

## **Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas en el sector salud<sup>1</sup>**

Christina Ewig

### **Introducción**

Desde los ochenta los países de América Latina están pasando por cambios económicos y políticos profundos. La mayoría de estos países experimentaron transiciones casi simultáneas de gobiernos militares a gobiernos democráticos, y de estrategias económicas proteccionistas y estatistas a modelos económicos neoliberales de mercado. La transición económica ha sido denominada ajuste estructural y la literatura sobre la política económica del ajuste lo ha dividido en dos fases: la primera, estabilización de corto plazo, principalmente con medidas macroeconómicas para reducir la inflación; y la segunda, con reformas más profundas de las instituciones del Estado y, de interés específico de este ensayo, la reforma de la política social del Estado<sup>2</sup>. Una extensa literatura ha desarrollado el análisis de las relaciones entre lo político y lo

1. Este ensayo forma parte de la investigación para la tesis de doctorado que la autora está llevando a cabo sobre género y equidad en el proceso de reforma del sector salud en Perú. La autora agradece a la Fundación Fulbright y al Instituto para el Estudio de Políticas Mundiales (Institute for the Study of World Politics) por su apoyo financiero a esta etapa de la investigación. Además, a la afiliación y el apoyo en el Perú por parte del programa de intercambio entre la Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú y el Programa de Estudios Latinoamericanos de Duke-UNC. Así como, a todas las personas de las instituciones que conforman la Red, quienes apoyaron esta investigación; en particular a Marcos Cueto, Felipe Portocarrero S. y Narda Henríquez. El contenido de este trabajo y todos sus errores son responsabilidad de la autora y no reflejan las opiniones de estas instituciones o personas.

2. Aunque la diferenciación entre estas fases no es totalmente clara, ésta se hace generalmente para facilitar el análisis. Ver por ejemplo, Bresser Pereira, Luis Carlos, José María Maravall y Adam Przeworski, *Economic Reforms in New Democracies: A Social-Democratic Approach*, Cambridge y New York: Cambridge University Press, 1992; y Naim, Moisés, "Latin America: The Second Stage of Reform", en *Journal of Democracy*, vol. 5, No. 4, pp. 32-48.

económico durante la primera fase de reformas<sup>3</sup>. A causa del es-tado incipiente de la segunda fase de estas reformas, dicha relación es todavía poco clara.

El presente trabajo ofrece un análisis del proceso de formulación de políticas en la segunda fase del ajuste estructural en Perú, como una manera reveladora de empezar a entender las interrelaciones entre la democracia y el ajuste en esta etapa. El tema central del estudio es el sector salud peruano, como una 'ventana' que nos ayuda a mirar el proceso general de la segunda fase de reformas. El análisis se ocupa de tres temas centrales: el grado de participación democrática en el proceso de formulación de políticas en la segunda fase de las reformas; el papel de las instituciones internacionales, como el Banco Mundial (BM), en esta fase del proceso; y las características del marco institucional dentro del cual las reformas son desarrolladas en Perú.

Con respecto al tema de la participación democrática en el proceso de la reforma, la literatura sobre esta relación, durante los inicios de la democracia y la primera fase del ajuste estructural, proveyó evidencia de un proceso cerrado y tecnocrático en el que sólo participó un pequeño círculo de técnicos, sin recurrir a una consulta más amplia<sup>4</sup>. Perú es quizás el caso más extremo, en

3. Ver por ejemplo, Bresser Pereira, Luis Carlos, José María Maravall y Adam Przeworski, op. cit.; Naím, Moisés, op. cit.; Nelson, Joan M. (ed.), *A Precarious Balance: Democracy and Economic Reforms in Latin America*, vol. II, San Francisco, CA: International Center for Economic Growth, Overseas Development Council and Institute for Contemporary Studies, 1994; Nelson, Joan y otros, *Intricate Links: Democratization and Market Reforms in Latin America and Eastern Europe*, Washington, D.C.: Overseas Development Council, 1994; Haggard, Stephan y Robert R. Kaufman (eds.), *The Politics of Economic Adjustment*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1992; Haggard, Stephan y Robert R. Kaufman, *The Political Economy of Democratic Transitions*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1995; Smith, William, Carlos Acuña y Eduardo Gamarra (eds.), *Democracy, Markets and Structural Reform in Latin America*, Boulder: North-South Center/Lynn Rienner, 1994.

4. Ver Cavarozzi, Marcelo, Joan M. Nelson y Miguel Urrutia, "Economic and Political Transitions in Latin America: The Interplay between Democratization and Market Reforms", en Nelson, Joan M. (ed.), *A Precarious Balance: Democracy and Economic Reforms in Latin America*, vol. II, San Francisco, CA: International Center for Economic Growth, Overseas Development Council and Institute for Contemporary Studies, 1994, pp. 1-19; y Smith, William y Carlos Acuña, "Future Politic-Economic Scenarios for Latin America", en

donde el proyecto de estabilización estuvo acompañado del autogolpe mediante el cual el presidente Fujimori cerró el Congreso con el apoyo de los militares y gobernó por decreto, bajo el pretexto de parar la violencia política. Aunque la ausencia de democracia fue evidente en la mayoría de ajustes de la primera fase, la literatura sobre el tema sostenía que el mantenimiento y la profundización de las reformas dependería de la apertura y democratización del proceso de formulación de políticas en la segunda fase<sup>5</sup>. Asimismo, se afirmaba que sería necesario un consenso y apoyo más amplio para llevar a cabo y sostener las reformas más complejas de la segunda fase. Entonces, la primera pregunta específica que este ensayo intenta responder es: ¿ha habido una democratización del proceso de toma de decisiones políticas durante la segunda fase de reformas en Perú?

La literatura sobre la primera fase también muestra claramente la influencia que han ejercido en el proceso de ajuste económico, entidades internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI)<sup>6</sup>. La condicionalidad, en donde instituciones internacionales como el BM o FMI presionan por cambios político-económicos específicos a cambio de crédito internacional, fue una herramienta, entre otras, utilizada para influir en los gobiernos durante la primera fase de ajuste. Perú no fue una excepción en esta tendencia; perdió su crédito internacional debido a las medidas económicas heterodoxas adoptadas por el Presidente Alan García en la segunda mitad de los ochenta, oponiéndose a las condiciones del FMI. Durante la segunda etapa de las reformas, en la que el cambio político es focalizado en las

Smith, William, Carlos Acuña y Eduardo Gamarra (eds.), *Democracy, Markets and Structural Reform in Latin America*, Boulder: North-South Center/Lynn Rienner, 1994, p. 1.

5. Ver Cavarozzi, Marcelo, Joan M. Nelson y Miguel Urrutia, op. cit., p. 19; y Bresser Pereira, Luis Carlos, José María Maravall y Adam Przeworski, op. cit., p. 10.

6. Ver por ejemplo, Stallings, Barbara, "International influence in Economic Policy: Debt, Stabilization and Structural Reform", en Haggard, Stephan y Robert R. Kaufman (eds.), *The Politics of Economic Adjustment*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1992, pp. 59-117; y Kahler, Miles, "External Influence, Conditionality and the Politics of Adjustment", en Haggard, Stephan y Robert R. Kaufman (eds.), *The Politics of Economic Adjustment*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1992, pp. 118-171.

instituciones estatales y las políticas sociales, ¿ha cambiado el papel de las entidades internacionales en el proceso político? La segunda parte de este ensayo expondrá las percepciones de los técnicos y políticos peruanos sobre el rol de las organizaciones internacionales en el proceso político.

El tema final que este trabajo intentará desarrollar sobre las políticas del sector salud en el Perú, es el carácter del marco institucional en donde se toman las decisiones. Aunque las instituciones en sí no crean las políticas, aquellas por las cuales las decisiones políticas tienen que 'pasar', pueden facilitar, condicionar o bloquear los cambios políticos, es decir, determinan la rapidez y facilidad del cambio político. Además, los procesos institucionales pueden ofrecer momentos para efectuar los controles -checks- y modificaciones, incluyendo al aporte de personas externas al círculo político inicial<sup>7</sup>. La parte final de este trabajo comparará y contrastará los procesos de formulación de cuatro políticas de reforma clave dentro del sector salud peruano, con énfasis en los actores e instituciones a través de los cuales las nuevas políticas 'pasan', para entender cómo las instituciones del Estado peruano regulan y contribuyen a las políticas resultantes; y cómo ellas abren o cierran oportunidades para la participación en el proceso de los grupos organizados en la sociedad civil. Esta sección final del trabajo dará una visión panorámica del proceso general de formulación de políticas en el sector salud peruano.

7. Steinmo y Thelen proveen una explicación valiosa del papel de las instituciones en los procesos políticos, desde lo que ellos llaman "una perspectiva histórico institucional" (Steinmo, Sven, Kathleen Thelen y Frank Longstreth (eds.), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, New York: Cambridge University Press, 1992). Un buen ejemplo de un análisis histórico-institucional, relevante al presente tema es: Immergut, Ellen M., "The Rules of the Game: The Logic of Health Policy-making in France, Switzerland and Sweden", en Steinmo, Sven, Kathleen Thelen y Frank Longstreth (eds.), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, New York: Cambridge University Press, 1992. En este ensayo comparativo, Immergut muestra cómo los puntos de bloqueo (veto points) de las instituciones en diversos países fueron un factor decisivo en la formulación de políticas de salud radicalmente diferentes.

## I. Diseño de la Investigación

Esta investigación del proceso de reformas en el sector salud peruano se concentra en cuatro políticas clave, escogidas no sólo porque son representativas de la reforma del sector salud, sino también porque representan las tendencias políticas sociales del Estado peruano en general durante los noventa. Estas cuatro políticas incluyen: el Programa de Salud Básica para Todos (PSBT), el Programa de Administración Compartida (también conocido como el programa de los CLAS o Comités Locales de Administración en Salud), las Empresas Prestadores de Salud (EPS) y el Programa de Planificación Familiar (PPFF).

