

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Modernizar el sistema de salud policial ¿héroe o amenaza?: Análisis de los factores que obstaculizaron la implementación de la reforma de salud del 2013 en la Policía Nacional del Perú durante los años 2016 - 2020

Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Ciencia Política y Gobierno presentado por:

Palacios Ponciano, Marco Antonio

Asesor:

Dargent Bocanegra, Eduardo Hernando


Lima, 2024

Informe de Similitud

Yo, Dargent Bocanegra, Eduardo Hernando, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado Modernizar el sistema de salud policial ¿héroe o amenaza?: Análisis de los factores que obstaculizaron la implementación de la reforma de salud del 2013 en la Policía Nacional del Perú durante los años 2016 - 2020 del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Palacios Ponciano, Marco Antonio dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 22%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 05/11/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 7 de noviembre del 2024

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Dargent Bocanegra, Eduardo Hernando</u>	
DNI: 07885701	 Firma
ORCID: 0000-0002-1844-246X	

Dedicatoria:

A Dios, por ser la luz que ilumina mi camino y la fuente de todas mis bendiciones. Además, por guiar mis pasos en los momentos de incertidumbre y por darme la fortaleza para seguir adelante.

A mis amados padres, Monica y José Antonio, por ser mi inspiración constante, mi motivación inquebrantable y el ejemplo de amor y superación que me sostiene cada día. Por ser quiénes me dieron la vida, así como la oportunidad de estudiar una carrera profesional en la mejor universidad del Perú.

A mis queridos hermanos, José Camilo, Andrea, Samantha y Omar, por su incondicional apoyo, su aliento constante y por soportarme en cada paso de este viaje.



Agradecimientos:

A mi asesor, Eduardo Dargent, por su invaluable guía desde el primer día. Sin sus consejos, nuestras enriquecedoras charlas y su dedicación a mi investigación, este logro no habría sido posible.

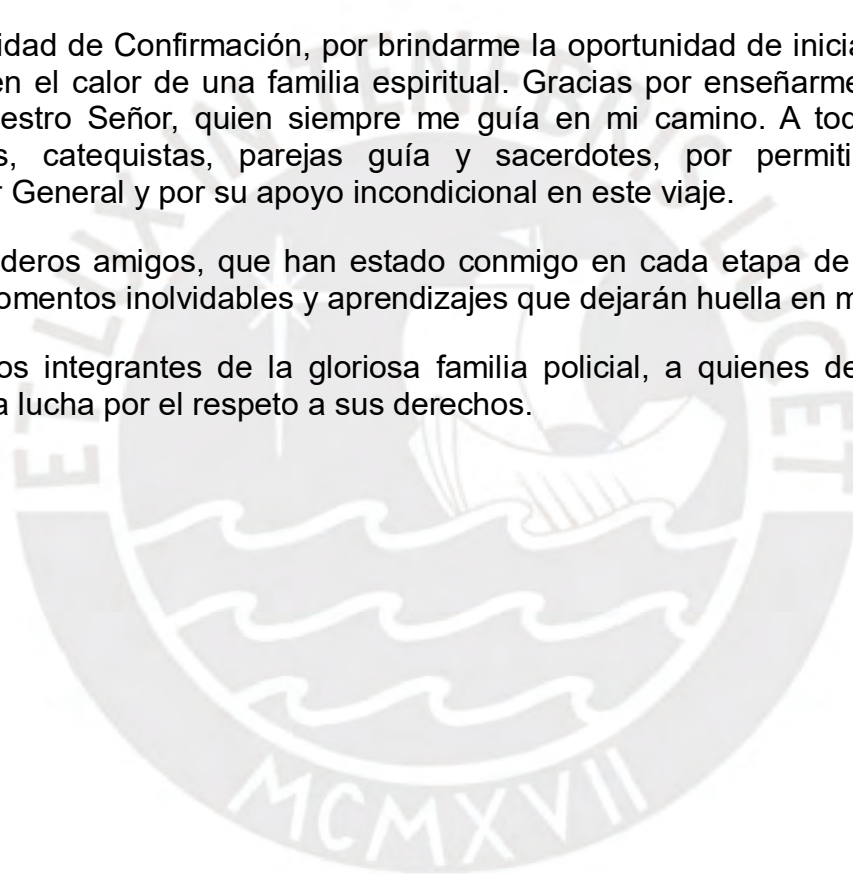
A mi familia, por ser la fuerza detrás de cada uno de mis logros y por sus sabias orientaciones en cada etapa de mi vida personal, académica y profesional. Su amor y aliento han sido fundamentales en este camino. Mamita Meche, tía Elsa y tío José, gracias por protegerme desde el cielo y ser mis ángeles durante esta investigación.

A mis profesores y jefes de práctica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, por compartir sus conocimientos con tanta sabiduría y dedicación. Su enseñanza ha sido y seguirá siendo un pilar esencial en mi desarrollo profesional.

A mi comunidad de Confirmación, por brindarme la oportunidad de iniciar y culminar mi carrera en el calor de una familia espiritual. Gracias por enseñarme el inmenso amor de nuestro Señor, quien siempre me guía en mi camino. A todos los y las confirmantes, catequistas, parejas guía y sacerdotes, por permitirme ser su Coordinador General y por su apoyo incondicional en este viaje.

A mis verdaderos amigos, que han estado conmigo en cada etapa de mi vida, por compartir momentos inolvidables y aprendizajes que dejarán huella en mi corazón.

Y a todos los integrantes de la gloriosa familia policial, a quienes defenderé con firmeza en la lucha por el respeto a sus derechos.



Resumen:

Para implementar la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, el Poder Ejecutivo en el año 2013, presentó una reforma de salud con diferentes medidas legislativas. Entre ellas, destaca la modernización del sistema de salud policial, en base a los Decretos Legislativos N° 1174 y N° 1175, las cuales tuvieron como finalidad implementar a las IPRESS, IAFA y UGIPRESS, y así mejorar la calidad de los servicios de sus derechohabientes.

En ese sentido, la presente investigación tiene dos objetivos: la primera es demostrar el fracaso de la reforma, evidenciando que no tuvo el impacto esperado en la institución policial; la segunda, es analizar y comprender los factores que obstaculizaron la implementación de la reforma de salud en la Policía Nacional del Perú.

Para ello, se ha utilizado un método de estudio de caso interpretativo cualitativo para analizar este proceso de la reforma. En consecuencia, se recopilaron documentos e informes oficiales elaborando un análisis integral. Además, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a las autoridades y funcionarios relacionados con el sistema de salud policial, profundizando en las circunstancias durante la fase de implementación.

Los resultados están en relación a las conclusiones obtenidas en el recojo de información en la documentación y las entrevistas, encontrando 7 factores que obstaculizaron la implementación, que están interrelacionados, pero que se trabajaron de manera individual para los fines de la presente investigación.

Finalmente, se proponen algunas recomendaciones para poder reforzar el sistema de salud policial, siguiendo la normativa vigente y la finalidad con la que la reforma fue implementada.

Palabras clave: sistema de salud - implementación de reforma - políticas públicas - Policía Nacional del Perú - aseguramiento universal en salud

Índice

1. Introducción	1
2. Marco Teórico	7
2.1. Políticas Públicas	7
2.2. Características del Estado Peruano	9
2.3. Factores que obstaculizan la implementación de políticas públicas	10
3. Revisión de Literatura	14
3.1. Reforma de Salud	14
3.1.1. Rectoría del Sistema de Salud	15
3.1.2. Financiamiento en el Sistema de Salud	16
3.1.3. Aseguramiento en el Sistema de Salud	16
3.1.4. Recursos humanos en el Sistema de Salud	18
3.2. Acceso y calidad de los servicios de salud	19
3.2.1. Acceso a servicios de salud	19
3.2.2. Acceso a medicamentos	19
3.2.3. Rentabilidad y sostenibilidad	20
3.2.4. Calidad y satisfacción	21
4. El Sistema de Salud de la Policía Nacional del Perú	23
5. El impacto de la Reforma de Salud en el Sistema de Salud de la PNP	30
5.1. Construcción de los criterios para la evaluación del impacto de la Reforma	31
5.2. Evaluación del Impacto de la Reforma en la Policía Nacional del Perú	35
5.2.1. Criterio I: Cobertura Poblacional (calidad en la atención)	35
5.2.2. Criterio II: Cobertura Prestacional (infraestructura y equipamiento)	39
5.2.3. Criterio III: Cobertura financiera (acceso a medicinas y servicios)	44
5.2.4. Criterio IV: Transparencia	48
6. Factores que obstaculizaron la implementación de la Reforma	53
6.1. Falta de especialización en temas de gestión	53
6.3. Rotación del personal	62
6.4. Voluntad Política	65
6.5. Relación Interinstitucional	67
6.6. Corrupción	71
6.7. Falta de presupuesto	74
7. Conclusiones	78
8. Recomendaciones	81
9. Referencias bibliográficas	82

Índice de tablas

Tabla 1: Evolución del aseguramiento en salud desde 1995 al 2008 (%)	25
Tabla 2: Construcción para evidenciar el Criterio I	35
Tabla 3: Construcción para evidenciar el Criterio II	39
Tabla 4: Construcción para evidenciar el Criterio III	44
Tabla 5: Construcción para evidenciar el Criterio IV	48
Tabla 6: Gerentes Generales de la IAFA SaludPol (2013 al 2022)	65



Índice de figuras

Figura 1: Funcionamiento del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú	29
Figura 2: ¿Qué se esperaba al implementar la reforma de salud?	30



1. Introducción

El Poder Ejecutivo buscando avanzar con la implementación de la Ley N° 29344 o también llamada Ley AUS (Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud) y su reglamento, el Decreto Supremo N° 008-2010-SA, aprobó un paquete de veintitrés (23) medidas de cambio, dentro de las facultades delegadas por el Congreso de la República mediante Ley N° 30073 para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud (o también conocido como el proceso de “Reforma de Salud del 2013”), entre las cuales incluían la modernización del sistema de salud policial. En la presente investigación, se abordará el análisis de la implementación de la reforma de salud del año 2013 en la Policía Nacional del Perú (PNP), plasmada en la promulgación de los Decretos Legislativos N° 1174 y 1175.

En pocas palabras, la promulgación e implementación de los Decretos Legislativos N° 1174 y 1175 buscaba que la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú (DIRSAPOL PNP) se debía, paulatinamente, ir convirtiéndose en una Unidad de Gestión de su aparato prestador de servicios de salud (UGIPRESS), y que con ello hubiera una relación fructífera entre la entidad y la IAFA SaludPol (reemplazando, en su adecuación a la normativa, al ex Fondo de Salud para el Personal de la Policía Nacional del Perú - FOSPOLIS); con lo cual, se lograría el objetivo de brindar una mejor calidad en la prestación de servicios y atención de los asegurados (o también llamados beneficiarios) en el sistema de salud policial.

La presente tesis se justifica en función del objetivo principal de analizar y comprender los factores que han obstaculizado la implementación de la reforma de salud de 2013 en la Policía Nacional del Perú (PNP). Este análisis no solo contribuirá al conocimiento académico sobre el tema, sino que también ofrecerá recomendaciones que faciliten la implementación de futuras reformas, tanto en el ámbito de la salud como en otras instituciones similares a la PNP.

Recordemos que esta reforma, promulgada el 06 de diciembre del 2013, mediante los Decretos Legislativos N° 1174 y N° 1175, tenía como propósito mejorar la atención médica y el bienestar de los miembros de la policía y sus familias; tomando en cuenta que, para el primer decreto, se busca “la administración eficiente del Fondo de Aseguramiento de la Salud para la familia policial, garantizando una cobertura de

salud integral, eficaz, oportuna, con calidad y calidez” (Plataforma digital única del Estado Peruano, 2013); por otro lado, para el segundo decreto, establece la normativa del Régimen de Salud de la PNP, en donde, al mando de la DIRSAPOL PNP se debe brindar servicios de prestación de salud destinados a satisfacer las necesidades de la familia policial, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de diferentes situaciones médicas (Policía Nacional del Perú, 2016).

Es fundamental considerar que uno de los pilares en la búsqueda de modernización del sistema de salud policial radica en la gestión inadecuada del fondo de salud destinado a la familia policial, lo cual ha evidenciado problemas persistentes en la administración de los recursos asignados a la salud (Costa y Neild, 2007). A pesar de los esfuerzos realizados hasta la fecha de esta investigación, continúan registrándose denuncias por parte de efectivos policiales que manifiestan su insatisfacción con la atención y el trato recibidos en las instalaciones, así como dificultades para acceder a servicios en los centros médicos (Fernández, 2016; Manco, 2016; Conexión Vida, 2016; Defensoría del Pueblo, 2020; Congreso de la República - Comunicaciones, 2021).

Por ejemplo, se han presentado denuncias que señalan presuntos actos de corrupción vinculados a la UGIPRESS DIRSAPOL PNP y a la IAFA SALUDPOL (Comisión Especial Multipartidaria de Seguridad Ciudadana, 2022), lo que evidencia una gestión deficiente de los recursos destinados a la salud en la PNP. En este contexto, han surgido diversos problemas institucionales, que incluyen investigaciones, señalamientos y conflictos políticos con las autoridades del gobierno en turno. Estas situaciones ilustran el entorno en el que se manifiesta la ineficacia en la implementación de la reforma de salud y otros aspectos relacionados con el bienestar del personal policial (El Comercio, 2022).

En el presente estudio, se han identificado desafíos en la implementación de la reforma del sistema de salud en la Policía Nacional del Perú, las cuales abarcan varios aspectos clave. La falta de especialización en gestión de salud en la DIRSAPOL PNP fue un factor importante, ya que el personal que administraba el sistema carecía de experiencia en la administración de sistemas de salud complejos. Además, la resistencia al cambio en la cultura institucional impulsado por el mantenimiento de la jerarquía, la alta rotación del personal en las unidades responsables del sistema y la

falta de voluntad política de los actores involucrados, también obstaculizaron la reforma. Por otro lado, la falta de coordinación entre las instituciones que conforman el Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú, junto con la presunta corrupción y la escasez de presupuesto, complicaron aún más el proceso de implementación. Estos factores, aunque pueden estar interrelacionados en cierta medida, se deben abordar de manera individual en la investigación para comprender completamente las barreras identificadas y proponer recomendaciones específicas que mejoren la implementación de futuras reformas en el sistema de salud de la Policía Nacional del Perú.

La relevancia de este estudio radica en su contribución al entendimiento de los factores que obstaculizaron la implementación exitosa de la reforma de salud de 2013 en la Policía Nacional del Perú (PNP). En este sentido, el Plan “Mariano Santos - 2030” destaca que la eficacia y eficiencia de la institución policial dependen en gran medida de la salud y el bienestar de su personal (p. 52).

La falta de una implementación exitosa de la reforma de salud en la institución policial podría haber generado obstáculos que impactaron negativamente en su funcionamiento, afectando su capacidad de respuesta y su efectividad en el mantenimiento del orden público y la seguridad ciudadana. Es por ello que, al identificar estos factores, se podrá obtener una visión más clara de los desafíos y limitaciones que enfrenta no solo el sector salud de la PNP, sino también otros casos de implementación de políticas públicas. Esto permitirá proponer soluciones y recomendaciones concretas para superar dichas dificultades.

Además de lo señalado anteriormente, este estudio ayuda a llenar un vacío existente en el campo de la investigación de políticas públicas y la toma de decisiones en las instituciones públicas del Perú, especialmente en lo que respecta a la implementación de reformas en el sector salud. El desarrollo de la reforma de salud, y su impacto en la institución policial, así como en los diferentes subsistemas de salud ha sido poco estudiada, lo cual termina limitando el conocimiento y deja muy escasas lecciones aprendidas de esta experiencia.

Desde una perspectiva académica, esta tesis brinda la oportunidad de profundizar la investigación sobre las reformas del sector salud y su implementación

en países en desarrollo como el Perú. Adicionalmente, el análisis de los factores que obstaculizaron la implementación de la reforma en la PNP puede brindar información y lecciones importantes para mejorar los procesos de reforma en otras instituciones y contextos similares.

Asimismo, es importante destacar el lapso de estudio seleccionado 2016-2020, el cual será utilizado para evaluar la implementación efectiva de la reforma en un período significativo y relevante. Este enfoque temporal permite analizar las barreras de implementación después de la reglamentación de los Decretos Legislativos N° 1174 y 1175, a través de los Decretos Supremos N° 002-2015-IN y 003-2015-IN, puesto que, a partir de ese momento regía la ejecución de la norma; así como también, antes de la pandemia de COVID-19, evitando así el impacto de los cambios y desafíos asociados a esta crisis sanitaria, donde se dio el colapso total del sistema de salud peruano. Como resultado, se ha optado por centrar la investigación en el período previo a la pandemia, lo que proporciona un marco más estable y coherente para evaluar qué elementos han afectado el desarrollo de la reforma.

En cuanto a la metodología de investigación empleada en este trabajo, se ha optado por un enfoque de estudio de caso. Este enfoque tiene como objetivo comprender los elementos relevantes dentro del proceso de políticas públicas a partir de un caso particular, en este caso, la implementación de la reforma de salud del 2013 en la Policía Nacional del Perú. El estudio de caso se enmarca en una investigación de tipo cualitativa interpretativa, que busca una comprensión profunda y exhaustiva de las situaciones y realidades que constituyen el objeto de estudio.

Según Ceballos (2009), los estudios de caso se enfocan en comprender un caso particular sin buscar generalizaciones a otros casos o problemas generales, lo que se conoce como estudio intrínseco. Sin embargo, la presente tesis deja importantes aprendizajes sobre la fase de implementación de políticas públicas y su repercusión para instituciones particulares como lo es la propia Policía Nacional.

Por un lado, se llevó a cabo una orientada recopilación y análisis de documentos oficiales, informes, evaluaciones y reportes proporcionados por el Ministerio del Interior, la Policía Nacional del Perú a través de la UGIPRESS DIRSAPOL PNP y la IAFA SaludPol, que, por medio de la Ley de Transparencia y

Acceso a la Información Pública, se tuvo acceso; asimismo, se llevó una exhaustiva revisión de archivos, basado en la sistematización de fuentes secundarias donde se incluyen: noticias, publicaciones, videos y material de investigación, tanto físicos como digitales, con el objetivo de recopilar los diferentes acontecimientos, denuncias y cuestionamientos que surgieron en relación con la implementación de la reforma de salud en la PNP, dentro de los límites temporales establecidos para la presente investigación.

Estos documentos son una fuente útil de información para comprender el contexto y los elementos influyentes para que no se dé una implementación efectiva de la reforma. En ese sentido, la información fue complementada con la realización de entrevistas a profundidad semiestructuradas, con la finalidad de abordar los recursos y estrategias que utilizaron los actores involucrados en la implementación de la reforma de salud. En resumen, se entrevistaron a diferentes actores en el proceso, tales como autoridades, funcionarios y políticos vinculados al Ministerio del Interior, Policía Nacional del Perú, IAFA SaludPol y al ámbito de la salud. Las entrevistas permitieron reconstruir las diversas situaciones y contextos en el proceso de toma de decisiones, así como adquirir un panorama completo y diverso, identificando posibles obstáculos y oportunidades en el proceso de implementación.

El presente trabajo se estructura de la siguiente manera: En el capítulo 2, establece el marco teórico para comprender la ejecución de políticas públicas y cómo estas se traducen en la práctica; en un primer apartado, se analiza el proceso de implementación de políticas públicas, y en un segundo, enfoca el fundamento teórico de que sustentan los factores que pueden actuar como obstáculos para la efectiva implementación. En el capítulo 3 se presenta una revisión de literatura relacionada con las políticas de salud en el Perú, lo que establece un contexto sólido para comprender la implementación y el impacto de la reforma de 2013 en el país.

El capítulo 4 describe los antecedentes históricos relevantes, así como la normativa establecida y una visión detallada del funcionamiento del sistema de salud policial en la Policía Nacional del Perú. En el capítulo 5 se presenta una evaluación profunda del impacto de la Reforma de Salud de 2013 en la PNP mediante la aplicación de criterios previamente definidos y justificados, proporcionando una visión clara de cómo la reforma ha afectado a la institución.

Por su parte, en el capítulo 6 se lleva a cabo un análisis riguroso de los factores que han obstaculizado la reforma y han contribuido a los resultados observados en el capítulo anterior. Para finalizar, en los capítulos 7 y 8 se presentan, respectivamente, las conclusiones y recomendaciones finales de la investigación.



2. Marco Teórico

El marco teórico que guiará la investigación se revisará en el presente capítulo. Esto creará una base sólida para el análisis y comprensión completa de los problemas que surgirán al implementarla. El objetivo es tener una idea clara de qué son las políticas públicas, entender la relevancia del Estado peruano y sus características dentro del proceso de implementación, y cómo los factores que se describirán más adelante obstaculizan el proceso estudiado, en especial del sector salud en el Perú.

2.1. Políticas Públicas

Las políticas públicas representan decisiones estratégicas adoptadas por el Estado, involucrando tanto a actores gubernamentales como no gubernamentales, así como diversas entidades y organizaciones a distintos niveles, con el fin de abordar problemáticas sociales específicas (Subirats, 2008). En este contexto, Roth (2009) sostiene que estas medidas se estructuran en torno a objetivos compartidos que se consideran esenciales, cuya implementación depende en gran medida de la acción de entidades gubernamentales. Estas políticas buscan influir en el comportamiento de individuos o grupos para modificar situaciones que son percibidas como problemáticas.

Un claro ejemplo de este fenómeno es la situación previa a la promulgación de la Ley AUS en Perú. Según Francke et al. (2006), existía una necesidad apremiante de reformar el sistema de salud, en respuesta a la fragmentación institucional que caracterizaba el panorama. En consecuencia, se estableció un objetivo fundamental: modernizar el sistema hacia un modelo de aseguramiento universal que garantizara el acceso a servicios de salud enfocados en la prevención y recuperación. La formulación de la Ley AUS fue posible gracias a un consenso que enfatizaba la importancia de la protección colectiva e individual, así como la colaboración de actores públicos y privados para alcanzar una salud integral que promoviera la justicia social, la equidad, la calidad y la eficiencia (Francke et al., 2006).

La reforma del sistema de salud se convirtió en una prioridad en la agenda política peruana. En este marco, las instituciones gubernamentales encargadas de supervisar y regular el sector salud desempeñan un papel crucial en la garantía de la autoridad sanitaria. Fortalecer la capacidad de estas instituciones es, por tanto, un

aspecto esencial para la efectividad de las funciones en salud pública.

La etapa de implementación es crítica para traducir intenciones políticas en acciones concretas. Este proceso no solo influye en la efectividad de la política, sino que también afecta la percepción pública sobre la institución y la confianza en la burocracia estatal. En este sentido, autores como Fernández (2015) y Roth (2009) destacan la importancia de concentrarse en la implementación de políticas públicas. La ejecución de una política involucra un entramado de actores y factores que pueden apoyar, alterar o incluso obstaculizar los objetivos iniciales (Vaquero, 2007).

Revuelta (2007) describe el ciclo de las políticas públicas, que incluye la identificación del problema, la inclusión en la agenda pública, la formulación y adopción de la política, su implementación, y, finalmente, la evaluación y posible reformulación. Además, Charles Lindblom (1991) establece una clasificación en cuatro etapas: la configuración de la agenda pública, la elaboración de la estrategia, el desarrollo de la política y su evaluación. Estas fases —agenda, diseño, implementación y evaluación— son aspectos fundamentales que se repiten en diversos enfoques teóricos.

La fase de diseño e implementación es crucial para ajustar las políticas a las necesidades sociales y fomentar la confianza en las instituciones gubernamentales. La formulación y adopción de políticas se concretan en un marco normativo que regula el comportamiento dentro de la política pública. Según Sabatier y Jenkins-Smith (1994), estas etapas no siguen un curso lineal, ya que están influenciadas por múltiples actores que pueden tener un impacto significativo. Así, la implementación de la reforma de salud de 2013 se integra en el marco más amplio de políticas públicas y afecta directamente los resultados obtenidos.

Este estudio se enfoca en la etapa de implementación de la reforma de salud dentro de la Policía Nacional del Perú, definida como el proceso de adaptación de la normativa a las condiciones prácticas, particularmente en la adecuación de la legislación existente a la institución policial. Este proceso involucra la colaboración de diversos actores con el propósito de generar resultados específicos (Subirats, 2012).

