia a la políticas basada en evidencias dentro del sector, fortaleciendo el rol consultivo del Instituto Nacional de Salud. Más allá de su esfuerzo, la agenda política durante el segundo gobierno de Garcia se encontraba marcada por una inestable relación ejecutivo-legislativo y problemas de conflictividad social en otros sub-sistemas (como educación o inversión minera), por lo cual su mandato culmina con un sector que aun se encontraba en un fortalecimiento.

4.3 Reforma integral: Período de gobierno de Ollanta Humala (2011 – 2016)

Durante la campaña electoral de las elecciones 2011, Ollanta Humala presentaba una serie de propuestas en el sector salud vinculadas a la universalidad del seguro, mayor

capacidad en los centros de atención a nivel primario, promovido por su asesor Álvaro Vidal, quien fue ministro de salud en el gobierno de Alejandro Toledo.

En el gobierno de Ollanta Humala, solamente fueron tres quienes asumieron la cartera de Salud; Alberto Tejada Noriega, médico de profesión; Midori de Habich, economista y formó parte del equipo de analista de la USAID en el Proyecto 2000: Anibal Velasquez, médico de profesión. En el periodo del primero de ellos, Alberto Noriega Tejada, se constituye el Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU), idea concebida en Francia y proveniente de la experiencia próxima del Brasil, además se concentró en múltiples campañas de salud bajo el enfoque de prevención

El periodo de mayor interés es el asumido por la ministra Midori de Habich, donde se da inicio a la promoción de una reforma integral del Sistema de Salud, dicha reforma tuvo dos momentos, el primero impulsado por la ministra Midori de Habich y el segundo de adaptación y consolidación por su sucesor el Ministro Anibal Velasquez. Durante los años 2011-2012, las relaciones entre el ejecutivo y el legislativo (en la Comisión de Salud) se mantuvieron proactivas, debido a la coalición con la que asume el cargo, razón por la cual durante coordinaciones se concluye en la posibilidad de establecer lineamientos para el sector que se consideren explícitamente como reforma.

Agregado a ello, al inicio de su mandato el ejecutivo había firmado un acuerdo con diferentes gremios de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, obstetras) que le había permitido manejar con tranquilidad las primeras iniciativas promovidas por el Ministro Tejada. La reforma integral de salud se plantea en el año 2013 bajo cuatro objetivos: el aseguramiento universal, adecuado funcionamiento de los servicios de atención, protección de los derechos de los pacientes y, el fortalecimiento de la gobernanza en el sector. Se creó una articulación del SIS con los programas sociales, además de proporcionar un modalidad de SIS-independiente para aquellos trabajadores que no contaban con un empleo formal pero desearan contar con aseguramiento, de igual forma se amplió el Plan Esencial de Atención de Salud, abarcando mayores montos en enfermedades oncológicas. El avance fue considerable en la medida en que el MINSA encontraba respuesta del apoyo político al ejecutivo dentro del Parlamento.

Para modificaciones en materia remunerativa y creación de incentivos a profesionales

de salud en zonas alejadas se precisaba de una serie de facultades legislativas a ser aprobadas por el Parlamento, que tras el quiebre de sus coalición y hechos controversiales de protesta social frente a las acciones del gobierno en otros sectores, debilitó los lazos y abrió una ventana de oportunidad para la articulación de gremios en salud al no percibir cumplidas las expectativas remunerativas acordadas durante el inicio del mandato, es así como ocurrió una huelga médica de 150 días de duración la cual tuvo repercusiones en los medios y la ciudadanía en favor de la medida de protesta. Finalmente, por una resistencia al diálogo de ambas partes y ante la posibilidad de interpelación a la Ministra de Habich presenta su renuncia y es reemplazada por el Ministro Anibal Velasquez, quien es percibido por los médicos como alguien perteneciente a su gremio y con el cual se abre una mesa de diálogo que pone fin a la medida, así como retrasa la reforma en cuanto a la reestructuración de el esquema salarial.

5 Hallazgos

Dentro de los casos revisados se pueden contrastar el legado de instrumentos heredado a partir de la reconstrucción del sistema como ya se mencionó principalmente en temas de aseguramiento y prestación de servicios, sin embargo se manifiestan particularidades a partir de la forma de abordar a partir de los efectos producidos por la primera reforma en el sector salud y la agenda planteada por el gobierno de Humala para la segunda reforma.

