

DECISIONES DE POLÍTICA PÚBLICA EN UNA DEMOCRACIA SIN PARTIDOS: EL CASO DEL ‘SOAT MÉDICO’¹

Zoila Ponce de León Seijas²
University of North Carolina at Chapel Hill

Resumen

Este artículo analiza un tipo particular de toma de decisiones de política pública, el cual se da en contextos de debilidad institucional y partidos políticos que carecen de definiciones programáticas fuertes. Estudiando el caso del ‘Soat Médico’ en el Perú, cuya discusión transcurrió en el 2010, sostenemos que el proceso de toma de decisión se ve definido por dos lógicas contrapuestas. Primero, por la necesidad de los políticos de dar respuesta a presiones de la opinión pública y los medios de comunicación. Segundo, por la necesidad de estos de negociar con otros actores partícipes del debate político, tanto públicos como privados.

Palabras clave: *Perú, América Latina, políticas públicas, partidos políticos, medios de comunicación*

¹ Este texto es un extracto de la tesis presentada para optar el título de licenciada en Ciencia Política y Gobierno en la Pontificia Universidad Católica del Perú.

² Licenciada en Ciencia Política y Gobierno por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Actualmente, estudiante en el programa de Ph.D. en Ciencia Política en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Sus áreas de interés son: toma de decisiones de políticas públicas, relaciones Ejecutivo-Legislativo, partidos políticos y democracia. Agradece enormemente por la asesoría en la realización de este trabajo a Martín Tanaka, y por revisiones de borradores previos a este artículo a Eduardo Dargent y Jorge Aragón. Contacto o comentarios sobre este trabajo pueden ser dirigidos a zponcedeleon@gmail.com

An organization is a collection of choices looking for problems, issues and feelings looking for decision situations in which they might be aired, solutions looking for issues to which they might be the answer, and decision makers looking for work. (Cohen et al., 1972: 2)

Desde principios de febrero de 2010, el Congreso discutió la Ley de Protección a los Usuarios frente a los Daños en los Servicios de Salud, conocida como ‘Soat Médico’.³ A través del estudio de este caso, analizamos el proceso de toma de decisiones de política pública entre los miembros del Poder Ejecutivo y Legislativo, qué intereses mueven al Gobierno al decidir por ciertas políticas públicas.

Nuestro argumento plantea que, en contextos de debilidad institucional, donde los partidos carecen de definiciones programáticas fuertes y son mayormente pragmáticos, nos encontramos ante un tipo particular de toma de decisión, en el que los políticos se ven guiados por dos lógicas contrapuestas. En principio, una lógica cortoplacista y oportunista, donde el interés primordial es dar respuesta a la presión de la opinión pública, lo cual hacen bajo un débil perfil programático que se ve diluido ante un segundo interés. Estos políticos, al mismo tiempo, se encuentran en la necesidad de negociar con grupos de interés privados y con otros actores del Gobierno que participan del debate. En esta búsqueda de quedar bien ante la opinión pública y no pelearse con grupos de interés fuertes, cuando las posibilidades de llegar a un acuerdo con los diferentes actores del debate se ven agotadas y la presión pública alrededor del tema disminuye, la expectativa de réditos políticos se reduce ampliamente y los políticos dejan de lado la discusión lo que hace que el proceso de toma de decisión se vea frustrado.

A inicios de los noventa, el sistema de partidos que funcionó en el Perú durante la década

anterior colapsó. El autogolpe de Alberto Fujimori en 1992 inauguró un régimen de autoritarismo competitivo (Levitsky y Way, 2010) que dominó la arena política hasta inicios de los dos mil como actor hegemónico (Tanaka, 2005: 96). Las organizaciones políticas que aparecieron post 1992 fueron esencialmente personalistas e incapaces de definirse ideológicamente (Meléndez, 2007: 218). Estas organizaciones políticas no lograron consolidarse ni dar paso al establecimiento de un “sistema de partidos propiamente dicho” (Tanaka, 2005: 101). Una vez restablecida la democracia, el sistema no fue reconstituido y los partidos de los ochenta no lograron resurgir mientras que la política electoral se ha mantenido fuertemente centrada en los candidatos y no en los partidos (Levitsky y Way, 2003: 22).

En este contexto, nuestro caso ayuda a clarificar los costos de no tener partidos fuertes que conlleven a la formulación y sanción de políticas públicas bien meditadas, situación presente en muchos países donde los partidos son débiles, como es el caso latinoamericano. En América Latina, la debilidad partidaria se asocia a la ineficacia legislativa, al conflicto Ejecutivo-Legislativo, a la ineffectividad de las políticas e incluso a la crisis de los regímenes (Mainwaring and Scully, 1995; Mainwaring, 1999). Veamos, a continuación, una de las formas de hacer política pública en una democracia sin partidos.

Cuando las discusiones teóricas sobre la forma de hacer política pública y quiénes importan en la misma se enmarcan en un contexto de partidos débiles, nos preguntamos sobre la relevancia de los políticos. El comportamiento de actores cortoplacistas y oportunistas, pendientes de quedar bien ante la opinión pública ha sido trabajado de manera muy interesante por autores como John W. Kingdon (1984), cuya

³ La prensa le otorga esta denominación en alusión al Soat (Seguro obligatorio de accidentes de tránsito).

teoría sobre la entrada en agenda, desarrollo de alternativas y apertura de ventanas de política pública tomamos como referencia para el análisis del proceso estudiado en este trabajo.