En este contexto, la implementación puede ser entendida como la realización de acciones destinadas a alcanzar los objetivos establecidos para las intervenciones

gubernamentales. Dimitrakopoulos y Richardson (2001) sugieren que este proceso abarca la aplicación de políticas públicas a través de enfoques y procesos diversos que involucran a diferentes actores. Así, múltiples actores del sector público y privado participan en esta fase, operando en diferentes niveles y etapas del proceso (Van Meter y Van Horn, 1975). En lugar de adoptar una postura neutral, estos participantes se involucran en dinámicas de presión, negociación y acuerdo (Meny et al., 1992). Esto plantea la pregunta sobre las fuerzas y elementos que impulsan o guían estas acciones.

2.2. Características del Estado Peruano

En el Perú, la clase política enfrenta un debilitamiento que, ante la complejidad de los procesos de implementación, impide la formulación y promoción coherente de reformas. Esto contribuye a la baja calidad de muchas políticas públicas (Ponce de León, 2012). En este contexto, es crucial destacar que la implementación de políticas públicas puede verse comprometida por intereses particulares o la influencia de grupos de poder, lo que a menudo resulta en la pérdida del valor sustantivo de dichas políticas. Jhony Huanachin (2020) enfatiza la necesidad de orientar la implementación de políticas públicas hacia el beneficio de la sociedad y los intereses nacionales, en lugar de favorecer a sectores específicos o grupos de poder.

Por ejemplo, Habich (2019) señala que la falta de procesos y el escaso compromiso con las políticas que benefician a los usuarios finales de la atención médica revelan la urgente necesidad de incluir a estos actores en el diálogo sobre reformas. Esto garantiza que las políticas respondan efectivamente a las necesidades de la población (p. 247). Dargent (2012) también aporta a esta discusión al señalar que, a pesar de la creatividad de burócratas y tecnócratas, enfrentan dificultades para alcanzar altos niveles de rendimiento o avanzar reformas en áreas específicas del Estado (p. 27).

Marcial Rubio (1993) enfatiza que la percepción de un Estado peruano débil, con escasa capacidad y limitado en la formulación de políticas sociales, no es consecuencia del liberalismo per se, sino que es una creación contemporánea, resultado de la reacción frente a los excesos del Estado benefactor en los últimos sesenta años, caracterizados por gasto excesivo, burocratismo, gigantismo e

ineficiencia. Este contexto ha llevado a un Estado desarticulado, poco flexible y poco sensible a las demandas ciudadanas.

Ante esta situación, es imperativo llevar a cabo una modernización o reforma administrativa que mejore y agilice los procesos internos del aparato estatal. Según el Proyecto USAID & Perú ProDescentralización (2011), esta reforma debe orientarse hacia una visión más inclusiva y humana, que esté más cercana a las realidades y necesidades de la población.

2.3. Factores que obstaculizan la implementación de políticas públicas

La implementación exitosa de políticas públicas enfrenta diversas limitaciones que deben ser superadas. Varios autores (Aguilar, 1993; Pressman y Wildavsky, 1984) destacan que estas limitaciones son determinantes para alcanzar los objetivos, metas y resultados esperados. Uno de los principales desafíos es la dificultad para anticipar todos los supuestos que pueden influir en la política durante su implementación. Esto a menudo requiere la participación de actores no previstos, así como negociaciones y coordinaciones que pueden modificar el curso de la implementación.

En este marco, Lindblom (1991) identifica dos problemas fundamentales en la fase de implementación: primero, la capacidad limitada de los actores involucrados, que se traduce en restricciones para acceder a recursos de mayor calidad; y segundo, la existencia de criterios divergentes para la aplicación de políticas específicas. Estos factores crean un entorno complejo que dificulta la consecución de los objetivos establecidos.

Los patrones de comportamiento observados en la dinámica organizativa durante la implementación se consideran factores clave. Hasenfeld y Brock (1991) sostienen que estas observaciones derivan en lo que denominan fuerzas impulsoras. Por ejemplo, dentro de la investigación es la institución policial, en la que se mantiene el espíritu de cuerpo para mencionados rubros o frentes (Plan Mariano Santos 2030, 201).

Desde la perspectiva de mencionados autores (Hasenfeld y Brock, 1991), la implementación se concibe como un campo de competencia donde diversos grupos

negocian, compiten y colaboran por el control de los recursos, lo que define el rumbo de la implementación. Esta perspectiva enfatiza el conflicto y el ejercicio del poder, ya sea mediante la imposición, negociación o cooperación, como estrategias para enfrentar los desafíos que surgen en este proceso y la interacción entre los mismos actores que la componen.

Gambi (2017) aporta a la comprensión de este proceso al describir la implementación como un proceso complejo que se desarrolla en una red de actores interconectados, tanto vertical como horizontalmente. La dimensión vertical refleja las relaciones jerárquicas entre los niveles nacional y subnacional, mientras que la dimensión horizontal resalta la participación de entidades de igual rango que buscan influir en la implementación para satisfacer sus intereses específicos.

Ponce de León (2021) enfatiza que la falta de discusión programática y de compromiso político con la reforma es un factor determinante para la deficiente implementación de la Reforma de Salud de 2007. La ausencia de debate entre partidos políticos y la falta de compromiso con la definición de políticas afectan gravemente la efectividad de la implementación (Ponce de León 2021, p. 500). En este contexto, una clase política debilitada agrava los problemas relacionados con el seguimiento y la aplicación de políticas.

Además, Arana y Huamán (2020) identifican problemas de coordinación vertical entre diversos niveles gubernamentales. La implementación de políticas que requieren la colaboración de varias instituciones públicas demanda una comunicación transversal efectiva, que permita abordar los problemas de manera más eficiente que si cada sector opera de forma aislada.

Un desafío adicional en la evaluación de programas es la variabilidad de indicadores utilizados por diferentes partes interesadas, como contratistas y gobernadores locales, que pueden dificultar la fiscalización efectiva de los objetivos establecidos (Pitsvada y LoStracco, 2002). En el ámbito de la salud, la falta de estándares claros puede resultar en una atención y servicio inadecuados para los asegurados; además, si se toma en cuenta que entre el grupo de derechohabientes del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional están presentes poblaciones vulnerables.

Es por ello que, Seinfeld et al. (2021) advierten que la inadecuada coordinación entre sectores gubernamentales representa un riesgo significativo en la gestión del complejo sistema de salud peruano. La necesidad de desarrollar capital humano y capacidades de gestión es fundamental para establecer un ente rector que defina reglas claras, asegure la continuidad de las políticas y brinde estabilidad contractual e institucional a los actores involucrados (p. 25). De Habich (2019) refuerza esta idea al señalar que un procedimiento de consenso puede facilitar la inclusión de temas en la agenda de políticas públicas y reducir las discordancias durante la fase de promulgación legislativa (p. 249).

En base a lo anterior, Gianella (2020) señala que la fragmentación del sistema de salud, que abarca aspectos como financiamiento, aseguramiento y toma de decisiones, impacta negativamente en la calidad de los servicios prestados por el MINSA. Esta falta de gobernabilidad limita la capacidad de ofrecer un sistema equitativo que responda eficazmente a las necesidades de la población. La falta de fiscalización de intereses particulares también afecta adversamente el sistema de salud en su conjunto.

Por otro lado, la corrupción en el terreno de la gestión pública tiene un grave impacto negativo en las instituciones, debilitando su credibilidad e impidiendo el logro de los objetivos trazados en diferentes planes o para lo que fueron creados. Esto conduce a un acceso desigual a bienes y servicios esenciales y perjudica la vida, la salud y otros derechos esenciales de las personas, asu vez termina condicionando la vulnerabilidad de determinados sectores (Madrid y Palomino, 2020). Además, la corrupción termina arraigándose puesto que favorece motivaciones individuales, aprovechando que, en muchas oportunidades, existe una falta de comprensión y ambigüedad en las leyes, que favorecen intereses privados e influyen en el manejo o gobierno de estas instituciones (Meza y Pérez, 2021).

Finalmente, la rotación en puestos estratégicos afecta la implementación de reformas. Abadía (2000) y Antúnez (2004) (citados en Mejía, 2019) definen la función de los directores como clave para influir en el trabajo de otros a través de decisiones y comportamientos que generen las condiciones institucionales necesarias para alcanzar los objetivos de aprendizaje establecidos. Ohemeng et al. (2018) destacan que la rotación y reasignación de personal en el servicio obstaculizan el desarrollo de

capacidades dentro de los ministerios y organizaciones, teniendo un impacto negativo en todos los niveles del sector durante la implementación de políticas públicas.

En síntesis, el trabajo de la dirección implica definir el rumbo que deben seguir las reformas e iniciativas en curso (Abadía, 2000; Antúnez, 2004, citados en Mejía, 2019).



3. Revisión de Literatura

En el presente capítulo se realizará una revisión exhaustiva de la literatura referente a la reforma de salud en la Policía Nacional del Perú. Se examinarán diversos aspectos clave de esta reforma, como la rectoría del sistema de salud, el financiamiento, el aseguramiento, los recursos humanos, el acceso y la calidad de los servicios de salud. Cada subsección se enfocará en analizar críticamente la literatura existente sobre temas específicos, tales como el acceso a servicios y medicamentos, la sostenibilidad financiera, así como la calidad y satisfacción del usuario. El propósito de esta revisión es comprender en profundidad los desafíos y la situación del sistema de salud policial para ofrecer una visión integral que contribuya a futuras mejoras en la implementación de políticas y programas de salud en la institución.

3.1. Reforma de Salud

Nepo-Linares y Velásquez (2016) llevaron a cabo un análisis del Acuerdo Nacional de 2015 en Perú, el cual estableció prioridades fundamentales para el éxito de la reforma del sistema de salud. Entre estas prioridades destaca el fortalecimiento a largo plazo del Seguro Integral de Salud (SIS) y la implementación de planes de inversión orientados hacia las futuras generaciones, así como la ejecución de políticas con una perspectiva sostenible. El estudio subraya cómo este consenso ha sentado bases sólidas para la continuidad de las políticas de salud en el país.

No obstante, a pesar de estos esfuerzos, investigaciones como las de Cañizares (2017) y Vargas (2017) evidencian desafíos persistentes en el sistema de salud peruano. Cañizares (2017) realizó un análisis de la evolución del sistema de salud entre 2005 y 2014, empleando entrevistas cualitativas con diversos actores del sector. A pesar del incremento en la financiación, se constató que este aumento no se tradujo en un acceso significativamente mejorado a servicios de salud de calidad, ni en un notable fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud (MINSU). Esto pone de manifiesto la existencia de importantes brechas en recursos humanos, infraestructura, equipamiento y acceso a medicamentos.

Mendoza-Arana et al. (2018) también examinaron la implementación de la reforma de salud de 2013 y los desafíos que enfrentó. Aunque esta reforma amplió la cobertura más allá de los criterios de pobreza y mejoró la infraestructura y el

fortalecimiento de los recursos humanos, persiste la necesidad de abordar la atención no relacionada con la pobreza y los gastos directos de los pacientes. Esta situación se debe a la falta de asignación presupuestaria destinada a estos fines.

En este sentido, Vammalle et al. (2018) reconocen los logros en términos de cobertura y protección financiera en salud en Perú, pero enfatizan la urgencia de eliminar la fragmentación del sistema. Para lograr un aseguramiento en salud más eficiente, es indispensable mejorar la coordinación a nivel subnacional y gestionar adecuadamente el presupuesto para alcanzar los objetivos anuales de política.

Estas investigaciones, en conjunto, ofrecen una visión integral de los desafíos y logros en el proceso de reforma de salud y descentralización en Perú, destacando la importancia de fortalecer la autoridad sanitaria, mejorar el acceso a atención médica de calidad y abordar las brechas en recursos y coordinación para establecer un sistema de salud más equitativo y eficiente.

3.1.1. Rectoría del Sistema de Salud

En relación con la función rectora del Ministerio de Salud, se han identificado varios desafíos y propuestas para su mejora. Gianella (2020) examina estas limitaciones, señalando la existencia de un sistema fragmentado en el que no se establece una relación efectiva entre el sector privado y el estatal. Esta situación condiciona la selección del personal idóneo y obstaculiza el fortalecimiento del primer nivel de atención. Según Gianella (2020), la fragmentación impacta negativamente la capacidad del MINSa para ejercer una gobernanza efectiva en el sistema de salud, repercutiendo en la búsqueda de un sistema equitativo que garantice el acceso universal y su sostenibilidad a largo plazo.

Bajo esta premisa, Seinfeld et al. (2021) organizan propuestas centradas en el ciudadano para mejorar el sistema de salud en Perú. A pesar de los avances en términos de aseguramiento y ciertos indicadores de salud, se reconoce que persisten desafíos en cuanto a la cobertura y el financiamiento para toda la población. Para abordar estos problemas, proponen cuatro cambios clave: separar la función rectora de la prestación de servicios de salud, implementar una plataforma informática que interconecte la información de los asegurados, garantizar un flujo adecuado de financiamiento para el sector salud y establecer redes integradas de atención médica.

Subrayan que la composición y el liderazgo del MINSA son esenciales para el desarrollo de sistemas de información eficaces.

3.1.2. Financiamiento en el Sistema de Salud

El aseguramiento universal en salud requiere un financiamiento adecuado. Sin embargo, es común que las entidades responsables de proporcionar este apoyo no estén alineadas con las metas sanitarias y la planificación en salud del país. Esta desconexión puede obstaculizar la capacidad para abordar eficazmente los problemas de salud (Cabezas et al., 2011).

Vermeersch et al. (2016) destacan la fuente de financiamiento que permitió la expansión del Seguro Integral de Salud (SIS), logrando afiliar a un gran número de personas hasta 2014. No obstante, también señalan desafíos significativos que enfrenta el sistema, como la falta de expansión del régimen semicontributivo y la subutilización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), así como la necesidad de garantizar cobertura y fiscalizar su efectividad. Además, los costos generales de la atención médica siguen siendo bajos en comparación con otros países de la región, y los ciudadanos enfrentan grandes desafíos en términos de gastos individuales.

Por ejemplo, Petrera (2016) examina los cambios en la política sectorial de salud en Perú, utilizando datos de las Cuentas Nacionales de Salud. A pesar del aumento en la ejecución del gasto, el sistema enfrenta limitaciones para responder de manera efectiva al incremento del financiamiento. Aunque ha habido avances en el aseguramiento, las restricciones en la oferta de servicios de salud dificultan que las personas afiliadas accedan a estos servicios. En este sentido, se evidencia que el país no está comprometido a asegurar el acceso universal a la salud de sus ciudadanos.

3.1.3. Aseguramiento en el Sistema de Salud

En Perú, la falta de acceso a la seguridad social en el pasado ha motivado diversas iniciativas para mejorar el sistema de salud. Se han implementado experiencias de aseguramiento público orientadas a ampliar el acceso a los servicios de salud, especialmente para las personas que viven en condiciones de pobreza (Alfageme, 2012). En este contexto, se promulgó la Ley N° 29344, que establece el

marco para el aseguramiento universal en salud (AUS) y regula aspectos como el acceso, financiamiento, regulación, prestación y supervisión de este sistema. Las investigaciones que se presentan a continuación se centran en la implementación del AUS y del Seguro Integral de Salud (SIS).

En este sentido, Jumpa-Armas (2019) analiza los primeros diez años de implementación del AUS en Perú. Bajo este sistema, el Estado asigna fondos a diversos proveedores, tanto del sector estatal como del privado, en el ámbito de la salud. Sin embargo, Jumpa-Armas (2019) señala que el AUS ha puesto más énfasis en los aspectos financieros que en la eficacia y eficiencia de la atención médica, concluyendo que esta ley, tal como fue concebida, no logró una reforma integral adecuada.

Asimismo, Beteta y Elorreaga (2020) identifican diferentes áreas de vulnerabilidad en el SIS, como institución aseguradora de salud. Estas vulnerabilidades se deben a las brechas en la asignación de recursos presupuestales hacia los centros médicos, que pueden o no estar acreditados bajo los estándares de regulación. Además, existe una brecha en la fiscalización de la asignación presupuestaria y en la calidad de atención brindada a los asegurados. A pesar de estos desafíos, se reconocen avances y se subraya la necesidad de fortalecer institucionalmente el SIS, prestando mayor atención a sus capacidades.

Desde esta perspectiva, Petrera (2018) sintetiza la investigación sobre el SIS, evaluando su ejecución presupuestal entre 2004 y 2014. Durante este período, se analiza la prestación de servicios y si realmente garantiza que las personas en condición de vulnerabilidad no incurran en gastos de su bolsillo. Utilizando datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), se identifican patrones que determinan quiénes pueden acceder a este servicio en términos de cobertura y aseguramiento, lo que a su vez amplía la demanda poblacional y supera la capacidad de la oferta en términos de personal, infraestructura y logística (Petrera, 2018).

Por su parte, Neelsen y O'Donnell (2017) comparan el uso de servicios de salud entre las personas cubiertas por el SIS y aquellas que cuentan con cobertura a través de sus empleadores. Los resultados indican que el SIS ha tenido un éxito parcial en proporcionar atención médica a las personas en situación económica vulnerable.

Aunque se observa un desarrollo fortuito en la atención de primer nivel y el acceso a ciertos medicamentos, no se ha logrado reducir significativamente la necesidad de que los pacientes paguen de su bolsillo por la atención o los medicamentos requeridos. Esto se agrava por la limitada cobertura del SIS, que impide a los hospitales ofrecer la atención adecuada, disminuyendo así el impacto del sistema (Neelsen y O'Donnell, 2017).

En conclusión, la literatura sobre la implementación del AUS y el SIS en Perú revela un impacto significativo en la cobertura de aseguramiento en salud, especialmente para la población más vulnerable. Sin embargo, persisten desafíos en términos de eficiencia, calidad y protección financiera. Abordar estos problemas es crucial para establecer un sistema de salud más justo y eficiente en el país.

3.1.4. Recursos humanos en el Sistema de Salud

Inga-Berrosipi y Arosquipa (2019) se centran en evaluar los avances en la gestión y desarrollo de los recursos humanos en el sector salud, específicamente en relación con la atención a los pacientes. Ambos autores destacan la situación de invisibilidad que enfrentan los trabajadores de salud dentro de los procesos de reforma del sistema.

En su investigación, analizan cómo se manejan y distribuyen los recursos asignados, así como el cumplimiento de las metas y el crecimiento profesional de los trabajadores en el marco del funcionamiento del sistema. Concluyen que es fundamental promover un enfoque que reconozca la importancia de los trabajadores de la salud en la formulación de una nueva visión para el sector, enfatizando que uno de los grandes desafíos es garantizar una distribución adecuada del personal según las necesidades del sistema (Inga-Berrosipi y Arosquipa, 2019).

Por otro lado, el estudio de Mendoza-Arana (2018) examina la implementación de la reforma de salud desde la perspectiva del personal que labora en este sector. Propone un nexo circular entre tres elementos: el planteamiento, el desarrollo y la evaluación de las principales propuestas, subrayando la relevancia de los trabajadores en este vínculo tripartito. Mendoza-Arana (2018) sostiene que las reformas en el sector salud pueden tener viabilidad y éxito cuando se cuenta con el personal adecuado y el conocimiento necesario para el nivel de atención asignado.

3.2. Acceso y calidad de los servicios de salud

3.2.1. Acceso a servicios de salud

El acceso a los servicios de salud en el sistema peruano es un tema de gran relevancia, y las investigaciones han proporcionado una visión detallada de los desafíos y condiciones que enfrenta la población en este contexto. Estos estudios han revelado aspectos cruciales relacionados con el acceso a la atención médica en el país.

Con la finalidad de dar mayor consistencia a la problemática, el informe que señala la OMS (2017) resaltó áreas de deficiencia en el primer nivel de atención médica en el Perú, como el acceso desigual y la falta de participación de los usuarios en las decisiones de atención médica. Además, se destacaron disparidades en equipamiento y recursos humanos entre las diferentes regiones del país.

Finalmente, la tesis de Rojas (2016) profundizó en la importancia de la calidad de la atención como factor determinante en la búsqueda de servicios médicos. La investigación identificó grupos específicos que eran más propensos a no buscar atención debido a la percepción de baja calidad en la atención.

3.2.2. Acceso a medicamentos

La frecuencia del acceso nulo a medicinas en las farmacias fue el objetivo del estudio de Mezones et al. (2014). Se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Servicios de Salud (EnSusalud, 2014), la cual abarcó centros de salud del sector privado y de varias agencias, como el Ministerio de Salud, los gobiernos regionales, la seguridad social, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. Los hallazgos indicaron que los problemas para acceder a las medicinas afectaron alrededor del 30% de los participantes. Este problema estaba relacionado con factores como recibir atención médica en los centros de salud del MINSA o del Gobierno Regional, tener más de 60 años y ser del quintil más pobre de la población.

Por otro lado, Mezones-Holguín et al. (2016) se enfocaron en evaluar las diferencias en el acceso efectivo a medicamentos entre distintos prestadores de servicios de salud en Perú. Utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (EnSusalud) de 2014.

El acceso efectivo a medicamentos se definió como la disponibilidad completa de medicamentos en todos los centros farmacéuticos que están en los hospitales, postas, centro de salud, etc. Los resultados mostraron que, si bien un alto porcentaje de asegurados recibió medicinas, aproximadamente un 30.6% no experimentó este acceso por igual. Esta carencia afectó de manera más significativa a los usuarios del Ministerio de Salud y quienes se atienden en las entidades de Gobiernos Regionales, comprendiendo a personas mayores de edad, así como a personas en situación de vulnerabilidad económica (Mezones-Holguín et al., 2016).

3.2.3. Rentabilidad y sostenibilidad

El gasto de bolsillo en salud y sus determinantes han sido objeto de diversos estudios. Investigaciones como la de Petrerá y Jiménez (2018) analizaron cómo la población en situación de vulnerabilidad que accede a atención en centros de salud estatales ha reducido significativamente su gasto personal en salud, subrayando la importancia del Seguro Integral de Salud (SIS) en esta disminución. Sin embargo, se enfatizó la necesidad de implementar medidas que protejan a los adultos mayores en situación de pobreza, asegurando así su atención individualizada.

La tesis de Montañez (2018) resaltó que, a pesar de la expansión del aseguramiento, el gasto de las familias peruanas en salud sigue siendo elevado. Esto pone de manifiesto la urgencia de abordar esta problemática, especialmente entre la población socioeconómicamente vulnerable que se encuentra excluida del sistema laboral formal. En este sentido, la investigación de Proaño y Bernabé (2018) determinó que los hogares rurales, pequeños y pobres, así como los ancianos y las personas con enfermedades crónicas, son los más propensos a enfrentar gastos médicos catastróficos que impactan gravemente sus finanzas diarias.

Un análisis realizado por Hernández-Vásquez et al. (2018) reveló que seis de cada diez personas mayores de 65 años en Perú se ven afectadas por el gasto de bolsillo, con diferencias significativas en función de factores como la procedencia urbana, el nivel educativo y la presencia de enfermedades crónicas. En este contexto, la contribución del SIS ha sido crucial para disminuir el gasto en esta población vulnerable.

Finalmente, el estudio de Guerrero (2020) identificó una relación dual negativa

entre el incremento del gasto en salud y la escasez de recursos humanos en atención médica. Además, destacó que Perú carece de personal especializado en salud en comparación con otros países de Latinoamérica, lo que limita la capacidad de brindar los servicios necesarios para el sistema.

Para concluir, los estudios desarrollados anteriormente enfatizan la importancia de abordar los desafíos relacionados con la financiación de los servicios de salud en nuestro país, así como la carga monetaria y de gasto que representa para los hogares, especialmente para los más vulnerables. Se enfatiza la importancia de políticas y estrategias que promuevan la equidad en el acceso a la atención médica y reduzcan el gasto de bolsillo, especialmente en el contexto de enfermedades específicas y entre la población adulta mayor.

3.2.4. Calidad y satisfacción

En esta sección, se ha abordado el tema de la seguridad del paciente y la comunicación en el sistema de salud en el contexto peruano. El ensayo de Santivañez-Pimentel (2018) destaca la importancia de mejorar el aseguramiento de la persona dentro del aparato estatal, en el que todos los esfuerzos en este sentido han sido fragmentados y poco sistemáticos hasta el momento. Se enfatiza la necesidad de una visión unificada, una regulación más sólida, una gestión de riesgos más efectiva y la participación activa de los usuarios en este aspecto.

Por último, pero no menos importante, Mejía-Álvarez et al. (2018) examinaron cómo se sienten los asegurados ante la atención, y como estas se configuran en las relaciones entre quién presta el servicio y quién lo recibe, en los establecimientos MINSA. Los estudios sugieren que mejorar el diálogo entre pacientes y profesionales de la salud es esencial y sugieren la necesidad de capacitación y el uso de técnicas de comunicación efectivas para brindar un cuidado médico más centrado en la persona.