Comenzamos analizando el gobierno de Fujimori, donde los actores más relevantes dentro del proceso de reforma surgen a partir de la contraposición entre iniciativas con un núcleo de creencias fuertemente privatizador en el sector salud basadas en la desregulación de los servicios y fondos privados frente a las iniciativas con un núcleo basado en la articulación y focalización de los escasos recursos públicos del sector. Sin embargo, durante el gobierno de Fujimori, solo el segundo núcleo logró desarrollar vínculos que permitieron impulsar sus iniciativas de política, a diferencia del núcleo de creencias privadas las cuales aparecieron de manera puntual mediante actores no articulados y de iniciativas inconexas (véase Figura 2).

Si bien se puede afirmar que lo que se observa en el análisis de los vínculos durante el gobierno de Fujimori es más parecido a un monopolio que conseguía posicionar la mayoría de veces (con mayor fuerza entre 1993 - 1997) sus ideas a partir del expertise brindado principalmente por la OCI y los recursos financieros no condicionados de las IFI, tal como han señalado otros autores este esquema resultaba altamente vulnerable a factores políticos externos, siendo permeable muchas veces por iniciativas políticas capaces de evadir su control y llegar a conectarse directamente con despacho presidencial, tal es el caso muchas veces del subsistema de políticas económicas e incluso la iniciativa del presidente como shocks políticos externos, o en otros términos en arenas de política ajenas al control de este monopolio.

Dicha fragilidad generó una serie de instrumentos similares a un mosaico, donde podemos encontrar instrumentos con incentivos donde se crean paquetes de atención básica a la vez que se apertura el mercado de prestación de servicios y administración de fondos de salud de tipo privado con la finalidad de expandir la salud. De igual manera se pueden encontrar instrumentos de regulación planificados mediante el cuerpo técnico del MINSA como fueron los CLAS y el Sistema Nacional de Salud, junto con otros creados a partir de los nuevos formatos de atención como lo fue la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

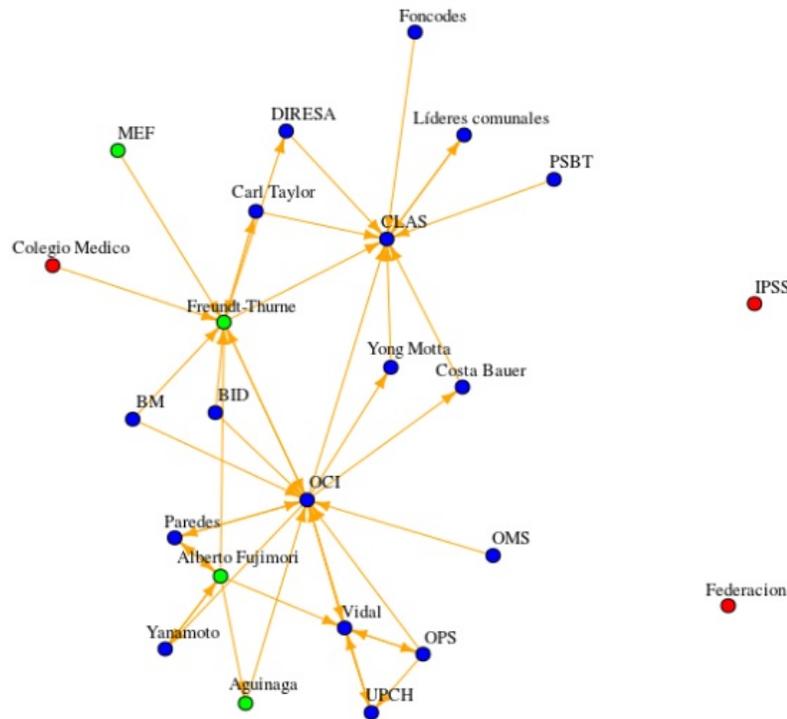


Figura 2. Red de interacciones entre los actores durante el proceso de reforma en salud en el gobierno de Fujimori (1990 -2000). Elaboración propia.