El caso: el debate sobre el 'Soat médico'

El 25 de enero de 2010 a Jorge Villanueva Morales, paciente diabético del hospital Sabogal del Callao, le amputaron la pierna incorrecta. Este hecho concitó gran cobertura de los medios de comunicación, así como enorme polémica respecto a la responsabilidad de los médicos. En la semana siguiente, el Poder Ejecutivo envió al Congreso el PL 3812/2009-PE,⁴ que planteaba la creación del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil por Servicios de Salud. Los seguros tendrían que ser adquiridos por todos los profesionales de la salud y serían administrados por las empresas aseguradoras, dada la experiencia de estas en el manejo de reparaciones e indemnizaciones.

La noticia en particular y el problema de negligencias médicas en general estaban presentes en los medios a diario. El presidente y el presidente del Consejo de Ministros manifestaban su total apoyo a la propuesta del seguro. El 18 de febrero, la Junta de Portavoces del Congreso acordó la priorización en el debate de la ley que buscaba proteger a los usuarios frente a las negligencias médicas. Al día siguiente, la Comisión Permanente sometió a debate el dictamen que había dado la Comisión de Salud en el 2008,⁵ el cual apoyaba una política muy distinta a la del seguro, la creación del Fondo de Riesgo del Ejercicio Profesional de la Medicina. A este fondo tendrían que aportar

todos los profesionales y técnicos en salud y serían los propios médicos quienes administrarían el dinero del mismo.

En este debate estuvo presente el ministro de Salud, Oscar Ugarte, para sustentar el proyecto en representación del Ejecutivo. Luego de algunas horas de discusión, se decidió ir a un cuarto intermedio. A la salida, sorprenden las declaraciones del ministro. Primero, aun cuando el presidente había dejado en claro que, los médicos debían realizar aportes al seguro, Ugarte indicó que debía quedar claro que son las instituciones y no los médicos quienes financian el seguro. Segundo, que se había llegado a un acuerdo con el Legislativo y solo faltaba dar una fórmula común.⁶ Nos preguntamos de qué clase de acuerdo habla Ugarte, cuando existe una diferencia abismal entre que sean las aseguradoras quienes administren el dinero de los seguros y que sean los propios médicos quienes administren el dinero de un fondo financiado por el tesoro público.

El asunto seguía teniendo gran cobertura en los medios, presentándose una imagen de un Parlamento obstruccionista que se negaba a aprobar el 'Soat Médico'. El presidente manifestaba su total oposición a la creación de un fondo.⁷ La política se volvió a debatir el 10 de marzo y volvió a quedar en un cuarto intermedio. El 30 de marzo, tras un largo debate, el Pleno decidió que regresaran ambos proyectos de ley a la Comisión de Salud para ser evaluados. Desde entonces, ningún miembro del Ejecutivo ni del Legislativo ha pedido que regresen los proyectos a debate. El tema no ha vuelto a ser tocado en el Congreso o en los medios de comunicación.

⁴ Copia exacta del PL 1819/2007-PE, presentado en el 2007 cuando empezaron a aumentar las noticias sobre contagios de VIH, vía transfusiones sanguíneas, en hospitales del Estado.

⁵ El PL 77/2006-CR del congresista Yonhy Lescano (Alianza Parlamentaria) es favorecido por la Comisión de Salud, en detrimento del proyecto del Ejecutivo (seguro).

⁶ <http://peru21.pe/noticia/417010/ugarte-soat-medico-no-encarecera-consultas>

⁷ García señala que no era aceptable que se proponga que el Estado pague todo, pues "oculta y enmascara la responsabilidad individual del que no tiene capacidad de ejercer con eficacia la profesión". (<http://peru21.pe/noticia/422517/negligencias-medicas-habra-soat-medico-fondo-publico-dos-cosas>)

El objetivo de esta investigación reside en explicar el proceso de formulación de esta política pública: su entrada en la agenda política, el desarrollo de sus alternativas y la negociación llevada a cabo entre los actores de este debate. La pregunta que buscamos responder es ¿cuál es la lógica de toma de decisiones seguida por los actores del Legislativo y del Ejecutivo en este proceso? Con tal objeto, parte importante de este trabajo fueron las entrevistas personales realizadas a los principales actores partícipes. (Ver Anexo)

Pretendemos que este estudio sea parte de una construcción teórica más amplia sobre cómo funciona el Estado en el Perú en cuanto a la hechura de políticas públicas, donde podamos hablar de una tipología en el proceso de toma de decisión. Creemos que lo más atinado resulta hablar de distintas lógicas que motivan distintos comportamientos. En tal medida, este trabajo aporta con el análisis de un importante tipo de toma de decisión, la del corto plazo. Investigaciones posteriores podrán poner a prueba nuestra hipótesis en otros casos, así como elucidar nuevos tipos para esta tipología.