En conjunto, estos estudios resaltan la relevancia de abordar la seguridad del paciente y la comunicación en el sistema de salud peruano para garantizar una atención de calidad y satisfacción de los usuarios. Estos aspectos son fundamentales para mejorar la calidad de la atención médica y fortalecer el sistema de salud en el país.

A modo de cierre de este capítulo, la revisión de literatura presentada sobre las políticas en salud, sus principales obstáculos y reformas a modo de cambio, destacan los desafíos persistentes, como la fragmentación del sistema y los problemas financieros, así como los avances significativos, como la ampliación de la cobertura y la mejora en la protección financiera. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la autoridad de salud, mejorar el acceso a servicios médicos de calidad y abordar las brechas en recursos y coordinación para lograr un sistema más equitativo y eficiente en el país. Estas conclusiones son fundamentales para guiar futuras políticas y acciones destinadas a mejorar la salud y el bienestar del personal policial y sus familias en el Perú.



4. El Sistema de Salud de la Policía Nacional del Perú

En este capítulo, se abordará una descripción detallada del sistema de salud policial, incluyendo la estructura organizativa, las funciones de cada organismo y el propósito de su existencia. Se explicará la naturaleza y el objetivo de la búsqueda de modernización del sistema de salud policial, así como la problemática histórica que condujo a la implementación de la reforma de salud en 2013. Este análisis permitirá comprender mejor el contexto y los desafíos asociados con la evolución del sistema de salud policial, brindando una visión integral de su funcionamiento y las razones detrás de los cambios implementados.

El FOSPOLI, antiguo Fondo de Salud para el Personal de la Policía Nacional del Perú, fue establecido por el Decreto Supremo N° 015-B-87-IN, modificado por el Decreto Supremo N° 001-91-IN y el Decreto Supremo N° 009-2008-IN, con el objetivo de financiar la atención y aseguramiento integral de la salud de los miembros de la Policía Nacional del Perú en actividad, disponibilidad y retiro, así como de sus familiares con derecho; quién prestaba un servicio complementario a lo que realiza la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú (DIRSAPOL PNP).

Este fondo, hasta el día de hoy, está constituido por el aporte del Estado equivalente al 6% de las remuneraciones mensuales del personal de las Policía Nacional del Perú, en situación de actividad, disponibilidad o retiro; asimismo, por las aportaciones que efectúa el Estado por los cadetes de las Escuelas de Oficiales y Alumnos de las Escuelas Técnicas - Superiores, sin ningún tipo de modificación desde el año en el que se reglamento la norma mediante Decreto Supremo.

Específicamente, dentro de este antiguo sistema de salud en la Policía Nacional del Perú, Costa y Neild (2007) mencionan que “era pasmosamente ineficiente y prácticamente no proveía ningún tipo de servicio fuera de Lima.” (p. 119). Además, ambos autores mencionan que en la problemática de la existencia de irregularidades en el abastecimiento de las medicinas “los comandantes regionales y distritales recibían ganancias al vender en el mercado los medicamentos que eran enviados al resto del país.” (p. 119)

Por otro lado, mencionan que el profundo significado y la gran magnitud del manejo de los intereses particulares que el propio statu quo protegía, lo cual termina

ocasionando una gran resistencia, en la interna de la Policía Nacional del Perú al cambio institucional. Asimismo, Gino Costa y Carlos Basombrío (2004), nos muestran más a profundidad la realidad de la situación del sistema de salud con la irregularidad en el abastecimiento de las medicinas:

“La mayoría de los hospitales de la Policía, en el país, están desabastecidos de medicinas, lo que obliga a los policías y a sus familiares a adquirirlas a precios de mercado, en las farmacias privadas que están cerca al Hospital Central, cuando, en realidad, estas personas tienen que recibirla gratuitamente.” (p. 52).

Una de las principales problemáticas descrita anteriormente, se da a raíz de que en la metodología del antiguo sistema, la adquisición de las medicinas se realizaba con precios sumamente sobrevalorados intencionalmente, o que se encuentren vencidas, o que presenten un determinado stock de implementos para la salud de los efectivos policiales, pero que la hora de hacer la fiscalización respectiva, se puede encontrar, que están suplantados por otras medicinas, supuestamente, también compradas o que ni siquiera han llegado a las bodegas del mencionado fondo de salud, tanto Gino Costa y Carlos Basombrío (2004) coinciden en el hecho de que se “estarían hurtando los productos para que las farmacias, que son manejadas por oficiales de la Policía, puedan venderlas.” (p. 52)

Por otro lado, el sistema de salud donde FOSPOLI estaba presente, presentaba a la equidad de acceso a los servicios y prestaciones de salud como deficientes. Así como lo mencionan, se comenzaba a presentar una cobertura prácticamente insuficiente, con grandes y notorias exclusiones en la práctica, incluso donde los demás subsistemas de aseguramiento tienen planes limitados. (Wilson et al., 2009).

Tabla 1*Evolución del aseguramiento en salud desde 1995 al 2008 (%)*

	1985	1994	1997	2000	2003	2004	2005	2007	2008
Con seguro	17.6	23.4	22.7	32.3	41.7	36.5	35.3	43.3	42
EsSalud		20	19.4	19.7	16.1	15.7	15.3	17.9	20
SIS					21	16.6	16.3	18.4	18
Otro	0	3.4	3.3	12.6	4.6	4.2	3.7	6	4
Sin seguro	82.4	76.6	77.3	67.7	58.3	63.5	64.7	56.7	58

Fuente: De "La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación" por Wilson, L., Velásquez, A., & Ponce, C. (2009).

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200013

Históricamente, la Policía Nacional, desarrolló su propia oferta para una población cautiva (policías en actividad, en retiro y sus familiares). Lamentablemente, la oferta tuvo muchos problemas en el tema de la calidad de atención, financiamiento y de cobertura (la demanda supera la capacidad de oferta), por lo que la PNP se vio obligada a usar oferta externa (no PNP). Antes de la implementación de los Decretos Legislativos N° 1174 y 1175 se hacía de manera "artesanal"; por lo que, ante la aprobación de estos, se buscó definir con claridad los roles y funciones de los actores del sistema de salud policial.

La Ley AUS se aprobó en el año 2009, y tiene como objeto crear un marco jurídico para la cobertura universal en salud, con la finalidad de garantizar el derecho a la seguridad social en salud, así como de establecer la normativa para el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento. De manera específica, esta Ley, busca garantizar el libre acceso a las prestaciones de salud, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, supervisando su eficaz funcionamiento; es por ello que, en la citada norma, se define los roles de las organizaciones como las IAFAS (Instituciones Administradoras de Fondos) quiénes administran los recursos, gestionan el financiamiento y compran servicios de prestación y atención médica pública, privada o mixta; las IPRESS (Instituciones Prestadoras de Servicios) quiénes le venden los servicios de prestación y atención médica para los asegurados; y las UGIPRESS (Unidades de Gestión de IPRESS) quiénes supervisan y gestionan las instituciones prestadoras de servicios de salud, asegurando calidad según los estándares y normatividad vigente.

En resumen, las IAFAS tienen un rol administrativo y financiero, asegurando

una correcta gestión de los recursos destinados a la salud, mientras que las IPRESS son responsables de la prestación de los servicios de salud a los asegurados, garantizando la calidad y accesibilidad de la atención médica (Congreso de la República del Perú, 2009, Ley 29344, Artículo 7 y 8). Ambas instituciones son fundamentales en la implementación y funcionamiento efectivo del sistema de aseguramiento universal en salud en el marco de la Ley AUS.

Posteriormente, en el año 2010, la Ley AUS se reglamentó a través del Decreto Supremo N° 008-2010-SA; sin embargo, no generó ningún cambio en los diferentes actores del sistema de salud, fuera de lo administrado por el Ministerio de Salud (MINSa), como lo son la Policía Nacional del Perú, las Fuerzas Armadas, etc. Esto se ve evidenciado en la Séptima Disposición Complementaria Transitoria donde se menciona que "(...) los Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales, en un plazo que no será mayor a los dos (2) años contados desde la vigencia del presente Reglamento, deberán adecuar su organización interna y funcionamiento a los de una IAFA." (Presidencia de la República del Perú, 2010, Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Disposiciones Complementarias Transitorias).

Tres años después, se dio inicio al proceso de reforma del sector salud en el Perú, este hito importante empezó con la aprobación de la Resolución Suprema N° 001-2013-SA el 8 de enero de 2013, tan solo cinco meses después de que la ministra de Salud, Midori de Habich, asumiera su cargo. Con sus avances y limitaciones, todo esto culminó en un segundo paso: la publicación de los "Lineamientos y medidas de Reforma del Sector Salud" en julio de 2013, presentado por el Consejo Nacional de Salud. Este documento expone un conjunto de propuestas con mandatos, fundamentos y planes operativos a largo plazo; además, tuvo como objetivo principal mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, ampliar la cobertura de atención y reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud (Consejo Nacional de Salud, 2013).

Para ello, se establecieron medidas como el fortalecimiento del primer nivel de atención, la modernización de la gestión, la ampliación de la cobertura, el fortalecimiento de la participación ciudadana y el fortalecimiento de la investigación y desarrollo en salud, basándose bajo doce principios rectores (Velasquez et al., 2016). En ese sentido, la reforma de salud descrita en los documentos de 2013 se puede

caracterizar como una reforma “centrada en el usuario”, evidenciado posteriormente con los dos decretos legislativos los que guardan relación con la institución policial como parte de la anunciada reforma (Mendoza-Arana et al., 2018).

El primero fue el Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, fue creado para adecuar el FOSPOLI a la normatividad vigente (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1174, Artículo 1). A través de este decreto, se reconoce la personería jurídica de derecho público del fondo, con calidad de administradora de fondos intangibles de salud policial, adscrita al Ministerio del Interior (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1174, Artículo 1).

El segundo fue el Decreto Legislativo N° 1175, también llamado Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú. Su objetivo principal es regular el régimen de salud del personal de la Policía Nacional del Perú y sus familiares derechohabientes, así como establecer las competencias, funciones, financiamiento, niveles de coordinación y relación organizacional con las diferentes unidades orgánicas de la institución y entidades de salud del sector público, privado o mixto (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1175, Artículo 1).

Por su lado, la IAFA SaludPol debería de convertirse en una verdadera administradora de fondos con capacidad de comprar servicios a los proveedores, y su principal proveedor será la red de establecimientos de la propia UGIPRESS DIRSAPOL PNP (red de establecimientos de salud preferente) así como de establecimientos no PNP o externos para poder cubrir la demanda y necesidades de los asegurados; por otro lado, la UGIPRESS DIRSAPOL PNP debería de convertirse en una unidad de gestión moderna de todas sus IPRESS (la PNP tiene establecimiento de tres niveles: tercer nivel o alta complejidad - Hospital Central PNP, segundo nivel o intermedio - Hospital Augusto B. Leguía y primer nivel o básico

- Policlínicos PNP), por lo que la Jefatura de la Sanidad PNP debe de gestionar toda la oferta para convertirse en el actor que se relaciona con la administradora de fondos, que le vende los servicios de su propia red (con su tarifa determinada) y que pueda intermediar la relación entre la IAFA SaludPol y otra entidad externa (no PNP) que puede complementar su propia oferta de servicios.

El objetivo del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (IAFA SaludPol) es obtener, retener y administrar los recursos destinados a financiar prestaciones de salud o brindar protección contra riesgos de salud a sus beneficiarios, siendo estos todos los miembros del personal de la Policía Nacional del Perú (PNP) en actividad, disponibilidad o retiro con derecho a pensión, así como los cadetes y alumnos de las Escuelas de Formación de la PNP en todo el país (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1174, Artículo 3).

La autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestaria y contable de la IAFA SaludPol permite “contribuir al fortalecimiento de un Sistema de Salud que asegure la atención integral en salud del personal de la PNP y sus derechohabientes” (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1174, Artículo 1). Posteriormente, mediante el Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía del Perú, se modifica el Art. 5° del Decreto Legislativo N° 1174 (Presidencia de la República, 2013) en el que se establece que “el Directorio es el máximo órgano de dirección de la IAFA SaludPol y le corresponde establecer la política institucional y supervisar la aplicación de la misma”. De esta manera, se busca una mayor eficacia y eficiencia en la gestión del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú.

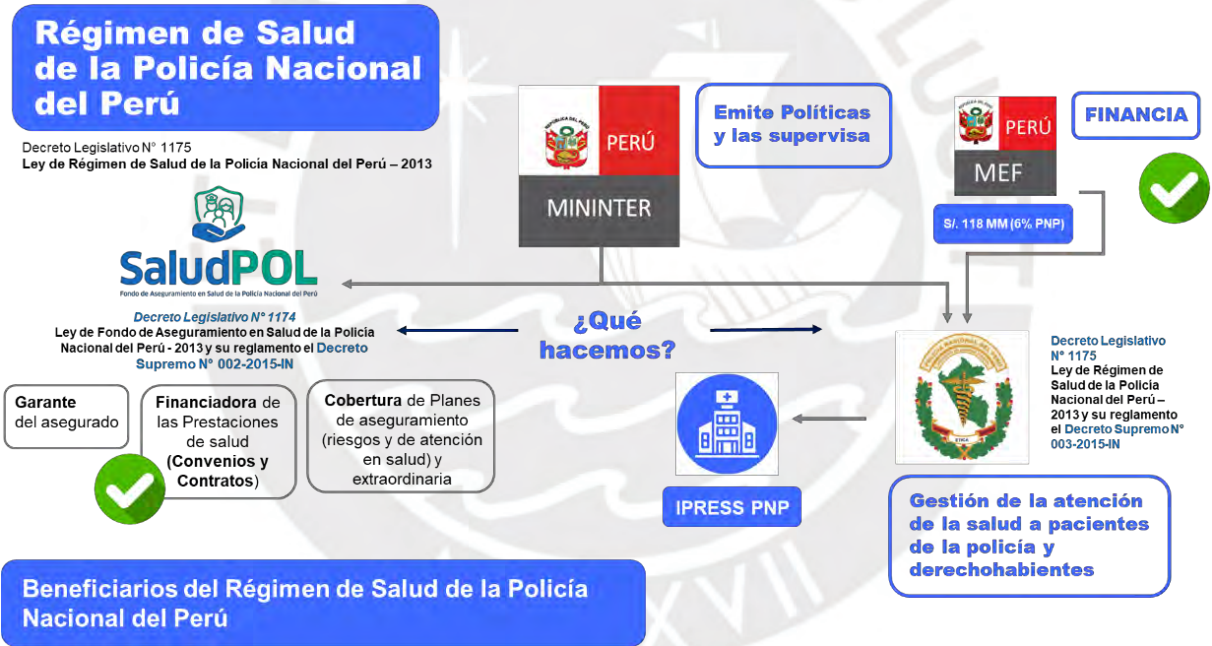
Por otro lado, el decreto establece que el Régimen de Salud PNP forma parte del Sistema Nacional de Salud rigiéndose por los principios de obligatoriedad, calidad, continuidad, ética, eficiencia, eficacia, equidad, transparencia, simplicidad, solidaridad y ecoeficiencia (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1175, Artículo 1 y 4). En este también se definen los derechos y deberes de los beneficiarios, así como las prestaciones y coberturas que deben recibir. Asimismo, se establece la creación de la Dirección de Salud de la Policía Nacional del Perú (DIRSAPOL) como el órgano responsable de la gestión y coordinación del régimen de salud (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1175, Artículo 3 y 5).

Entre las principales disposiciones del decreto, se encuentra la obligatoriedad de afiliación al Régimen de Salud PNP para el personal policial y sus familiares. Se establece la prestación de servicios de salud tanto en establecimientos propios de la PNP como en convenio con entidades del sector público, privado o mixto. Se promueve la formación, capacitación y especialización de los recursos humanos en

salud de la PNP. El decreto también regula aspectos relacionados con la gestión financiera, la participación de los beneficiarios en la toma de decisiones y la supervisión y control del régimen de salud (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1175, Artículo 6).

En conclusión, esta descripción del sistema de salud policial y las reformas que se han llevado a cabo muestra una serie de obstáculos que han impedido que funcione de manera efectiva. No obstante, gracias a la aprobación de leyes y la implementación de reformas estructurales, como la adecuación de FOSPOLI hacia una IAFA SaludPol y la instauración del Régimen de Salud PNP, se ha empezado a realizar avances en la búsqueda por la modernización y optimización del sistema

Figura 1
Funcionamiento del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú



Fuente: Elaboración a partir de los Decretos Legislativos N° 1174 y N° 1175

5. El impacto de la Reforma de Salud en el Sistema de Salud de la PNP

Para evaluar la efectividad y los logros de la Reforma de Salud en la Policía Nacional del Perú (PNP) entre 2016 y 2020, se llevará a cabo una evaluación detallada en este apartado. El objetivo central de este capítulo radica en determinar si la implementación de esta reforma cumplió con los objetivos y metas establecidos o si, en cambio, se verifican indicios de un fracaso en su consecución.

Este abordaje analítico se estructura en torno a cuatro criterios fundamentales, cuidadosamente seleccionados en función de su capacidad para arrojar luz sobre la efectividad de la reforma en diferentes áreas cruciales. Cada uno de estos criterios se alinea con los propósitos originales de la Reforma de Salud del 2013, que se propuso mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud para los peruanos y peruanas, donde también se buscaba el efecto en los subsistemas, como en el que pertenecen los policías y sus familias. Esto puede entenderse mejor a través del siguiente diagrama, adaptado por quienes fueron parte de la formulación e implementación de la reforma en el sistema de salud:

Figura 2

¿Qué se esperaba al implementar la reforma de salud?



Nota. La figura muestra los principales objetivos de la reforma de salud del 2013. Fuente: Adaptado de "Reforma del sector salud en el Perú: Derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios", por Velásquez, A., Suarez, D., & Nepo-Linares, E. (2016)

La importancia de este análisis radica en su capacidad para proporcionar una visión más nítida y fundamentada del impacto de la Reforma de Salud en la PNP. Al analizar críticamente los logros y los errores en áreas como la cobertura poblacional, la atención, la infraestructura, el acceso a medicamentos y especialidades, y la transparencia financiera, se pueden sentar las bases para una comprensión más sólida de la efectividad de la reforma. Es un ejercicio necesario para comprender de manera rigurosa si los resultados alcanzados concuerdan con las metas establecidas inicialmente o si, por el contrario, se manifiesta. También es importante destacar que este análisis es una preparación necesaria para uno mucho más exhaustivo, en el que se analizará en profundidad los elementos que impiden el éxito de la reforma. Mediante este enfoque crítico y orientado a la evidencia, se busca contribuir a una comprensión profunda de un proceso que tuvo un impacto directo en la prestación de servicios de salud a la comunidad policial y sus familias.

5.1. Construcción de los criterios para la evaluación del impacto de la Reforma

Los criterios de evaluación delineados en esta investigación se han forjado a partir de los objetivos subyacentes de la Reforma de Salud del 2013. La reforma, con su esencia, procuraba atender diversas facetas del sistema de salud. En primer plano, se estableció como meta extender la cobertura de aseguramiento de manera universal, persiguiendo así la protección individual de las personas y sus familias (Ministerio de Salud, 2012, p. 12). Esta ampliación de la cobertura se proyectaba para abarcar a toda la población dentro de los regímenes de aseguramiento existentes, con la finalidad de optimizar el acceso y la calidad de los servicios proporcionados por los distintos proveedores del sistema de salud (Ministerio de Salud, 2012, p. 18). En este escenario, se concebía la importancia de que los establecimientos de salud ofrecieran seguridad, garantía, efectividad y calidad, conformando una red funcional articulada y orientada hacia la atención primaria de la salud, promoviendo así niveles de atención más eficaces.

Un aspecto crítico contemplado en la reforma se centraba en la revalorización de los trabajadores de la salud, promoviendo condiciones propicias para su pleno desarrollo y la adecuada realización de sus funciones (Ministerio de Salud, 2012, p. 9). En este contexto, el enfoque estaba puesto en implementar una política integral de recursos humanos que sustentara la mejora del sistema en su conjunto.

Paralelamente, se reconocía la necesidad imperiosa de cerrar las brechas en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2012, p. 9). En otras palabras, se planteaba incrementar la inversión pública con una planificación a largo plazo y una visión territorial, con la meta de mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos existentes.

La normativa y disponibilidad de medicamentos de alta calidad, así como el fortalecimiento de la capacidad tecnológica del sector para la fabricación de productos esenciales como fármacos y vacunas, fueron componentes clave de esta reforma (Ministerio de Salud, 2012, p. 26). Además, se buscaba mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos destinados a la salud mediante el intercambio de servicios, fomentando la colaboración y coordinación efectiva entre los proveedores y financiadores del sistema (Ministerio de Salud, 2012, p. 9).

En lo que respecta al financiamiento, se preveía una disminución gradual del gasto en salud de los hogares mientras se incrementaba la financiación pública. La modificación de la estructura financiera se complementaba con políticas de distribución de fondos más justas, con el fin de reducir las disparidades en el acceso a la atención médica (Ministerio de Salud, 2012, p. 20).

Estas propuestas se materializaron como expresiones tangibles del compromiso con el bienestar y la salud de la población peruana, una premisa esencial para el florecimiento y desarrollo del país en su conjunto; siendo, para la Policía Nacional del Perú, la promulgación de los Decretos Legislativos N° 1174 y 1175. En este marco, los criterios de evaluación seleccionados para analizar la implementación de esta reforma resultan fundamentales para discernir el grado de alineación entre estas ambiciones originales y la realidad palpable, permitiendo desentrañar las causas y consecuencias del fracaso experimentado en este proceso de reestructuración en el marco de la PNP durante el período 2016-2020.

Por ende, los criterios elegidos, diseñados con el propósito de proporcionar un análisis informado sobre el impacto que ha tenido dicha implementación, se dividen en cuatro dimensiones fundamentales:

a. Criterio I: Cobertura poblacional (calidad en la atención)

Este criterio se orienta hacia la evaluación exhaustiva de la calidad de la atención y el acceso a servicios de salud para todos los miembros de la Policía Nacional y sus familiares derechohabientes. Los indicadores subyacentes se centran en cuestiones cruciales, como la mejora de la satisfacción de los usuarios y la implementación de protocolos y estándares de atención para asegurar una atención médica eficaz. La medición se basa en la cantidad de miembros de la Policía Nacional asegurados a servicios de salud, así como en la identificación y seguimiento de quejas o reclamos relacionados con la calidad de la atención. Además, se considera la implementación de protocolos y guías clínicas como un factor esencial para garantizar la coherencia y eficacia de la atención médica.

b. Criterio II: Cobertura prestacional (infraestructura y equipamiento)

En esta dimensión, el foco se dirige hacia la infraestructura y el equipamiento de los establecimientos de salud centrales de la Policía Nacional. Se evalúa la capacidad de dichas instalaciones para brindar servicios de salud de alta calidad. Los indicadores clave abordan la mejora del equipamiento y la disponibilidad de recursos humanos suficientes para hacer frente a la demanda de servicios de salud. La evaluación del estado general de la infraestructura de los centros de salud centrales de la PNP es esencial para determinar si se han realizado mejoras significativas en términos de condiciones físicas y tecnológicas.

c. Criterio III: Cobertura financiera (acceso a medicinas y servicios)

Este criterio se enfoca en la garantía de acceso a medicamentos y especialidades médicas esenciales para el tratamiento de los asegurados. Se busca analizar si se ha establecido un sistema de reembolso adecuado que permita cubrir los gastos de salud de manera efectiva. Los indicadores reflejan el porcentaje de medicamentos y especialidades médicas disponibles en comparación con los contemplados en el plan de cobertura, así como de reembolso de gastos de salud realizados por los asegurados. Estos indicadores son cruciales para evaluar si los beneficiarios pueden acceder a los tratamientos y servicios necesarios sin dificultades financieras significativas.

d. Criterio IV: Transparencia

La dimensión de transparencia se centra en la existencia y efectividad de mecanismos de control y rendición de cuentas para asegurar la adecuada utilización de los recursos financieros destinados a la salud. La medición se basa en la transparencia en la divulgación de información financiera y presupuestaria relacionada con las transferencias de fondos, lo que incluye la rendición de cuentas y la publicación de informes. Esta dimensión es crucial para evaluar si existe una gestión transparente y responsable de los recursos financieros destinados a la reforma de salud.