### Programa de Salud Básica para Todos (PSBT)

En el sector salud, este programa es la manifestación de la política nacional de focalización del gasto social en los sectores más pobres de la población. Además, características importantes del programa reflejan el enfoque de un uso eficiente de recursos, lo cual es una tendencia global en la reforma de los sectores de salud<sup>8</sup>. Hasta la fecha, el PSBT cubre 4,460 puestos y centros o 72% de los establecimientos de salud del país<sup>9</sup>.

### Programa de Administración Compartida (CLAS o Comités Locales de Administración en Salud)

En este caso, la administración de centros de salud locales ha sido derivada a estos Comités, compuestos por miembros de la comunidad y el jefe médico del establecimiento. Cubre 580 centros y puestos de salud de primer nivel en el país, y expresa la tendencia general de la descentralización de la administración y los servicios del Estado.

8. Para un resumen de las tendencias de reforma en el sector salud en el ámbito mundial, ver Cassells, A., *Health Sector Reform, Key issues in Less Developed Countries*, WHO Forum on Health Sector Reform, Discussion Paper No. 1, Geneva: World Health Organization, 1995.

9. El porcentaje es citado en Apoyo y UNICEF, *Data social*, vol. IV, No. 6, Boletín de difusión sobre políticas sociales, Lima, Perú: Apoyo S.A., setiembre 1998.

### *Empresas Prestadoras de Salud (EPS)*

Creadas mediante la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud, promulgada recién en 1997, representa la tendencia a la terciarización, a través de un rol creciente del sector privado con fines de lucro en sectores que antes eran exclusivamente de dominio del Estado. La competencia gerenciada que esta política promueve es también una tendencia global en las reformas de salud. La ley de las EPS otorga incentivos a los empleadores para contratar a un proveedor de servicios de salud privado, aprobado por el Estado, en lugar del antes obligatorio seguro de salud del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS).

### *Programa de Planificación Familiar (PPFF)*

Aunque no es una nueva política, durante el mismo período en que el PSBT y el CLAS eran desarrollados, el Programa de Planificación Familiar experimentó reformas importantes. Incluimos este programa en el estudio porque la planificación familiar es una parte central de la "lucha contra la pobreza" del presidente Fujimori y es considerada una reforma en el sector salud<sup>10</sup>.

Las primeras dos políticas, el PSBT y los CLAS, que representan las políticas más antiguas de la reforma del sector salud peruano, tienen que ver con los servicios de salud de primer nivel proporcionado por el Ministerio de Salud a los pobres y fueron implementadas sucesivamente en 1994. La reforma del programa de PPFF implica un tiempo similar de implementación y un fuerte apoyo del presidente Fujimori. En contraste, las EPS son una reforma muy reciente, pero prometen cambios profundos en el sector.

Un total de 24 entrevistas fueron llevadas a cabo por la autora en 1998 con funcionarios del sector salud peruano, incluyendo un mínimo de cuatro personas en cada una de las políticas mencionadas: En ellas se consideraron también a las personas que conforman o conformaban el equipo que dirigen las reformas en general (bási-

10. Ver los comentarios del presidente Fujimori, en Ministerio de Salud, *Seminario internacional Reforma del sector salud*, Lima-Perú: Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, Proyecto de Generación de Capacidades, 1997.

camente del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, PFSS), quienes cuentan con una visión más amplia del proceso de reforma. Entrevistas múltiples en cada área de política ayudaron a verificar información y eventos en cada proceso político<sup>11</sup>. Además de las entrevistas, se tuvo acceso a varios documentos e informes relacionados con el proceso, los cuales brindaron una visión general del proceso político y sus prioridades.

## **II. El grado de democracia en la segunda fase de reformas estatales**

Aunque las esperanzas por lograr una mayor democracia en la segunda fase de la reforma del Estado son bien fundadas, Perú no empezó este proceso de ampliación democrática en las mejores condiciones. Las razones de por qué un proceso democrático de reforma en la segunda fase sería importante son varias. Primero, reformas concertadas entre el Estado y amplios sectores de la sociedad civil tienen mayor posibilidad de ser apoyadas y, por ende, sostenibles. Una discusión amplia de una política antes de la implementación asegura que las reformas no sean fácilmente revertibles. Segundo, en el caso específico de políticas sociales, como señalan Smith y Acuña<sup>12</sup>, históricamente un Estado activo que negocia con sindicatos y otros actores colectivos clave tiene una mayor probabilidad de lograr no sólo estabilidad económica, sino también mayores tasas de crecimiento económico y una distribución menos regresiva que los modelos de formulación exclusivos. Tercero, como explica Guillermo O'Donnell, el proceso lento de una democracia bien institucionalizada, asegura que las medidas tomadas:

11. La autora agradece a todos aquellos que accedieron a ser entrevistados para esta investigación y a muchos otros, quienes facilitaron información valiosa, contactos y documentos. Los nombres de los informantes serán guardados en reserva.

12. Smith, William y Carlos Acuña, *op. cit.*, p. 7.

"queden vacuadas contra grandes errores y cuenten con una probabilidad relativamente alta de ser implementadas"<sup>13</sup>.

No obstante que las razones para lograr un proceso político democrático son obviamente positivas, en la práctica, la realidad de la mayoría de los países latinoamericanos (con excepciones valiosas de Uruguay, Chile y Costa Rica) brinda condiciones poco adecuadas para el ejercicio de una democracia fuertemente institucionalizada o "consolidada", lo cual es un requisito para contar con una democracia participativa que es a la vez gobernable. En Perú, en parte por el carácter progresivo del gobierno militar que precedió la transición a la democracia, se ha argumentado que el período inmediato al gobierno militar era bastante representativo porque se tenía un sistema electoral muy inclusivo y cuatro partidos políticos fuertes. Inicialmente, había mucha esperanza en una consolidación democrática; algo que el país no ha logrado a lo largo de su historia<sup>14</sup>. Desafortunadamente, como hemos visto en varios países latinoamericanos, el hecho de que la transición a la democracia se produjera de manera casi simultánea a la crisis de la deuda (marcada por la declaración en 1982 por parte del gobierno de México, de no cumplir con sus obligaciones financieras), trajo fuertes presiones económicas e influyó y debilitó los procesos de democratización en la región.

La manera en que los gobiernos manejaron la crisis económica y tomaron decisiones durante la primera fase del ajuste fue un *critical juncture*, o punto crítico, que determinaría la forma de democracia en el país a largo plazo<sup>15</sup>. En muchos países latino-

13. O'Donnell, Guillermo, "¿Democracia delegativa?", en *Contrapuntos: ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*, Buenos Aires: Paidós, 1997, p. 296.

14. Se usa el término "consolidada" para referirse a una democracia estable, en donde las normas constitucionales son valoradas, aceptadas y forman parte de la rutina (ver Haggard, Stephan y Robert R. Kaufman, "The Challenges of Consolidation", en *Journal of Democracy*, vol. 5, No. 4, octubre 1994, p. 6). Cabe destacar que el término es criticado, con justificación, por ser poco preciso (ver O'Donnell, Guillermo, "Otra institucionalización", en *Contrapuntos: ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*, Buenos Aires: Paidós, 1997, pp. 305-330).

15. El término *critical juncture* es tomado de Collier, Ruth Berins y David Collier, *Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement,*

americanos recién transitados de gobiernos militares, la forma de gobernar bajo crisis económica se convirtió en un gobierno de "decretazos". En Perú, el caso más severo y el único en que la democracia fue interrumpida después de la transición, fue cuando el presidente Fujimori dirigió un autogolpe de Estado en abril de 1992 y cerró el Congreso. Los motivos declarados fueron: el control del terrorismo y de los narcotraficantes; sin embargo, hay evidencia de que el principal motivo fue los intentos del Congreso de bloquear o moderar el plan económico.

Si bien la crisis económica era muy importante en esta serie de eventos, igualmente importante es el papel de las Fuerzas Armadas en la historia política de Perú. La actual política social surge en Perú bajo el gobierno del progresivo general Juan Velasco Alvarado. Aunque progresistas, bajo este gobierno, el proceso de formulación de políticas era muy cerrado y era realizado por equipos que se mantenían en secreto hasta la promulgación de la política por decreto militar. Cynthia McClintock caracterizó esta forma de tomar decisiones políticas como "las políticas de sigilo" o *stealth*, que aunque sirvió en unas instancias para implementar políticas sin dar oportunidad para la organización de la oposición, no dejó espacio para permitir el apoyo a las nuevas políticas<sup>16</sup>. Es importante señalar que la formulación de políticas en Perú ha sido una experiencia que sólo se ha llevado a cabo bajo gobiernos precariamente democráticos o gobiernos militares. El resultado de esta historia es una falta de tradición de los funcionarios del gobierno de trabajar abiertamente, a pesar del crecimiento de una sociedad civil altamente activa después del gobierno militar.

Debido a la carencia de una historia democrática antes del gobierno militar, la experiencia militar, la amenaza de grupos armados como Sendero Luminoso y el Movimiento Revolucionario and *Regime Dynamics in Latin America*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1991. Smith, William y Carlos Acuña (op. cit.), implementan el concepto cuando detallan cuatro posibles caminos hacia diferentes modelos de democracia, basado en el *critical juncture* de la forma en que el gobierno afronta la crisis económica.

16. McClintock, Cynthia, "Velasco, officers and citizens: The Politics of Stealth", en McClintock, Cynthia y Abraham Lowenthal (eds.), *The Peruvian Experiment Reconsidered*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1983, pp. 273-308.

Túpac Amaru durante los años ochenta, y la coyuntura del autogolpe en 1992, la probabilidad de que el país se democratizara más cuando se empezó a modificar la política social en 1994 no era muy alta. Sin embargo, en la segunda fase de las reformas, en la cual hay posiblemente más espacio para la innovación y menos presión por el lado económico que en las primeras reformas económicas, es posible que un gobierno pueda moverse de un estilo de "decretazos" hasta formas más participativas de desarrollar políticas para gozar de los beneficios (antes mencionados) que tal proceso puede implicar. Esta capacidad de participación democrática ha sido mostrada en una instancia dentro del sector salud<sup>17</sup> pero, por lo general, la falta de tradición democrática y el *critical juncture* del manejo de la crisis económica, sí han creado un patrón de formulación de políticas muy cerrado. En Perú, a pesar de las esperanzas de los analistas por una mayor democratización en la segunda fase, al igual que en la primera fase de ajuste, vemos un proceso político limitado a un pequeño grupo de técnicos.