Miradas teóricas y argumentos alternativos

Podemos pensar la toma de decisiones de política pública desde distintas aproximaciones teóricas. Analizando nuestro caso, primero, podemos decir que fue la orientación ideológica de los políticos la que determinó su comportamiento. De modo que, una lógica política de derecha llevaría a la defensa de la alternativa del seguro, mientras que una lógica más cercana a la izquierda conllevaría al apoyo del fondo. Sin embargo, al momento de la discusión hubo cambios de discurso y

coincidencias que demuestran que, en esta ocasión, el tema ideológico no primó. El perfil programático de los actores políticos resultó ser muy débil ante la dinámica política del proceso.

Segundo, que fue la presión ejercida por grupos de interés con poder la que empujó a los jugadores a proponer y defender sus distintos proyectos. Dentro de este argumento, podemos encontrar dos versiones distintas: sobre la influencia de empresas privadas⁸ y sobre el peso corporativo de un gremio.⁹ En cuanto al primer punto, el Ejecutivo se vería fuertemente influenciado por las compañías aseguradoras, y decidió sacar adelante la alternativa del seguro para favorecer a este sector privado. Desde una visión del Estado ‘capturado’ por las élites económicas, las políticas públicas son hechas bajo la presión de grupos de interés en busca de salvaguardar sus intereses y obtener nuevos beneficios (Durand, 2005: 200). En cuanto al segundo punto, el gremio médico habría logrado que sus intereses sean representados por los congresistas médicos de la Comisión de Salud. De esta manera, el proyecto del seguro habría sido bloqueado bajo esta lógica corporativa y, del mismo modo, esta lógica gremial habría llevado a la promoción del fondo.

En un inicio, esta investigación planteaba como hipótesis que, en el debate de esta ley, fue la presión ejercida por grupos de interés (compañías aseguradoras y gremio médico) la que empujó a los actores dentro del Gobierno a proponer y defender sus distintos proyectos. El análisis de las implicancias de cada una de las propuestas y del comportamiento de cada uno de los actores durante su participación en el proceso de formulación da cuenta de que esta

⁸ Tomamos la definición de Haber (2002), donde aquellos con cercanía a las autoridades políticas son favorecidos a través de la formulación y ejecución de políticas públicas (‘capitalismo de amigotes’).

⁹ Siguiendo a Schmitter (1994), el corporativismo plantea que dentro del Estado existen grupos con mayor representación que otros, cuyo poder se expresa a través de la negociación política; desarrollándose un sistema paralelo al sistema oficial de representación política (elecciones).

hipótesis inicial no funciona. Si bien la existencia de los grupos de presión es innegable, es muy importante ver en qué grado la presión que estos ejercen realmente determina el comportamiento de los actores públicos.

Lógicas contrapuestas en la toma de decisiones de política pública

Este estudio de caso nos presenta un tipo particular de toma de decisiones de política pública, el cual se da en contextos poco institucionalizados, con partidos mayormente pragmáticos, sin definiciones programáticas fuertes. Los políticos tienen como principal interés dar respuesta a la presión generada por la opinión pública, la cual es manifestada por la cobertura que hacen los medios de comunicación de un tema en particular. De esta manera, se ven guiados por una lógica cortoplacista y oportunista, acompañada de un débil perfil programático que se ve diluido ante un segundo interés: la necesidad de negociar con grupos de interés privados y con otros actores del Gobierno. Tratan de quedar bien ante la opinión pública y no chocar con un grupo de interés poderoso más al no lograrlo, llegan a un entrapamiento.

El presidente de la República, Alan García Pérez, tiene un rol fundamental en la entrada del tema en la agenda política del momento, al reconocer la existencia del problema de las negligencias médicas. En cuanto a las alternativas, la influencia del presidente se manifiesta en la presentación que hace el Ejecutivo del proyecto del seguro, a tan solo una semana del incidente ocurrido al Sr. Villanueva, semana durante la cual diversos medios de comunicación cubrieron esta noticia, así como otras de presuntas negligencias médicas en hospitales del Estado, a diario. García responde ante la fuerte presión pública ejercida por los medios bajo un lineamiento programático claro, una posición promercado. Para el presidente es necesario que los profesionales de la salud asuman

los pagos de los seguros, al menos de manera parcial. De ninguna manera, el Estado podría cubrir todos los costos.

Sin embargo, la orientación programática que marca el inicio de la promoción del proyecto del 'Soat médico' a cargo del Ejecutivo termina siendo muy débil y tan solo superficial. Tanto el presidente del Consejo de Ministros como el ministro de Salud tergiversan la posición del presidente, para hacer énfasis en el pago mayoritario a manos del Estado. García, por su parte, no los desmiente o desautoriza actuando como un 'programático intermitente'; quien simplemente deja actuar a sus ministros, quienes, ante la conflictividad desatada, se ven forzados a moldear su propuesta. Kingdon señala que aún cuando el presidente puede ser capaz de dominar la agenda, es incapaz de dominar las alternativas que son seriamente consideradas. En este caso, García influye sobre una de las alternativas, la del seguro, pero solo inicialmente; en realidad, quien domine esta alternativa será el presidente del Consejo de Ministros, Javier Velásquez Quesquén.