Finalmente, es importante señalar que la recopilación de reportes e informes institucionales no es el único pilar de este análisis exhaustivo. Además, se incorpora un conjunto diverso de voces y perspectivas que contribuyen al enriquecimiento del panorama de estudio. Entre estas fuentes se incluyen declaraciones de ex ministros de Salud y del Interior, así como de ex funcionarios de la IAFA SaludPol y la Policía Nacional del Perú. También se ha tomado en cuenta la valiosa información proveniente de noticias, reportajes y artículos de investigación periodística.

La integración de esta variedad de insumos informativos es esencial para asegurar una comprensión más abarcadora y matizada de los resultados de implementación de la reforma de salud en la PNP. Las declaraciones de actores clave en el ámbito de la salud y la seguridad, así como el análisis de investigaciones periodísticas, añaden profundidad y amplitud al análisis. Estas fuentes complementarias aportan una perspectiva desde diversas esferas de influencia, ofreciendo un entendimiento más completo de las dinámicas y desafíos que rodean la temática en cuestión.

Estos elementos intrínsecos al contexto institucional y social son esenciales para contextualizar el posterior análisis crítico en el presente subcapítulo. A través de la convergencia de información proveniente de múltiples fuentes, se aspira a construir un panorama analítico sólido y equilibrado, que permita evaluar con agudeza si la reforma logró concretar sus objetivos o si, por el contrario, se vislumbran signos de un proceso que no cumplió con las expectativas establecidas. En esta búsqueda de una evaluación rigurosa y fundamentada, la diversidad de voces y perspectivas emerge como una fortaleza metodológica que enriquece el entendimiento de un fenómeno de relevancia institucional y social.

5.2. Evaluación del Impacto de la Reforma en la Policía Nacional del Perú

5.2.1. Criterio I: Cobertura Poblacional (calidad en la atención)

Tabla 2

Construcción para evidenciar el Criterio I

Criterio	Indicadores	Medición
Cobertura poblacional (calidad en la atención)	<p>a. Número de miembros de la Policía Nacional del Perú asegurados a servicios de salud.</p> <p>b. Número de quejas o reclamos relacionados con la calidad de la atención.</p> <p>c. Número de protocolos y guías clínicas implementadas para la atención médica.</p>	<p>a. ¿Todos los miembros de la Policía Nacional y sus familiares derechohabientes tienen acceso a servicios de salud individuales y públicos de calidad?</p> <p>b. ¿Se ha mejorado la calidad y satisfacción de los usuarios en los servicios de salud de la Policía Nacional del Perú?</p> <p>c. ¿Se han implementado protocolos y estándares de atención para asegurar una atención médica eficiente y efectiva?</p>

Fuente: Elaboración propia.

Según el artículo de Fernández para el diario El Comercio (2016), se observa que la calidad de la atención en la Sanidad Policial presenta problemas en relación con el criterio I de cobertura poblacional. Los servicios de salud no están satisfaciendo adecuadamente las necesidades de los miembros de la Policía Nacional y sus familiares derechohabientes (Fernández, 2016). El artículo no proporciona información sobre mejoras en la forma de prestación y la satisfacción de los asegurados, lo que indica que la reforma no ha garantizado una atención médica de calidad en la institución. Además, no se mencionan los procedimientos específicos que se han implementado para garantizar una atención médica efectiva y eficiente, como los protocolos y estándares de atención.

En relación al criterio I de cobertura poblacional, la Resolución Ministerial N° 859-2016-IN, emitida el 16 de septiembre de 2016, que declara como prioridad sectorial el mejoramiento de la prestación de servicios de salud al personal policial de la Policía Nacional del Perú y sus familiares derechohabientes, reconoce

explícitamente “la existencia de graves deficiencias en el Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú” (Ministerio del Interior, 2016, Resolución Ministerial N° 859-2016-IN). Se mencionan problemas como la falta de recursos humanos y logísticos, la falta de medicamentos esenciales y la atención insuficiente. Estas deficiencias tienen un impacto directo en la calidad de la atención médica y en la cobertura poblacional de los servicios de salud (Ministerio del Interior, 2016, Resolución Ministerial N° 859-2016-IN, Artículo 3).

En la misma línea, el Plan Operativo Institucional de la IAFA SaludPol del 2016, a nivel de misión, se mencionó que se deben desarrollar herramientas de gestión para asistir a los usuarios de seguros, como un Manual de Buena Atención al Usuario y normas sobre consejos, referencias y felicitaciones (SaludPol 2016, p. 15). También se deben crear herramientas de trabajo como estudios de oferta y demanda, planes de utilidades, estructura de costos y estudios actuariales para la emisión de seguros (SaludPol 2016, p. 15). Se debe completar la definición e implementación del proceso de membresía y acceso de usuarios y se deben proponer indicadores de calidad IPRESS para mitigar los riesgos de desempeño (SaludPol 2016, p. 15).

Además, está previsto realizar una investigación de accidentes y completar la implementación de oficinas descentralizadas regionales y macrorregionales con base en un mapa de procesos que incluye procesos de tareas a nivel estatal (SaludPol 2016, p. 16). Con el primero, se habla del desarrollo de herramientas de gestión para asistir a los usuarios de seguros, la definición e implementación del proceso de membresía y acceso de usuarios, y la propuesta de indicadores de calidad IPRESS están relacionados con la mejora de la cobertura poblacional y la calidad en la atención de los servicios de salud, por lo que aún se estuvo tomando acciones para poder alcanzar el objetivo plasmado.

El informe de la Contraloría General de la República del año 2018 proporciona datos reveladores en base a cómo se viene ofreciendo la atención médica en los establecimientos de salud de la Policía Nacional del Perú, lo cual puede ser analizado en el contexto del criterio de cobertura poblacional. El informe destaca que el 38% de los establecimientos visitados, entre ellos los hospitales de la Policía Nacional (46%), no cumple con la normativa aplicable al funcionamiento y operatividad (Contraloría General de la República, 2018, p.2). Esto plantea preocupaciones sobre la calidad y

la adecuada prestación de servicios de salud a los beneficiarios de la Policía Nacional y sus familiares. Es importante recordar que el objetivo fundamental de la reforma de salud implementada en 2013 era mejorar la calidad de la atención y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad.

También señala que el 28% de los hospitales visitados no inicia puntualmente la atención a los pacientes, el 36% no publica su horario de atención y el 75% no publica la relación de pacientes citados en el día (Contraloría General de la República, 2018, p.2-3). Estas deficiencias pueden generar demoras en la atención médica, congestión en los establecimientos y pérdida de tiempo para los pacientes. Esto afecta directamente la satisfacción de los usuarios y la calidad del servicio que se proporciona.

Esto guarda relación con la tesis de Gamarra (2018) en el que, en medio de las investigaciones, realizó una encuesta a los usuarios del nosocomio con el objetivo de evaluar la satisfacción global con los servicios de salud ofrecidos. La muestra incluyó a 300 encuestados, y los resultados revelaron que el nivel de satisfacción por parte de los asegurados fue más del 50%. Estos resultados indican que existe un margen considerable para mejorar la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios en el hospital. Aquí, se muestra una baja satisfacción de los usuarios según el criterio I, lo que indica una posible deficiencia en el aseguramiento y el agrado de los asegurados en base al servicio.

Además, según el Plan Estratégico de Capacidades de la PNP al 2030 "Mariano Santos", también conocido como Plan MS30, los servicios de salud y bienestar carecen de los estándares de calidad y cobertura requeridos por el personal policial (Policía Nacional del Perú 2021, p. 53).

Dado que los cambios de ubicación de los agentes policiales causan desarraigo social y familiar, tanto los cónyuges como los hijos, quienes cambian de residencia y centros de estudios con mayor frecuencia, que, en comparación de los hijos de civiles, necesitan una protección completa y efectiva. Como resultado, es esencial contar con servicios adicionales (Policía Nacional del Perú. 2021, p.54). Esto guarda relación con el criterio I, ya que se hace la mención de que los servicios de salud carecen de la cobertura y los estándares de calidad requeridos por la familia

policial, por lo que la evaluación de la cobertura poblacional y la calidad en la atención de los servicios de salud tiene un impacto de manera negativa.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, en relación al criterio I podemos hablar acerca de la falta de personal de salud debido a la brecha existente y la carencia de un sistema informático que facilite la obtención de información; asimismo, las deficiencias operativas del sistema de bienestar para la familia policial en las provincias, las cuales están relacionadas con la evaluación de la cobertura poblacional y la calidad en la atención de los servicios de salud, siendo para este informe una evaluación negativa.

En conclusión, dentro de la evaluación del criterio I se demuestra de manera contundente la brecha entre las expectativas de la reforma en la salud policial y la realidad en la que se sumergió la Policía Nacional del Perú. Los diversos documentos, análisis institucionales y periodísticos consultados coinciden en una conclusión inequívoca: la cobertura poblacional y la calidad de los servicios de salud enfrentan serios y continuos desafíos. La falta de recursos humanos y logísticos, la falta de medicamentos esenciales y la atención médica insuficiente son los principales problemas que afectan directamente la calidad y el alcance de los servicios de salud policial.

Los informes de seguimiento indican que no se han seguido las regulaciones y estándares, mientras que deficiencias operativas como la falta de precisión y transparencia en el mantenimiento generan preocupaciones sobre la satisfacción de los usuarios. La insatisfacción general de los usuarios, revelada en encuestas y basada en análisis estratégicos institucionales, subraya la urgente necesidad de implementar reformas integrales y sostenibles de las políticas de salud. Finalmente, los hallazgos que se expiden en esta evaluación no sólo muestran brechas en la atención médica, sino que también resaltan la brecha entre las iniciativas propuestas y su implementación efectiva.

5.2.2. Criterio II: Cobertura Prestacional (infraestructura y equipamiento)

Tabla 3

Construcción para evidenciar el Criterio II

Criterio	Indicadores	Medición
Cobertura prestacional (infraestructura y equipamiento)	a. Evaluación del estado general de la infraestructura de los centros de salud centrales de la PNP.	a. ¿Los establecimientos de salud centrales de la Policía Nacional cuentan con la infraestructura para brindar servicios de salud de calidad?
	b. Disponibilidad de equipos y recursos humanos suficientes para atender la demanda de servicios de salud.	b. ¿Se ha mejorado el equipamiento y los recursos disponibles en los establecimientos de salud centrales de la PNP?

Fuente: Elaboración propia

La infraestructura y el equipamiento de los centros de salud centrales de la PNP tienen deficiencias en relación al criterio II de cobertura prestacional. El Hospital Luis N. Sáenz, que es el principal centro médico de la Sanidad Policial, tiene una carencia de sillas de ruedas, lo que podría afectar negativamente la atención en el servicio de emergencias; además, el artículo menciona una evidente falta de infraestructura para brindar servicios de salud de calidad. (Fernández, 2016). También se mencionan problemas con el equipamiento y los recursos disponibles en los centros de salud centrales de la PNP, el 85% del equipo médico está obsoleto y el 37% de las ambulancias están fuera de servicio lo que indica una falta de cobertura prestacional adecuada. (Fernández, 2016).

Siguiendo el análisis conforme al segundo criterio, la Resolución Ministerial N° 859-2016-IN menciona explícitamente que existen carencias en la infraestructura de los centros de salud de la Policía Nacional del Perú. Se destaca la presencia de dificultades en cuanto al saneamiento legal, la ausencia de instalaciones propias y la falta de recursos logísticos (Ministerio del Interior, 2016, Resolución Ministerial N° 859-2016-IN). Estos elementos tienen un impacto en la cobertura prestacional y la capacidad de brindar servicios médicos adecuados.

El Informe Final del Grupo de Trabajo N°4 encargado de Evaluar la

Normatividad y el Funcionamiento de las Sanidades Militares y Policiales en la Comisión de Salud y Población en la sección de "Infraestructura" menciona que, de los 162 inmuebles bajo la custodia de la DIREJESAN, se observa que el 72% de estos son propiedad de la institución, mientras que un 17% fue cedido y un 4% donado (Comisión de Salud y Población 2017, p. 35). Este panorama brinda una instantánea sobre la diversidad de inmuebles y sus modalidades de adquisición, estableciendo un contexto relevante para entender la disposición y el estado de las instalaciones de salud.

Asimismo, la evaluación de los establecimientos de salud gestionados por la DIREJESAN es de particular importancia. El informe señala que un 98% de estos establecimientos se encuentran en situación de regularidad, lo cual suscita inquietud, ya que ninguno de ellos alcanza el estatus de "buen estado" (Comisión de Salud y Población 2017, p. 36). Esta observación refleja la necesidad inminente de implementar planes concretos y estrategias para mejorar la condición y funcionalidad de las instalaciones médicas, con el objetivo de garantizar espacios adecuados para que puedan brindarse servicios médicos de calidad.

Por otro lado, el que exista una recomendación para establecer el "Plan de Mejoramiento de la Infraestructura" a nivel nacional es fundamental para abordar las deficiencias detectadas en la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud (Comisión de Salud y Población 2017, p. 35); además, esto sigue en pie con lo mencionado por el Plan Operativo Institucional 2017 de la DIREJESAN indica que del total de setenta y siete (77) PRESS reconocidas, 42 deben recategorizarse en el año 2017 y 16 IPRESS por categorizar, encontrándonos en proceso de regularización para cumplir con las normas técnicas de salud del Ministerio de Salud (Comisión de Salud y Población 2017, p. 30).

El mismo informe señala que, para el periodo 2016-2017, existe un panorama crítico en cuanto a la situación del equipamiento y los recursos materiales en la Dirección Ejecutiva de Sanidad PNP. Esta sección del informe arroja luz sobre dos aspectos clave: el estado de los equipos médicos y el parque automotor de la Sanidad Policial.

En relación con el equipamiento médico, el informe señala que de los 6758

equipos médicos con los que contaba la DIREJESAN PNP, un 20% (1376 equipos) se encontraba inoperativo. Resulta preocupante observar que, del total de equipos, el 87% había excedido su tiempo de vida útil, representando una necesidad urgente de reemplazo y adquisición de equipos modernos y actualizados (Comisión de Salud y Población 2017, p. 36). La falta de renovación tecnológica afecta directamente la calidad y oportunidad de la atención médica brindada, y en un ámbito tan crítico como la salud, la obsolescencia de los equipos médicos puede acarrear consecuencias negativas para la salud y seguridad de los beneficiarios de la Sanidad Policial.

En términos de vehículos, el parque automotor de la Dirección Ejecutiva de Sanidad PNP comprendía 149 unidades a nivel nacional. De estas, solo el 56% (83 unidades) se encontraba operativo, mientras que el 44% (66 unidades) estaba inoperativo (Comisión de Salud y Población 2017, p. 37). El estado operativo de los vehículos es esencial para garantizar la movilidad y el transporte necesario para brindar atención médica y servicios de salud a los miembros de la Policía Nacional del Perú y sus familias. La falta de vehículos operativos, junto con la necesidad de un mantenimiento constante debido a la antigüedad y el desgaste, podría haber obstaculizado la capacidad de la Sanidad Policial para ofrecer una atención médica eficiente y oportuna.

La presencia de equipos médicos obsoletos y la insuficiente disponibilidad de vehículos operativos podrían haber tenido un efecto negativo en la calidad de los servicios de salud brindados por la Sanidad Policial, así como en la capacidad de respuesta ante emergencias y la accesibilidad de la atención médica para los beneficiarios. En este contexto, la necesidad de modernizar y mejorar el equipamiento y los recursos materiales se destaca como un área clave de preocupación y mejora en la evaluación del impacto de la reforma en la Sanidad Policial.

Por otro lado, en el Informe de la Contraloría General del 2018, destaca que el 37% de los establecimientos de salud visitados no cuenta con la infraestructura requerida, y que esta cifra es aún mayor en los hospitales PNP, alcanzando un preocupante 57%. La falta de infraestructura adecuada puede limitar la capacidad de los establecimientos para brindar una atención médica de calidad y afectar la experiencia de los pacientes.

La Evaluación Semestral del Plan Operativo Institucional (POI) del 2017 de la IAFA SaludPol resalta ciertas limitaciones que podrían tener un impacto en la cobertura prestacional en términos de infraestructura y equipamiento de los servicios de salud para la Policía Nacional del Perú. Por ejemplo, se menciona la alta rotación de personal responsable de la gestión de convenios y contratos, lo que podría dificultar la continuidad y estabilidad en las relaciones con las diferentes instituciones de salud (SaludPol 2018, p.25). Esto podría afectar la capacidad de la IAFA SaludPol para establecer y mantener convenios que garanticen una amplia red de servicios de salud para los beneficiarios.

La deuda con distintas IPRESS públicas se señala como un problema que desincentiva a estas instituciones a suscribir convenios con SaludPol (SaludPol 2018, p.25). Dicha situación podría limitar la disponibilidad de servicios de salud y afectar la cobertura prestacional para los asegurados; además, el retraso en el cumplimiento de deudas a IPRESS no PNP y la falta de control de calidad en el registro de beneficiarios podrían generar dificultades en la emisión de cartas de garantía y en el aseguramiento para los beneficiarios, lo que a su vez podría afectar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud.

Además, la insuficiencia de recursos humanos para actividades relacionadas con la orientación, atención de consultas y reclamos en las unidades de salud regional podría impactar directamente la calidad de la atención y el acceso de los beneficiarios a la información y servicios necesarios (SaludPol 2018, p.16); asimismo, la insuficiencia de planes de cobertura de salud aprobados o con directivas claras podría dificultar la planificación y el control de los servicios prestacionales, lo que podría impactar la calidad y el acceso a los servicios de salud ((SaludPol 2018, p.26).

En la misma línea, el informe de la Contraloría General de la República (2018) señala que un porcentaje considerable de los hospitales de la Policía Nacional (56.5%) no cumplen con la infraestructura adecuada para la atención de pacientes en el servicio de emergencia. Esto es especialmente preocupante, ya que los servicios de emergencia son críticos para brindar atención médica en situaciones urgentes y requieren de infraestructura y equipamiento especializado.

De acuerdo con el Plan MS30, los estándares técnicos y de calidad, establecidos por el Ministerio de Salud no permiten la acreditación de las instituciones de atención médica de PNP. Solo un hospital PNP puede atender servicios de alto nivel (nivel III), que están saturados (Policía Nacional del Perú 2021, p.58). El Plan MS30, por otro lado, indica que no hay suficiente personal y equipamiento especializado para atender los tres niveles de servicios de salud (Policía Nacional del Perú 2021, p.56). Por consiguiente, en términos del criterio II, se menciona la falta de acreditación de los centros de salud de la PNP, así como la insuficiencia de equipamiento y personal especializado, que guardan relación con la evaluación de la infraestructura y el equipamiento de los establecimientos de salud centrales de la PNP, siendo esta negativa por el informe.

En conclusión, la evaluación del criterio II revela una serie de deficiencias preocupantes en su infraestructura y equipamiento. Se identifica una carencia significativa en la infraestructura, que abarca desde limitaciones físicas hasta deficiencias legales, incluso tomando en cuenta la falta de instalaciones propias. Estos hallazgos dentro de la evaluación evidencian los obstáculos que existieron para brindar servicios médicos de calidad.

Por ejemplo, en cuanto al equipamiento médico disponible. Un porcentaje alarmante de este equipamiento se encuentra obsoleto, con un índice del 87% superando su vida útil. Dicha situación afectó negativamente la calidad y la efectividad de la atención médica ofrecida, representando una necesidad, en su momento, urgente de actualización y adquisición de equipos modernos y funcionales.

Además, la situación de los vehículos que fueron utilizados para brindar servicios médicos lo resaltamos preocupante. Más del 40% de estos vehículos se encontraba fuera de funcionamiento, lo que termina obstaculizando la movilidad y el transporte esencial para la prestación eficiente de servicios médicos a los miembros de la PNP y sus familias.

Las dificultades presentadas en la gestión y las relaciones institucionales, evidenciadas por la alta rotación de personal y las deudas pendientes con otras instituciones de salud, generaron limitaciones en la disponibilidad de servicios médicos para los beneficiarios del sistema de salud policial. Esta falta de continuidad

en las relaciones con instituciones de salud externas compromete aún más la cobertura prestacional.

Finalmente, la falta de acreditación y de personal especializado, incluso de algunos centros de salud de la PNP limitaron la capacidad para ofrecer servicios de alta complejidad. Esta limitación en la capacitación especializada y la falta de acreditación infraestructural influyeron negativamente en la confianza y en la calidad percibida de los servicios médicos brindados

5.2.3. Criterio III: Cobertura financiera (acceso a medicinas y servicios)

Tabla 4

Construcción para evidenciar el Criterio III

Criterio	Indicadores	Medición
Cobertura financiera (acceso a medicinas y servicios)	a. Acceso a los medicamentos y especialidades médicas disponibles en relación con los incluidos en el plan de cobertura.	a. ¿Se garantiza el acceso a medicamentos y especialidades médicas necesarias para el tratamiento de los asegurados?
	b. Acceso al reembolso de gastos de salud realizados por los asegurados.	b. ¿Se brinda un adecuado sistema de reembolso para cubrir los gastos de salud de los asegurados?

Fuente: Elaboración propia

A nivel de soporte, en el Plan Operativo Institucional del 2016 de la IAFA SaludPol, se señaló que es necesario desarrollar un plan de comunicación estratégica institucional, que incluye cambiar la conciencia y las actitudes de los usuarios y mejorar la visibilidad de SaludPol a nivel nacional (SaludPol 2016, p.15). También señala que los procesos de apoyo administrativo y logístico requieren lineamientos de procedimiento para asegurar una gestión eficaz, eficiente y transparente, los cuales deben ser revisados constantemente para mejorarlos (SaludPol 2016, p.16).

Como lo señalan los propios informes de SALUDPOL, un sistema de soporte automatizado para el acceso a la información, la toma de decisiones, la comunicación y los procesos de elaboración de presupuestos es esencial, y como prioridad se debe resolver la falta de equipamiento para los sistemas de apoyo central y nacional (SaludPol 2016, p.15).

Aquí se guarda relación con los criterios III y IV, donde se habla de cobertura

financiera y transparencia: Para el primero, se menciona la necesidad de mejorar la gestión financiera y los procesos de elaboración de presupuestos, lo cual está relacionado con garantizar el acceso a medicamentos y especialidades médicas necesarias para el tratamiento de los asegurados, con lo que se infiere que no se contaba con el presupuesto adecuado para poder adquirir dichos recursos e insumos. Por otro lado, recién se estaban proporcionando herramientas que permitan transparentar las gestiones del proceso presupuestario, a través del mejoramiento de la gestión del dinero.

El Informe Final del Grupo de Trabajo N°4 encargado de Evaluar la Normatividad y el Funcionamiento de las Sanidades Militares y Policiales en la Comisión de Salud y Población emerge como un vehículo revelador de la dimensión financiera subyacente en la implementación de la reforma. En su apartado dedicado al "Análisis Presupuestal 5.2.1 Sanidad Policial a. Ejecución presupuestal," se exponen datos significativos que arrojan luz sobre la asignación y ejecución de recursos financieros en la Sanidad Policial.

Se constata que, en el año 2017, se asignaron 33,774,019 millones de soles al presupuesto de la Sanidad Policial. Sin embargo, el informe revela que, hasta el mes de abril, solo el 14 % del presupuesto había sido ejecutado, una cifra notablemente baja para el primer cuatrimestre del año (Comisión de Salud y Población 2017, p. 18). En contraste, se observa que el sector del Interior alcanzó un 29,5 % de ejecución en la misma etapa.

Del mismo modo, al comparar con el año 2016, donde se asignaron S/. 33,707,722 millones de soles para la Sanidad de la Policía Nacional, se evidencia que se logró una ejecución presupuestal del 75.8%, en contraposición al 96.2% que alcanzó el Sector del Ministerio del Interior (Comisión de Salud y Población 2017, p. 20). Este análisis presupuestal revela que la ejecución de gasto de la Dirección de Sanidad en el primer cuatrimestre del año en cuestión dista considerablemente de los ritmos de ejecución del Pliego del Sector.

Asimismo, el informe apunta a la asignación presupuestal en relación con el Fondo de Aseguramiento en Salud de la PNP- SaludPol. En el primer trimestre de 2017, se ejecutó el 48.71 % del presupuesto asignado, considerado dentro de los

parámetros normales en función de la ejecución presupuestal presentada a nivel de certificado (Comisión de Salud y Población 2017, p. 23). Es relevante señalar que el 99 % del presupuesto asignado en ese año provino de donaciones y transferencias, con solo un 1 % originado por ingresos directamente recaudados. Esta distribución de recursos refleja la orientación financiera de la entidad hacia bienes y servicios que cumplen la finalidad organizacional.