El seguimiento de las reformas en el sector salud peruano revela el grado de democracia en la segunda fase de reformas estructurales en este país, específicamente en la reformulación de las políticas sociales. La poca democracia en este proceso es evidente en el pequeño número de técnicos involucrados, las razones para su resistencia de incluir a otros, el papel débil de los partidos políticos en el proceso, y la utilización de encuestas para legitimar sus acciones en vez de la concertación directa.

Los equipos que dirigen las reformas del sector salud están conformados principalmente por consultores contratados por el Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PFSS) del Ministerio de Salud y por la Comisión de Reforma del Ministerio de Salud, recientemente nombrada. El equipo del PFSS está integrado por alrededor de 40 personas, mientras que la Comisión consiste en un círculo aun más pequeño. Incluso, cuando las políticas escogidas por este estudio son examinadas individualmente, el equipo para cada una de ellas se reduce a entre cuatro a seis

17. El desarrollo de los "Lineamientos de política de salud" fue el único, pero importante, instante en el cual las políticas del sector se discutían ampliamente. Ver: Ministerio de Salud, *Lineamientos de política de salud 1995-2000. El desafío del cambio de milenio: un sector salud con equidad, eficiencia y calidad*, Lima, Perú: Ministerio de Salud, 1995.

personas. Básicamente, estos equipos son exclusivos y cerrados, pues no dejan espacio para la intervención de personas externas al equipo y menos aún de grupos organizados de la sociedad civil; a pesar de que varios de ellos -por ejemplo, el Colegio Médico o las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de salud- tienen experiencia importante o han mostrado interés en los temas sobre los que trabajan los equipos de la reforma.

En las entrevistas realizadas, los miembros de los equipos técnicos explicaron de manera relativamente honesta, la forma en la que trabajan: el proceso de formulación de políticas es cerrado o poco abierto. Los comentarios revelan una tradición de trabajar en forma exclusiva y una falta de reconocimiento que su perspectiva no es necesariamente universal. Por ejemplo, un funcionario relacionado con la formulación del Programa de Administración Compartida explicó el carácter de este proceso político: "el CLAS fue hecho con muy bajo perfil...se hizo así porque esa era nuestra forma de trabajar". De manera similar, un miembro del equipo del PFSS también indicó la falta de tradición de trabajar abiertamente:

"Sería exagerado decir que esto ha sido muy abierto, muy participatorio, porque, primero, no hay cultura, o sea estamos muy acostumbrados a mirar hacia adentro y no hacia afuera. Es toda una forma de trabajo que tiene que ser instalada para que la gente, en efecto, aprenda a obrar de una manera más abierta".

En el desarrollo de la política de las EPS, lo más cerca que un técnico podía incluir las perspectivas de otros era comentar que quienes formulaban dicha política son también usuarios del IPSS (el sistema nacional del Estado de seguridad social en salud) y que sus dudas eran similares a las de los demás usuarios. Este comentario niega la realidad de que la posición de los funcionarios que desarrollan las políticas, mayormente hombres de clase media y educación superior, representa sólo un sector minoritario de los usuarios del IPSS -quizás ninguno utiliza el sistema público de salud que proporciona el propio Ministerio de Salud, que también es sujeto de reforma. Un simple "no" era, sin embargo, la respuesta más común a la pregunta de si había incorporación de otros grupos o perspectivas en el proceso político.

Las razones citadas por los funcionarios para la ausencia de concertación con grupos de la sociedad civil fueron: cultura de tra-

bajar (como es evidente en la declaración anterior), deseo de lograr eficiencia en el proceso, miedo a generar oposición y una supuesta falta de alternativas en los grupos opositores. Por ejemplo, el establecimiento de la política nacional de focalización del gasto social fue una decisión política rápida, impulsada por el deseo de incluir la idea en el presupuesto de 1994. Por esta razón, se decidió que no había tiempo para una discusión amplia. La acción es entendible debido a la situación grave del sistema de servicios sociales en ese momento y al deseo de inyectarlo con mayores recursos lo más rápido posible<sup>18</sup>. Sin embargo, en nombre de la "eficiencia", este no es sólo un caso más en el que una política importante era impulsada rápidamente, con poca discusión<sup>19</sup>.

Funcionarios involucrados en otras políticas hicieron alusión al temor a generar oposición de la sociedad civil, razón por la cual no invitaron a una participación más amplia. Un funcionario relacionado con el diseño de los CLAS comentó: "en el lenguaje de marketing, lo que importa es que se instale, que se posicione, ¿cierto?, que se venda el proyecto". La idea de este funcionario es imponer la política y crear apoyo después. Es un comentario razonable, si fuera realmente la práctica. En un inicio, la política de los CLAS generó una reacción negativa, mayormente de los profesionales de salud organizados pero, como comentaba otro funcionario del programa, el ministerio y el equipo simplemente ignoraban dicha oposición. Sin embargo, según las entrevistas con profesionales de salud que trabajan en los puestos y centros de salud, se apreció que son pocos quienes pueden identificar las reformas en el sector; un indicador del poco marketing por parte del ministerio.

Finalmente, otras entrevistas señalaban que posiblemente la respuesta, o forma de responder, de los opositores a las reformas era anticuada, razón por la cual no 'ganaban' su inclusión en el proceso. Esta negación de la 'racionalidad' de los actores opositores no es ajena a las reacciones de funcionarios en otros países de

18. Entre 1985 y 1990, los gastos per cápita del Ministerio de Salud y del IPSS descendieron en 50%, siendo de 1988 a 1991 los peores años. Ver Ministerio de Salud, *Lineamientos de política de salud 1995-2000. El desafío del cambio de milenio: un sector salud con equidad, eficiencia y calidad*, Lima, Perú: Ministerio de Salud, 1995, p. 16.

19. Agentes involucrados en la reforma interna del IPSS también expresaron que la discusión con otros sectores sería causa de demoras no necesarias.

la región en la primera fase de reforma e, igual que en esta fase, implica la posibilidad de ser utilizada como justificación para una solución autoritaria<sup>20</sup>.

Como quedará claro en la sección final de este ensayo, don- de los cuatro procesos son comparados, esta actitud es porque pocas de las reformas 'pasan' por el Congreso y la mayoría son desarrolladas e implementadas enteramente por el Ministerio de Salud, con la aprobación simple del Presidente en la forma de un Decreto Supremo o Decreto Legislativo. Es decir, hay poca oportunidad para la participación de los partidos políticos en este proceso. El Cuadro No. 1 resume las cuatro políticas examinadas y el programa general de reformas en términos del tamaño del equipo que las formuló, la apertura del proceso de deliberación y el tipo de ley usada para aprobar la reforma.

Cuadro No. 1

### POLÍTICAS CLAVE EN EL PROCESO DE REFORMAS DEL SECTOR SALUD

	PSBT	CLAS	EPS	PPFF	PFSS
¿Tamaño del equipo?	Pequeño 4-6 personas	Pequeño 4-6 personas	Pequeño (equipo de abogados de un estudio privado)	Pequeño 4-6 personas	Pequeño +/- 40 personas
¿Proceso cerrado o abierto?	Cerrado	Cerrado	Cerrado	Semi-cerrado	Cerrado
Tipo de ley	1994, Ley de Presupuesto. 1997, Decreto Supremo de la "Estrategia Focalizada".	Decreto Supremo.	1991, 1996 Decretos Legislativos. 1997, Ley.	Ninguna (Programa del Ministerio de Salud)	No aplicable.

PSBT = Programa de Salud Básica para Todos

CLAS = Comités Locales de Administración en Salud/Programa de Administración Compartida

EPS = Empresas Prestadoras de Salud

PPFF = Programa de Planificación Familiar

PFSS = Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud

20. Ver Smith, William y Carlos Acuña, op. cit., p. 4.

Solamente la ley que crea las EPS fue debatida en el Congreso, porque estaba directamente relacionada con la reforma del sector salud. Pero aun en este caso, el Presidente intentó pasar una versión inicial como decreto, basado en sus poderes especiales para legislar con respecto al proceso de privatización. Este proceso es discutido con más detalle en la tercera sección del ensayo. La política nacional de focalización en gasto social fue aprobada por ley, pero como un pequeño componente de la Ley de Presupuesto de 1994; posteriormente, se le otorgó el rango de política independiente al ser aprobada como Decreto Supremo.

Como las reformas en el sector salud, en su mayoría, son creadas por equipos dentro del ministerio o contratados por el ministerio, el proceso tiene pocos lugares en donde sea posible la participación de sectores externos a esta entidad. La participación depende de la voluntad de estos equipos o de la oportunidad insitucional que provee el Congreso para el debate entre los partidos políticos. En Perú, la segunda fase de reformas continúa con la tradición de "decretazos" que caracteriza la primera fase de ajuste: se siguen usando los decretos en lugar de optar por el debate entre los partidos políticos en el Congreso. Además, evitar/eludir al Congreso significa un mayor debilitamiento de los partidos políticos en el Perú, una institución que ya está severamente desgastada<sup>21</sup>.

