



La reforma del sector salud en el Perú 1990-98. En busca de nuevos modelos de políticas sociales

Arroyo L., Juan*

Resumen

En este artículo se intenta mostrar la reforma que ha vivido el sector salud en el Perú en la década de los 90 examinando los dispositivos legales planteados por el gobierno y que han conducido a un proceso de modernización.

Palabras clave: Sector salud, reformas en salud, políticas sociales, transformación en el sistema de salud, Perú.

The Reform of the Health Sector in Peru 1990-98. In Search of New Models of Social Policy

Abstract

In this article we hope to demonstrate the reforms undergone by the health sector in Peru in the decade of the 90s, by examining the legal dispositions proposed by the government which have led to a modernization process.

Key words: Health sector, health reform, social policy, transformation in the health sector, Peru.

Recibido: 00-04-10 . Aceptado: 00-05-18

* Docente-Investigador. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración. E-mail: jarroyo@upch.edu.pe.

La década de 90 empezó en el Perú produciendo cambios de mediano plazo en el modelo económico, al reemplazarse el enfoque keynesiano cepalino predominante desde 1963 por el enfoque de mercado. En las áreas sociales la promesa a inicios de los 90 fue la de superar el modelo del Estado Benefactor, que con todos los límites conocidos en los países latinoamericanos, había orientado treinta años de políticas sociales en el Perú y estaba finalmente en crisis a fines de los 80. Hoy, casi al final de una década de formulación e instrumentación de nuevas políticas sociales y de salud, cabe interrogarse si el gobierno del ingeniero Fujimori ha logrado culminar en el campo social esta búsqueda de una política social post-estado benefactor, moderna y redistributiva, o si el desafío sigue pendiente. Un cúmulo de interrogantes se agolpan tras nueve años de transformaciones en salud: ¿qué cambios en las políticas de salud se han generado en los 90? ¿Qué irreversibilidad tienen las políticas de salud de los 90 y, en particular, la reforma que finalmente ha resultado? ¿El resultado es un modelo final o un momento de una transición, un punto de empate? ¿En qué direcciones podrían desarrollarse las políticas sociales en salud en el futuro?

El presente artículo revisa los principales dispositivos legales expedidos en el período 1990-1998, y debate, a partir de esta voluntad expresa condensada en tales normas, si las políticas de salud de los 90 en el Perú representan ya una nueva política de estado en el campo social, y, por tanto, un viraje con vigencia en el mediano plazo más allá de los cambios de gobierno, como ha sucedido con muchos aspectos en el terreno económico. Dado que las políticas de salud han terminado por concentrarse alre-

dedor de la reforma del sector salud, debate si el modelo de reforma formulado cierra la fase de diseño y deja a las siguientes administraciones sólo las fases de desarrollo y consolidación. O si por el contrario, las siguientes administraciones deberán abrir una etapa de reforma de la propia reforma, regresando sobre lo debatido y resuelto en esta década.

1. Reforma silenciosa, reforma jurídica y reforma paradigmática

El sector salud de 1998, repotenciado e inserto hoy en un proceso de modernización, no se parece al sector salud de 1990 que se encontraba en colapso operativo. ¿Pero este cambio ha sido fruto de las políticas de salud ministeriales, consecuencia de una reforma sectorial? ¿El repotenciamiento de los servicios por sí mismo es sinónimo de reforma? ¿Qué es una reforma sectorial? ¿Qué tipo de cambios constituyen una reforma y qué otros no? ¿Podría darse una reforma sin mayores dispositivos jurídicos?

Con estos interrogantes teórico-metodológicos nos introducimos de hecho en la literatura internacional que discute las reformas en salud. La definición que aportara Peter Berman (1993) sobre la reforma del sector salud, la que ha sido durante estos años una referencia internacional obligada: "Definimos como reforma del sector salud a un cambio sostenido y consciente para mejorar la eficiencia, equidad y efectividad del sector salud. Llamamos "sector salud" a la totalidad de las políticas, programas, instituciones y actores que proveen atención de la salud —los esfuerzos organizados para tratar y prevenir la enfermedad. (...) La reforma del sector salud debe ser también sostenible. Esto significa que para que un cambio califique como reforma debe ser un refuerzo no puntual o volátil

sino debe producir un cambio real en la manera como las cosas se han trabajado todo el tiempo. La Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud organizada hace poco por la Organización Panamericana de la Salud (1998), definió en el mismo sentido la reforma del sector salud como "un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia en su gestión y la efectividad de sus actuaciones... Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan".

Sin embargo la mayoría de reformas en salud en curso en Latinoamérica no se ajustan a estas definiciones. La mayoría no son sectoriales ni son cambios necesariamente sostenidos ni son frutos exclusivos de los esfuerzos conscientes de sus promotores. La mayoría de reformas son reformas-proceso y no reformas-plan, esto es, son complejos procesos de transición y no transformaciones que se desarrollan con mecanismos de relojería, incluso en los países desarrollados. Kroneman y van der Zee (1997) estudiaron recientemente los procesos de reforma en salud en los países de la OECD y concluyeron que había una gran dificultad para establecer con exactitud cuando se dio un cambio en la política de salud así como para comprender el sentido de las reformas. Dichos investigadores concluyeron que una de las causas de esta dificultad radicaba en los errores de los expertos, elemento del cual nunca se ha hablado en nuestras reformas latinoamericanas o en la peruana. Tenemos la tendencia a otorgarle una racionalidad a muchos

procesos de tendencias encontradas, a apreciar linealmente realidades muchas veces confusas, de idas y venidas. Kroneman y van der Zee (1997), hallaron también que la dificultad para aprehender las políticas de salud tenía que ver con la vaguedad de las políticas nacionales y con procesos de implantación gradualistas, sin cambios visibles, procesos que además podían ser perturbados en cualquier momento.

En realidad el procesamiento de las reformas viene mostrando los límites de la concepción kelseniana del derecho positivo como productor de realidades, que está atrás del enfoque formal de la reforma en salud concebida como hecho exclusivo de gobierno. El caso peruano ilustra más bien, la modalidad real de las reformas como procesos semi-estructurados, cuando no desestructurados. El círculo vicioso es que las reformas deben aumentar las capacidades de gobierno del sector, pero ellas mismas, en sus modelos y en sus procesos, suelen expresar la falta de rectoría que intentan resolver. Por eso las reformas operan bajo esta modalidad que hemos denominado reforma sanitaria silenciosa, que producen transformaciones del sistema de salud y constituye un cambio en la política general de salud sin que este cambio necesariamente se explicita ni norme de conjunto. Aquí el curso de la reforma es la resultante del conflicto y encuentro de los actores o agentes sanitarios y no efecto exclusivo de los dispositivos legales. Las políticas aparecen en este caso como producto social. Como vamos a intentar demostrar en el Perú, en estos casos corren en paralelo dos tipos de reforma, la reforma silenciosa y la reforma jurídica, alimentadas ambas por la reforma de fondo, la reforma paradigmática.