Él es el actor clave del proceso, ya que, en representación del Ejecutivo, negocia con congresistas, el Minsa y las aseguradoras. Así, busca ejercer presión sobre el Congreso cuando amenaza con dar Decreto de Urgencia aprobando la propuesta del seguro, si en el Pleno no llegaban a un acuerdo. Sin embargo, llama la atención que Velásquez amenace con dar decreto de urgencia en caso el Parlamento no aprobara la ley en discusión. Si en el Pleno, efectivamente, 'se ponían de acuerdo', se habría aprobado la creación del fondo y no del seguro. En esa línea, Velásquez reconoce en entrevista personal que "para nosotros (el Ejecutivo), podía ser un fondo o un seguro",¹⁰ que lo importante era dar una respuesta. Vemos que lo más importante era responder a la coyuntura, sin importar tanto la medida de respuesta.

¹⁰ Entrevista, Javier Velásquez Quesquén, Noviembre, 2010.

La iniciativa del proyecto del seguro no surge del Minsa –que se supone es el especialista en el tema. Guillermo Miranda, asesor del Despacho Ministerial de Oscar Ugarte, quien estuvo encargado de manejar el tema del ‘Soat médico’ explica que el Minsa ya tenía una posición al respecto. Lo que ellos plantean es un reglamento sobre derechos de los usuarios de los servicios de salud que incluya protecciones y garantías institucionales. “Este resarcimiento se da como reparación económica más atención médica y se da con fondos públicos... No hablamos de un seguro individual”,¹¹ especifica. Miranda indica que esta propuesta fue explicada a los asesores de la PCM, pero que el Ejecutivo ya tenía una posición y esta era apoyar al seguro. Sin embargo, Velásquez sí considera que el seguro debe ser financiado, mayoritariamente, por el Estado. En este sentido, señala que “el aporte de los médicos solo iba a ser simbólico”.¹² El presidente del Consejo de Ministros cede en este punto, aceptando que, como lo plantean la Comisión de Salud y el Minsa, sea el Estado quien cubra el costo de la medida. Obviamente, no lo hace de manera total, lo cual significaría ir en contra de lo planteado por García, pero sí parcial, enfatizando que los aportes de los profesionales serían mínimos.

Además, Velásquez se encarga de tomar opiniones y dialogar con los representantes de las aseguradoras. Podemos observar que no existe mayor relación entre la propuesta del seguro que presenta el Ejecutivo y la del SOAM (Seguro Obligatorio de Accidentes Médicos) de la Asociación Peruana de Empresas de Seguros

(Apeseg).¹³ Este grupo de presión conformado por los representantes de las aseguradoras busca favorecer sus intereses a través de la promoción de una propuesta propia. Velásquez se reúne con ellos, así lo afirman tanto él como Gustavo Cerdeña, gerente general de La Positiva Seguros y presidente de la Apeseg, quien ha sido el encargado de ‘vender’ la propuesta del SOAM al Gobierno. No obstante, la interacción, indica Cerdeña, fue posterior al envío del proyecto de ley al Congreso. Además, explica que existe una diferencia clave entre el seguro de responsabilidad civil y un seguro de indemnización, como el que ellos plantean. A diferencia del primero, en este último no se requiere del previo “proceso judicial que determine la negligencia médica”.¹⁴ Así, los accidentes, a los cuales se aplica la indemnización, deben estar claramente especificados en la póliza. Cerdeña precisa que un seguro de responsabilidad civil es complicado pues implica procesos judiciales previos, además del elevado costo para los asegurados. En ese sentido, “iba a ser impagable para los médicos”.¹⁵

Sin embargo, el Ejecutivo continuó con su propuesta. “Desde la Apeseg sentimos que no hay mayor interés en nuestro aporte... el seguro de responsabilidad civil no nos interesa porque no es funcional para los clientes... pocos lo comprarían”,¹⁶ explica el entrevistado mientras dice no entender por qué en el Ejecutivo se lanzan con una propuesta inviable y no aceptan su propuesta, que es la más simple. Velásquez responde a esta interrogante en la entrevista, afirmando que –a diferencia de la propuesta del SOAM– “la posición nuestra (la del Ejecutivo) es

¹¹ Entrevista, Guillermo Miranda, diciembre, 2010.

¹² Entrevista, Guillermo Miranda, diciembre, 2010.

¹³ Entre las coberturas planteadas por el SOAM están: 4 UIT por muerte y hasta 4 UIT por invalidez permanente. Además se especifica qué casos se consideran como accidentes médicos. Entre ellos: amputación o extirpación de miembro equivocado, que fuera ejecutada por un médico colegiado y habilitado para el ejercicio de la profesión.

¹⁴ Entrevista, Gustavo Cerdeña, octubre, 2010.

¹⁵ Entrevista, Gustavo Cerdeña, octubre, 2010.

¹⁶ Entrevista, Gustavo Cerdeña, octubre, 2010.

más flexible”¹⁷ y refiere que la mayor indefinición de la propuesta presentada por el Ejecutivo daba cabida a un mejor proceso de negociación.

Es a través del cumplimiento de su función de negociador que Velásquez busca cumplir con el objetivo a corto plazo del Ejecutivo: responder al problema de las negligencias médicas. No obstante, en este proceso de conciliación, Velásquez no puede negar totalmente la posición de García, por lo cual, la propuesta que apoya siempre mantiene el título de ‘seguro’ y contempla, aunque mínimamente, los aportes de los profesionales de salud.