Por otro lado, el mismo informe destaca la existencia de un déficit sustancial de personal en la DIREJESAN PNP, lo que tiene un impacto directo en la capacidad de brindar una atención médica integral y de alta calidad a los miembros de la Policía Nacional y sus familiares derechohabientes (Comisión de Salud y Población 2017, p. 33).

La acumulación de años sin asimilaciones y los pases a retiro han generado una brecha significativa entre el personal requerido y el existente, estimada en un 54% (Comisión de Salud y Población 2017, p. 35). Esto implica que existe una falta de recursos humanos esenciales para proporcionar una atención médica adecuada y oportuna. La carencia de personal administrativo, técnico y de salud se ha traducido en profesionales que realizan tareas administrativas, técnicos que asumen roles clínicos y profesionales con doble función, lo que compromete la calidad y eficacia de los servicios.

Este análisis también resalta la presencia de profesionales especializados en salud que se ven obligados a realizar funciones no relacionadas con la atención médica, como administrativas y de vigilancia. Esto no solo afecta negativamente la calidad de la atención, sino que también puede aumentar la carga de trabajo y el estrés en el personal, lo que a su vez puede influir en la satisfacción de los usuarios.

La falta de personal operativo también tiene implicaciones financieras. Los recursos humanos, una buena infraestructura y equipamiento necesario, el que se garantice las medicinas y especialidades médicas son necesarios para brindar una atención médica de calidad. En este sentido, la falta de personal administrativo y técnico puede influir en la eficiencia de los procesos de adquisición y distribución de medicamentos y recursos médicos, lo que podría afectar el acceso de los asegurados a los tratamientos necesarios.

Dado que el requerimiento de asimilación de personal para la sanidad PNP es significativo, se debe considerar la inversión financiera necesaria para cubrir esta brecha y garantizar una atención médica de calidad. Además, la falta de personal podría tener un impacto negativo en la capacidad de la institución para establecer una atención adecuada para los asegurados, sobrepasando la demanda que requiere la familia policial.

El acceso a medicamentos y especialidades médicas necesarias para el tratamiento de los asegurados es un problema en relación con el criterio III de cobertura financiera. Se han reportado retrasos en la entrega de medicamentos incluso después del fallecimiento del paciente (Fernández, 2016), lo que indica una falta de garantía en el acceso oportuno a los medicamentos necesarios. Además, no se menciona la existencia de un sistema de reembolso para cubrir los gastos de salud de los asegurados, lo que podría poner a los miembros de la Policía Nacional y sus familias en una situación financiera más difícil.

En adición, la Resolución Ministerial N° 859-2016-IN aborda directamente el desabastecimiento de medicamentos esenciales, biomédicos e insumos en relación con el criterio III de cobertura financiera. La falta de recursos necesarios para la atención médica adecuada es un claro problema de financiamiento. El acceso a especialidades médicas y medicamentos está limitado, lo que tiene un impacto negativo en la calidad de atención brindada a los asegurados.

Asimismo, Yeber Llave (2021) termina también por exponer otra problemática de la IAFA SaludPol en su trabajo de tesis, donde sostiene que se deben hacer mejoras en el proceso de reembolso, puesto que todas las solicitudes que se vienen realizando son acumuladas, y las que requieren un mayor porcentaje monetario terminan siendo dejadas de lado por bastante tiempo, lo que termina perjudicando a los derechohabientes que requieren un servicio mucho más riguroso o especializado.

Este párrafo también se relaciona con el criterio III; puesto que, la acumulación de solicitudes y la falta de atención oportuna pueden afectar el acceso a medicamentos y especialidades médicas necesarias para el tratamiento de los asegurados.

5.2.4. Criterio IV: Transparencia

Tabla 5

Construcción para evidenciar el Criterio IV

Criterio	Indicadores	Medición
Transparencia	a. Transparencia en la divulgación de información financiera y presupuestaria relacionada con las transferencias de fondos y actividades realizadas (rendición de cuentas, publicación de informes, etc.)	a. ¿Existen mecanismos de control y rendición de cuentas para garantizar la transparencia en el uso de los recursos?

Fuente: Elaboración propia

En relación con el criterio IV de transparencia, la Resolución Ministerial N° 859-2016-IN establece la creación de una Comisión Sectorial para supervisar la adecuación e implementación de la normativa sobre servicios de salud policial (Ministerio del Interior, 2016, Resolución Ministerial N° 859-2016-IN); en otras palabras, la vigilancia y la supervisión del perfeccionamiento de los servicios médicos son responsabilidades de esta comisión. Esta medida demuestra la preocupación por garantizar que la gestión de los recursos destinados a la salud policial sea transparente y que haya un mecanismo para que las personas rindan cuentas.

A nivel organizacional, en el Plan Operativo Institucional del 2016 de la IAFA SaludPol, se deja en claro que se está pasando del modelo financiero al modelo IAFAS con el objetivo de dar cobertura a los riesgos de salud, para ello se requiera la implementación de cambios para lograr la independencia técnica, económica, financiera y presupuestaria (SaludPol 2016, p.15). Asimismo, está próximo a culminar el proceso de las Juntas Administrativas Regionales (JAR) para crear unidades descentralizadas de SaludPol. Además, se redactaron los documentos rectores de la organización de acuerdo con las facultades y funciones de SaludPol como entidad jurídica y administrativamente independiente (SaludPol 2016, p.15).

Este se relaciona con el criterio IV, ya que se menciona que los cambios implementados incluyen independencia técnica, económica, financiera y presupuestaria. Esto implica la necesidad de contar con mecanismos de control y rendición de cuentas para garantizar que el uso de los recursos financieros sea

transparente.

Asimismo, el Informe Final emitido por el Grupo de Trabajo N°4, encargado de Evaluar la Normatividad y el Funcionamiento de las Sanidades Militares y Policiales en la Comisión de Salud y Población, se pone de manifiesto un escenario crítico en cuanto a la falta de adecuada informatización en la Dirección Ejecutiva de Sanidad PNP durante el periodo de análisis (2016-2017). Esta sección del informe aborda la cuestión de la informatización en dos aspectos cruciales: la infraestructura de los centros de datos y la ausencia de sistemas de registros médicos electrónicos y sistemas informáticos conectados (Comisión de Salud y Población 2017, p. 41)

Se destaca que la DIREJESAN opera con dos centros de datos, uno con funciones administrativas y otro asistencial, situados en el complejo DIREJESAN y el Hospital Nacional Luis N. Sáenz, respectivamente (Comisión de Salud y Población 2017, p. 41). Sin embargo, se evidencia que ambos centros enfrentan limitaciones en su infraestructura, tanto en capacidad como en funcionalidad. Además, destaca la falta de un sistema electrónico para llevar los registros de salud, en áreas importantes como programación de citas, visualización de stock de medicinas, entre otras cosas, lo que provoca fragmentación en la gestión de la información y la falta de conectividad entre los sistemas existentes (Comisión de Salud y Población 2017, p.42).

El informe enfatiza que la ausencia de sistemas conectados ha generado problemas significativos en el gestionamiento de medicamentos e insumos, ya que, ante la inexistencia de una eficaz comunicación entre los almacenes, las farmacias y la entidad de adquisiciones SaludPol conduce a situaciones de desabastecimiento y caducidad (Comisión de Salud y Población 2017, p. 43). La falta de sistemas eficientes también ralentiza la formulación de necesidades y requerimientos, así como la distribución y dispensación de medicinas y dispositivos médicos.

La necesidad de desarrollar sistemas de información interconectados se establece como un pilar fundamental para mejorar la gestión y operatividad de la Sanidad Policial. Se insta a la creación de una estrategia que priorice la interconectividad y el desarrollo de sistemas que permitan la utilización productiva y dinámica de la base de datos de todas las IPRESS de la Sanidad Policial a nivel nacional. Se enfatiza la importancia de que estos sistemas sean parte de un plan

articulado de tecnología que facilite la gestión de información valiosa en cualquier establecimiento de salud, asegurando una atención médica más efectiva y adecuada para los derechohabientes del sistema de salud policial.

Posteriormente, el Informe de Evaluación Anual del Plan Operativo Institucional (POI) de la IAFA SaludPol en el año 2018 destaca aspectos relacionados con la transparencia en la gestión de la entidad. Por ejemplo, se señalan varias cuestiones que influyeron en el cumplimiento de las metas físicas y financieras, y que pueden tener implicaciones en la transparencia de la gestión (SaludPol 2019, p.6). Entre los factores mencionados se incluye la falta de documentación formal en cambios de actividades y reprogramación de metas, falta de seguimiento y evaluación adecuada de las actividades, poca efectividad en la emisión de informes legales y la falta de elaboración de informes con resultados correspondientes (SaludPol 2019, p.7). Estas observaciones sugieren una falta de claridad en la gestión de los proyectos y actividades, lo que podría afectar la transparencia en el uso de los recursos asignados y la rendición de cuentas.

Por otro lado, la tesis presentada por Ríos (2019) pone de manifiesto una serie de problemas relacionados con la transparencia en la gestión de la Sanidad Policial y su relación con la IAFA- SaludPol. Este análisis se enmarca en el criterio de transparencia, uno de los aspectos clave para evaluar el impacto de la reforma de salud implementada en 2013 en la Policía Nacional del Perú.

La tesis señala que la Sanidad Policial carece de herramientas de gestión (como un POI o PEI) que estén articulados con la IAFA- SaludPol (Ríos, 2019). La carencia de un marco estratégico y operativo unificado dificulta la eficiencia y eficacia de la prestación de servicios de salud. Además, la tesis destaca que el Convenio entre la DIRSAN y la IAFA- SaludPol se centra en el desembolso de prestaciones de salud, sin considerar aspectos cruciales como el mantenimiento y reposición de equipos médicos, la renovación y el abastecimiento de medicinas y suministros médicos (Ríos, 2019).

Esta falta de transparencia y claridad en los acuerdos y convenios puede llevar a malas prácticas administrativas, ineficiencia en la gestión financiera y, en última instancia, al deterioro de la calidad del servicio de salud ofrecido a los beneficiarios de

la Sanidad Policial.

A manera de síntesis, la falta de transparencia en la gestión de la Sanidad Policial y su relación con la IAFA- SaludPol compromete la eficiencia y eficacia de la atención médica, así como la adecuada asignación y uso de recursos financieros. Para abordar este problema, es esencial establecer mecanismos de control y rendición de cuentas que garanticen la transparencia en la asignación de recursos, la gestión de convenios y la ejecución de los planes estratégicos y operativos, asegurando así que exista un servicio de calidad y sostenible para la familia policial.

Por otro lado, Choquemaqui y Venegas (2020) establecen que se debe de “designar a un personal que cumpla con la función de verificación, monitoreo y control de la prestación de servicios de salud” (p. 115) a raíz de las múltiples quejas que se han recibido por la calidad y eficiencia del servicio de la IAFA SaludPol. No existe un control y monitoreo de los casos, por lo que se debería de iniciar un trabajo exhaustivo de identificación de todas las deficiencias de dicho convenio y levantar las observaciones en un periodo corto, con la finalidad de ofrecer un mejor servicio a los derechohabientes (Choquemaqui y Venegas, 2020). La falta de control y seguimiento de los casos puede tener un impacto negativo en la calidad de la prestación y la eficiencia del sistema de salud.

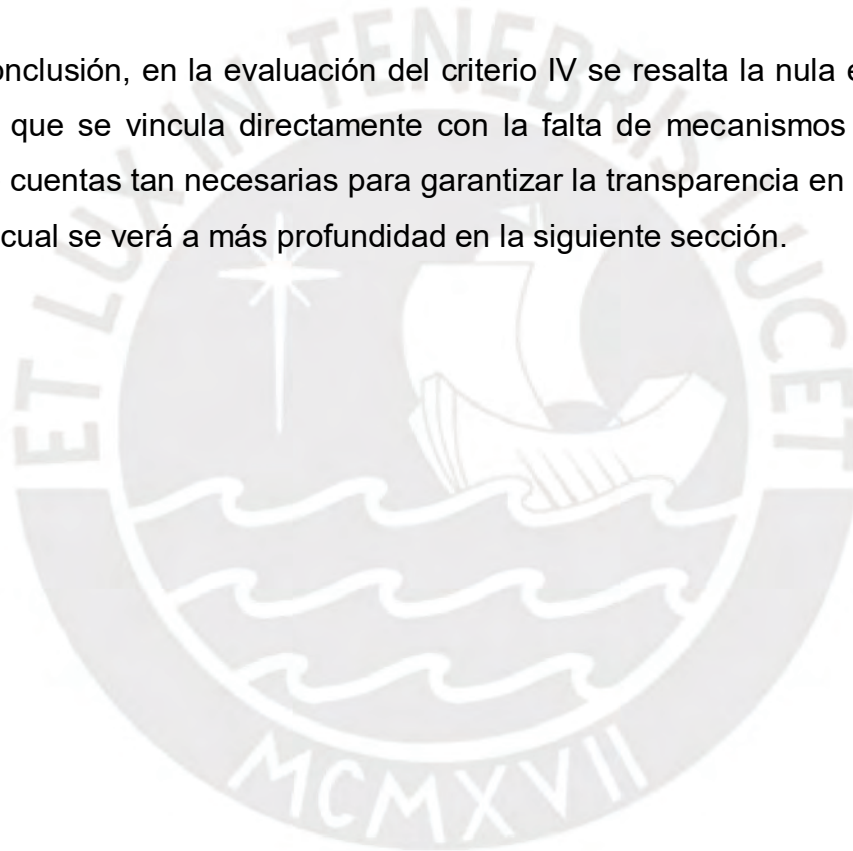
Continuando, el Plan MS30 identificó una necesidad debido a la falta de datos: obtener documentación de gestión y ejecución presupuestal (Policía Nacional del Perú 2021, p. 58), por lo que negativamente está relacionada con la evaluación de los mecanismos de control y rendición de cuentas para garantizar la transparencia en el uso de los recursos.

Finalmente, la evaluación del criterio IV revela una serie de desafíos críticos en la administración transparente de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú y su vinculación institucional con la IAFA- SaludPol, abordando diferentes áreas que se resumen a continuación.

En primer lugar, se destaca que las medidas tomadas, como la transición al modelo IAFA, compras de medicamentos y administración de implementos, no tuvieron una adecuada estructura de control, seguimiento y rendición de cuentas sólidas, por lo que no se pudo garantizar, en su totalidad, la transparencia en el manejo

de los recursos financieros. Por otro lado, este aspecto se relaciona con la falta de sistemas informáticos interconectados y registros médicos electrónicos eficientes. La falta de conectividad entre sistemas existentes terminó ocasionando dificultades en la gestión de medicamentos e insumos médicos, generando problemas de suministro y una gestión fragmentada de la información; incluso se enfatizó la urgencia de sistemas interconectados para optimizar la operatividad de la Sanidad Policial. Otro punto crucial señala la ausencia de herramientas de gestión, lo cual ocasionó la falta de una coordinación efectiva entre la DIRSAPOL y la IAFA- SaludPol. Esta falta de alineación tuvo un impacto directamente en la eficacia de la prestación de servicios de salud, lo cual puede evidenciarse en los anteriores.

En conclusión, en la evaluación del criterio IV se resalta la nula existencia de registros, lo que se vincula directamente con la falta de mecanismos de control y rendición de cuentas tan necesarias para garantizar la transparencia en la gestión de recursos, lo cual se verá a más profundidad en la siguiente sección.



6. Factores que obstaculizaron la implementación de la Reforma

En el desarrollo de este capítulo, se adentrará en un análisis minucioso de las entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo con una diversidad de funcionarios y exfuncionarios que desempeñaron roles clave en el sistema de salud policial, abarcando entidades como la UGIPRESS DIRSAPOL PNP, IAFA SaludPol, así como representantes del Ministerio de Salud y del Ministerio del Interior. El propósito fundamental de este análisis es adquirir una comprensión detallada de los factores identificados en estas entrevistas que han generado obstáculos significativos en la implementación de la reforma de salud en la Policía Nacional del Perú durante el año 2013.

6.1. Falta de especialización en temas de gestión

La gestión eficaz de la Dirección de Salud de la Policía Nacional del Perú (DIRSAPOL PNP) es un desafío complejo que requiere una combinación entre los conocimientos teóricos y experiencia práctica en el ámbito de la gestión en salud. En el proceso de fortalecimiento y liderazgo de esta entidad, se ha encontrado una diversidad de enfoques en la selección de líderes que dirigieron la DIRSAPOL PNP.

En el contexto de estas estrategias de liderazgo, las entrevistas concuerdan y revelan perspectivas significativas sobre la importancia del conocimiento especializado en gestión de sistemas de salud y la relevancia de la experiencia práctica en roles directivos relacionados con la salud policial:

“En la DIRSAPOL PNP se encontró muchas personas con estudios superiores en Administración de Empresas o Gestión, pero la gestión en temas de salud tiene muchas particularidades. En un mercado asimétrico, se necesita tener no solo conocimiento, sino también experiencia en las complejidades que significa manejar salud. Recuerda que, en esa gestión, con muy buena intención, reclutó efectivos policiales que tenían formación en administración o gestión en otros rubros para fortalecer la DIRSAPOL PNP, en cierta medida se logró mejorar, pero faltaba este elemento vital que es el tener conocimientos sobre manejo de un sistema de salud.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

Hay un énfasis importante, y hasta reconocimiento, de que la experiencia en

roles como director del Hospital Central PNP o en áreas logísticas de la Policía Nacional facilita la transición hacia la dirección de la UGIPRESS DIRSAPOL PNP. La experiencia vivida en la prestación de servicios de salud y la gestión de suministros esenciales se considera un factor crucial para comprender y abordar de manera efectiva las necesidades específicas del ámbito de la salud dentro de la entidad policial.

“Creo que es un tema fundamental, recordando que no es solo conocimiento sino también experiencia. Por ejemplo, hemos tenido gente que ha sido director del Hospital Central PNP o director de un área logística de la PNP es mucho más fácil que llegue a dirigir la DIRSAPOL PNP con esa experiencia y sabrá que hacer, ya que ha vivido las necesidades de ser un prestador de servicios y solicitar diversos elementos/suministros, con lo que sabrá qué hacer.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

Por ejemplo, la situación de la general Hinostraza presentaba un claro dilema: si bien su experiencia previa se centraba en la gestión del comando operativo, su nombramiento como directora de la PNP DIRSAPOL la colocaba en una situación difícil e inexplorada. A pesar de los esfuerzos por comprender y adaptarse a este rol, los desafíos de dirigir una organización como esta en un contexto político son enormes.

“La General Hinostraza es una neurocirujana que lo mejor pudo saber gestionar era su profesión dentro del campo de acción o una sala de operaciones, pero por motivos políticos fue directora de la DIRSAPOL PNP, entonces jamás pudo encontrarle la salida al problema. Por más de que se le hablaba, se le explicaba, nunca pudo entender la lógica de cómo manejar la DIRSAPOL PNP y el resultado se vió después.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023)

Tomando en cuenta que existe la falta de conocimiento técnico y que, además, no había voluntad política para abordar esa situación puso de relieve la complejidad inherente a la gestión de la salud policial. La falta de conocimiento adecuada en puestos administrativos, así como los problemas estructurales restantes sin resolver, indicaban una necesidad urgente de reformas en la gestión y la estructura interna de la organización para garantizar que funcione sin problemas y de manera eficiente:

“Había un problema porque la Sanidad PNP no sabía cómo comportarse como una UGIPRESS, había una deficiencia técnica en la dirección, donde los cargos administrativos eran manejados por policías (médicos o no médicos) que no tenían ningún tipo de preparación, y era bien problemático para ellos. No había esa capacidad técnica para encargarse de la administración. Aunado a ello, no existía la voluntad política de deshacerse del problema, y eso que FOSPOLIS fue demasiado cuestionado por las sospechas de malos manejos; por ejemplo, FOSPOLIS llegó a comprar más medicamentos contra el cáncer que el seguro social.” (Entrevista a ex asesora de la Gerencia General de la IAFA SaludPol, 2023)

Los puestos administrativos eran un problema grave, puesto que eran ocupados principalmente por oficiales de la Policía sin formación administrativa en específico. Esta escasez técnica creó problemas operativos y estratégicos porque no tenían las habilidades necesarias para llevar a cabo eficazmente las funciones de su puesto.

“El único tema era de la Sanidad PNP en temas administrativos cuando hacía sus requerimientos ya que se veía compras y logística que lo veían policías de armas. Se planteó que ellos no puedan ver temas de presupuesto, de administración y de planificación, para poder colocar a gerentes de SERVIR, porque no necesariamente era su fuerte en conocimiento.” (Entrevista a Silvia Arispe, 2023)

Un obstáculo importante es la falta de coincidencia entre las habilidades médicas y administrativas. Los médicos que se centran en su formación para brindar una atención al paciente no necesariamente tienen una amplia formación en los aspectos administrativos. De manera similar, los miembros de la Policía Nacional del Perú están capacitados para funciones distintas a la gestión hospitalaria, lo que deja una brecha evidente. La carencia de conocimiento técnico obstaculizó la capacidad de establecer una comunicación efectiva entre IAFA SaludPol y la DIRSAPOL PNP para llevar a cabo una planificación y programación financiera coherente y consistente, incluso de actividades aparentemente simples como las compras y adquisiciones para la institución.

“Sí, es un factor tremendamente importante. En el Perú creemos que “si eres médico, tú debes de saber de gestión”, en temas reales no es que debas saberlo, ya que un médico se prepara para atender pacientes y no para hacer gestión. Igual yo entiendo que un capitán en la Policía Nacional del Perú se prepara para otras funciones y no para, necesariamente, gestión hospitalaria. Entonces, con ello ya existía una brecha muy grande porque para los técnicos que la IAFA SaludPol contrató para ese momento, sus contrapartes estaban muy lejos de conocer temas, hasta tan básicos, de gestión, como por ejemplo la norma de contratación del Estado. Esa diferencia haciendo complicado, muchas veces, hacer programaciones; inclusive, temas tan sencillos como comprar cosas que no se podían hacer porque no había de parte de la Sanidad PNP quién te pudiera construir una especificación técnica o quién te pudiera hacer una proyección de la ejecución de los gastos para decir “ya, sabes que SaludPol, para el próximo año voy a necesitar 150 millones (...) así que este es mi proyección y de tu fondo comencemos a ver cómo vamos a manejar”. Finalmente, se basaban en históricos que no necesariamente eran reales, y que al final tú sacabas la cuenta y no te salía, no podías hacer una proyección real y sentarte con la Sanidad PNP, hacer una programación real y transparente de lo que iban a gastar, y no porque no quisieran, sino porque en la práctica no tenían un cuadro técnico que lo pudiera hacer.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023)

Finalmente, la DIRSAPOL, en su intento por mejorar la calidad de sus servicios, enfrentó el desafío de desarrollar un plan coherente; sin embargo, no tenía la capacidad interna para desarrollar dicho plan. Incluso se planteó la posibilidad, desde la IAFA SaludPol, poder pagar por adelantado para brindar capacitación o realizar pequeñas mejoras, pero la mala gestión de la DIRSAPOL PNP impidió que esto sucediera.

“La Sanidad PNP te daba su lista de prestaciones y nosotros te pagamos de acuerdo a como la solicitaban. El problema venía en las auditorías, ya que las IAFAS están obligadas a auditar las prestaciones, de manera aleatoria, y así asegurar que existía el mejor nivel de calidad para los asegurados. Pero claro, el Hospital tenía mil problemas y la calidad de atención era malísima, donde ni entraba dentro de los estándares, y en términos estrictos debimos dejar de

pagarles. Con la Sanidad PNP se planteó que nos dieran un plan coherente de mejora de calidad, pero nunca lo pudieron hacer porque, no era porque no querían, sino porque no podían. No tenían nadie que lo pudiera hacer, con lo que se planteó adelantarles el pago para hacer capacitaciones o mejoras menores, pero ahí entró los problemas de gestión de la propia DIRSAPOL PNP qué les impedía ver ello, no tenían un cuadro mínimo capacitado, hasta tuvieron que contratar asesores externos para ver esos temas, pero que no tenían nada de poder, con lo poco que recomendaban no se cumplía. Incluso, el financiamiento dirigido a estas capacitaciones, el director del Hospital podía decidir otra cosa, ya que ahí se podía imponer la jerarquía y los rangos, con lo que no se avanzaba nada.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023)

Posteriormente, ya al haber interiorizado la necesidad de contar con cuadros técnicos y especializados dentro de la DIRSAPOL PNP, se trabajó en medidas a futuro para poder garantizar el correcto funcionamiento de su sistema, así como mejorar la calidad de gestión que venían ofreciendo a la familia policial.