En el caso peruano, por tanto, no hay etapas secuenciales de pre-reforma (o dise-

ño) y reforma (o aplicación) como plantea el modelo kelseniano: la reforma real en la década ha venido siendo a la vez de facto y jurídica y el cambio en las políticas de salud hay que entresacarlo de la normatividad y de la evolución real del sector. Estamos ante una reforma sectorial que ejemplifica el denominado modelo político incremental y es la antítesis del llamado "modelo político racional". Este último plantea una secuencia simple, pero irreal para la mayoría de países latinoamericanos: diseño/negociación/ legislación/ implementación/evaluación (Walt, 1994).

Aquí vamos a intentar mostrar la complejidad de la construcción social de nuevas políticas de salud a partir del examen de los propios dispositivos legales emitidos por el gobierno entre 1990 y 1998 en salud. Ciertamente sería más fácil demostrar esta complejidad analizando las transformaciones ocurridas en el sector salud en estos años, muchas de ellas, reformas sin rectoría ministerial o gubernamental. Pero hemos escogido la metodología del análisis legislativo pues lo legal no es tampoco homogéneo y armónico, como se cree: no existe una sola orientación de política de salud en el período estudiado, como veremos.

2. Momentos en la reforma jurídica: políticas de emergencia, reformas parciales y modelo sectorial

Entre agosto de 1990 y diciembre de 1998 se han dictado 67 Leyes, Resoluciones Ministeriales, Decretos Supremos, Decretos Legislativos y documentos normativos del Ministerio de Salud (MINSA), que tienen que ver centralmente con cambios en las políticas de salud, la reforma en salud y temas importantes y afines

(ver Anexo). De este conjunto, hemos seleccionado las 22 iniciativas legislativas más importantes en lo que va de la década en el campo de políticas de salud y reforma sectorial. Los criterios para la selección de estas normas fueron la amplitud de las transformaciones que han implicado en estos años y la representatividad de determinados dispositivos respecto al proyecto de reforma gubernamental en aplicación o por aplicarse en los próximos años (ver Tabla I). Sobre la base del análisis de este corpus legislativo ha sido posible anotar algunas características de las políticas de salud en los 90.

Lo primero observable en la producción jurídica de la etapa 1990-1998 es la existencia de tres momentos: el primero, en 1990, en que se asumen reformas como condición de sobrevivencia, bajo la forma de políticas de emergencia; el segundo, a partir de 1991, en que se entrapa el intento de aplicar al campo de la salud el esquema ortodoxo de la economía y comienzan varios años de reformas parciales sin proyecto global; y el tercero, entre 1995 y 1998, de formulación de los lineamientos de políticas y del modelo de reforma sectorial del Ministerio de Salud e inicio de sus aplicaciones iniciales. El tercer momento no detuvo el segundo momento sino se superpuso a él.

¿Dónde ubicar por tanto el momento de inicio de la reforma peruana? La característica incremental de la reforma peruana motiva opiniones absolutamente dispares sobre esto. Desde el punto de vista kelseniano la reforma recién va a empezar y desplegarse. Pero es evidente que se ha desarrollado ya un tipo de reforma. La reforma silenciosa ha edificado un nuevo piso para la reforma explícita, un sector salud repotenciado y más abierto al cambio. Es más, la práctica de estos últimos tiempos viene demostrando que la reforma si-

Tabla I
Dispositivos Legales centrales sobre Políticas de Salud y Reforma. 1990-1998

Año	Dispositivos	Iniciativas centrales sobre Políticas y Reformas
1990	Documento MINSA	Hacia un Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud
1991	RM 159 y 331-91-SA/DM Dec. Leg. 718	Proceso de renunciaciones con incentivos en el sector Creación del Sistema Privado de Salud a través de las Organizaciones de Servicio de Salud (OSS)
1992	Ley de Presupuesto de 1992, art. 271 D.S.002-92-SA	Formalización del financiamiento vía recursos propios Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
1993	RM 020-93-SA	Directiva de Reorganización y Reestructuración de las Direcciones Regionales y Subregionales de Salud
1994	Ley 26268 de Presupuesto 1994, DS No. 38-94-PCM y RM No. 336-94-SA/DM RM 451-94-SA, Directiva Base No. 01-94-SA/DM, RM 451-94-SA/DM	Programa Salud Básica para Todos Programa de Administración Compartida
1995	Documento MINSA	Lineamientos de Políticas de Salud 1995-2000
1996	RM 071-96-SA/DM RM 511-96-SA/DM Dec. Leg. 887	Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 Manual de Acreditación de Hospitales Primera Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (derogada)
1997	Ley No. 26790 Ley No. 26842 RM 534-97-SA/DM RM 548-97-SA/DM RM 143-98-SA/DM DS No. 006-97-SA RS No. 099-97-SA	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud Ley General de Salud Constituyen Programa de Administración de Acuerdos de Gestión y aprueban su ROF Incorporan PSBT y PAC a PAAG Estatuto de la Superintendencia de EPS Comisión encargada de Monitorear la Evolución del Sistema de Seguridad Social en Salud
1998	RM 052-98-SA/DM RM 261-98-SA/DM y RM 260-98-SA/DM D.S. 004-98-SA RM 175-98-SA/DM	Crean la Unidad de Coordinación para la Modernización del Subsector Público de Salud Normas, procedimientos y unidad coordinadora para acreditación de establecimientos de salud Autorización a empleadoras a elección de EPS Plan Nacional para la Atención de Salud Integral del Escolar y Adolescente 1997-2001

lenciosa no desaparece con la reforma jurídica o explícita.

Las evidencias indican que la reforma peruana se inició con la crisis abierta de las políticas populistas estatistas, entre 1998 y 1990, cuya expresión fue el colapso operativo de los servicios públicos en esa etapa. En esa fase final del gobierno aprista se originaron la política de cofinanciamiento y la reforma hospitalaria, dos cambios de políticas de salud profundizados luego en los 90. El Apra dejó como herencia normativa al sector, entre otros, el Decreto Legislativo 559, Ley de Trabajo Médico, que homologó los sueldos de los médicos del MINSA con los del IPSS y terminó la conflictividad sindical de los 80; el D.L. 584, Ley de Organización y Funciones del MINSA, que transfirió el máximo posible de recursos hacia los gobiernos regionales, en mucho previendo el cambio de gobierno; el D.S. 005-90-SA, Reglamento General de Hospitales, que en general redefinió al hospital enmarcándolo bajo el enfoque de atención primaria, como punto de apoyo de las redes, cuyo eje serían los Centros de Salud; y la RM 71-90-SA/DM, Normas de las Clínicas en Hospitales e Institutos Especializados, que apeló a los recursos propios como estrategia de sobrevivencia hospitalaria, aprovechando la infraestructura ociosa en las tardes. Todas estas normas las dio el gobierno aprista en su último semestre de gobierno.