Aunque, por la naturaleza del tema se podría suponer que es el Minsa quien cobre un rol importante en la definición de las alternativas, este no tiene la influencia esperada en el tema. De acuerdo al asesor ministerial, el mecanismo de protección a los usuarios de servicios de salud públicos debe estar basado en un fondo público. De modo que, el dinero para resarcir a las víctimas de estos eventos adversos debe provenir enteramente del Estado pues este “es el que presta el servicio y tiene que asumir la responsabilidad por ese servicio”.¹⁸ Si bien Ugarte utiliza el término ‘seguro’ al hablar sobre el proyecto del Ejecutivo, este siempre busca dejar en claro que son las instituciones públicas y no los médicos quienes financien. De esta manera, al igual que Velásquez, el ministro de Salud no puede contradecir rotundamente al presidente, apoyando directamente la creación de un fondo; pero sí tergiversa la posición del presidente, al hablar de un híbrido ‘seguro-fondo’; acata, pero no cumple. Al respecto, su asesor, indica que “pueden haber posiciones

distintas y finalmente prima una. Más allá del contenido, en donde teníamos una idea distinta, en lo que políticamente sí estaba de acuerdo el ministro era en que este tema debía ser parte de la agenda política”.¹⁹

El Congreso de la República tiene una importante influencia en el establecimiento del problema de las negligencias médicas en la agenda, a través de su Junta de Portavoces, así como también, sobre una de las alternativas de solución, la del fondo, a través de su Comisión de Salud. A tres semanas de que le cortaran la pierna incorrecta al Sr. Villanueva, durante las cuales los medios cubren el tema de manera recurrente y el Ejecutivo presenta su propuesta, la junta acuerda la ampliación de la agenda y priorización en el debate del tema y, al siguiente día, la Comisión Permanente somete a debate la ley.

Las bancadas parlamentarias, con excepción de la bancada fujimorista, se alinean con los proyectos de acuerdo a su orientación de derecha o de izquierda en el espectro político. La bancada de Unidad Nacional apoya la creación de un seguro obligatorio.²⁰ También, la bancada aprista apoya esta alternativa, en respaldo a la posición de García, aunque sus congresistas médicos apoyan la propuesta del fondo; lo que genera que se vea dividida la bancada. José Vargas, jefe de bancada de ese período, indica que “siempre el Apra toma decisiones de partido... había en ese entonces una gran resistencia en la célula parlamentaria, los médicos se oponían; pero finalmente se acordó respaldar la posición del Ejecutivo”.²¹ La bancada fujimorista se pronuncia en contra de lo que podríamos

¹⁷ Entrevista, Javier Velásquez Quesquén, noviembre, 2010.

¹⁸ Entrevista, Guillermo Miranda, diciembre, 2010.

¹⁹ Entrevista, Guillermo Miranda, diciembre, 2010.

²⁰ Lo cual manifiesta la congresista de ese partido, Lourdes Alcorta, en el debate en el Pleno del 10 de marzo, señalando que son los médicos quienes deben ser responsables por sus propios errores y no el Estado.

²¹ Entrevista, José Vargas, noviembre, 2010.

esperar. “La bancada estaba de acuerdo con que haya un Fondo”,²² señala Alejandro Aguinaga, congresista y médico. Al parecer, en este tema, el fujimorismo se dejó guiar por la posición del único médico dentro de su bancada; la cual fue más gremial que programática. Por último, la bancada nacionalista se opone a la creación del seguro.

Kingdon (1984) señala que los miembros del Parlamento pueden ver constreñida su autonomía debido a grupos de presión, las demandas del electorado y el Poder Ejecutivo. A diferencia de las aseguradoras, que no ven amenazados sus intereses con ninguna de las propuestas; el gremio médico busca salvaguardar sus intereses bloqueando proyectos que impliquen desembolsos de sus miembros. Los congresistas médicos defienden los intereses de su gremio, lo cual significaba oponerse al seguro, ya que planteaba un aporte monetario. Pero, el fondo, como bien lo señalan tanto los documentos oficiales y los propios miembros de la comisión (Walter Menchola, Hilda Guevara y Daniel Robles), contempla entre sus recursos: transferencias del presupuesto público y aportes ‘voluntarios’ de los profesionales de la salud.

Existe discrepancia entre los médicos en el Congreso y los médicos fuera de él. Para Menchola, aun cuando “hay mucha responsabilidad del Estado como empleador... tenía que haber una especie de corresponsabilidad en el caso de los profesionales”.²³ Del mismo modo, Robles expresa que era necesario que los colegios profesionales dieran un aporte voluntario “para que no se vea como que todos colaboran menos ellos”²⁴ y, además, considera

que es inconsciente que los profesionales de la salud estén en desacuerdo con el aporte de sus colegios profesionales. Por el contrario, los representantes del Colegio Médico se oponen al fondo precisamente porque este implica aportes monetarios de sus miembros. Para Ciro Maguiña (decano 2010-2011), el término “aportes voluntarios te deja en el limbo...”.²⁵ El gremio médico intenta hacer presión sobre la comisión para que, además de rechazar la alternativa del seguro, el fondo no contemplara aportes siquiera ‘voluntarios’ de sus miembros. ¿Entonces, si no es en defensa de intereses del gremio médico, por qué se apoya la propuesta del fondo desde la Comisión de Salud? Esta interrogante es respondida explicando cómo el Congreso puede ver constreñida su autonomía en la presentación de alternativas de política pública debido a la injerencia del Ejecutivo.