“Cuando hicimos la nueva estructura de la Sanidad PNP, enviamos al primer grupo a que vayan a especializarse a ser gerentes en salud, ya que fue bien difícil dirigir una institución de salud cuando no tenías gente con mentalidad de gestión o preparados para ellos. Esto se previó con el cambio organizacional, formando a la gente de base que se iba a quedar a liderar la institución en materia de salud, teniendo una proyección a largo plazo y que sea de manera sostenida.” (Entrevista a Elizabeth Hinostroza, 2023)

6.2. Resistencia al cambio: Cultura institucional – Jerarquía

La composición del equipo directivo en la DIRSAPOL PNP se ve restringida por la arraigada cultura institucional y la jerarquía dentro de la Policía Nacional del Perú. Mientras que en la IAFA SaludPol se pudo elegir el equipo directivo sin mayores limitaciones, en la DIRSAPOL PNP existe la necesidad de que los cargos de poder sean ocupados exclusivamente por oficiales de la Policía, excluyendo a civiles de asumir roles de liderazgo directo.

“A diferencia de la IAFA SaludPol que pudo componer su equipo directivo sin mayores restricciones, la DIRSAPOL PNP es una extensión de la Policía

Nacional del Perú y hay aspectos vinculados con la jerarquía policial y con la necesidad de que los cargos/posiciones de poder sean ocupados por oficiales de la Policía y no por civiles (tenía que ser asimilado o de carrera policial), por eso que los civiles que acompañaron el proceso de adecuación de la DIRSAPOL PNP tenían la condición de “asesores externos” con lo que no podían asumir ninguna responsabilidad directa de ese tipo. Este elemento no es solo de “quién está a cargo” sino de que presiones tiene que gestionar esa persona que tiene el mando, porque si es miembro de la familia policial existen relaciones o influencias como el pensar en su ascenso posterior, lo cual termina controlando la toma de decisiones en la gestión.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

La dinámica dentro del aparato de salud de la Policía Nacional del Perú donde la respuesta inmediata a necesidades concretas prevalece sobre el cumplimiento de operaciones y procesos establecidos, afectando la autoridad operativa de la gestión en curso. Esto implica que los documentos de gestión, en lugar de ser la base sólida para la operación, se convierten en meras referencias flexibles, sujetas a modificaciones o ignoradas dependiendo de la urgencia o la procedencia de la solicitud.

“En el aparato de salud de la Policía Nacional del Perú se está acostumbrado a responder a las necesidades concretas de manera rápida, sin tener mayor cumplimiento de operaciones y/o procesos de gestión. Por ejemplo: “Se necesita esto para un oficial, inmediatamente y de donde sea” termina invisibilizando el proceso y/o operación establecida para dicho procedimiento, con lo que se petardea los procesos ya definidos, es decir se sale del marco regulatorio (manuales de procesos) para ver cómo las cosas tienen cierta forma, pero llega una orden o disposición y todo lo que se reglamentó queda en “buenas intenciones” lo cual también afecta a la credibilidad operativa de la gestión en curso; y con ello para muchos, los documentos de gestión terminan siendo solo “referenciales” dependiendo de quién es o de dónde viene el pedido de atención, donde se puede saltar o dejar de lado en su totalidad.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

Dentro del contexto del sistema de salud de la Policía Nacional del Perú, se

observa una dinámica compleja relacionada con la priorización de las prácticas y costumbres arraigadas en la institución policial. Si bien estas tradiciones se consideran efectivas en algunos casos, se identifica que la rigidez jerárquica, originalmente vista como un medio para garantizar el acatamiento de órdenes, se convierte en un desafío más complejo en la práctica.

“La Sanidad PNP al ser una unidad de la Policía hace que esto sea complicado de manejar, siendo un tema político, ya que se tiene que manejar como un ente aparte, y como uno dentro del Comando Policial, ya que queramos o no, los directores de la Sanidad PNP son policías que cumplen y siguen órdenes, donde la capacidad de gestión está ligada por las pésimas decisiones políticas que se han tomado desde la cabeza.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023)

“A diferencia de la IAFA SaludPol que pudo componer su equipo directivo sin mayores restricciones, la DIRSAPOL PNP es una extensión de la Policía Nacional del Perú y hay aspectos vinculados con la jerarquía policial y con la necesidad de que los cargos/posiciones de poder sean ocupados por oficiales de la Policía y no por civiles (tenía que ser asimilado o de carrera policial), por eso que los civiles que acompañaron el proceso de adecuación de la DIRSAPOL PNP tenían la condición de “asesores externos” con lo que no podían asumir ninguna responsabilidad directa de ese tipo. Este elemento no es solo de “quién está a cargo” sino de que presiones tiene que gestionar esa persona que tiene el mando, porque si es miembro de la familia policial existen relaciones o influencias como el pensar en su ascenso posterior, lo cual termina controlando la toma de decisiones en la gestión.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

Por ejemplo, la estructura jerárquica puede verse obstaculizada por la complejidad de las relaciones interpersonales entre los miembros, especialmente cuando existen diferencias entre individuos con el mismo rango. Estas diferencias pueden generar limitaciones para emitir órdenes, ya sea por convenciones sobre qué tipo de órdenes son aceptables o por consideraciones personales que impiden la toma de decisiones claras y efectivas.

“Yo recuerdo haber hablado con la Gral. Hinojosa en más de una oportunidad,

y ella me hacía llegar las presiones del alto mando para tener control del dinero, y que viera la forma para que pudiéramos hacer ello. No había forma porque la separación de funciones y el manejo de cada uno tiene una lógica que la Reforma de Salud planteó; y, con ese equilibrio permitía que el ciudadano tenga todas las ventajas.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023)

Esta complejidad en la jerarquía puede entorpecer la gestión efectiva del sistema de salud dentro de la Policía Nacional del Perú, ya que los procesos de toma de decisiones se ven influenciados por este tipo relaciones jerárquicas, lo que puede afectar la agilidad y eficiencia en la administración de la salud dentro de la institución.

“La prioridad era respetar “las prácticas y costumbres” de cómo debe actuar uno dentro de la institución policial. Tiene un lado bueno, que terminan siendo efectivas. Se pensó que la jerarquía iba a ser un tema de ventaja, ya que si hay ello la gente de rango inferior va a acatar lo que se le diga; sin embargo, en la práctica no era así. Por ejemplo, para demostrar que es un tema complejo: Supongamos que hay tres coroneles PNP sentados en la misma mesa pero no son iguales entre los tres, existen diferentes elementos de relacionamiento que terminan complejizando esa jerarquía entre los tres; en el primer caso uno no puede dar una orden porque hay costumbre de que tipo de órdenes se deben de dar y cuáles no, en el segundo caso uno no puede dar órdenes porque es ahijado o familiar de alguien a quién le vaya a afectar la decisión tomada, entre otros que terminan entorpeciendo la labor de gestión del sistema de salud.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

“Había dos tipos de asegurados: Los VIP (de coronel hacia arriba y sus familiares), además que en el directorio estaban dos generales que me hacían recordar su posición en cada reunión cuando venían con su lista de allegados en los que necesitaban apoyo, un semi vip (el resto de oficiales y sus familiares) y el resto de la tropa (suboficiales y sus familiares), entonces el problema era cómo equilibrarlo, para darle a todos la mejor calidad y atención. Algo que nosotros hicimos fue mandar a los suboficiales a clínicas, y eso no se hacía porque las clínicas eran exclusivas de la oficialidad (...) me lo llegaron a criticar mucho, y cuando era momento de plasmarlo en un acta y firmarlo, se negaban a hacerlo, ya que sabían que iría donde el ministro a preguntarle si esa era una

política de gobierno. (...) a veces tú encontrabas que venían oficiales que te decían “ya estoy en este hospital, sácame mi carta de garantía” y a pesar que tenía que concursarse para ver cuál tenía el menor precio, ellos presionaban para se lo saquen en el que ellos querían o estaban. Eran atenciones fuertes, hablábamos de 20 a 30 mil soles, donde uno no puede agarrar y a dedo escogerla, por lo que se tenía que ver cuál es la mejor y que precio tenía en su momento.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023)

“Existía un diferente trato, existía una inequidad en el acceso a la salud. Por ejemplo, si yo tengo un mismo problema de salud primero se atiende al de más rango y el otro que se las arregle; o, si yo tengo que derivar a alguien a una clínica, lo hago con el oficial y no con el suboficial.” (Entrevista a ex asesora de la Gerencia General de la IAFA SaludPol, 2023).

En el centro de esta investigación se encuentra la jerarquía como la cima de la estructura policial. Incluso, en ese sentido, los beneficiarios, es decir los propios policías, no tienen la oportunidad ni la libertad de expresar sus opiniones y demandas sobre la calidad de los servicios prestados por la DIRSAPOL PNP. Incluso, la falta de participación por parte de los asegurados en el proceso de mejora para satisfacer estas demandas ha perpetuado un círculo vicioso de insatisfacción y falta de mejora en la prestación de servicios médicos. Como resultado, estos temas fueron remitidos a IAFA SaludPol, generando que recibieran un flujo constante de quejas y reclamos que ellos mismos no podían resolver.

“Sin embargo, creo que un problema en la IAFA SaludPol es que el asegurado, es decir el policía, no tiene voz ni voto. En otros sistemas, el asegurado tiene maneras de cómo reclamar o quejarse y así exigir mejoras (...) pero en la Policía no era posible ya que significaba quejarse ante un superior. En más de una oportunidad venían con quejas hacia nosotros y nosotros respondíamos que no ofrecíamos el servicio. Entonces, el problema termina siendo una discusión enteramente política en los niveles más altos donde el beneficiario no tiene opciones ni opinión para pedir mejoras en la prestación del servicio. Por ejemplo, no podía quejarse que la atención en el hospital era deficiente, y al no poder quejarse a la DIRSAPOL lo hacía con la IAFA SaludPol, donde nos llegan cientos de quejas, y le pedíamos a la Policía que mejorara al menos en su

atención, pero no, no lo hacía, incluso era puesto en las propias reuniones que se mantenía en el Directorio, pero todo quedaba en puras promesas y falsos compromisos.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023)

Sin embargo, también es importante señalar que por parte de la DIRSAPOL PNP no lo veían de la misma forma, ya que consideraban que esto venía desde una perspectiva totalmente marcada por el desconocimiento de cómo funciona la institución policial, a lo que relativamente terminó normalizando los tratos jerarquizados y considera que en la práctica se daba en tema de pocos casos.

“Existe una falta de comprensión, ya que quién está afuera del sistema no entiende que la Policía es una institución jerarquizada, y esto viene por un tema de ordenamiento, donde la persona, con el pasar del tiempo, va ganando su antigüedad, y lógicamente la ley establece que todos los integrantes de la familia policial tienen los mismos derechos. Pero qué pasa si viene un efectivo que viene por una balacera y necesita una carta de garantía, SaludPol la ejecuta por emergencia, pero de repente el auditor médico no llega por lo que no puede ser atendido, entonces en la Policía todo funciona como una familia y el director de la unidad genera todo tipo de presión para que pueda simplificarse todos los procedimientos y salvar la vida de estas personas, ya que se tiene que priorizar la capacidad de respuesta con la que se atiende. (...) de que puede haber casos aislados, puede haber; sin embargo, este tipo de regla funcionaba para los casos que realmente ameritaba en su momento, independientemente del grado.” (Entrevista a Elizabeth Hinostraza, 2023)

“Era algo que se hacía de manera inconsciente. Todos de manera clara y concisa decían que se querían cambiar las cosas en la DIRSAPOL PNP, pero estaban totalmente condicionados por la manera de actuar que siempre habían tenido (la jerarquía), con lo que el discurso era uno, pero en la práctica no había mucho cambio.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

6.3. Rotación del personal

La implementación de la Reforma de Salud en la PNP ha tenido que lidiar con varios obstáculos dentro de este factor, y uno de los más importantes es la falta de consolidación de un camino trazado para convertir a la Sanidad Policial en una unidad

especializada dentro del sistema de salud, es decir como una UIPRESS. Por ejemplo, se resalta la complicación que representa la consolidación de estos esfuerzos debido al tiempo y a la alta rotación del personal. La importancia de contar con una orientación o guía con la finalidad de preservar la estabilidad y prevenir cambios bruscos emerge como un asunto fundamental, mostrando las discrepancias entre las distintas administraciones y su influencia en el cambio organizacional.

“La formación de una UGIPRESS toma tiempo. Es un esfuerzo que implica un tiempo de mediano plazo, ya que es complicado transformar una organización en tan poco tiempo, por lo que hay que sostenerse sobre los esfuerzos que se han realizado anteriormente, ya que como sabemos en la Policía no existe una estabilidad en los cargos, por lo que se debió marcar como una “hoja de ruta” para evitar las dificultades presentadas en las siguientes gestiones. Cada nueva gestión llega con una mirada muy crítica de la anterior, con la idea de volver a cambiar las cosas, la cual termina afectando la posibilidad de que se consolide una gestión adecuada.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

“No existieron políticas continuas, peor que en los últimos años las autoridades duraron tan poco tiempo. La gran mayoría de ministros del Interior está priorizando lo que puede mostrar en un año, entonces nadie piensa en el mediano o largo plazo, y los cambios no se hacen de la noche a la mañana. Por ejemplo, nadie que te reemplaza continua las políticas que ejecutaste, o las elimina o las cambia totalmente en vez de apoyarlas.” (Entrevista a ex asesora de la Gerencia General de la IAFA SaludPol, 2023).

En ese sentido, para poder llevar a cabo de manera eficiente el proceso de transición de DIRSAPOL a UGIPRESS, el equipo estuvo apoyado en un Plan Estratégico Institucional (PEI) creado durante el proceso de adaptación. Por ejemplo, en este caso puede resaltarse lo fundamental que es tener un marco de referencia claro y cómo, incluso debe de pensarse en una visión de mediano plazo del plan. Como se espera, los cambios constantes de personal complicaron cada avance de adaptación a UGIPRESS por parte de la Sanidad PNP. La falta de continuidad en la implementación del PEI muestra cómo los cambios constantes pueden obstaculizar el progreso necesario para una reforma efectiva.

“El equipo que estaba presente durante el periodo de adecuación de la DIRSAPOL PNP a una UGIPRESS elaboró un Plan Estratégico Institucional (PEI) para la transformación de la organización en un mediano plazo, ya que eran conscientes de que en el corto plazo habían cosas que sí se podían hacer pero habían otras que necesitaban un poco más de tiempo; sin embargo, el plan (que era el marco de referencia del trabajo) se fue dejando de lado por cada persona que entraba a la Sanidad PNP.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

Haciendo una comparación entre la UGIPRESS DIRSAPOL y la IAFA SaludPol, se encuentran diferencias significativas en la estabilidad organizacional relacionada con la alta rotación del personal y su manera de acoplamiento al trabajo ya realizado por sus antecesores. En la IAFA, la rotación constante de la alta dirección y del equipo de liderazgo obstaculizó el proceso de implementación y creó un ciclo de resistencia en relación con el establecimiento de políticas efectivas. A pesar de los esfuerzos por crear un enfoque único para la gestión de la salud, la falta de experiencia en la DIRSAPOL PNP y la incapacidad de seguir consejos técnicos, más bien solo de allegados, debilitó el proceso. Esto indica que la falta de liderazgo no sólo reduce el progreso logrado, sino que también limita la capacidad de la PNP para implementar reformas en su institución.

“A diferencia de la DIRSAPOL que presentó una “mayor” estabilidad, a pesar de los diversos cuestionamientos, en la IAFA SaludPol se da la rotación constante de la Alta Dirección y el equipo de gestión, con lo que se incorporan nuevas personas que cortan con lo avanzando; incluso, dentro de la UGIPRESS DIRSAPOL PNP, como no se observaba experiencia o conocimiento en temas de gestión de salud, ya que solo habían hecho carrera policial o asimilado, no eran raro que los asesores externos tengan discrepancias con ellos, y era muy probable que termine convencido por una recomendación no técnica o especializada de algún allegado; a pesar de haber invertido mucho tiempo y esfuerzo en establecer un camino como especialista, se deja de lado ello al momento de cambio y se opta por lo que digan los jefes de la DIRSAPOL PNP (los que toman las decisiones en la unidad), o cuando se formulan políticas para que funcionen en determinado tiempo pero terminan

siendo de poco impacto o con uno negativo.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

El elevado cambio de Gerentes Generales en la IAFA SaludPol entre 2013 y 2022 supuso un reto significativo para la puesta en marcha de políticas sanitarias eficaces. Cada gerente recién nombrado traía un equipo de confianza y tenía que reiniciar la relación interinstitucional con la UGIPRESS. Esto suponía reiniciar diálogos, retroceder en decisiones tomadas anteriormente y modificar prioridades. Esta ausencia de continuidad en la dirección impactó en la habilidad de la IAFA para definir y sostener metas precisas a lo largo del tiempo, obstaculizando el progreso hacia una reforma sanitaria eficaz y sostenible en la PNP. La siguiente tabla recopila estos datos, subrayando cómo esta inestabilidad afectó el bienestar de los empleados y la eficacia global de la institución.

Tabla 6
Gerentes Generales de la IAFA SaludPol (2013 al 2022)

Temporalidad de funciones	Nombre
01/01/2013 - 03/01/2013	Crnl. (R) PNP Luis Alberto Jimenez Vera
04/01/2013 - 15/06/2014	Crnl. (S) PNP César Augusto Ausejo Cruz
16/06/2014 - 17/09/2014	Dr. José Ramón Paredes Cabel
18/09/2014 - 05/02/2015	Dr. Walter Alejandro Alvarez Pino
06/02/2015 - 16/02/2015	Lic. Raúl Abel Ramos Coral
17/02/2015 - 03/03/2015	Abog. Carlos Enrique Escalante Coca
04/03/2015 - 17/05/2015	Abog. Raúl Abel Ramos Coral
18/05/2015 - 22/11/2016	QF. Cesar Martin Amaro Suarez
23/11/2016 - 30/11/2016	Med. Richard Adelmo Inga Salazar
01/12/2016 - 02/11/2017	MC. Rene Luisa Hidalgo Jara
03/11/2017 - 31/01/2019	MC. Walter Eduardo Vigo Valdez
01/02/2019 - 07/02/2019	Ing. Carlos Américo Raffo Noriega
08/02/2019 - 27/08/2022	MC. Renzo Renan Zavala Urteaga

Fuente: Elaboración propia

6.4. Voluntad Política

La voluntad política es fundamental para implementar reformas, y en el caso específico del Ministerio del Interior peruano, es evidente el deseo de mejorar el sistema de atención de salud de la Policía Nacional del Perú (PNP), en conjunto con el ministro Carlos Basombrío. Sin embargo, luego de su cambio en el cargo de ministro, esa voluntad estuvo influenciada por otras prioridades y desafíos inherentes a la materia de quién estuviera en el mando.

“Considero que nunca la hubo. En el caso de Carlos Basombrío lo entendía en la lógica de preocupación del sentir del personal policial, intentaba tener una llegada más directa al policía de a pie, siendo una ventaja de que un civil esté como ministro, ya que es muy diferente cuando un militar o policía, quiénes tienen otra lógica y una mirada muy diferente, la salud pasaba a una tercera o cuarta prioridad.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023)

La colaboración entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud es fluida en la elaboración de normativas legales, y el Ministerio del Interior indica áreas para reformar el sistema de atención médica, a pesar de que el Ministerio de Salud ha colaborado como parte de su jurisdicción. No obstante, esto no garantiza que el sistema de salud sea una prioridad, ya que los ministros dedican su tiempo a otros asuntos.

“El Ministerio del Interior quería un cambio o mejora en el sistema de salud, siendo no expertos en temas de salud. Ambos Decretos Legislativos fueron trabajados en exclusiva por el sector Interior donde el Ministerio de Salud “colaboró” en su elaboración ya que era de “ellos”. No obstante, había otras prioridades y/o preocupaciones como la seguridad ciudadana, el orden interno y el contexto político del país.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

Por otro lado, inicialmente, la PNP DIRSAPOL demostró una clara intención de mejorar el sistema de atención de salud en el establecimiento mediante esfuerzos significativos en el desarrollo de un plan de reestructuración organizacional; Sin embargo, la falta de compromiso muestra una falta de coherencia entre las palabras y las acciones, lo que socava los esfuerzos para implementar esta reestructuración.

“Por parte de la DIRSAPOL PNP, al principio había una intención clara de querer mejorar el sistema, en el cual se invirtió muchas horas de trabajo para sacar un plan de reestructuración organizacional (reduciendo y estableciendo nuevas oficinas y funciones con estándares de la OMS) que buscaba transparentar las operaciones y la toma de decisiones, ya que antes no se dejaba huella de lo decidido y no se podía tener control sobre la entidad. A pesar de ello, en la práctica no era así, puesto que a medida que se avanzaba con lo establecido en el plan, a pesar del visto bueno de la DIRSAPOL PNP,

las reuniones se cancelaron, nunca había gente comprometida con la información que se solicitaba o no alcanzaba la plata para contratar gente especializada en determinados rubros, demostrando así que el discurso no terminaba concretizando en acciones.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023).

“Al estar en el sector Interior, hablamos de un ente político, y eso es uno de los retrasos que se da como desfase entre la IAFA y la UGIPRESS, siendo los fondos administrados por quienes deberían realmente hacerlo que es la Policía, ya que son “sus fondos”. Es cierto, en toda gestión hay problemas, así como hay buenos también hay malos funcionarios, pero no quiere decir que por esos pocos se le deba de negar a la Policía, la capacidad que, por “derecho natural”, le corresponde administrar sus fondos en salud. Al aprobarse la ley, el fondo de aseguramiento estaría adscrito al sector Interior.” (Entrevista a Elizabeth Hinostroza, 2023)

6.5. Relación Interinstitucional

La gestión del sistema de salud en Perú es un proceso complejo que involucra diversas entidades y actores con roles específicos. En este marco, la experiencia y el conocimiento del liderazgo en la DIRSAPOL PNP son cruciales para establecer una relación efectiva con la IAFA SaludPol. El entendimiento claro del papel que desempeñaba la UGIPRESS dentro de la DIRSAPOL era esencial para facilitar las negociaciones y garantizar que las políticas y decisiones tomadas fueran coherentes con los objetivos y metas del sistema. Sin embargo, la falta de conocimiento específico por parte de algunos actores se convirtió en un obstáculo significativo. Esta ausencia de claridad generaba una serie de discusiones que dificultaba la implementación efectiva de iniciativas y reformas.

“La experiencia o conocimiento que tenga sobre gestión del sistema de salud, el que tiene el poder de decisión (el mando de la DIRSAPOL PNP y su equipo) es importante en el relacionamiento con la IAFA Saludpol; porque no teniendo claro el rol de UGIPRESS que cumplía la DIRSAPOL PNP, el desconocimiento era un determinante importante en las negociaciones, ya que se tenían que hacer dentro de ciertos marcos, objetivos y planes, por lo que no había la unidad de criterio, solo una lluvia de ideas que convergen entre ellas como solución a

la problemática.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023).

“Por ejemplo, la hemodiálisis era un gasto que crecía todos los años y era un gasto incontrolable porque son consecuencias de los malos hábitos de vida y alimenticios; la IAFA servía para hacer un llamado de atención y decirle a la entidad prestadora: “Oye, sabes que, resuélveme este tema y te pago más por esto pero hazlo” pero esa función no se entendía sino que era “este es el dinero, por lo tanto hay que gastarlo”. La misma Sanidad PNP decía “¿por qué no nos mandan el dinero si acá nosotros tenemos un montón de necesidades? queremos pintar el Hospital, construir una especialidad, etc.” pero para eso no servía el dinero de financiamiento, sino era para poder brindar una prestación. Si tú quieres hacer inversión, tienes que pedir el dinero mediante otra vía, no se utiliza el dinero de las IAFAS. Todo esto era muy difícil de hacerles entender.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023)

Un elemento crítico en esta relación es que el jefe de la UGIPRESS DIRSAPOL PNP tiene un asiento en el directorio de la IAFA SaludPol. Esta posición de influencia genera un desequilibrio en la relación entre el financiador y el prestador de servicios de salud. El diseño inicial de las categorías UGIPRESS, IAFAS e IPRESS fue concebido para garantizar la independencia entre estas entidades, con el objetivo de que el financiador, representado por la IAFA SaludPol, hiciera un uso eficiente de los recursos que administra. A su vez, se esperaba que el prestador de servicios, en este caso la UGIPRESS, mantuviera un alto nivel de competitividad al ofrecer atención de calidad, basada en el cumplimiento de estándares previamente establecidos.