Gillete Hall (1994) ha estudiado la enorme caída de la inversión pública en el campo social en el quinquenio 1985-1990. El gasto del sector social disminuyó de 132 en

1986 a 51 en 1990, el gasto público real en salud cayó de 100 en 1985 a 47 en 1990, casi desapareció la inversión en infraestructura de salud pues ésta descendió de 100 en 1985 a 9 en 1990 y decreció el gasto corriente en salud en el mismo lapso de 100 a 53. Por eso el nuevo gobierno, instalado en agosto de 1990, encontró a los servicios del sector en una situación de crisis severa que obligó a asumir medidas de emergencia. Muchas de estas medidas implicaban cambios de política, como por ejemplo el incentivo de los recursos propios¹. Encima, todo el primer año la nueva administración tuvo en situación de movilización permanente a los profesionales del sector no sólo para sacar a los establecimientos del colapso sino, además, para afrontar la epidemia del cólera². Desde entonces estuvo planteada en el sector la idea de una reestructuración general. La idea de la reforma sanitaria surgió en el Perú hacia 1990 como aversión a la crisis vivida. El primer Ministro de Salud del régimen, el Dr. Carlos Vidal Layseca, planteó en diciembre de 1990 un nuevo marco de políticas de mediano plazo, el Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud, proyecto de un sistema descentralizado de salud que no tuvo aplicación al salir el Dr. Vidal del Ministerio de Salud en marzo de 1991. A los pocos meses, en noviembre de ese año, el gobierno emitió el Decreto Legislativo No. 718 de creación de las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS), promovido por el entonces Ministro de Economía, Dr. Carlos Boloña Behr, y dado al mismo tiempo en que salía el Dr. Víctor Yamamoto del Ministerio e ingresaba el Dr. Víc-

1 Ver al respecto. Toledo, Jesús et al. La autogestión en los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud. Informe de la Comisión Nombrada por la R.V.M. 010-A-92-SA, Lima MINSA.

2 Ver al respecto. Cueto, Marcos. El regreso de las epidemias, 1ª edición. Lima, IEP, 1997.

tor Paredes como Ministro. Esta reforma ortodoxa no tuvo aplicación y el Dr. Paredes más bien inició una reestructuración ministerial con vistas a fortalecer las instancias regionales y locales (DS 002-92-SA, ROF/MINSA), instalando las Zonas de Desarrollo Integral en Salud (ZONADIS) en la óptica de los Silos (Paredes, 1994).

Empezó así, un largo período de reformas parciales de diferente signo, silenciosas (múltiples reformas endógenas en Regiones y establecimientos) y jurídicas (como el Programa Salud Básica para Todos y el Programa de Administración Compartida). Fue sólo en el segundo semestre de 1995, ya en el segundo período del gobierno, que se retomó la necesidad de sistematizar y formalizar las nuevas políticas de salud, fruto de lo cual fueron presentados en diciembre de 1995, siendo Ministro el Dr. Yong Motta, los Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. Este documento de orientaciones de política planteó, entre los extremos del status quo y la privatización ortodoxa, una reforma capaz de articular las ideas-fuerza de equidad, eficiencia y calidad, dando un fuerte impulso a la reforma paradigmática y la modernización de la gestión en el sector. Pero los documentos de carácter jurídico de la reforma recién aparecieron en 1997, un año y medio después. En mayo de ese año se emitió la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (Ley 26790) y en julio la Ley General de Salud (Ley 26842) -cuyos reglamentos están aún por salir-. En otras palabras, el momento de definición formal de nuevas políticas de salud se ha dado sobre todo en los años 1997-98, casi a finales de la década. Recién entonces ha aparecido el nuevo modelo sectorial, culminando el gobierno la búsqueda de una nueva política de salud iniciada en 1990. Con el paquete legislativo de los dos últimos años el Ministerio de Salud considera

terminado el diseño básico de la reforma (Costa Bauer, 1998).

En la reforma peruana el momento de la reforma jurídica es por tanto bastante tardío. Esto se expresa en la producción jurídica de la década. Hay sólo 11 iniciativas de cambios de políticas de salud y/o reformas entre agosto de 1990 y 1996 y 9 en apenas dos años, 1997-98. El paso de las ideas a la norma legal ha sido lento y tortuoso, tanto que culmina cuando el país entra a una nueva elección presidencial y en consecuencia se abre la interrogante sobre la viabilidad de la reforma. ¿Por qué esta dificultad del propio gobierno para diseñar sus propias políticas disponiendo de todos los recursos? Esta cuestión remite a un viejo problema politológico: ¿Qué es más importante en la definición de las políticas públicas, el modelo sustantivo de políticas o el tipo de procesamiento de las políticas? ¿El problema ha estado en el programa político o en el régimen institucional, esto es en las estructuras, reglas y normas del proceso de decisiones de gobierno, que habrían bloqueado la toma de decisiones y propiciado el empantamiento político? Nuestro punto de vista es que la lentitud de la reforma explícita o jurídica en el Perú remite a los dos tipos de problemas, programáticos e institucionales, mezclados en una gobernabilidad compleja e irresuelta de la reforma peruana.

Felizmente, el sector no ha esperado que venga la reforma desde arriba. De ahí que las aplicaciones iniciales actuales se encuentren con reformas endógenas en curso en muchas Regiones de Salud y establecimientos. Es el caso de las reformas en desarrollo desde varios años atrás en San Martín, La Libertad, Tacna o Cajamarca, por sólo nombrar algunas regiones, a las que podríamos añadir múltiples hospitales, Institutos Especializados y unidades territoriales, además del Seguro Social. La

primacía de la reforma silenciosa ha producido en lo que va de la década una transformación real del sector sin que se contara con una nueva política general de salud. La mecánica de esta reforma ha funcionado desde abajo hacia arriba, descansando en micro-reformas y meso-reformas puestas en operación por los directivos en salud con base a su comprensión de los nuevos paradigmas de gestión y organización de los servicios de salud. La reforma peruana es, hasta ahora, más una reforma desde los “reformados”.

3. De la compensación social a la modernización de la gestión social, los seguros individuales y finalmente los seguros neopopulistas

Se desprende del análisis de los dispositivos del Cuadro No. 1 no sólo el carácter tardío de la reforma jurídica sino la presencia de diferentes orientaciones de política de salud durante el gobierno del ingeniero Fujimori. Haciendo una clasificación de los dispositivos legales e iniciativas de reforma según su correspondencia con los discursos sanitarios en circulación en América Latina es observable la influencia dominante del discurso descentralista y participativo de la OMS/OPS en todo el primer lustro 1990-95 y a partir de ahí la influencia dominante de los discursos de la reforma contemporánea y sus ideas-fuerza de focalización, diferenciación de funciones,

acuerdos de gestión, enseguramiento individual en salud, planes básicos de atención, entre otros elementos.