Llegados al gobierno de Ollanta Humala, se tiene un panorama distinto, donde se puede encontrar mayor articulación entre el despacho presidencial y el encargado del MINSa, existe una modificación abrupta del presupuesto en salud a partir de los objetivos en materia social que perseguía el entrante gobierno de Humala, el cual hereda el énfasis en la focalización de los recursos públicos, agregado a que se apoya en Midori de Habich quien cuenta de una larga trayectoria en la academia vinculada al sector salud, garantizando así una mayor estabilidad lo cual brinda de incentivos a la alta dirección del Minsa para la construcción de cambios más sustanciales en el repertorio de instrumento.

Basándose en el apoyo político del presidente, apoyo inicial por parte de la Comisión de Salud en el Parlamento y en el apoyo académico brindado por el Instituto Nacional de Salud, formándose una nueva coalición con valores de reforma en el sistema de salud claros, proyectando una nueva imagen de política que se basaba en la evidencia sea aca-

démica (segmentación del SIS) o de experiencias exitosas (caso de SAMU-Brasil). Sin embargo esta imagen de reforma que proyecto se transformo en una oportunidad para actores usualmente excluidos de la toma de decisiones del sector salud, los profesionales de salud, articulados por el Colegio de Médicos del Perú y Federación de Médicos del Perú, principalmente referido al tema remunerativo. Resulta interesante señalar que los líderes afirmaban estar a favor del inicio pronto de la reforma de salud mas no compartían la intención del ejecutivo de obtener facultades para legislar en tanto a remuneración de ese sector.

Cada posición conto con una serie de recursos, la principal de los profesionales de salud fue una huelga de duración de 150 días, generando descontento por parte de los pacientes e presionando a la titular de la cartera a replantear la reforma a un nivel intermedio de núcleo. Es un desenlace que se podría señalar como acuerdo negociado por parte de una misma coalición.

6 Conclusiones

Se trato de abordar la complejidad de la formulación en las políticas del sector salud en ambito macro, con una revisión teórica que pueda dar cuenta de escenarios políticos favorables y/o adversos para reformas mas o menos integrales, se encuentra un importante legado institucional por parte de medidas adoptadas durante el gobierno de Fujimori que permanecieron relativamente intactas hasta el gobierno de Humala, pero que no son eliminadas sino focalizadas para una expansión adecuada del acceso a la salud en el Perú.

Asi mismo, en contraste con las preguntas se puede entender como el expertise precisa de un consenso con la dirección política del Presidente para hacer clara las intenciones de reforma en el sector, además de ello, es importante contrastar una menor dependencia del Parlamento en las medidas planteadas por parte de los expertos del Minsa durante el gobierno de Fujimori, que como mencionan los trabajos previos, resulto ser intencionada para conseguir su realización en un perfil "bajo".

Queda pendiente muchas áreas de investigación en políticas de salud por parte de la Ciencia Política, a partir de lo escrito resalto dos: Si bien aqui no evaluamos los resultados

de dichos instrumentos producidos, es posible encontrar literatura donde el éxito o fracaso de políticas se encuentra vinculado a la combinación adecuada, siguiendo el ejemplo del estudio realizado en el sector Educación por Salazar (2017) lo cual permite ahondar en una agenda de investigación en salud que permita analizar factores institucionales en la explicación de la aún persistente variación en la implementación de políticas de salud en el Perú, sumándose a los aportes realizados por estudios que restringen su explicación a variables socio-económicas.

Y una segunda cuestión es lo que se encuentra fuera del subsistema de decisiones en salud, ya sea por otro subsistema; como observamos en el gobierno de Fujimori fueron las cuestiones de ajustes económicos, y como en sucesivos gobiernos serían por cuestiones ambientales, desastres, alimentos transgénicos e incluso relaciones exteriores entre otros. Y los actores de que están fuera de algún subsistema pero tienen capacidad de influir bien sea con información como es el caso la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud; o influir mediante medidas como fue en el caso de los gremios de profesionales de salud.

7 Referencias bibliográficas

Arce, M. (2010). El fujimorismo y la reforma del mercado en la sociedad peruana. Lima: IEP.

Arroyo, J. (1996). El Proceso del Sector Salud 1990 – 1995: Colapso Operativo y Reforma Sanitaria Silenciosa. *Anales de la Facultad de Medicina*. Vol. 57 (3). págs. 188-195.