“La fricción viene porque muchas veces la IAFA SaludPol estaba acostumbrada a emitir cartas de garantía, pero la normativa no le permitía eso, ya que la IPRESS preferente tenía que ser de la Sanidad PNP. Una de las cosas que peleábamos en el directorio era que se utilizara un tarifario para no comprar en demasía. Todo esto permitía que “nuestro dinero” que ellos administraban sea para comprar servicios que todo el mundo compraba. En otras palabras, uno tenía que cuidar que “nuestra plata” se gaste de una manera que fuera eficiente considerando la carga de asegurados que tenemos en el sistema.” (Entrevista a Elizabeth Hinostroza, 2023)

Sin embargo, la realidad demostró que la Sanidad PNP, al influir en las decisiones del directorio de la IAFA SaludPol, ha creado tensiones significativas en la relación entre ambas instituciones. El gerente de IAFA SaludPol, consciente del rol que le corresponde a cada entidad, a menudo se mostraba reacio a cumplir con decisiones que consideraba inapropiadas o que socavaban la independencia operativa de su institución. Esta resistencia no solo generaba fricciones, sino que también afectaba la eficiencia y efectividad en la implementación de políticas de salud.

“Es por ello que la Sanidad PNP influía en las decisiones que tomaba el Directorio de la IAFA SaludPol, y ante esa situación, el Gerente ponía resistencia en el cumplimiento de las decisiones, porque tenía en conocimiento cuál era el rol de ambas instituciones, generando así una tensión. En otras palabras, la Sanidad PNP sentía que siendo miembro del Directorio no le hacían caso y la IAFA SaludPol que se estaban sobrepasando en la limitación de sus roles como UGIPRESS; sin embargo, esto tenía un amparo legal en normas previas, por lo que debería de corregirse en aras de no mantener una relación tensa y de molestia entre ambas instituciones.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023).

La Sanidad PNP, por su parte, sentía que sus contribuciones y perspectivas no eran debidamente valoradas en las decisiones del directorio. Este sentido de descontento era palpable, ya que la Sanidad PNP consideraba que, al ser miembro del directorio, su voz debería tener un peso significativo en la toma de decisiones. En contraste, la IAFA SaludPol sostenía que la Sanidad PNP estaba excediendo sus funciones como UGIPRESS, lo que llevaba a un conflicto de intereses y a malentendidos sobre los límites de cada institución.

“Las reuniones en el directorio eran muy tensas, Porque había una cuestión del ministerio interior que era un general de la de la Sanidad PNP y había un representante de la policía y un civil que habían puesto el ministro Basombrío, pero había una continua queja contra SaludPol porque no compraba cosas, pero tenía que pasar explicando las normas, diciéndole a la General que tenía que comprarla ella, donde me contestaba que no había logística, almacenes, entre otras cosas. Al final, una salida que no le gustó mucho a ella, es que le entregaremos el almacén completo y con ello también 6 meses de pago para

que entregara las medicinas que teníamos. Al inicio existía un entusiasmo porque sentía que había un soporte político detrás, como la presencia de un representante del ministerio de Salud y del Interior en las reuniones, pero conforme iban cambiando los ministros iban cambiando también a sus representantes, y hasta la prioridad en la agenda de gestión, donde pasó a ser una 3era o 4ta después del ministro Basombrío. Ya las reuniones se convirtieron en un cargamontón hacia la IAFA SaludPol por parte de todos. Yo cuando renunció, lo hago bajo esta premisa: “No se puede trabajar en una entidad en la cual todo el directorio está en tu contra”. Si todo el directorio está en contra de la gestión, tenían que cambiarla, definitivamente.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023)

Es importante destacar que esta dinámica de tensión no solo afecta la relación interinstitucional, sino que también tiene repercusiones en la calidad de los servicios de salud que se brindan a la población. Cuando las decisiones se ven afectadas por conflictos internos y malentendidos, la capacidad de implementar soluciones efectivas se ve comprometida. Además, la falta de coordinación y alineación de objetivos puede resultar en la ineficiencia en el uso de recursos, lo que a su vez impacta negativamente en la atención que reciben los beneficiarios.

“Sí, hay bastante divorcio, podemos decir, porque hay que entender que el efectivo policial es un personal que está dedicado las 24 horas del día, ante un conflicto, desastre o son evacuados desde un enfrentamiento, entonces llega uno con una serie de lesiones, y de repente me topo con un funcionario de la IAFA SaludPol que viene del MINSA y dicen “no, no se cobertura fracturas mandibulares, problemas con el ojo, entre otros” no dimensionando que esa persona no es un civil sino que tiene una ley especial por el tipo de actividad que realiza. Entonces, tiene que haber un tipo de entendimiento, por eso era tan importante los Planes de Aseguramiento; así como también, en saber cuál es la labor que desempeña un efectivo policial y el riesgo de vida que corre, así como la calidad de atención que requiere para poder recuperarla, luego de haber sido víctima de un atentado o una balacera, donde no puede haber una demora. Es un problema de concepción, porque quién no es policía, realmente no entiende o asume como funciona el sistema y la labor que desempeña.”

(Entrevista a Elizabeth Hinostroza, 2023)

En conclusión, la relación entre la DIRSAPOL PNP y la IAFA SaludPol es fundamental para el éxito del sistema de salud en Perú. La gestión adecuada de esta relación requiere no solo de un entendimiento claro de los roles y responsabilidades de cada entidad, sino también de un compromiso conjunto para trabajar por un sistema de salud que sea eficiente, equitativo y de alta calidad para la población.

6.6. Corrupción

La compleja y tensa interacción entre la aparente voluntad de transformación como ente institucional, las contradicciones que existían a la interna y las deficiencias sistémicas observadas en la Policía Nacional del Perú (PNP) constituye un escenario multifacético que impacta directamente en la implementación efectiva de la reforma sanitaria y la gestión transparente de los recursos de la UGIPRESS DIRSAPOL PNP y IAFA SaludPol.

Por su parte, la UGIPRESS DIRSAPOL PNP demostró un fuerte compromiso para distanciarse del estigma profundamente arraigado asociado a las prácticas corruptas que pudo heredar de su antecesor, FOSPOLIS. Sus esfuerzos por cambiar este paradigma incluyen un enfoque proactivo en el reclutamiento, utilizando métodos de selección rigurosos como mecanismo de filtrado. Este enfoque refleja un deseo sincero de cambiar las prácticas establecidas y crear una cultura organizacional basada en la transparencia, la honestidad y la rendición de cuentas.

“Existía la voluntad expresada, como narrativa por parte de la UGIPRESS DIRSAPOL PNP, por cambiar las costumbres que caían en la estigmatización de entidad corrupta, cuestión que le traía situaciones muy incómodas y contrarias. Por lo que se tomaba mucho control preventivo en el tema de la contratación del personal de colaboradores”. (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

“La Policía está en capacidad de administrar sus fondos, yo pienso que no hay ningún impedimento, ya que en la institución existen otras unidades donde también se administran fondos, como Vivienda, Servicio Funerario, etc. El tema de corrupción es un tema que está en diversos niveles del aparato público, pero

existe un interés para “satanizar” lo que pasa en la Policía y así poderlo hacer mucho más escandaloso, y hay problemas con ello. En mi experiencia diría que solo se tiene que buscar a la gente adecuada y que tengan los valores y la voluntad de que el sistema salga adelante, incluso mucho más si hay apoyo político. (...) si existe la capacidad en la Policía, están preparados en varios ámbitos y especializados en diferentes universidades.” (Entrevista a Elizabeth Hinostroza, 2023)

Sin embargo, estas intenciones se vieron eclipsadas por nombramientos cuestionables en IAFA SaludPol. Estos nombramientos controvertidos provocaron escándalos públicos y litigios, lo que demuestra la falta de transparencia y rigor del proceso de selección y nombramiento. La falta de criterios claros y las percepciones de nepotismo y favoritismo erosionan la confianza pública en ambas entidades, creando contradicciones entre las afirmaciones de voluntad de cambiar y las prácticas percibidas.

“Yo no entendí como llegó al cargo (refiriéndose a un ex Gerente General de la IAFA SaludPol) cuando entró, le dije al presidente del Directorio: “¿Están seguro que él? Porque él en el Ministerio de Salud tiene un historial de corrupción muy grande, y tiene hasta juicios, él ni siquiera está en investigaciones fiscales o hallazgos de Contraloría, sino que está en juicios por colusión y ese tipo de cosas, por lo que ya es conocido en el Ministerio de Salud, por eso nadie lo deja en ningún cargo. Pero me dijo que “venía altamente recomendado” por el alto mando de la Policía.” (Entrevista a ex Gerente General de la IAFA SaludPol, 2023)

Además, el que no exista un sistema eficaz para fiscalizar y hacer seguimiento a niveles superiores ha contribuido a la persistencia de este problema. La falta de supervisión adecuada por parte de las autoridades pertinentes, como SUSALUD, la Policía Nacional del Perú y el Ministerio del Interior ha creado un entorno que fomenta prácticas cuestionables y dificulta la rendición de cuentas en decisiones clave, desde la contratación pública hasta la distribución, la dispensación de medicamentos y la gestión presupuestaria.

“Creo que faltó por parte la IAFA SaludPol, de la Sanidad PNP, del MININTER

y de SUSALUD (quién era el llamado a realizar esas capacitaciones y hacer entender cuál es el límite de las funciones). Yo le he reclamado en su momento a SUSALUD por no plantarse y cumplir sus funciones, por ejemplo, ahí no se logró hacer ello; y el real problema era que FOSPOLIS no había muerto más de 5 años atrás, estando dentro de la memoria de todos y aun viéndolo como el ejemplo de cómo se debían de hacer las cosas. Recordemos que FOSPOLIS estaba administrado por policías y compraba lo que sea, pero habría también que recordar cómo acabó: con un montón de gente enmarrocada saliendo del local de FOSPOLIS directamente a ser encarcelados. Por ahí no se terminaron de plantear o entender los temas de la existencia de una unidad financiera, y cuáles eran los alcances y límites de la misma.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023)

Este contexto revela una considerable complejidad institucional, donde la voluntad de cambio en la UGIPRESS DIRSAPOL PNP se ve amenazada por una falta de coherencia en las acciones y una falta de supervisión efectiva desde niveles superiores. Esta brecha entre la ideología institucional y la práctica como tal planteó un desafío importante para implementar eficazmente cambios estructurales y restaurar la confianza en la transparencia y la ética de las instituciones.

“Es importante señalar que quiénes comandaban la UGIPRESS DIRSAPOL PNP estaban condicionados por cómo había funcionado la entidad en el pasado (es decir tenían aún en el imaginario a FOSPOLIS) lo cual no permitiría a la Sanidad PNP entender cuál era su nuevo rol; la IAFA SaludPol tiene que comprarle servicios a la Sanidad PNP, y ellos tienen que gestionar todo lo necesario para la compra de servicios. Por ejemplo, se pretendía que la IAFA SaludPol adquiriera medicamentos directamente, pero ese es el rol de una UGIPRESS, la cual también administra la oferta (equipos, personal, suministros, etc.) y venderles a la IAFA. En otras palabras, existía un condicionamiento histórico por cómo había funcionado antes la Sanidad PNP.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

“FOSPOLIS es un fondo totalmente cuestionable, y en hora buena que se cambió a ser una IAFA, ya que ahora si era formalizado con reglas claras y la supervisión de SUSALUD. Sin embargo, muchas de las personas que trabajaron en FOSPOLIS continuaron el SaludPol (...) con lo que continúan

teniendo influencia, pero cada vez menos por el nuevo marco normativo, pero siempre hubo ese intento de sacarle la vuelta a pesar de estar como “formales” dentro del sistema.” (Entrevista a Silvia Arispe, 2023)

6.7. Falta de presupuesto

La cuestión presupuestaria estuvo de manera determinante y crítica en el contexto de la implementación de la política de salud dentro de la Policía Nacional del Perú y, posteriormente, cuando el dinero se mal gestionó en diversos contratos y adquisiciones. Un aspecto sensible es la falta de un nuevo hospital policial, lo que ha llevado a una propuesta para construir uno nuevo, a través de diversos proyectos, en vez de gestionar otras funciones como Sanidad PNP.

“Existía un tema super sensible con la deficiencia del nuevo Hospital del Policía, a lo que se planteó la construcción de un nuevo hospital, lo cual consumía trabajo cargado en la UGIPRESS DIRSAPOL PNP al querer que el proyecto de inversión pueda ejecutarse de una manera rápida y eficiente. Lo que sucedió fue que, en el expediente del nuevo hospital, no se había considerado la modificación del área de Emergencias, lo que dificultó la ejecución del proyecto y había que subsanar durante la marcha, lo que llamaba la contratación de personal especializado en la gestión documental y administrativa.” (Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

En materia de contratos y adquisiciones, el Plan Estratégico incluyó la reconstrucción y mejora de la infraestructura menos compleja de IPRESS PNP, así como la compra de equipos y mobiliario a precios moderados. Sin embargo, estos planes no se implementaron por falta de capacidad de gestión.

“Por otro lado, en el tema de los contratos y adquisiciones, en el Plan Estratégico que se creó, también se planteó la remodelación y mejoramiento de la infraestructura de las IPRESS PNP de menor complejidad (primer nivel de atención) así como la compra de equipos y mobiliario de un costo no muy elevado, pero esto no se llevó a cabo por la falta de capacidad de gestión, ya que es un área compleja donde se necesita hacer estudios especializados de mercado, identificar las empresas y de poder hacer una planificación de gasto; por eso, se dio una demora en las inversiones y adquisiciones a pesar que

habían los recursos necesarios, más no la capacidad de poder gestionarlo.”
(Entrevista a Edgardo Nepo, 2023)

Otras de las principales cuestiones del presupuesto es la asignación y distribución de estos fondos. La falta de claridad sobre las prioridades y el uso adecuado de los presupuestos ha resultado en que varios aspectos importantes como los medicamentos, el equipo médico, la contratación de personal y el mantenimiento de la infraestructura se vean afectados.

“Uno tiene que tener muy en cuenta que se quiere hacer con ese dinero o cuáles son las prioridades, ya que siempre va a faltar, pero lo que no debe faltar son medicamentos o equipos biomédicos, equipamientos operativos, contratación de recursos humanos en Lima y regiones, así como mantenimiento e infraestructura; entonces, si el presupuesto se utiliza en esas cuatro áreas pues si alcanza, puede ser insuficiente pero recordemos que la capacidad de ejecución no llega a un 100%, y no llegaba porque había problemas de otra índole con SaludPol, al comienzo había un sistema fuerte de auditorías, donde habíamos gastado 100 millones y solo nos daban 98 o 99 millones, y ese 1 millón lo peleábamos entre auditores, una pelea técnica en el que hacerle un seguimiento.” (Entrevista a Elizabeth Hinostraza, 2023)

Además, uno de los problemas con SaludPol, era especialmente en las áreas de fiscalización y tarifas, ya que habían generado inconsistencias y obstáculos en la implementación efectiva del presupuesto. La introducción de tarifas estandarizadas y reguladas permitió una mayor transparencia en los pagos y evita la sobreestimación del costo de los servicios médicos.

“Mientras nosotros no podíamos firmar el convenio, SaludPol seguía administrando los recursos de la Sanidad PNP, seguía ofreciendo comprar medicinas que no compraba, equipos que tampoco compraba, contratar gente que solo era la cuarta parte de lo ofrecido, y lo único que hacía era girar cartas de garantía. Al firmarse el convenio, SaludPol por iniciativa de la Sanidad PNP, lógicamente basada en una normativa, comenzó a pagar las actividades que realizábamos como IPRESS preferente. Entonces esto recién se empezó a dar a nivel nacional y la Sanidad PNP pudo conseguir fondos para comprar

medicamentos, para comprar equipamiento, para mantenimiento de infraestructura y la contratación de recursos humanos en salud. (...) Cuando empezamos a ejecutar el convenio con SaludPol, una de las cláusulas era de que SaludPol pasaba los recursos de manera anticipada a la Sanidad PNP en base a la cotización del año anterior. Quiere decir, si, por ejemplo, mi producción durante el 2017 fue por 100 millones que se demostró, SaludPol al comienzo de año pasaba el dinero para que la Sanidad PNP puede producir algo similar contra el histórico de su producción. (...) Lógicamente el dinero no te lo van a pasar en agosto o en septiembre cuando ya no tienes posibilidad de ejecutar, siendo ya un tema de gestión.” (Entrevista a Elizabeth Hinostroza, 2023)

Otro de los problemas de la gestión de los recursos financieros se vuelve aún más evidente cuando se descubre que el capital asignado se está diluyendo sin un control adecuado. La falta de una lista de precios clara ha permitido a los proveedores de atención médica cobrar precios inflados al cobrar por cada artículo, de ahí la necesidad de una lista de precios.

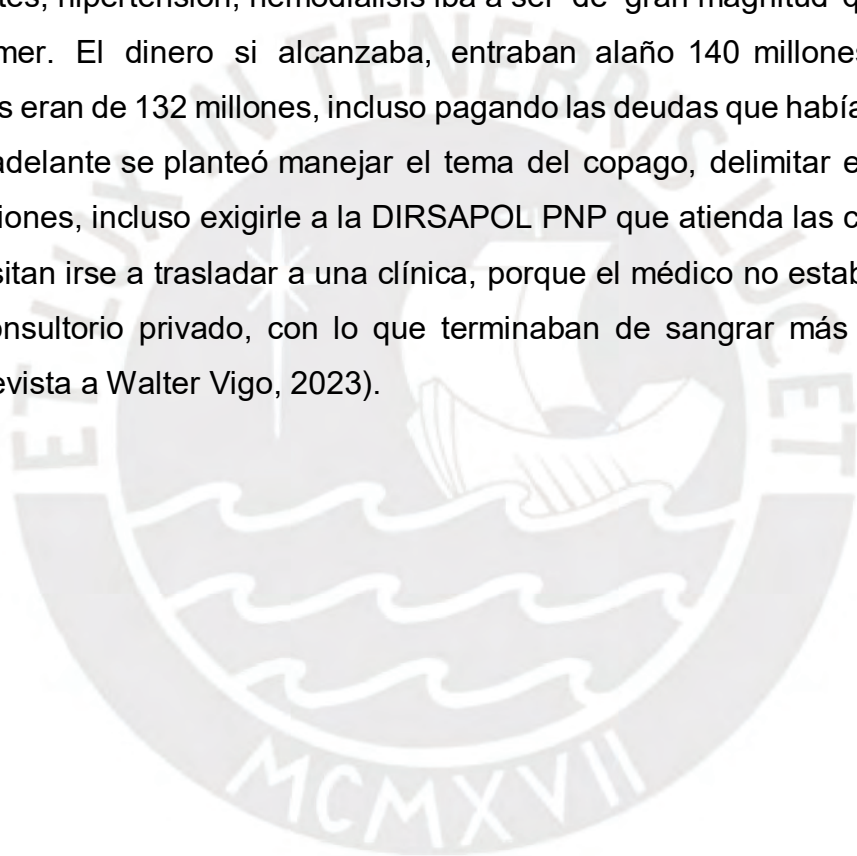
“Era necesario tomar medidas porque el dinero se iba chorreando como agua. Uno le pagaba al Hospital lo que él te decía, pero a ese ritmo uno te iba poniendo cualquier cosa. Por lo que, se utilizó un tarifario adaptado para poder pagar según los estándares y medidas de adecuación, esto chocó porque estaban acostumbrados a cobrar el agua, la gaza, todo lo que podían, y se dieron cuenta que no sacaban la misma cantidad; sin embargo, para la IAFA SaludPol nos alivió ya que permitió ordenarse y asegurar en la auditoría que no están “sacando la vuelta” con el tema de los pagos y precios en la atención del asegurado. Era necesario ya que nos cobraban cualquier cosa y así evitamos que se perdiera tanto dinero. Recordemos que la lógica de la DIRSAPOL era que ese dinero era de la Policía y si pedían 100 soles le tenían que pagar esa cantidad y no menos.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023)

A pesar de los esfuerzos por mejorar el control y la asignación de recursos, se esperaba que el costo del tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y la hemodiálisis aumentara significativamente en los próximos cinco años. Además de esto, también estaba presente el tema de las deudas y cuentas

pendientes con otras IPRESS no PNP.

“Cuando se llegó, nos encontramos con una deuda muy grande y con varias cuentas en el olvido, donde había reclamos por ellos, lo cual tomó tiempo ordenarlas. SaludPol no podía pedir más plata porque había dinero que no había ejecutado, se había acumulado como 300 millones.” (Entrevista a ex asesora de la Gerencia General de la IAFA SaludPol, 2023)

“Nosotros si calculamos en 5 años que la plata no iba a alcanzar, esto por la subida de gastos en tratar las enfermedades del adulto mayor, como la diabetes, hipertensión, hemodiálisis iba a ser de gran magnitud que nos iban a comer. El dinero si alcanzaba, entraban al año 140 millones y nuestros gastos eran de 132 millones, incluso pagando las deudas que había antes. Para más adelante se planteó manejar el tema del copago, delimitar el número de atenciones, incluso exigirle a la DIRSAPOL PNP que atienda las cosas que no necesitan irse a trasladar a una clínica, porque el médico no estaba o se iba a un consultorio privado, con lo que terminaban de sangrar más al sistema.” (Entrevista a Walter Vigo, 2023).



7. Conclusiones

Esta investigación que nos habla de la implementación de políticas de salud en la Policía Nacional del Perú revela la profunda influencia de la cultura institucional incorporada en este contexto. Esta resistencia al cambio, la arraigada cultura institucional heredada de la organización predecesora, FOSPOLIS PNP, ha presentado un desafío sustancial en la transición de la UGIPRESS DIRSAPOL PNP hacia un enfoque más integral en la gestión de la salud dentro del Sistema de Salud Policial. Estos hallazgos resaltan la dificultad de implementar cambios en entornos establecidos, un aspecto ampliamente discutido en los marcos teóricos de políticas públicas. Estas cuestiones resaltan la necesidad de reconocer la cultura organizacional como clave para la implementación efectiva de políticas, como se analiza en los enfoques teóricos del cambio organizacional.

Además, la falta de liderazgo profesional y estrategias efectivas de gestión médica por parte de la Policía se convirtió en un punto de estudio. La falta de conocimiento especializado resalta la importancia de un liderazgo competente y una dirección estratégica clara para la implementación efectiva de políticas públicas. Estos hallazgos son consistentes con el marco teórico que enfatiza la importancia de gestores bien preparados y con visión estratégica para una transformación exitosa en la Policía Nacional del Perú; por ello, el desconocimiento termina impactando de manera negativa dentro de la toma de decisiones en la implementación de la reforma.

Los cambios en la dirección estratégica como resultado de los cambios en las prioridades del gobierno son otro aspecto importante. En línea con el marco teórico de las políticas públicas, estas modificaciones muestran la interacción entre la ejecución de políticas y los programas en curso. La relación entre la implementación de políticas y las prioridades gubernamentales cambiantes destaca la naturaleza adaptativa necesaria para una implementación exitosa de políticas en un entorno político dinámico y cambiante. En un contexto donde existen otras prioridades para los ministros del Interior, como el combate a la inseguridad ciudadana, el narcotráfico, la trata de personas, entre otros, el enfoque en la modernización de la salud policial ha sido desplazado gradualmente.

Bajo esa línea, la rotación constante del personal en roles clave ha interrumpido

la continuidad en la planificación y ejecución de políticas y estrategias, generando una falta de cohesión y dificultando el progreso sostenido en la gestión de la salud policial. Esta rotación frecuente ha dado lugar a interrupciones en la continuidad de la planificación y ejecución de políticas y estrategias relacionadas con la salud policial. Cada cambio en los ministros del Interior, jefes de la Sanidad PNP y otros funcionarios en la IAFA SaludPol ha llevado a una reconfiguración en la dirección y el enfoque estratégico, lo que ha generado discontinuidad en las acciones planificadas previamente. Los cambios frecuentes en el liderazgo y la dirección han dificultado la implementación efectiva de planes a largo plazo, generando un ciclo de inicio y detención en el progreso del sistema de salud policial.