Para los médicos de la Comisión de Salud, ante la inminencia de la creación de un seguro que obligara a los profesionales a aportar mensualmente, la mejor salida la constituyó la propuesta del fondo. Menchola expresa que “son estímulos políticos... si no te respondo, el proyecto del seguro hubiese salido...”.²⁶ Por su parte, Robles señala que “la coyuntura hizo que venga un proyecto exigiendo un seguro, nosotros respondemos al Ejecutivo”.²⁷ Guevara, Menchola y Robles son conscientes de la negativa del gremio médico hacia el fondo, pero también son conscientes de que el Ejecutivo se opondría tajantemente a una propuesta que no contemple los aportes de los profesionales de manera alguna. Además, Robles y Guevara no solo son parlamentarios y médicos, también son apristas; lo cual les plantea una doble encrucijada. Guevara

²² Entrevista, Alejandro Aguinaga, noviembre, 2010.

²³ Entrevista, Walter Menchola, octubre, 2010.

²⁴ Entrevista, Daniel Robles, octubre, 2010.

²⁵ Entrevista, Ciro Maguiña, diciembre, 2010.

²⁶ Entrevista, Walter Menchola, octubre, 2010.

²⁷ Entrevista, Daniel Robles, octubre, 2010.

señala: “Yo que soy aprista y los compañeros nos hallábamos en una disyuntiva...”²⁸ La bancada aprista no tiene un voto unánime, viéndose como un acto reprochable la posición divergente de los médicos apristas. Así, José Vargas, jefe de bancada, manifiesta que “se envían notificaciones llamándoles la atención a los compañeros que votaron fuera de la posición de la bancada. Eran médicos, había una visión particular del tema.”²⁹

Si bien es cierto que los grupos de interés tienen un rol –ciertamente importante en el caso del gremio médico– en el debate, los políticos no necesariamente asumen las posiciones de estos grupos. En primer lugar, la lógica corporativa del gremio médico que desataría el bloqueo del seguro y promoción del fondo por parte de los miembros de la Comisión de Salud explica solo en parte el proceso de formulación, pues los congresistas médicos no son movidos únicamente por intereses corporativos, sino también políticos. En segundo lugar, sí es cierto que los representantes de las compañías aseguradoras buscan que el Gobierno tome en cuenta su propuesta; pero esta presión no fue muy fuerte y no definió la toma de decisiones por parte del Ejecutivo.

Hemos examinado cómo las soluciones existentes fueron acopladas a un problema emergente. Desde la teoría de Kingdon, existe un caldo primigenio de políticas públicas donde las diferentes ideas flotan alrededor, confrontándose unas con otras y combinándose entre ellas. Estas alternativas se acoplan a problemas que cobran importancia para los gobernantes. Estos son tan solo dos elementos del proceso de acoplamiento del que habla Kingdon, que ocurre cuando una política pública llega a ser sancionada. El tercer elemento lo constituye la corriente política, que

es acoplada a los dos anteriores de tres formas principales.

Primero, un ‘estado de ánimo público’ que consideraba el tema de las negligencias médicas de gran importancia, el cual es percibido por los actores dentro del Gobierno; y que los llevó a poner ciertos *issues* en la agenda política. Los actores políticos perciben que el tema aparece como urgente en la población. Esta percepción no se da debido a una expresión directa, es la cobertura que la prensa hace del tema la que genera tal percepción en los actores de Gobierno. Segundo, un ‘cambio de prioridades’ en el Ejecutivo y en el Parlamento, donde el tema de las negligencias médicas ocupa un lugar importante. Y tercero, ‘fuerzas políticas organizadas’ apoyando y en contra de dos alternativas distintas, respectivamente, lo que genera en los políticos una imagen sobre el balance existente entre aquellos a favor y aquellos en contra de una determinada propuesta (Kingdon, 1984: 150). Es este punto de la corriente política el que dificulta el proceso de toma de decisión de la política pública que estudiamos, debido a que las presiones contrapuestas existentes llevaron a los actores, tanto del Ejecutivo como del Legislativo a intentar conciliar posiciones tan divergentes que terminó en propuestas de extrema ambigüedad: un seguro que tenía más de fondo que de seguro y un fondo que intentaba tener algo de seguro.

Este triple acoplamiento, según Kingdon, debe producirse antes de que la ventana de política pública se cierre, la cual se mantiene abierta por un período corto. La ventana de política pública es la oportunidad que tienen los defensores de propuestas de promocionar sus alternativas de solución y de conseguir atención sobre temas de su especial interés (Kingdon, 1984: 165). En este caso, reaparece un problema, el

²⁸ Entrevista, Hilda Guevara, octubre, 2010.