——— (2000). Salud: la reforma silenciosa: políticas sociales y de salud en el Perú de los 90. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

Barrantes, R. & Iguñiz, J. (2004). *La investigación económica y social en el Perú: balance 1999-2003*. Centro de Investigaciones Económicas y Sociales, Lima.

Baumgartner, F. and Jones, B. (1993) *Agendas and Instability in American Politics*. The University of Chicago Press, Chicago

Belmartino, S. (2008), “La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación”, en M. Chiara, M.M. Di Virgilio y M. Miraglia, Gestión local en salud: Conceptos y experiencias, Los Polvorines, Ediciones ungs

Capella, A. (2018). *Formulação de políticas públicas*. Escola Nacional de Administração Pública, Brasília.

Chiara, M. (2017) Entre los programas y los servicios: Las políticas de atención de la salud a través de sus instrumentos. Una aplicación al caso argentino (2003-2011). *Gestión y política pública*.

Dargent, E. (2009). Islas de eficiencia y reforma del Estado: el caso de los Ministerios de Economía y de Salud. *Economía y Sociedad*, 73. págs. 44-52.

Dargent, E.(2014). *Technocracy and Democracy in Latin America. The Experts Running Government*. Cambridge University Press.

Ewig, C.(2004).”Piecemeal but Innovative: Health Sector Reform in Peru..^{En}: Robert R. Kaufman and Joan M. Nelson, eds. *Crucial Needs, Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization, and Globalization in Latin America*. Baltimore: Woodrow Wilson Center and the Johns Hopkins University Press, Pp. 217-246.

——— (2010).*Second Wave Neoliberalism: Gender, Race and Health Sector Reform in Peru*. Pennsylvania State University Press.

Heclo, Hugh. (1978), “Issue Networks and the Executive Establishment”, en A. King (ed.), *The New American Political System*. Washington, DC.

Hood,Ch. (1986). *Tools of government*. Chatham House Pub.

Howlett, M. & Mukherjee, I. (2017) Policy formulation: where knowledge meets power in the policy process. En: Howlett, M.; Mukherjee, I. *Handbook of Policy Formulation*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Izaguirre, H., Zeballos, G. & et. (1999). La economía política de las reformas institucionales en el Perú: los casos de educación, salud, y pensiones. *Banco Interamericano de Desarrollo*.

Klijn, E. (1998). ‘Policy Networks: An Overview’ in Kickert, W. J. M. & Koppenjan, J.F.;. (eds)*Managing Complex Networks*. Sage, London

Klijin, Erik Hans & Koppenjan, Joop. (2000). Public Management and Policy Networks: Foundations of a Network Approach to Governance. *Public Management*. 2. 135-158. 10.1080/146166700411201.

Kingdon, J. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*. Little, Brown.

Lascombes, P & Le Galés, P. (2014). *Sociología de la acción pública*. El Colegio de Mexico.

Lindblom, C. (1959). The Science of "Muddling Through". *Public Administration Review*, 19(2), 79-88. doi:10.2307/973677

Masse Jolicoeur, M. (2018). An Introduction to Punctuated Equilibrium: A Model for Understanding Stability and Dramatic Change in Public Policies. Montréal, Québec: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy

Roth, A. (2007). *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación* Bogotá: Ediciones Aurora, décima edición.

Rousseau, Stéphanie. (2007). Las políticas de salud reproductiva en el Perú: reformas sociales y derechos ciudadanos. *Revista Estudios Feministas*, 15(2), 309-331. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2007000200003>

Sabatier, P. & Jenkins-Smith, H. (1993). *Policy change and learning: an advocacy coalition approach*. Westview Press.

Subirats, J. & et. (2008) *Análisis y gestión de políticas pública*. Ariel, Barcelona.

Subirats, J. & Dente, B. (2014) *Decisiones públicas: Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas publicas*. Ariel, Barcelona.

Ugarte, O. & Monje, J (1999). *Políticas sociales de salud e infancia*. DESCO: Lima.

Vedung, E. (2005 [1998]), "Policy Instruments: Typologies and Theories", en M. Bemelmans-Videc, R. Rist y E. Vedung, *Carrots, Sticks and Sermons: Policy instruments and their Evaluation*, New Jersey, New Brunswick