La investigación también reveló dificultades en las relaciones interorganizacionales y falta de coordinación entre la IAFA SaludPol y la UGIPRESS Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. Estos desafíos son ejemplos concretos de cómo la cooperación y el entendimiento entre diferentes actores son fundamentales para la implementación exitosa de políticas. El vínculo entre la IAFA SALUDPOL y la UGIPRESS DIRSAPOL PNP ha sido complicado y problemático, creando tensiones que han dificultado el desempeño eficaz y coordinado de ambas instituciones. El carácter de las disputas reside en la ausencia de claridad sobre las funciones que ambas entidades deben desempeñar en el sistema de salud policial. La falta de comprensión y coordinación mutua obstaculiza la implementación efectiva de las políticas de salud.

El ámbito presupuestario se ha convertido en un tema importante en el sistema de salud policial. A pesar del continuo aumento en el número de beneficiarios y asegurados titulares (policías), el presupuesto asignado a IAFA SALUDPOL no fue suficiente para satisfacer las crecientes necesidades y demandas. Esta falta de fondos dificultó el funcionamiento eficaz de IPRESS, lo que afectó la calidad y disponibilidad de los servicios médicos para la policía. El déficit presupuestario se ha visto exacerbado por una gestión inadecuada en muchos aspectos. Los proyectos y contratos en IAFA SALUDPOL y UGIPRESS SALUDPOL han sido mal gestionados, debido a la alta tasa de deudas acumuladas.

En esa misma línea destaca la presencia de corrupción, falta de supervisión y en la gestión financiera en el contexto de la implementación de políticas de salud.

Estos problemas reflejan las deficiencias destacadas en la búsqueda de transparencia y buena gestión de los recursos en la implementación de las políticas públicas. En ese sentido, la corrupción se ha convertido en un asunto serio, con la asignación de empleados cuestionados en la IAFA SALUDPOL, lo que ha provocado escándalos y acciones judiciales. Estos sucesos de nombramientos polémicos han evidenciado una notable ausencia de procesos de selección y nombramiento estrictos, lo que ha generado una percepción pública de nepotismo, favoritismo y ausencia de claridad en la administración de recursos y personal en la IAFA SALUDPOL y la UGIPRESS DIRSAPOL PNP.

Finalmente, esta investigación se enfoca en demostrar que dicha implementación de la Reforma de Salud del 2013 en la Policía Nacional del Perú, a través de los Decretos Legislativos N° 1174 y N° 1175, no tuvo el impacto esperado en la institución policial, además de analizar en profundidad los factores que obstaculizaron dicho proceso. Es importante, nuevamente, señalar que la elección de este tema surge de la necesidad de evaluar críticamente las políticas de salud implementadas en instituciones públicas, especialmente en aquellas que desempeñan un papel vital en la sociedad, como lo es la PNP.

El tema de salud, visto como principal derecho fundamental, resulta imprescindible analizar y comprender los obstáculos y desafíos que pueden surgir en la implementación de reformas de salud en contextos institucionales particulares. Por otro lado, se busca contribuir al conocimiento académico en el ámbito de salud de las políticas públicas, específicamente en temas de reforma manejadas en contextos institucionales complejos como el de la Policía Nacional del Perú.

8. Recomendaciones

Primero, la resistencia al cambio surge de una cultura institucional heredada de la organización anterior que obstaculizó la transición hacia un enfoque más integral de la gestión de la salud policial, es por ello que se necesita implementar programas de sensibilización y capacitación para promover una comprensión más amplia de la importancia de la modernización, a través de SUSALUD y la propia PNP. Asimismo, modificar el Art. 5° del Decreto Legislativo N° 1174, removiendo a la UGIPRESS DIRSAPOL PNP del directorio, y así poder otorgar la autonomía en la toma de decisiones (y no la superposición) de la IAFA SaludPol para su correcto funcionamiento.

Segundo, la falta de conocimientos y experiencia de los líderes en gestión de la salud limita la dirección estratégica y la implementación efectiva de políticas. Se necesita modificar la Ley N.º 31873 - Ley que regula proceso de ascensos en la Policía Nacional en el que se señale que para poder tomar el mando de la UGIPRESS PNP tenga estudios de posgrado o especialización en salud o gestión pública,

Tercero, se necesita hacer frente a los cambios frecuentes en el liderazgo de quienes gestionan la UGIPRESS Dirección de Sanidad PNP, las cuales han creado interrupciones en las actividades y políticas planificadas, lo que dificulta la implementación efectiva de planes a largo plazo, por ello se propone la modificación del Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1149 - Ley de la Carrera y Situación del Personal de la Policía Nacional del Perú, para brindarle la estabilidad necesaria a quien comande dicha unidad, y con ello hacer un mayor seguimiento de las políticas públicas en materia de salud.

Finalmente, la transparencia en la asignación presupuestaria y una gestión transparente son esenciales para superar los déficits presupuestarios y evitar la acumulación de deuda en los centros de salud policial. Se deben implementar sistemas públicos de control financiero, designaciones de cargos y contrataciones, convenios y compras realizadas durante periodos determinados. En ese sentido, hacer un sinceramiento de las cifras económicas y poder solicitar un incremento del fondo ante la situación creciente de derechohabientes, con una posterior fiscalización del MININTER Y SUSALUD.

9. Referencias bibliográficas

- Aguilar, L. (1993). La implementación de las políticas públicas. *México: Porrúa*.
- Alfageme, A. (2012). Algunas reflexiones sobre la Ley de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú. *Revista Moneda*, 151, 37–41. <https://ideas.repec.org/a/rbp/moneda/moneda-151-08.html>
- Arana, P. A., & Huaman, K. (2020). Análisis de los factores en la implementación de la reforma del Presupuesto por Resultados (PpR) en el Perú a nivel nacional al 2019 [Tesis para optar el título de Licenciado en Gestión con mención en Gestión Pública, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/16646>
- Beteta, E., & Elorreaga, O. (2020). Un breve diagnóstico institucional del Seguro Integral de Salud. En *Patologías del sistema de salud peruano*. F. Durand (ed.)
- Cabezas Sánchez, C. A., Yagui Moscoso, M. J. A., Caballero Ñopo, P. Z., Espinoza Silva, M. M., Castilla Vicente, T. J., Granados, A., Cosavalente Vidarte, Ó. E., & Velásquez Valdivia, A. (2011). Prioridades de investigación en salud en el Perú 2010-2014: La experiencia de un proceso participativo y descentralizado: sistematización de la experiencia. Instituto Nacional de Salud. <https://repositorio.ins.gob.pe///handle/20.500.14196/122>
- Cañizares. (2017). Evolución del sistema de salud de Perú: Buenas prácticas y desafíos en su construcción. Década 2005-2014. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 445–451. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14269>
- Choquemaqui, S. & Venegas, D. (2020). ADMINISTRACIÓN DE CONVENIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS BENEFICIOS BRUTOS DE LA CLÍNICA PARDO S.A.C., CUSCO - PERÍODO 2019 [Tesis para optar el título profesional de Contador Público]. Universidad Andina del Cusco. <https://hdl.handle.net/20.500.12557/3777>
- Comisión Especial Multipartidaria de Seguridad Ciudadana. (2022). Alertan que el Seguro de Salud Policial se encuentra en riesgo de quiebra [Comunicado de prensa]. https://www.congreso.gob.pe/Docs/observatorio/files/nota_de_prensa_n%C2%B0_10-cemsc-cr.pdf
- Comisión de Salud y Población. (2017). Informe Final del Grupo de Trabajo N° 4 - Encargado de Evaluar la Normatividad y el Funcionamiento de las Sanidades Militares y Policial. En Congreso de la República. Congreso de la República. https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2016/Salud/files/documentos/informe_parte_1.pdf
- Congreso de la República del Perú (2009). Ley 29344. Por lo cual se expide Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Diario Oficial El Peruano, 394077. <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>

- Congreso de la República del Perú (2017). Proyecto de Ley N° 2868/2017-CR. Proyecto de ley que declara de interés público el fortalecimiento e implementación de especialidades médicas y servicios de laboratorio clínico y diagnóstico por imágenes en los policlínicos de la Policía Nacional del Perú a nivel nacional. Comisión de Defensa Nacional, Orden interno, Desarrollo alternativo y Lucha contra las Drogas. Dictamen N° 2868 https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL0286820180516.PDF
- Congreso de la República - Comunicaciones (2021). Magaly Ruiz solicitará informe a representantes de SaludPol PNP-Trujillo. Comunicaciones Congreso. <https://comunicaciones.congreso.gob.pe/damoscuenta/magaly-ruiz-solicitar-a-informe-a-representantes-de-saludpol-pnp-trujillo/>
- Consejo Nacional de Salud (2013). Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/408697-lineamientos-y-medidas-de-reforma-del-sector-salud>
- Conexión Vida. (2016). Declaran una prioridad la mejora de servicios de salud al personal de Policía Nacional. Comunicación para la salud. <https://conexionvida.pe/2016/09/20/declaran-una-prioridad-la-mejora-de-servicios-de-salud-al-personal-de-policia-nacional/>
- Contraloría General de la República. (2018). Por una salud de calidad: Operativo de Control - Informe. <https://apps5.contraloria.gob.pe/sroc/doc/historicos/informe/2019-08.pdf>
- Costa, G., & Neild, R. (2007). La reforma policial en Perú. URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad, (2),112-126. ISSN: 1390-3691. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552656564006>
- Costa, G. & Basombrío, C. (2004). Liderazgo civil en el Ministerio del Interior: Testimonio de una experiencia de reforma policial y gestión democrática de la seguridad en el Perú. Instituto de Estudios Peruanos.
- Dargent, E. (2012). El estado en el Perú: Una agenda de investigación (1. ed). Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- de Habich M. (2019). Leadership Politics and the Evolution of the Universal Health Insurance Reform in Peru. Health systems and reform, 5(3), 244–249. <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1635415>
- Defensoría del Pueblo. (2020). Urge proteger salud de policías durante Estado de Emergencia. Defensoría del Pueblo - Perú. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-urge-proteger-salud-de-policias-durante-estado-de-emergencia/>

- Dimitrakopoulos & Richardson, en Richardson, J. (Eds.). (2001). European Union: Power and Policy-Making (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203463727>
- El Comercio. (2022). Policía detiene a funcionaria cuando retiraba de madrugada documentos en sede de SaludPol. El Comercio Perú. https://elcomercio.pe/lima/chorrillos-policia-detiene-a-funcionaria-cuando-retiraba-de-madrugada-documentos-en-sede-de-saludpol-video-mininter-p_np-rmmn-noticia/
- Fernández, A. (2015). Políticas públicas. Manual de Ciencia Política (pp.705-730) 4° edición, Tecnos.
- Fernández, C. (2016). Sanidad PNP en emergencia: Hay S/350 mlls que no se invierten. El Comercio. <https://elcomercio.pe/lima/sanidad-pnp-emergencia-hay-s-350-mlls-invierten-263355-noticia/?ref=ecr>
- Fernández, C. (2016). Sanidad PNP en emergencia: hay S/350 mlls que no se invierten. El Comercio Perú. <https://elcomercio.pe/lima/sanidad-pnp-emergencia-hay-s-350-mlls-invierten-263355-noticia/?ref=ecr>
- Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú [SaludPol]. (2016). Plan Operativo Institucional 2016. En Fondo de Aseguramiento En Salud de la Policía Nacional del Perú. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1010732/003-2016-IN-SALUDP-OL-PD20200715-20664-dr4f37.pdf>
- Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú [SaludPol]. (2018). Informe de Evaluación Primer Semestre - Plan Operativo POI 2017. En Fondo de Aseguramiento En Salud de la Policía Nacional del Perú. <https://www.saludpol.gob.pe/wp-content/uploads/Transparencia/saludpol-Evaluacion-I-Semestre-Plan-Operativo-2017-130218.pdf>
- Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú [SaludPol]. (2019). Evaluación de Plan Operativo (POI) 2018. En Fondo de Aseguramiento En Salud de la Policía Nacional del Perú. <https://www.saludpol.gob.pe/wp-content/uploads/Transparencia/saludpol-Evaluacion-Anual-PO-2018.pdf>
- Francke, P., Arroyo, J., & Guzmá, A. (2006). Políticas de salud 2006-2011. CIES: ForoSalud.
- Gamarra, R. (2018). Percepción de la calidad de atención en emergencia de medicina general en el Hospital Central de la PNP en el mes de Agosto de 2017 [Tesis para optar por el título de Médico Cirujano]. Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1405>
- Gambi, M. O. (2017). Implementación de políticas públicas: Lecciones para el diseño. Análisis de los casos de modernización de la gestión pública y de la

- reforma de salud en Chile. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 67, 95–124. <https://www.redalyc.org/journal/3575/357550203004/html/>
- Gianella, C. (Ed.). (2020). Fortalecer el sistema de salud público para la equidad en salud: Una necesidad impostergable. Pontificia Universidad Católica del Perú. Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas - CISEPA. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/174365>
- Guerrero Núñez, J. (2020). Densidad de recurso humano y desigualdad en gastos en salud en países de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.133>
- Hasenfeld, Y., & Brock, T. (1991). Implementation of Social Policy Revisited. *Administration & Society*, 22(4), 451–479. <https://doi.org/10.1177/009539979102200404>
- Hernández-Vásquez, A., Rojas-Roque, C., Santero, M., Prado-Galbarro, F. J., & Rosselli, D. (2018). Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos: Análisis de la Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de vida y pobreza 2017. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(3), 390–399. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3815>
- Huanachin, J. (2020). El programa carnet joven: problemas en el proceso de implementación de políticas públicas en materia de juventudes en el Perú, durante el 2012 – 2016 [Tesis para optar el grado académico de Magíster en Ciencia Política y Gobierno con mención en Políticas Públicas y Gestión Pública]. Repositorio Institucional de la Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/16128>
- Inga-Berrosipi, F., & Arosquipa Rodríguez, C. (2019). Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 312–318. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4493>
- Jenkins-Smith & Sabatier. (1994). Evaluating the Advocacy Coalition Framework. *Journal of Public Policy*, 14(2), 175–203. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00007431>
- Jumpa-Armas, D. V. (2019). Aseguramiento universal en salud en el Perú: Una aproximación a 10 años de su implementación: Universal insurance in health in Peru: an approximation to 10 years of its implementation. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(3), Article 3. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2158>
- Lindblom, C. E. (1991). El proceso de elaboración de políticas públicas. Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=41274>

- Llave, Y. (2021). Caracterización del tiempo de atención en el proceso de reembolso económico de la institución administradora de fondos de aseguramiento en salud SALUDPOL durante los años 2017 Y 2018 [Tesis para la obtención del título profesional de Licenciado en Administración en Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional de la UPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/9558>
- Neelsen, S., & O'Donnell, O. (2017). Progressive universalism? The impact of targeted coverage on health care access and expenditures in Peru. *Health Economics*, 26(12), e179–e203. <https://doi.org/10.1002/hec.3492>
- Nepo-Linares, E., & Velásquez, A. (2016). El acuerdo nacional como espacio de consenso para la definición de los objetivos de la reforma de salud y establecer políticas de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 540–545. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2331>
- Madrid Valerio, Cecilia, & Palomino Ramírez, Walter. (2020). Oportunidades de corrupción y pandemia: el compliance gubernamental como un protector eficaz al interior de las organizaciones públicas. *Desde el Sur*, 12(1), 213-239. <https://dx.doi.org/10.21142/des-1201-2020-0014>
- Manco, A. (2016). Polémico asesor de PPK iba a reorganizar servicio de aseguramiento de la Policía. *Correo*. <https://diariocorreo.pe/politica/polemico-asesor-de-ppk-iba-a-reorganizar-servicio-de-aseguramiento-de-la-policia-703699/?ref=dcr>
- Mejía-Álvarez, C., Miranda-Mesías, R., Contreras-Carmona, P., & Huapaya-Huertas, O.. (2018). Herramientas para mejorar la satisfacción del usuario a partir de un estudio situacional peruano. En O. Lazo y Santivañez-Pimentel, A. (eds.). *Atención de Salud con Calidad*. Colegio Médico del Perú. 81-94. <https://cmplima.org.pe/wp-content/uploads/2018/06/Libro-Atencion-salud-calidad.pdf>
- Mejía, O. (2019). La función directiva en la escuela pública: Retos y necesidades. *Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo*. <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/07/funcion-directiva-escuela.html>
- Mendoza-Arana, P. J. (2018). Reforma en salud: Complejidad y límites de la formación de recursos humanos especializados. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(1), 60–64. <https://doi.org/10.15381/anales.v79i1.14594>
- Mendoza-Arana, P. J., Río, G. R.-D., Gutiérrez-Villafuerte, C., & Sanabria-Montáñez, C. (2018). El proceso de reforma del sector salud en Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 74. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.74>
- Meny, Y., Thoenig, J.-C., & Morata, F. (1992). *Las políticas públicas*. Ariel España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=224943>

- Meter, D. S. V., & Horn, C. E. V. (1975). The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. *Administration & Society*, 6(4), 445–488. <https://doi.org/10.1177/009539977500600404>
- Mezones-Holguín, E., Bolaños-Díaz, R., Fiestas, V., Sanabria, C., Gutiérrez-Aguado, A., Fiestas, F., Suárez, V. J., Rodríguez-Morales, A. J., & Hernández, A. V. (2014). Cost-effectiveness analysis of pneumococcal conjugate vaccines in preventing pneumonia in Peruvian children. *Journal of Infection in Developing Countries*, 1552–1562. <https://doi.org/10.3855/jidc.5855>
- Meza, O., & Pérez-Chiqués, E. (2021). Corruption consolidation in local governments: A grounded analytical framework. *Public Administration*, 99(3), 530–546. <https://doi.org/10.1111/padm.12698>
- F. de M., & Benítez-Zapata, V. A. (2016). Diferencias institucionales en el insuficiente acceso efectivo a medicamentos prescritos en instituciones prestadoras de servicios de salud en Perú: Análisis de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de los Servicios de Salud. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2197>
- Ministerio del Interior (2016). Resolución Ministerial N° 859-2016-IN. Declaran como prioridad sectorial el mejoramiento de la prestación de servicios de salud al personal policial de la Policía Nacional del Perú y sus familiares derechohabientes; asimismo se dicta diversas disposiciones. Diario Oficial El Peruano, 599502. <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/declaran-como-prioridad-sectorial-el-mejoramiento-de-la-pres-resolucion-ministerial-no-859-2016-in-1430713-1>
- Ministerio de Salud. (2014). Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud. Ministerio de Salud. <http://repositorio.minsa.gob.pe/handle/MINSA/77564>
- Montañez Ginocchio, V. A. (2017). Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú [Tesis para optar al grado de Doctor en Ciencias Políticas] Universidad Complutense de Madrid. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=148735>
- Ohemeng, F. L. K., Amoako Asiedu, E., & Obuobisa-Darko, T. (2018). Giving sense and changing perceptions in the implementation of the performance management system in public sector organizations in developing countries. *International Journal of Public Sector Management*, 31(3), 372–392. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-05-2017-0136>
- Petrera, M. (2016). Reflexiones para la política sectorial de salud en Perú a partir de las Cuentas Nacionales de Salud. *Economía*, 39(78), 35–65. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6414088>
- Petrera, M. (2018). El complejo proceso de la inclusión: Reforma y seguro integral de salud.

- Pitsvada, B., & LoStracco, F. (2002). Performance budgeting-the next budgetary answer. But what is the question? *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, 14(1), 53–73. <https://doi.org/10.1108/JPBAFM-14-01-2002-B003>
- Petrera, M. P., & Jimenez, E. J. (2018). Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e20. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20>
- Plataforma digital única del Estado Peruano. (2013). Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL. Plataforma del Estado Peruano. <https://www.gob.pe/saludpol>
- Policía Nacional del Perú. (2016). Dirección de Sanidad Policial - Policía Nacional del Perú. Página oficial DIRSAPOL. <https://www.policia.gob.pe/Direccion/NosotrosDirsapol>
- Policía Nacional del Perú. (2021). Plan Estratégico de Capacidades de la Policía Nacional del Perú al 2030 “Mariano Santos” (MS30). En Policía Nacional del Perú <https://www.policia.gob.pe/dirseciu/documentos/PLAN%20ESTRATEGICO%20PNP%202030.pdf>
- Ponce de León, Z. (2012). Decisiones de política pública en una democracia sin partidos: el caso del ‘Soat médico’. *Politai*, 3(5), 181-192. Recuperado a partir de <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/politai/article/view/14134>
- Ponce de Leon, Z. (2021). Health Care Reform out of Nowhere? Policy Reform and the Lack of Programmatic Commitment in Peru. *Journal of Latin American Studies*, 53(3), 493–519. <https://doi.org/10.1017/S0022216X21000493>
- Presidencia de la República (2013) Decreto Legislativo 1174. Por lo cual se expide Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú. Diario Oficial El Peruano, 508619. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-del-fondo-deaseguramiento-en-salud-de-la-policia-nacion-decreto-legislativo-n-1174-1025182-14/>
- Presidencia de la República (2013) Decreto Legislativo 1175. Por lo cual se expide Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú. Diario Oficial El Peruano, 508621. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-del-regimen-de-salud-de-la-policia-nacional-del-peru-decreto-legislativo-n-1175-1025182-15/>
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1984). Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland; Or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as

- told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation (Vol. 708). Univ of California Press.
- Proaño Falconi, D., & Bernabé, E. (2018). Determinants of catastrophic healthcare expenditure in Peru. *International Journal of Health Economics and Management*, 18(4),425–436. <https://doi.org/10.1007/s10754-018-9245-0>
- Proyecto USAID/Perú ProDescentralización. (2011). Reforma del Estado y modernización de la gestión pública. [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/0EEABF232BE0BEE605257BFF007098B3/\\$FILE/Reforma del Estado y modernizacion de la gestion publica.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/0EEABF232BE0BEE605257BFF007098B3/$FILE/Reforma%20del%20Estado%20y%20modernizacion%20de%20la%20gestion%20publica.pdf)
- Revuelta, B. (2007). La implementación de políticas públicas. *Dikaion*, 21(16), 135-156.
- Ríos, A. (2019). *Desarrollo de una mejora para subsanar la deficiente gestión de los recursos provenientes del 6 % de la remuneración consolidada asignados para la salud del personal PNP por parte de la Institución Administradora de los Fondos de Salud de la Policía Nacional del Perú (IAFA SALUDPOL)* [Trabajo de investigación para optar el grado de Magíster en Gobierno y Políticas Públicas, Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/15849>
- Rojas, D. (2016). Características de la población peruana que no busca atención médica por deficiencias de la calidad de atención en el período 2005-2015 [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/b75c366e-4dbd-4b0d-b3f8-fcf1af9d756a/content>
- Roth, A. (2009). Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Ediciones Aurora.
- Rubio, M. (1993). El Estado Peruano. *Perfiles Latinoamericanos*, (1), 219-237. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11500109>
- Santivañez-Pimentel, A. (2018). Seguridad de la atención en el Perú: situación y perspectivas” En O. Lazo y Santivañez-Pimentel, A. (eds.). *Atención de Salud con Calidad*. Colegio Médico del Perú, pp. 21-38.
- Seinfeld, J., Ugarte, O., Amaro, C., Salomón, O., & Dancuart, A. (2021). Cambios en el sistema de salud centrados en el ciudadano. https://cies.org.pe/wp-content/uploads/2021/05/9_dp_salud_0.pdf
- Subirats, J. (2012). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Editorial Planeta
- Tamayo, M. T. y. (2001). *El proceso de la investigación científica*. Editorial Limusa.

- Vammalle, C., Rivadeneira, A. M. R., James, C., Prieto, L., & Montañez, V. (2018). Financing and budgeting practices for health in Peru. *OECD Journal on Budgeting*, 17(2), 25–64. <https://doi.org/10.1787/budget-17-5j8v16g3czth>
- Vaquero, B. R. (2007). La implementación de políticas públicas. *Dikaion*, 21(16), 135–156. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72001610>
- Vargas, S. (2017). Las reformas del sistema de salud en el Perú en la última década: Un análisis crítico y elementos para un nuevo sistema [Tesis para optar por el grado académico de doctor en Medicina, Universidad de San Martín de Porres]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3774>
- Velásquez, A., Suarez, D., & Nepo-Linares, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: Derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 546–555. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2338>
- Vermeersch, C., Cotlear, D., Alvarado, B., & Giovagnoli, P. (2016). Financiamiento de la salud en el Perú: Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/441041481748303633/pdf/106736-WP-P151238-SPANISH-OUO-9-For-IDU-Action-Analytical-document-has-been-approved-P151238.pdf>
- Wilson, L., Velásquez, A., & Ponce, C. (2009). La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 207–217. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200013