Sabemos que todo proceso político requiere un mínimo de apoyo y legitimación. Quizás por eso, en vez de la concertación directa o el debate entre partidos, varios de los funcionarios entrevistados utilizaban las encuestas como una forma alternativa de conocer las opiniones de la población y medir el apoyo a sus acciones. Los funcionarios citaban las encuestas como apoyo suficiente a las políticas aprobadas. Un funcionario dijo, como respuesta a una pregunta sobre consulta a otros sectores de la sociedad, "creo que hay un consenso y eso lo puede ver en las encuestas". Otro funcionario, de otro equipo, señaló que había un

21. Sobre el debilitamiento del sistema de partidos políticos en el Perú, ver Tanaka, Martín, *Los espejismos de la democracia*, Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP), 1998; Tuesta, Fernando, *Sistemas de partidos políticos en el Perú, 1978-1995*, Lima: Fundación Friedrich Ebert, 1995; y Cameron, Maxwell, *Democracy and Authoritarianism in Peru, Political Conditions and Social Change*, New York: St. Martin's Press, 1994.

esfuerzo por involucrar a grupos de la sociedad civil, pero "francamente no directamente, salvo conocer las encuestas hechas a la población". El uso de las encuestas por los funcionarios en el nivel ministerial sirve como un indicador más de la importancia que las encuestas han ganado bajo el gobierno de Fujimori<sup>22</sup>. Sin embargo, las encuestas no pueden reemplazar a la concertación directa, son una herramienta de una sola vía que pierde la riqueza de ideas y alternativas que el diálogo puede producir. Además, aunque las encuestas pueden servir como una forma vertical de rendir cuentas a la población, no son útiles para una *accountability* horizontal entre las instituciones del gobierno<sup>23</sup>.

En resumen, en contraste con las esperanzas de democracia y concertación en la segunda fase de las reformas expresadas en la literatura de la primera fase, la segunda fase de ajuste estructural en Perú, por lo menos en el sector salud, continúa siendo cerrada y poco participativa. Es importante notar que la carencia de democracia en este proceso no está relacionada exclusivamente con la fase de ajuste, Perú tiene una larga historia en cuanto a tomar decisiones políticas de manera aislada, en especial durante y después de la época militar<sup>24</sup>. Sin embargo, debido a su naturaleza cerrada, las decisiones tomadas durante esta etapa de democracia incipiente corren los mismos riesgos que durante la época militar.

22. Sobre la importancia de las encuestas en la política bajo Fujimori, ver por ejemplo, Conaghan, Catherine, "Polls, Political discourses and the Public Sphere: The Spin on Peru's Fuji-golpe", en Smith, Peter (ed.), *Latin America in Comparative Perspective*, Boulder: Westview Press, 1994; y Stokes, Susan C., "Economic Reforms and Public Opinion in Peru 1990-1995", en *Comparative Political Studies*, vol. 29, No. 5, 1996, pp. 544-565.

23. Aquí se hace referencia a las dos formas de *accountability* señaladas por G. O'Donnell ("¿Democracia delegativa?", en *Contrapuntos: ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*, Buenos Aires: Paidós, 1997, pp. 287-304). Para un análisis interesante del gobierno de Fujimori, implementando los conceptos de O'Donnell, ver Balbi, Carmen Rosa, "El fujimorismo: delegación vigilada y ciudadanía", en *Pretextos*, No. 9, Lima, Perú: DESCO, 1996, pp. 187-223.

24. Carol Wise sostiene que la forma excesivamente presidencial de gobernar por decretos, es un legado del gobierno militar (Wise, Carol, "State Policy and Social Conflict in Peru", en Cameron, Maxwell A., y Philip Mauerci (eds.), *The Peruvian Labyrinth: Polity, Society and Economy*, University Park, PA: Pennsylvania State University Press, 1997, p. 97).



Similar a las políticas de sigilo, o *stealth*, la carencia de democracia en el presente proceso implica el peligro de confundir al público y la pérdida de apoyo a las reformas<sup>25</sup>. Dependier de las encuestas no es suficiente porque éstas son herramientas de una vía, sin posibilidad para la interacción. Ni el *marketing* de las reformas ha sido suficiente, porque sólo una pequeña porción de la población, incluyendo los profesionales de salud, reconoce cuáles han sido las reformas básicas en el sector salud hasta la fecha. En contraste, cuando las políticas sean formuladas en una forma más abierta, y junto con los sectores vinculados al tema, éstas tendrán una mayor posibilidad de ser innovadoras y apoyadas, y será menos probable que sean revertidas.

## II. Las instituciones internacionales en la segunda fase de la reforma del Estado

La literatura sobre la primera fase de ajuste indica un papel importante, a veces predominante, de las instituciones internacionales, especialmente el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM)<sup>26</sup>. Esta sección del ensayo analiza el papel de estas entidades en la segunda fase de reformas, con interés específico en cómo los funcionarios nacionales perciben el papel de los organismos internacionales. Cada una de las cuatro políticas escogidas por el estudio son analizadas en cuanto al rol que desempeñan las entidades internacionales en el proceso de formulación. Resulta que hay un cambio significativo en la forma en que las entidades internacionales participan en este proceso en la segunda fase del ajuste estructural. El rango de los actores internacionales se ha ampliado y sus formas de influencia son menos dominantes y más sutiles.

En dicho análisis, es claro que las agencias internacionales desempeñan un rol en cada una de estas políticas de la segunda fase. Sin embargo, como son diferentes las agencias que están involucradas en cada política, el papel desempeñado por cada entidad varía entre ellas. En contraste con la primera fase, el BM y

25. McClintock, Cynthia, *op. cit.*

26. Ver por ejemplo, Stallings, Barbara, *op. cit.* y Kahler, Miles, *op. cit.*

el FMI, aunque presentes, no desempeñan un rol decisivo en la segunda fase de las reformas. Ellos comparten su influencia con otras entidades; por ejemplo, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de Desarrollo Internacional del Gobierno de Estados Unidos (USAID), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUJAP) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). De acuerdo con los funcionarios entrevistados, es significativo que ninguna de estas agencias impongan condiciones en el proceso de la reforma (ver el resumen en el Cuadro No. 2). Sin embargo, eso no quiere decir que no influyen efectivamente en el proceso.

Cuadro No. 2

### AGENCIAS INTERNACIONALES EN LA SEGUNDA FASE DE LA REFORMA

Entidades internacionales clave	PSBT	CLAS	EPS	PPFF	PFSS
	BM Grupo de París	UNICEF USAID	BM FMI	FNUJAP OPS	BID
¿Influencia internacional?	Sí Apoyó la idea.	Sí • Ideas iniciales en publicaciones. • Fondos para investigación. • Apoyo técnico al programa.	Sí Sugirió la concepción del programa.	Sí Históricamente involucrado en la política y la implementación.	Sí Apoyo financiero a los equipos.
¿Condicionalidad?	No	No	No	No Pierden influencia en los noventa.	No

Grupo de París = Acreedores internacionales.

## 2.1 Focalización: el Programa de Salud Básica para Todos

En el caso de la política de focalización y su programa específico en el sector salud, PSBT, el Grupo de París y el Banco Mundial fueron importantes para convencer al ministro de Economía y Finanzas del período, Jorge Camet, de tomar la idea de focalización. Su interés en la focalización del gasto social tenía un papel

influyente, pero no condicional, en el desarrollo de una política nacional de focalización. El rol de estas instituciones internacionales en esta política no ha sido muy abierto; de hecho, funcionarios clave en el desarrollo de la política manifestaron que no había participación ni influencia de entidades internacionales. En el caso de la focalización, la razón era, otra vez, de tiempo:

"...si yo me ponía a discutir con el Banco Mundial y con el BID durante varios años sobre qué teníamos que hacer, nunca hubiéramos hecho nada..."

Otra evidencia de la independencia de la política con relación a la influencia internacional, es que el PSBT es financiado exclusivamente por el Tesoro público y no recibe apoyo financiero de entidades internacionales<sup>27</sup>. La independencia fiscal es una estrategia intencional de los funcionarios de Cooperación Externa en el Ministerio de Salud para proteger al PSBT y a otros programas clave del sector, y así mantener un grado de autonomía nacional frente a los donantes internacionales. Por lo tanto, aunque quienes otorgan créditos y donaciones internacionales posiblemente han apoyado la idea básica de la política de focalización, de acuerdo con las percepciones de los funcionarios nacionales y en términos financieros, el diseño y la implementación estuvieron significativamente libres de presión internacional.

## 2.2 / Descentralización: el Programa de Administración Compartida

En el Programa de Administración Compartida, o el programa de los CLAS, las entidades internacionales clave han sido UNICEF, y en menor medida, USAID y el BID. Es significativo el hecho que el concepto que los comités locales comparten la administración en salud provino de dos fuentes internacionales, una publicación del

27. Esta independencia fiscal es posible, en parte, por los ingresos del Tesoro público como resultado de la privatización de las empresas del Estado durante la primera fase de ajuste. Por supuesto, estos son fondos no renovables, algo que perjudica el financiamiento independiente a largo plazo. Una mejor recaudación tributaria (resultado también del ajuste estructural) es clave para la continuación de esta política fiscal.

Banco Mundial sobre salud y desarrollo, y una publicación de UNICEF sobre un experimento similar a los CLAS en Bamako, Mali. Aunque muchas veces es muy difícil descubrirlo en otras políticas, este ejemplo muestra el rol de las agencias internacionales como canales y proveedores de ideas. Además, el apoyo financiero de las entidades internacionales fue determinante en el desarrollo y diseño de la política en su etapa inicial. El USAID fue instrumental en el papel de apoyar financieramente a la investigación y en la compatibilidad de la idea para el contexto peruano, lo cual estuvo a cargo del investigador de la Universidad Johns Hopkins, Dr. Carl Taylor. Es también significativo que los cuatro o cinco profesionales involucrados en la formulación del programa de los CLAS fueran pagados con fondos provenientes del BID. Sin embargo, al ser implementado, el Tesoro público ha financiado el programa, lo que le ha dado un importante grado de independencia con respecto de la influencia o presión internacional<sup>28</sup>.

¿Trataron las entidades internacionales de influir al proyecto de los CLAS en la etapa de formulación? Cuando se realizó esta pregunta a los técnicos involucrados, la respuesta fue: "No". Cuando se les preguntó si el BID, por pagar a los profesionales, influyó en el proceso, un funcionario comentó: "No, nunca. El BID aceptó todos nuestros informes y nunca recibimos ni un comentario escrito del BID ni del Programa de Fortalecimiento" (programa que es financiado por el BID y cuyo fondo también es utilizado para pagar al equipo del CLAS). Estos comentarios son respaldados por UNICEF, que si bien apoyó la política, por ejemplo con fondos para cubrir costos relacionados con la difusión del modelo, reconoce que el diseño y la idea fueron básicamente del equipo ministerial<sup>29</sup>.