²⁹ Entrevista, José Vargas, noviembre, 2010.

de las negligencias médicas, con el corte de la pierna incorrecta del Sr. Villanueva como desencadenante, generando gran cobertura por parte de los medios. Tal situación genera un cambio en el estado de ánimo público que es percibido por los actores de Gobierno, sintiendo que el tema es, de pronto, de gran urgencia. Así mismo, las distintas fuerzas políticas organizadas manifiestan su apoyo y oposición a tales alternativas. De esta manera, los políticos se convierten en defensores de propuestas que deben aprovechar esta oportunidad de incrementar su beneficio, es decir, generar una imagen positiva ante su electorado a través de la aprobación de una política de solución a un problema inmediato. Por tal motivo, están dispuestos a flexibilizar sus propuestas.

Los medios de comunicación actúan como principal *agenda-setter*. Kingdon señala que la atención de los legisladores se ve afectada por la atención que prestan los medios a un determinado issue, en parte porque estos siguen a los medios como todo el mundo y, además, porque estos medios afectan a su electorado. En este caso, las negligencias médicas se convierten en un asunto inmediato y urgente. Además, esta cobertura es responsable de que el asunto se mantenga en debate, es decir, de que la ventana se mantenga abierta por más de un mes. Hilda Guevara comenta: “Pasó el tema de la pierna del Sr. Villanueva, nosotros también ya vimos que ese tema se tenía que tocar sí o sí porque la prensa hace su presión”.³⁰ Por su parte, Menchola afirma que la Comisión de Salud actuó en respuesta al ‘estímulo’ recibido desde el presidente y su propuesta de un seguro. Según el parlamentario, son este tipo de noticias las que ‘alimentan’ a los actores políticos. En esa línea, cuando se le pregunta

si cree que cabe la posibilidad de que el debate regrese al Pleno, manifiesta que tal suceso podría darse “por un hecho tan saliente como el caso del Sr. Villanueva... el Congreso se alimenta, como todos los políticos, de hechos de coyuntura”.³¹

Es esencial para los políticos que los medios cubran su participación en el debate, que su electorado sepa que sí participan de la discusión de temas importantes, que sí trabajan. Para Robles, la prensa toca un determinado tema, lo levanta y lo exagera, lo cual ayuda a que se mantenga en discusión. Además, señala que “hay muchos parlamentarios que hacen las cosas para contentar a la prensa, para que los entrevisten...”.³² Aunque, obviamente, este parlamentario dice estar exento de tal influencia. Ante la situación de alto conflicto, los actores de Gobierno perciben que lo más conveniente es dejar de impulsar sus respectivas propuestas, abandonar el debate. Es decir, perciben el cierre de la ventana. Así, Robles indica: “Cuando tú ves que hay un dictamen sobre el que no vas a obtener mayoría, ya no lo pones... déjalo ahí que vaya durmiendo hasta que de repente nuevas circunstancias puedan aparecer y favorecer su aprobación...”.³³ Por el lado del Ejecutivo, Velásquez pregunta “¿para qué insistir en una iniciativa donde no hay acuerdo?, no podemos congelarnos en una posición estéril... La dinámica de la gestión en el Estado tiene que avanzar.”³⁴

Es muy probable que si la presión desde los medios hubiese continuado de manera sostenida, alguno de los dos proyectos en cuestión habría salido, aun cuando esto implicara la aprobación de una especie de Frankenstein que tratara de quedar bien con médicos, Ejecutivo y, principalmente, la opinión pública. Todo a la vez.

³⁰ Entrevista, Hilda Guevara, octubre, 2010.

³¹ Entrevista, Walter Menchola, octubre, 2010.

³² Entrevista, Daniel Robles, octubre, 2010.

³³ Entrevista, Daniel Robles, octubre, 2010.

³⁴ Entrevista, Javier Velásquez Quesquén, noviembre, 2010.

Conclusiones

El análisis de este caso nos deja varias lecciones para la teoría sobre el *policy making* en diferentes países. Nos muestra los varios problemas de contar con partidos débiles e inmediatistas para el diseño y toma de decisiones de política pública, los riesgos de tener políticos enfocados en sobrevivir frente a la opinión pública. Este escenario se presenta en muchos países, en los que los partidos se han visto debilitados, los políticos carecen de lineamientos programáticos reales y la presión pública resulta clave para tomar decisiones.

Mirando el proceso de formulación de esta política pública, hemos encontrado que la lógica de toma de decisiones, en contextos de instituciones débiles y partidos políticos poco programáticos, responde a dos intereses principales. En principio, los actores políticos tienen la necesidad de responder a presiones de la opinión pública debido a que es muy importante para ellos mantener una buena imagen ante la población. De esa manera, el proceso de definición de agenda se rige por la marea de la opinión pública.³⁵ Pero, al mismo tiempo, estos políticos oportunistas se ven en la necesidad de negociar con los grupos de interés inmersos en el debate, principalmente el gremio médico, así como con otros políticos que son parte de la discusión. Hacen un balance entre los costos políticos de sus decisiones y acciones, como son el conflicto con otros sectores dentro del Gobierno y fuera de él, y los beneficios políticos obtenidos por su participación en el debate, los cuales se manifiestan en la creación de una imagen positiva de su labor. En esa línea, “si existe intensa oposición a una propuesta,

un defensor, a menudo, dará marcha atrás. Si mucha gente se enoja, entonces no vale la pena” (Kingdon, 1984: 151).