La mayoría de dispositivos jurídicos de los años 1990-93 no obedecen a la política gubernamental en el campo de la economía, de corte ortodoxo. En su primer año de gobierno el ingeniero Fujimori tuvo dos propuestas de reformas sistémicas divergentes en salud: el Sistema Nacional Regionalizado Integrado de Salud y el Sistema Privado de Salud sobre la base de Organizaciones de Servicios de Salud (D.L. 718). No se trata de que en el primer lustro 1990-95 no hubiesen expresiones en el sector salud de la orientación ortodoxa, pero no eran hegemónicas y discurrían como iniciativas parciales (el programa de renuncias voluntarias al estado, por ejemplo) o como iniciativas fallidas (OSS).

Es más, incluso la producción jurídica de la etapa 1995-98 muestra las dos caras del régimen, la ortodoxa y la neopopulista³. Esta vigencia de políticas ministeriales relativamente autónomas de la política nacional dominante ratifica la idea de que el sector salud ha sido en alguna medida inorgánico en el esquema general neoliberal, sobre todo en su primer quinquenio. Salud no ha sido de prioridad en la agenda de gobierno. El gobierno tuvo en su etapa más ortodoxa un mayor énfasis en políticas sociales extra-ministeriales a través de programas y proyectos especiales, dejando para después resolver qué hacer con el “viejo es-

3 Sobre el concepto de neopopulismo ver: Novaro, Marcos, “Crisis de representación, neopopulismo y consolidación democrática”, en Grompone, Romeo (ed.), *Instituciones Políticas y Sociedad*. Lecturas introductorias, Lima IEP, 1995.

tado”, lo que permitió márgenes de autonomía en salud. Como veremos, luego de los tres primeros años de vigencia de la teoría del “estado mínimo” el régimen comenzó a tener caja fiscal para políticas sociales y sintió la necesidad de hacer política también con los aparatos estatales prestadores de servicios. Por eso recién a partir de 1994 fueron estructurándose los elementos de nuevas políticas sociales sectoriales (PSBT y PAC), apareciendo los nuevos modelos ministeriales de políticas sociales y discursos de reforma.

En otras palabras, nuestra reforma sanitaria es silenciosa en buena medida por la dinámica “defectuosa” de la “caja negra” estatal. Los códigos complejos de la tecnocracia ministerial y su ingeniería sectorial no son de interés para el Ejecutivo sino en tanto obtengan resultados y en consecuencia, otorguen legitimidad. En febrero de 1996 el Presidente de la República explicó en la inauguración del Seminario Internacional sobre Reforma en Salud organizado por el MINSA su comprensión de la reforma como priorización en programas como el de planificación familiar⁴. De ahí en adelante la política de salud reproductiva y planificación familiar se convirtió en central en el sector. Pero este énfasis prefigura otro tipo de reforma, pragmática y eminentemente política, diferente a la que emana de la tecnocracia central del MINSA (tecnosanitaria, más subsectorial y cercana a la idea de cuasi-mercados en el subsector público) o de la del MEF y los seguros privados (tecnocómica, más proclive a una reestructuración sistémica a la chilena). Los actores principales

del policy making de la reforma (el Ejecutivo, el MEF, la Alta Dirección Ministerial, la tecnocracia ministerial, las agencias cooperantes, los seguros privados) han tenido así en este tiempo varias reformas en proyecto, por encima incluso de que esto no haya sido enteramente consciente en el conjunto de ellos. Por eso los outputs políticos siempre han sido puntos de convergencia, o de concesiones mutuas, o de derrota parcial de alguna de las partes. Todo lo cual confirma que la “caja negra” estatal, en que conforme enseña Easton (1996), las demandas e inputs se transforman en decisiones políticas, tiene laberintos más complejos que las simplificaciones corrientes. No sólo los programas de gobierno no son homogéneos sino que su desarrollo en políticas concretas debe atravesar sucesivos filtros, fruto de la heterogeneidad al interior del estado. La toma de decisiones real muestra que los “patios interiores” de la democracia y del neoliberalismo, aunque también del estado en general, son más complejos que la versión maniquea blanco/negro (sociedad/estado) en circulación. Acaso encajan mejor para nuestro caso, por eso, el modelo de Robert Dahl (1973), de toma de decisiones de las elites gobernantes con base a un flujo de negociación y de presión competitiva de grupos, o el de Bachrach de toma de decisiones no sólo a partir de la voluntad de los actores sino de los procesos y las condiciones.

El problema programático de fondo para inaugurar políticas sociales post-estado benefactor consistentes ha sido que el programa ortodoxo, que inicialmente cosechaba

4 Fujimori, Alberto, Presidente de la República del Perú. Discurso de inauguración del Seminario Internacional sobre Reforma del Sector Salud, en MINSA, Seminario Internacional Reforma del Sector Salud, 1997. Pp. 131-132.

triumfos en el campo económico, no tenía un planteamiento viable para las áreas sociales. Por eso el tema de la reforma sectorial en salud apareció en 1994 como el ideario de la tecnocracia ministerial más que como un proyecto prioritario del nivel político gubernamental, lo que marca su proceso tortuoso. Pero cada vez que el ala ortodoxa gubernamental colocaba su propuesta de modelo sectorial en la agenda de gobierno, originaba el disenso. Efectivamente, las dos oportunidades en que se planteó un esquema sectorial a la chilena -en 1991 con las OSS y en 1996 con el debate de los borradores de la ley de seguridad social en salud- la iniciativa no prosperó. La década política en salud se resume así en sucesivos enviones ortodoxos en pro de reestructuraciones del sector salud, la oposición de la opinión pública nacional, el freno neopopulista a los mismos, los empates intragubernamentales y las consiguientes reformas parciales modernizantes.

Para entender la lógica de las políticas sociales y de salud de la década de los 90 hay que dejar de conceptualizarlas por tanto como un bloque compacto. Joseph Ramos (1995), por ejemplo ha diferenciado tres variantes de políticas sociales dentro del campo neoclásico ortodoxo: el enfoque automático, que se expresa en la teoría del efecto de goteo; el enfoque secuencial, en que primero se crece y luego se distribuye; y el enfoque paralelo entre las políticas económicas y las políticas sociales, en que las políticas sociales compensatorias se admiten como el sacrificio de una porción del crecimiento económico.

Las iniciativas legislativas de los años 1990-98 muestran la sucesión y superposición de cuatro variantes de políticas sociales y de salud: las políticas de compensación social, las políticas sociales modernizantes en la lógica de proyectos, los proyectos de reestructura-

ciones sectoriales para implantar regímenes de seguridad universal obligatoria individual y los seguros focalizados.