Sin embargo, es interesante conocer que cuando el programa de los CLAS "chocó" con obstáculos políticos dentro del Ministerio de Salud (específicamente, el programa fue congelado en su expansión porque se percibió que podría entrar en conflicto con la nueva reforma para la creación de redes regionales), UNICEF participó

28. Si bien los dos programas están financieramente unidos, el CLAS recibe fondos a través del Programa de Salud Básica para Todos, las políticas son significativamente distintas.

29. Comunicación personal con Mario Tavera de UNICEF-Perú, Lima, 11 de noviembre 1998.

activamente. Cuando el apoyo de los altos oficiales del Ministerio de Salud al programa pareció debilitarse, inclusive dejando al programa sin gerente, UNICEF sintió la necesidad de "tomar la batuta" y apoyar al programa<sup>30</sup>. UNICEF ha llevado a cabo reuniones con los altos funcionarios del programa, profesionales afiliados al programa en el nivel regional y con miembros de los CLAS, para identificar sus necesidades y el apoyo que podría ofrecer para que éste fuera exitoso. Además, UNICEF financió una evaluación del programa para determinar sus fortalezas y debilidades<sup>31</sup>. La agencia internacional ha mostrado claramente su interés y su preocupación en el programa, debido a que careció del apoyo político necesario para sostenerse. Aunque no condiciona el proceso político de la reforma, su apoyo directo en esta reforma en particular, sí es un esfuerzo concertado por parte de una agencia internacional para influir el proceso político.

### 2.3/Terciarización: las Empresas Prestadoras de Salud

En el caso de las EPS, tampoco hay presión de las entidades internacionales de tomar medidas específicas, pero en las opciones políticas que finalmente fueron elegidas por los 'formuladores' nacionales, se puede percibir una evidencia muy sutil. Las percepciones de los técnicos nacionales son que las agencias internacionales han desempeñado un papel mínimo en la formulación de esta política. Un funcionario entrevistado respondió que las agencias internacionales tuvieron "muy poca" influencia en el proceso de formular la política de las EPS. Otro funcionario, quizás más cándido, dijo que en esta política, el BM y FMI: "no presionan pero sí influyen".

Aunque las percepciones de quienes formulan las políticas son que las entidades internacionales desempeñan un papel mínimo en el proceso, la influencia sí es evidente. Las EPS son la segunda mayor reforma dirigida al IPSS, el cual provee pensiones y seguro de salud a los trabajadores peruanos. La ley de las EPS

30. *Ibid.*

31. Altobelli, Laura, *Salud, reforma, participación comunitaria e inclusión social: el Programa de Administración Compartida*, Informe, Lima: UNICEF-Perú, agosto 1998.

tiene antecedentes en la reforma del sistema de pensiones del IPSS, el cual fue abierto a la competencia del sector privado en 1992, a través de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (AFPs). Las AFPs y las EPS están basadas en modelos chilenos de reforma de los sistemas de pensiones y la seguridad social en salud. La influencia internacional entra en el proceso con el respaldo que los sistemas chilenos han recibido de los representantes del Banco Mundial. Aunque estos representantes del Banco no han condicionado a que Perú adopte una reforma parecida, sí lo han sugerido. En Perú, las OSS (Organizaciones de Servicios de Salud) se constituyeron en el primer intento de implementar el concepto de proveedores privados de servicios de salud como una opción para el trabajador asegurado. La política de las OSS era muy similar a la del modelo chileno y nunca fue reglamentada. Se dice que las EPS fueron un intento de hacer el modelo chileno más apropiado a la realidad peruana, pero guardando las premisas centrales originales. En este caso, el rol de las agencias internacionales no es obvio: es una simple sugerencia de algunos representantes de una agencia internacional y, a la vez, el reconocimiento que un modelo específico ha recibido internacionalmente. La evidencia de la influencia internacional no queda en los comentarios, sino en la acción de adoptar un modelo de provisión de salud ya implementado en otro país.

### 2.4/Pobreza y población: la renovación de la política de planificación familiar

En el caso del Programa de Planificación Familiar (PPFF), las agencias internacionales desempeñaron un papel importante antes de la renovación del programa bajo el gobierno de Fujimori. Con la reformulación y reorientación del programa en los inicios de los noventa, el rol y la influencia de estas entidades ha disminuido sustancialmente. Aunque el programa ha tenido el apoyo histórico del FNUAP y de la OPS en el diseño y desarrollo de su política, estas agencias han desempeñado un papel menos central en la política de planificación familiar mientras la política era reformada, y ganó importancia bajo la administración de Fujimori en los noventa, como un componente de la "lucha contra la pobreza".

USAID a través del tiempo ha desempeñado un papel menos político, al proveer de insumos al programa.

La independencia de la política de las entidades internacionales está marcada por las intervenciones directas del Presidente: Fujimori utilizó los foros nacionales e internacionales para promover la política de planificación familiar dentro del país. Su declaración en apoyo a la planificación familiar durante su mensaje a la nación el 28 de julio de 1993, abiertamente confrontó a la iglesia Católica. Aun más, en un seminario nacional sobre la reforma del sector salud, como comentarista final, el Presidente amonestó a los participantes y organizadores por no incluir el tema de la planificación familiar en las reformas discutidas. Para él, extender la política de planificación familiar sería la reforma de salud más importante<sup>32</sup>. Además, en 1995, cuando Fujimori declaró su "lucha contra la pobreza", la planificación familiar fue incluida como uno de los componentes clave. Aunque no había influencia del nivel internacional en estas acciones, Fujimori utilizó la esfera internacional para promover su política de planificación familiar. En la Conferencia de Mujeres de las Naciones Unidas, en Beijing en 1995, nuevamente el Presidente declaró su apoyo a la planificación familiar, quizás en un intento de fomentar el apoyo político de los sectores feministas.

En 1994, junto con el PSBT y el PPIFF, este programa obtuvo también un presupuesto directo del MEF e independiente del presupuesto del Ministerio de Salud (MINSA). Antes de eso, el programa era financiado con fondos de agencias internacionales, mientras que los salarios de los profesionales del programa eran pagados a través del presupuesto del ministerio. Cuando Fujimori dio prioridad al programa, el financiamiento del Estado se incrementó para que pudiera atraer a profesionales calificados y ganar un grado de independencia con relación a las entidades internacionales. Quizás más importante, por el hecho de recibir un presupuesto independiente, el programa tenía más espacio dentro del mismo ministerio para lograr sus objetivos. En el caso de la planificación familiar, un programa tradicionalmente apoyado por las

32. Ver Ministerio de Salud, *Seminario internacional Reforma del sector salud*, Lima-Perú: Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, Proyecto de Generación de Capacidades, 1997.

agencias internacionales, durante la reforma del programa, la influencia y papel de estas entidades disminuyó significativamente mientras crecía la influencia del Presidente.

## 2.5/ La visión de la reforma: el Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud

Finalmente, vale la pena notar que el Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PFSS), el que ha sido en cierto sentido el "motor" detrás de la conceptualización, discusión interna y diseño de las reformas de salud, es financiado principalmente por el BID<sup>33</sup>. Fondos de menor importancia para el programa provienen del Tesoro público y de agencias donantes de gobierno de Japón. Igual que las otras cuatro políticas, los miembros entrevistados de este equipo niegan que el BID condiciona o presiona a los funcionarios nacionales para adoptar políticas específicas:

"No hemos tenido ningún tipo de condicionamiento por el lado de las fuentes, que son tanto multilaterales, como bilaterales, ninguna. Creo que ha sido más un esfuerzo propio e interno de meditar".

En el caso del PFSS, la falta de presión internacional se debe a un intento concertado de los líderes de este equipo por establecer relaciones más horizontales y respetuosas entre los funcionarios nacionales y los de las entidades internacionales, con el fin que el Ministerio de Salud sea más soberano en el proceso de determinar las políticas del sector.

En resumen, dentro del tema del rol de las agencias internacionales en la reforma del sector salud peruano, es evidente un cambio. A pesar de que la reforma del Estado tiene el apoyo de

33. En la actualidad, hay dos equipos dentro del MINSA liderando la reforma. El PFSS es el más antiguo, establecido bajo el ministro Vidai y liderado por el jefe de Cooperación Externa, Augusto Meloni. En 1998, el ministro Costa Bauer contrató su propio equipo y la Comisión de Reforma del Ministerio de Salud estuvo liderada por Jaime U. Johnson. Los dos equipos tienen visiones similares de la reforma. Aunque se han realizado entrevistas con los miembros de los dos equipos, aquí se hace referencia al equipo del PFSS por su antigüedad y por tener financiamiento externo.

las entidades internacionales como el BM, FMI, OPS, BID, UNICEF y USAID, ninguno de los 24 formuladores de políticas entrevistados percibió "presión" de estas agencias para adoptar políticas específicas. Sólo un pequeño porcentaje de ellos admitió la influencia de estas entidades. ¿Por qué? Es importante señalar que en la segunda fase de la reforma del Estado, el juego es diferente: el estatus del crédito internacional de Perú no depende de la implementación de políticas precisas, 'recetadas' por el BM y el FMI, como fue el caso de la primera fase. La segunda fase de la reforma del Estado es más compleja que la estabilización y más dependiente de la realidad del país individual -es algo difícil de "re-cetar".