Nuestro argumento sobre la lógica cruzada de respuesta a la opinión pública y negociación con grupos de interés privados y miembros del Gobierno constituye un tipo de toma de decisiones, el cual, nosotros creemos es común en Estados como el peruano. De ninguna manera, pretendemos aseverar que el tipo de proceso aquí analizado vale para todos los casos. Sin embargo, creemos que la intención de quedar bien con los diversos actores que participan en los distintos debates de política pública es algo común, que proviene de la propia dinámica del *polycymaking* en países con instituciones democráticas y partidos débiles, donde es necesario aprovechar coyunturas críticas y aperturas momentáneas de ventanas para hacer que una propuesta pase.

Cuando no priman los programas, en contextos de partidos políticos débiles, frente a procesos dominados por una dinámica política cortoplacista que deviene en circunstancias mayormente azarosas e imprevisibles, es razonable que exista espacio para procesos como el descrito en este trabajo, donde la presión pública comanda y la negociación con los otros actores es más que necesaria. En cierta medida, la existencia de estos procesos explica por qué (en ciertos casos) no se toman decisiones, el inmovilismo de la clase política y la mala calidad de muchas políticas públicas.

Bibliografía

COHEN, Michael D. et al.

1972 “A garbage can model of organizational choice”. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 17, N.º 1, pp. 1-25.

³⁵ Hay un efecto político en el cual hay una especie de hipérbole... hay un punto muy alto y luego en el tiempo se va diluyendo y se comienza a tomar interés por otros nuevos temas que van apareciendo.” comenta el congresista Walter Menchola.

DURAND, José Francisco.

2005 *La mano invisible en el Estado: efectos del neoliberalismo en el empresariado y en la política*. Lima: Desco.

HABER, Stephen.

2002 *Crony capitalism and economic growth in Latin America: theory and evidence*. Hoover Press.

KINGDON, John.

1984 *Agendas, alternatives, and public policies*. Segunda edición. New York: Longman.

LEVITSKY, Steven y Maxwell CAMERON,

2003 "Democracy without parties? Political parties and 2003 regime change in Fujimori's Peru". *Latin American Politics and Society*, 45, 3, 1-33.

LEVITSKY, Steven y Lucan WAY.

2010 *Competitive authoritarianism*. Cambridge: Cambridge University Press.

MAINWARING, Scott y Timothy SCULLY.

1995 *Building democratic institutions: party systems in Latin America*. Stanford: Stanford University Press, 1-34.

MAINWARING, Scott.

1999 *Rethinking party systems in the Third Wave of Democratization*. Stanford: Stanford University Press.

MAYHEW, David.

1974 *Congress: the electoral connection*. Segunda edición. New Haven: Yale University Press.

MELENDEZ, Carlos.

2007 "Partidos y sistema de partidos en el Perú". En Meléndez y Roncagliolo, *La Política por dentro. Cambios y continuidades en las organizaciones políticas de los países andinos*. Lima: Idea.

SCHMITTER, Philippe.

1994 "¡El corporativismo ha muerto! ¡Larga vida al corporativismo!". *Zona Abierta* 67/68, pp. 61-84.

TANAKA, Martín.

2005 *La democracia sin partidos: Perú, 2000-2005. Los problemas de representación y las propuestas de reforma política*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Anexo. Lista de entrevistados

1. Daniel Robles López (PAP), congresista presidente de la Comisión de Salud en el período 2007-2008. Octubre de 2010.
2. Walter Menchola Vásquez (AN), congresista miembro de de la Comisión de Salud en los períodos 2009-2010 y 2007-2008. Octubre de 2010.
3. Amador Vargas Guerra, decano del Colegio Médico del Perú en los años 2006 y 2007. Octubre de 2010.
4. Hilda Guevara Gómez (PAP), congresista presidenta de la Comisión de Salud en el período 2009-2010. Octubre de 2010.
5. Gustavo Cerdeña, gerente general de La Positiva Seguros y presidente del Comité de Riesgos de la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (Apeseg). Octubre de 2010.
6. Yonhy Lescano Ancieta (AP), congresista autor del proyecto de ley que planteaba la creación de un Fondo de Riesgo. Noviembre de 2010.
7. José Vargas Fernández (PAP), congresista vocero de la bancada aprista en 2010. Noviembre de 2010.
8. Javier Velásquez Quesquén, presidente del Consejo de Ministros en el período 2009-2010. Noviembre de 2010.
9. Alejandro Aguinaga Recuenco (F), congresista miembro de la bancada fujimorista y miembro de la Comisión de Salud en los períodos 2009-2010 y 2007-2008. Noviembre de 2010.
10. María Sumire de Conde (N), congresista miembro de la bancada nacionalista y secretaria de la Comisión de Salud en los períodos 2009-2010. Noviembre de 2010.
11. Guillermo Miranda Hurtado, asesor del Despacho Ministerial de Óscar Ugarte Ubilluz, ministro de Salud en el período 2008-2011. Diciembre de 2010.
12. Ciro Peregrino Maguiña Vargas, decano del Colegio Médico del Perú en los años 2010 y 2011. Diciembre de 2010.