Aparecieron en ese orden. Primero el ajuste se acompañó de políticas sociales de emergencia, los programas de compensación social, que tienen su clara expresión en FONCODES y los programas específicos de combate a la pobreza. El enfoque del "estado mínimo" era más fácil de aplicar en el campo económico que en el campo social y no había aún una definición clara sobre el rol de los Ministerios de Servicios ni tampoco un proyecto global alternativo para cada área social. Por eso la compensación social se canalizó bordeando al "viejo estado", constituyéndose "archipiélagos de excelencia" paralelos a los ministerios o al interior de los mismos, pero a manera de "enclaves" (FONCODES-Pobreza, Hacienda, SUNAT, SUNAD, proyectos especiales, luego Ministerio de la Presidencia). En salud esto originó en la práctica dos Ministerios, el tradicional y el de proyectos y programas.

A partir de 1993-94 empezó sin embargo a superarse la crisis y se fue pasando a una concepción más amplia que la anterior, la de modernización de las políticas sociales ministeriales con la expansión de la lógica de proyectos. La modernización de la gestión en salud tiene este fundamento. Rolando Franco (1996), ha explicado las características de este nuevo paradigma de las políticas sociales: representa el paso de la lógica burocrática a la lógica de proyectos, del financiamiento estatal al cofinanciamiento, del subsidio a la oferta al subsidio de la demanda, del universalismo a la focalización, de los públicos-objetivo en los grupos organizados a los pobres e indigentes, marginales y desorganizados, de los presupuestos históricos al criterio de costo-efectividad.

La renovación técnico-política en el campo de la formulación y gestión de políticas

sociales integra hoy muchos de estos elementos, incorporados en el sector salud como una herencia irreversible de los 90. Introducen la racionalidad de los costos y la eficiencia en lo social. Hay todo un debate en curso sobre la frontera borrosa entre eficiencia y efficientismo, pero lo que deseamos remarcar por ahora es que los Ministerios de Servicios empezaron a tener más sentido en el esquema general del gobierno hacia 1993-94 cuando se superó la crisis fiscal y los aparatos estatales prestadores de servicios pudieron ser útiles para nuestra "democracia delegativa"⁵ urgida constantemente de éxitos para legitimarse. El ala ortodoxa del gobierno guardó la teoría del estado mínimo para mejor ocasión, si bien periódicamente se ha ido manifestando en la década esta equivalencia entre reforma y racionalización de personal, factor de desprestigio de la reforma al interior del sector. Lo cierto es que los ministerios sociales se incorporaron a la modernización del estado vía la lógica de proyectos. Todos los componentes ministeriales, llámense programas, direcciones u oficinas de apoyo, empezaron así a reordenarse en función de esta nueva lógica. Los ministerios prestadores reencontraron una identidad. La modernización de la gestión pública en las áreas sociales empezó así antes que los proyectos actuales de reforma institucional.

Pero ni las políticas de compensación social ni las políticas de modernización de la gestión social constituyen reformas macro o sistémicas de las áreas sociales. No tocan la estructura sectorial público-privada heredada

de las reformas de 1960-70. Hoy existe un relativo consenso en el Perú sobre una reforma que se base en reformas subsectoriales, en su mayoría modernizaciones que aplican el modelo de cuasi-mercado británico, pero no sobre una reforma que implique una reestructuración del sector de tres subsectores heredado de las décadas previas. En realidad el único proyecto de reestructuración sectorial planteado legislativamente en la década de los 90 ha sido el modelo ortodoxo de seguridad universal obligatoria individual. En el sector educación como en salud los planteos son simétricos: autonomización de prestadores públicos, per cápitas básicos, bonos de subsidios, libre elección y opción de los usuarios por fórmulas de prepago o copago según el nivel de los servicios seleccionados. El modelo supone la desaparición de la estructura de tres subsectores actual (MINSa, IPSS y privado) y el establecimiento de un sector con toda la población asegurada, una parte en el régimen subsidiado y otra en el régimen contributivo⁶. El modelo peruano de seguridad social creado en 1997 (Ley 26790) se inspira en este modelo chileno-colombiano, pero autoriza la constitución de EPS que se financiarán a partir del 2% de los aportes al Seguro Social, síntoma de una transacción. El modelo sectorial resultante de la década tenemos que interpretarlo entonces como un punto de empate, el momento de una transición, la postergación de una definición. Pero un punto de empate tan inestable que la lucha ha continuado. A todo lo largo de 1998 la Confederación de Instituciones Empresa-

5 Ver al respecto. O'Donnell, Guillermo. "¿Democracia delegativa?", en Grompone, Romeo (ed.). *Instituciones Políticas y sociedad, Lecturas introductorias*, Lima, IEP, 1995.

6 Ver al respecto. Paredes, Nelcy. "El Sistema General de Seguridad Social en Salud: la Reforma Colombiana", en MINSa. *Seminario Internacional Reforma del Sector Salud*, Lima, MINSa, 1997, pp. 45-53.

riales del Perú (CONFIEP) ha venido insistiendo en anular o rebajar la aportación del 9% al Seguro Social, conceptuándola como uno de sus sobre-costos, y el Colegio Médico del Perú ha revelado en diciembre de 1998 la existencia de un proyecto de ley en circulación en el Congreso creando una nueva entidad denominada Seguro Social en Salud (SSDES), que representaría un nuevo intento de pasar al sistema de seguridad individual⁷. Definitivamente no hemos arribado aún a una política de estado en este aspecto.

El último paso en la evolución de las políticas de salud del gobierno 1990-98 ha sido el de los seguros focalizados. En 1997 se inició el Seguro Escolar, seguido luego por el seguro materno-infantil, el seguro universitario y otros más anunciados. Se ha cubierto así el arco completo de una década en que se ha ido pasando de la teoría ortodoxa de la compensación social a la modernización de la gestión social, luego al proyecto de seguridad universal individual y finalmente a los seguros neopopulistas.

4. El viejo dilema del modelo sectorial: ¿Bismarckiano, Servicio Nacional Inglés; Seguridad Individual o cuál?

¿Por qué la reforma peruana ha venido y viene avanzando en resolver –aunque con lentitud, desde abajo y desde arriba– problemas a nivel micro y meso planteados en todas las “dimensiones de la reforma” (financiera, administrativa, programática)⁸, pero ha encontrado se-

rias dificultades para imaginar creativamente la denominada “dimensión sistémica” de la reforma, cuya piedra de toque es el asunto de la seguridad social en salud?

Como se sabe, el modelo de reforma contenido en la reciente legislación 1997-98 tiene dos ejes: la modernización del subsector público y el establecimiento de un nuevo sistema de seguridad social. La modernización del subsector público integra la reforma del primer nivel de atención (Salud Básica para Todos, el Programa de Administración Compartida-CLAS y la construcción de las redes), la reforma hospitalaria (autonomización, acreditación, modernización) y los Acuerdos de Gestión (PAAG), que articularán el subsistema. La Unidad Coordinadora para la Modernización del Subsector Público ha sido encargada de conducir este proceso (RM 052-98-SA/DM del 25 de febrero de 1998). La reforma de la seguridad social comprende un sistema doble de seguridad, uno mediante el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y otro vía las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) que se vienen constituyendo. Una Comisión Especial, constituida en virtud de la R.S. 009-97-SA del 30 de diciembre de 1997, ha sido encargada del monitoreo de la evolución del Sistema de Seguridad Social en Salud.