En contraste con la primera, en esta fase también se debe reconocer que hay más entidades internacionales involucradas en el proceso. La razón es que como las reformas de la segunda fase 'tocan' a la política social, además de las instituciones internacionales tradicionales detrás del ajuste, también encontramos a todas las agencias que históricamente han apoyado e intervenido en los servicios sociales de los países en desarrollo. Un beneficio de este escenario es que otorga al funcionario nacional el espacio y la posibilidad de 'jugar' estratégicamente entre las diferentes opciones ofrecidas por las agencias donantes o acreedores. Uno de los frutos de las estrategias de los profesionales en el sector salud es que, en estos tres a cuatro últimos años, han logrado igualar las relaciones entre lo nacional y lo internacional por dos métodos: el primero, a través del financiamiento de programas clave con fondos del Tesoro público; y el segundo, realizando el esfuerzo por construir relaciones personales más respetuosas entre los funcionarios de los dos niveles.

Esto no quiere decir que las agencias internacionales no influyen en las políticas de la reforma de salud, todavía lo hacen, y a veces de manera directa, como en el caso de UNICEF con el programa de los CLAS. Pero más relevante -y menos visible- es el importante papel que desempeñan como conductores de ideas e intercambio de experiencias nacionales; por ejemplo, la idea de los CLAS provino de una experiencia en África, publicada y difundida por una agencia internacional. Es probable que esta instancia no sea la única, la dificultad para el analista es que a través del tiempo la fuente de las ideas se oscurece.

Observando el conjunto de reformas ocurridas en América Latina y en otras regiones del mundo, es claro que muchas veces las premisas para las reformas, o a veces las reformas mismas, son copiadas de país a país con pequeños ajustes en cada caso. Las agencias internacionales, como conductores de información a través de sus publicaciones, seminarios e investigaciones propias, tienen la capacidad de moderar el intercambio. El resultado es influir a través de una "hegemonía" de ideas, dentro de la cual todavía hay cierto espacio para los formuladores de la política nacional de "mover y escoger".

### III. El carácter Institucional de la reforma del sector salud

El marco institucional del proceso político puede ser un elemento crucial para el entendimiento de los dos temas mencionados anteriormente. Por ejemplo, si bien las instituciones pueden proveer los canales y los métodos para un proceso de formulación democrático; también pueden obstaculizar el proceso democrático. Además, las instituciones nacionales pueden regular y moderar la influencia de las entidades internacionales. El grado en que las instituciones bloquean el progreso de una idea política en el proceso de formularla, puede tener ramificaciones importantes por la rapidez, calidad y reversibilidad de las decisiones políticas. En conjunto, el papel moderador de las instituciones es influyente para todo el proceso. Esta sección final del trabajo analizará los procesos políticos de las cuatro reformas incluidas en el estudio, con atención a los actores y las instituciones a través de los cuales las ideas políticas 'pasan', desde la concepción hasta la implementación, para determinar el carácter institucional del presente proceso de reforma.

#### 3.1 Focalización: el Programa de Salud Básica para Todos

El concepto de focalizar los gastos sociales a los más pobres o a otros grupos específicos no era nuevo para Perú cuando fue considerado como una política nacional. Al interior de varios sec-

tores de los servicios sociales proveídos por el Estado se experimentó la focalización, siendo el programa más conocido Foncodes y sus precursores<sup>34</sup>. Dentro del sector salud también habían pe- queños proyectos dirigidos a poblaciones específicas. La política nacional de focalización de gasto social, que fue traducida en programas de focalización en los sectores de salud, educación y justicia, fue concebida por Javier Abugattas, como la Secretaría *ad-hoc* del Consejo Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) en la Presidencia del Consejo de Ministros. En octubre de 1993, en colaboración con los ministros de Salud, Trabajo, Educación, Justicia y Presidencia, elaboró una política social escrita y concisa, basada en el concepto de la focalización del gasto social. Posteriormente, en noviembre de 1993, este documento fue discutido en una reunión de los ministros en el CIAS y luego fue aprobado por los ministros. El Ejecutivo presentó la política al Congreso como artículos 29-32 de la Ley de Presupuesto del Sector Público de 1994, Ley No. 262668, aprobada en diciembre de 1993<sup>35</sup>. Estos artículos otorgan al MEF la autoridad de "efectuar las transferencias de partidas necesarias, sin limitaciones a las modificaciones presupuestarias" por los programas de focalización. En otras palabras, esta medida abrió el camino para un presupuesto independiente y directo para los programas de focalización del gasto social, que aparecieron en los servicios sociales del Estado.

La incorporación de la política de focalización en la Ley del Presupuesto era un hecho significativo, pero no era el final del proceso. Después de esta etapa, el Ministro de Economía y Finanzas llevó una copia del documento original a una reunión con los acreedores internacionales, quienes mostraron un gran interés en la propuesta, influyendo al Ministro y al Presidente para que apo-

34. El Foncodes, establecido en agosto de 1991, fue concebido como un programa de corto plazo contra la pobreza generada por el ajuste económico. Su precedente fue el Programa de Emergencia Social, que operó entre agosto de 1990 y marzo de 1991. Para un cronograma de programas focalizados del Estado peruano hasta 1994, ver Figueroa, Adolfo, "La pobreza actual en el Perú", en Portocarrero M., Javier (ed.), *Ataque a la pobreza en el Perú*, Serie Foro Económico, Lima: Fundación Friedrich Ebert, junio 1994, pp. 11-36.

35. Ver Abugattas, Javier, *Acercar de políticas sociales*, Taller Sobre Políticas Sociales, Lima: CNP-PUC-UPAC, julio 1991.

yen la política con más fuerza<sup>36</sup>. Con el apoyo del Ministro del MEF y del Presidente, la focalización llegó a ser el eje de la política social del gobierno, tal es así que mediante Decreto Supremo No. 0330-97-PCM, se determinó de manera explícita que era una política del Estado.

En el análisis de este proceso vemos cómo la propuesta política progresó en un forma muy acelerada, desde su conceptualización en octubre hasta su incorporación en la Ley de Presupuesto en diciembre. La ubicación de un *instigator* del proceso en las oficinas del Primer Ministro, facilitó la presentación de la propuesta por el Ejecutivo. El único punto de bloqueo ( *veto point*) posible era el momento en que la propuesta se presentaba al Congreso. EL CIAS, como un organismo del Ejecutivo, con miembros seleccionados por el Presidente, tiene poca posibilidad de bloquear una propuesta. El hecho de que la política se presentaba como un componente de una ley más extensa y general del Presupuesto, posiblemente ayudó en su aprobación. Además, con un Congreso unicameral y una mayoría compuesta por miembros del partido Cambio-90-Nueva Mayoría del presidente Fujimori, había poca posibilidad de que sea 'bloqueada' o modificada en el Congreso. El Congreso era el único punto institucional donde los grupos de la sociedad civil pudieron hacer *lobby* o presionar, en favor o en contra de la política, o ser llamados por el Congreso para presentar su punto de vista. Además, era el único lugar en el que los partidos políticos tenían la oportunidad de discutir y modificar la idea.

El hecho de que el proceso completo fuera tan rápido, dejó poco tiempo para el análisis de la intervención de personas ajenas al equipo original en la elaboración de la propuesta. Asimismo, el que una política social significativa fuera aprobada como parte de una Ley de Presupuesto, también oscureció la importancia de los artículos como política<sup>37</sup>. Después de la aprobación

36. El BM y FMI, en años recientes, han dado prioridad al tema de la pobreza y la inequidad económica más que en años anteriores.

37. La adopción de una política social de focalización es un cambio significativo de las tendencias hacia políticas sociales universales, que dominaban antes de la crisis económica. Ver, por ejemplo, el conciso resumen de tendencias históricas de políticas sociales peruanas, en Beaumont, Martín, Julio Gamero y María del Carmen Piazza, *ONGs y política social*, Lima: DESCO, 1996.

inicial, vemos la influencia de las entidades internacionales, im-pactando a un actor clave del proceso: el Ministro de Economía y Finanzas, quien, como persona encargada de la distribución de fondos, también puede servir como punto de bloqueo al momento de la implementación de la política. Finalmente, el hecho que la política fuera incorporada en una ley independiente y aprobada por Decreto Supremo, lo cual no requiere su "paso" por el Congreso, fue una acción unilateral del Presidente, fácilmente revertible.

En resumen, los actores clave del proceso son: la Secretaría *ad-hoc* en la oficina del Primer Ministro, el Ministro de Economía y Finanzas y el Presidente (todos miembros del Ejecutivo). Las instituciones presentaron puntos de bloqueo mínimos, con un solo momento potencial, pero en este caso débil, para la participación de la sociedad civil organizada o partidos políticos. Las instituciones internacionales desempeñaron un papel importante, pero de carácter sutil en el proceso.

### 3.2 Descentralización: el Programa de Administración Compartida

El proceso de formulación de la política de administración compartida (también conocido como la política de los CLAS) empezó con un equipo pequeño, de alrededor de cinco técnicos, ubicados en las oficinas del Ministro de Salud. El ministro del período, el Dr. Jaime Freundt, afrontaba una presión política para producir una reforma dentro del sector, después del fracaso de la implementación de las Organizaciones de Servicio de Salud (OSS), precursoras de las EPS. El concepto de los CLAS, como ya se ha mencionado, tuvo su origen en fuentes internacionales y el USAID dio el apoyo financiero a la investigación inicial para adecuar el concepto al contexto peruano. Siguiendo la investigación, el pequeño equipo escribió la propuesta política, la presentó al Ministro y ganó su apoyo. Por su parte, el Ministro la presentó al CIAS y al Presidente, quien la aprobó en 1994 como Decreto Supremo No. 01-94-SA.

La política del CLAS de descentralizar centros y puestos de salud específicos del gobierno a comités compuestos por miembros activistas de la comunidad y el jefe médico, con personería

jurídica y poderes importantes fiscales y supervisoras sobre el establecimiento de salud, fue aprobada sin ningún punto de bloqueo. Elementos clave fueron el apoyo del Ministro y del Presidente, y la información y el apoyo que provinieron de las entidades internacionales. No había canales para el debate de la propuesta, ni para los partidos políticos ni para la sociedad civil. Después de la aprobación hubo oposición de grupos de la sociedad civil, que fue simplemente ignorada por el Ministerio, como fue explicado en la primera sección de este ensayo.

El riesgo mayor del marco institucional de esta política es la reversibilidad de la política. En la primera mitad de 1998, la posibilidad de terminar con esta reforma era un hecho, a pesar de la existencia de 580 establecimientos administrados por los CLAS. Por más de un año, la expansión de los centros CLAS estuvo congelada y en marzo de 1998, el programa fue dejado sin jefe para pasar a ser administrado dentro del Ministerio de Salud. Aunque el programa ahora está avanzando, esta experiencia muestra la frágil permanencia de las políticas creadas dentro de un marco institucional muy fluido.

### 3.3 Terciarización: las Empresas Prestadoras de Salud

La política de las EPS es la única reforma significativa del sector salud peruano que ha pasado por el Congreso como legislación independiente. Por el hecho de pasar por los canales más institucionalizados, esta reforma tiene el potencial de tener un impacto más duradero que las otras reformas, las cuales pueden ser fácilmente revertidas. La idea de las EPS tuvo su origen en el modelo de reforma del sector salud chileno: ISAPRES. Al ser tanto el modelo chileno de salud como su modelo de pensiones administrado por representantes de las agencias internacionales como el Banco Mundial y el FMI, ellos lo sugirieron como una opción política para la reforma del sector salud peruano. Originalmente, el concepto fue trabajado por un equipo durante el mandato del Ministro de Salud, Dr. Vidal, y desarrollado como las OSS, una propuesta posteriormente aprobada mediante el Decreto Legislativo 718. Este decreto ley nunca fue reglamentado, incluso bajo el siguiente ministro, Freundt-Thurne, debido a una combinación de oposición y pobre diseño.

Marino Costa Bauer, un experto en seguros, fue elegido como ministro de Salud por el Presidente con el objetivo que logre el desarrollo de un modelo aplicable del concepto. El equipo de Costa Bauer contrató a un estudio de abogados, que revisó la Ley de las OSS y elaboró una nueva ley: de las EPS. Aparte de este proceso, las entrevistas revelaron que personas clave dentro del MEF apoyaron la idea y participaron en el diseño de la política. La propuesta de las EPS pasó por el CIAS y, sobre la base de sus poderes especiales para legislar con respecto a la privatización, fue aprobada por el Presidente a través del Decreto Legislativo 887, reemplazando al Decreto Legislativo 718. Posteriormente, dicho Decreto fue cuestionado por ser inconstitucional, puesto que las facultades extraordinarias delegadas al Presidente no incluían la reforma de la seguridad social. Como consecuencia, el Decreto Legislativo fue presentado por el Ejecutivo al Congreso como un proyecto de ley, fue debatido en la Comisión de Salud del Congreso antes de ser aprobado por el Congreso como Ley 26790: la Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud, el día 15 de mayo de 1997.

Es significativo notar que en los dos primeros intentos de aprobar la política de las EPS, el proceso preferido fue usar los poderes del Presidente para bloquear al Congreso, en lugar de enfrentar a los puntos de bloqueo mínimos que presentó el Congreso unicameral, controlado por el partido del Presidente. Sólo cuando el segundo Decreto Legislativo fue cuestionado, se presentó la reforma al Congreso. Es también importante señalar que la emisión de la política bajo la forma de Decreto Legislativo, que implica un peso legal mayor que el Decreto Supremo (y al final la decisión de pasar la ley por el Congreso, cuyo peso es aún mayor), es un indicador de la importancia de la reforma para los formuladores de la política.

Al igual que en las otras políticas, vemos el papel clave -detrás del proceso- del Presidente (en la elección del Ministro de Salud) y del MEF para asegurar el logro de la política. El rol de las agencias internacionales en esta política es similar al desempeñado en otras: como una fuente de ideas y un medio para el intercambio de experiencias. En este caso, por el hecho de que la reforma pasó por el Congreso y porque recibió atención considerable de la prensa, la sociedad civil y los partidos políticos tenían una oportu-

Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas ...

nidad institucionalmente reconocida de contribuir a la formación de la política final<sup>38</sup>.

### 3.4 Pobreza y población: la renovación de la política planificadora familiar

La planificación familiar se institucionaliza como un programa bajo el Ministerio de Salud. No tiene ley o estatus legal pendiente, a pesar de que recibe un presupuesto directo e independiente del MINSU. Antes de las renovaciones realizadas bajo el gobierno de Fujimori en los años noventa, la política de planificación familiar era casi idéntica a la política sobre el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). Por renovación del programa de planificación familiar, en 1991, era muy importante para el diseño de una política propia de planificación familiar. Como las otras políticas a las que se refirió, el proceso estaba dirigido por un pequeño equipo, de seis técnicos, y en contraste con los otros, era más abierto de la etapa de concepción de la política, en la que se organizaron cinco talleres regionales para recaudar información y recibir recomendaciones. Desde allí, la política era escrita y desarrollada<sup>39</sup>.

Lo significativo del proceso de la política de PPF es el apoyo que el presidente Fujimori le dio al programa, lo que le dio libertad para operar sin restricción alguna. Uno de los funcionarios involucrados en el programa señaló:

"...la decisión política del Presidente de que sea un trabajo a gran escala fue fuerte, y hubo una amplia libertad y un amplio apoyo de parte del Ministro para llevar a cabo todas las actividades y todos los proyectos que teníamos nosotros".

38. Dentro de las cuatro políticas analizadas, ésta es la única que dio esta oportunidad. Pero aun en este caso, miembros de la oposición en el Congreso manifestaron que el debate en el Congreso, por ser controlado por la mayoría, fue corto e insuficiente (Entrevista con el Dr. Roger Guerra García, 9 noviembre 1998.)

39. Este ensayo sólo se preocupa del proceso político del PPF en los noventa; para un análisis histórico y más profundo, ver Vanillas Montenegro, Alberto y Patricia Mostajo de Miente, *La situación poblacional peruana: balance y perspectivas*, Lima: Instituto Andino de Estudios en Población y Desarrollo, 1990.



Oficialmente, la supervisión institucional del programa se inicia con el Director del Programa, seguido del Director de Salud de las Personas, del viceministro y, finalmente, el ministro. En la práctica, y fuera de las normas tradicionales, el Presidente, directamente o a través de su consultor (no oficial) de planificación familiar, el ex ministro de Salud Dr. Yong Motta, bloqueó los canales institucionales para relacionarse directamente con el programa y seguir la política y su progreso. Como parte de su "lucha contra la pobreza", el Presidente tenía interés particular en el PPF, y su apoyo al programa derivó en que los canales tradicionales de supervisión fueron debilitados.

Cabe notar que, en este período, la institución nacional que antes participaba en la determinación de la política nacional de población, el Consejo Nacional de Población, y que dependía directamente de la Presidencia del Consejo de Ministros, fue disuelta por el presidente Fujimori. Posteriormente, el Consejo fue reemplazado por COORDIPLAN, una institución de menor rango bajo el Ministerio de la Mujer. COORDIPLAN no llegó a tener un impacto significativo en las políticas producidas dentro del PPF. Como resultado, las instituciones con capacidad potencial de moderar las acciones del programa de planificación familiar fueron disueltas o se concluyó que eran inefectivas.

Como un programa diseñado dentro del Ministerio de Salud, y sin el balance y vigilancia que antes proveía el Consejo Nacional de Población, no había ningún punto de bloqueo en la formulación de la política renovada de PPF. Además, las intervenciones personales del Presidente en la política del programa, las cuales bloquearon las instituciones dentro del Ministerio de Salud, debilitaron las instituciones supervisoras del programa. El presupuesto independiente y el apoyo fuerte y directo del Presidente elevó al programa en un nivel superior al de los poderes de los programas tradicionales.

El problema más preocupante que implica la débil institucionalidad de este proceso es la falta de *accountability* o la responsabilidad de rendir cuentas a la población por acciones tomadas. Esta carencia se convirtió en una falla seria a finales de 1997. En noviembre de 1997, el PPF afrontó problemas serios con su campaña de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) que incluye ligaduras de trompas y vasectomías. El programa fue cuestionado

por tener metas del número de AQV que deben ser realizados en cada establecimiento; un proceso de consentimiento inadecuado; y una carencia de calidad en los servicios, cuyo resultado ha sido la muerte de un número de usuarias. Como una política de un programa dentro del Ministerio, no había canales oficiales para que grupos de la sociedad civil pudieran reclamar directamente contra la política. Peor aún, los responsables -el Presidente y su asesor- actuaron de manera "extra-oficial" en la elaboración de la política y el programa. Como consecuencia, no había forma de garantizar que los responsables sean *accountable*. Debido a la falta de puntos institucionales para garantizar el *accountability*, los opositores de la política, principalmente la Iglesia y algunos grupos feministas, tenían que recurrir a canales extra-oficiales y extra-nacionales, como los medios de comunicación y foros internacionales, para intentar influir y modificar la política.

Del análisis del proceso de la formulación de estas cuatro políticas, es posible señalar algunas conclusiones generales sobre el carácter del marco institucional dentro del cual se produce la reforma del Estado durante la segunda fase de ajuste. Primero, las reformas son concebidas y diseñadas por pequeños equipos de técnicos, quienes tienen influencia de las fuentes internacionales, que escriben la propuesta política y la pasan al Ministro. Con sólo una corta 'parada' en el CIAS, en la mayoría de los casos, la política pasa directamente al Presidente para su promulgación bajo la forma de un Decreto Supremo o Decreto Legislativo. En menos casos, como el del PPF, ni siquiera pasa para ser aprobado en forma de ley. Son pocos los casos, como el de las EPS, en que llega a ser un producto legislativo independiente. Por ende, el proceso institucional de formular políticas sociales en el contexto de la reforma es muy fluido y rápido, con pocos *checks*, o puntos de bloqueo. Con un Congreso unicameral que cuenta con una mayoría de miembros del mismo partido que el Ejecutivo, ni siquiera las políticas que pasan por el Congreso encuentran muchos puntos de bloqueo.