De este conjunto, las reformas a niveles micro y meso no están en cuestión, pero sí la reforma macro propuesta. A nivel micro hay múltiples experiencias de reformas en desarrollo en el país en las Regiones de Salud, redes de servicios y establecimientos. Se viene avanzando desigualmente en cuanto a protocolización, integración de programas, auto-

7 Colegio Médico del Perú. No a la liquidación de la Seguridad Social. El IPSS es de todos los peruanos. Comunicado, Lima, El Comercio, 20 de diciembre de 1998.

8 Ver al respecto. Frenk, Julio. “Dimensions of Health Sector Reform”. *Health Policy*, 27, 1994, pp. 19-34.

matización de sistemas de soporte, contención-recuperación de costos, innovación de los mecanismos de pago, generación de procesos en red, programas de mejoramiento continuo, planificación estratégica, desarrollo de recursos humanos, emprendidas por las Regiones de Salud y establecimientos de servicios, en base a la propia experiencia de las Direcciones Regionales y servicios y/o el aprendizaje de modelos y herramientas de experiencias internacionales (modelo de atención gerenciada⁹ experiencia hospitalaria catalana, experiencia vasca en redes primarias y otras). De otro lado, el Seguro Social vivió ya una reforma subsectorial durante la gestión 1991-96 del Dr. Luis Castañeda Lossio y ahora el subsector público viene entrando también a una meso-reforma con el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (R.M. 534-97-SA), ambas de alguna manera bajo el enfoque de cuasi-mercado de factura británica¹⁰. De hecho hay aún problemas pendientes de armonización de esta multiplicidad de iniciativas de reformas parciales pues la Reforma no puede ser entendida como una sumatoria de reformas de instituciones. Ello ya ha conllevado desplazamientos ciegos de la demanda en desfavor de los segmentos de extrema pobreza en el caso de algunos hospitales de Lima, como ha sido estudiado (Arroyo, 1998). La idea fuerza de la eficiencia, aislada, suele promover una planificación "hacia dentro" de las instituciones, desde los resultados y las necesidades. Es imprescindible una visión macro de los procesos en desarrollo en el sec-

tor, de sus flujos de financiamiento, de la dinámica operante de sus ofertantes y demandantes, de la evolución y peculiaridades de las necesidades, incluso en el caso de las reformas que deciden basarse en la estructura sectorial previa. El viraje actual al relieveamiento de la reforma programática expresa esta necesidad de que la reforma sea pensada y gerenciada desde la salud y desde los fines y resultados. Pero no toda reforma exige una reestructuración de la arquitectura público-privada en curso. Como afirman Londoño y Frenk, no cabe duda de que los problemas de la atención a la salud son sistémicos, pero de ello no se deriva que deban aplicarse propuestas integrales sin tener un consenso. Las probabilidades de éxito de una reforma integral más bien se incrementan, explican, si se adoptan estrategias que identifiquen conjuntos de intervenciones coherentes que ataquen los cuellos de botella más críticos en el sistema (Londoño, 1997).

A manera de reflexión final

La política de salud del Perú en los 90 ha expresado el dilema latinoamericano de los países con sistemas de salud de tres subsectores, que en su mayoría hemos optado por mejorar lo existente a apostar a una reingeniería sistémica radical políticamente traumática y de resultados inciertos. En realidad los decisores políticos sólo permiten una reforma de confrontación, que signifique una mudanza general, si los beneficios sociales y políticos son evidentes. Efectivamente el modelo de las

9 Ver al respecto. Fairfield, Gillian, David Hunter, David Mechanic y Flemming Rosleff. "Managed care: origins, principles and evolution", *BMJ* No. 7097, Vol. 314, junio 1997.

10 Ver al respecto. Glennerster, Howard y Julian Le Grand. "The Development of Quasi-Markets in Welfare Provision in the United Kingdom". *International Journal of Health Services*, Vol. 25, No. 2, pp. 203-218.

ISAPRES no sólo está seriamente cuestionado en los países en los cuales se ha implantado sino que el de Perú tiene condiciones de desigualdad y pobreza que lo hacen inviable. En todo caso los propulsores de la iniciativa no han respondido técnicamente los interrogantes nacionales sobre su propuesta: ¿hay seguridad de que habrá una ganancia social neta en términos de mayor equidad y eficiencia, que justifique el cambio general del sistema y sus efectos traumáticos transicionales? ¿Cómo se hace capitalización individual en salud en un país sin empleo ni ingresos suficientes? Si esto podría resolverse teóricamente con el subsidio del paquete básico, ¿tendrá el estado recursos para sostener una atención efectiva al 49% de la población en situación de pobreza? ¿No saldrá muy delgada la capa simple, el *per cápita final* en salud, que no valga la pena el cambio? ¿Tenemos las condiciones culturales e institucionales para un sistema de identificación preciso como el que exige un sistema de seguridad individual obligatoria? ¿No sería mejor aminorar los diferenciales surgidos de la triple o cuádruple segmentación actual a la dualización explícita y forzada que surgiría de la aplicación de un sistema de seguridad individual? ¿Qué dice la experiencia internacional latinoamericana? ¿Acaso no es verdad que las continuas reformas de la reforma en Chile tienen el límite planteado por el modelo y ya hay quienes plantean que el próximo gobierno chileno debiera pasar a una reforma estructural en salud, terminando con el sistema dual actual y yendo a una versión parecida al Servicio Nacional de Salud inglés. Tal cual como plantea Solimano, 1998.

Estamos en el mismo punto de partida que originó el sistema de tres subsectores en la reforma sanitaria de 1960-70 en el Perú. Como se sabe el modelo Bismarckiano de seguridad en base a la población laboral fue su-

perado en 1942 por el Servicio Nacional de Salud inglés, propugnado por Beveridge, que planteó la seguridad social universal en base a los impuestos generales. El problema estructural de los países latinoamericanos es que no tenemos tanta fuerza laboral como para que la universalización del seguro Bismarckiano sea equivalente de la universalización de la seguridad social. Pero tampoco tenemos una recaudación fiscal que por sí misma pueda solventar a todo riesgo una seguridad social universal en salud. Países como Brasil intentaron en la década pasada concretar el Sistema Unico de Salud, pero, como se ha explicado, la reducción del gasto público en salud a partir de 1989 y otros factores determinaron que el SUS no lograra concretar el principio básico por el cual se constituyó, la garantía de la equidad en el acceso a toda la población brasileña (Fleury, 1995). Salvo Cuba, que siguió el camino del Sistema Unico Estatal planteado por Semashko, el resto de países latinoamericanos dieron origen en los 60-70 a una combinación de regímenes de seguridad parciales, actuando en paralelo el modelo bismarckiano vía los Seguros Sociales y el modelo impositivo general vía los Ministerios de Salud, con todo lo progresivo que dicho sistema significó ante las anteriores Sociedades de Beneficencia y sin embargo todos los problemas que ha producido en términos de bloqueo de la optimización de recursos.