En todas las reformas examinadas, el Presidente desempeña un papel importante de apoyo, pero un papel que es más evidente y fuerte en unas políticas selectas. Igualmente, dado el poder de distribución del MEF, siempre tendrá un papel clave en los procesos políticos; pero, al igual que en el caso del Presidente, la influencia

del MEF es más notable en unas políticas que en otras. Mientras tanto, la sociedad civil organizada y los partidos políticos, en parte por la débil institucionalización del proceso, encuentran pocos canales para participar en las reformas de las políticas sociales.

El carácter de una débil institucionalización tiene un número de implicancias. Primero, las políticas son aprobadas rápidamente a causa de pocos puntos de bloqueo institucionales. Por la misma razón, estas reformas políticas corren el riesgo de ser rápidamente revertibles. Un cambio del Ejecutivo, o un simple cambio del apoyo político interno, puede ocasionar el fracaso del programa; un miedo real por un período de tiempo en el caso del programa de los CLAS. Además, la falta de puntos institucionales para conocer las opiniones de los grupos organizados de la sociedad civil y los partidos políticos, agrava un proceso que ya es cerrado por la voluntad de los formuladores de las políticas (como fue explicado en la primera parte de este ensayo). La ausencia de puntos institucionales con facultad para intervenir puede derivar en el recorrido a otras formas más desiguales de influencia; por ejemplo, los contactos personales que tienen poder —minando la poca transparencia y democracia que hay en el proceso existente. La débil institucionalización de estas reformas representa un problema serio de una falta de *accountability*, o de responsabilidad, por las reformas producidas, demostrado claramente en el caso del programa de planificación familiar.

#### IV. A manera de conclusión

En la segunda fase de las reformas del Estado en Perú, desde la "ventana" del sector salud, vemos que las esperanzas implícitas en la transición a la democracia han sido diferidas. De un lado, los que formulan las políticas citan (entre otros) la falta de tiempo y experiencia democrática como causa de su forma cerrada de tomar decisiones. De otro lado, la débil institucionalidad del proceso en sí mismo no provee canales apropiados para el intercambio entre el gobierno y los grupos organizados de la sociedad civil. Además, aunque los partidos políticos del Perú ahora son muy débiles, tampoco se les da la posibilidad de participar en un proceso que pueda tener consecuencias importantes para el carácter

de la futura sociedad peruana. Como resultado, Perú no puede gozar de los beneficios que implica una política social democráticamente formulada —como políticas ampliamente apoyadas, baja posibilidad de error, y mejor posibilidad de estabilidad social y económica.

En el presente proceso, como consecuencia de las medidas económicas de la primera fase de ajuste, vemos un aumento en la capacidad del gobierno peruano para mantener su soberanía frente a las entidades internacionales. Ahora ejerce una política social propia y posiblemente más coherente que la anterior, cuando los múltiples intereses de los donantes internacionales del sector salud predominaban. Por otro lado, el poder de fiscalización de estas entidades también resulta reducido; algo que trae beneficios y riesgos dentro de un contexto de baja institucionalización.

Problemas clave del presente proceso incluyen, primero, la falta de pensamiento sobre cómo lograr apoyo para las reformas implementadas a largo plazo, para que éstas no sean revertidas. Un proceso cerrado no ayuda a esta meta. Segundo, la débil institucionalidad de estas reformas presenta un problema grave de falta de mecanismos para *accountability* o de rendir cuentas a la población; un elemento esencial de una verdadero democracia y estado de derecho.

### Bibliografía

- Abuggattas, Javier, *Acercas de políticas sociales*, Taller Sobre Políticas Sociales, Lima: CNP-PUC-UPAC, julio 1991.
- Allobelli, Laura, *Salud, reforma, participación comunitaria e inclusión social: el Programa de Administración Compartida*, Informe, Lima: UNICEF-Perú, agosto 1998.
- Apoyo y UNICEF, *Data social*, vol. IV, No. 6, Boletín de difusión sobre políticas sociales, Lima, Perú: Apoyo S.A., setiembre 1998.
- Balbi, Carmen Rosa, "El fujimorismo: delegación vigilada y ciudadanía", en *Pretextos*, No. 9, Lima, Perú: DESCO, 1996, pp. 187-223.
- Beaumont, Martín, Julio Gamero y María del Carmen Plaza, *ONGs y política social*, Lima: DESCO, 1996.
- Bresser Pereira, Luis Carlos, José María Maravall y Adam Przeworski, *Economic Reforms in New Democracies: A Social-Democratic Approach*, Cambridge y New York: Cambridge University Press, 1992.
- Cameron, Maxwell, *Democracy and Authoritarianism in Peru, Political Conditions and Social Change*, New York: St. Martin's Press, 1994.
- Cassells, A., *Health Sector Reform, Key issues in Less Developed Countries*, WHO Forum on Health Sector Reform, Discussion Paper No. 1, Geneva: World Health Organization, 1995.
- Cavarozzi, Marcelo, Joan M. Nelson y Miguel Urrutia, "Economic and Political Transitions in Latin America: The Interplay between Democratization and Market Reforms", en Nelson, Joan M. (ed.), *A Precarious Balance: Democracy and Economic Reforms in Latin America*, vol. II, San Francisco, CA: International Center for Economic Growth, Overseas Development Council and Institute for Contemporary Studies, 1994, pp. 1-19.
- Collier, Ruth Berins y David Collier, *Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1991.
- Conaghan, Catherine, "Polls, Political discourses and the Public Sphere: The Spin on Peru's Fuji-golpe", en Smith, Peter (ed.), *Latin America in Comparative Perspective*, Boulder: Westview Press, 1994.
- Figueroa, Adolfo, "La pobreza actual en el Perú", en Portocarrero M., Javier (ed.), *Ataque a la pobreza en el Perú*, Serie Foro Económico, Lima: Fundación Friedrich Ebert, junio 1994, pp. 11-36.
- Haggard Stephan y Robert R. Kaufman, *The Political Economy of Democratic Transitions*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1995.
- Haggard Stephan y Robert R. Kaufman, "The Challenges of Consolidation", en *Journal of Democracy*, vol. 5, No. 4, octubre 1994, pp. 3-16.
- Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas ... 517
- Haggard Stephan y Robert R. Kaufman (eds.), *The Politics of Economic Adjustment*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1992.
- Immergut, Ellen M., "The Rules of the Game: The Logic of Health Policy-making in France, Switzerland and Sweden", en Steinmo, Sven, Kathleen Thelen y Frank Longstreth (eds.), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, New York: Cambridge University Press, 1992.
- Kahler, Miles, "External Influence, Conditionality and the Politics of Adjustment", en Haggard, Stephen y Robert R. Kaufman, (eds.), *The Politics of Economic Adjustment*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1992, pp. 118-171.
- McClintock, Cynthia, "Velasco, officers and citizens: The Politics of Stealth", en McClintock, Cynthia y Abraham Lowenthal (eds.), *The Peruvian Experiment Reconsidered*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1983, pp. 273-308.
- Ministerio de Salud, *Seminario internacional Reforma del sector salud*, Lima-Perú: Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, Proyecto de Generación de Capacidades, 1997.
- Ministerio de Salud, *Lineamientos de política de salud 1995-2000. El desafío del cambio de milenio: un sector salud con equidad, eficiencia y calidad*, Lima, Perú: Ministerio de Salud, 1995.
- Naim, Moisés, "Latin America: The Second Stage of Reform", en *Journal of Democracy*, vol. 5, No. 4, pp. 32-48.
- Nelson, Joan M. (ed.), *A Precarious Balance: Democracy and Economic Reforms in Latin America*, vol. II, San Francisco, CA: International Center for Economic Growth, Overseas Development Council and Institute for Contemporary Studies, 1994.
- Nelson, Joan M. y otros, *Intricate Links: Democratization and Market Reforms in Latin America and Eastern Europe*, Washington, D.C.: Overseas Development Council, 1994.
- O'Donnell, Guillermo, "¿Democracia delegativa?", en *Contrapuntos: ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*, Buenos Aires: Paidós, 1997, pp. 287-304.
- O'Donnell, Guillermo, "Otra institucionalización", en *Contrapuntos: ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*, Buenos Aires: Paidós, 1997, pp. 305-330.
- Smith, William, Carlos Acuña y Eduardo Gamara (eds.), *Democracy, Markets and Structural Reform in Latin America*, Boulder: North-South Center/Lynn Rienner, 1994.
- Smith, William y Carlos Acuña, "Future Politic-Economic Scenarios for Latin America", en Smith, William, Carlos Acuña y Eduardo Gamara (eds.), *Democracy, Markets and Structural Reform in Latin America*, Boulder: North-South Center/Lynn Rienner, 1994.

- Stallings, Barbara, "International influence in Economic Policy: Debt, Stabilization and Structural Reform", en Haggard, Stephan y Robert R. Kaufman (eds.), *The Politics of Economic Adjustment*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1992, pp. 59-117.
- Standing, Hilary, "Gender and Equity in Health Sector Reform Programmes: A Review", en *Health Policy and Planning*, vol. 12, No. 1, pp. 1-18.
- Steinmo, Sven, Kathleen Thelen y Frank Longstreth (eds.), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, New York: Cambridge University Press, 1992.
- Stokes, Susan C., "Economic Reforms and Public Opinion in Peru 1990-1995", en *Comparative Political Studies*, vol. 29, No. 5, 1996, pp. 544-565.
- Tanaka, Martín, *Los espejismos de la democracia*, Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP), 1998.
- Tuesta, Fernando, *Sistemas de partidos políticos en el Perú, 1978-1995*, Lima: Fundación Friedrich Ebert, 1995.
- Varillas Montenegro, Alberto y Patricia Mostajo de Muelle, *La situación poblacional peruana: balance y perspectivas*, Lima: Instituto Andino de Estudios en Población y Desarrollo, 1990.
- Wise, Carol, "State Policy and Social Conflict in Peru", en Cameron, Maxwell A. y Philip Mauzeri (eds.), *The Peruvian Labyrinth: Polity, Society and Economy*, University Park, PA: Pennsylvania State University Press, 1997, pp. 70-103.