Ahora estamos de retorno al mismo problema aunque en nuevas circunstancias. No es nuestro objetivo pretender resolver el problema. Pero de hecho este empate entre el modelo bismarckiano y el modelo Isapres abre la necesidad de imaginar otras modalidades de seguridad social para el futuro.

Sólo el dogmatismo impide observar otros caminos, más simples y efectivos para el objetivo compartido de un sistema de se-

guridad integral, solidario y eficiente. Poco importan los rótulos y la modelística si al final se puede lograr lo mismo y más, un per cápita costo-efectivo y socialmente direccionado a los grupos pobres y vulnerables, a partir del contrato social establecido. Después de todo los modelos de políticas sociales no son en sí mismos tan importantes sino en cuanto respondan positivamente al dilema planteado por Bustelo: ¿Robin Hood o Hood Robin? (Bustelo, 1993).

Bibliografía citada

- Arroyo, Juan (1998). "Autonomización Hospitalaria y desplazamientos de la demanda de atención, Lima 1988-1997", en *Acta Herediana*, vol. 22/23, marzo, pp. 5-17.
- Berman, Peter (1993). "Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable", en Berman, Peter (ed.), **Health Sector Reform in Developing countries**. Boston, Harvard School of Public Health, pp. 13-33.
- Bustelo, Eduardo (1993). "Hood Robin: Ajuste y equidad en América Latina", ponencia en Seminario Modelos de Desarrollo y Pobreza en América Latina, Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial. Washington.
- Costa Bauer, Marino (1998). Ministro de Sanidad del Perú, "Marco legal de reforma en salud ya está dado en 90%", en *Gestión Médica*, Lima, edición 61, año 2, 26 de enero, p. 3.
- Dahl, Robert (1989). **La poliarquía. Participación y oposición**. Madrid, Tecnos.
- Easton, David (1969). Esquema para el análisis político. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Fleury, Sonia (1995). "Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina", **Rev. Saúde Pública**, 29(3): 243-250.
- Franco, Rolando (1996). "Los paradigmas de la política social en América Latina", en **Revista de la CEPAL**, No. 58, Santiago de Chile, pp. 9-22.
- Hall, Gillete (1994). "El bienestar social en Lima: cambios en la estructura de acceso y uso de los servicios públicos, 1985-86 a 1990", en **¿Cómo estamos? Análisis de la Encuesta de Niveles de Vida**. Lima. Cuanto, pp. 295-230.
- Kroneman, Modelon y Jouke van der Zee, (1997). "Health policy as a fuzzy concept: methodological problems encountered when evaluating health policy reforms in an international perspective", en *Health Policy* 40, p. 139-155.
- Londoño, Juan Luis y Julio Frenk (1997). "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina", en Frenk, Julio (ed.), *Observatorio de la Salud, Necesidades, Servicios, Políticas*, México FUNSALUD, pp. 307-346.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). "Línea basal para el seguimiento y evaluación de la reforma sectorial", Washington D.C., mayo.
- Paredes, Víctor. **Nuestra Gestión: Participación con concertación**. Período Noviembre 1991-Agosto 1993. Lima, MINSA.
- Ramos, Joseph (1995). "¿Es posible crecer con equidad?", **Revista de la CEPAL**, No. 56, Santiago de Chile, Agosto. Pp. 13-24.
- Solimano, Giorgio (1998). "Rol del Estado en la reforma y la experiencia en Chile", Seminario Internacional Reforma en Salud y Seguridad Social, Lima, Colegio Médico del Perú, Octubre.
- Walt, Gill (1994). **Health Policy, An Introduction to Process and Power**. London, Zed Books Ltd, pp. 46-52.

ANEXO
Legislación sobre políticas de salud, reforma sectorial y temas afines. Perú 1990-1998

Fecha	Documento	Asunto o Descripción
19/08/98	R.S. 082-98-SA	Designan Coordinador General del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
01/09/98	RM Nº 563-97-SA/DM	Aprobaban los "Indicadores de Evaluación de los Programas Nacionales de Salud" como documento técnico normativo.
17/08/98	RM Nº 308-98-SA/DM	Aprobaban el Peilortio Nacional de Medicamentos Esenciales.
20/07/98	RM Nº 261-98-SA/DM	Constituyen unidad coordinadora para el proceso de acreditación de establecimientos de salud.
20/07/98	RM Nº 261-98-SA/DM	Aprobaban normas y procedimientos para la acreditación de establecimientos de salud y servicios de apoyo.
13/05/98	RM Nº 175-98-SA/DM	Aprobaban el Plan Nacional para la Atención de Salud Integral del Escolar y Adolescente 1997-2001.
17/04/98	D.S. Nº 004-98-SA	Autorizan a entidades empleadoras practicar proceso de elección de entidades prestadoras de salud a que se refiere el Art. 46 del D.S. Nº 009-97-SA.
24/04/98	R.M. Nº 143-98-SA/DM	Incorporan Programas de Salud Básica para Todos y de Administración Compartida al Programa de Administración de Acuerdos de Gestión.
25/04/98	R.M. Nº 148-98-SA/DM	Establecen instancias de coordinación para los lines encomendados a la Unidad de Coordinación para la Modernización del Subsector Público de Salud.
29/04/98	R.M. Nº 150-98-SA/DM	Modifican la R.M. Nº 143-98-SA/DM que dispuso la integración de Programas de Salud Básica para Todos y de Administración Compartida al Programa de Administración de Acuerdos de Gestión.
14/04/98	D.S. Nº 003-98-SA	Aprobaban normas técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
29/03/98	RM Nº 118-98-SA/DM	Designan funcionarios responsables del proceso de transferencia de las Direcciones Regionales y Subregionales de Salud al Ministerio.
25/03/98	R.M. 094-98-SA/DM	Constituyen Comisión encargada del proceso de incorporación de personal, documentos y bienes de Direcciones Regionales y Subregionales de Salud a este Ministerio.
12/03/98	R.M. 089-98-SA/DM	Modifican el Título 5 del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000.
11/03/98	R.M. 076-98-SA/DM	Modifican el Título V del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000.
25/02/98	RM Nº 052-98-SA/DM	Crean la Unidad de Coordinación para la Modernización del Subsector Público de Salud.
02/02/98	RM Nº 016-98-SA/DM	Aprobaban Normas Técnicas para el mantenimiento preventivo y conservación de la infraestructura física de Hospitales.

Fecha	Documento	Asunto o Descripción
15/01/98	D. S. Nº 001-98-SA	Precisan otorgamiento de subsidio por lactancia y modifican el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
09/01/98	RM Nº 563-97-SA/DM	Aprobaban los "Indicadores de Evaluación de los Programas Nacionales de Salud" como documento técnico normativo.
30/12/97	RS. Nº 099-97-SA	Designan miembros de comisión encargada de monitorear la evolución del sistema de seguridad social en salud.
30/12/97	RM Nº 535-97-SA/DM	Aprobaban el Código de Principios Generales de Higiene.
24/12/97	D. S. Nº 010-97-SA	Aprobaban el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y afines.
08/12/97	RM Nº 548-97-SA/DM	Designan Coordinadores del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión.
30/11/97	RM Nº 534-97-SA/DM	Constituyen Programa de Administración de Acuerdos de Gestión y aprueban su Reglamento de Organización y Funciones.
20/07/97	Ley Nº 26842	Ley General de Salud.
18/06/97	DS Nº 004-97-SA	Aprobaban el Reglamento de la Ley Nº 26626, referido al logro de objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA.
29/06/97	DS Nº 006-97-SA	Aprobaban el Estatuto de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.
22/06/97	DS Nº 005-97-SA	Aprobaban el Reglamento de la Ley Nº 23330, Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).
13/06/97	RM Nº 251-97-SA/DM	Aprobaban normas técnicas para el mantenimiento y conservación de infraestructura física de establecimientos de salud del primer nivel de atención.
04/06/97	DS Nº 002-97-SA	Dictan medidas a fin de garantizar la continuidad de los servicios que brindan la seguridad social.
17/05/97	Ley Nº 26790	Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud.
16/04/97	RM Nº 212-97-SA/DM	Disponen que instituciones del Sector presenten sus planes anuales de capacitación y cursos extraordinarios a la Escuela Nacional de Salud Pública.
03/03/97	RM Nº 127-97-SA/DM	Disponen dar inicio al proceso de acreditación de establecimientos hospitalarios públicos y privados a nivel nacional.
03/03/97	RM Nº 145-97-SA/DM	Conforman Comité de Coordinación del Area Macro Regional Amazónica para control de la Malaria.
21/02/97	RM Nº 118-97-SA/DM	Aprobaban la incorporación de puestos y centros de salud en el Programa de Administración Compartida.
21/02/97	RM Nº 121-97-SA/DM	Modifican el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA.
22/11/96	RM Nº 673-96-SA/DM	Aprobaban Guía para la aplicación del manual de acreditación de hospitales.
08/11/96	Dec. Leg. 887	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (derogada).
23/10/96	RM Nº 628-96-SA/DM	Autorizan la realización de reunión de presentación de resultados de estudio sobre cooperación internacional en salud.
16/08/96	RM Nº 482-96-SA/DM	Aprobaban normas técnicas para proyectos de arquitectura hospitalaria.

Fecha	Documento	Asunto o Descripción
16/08/96	RM N° 491-96-SA/DM	Designan a Dirección General de Salud como entidad competente para la elaboración de plan nacional que se denominará CONTRASIDA.
29/08/96	RM N° 511-96-SA/DM	Aprobaban manual de acreditación de hospitales.
08/08/96	RM N° 474-96-SA/DM	Aprobaban normas sobre la atención integral de las necesidades de salud de la población de niños menores de 5 años.
11/04/96	RM N° 235-96-SA/DM	Aprobaban el instrumento normativo "Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ETS y el Sida en el Perú".
11/04/96	RM N° 236-96-SA/DM	Establecen y oficializan la organización del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud Pública.
26/02/96	RM N° 107-96-SA/DM	Modifican denominación de programa establecido en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio.
27/02/96	RM N° 095-96-SA/DM	Reglamento de organización y funciones y guía de procedimientos y requisitos para el funcionamiento de bancos de ojos y unidades de trasplante de córnea.
10/02/96	RM N° 071-96-SA/DM	Aprobaban el "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000".
10/02/96	RM N° 087-96-SA/DM	Aprobaban normas para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas.
06/12/95	Documento Minsa	Lineamientos de Políticas de Salud 1995-2000. El desafío del cambio de milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad.
05/12/95	R.M. 782-95-SA/DM	Aprobaban las normas de evaluación del personal del Ministerio.
05/09/95	R.M. 572-95-SA/DM	Dictan medidas para facilitar el acceso de la población a la información y los servicios de planificación familiar.
18/04/95	R.M. 127-95-SA/DM	Aprobaban Directiva para la evaluación y seguimiento de los Programas y Proyectos de Inversión en Salud.
17/01/95	Directiva 02-95-PAC	Establece política de remuneraciones para personal de salud de los establecimientos de salud del PAC.
12/12/94	RM N° 550-94-SA/DM	Constituyen Comisión encargada de elaborar el reglamento de la Ley de Trabajo Médico.
15/11/94	RM N° 451-94-SA/DM	Dictan normas para el desarrollo del Programa de Administración Compartida de los establecimientos de salud del nivel básico de atención.
07/10/94	RM 451-94-SA	Aproba Directiva Base N° 01-94-SA/DM que norma la puesta en marcha y desarrollo del Programa de Administración Compartida.
26/08/94	R.M. 336-94-SA/DM	Aprobaban Directivas sobre ejecución del Presupuesto del Programa de Focalización del Gasto Social Básico.
13/08/94	R.M. 179-94-SA/DM	Aprobaban el "programa Funcional Arquitectónico del Puesto de Salud"
02/05/94	D.S. 01-94-SA	Disposiciones deslindeadas a mejorar la prestación de servicios de salud en el nivel básico de atención (PAC).
05/02/93	RM 020-93-SA	Directiva que norma los procesos de reorganización y reestructuración de las Direcciones Regionales y Subregionales de Salud de los Gobiernos Regionales.

Fecha	Documento	Asunto o Descripción
31/12/92	R.M. 0605-92-SA	Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones Sub Regionales de Salud de Lima y Callao.
18/08/92	DS 002-92-SA	Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
12/02/92	RM N° 0700-92-SA/DM	Constituyen Comisión encargada de la transferencia de los recursos materiales y acervo documentario de la Autoridad Autónoma del Programa de Atención Primaria y Servicios Básicos.
11/07/91	RM N° 0537-91-SA	Crean el Comité Nacional de Coordinación del Programa Nacional de Integración Docencia-Atención de Salud.
14/04/91	RM N° 0331-91-SA/DM	Levantán en el Sector Salud la suspensión del proceso de renunciaciones condicionales.
28/02/91	RM N° 0159-91-SA/DM	Autorizan la continuación del proceso de renunciaciones condicionadas a incentivos, de los servidores del sector salud.
15/12/90	Documento MINSA	Hacia un Sistema Regionalizado e Integrado de Salud.
25/05/90	DS 005-90-SA	Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.
18/04/90	Dec. Leg. 584	Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
29/03/90	Dec. Leg. 559	Ley de Trabajo Médico.
20/02/90	R.M. 71-90-SA/DM	Normas de las Clínicas en Hospitales e Institutos Especializados del Ministerio de Salud.