

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



Problemas y limitaciones en la implementación de la Reforma de Salud:  
Funcionamiento del sistema de salud de la Policía Nacional del Perú

Trabajo de investigación para obtener el grado académico de Bachiller en Ciencias  
Sociales con mención en Ciencia Política y Gobierno presentado por:

Palacios Ponciano, Marco Antonio

Asesor(es):

Tanaka Gondo, Ricardo Martin

Lima, 2022

## Informe de Similitud

Yo, Tanaka Gondo, Ricardo Martin, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) del Trabajo de Investigación de Bachillerato titulado Problemas y limitaciones en la implementación de la Reforma de Salud: Funcionamiento del sistema de salud de la Policía Nacional del Perú 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 19 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 17/04/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y el Trabajo de Investigación de Bachillerato, 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, 19 de abril del 2024

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Tanaka Gondo, Ricardo Martin</u>	
DNI: 06408442	Firma 
ORCID: 0000-0001-6640-1518	

Dedicatoria:

A mi madre, Monica María Ponciano Torres

A mi padre, José Antonio Palacios Obregón

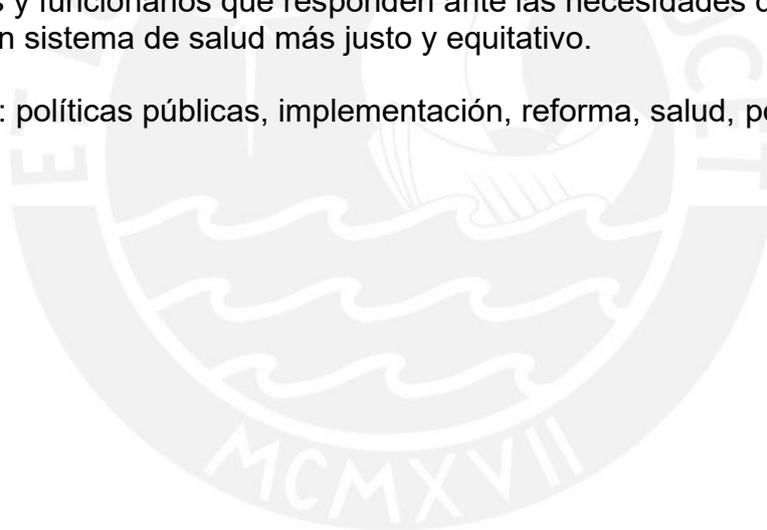
A mis hermanos, José Camilo, Andrea, Samantha y Omar Alonso.



## Resumen:

El acceso universal a la salud implica que los ciudadanos, comunidades y grupos étnicos tengan acceso, sin algún tipo de discriminación, a todos los servicios integrales ofrecidos por el sistema de salud, de manera adecuada, oportuna y de calidad, descentralizados a nivel nacional, de acuerdo y con base en las necesidades del usuario; así como el acceso a medicamentos, seguros y atención, eficaces, asequibles y de calidad. En ese sentido, el Estado Peruano, a lo largo de estas últimas dos décadas, ha venido implementando diversas políticas, a través de reformas y diferentes legislaciones, que permitan acceder a todos sus integrantes, de manera universal a dicho servicio. Sin embargo, existen problemas en la implementación de estas políticas, de carácter organizacional (rectoría de las políticas de salud), así como de carácter funcional (falta de personal médico e implementos) y económico (asignación presupuestaria y ejecución) que termina reconociendo la existencia de las brechas de recursos y la deficiente gestión, las cuales constituyen barreras fundamentales para garantizar el acceso universal a la salud. En ese contexto, al aplicarse en la Policía Nacional del Perú, a través de su Fondo de Aseguramiento en Salud (SALUDPOL) termina sin resultado positivo alguno, donde podremos observar a mayor detalle cómo, a pesar de que se aumentó cobertura y el acceso, fue insuficiente, de modo que terminó generando distintos cuestionamientos por parte de las autoridades y funcionarios que responden ante las necesidades de la población y su pedido de un sistema de salud más justo y equitativo.

Palabras clave: políticas públicas, implementación, reforma, salud, policía nacional



## Índice

Introducción	1
1. Capítulo 1: Análisis y caracterización del funcionamiento del Estado en el Perú	3
1.1. Capacidad y Modernización	3
2. Capítulo 2: Implementación de Políticas Públicas en el Estado Peruano	6
2.1. Factores que obstruyen el proceso de implementación	6
3. Capítulo 3: Sistema de Salud Peruano: Análisis desde las reformas de salud en el Estado y en la Policía Nacional del Perú	9
3.1. Reforma de Salud: Implementación en el Estado Peruano	9
3.2. Reforma de Salud: Implementación en la Policía Nacional del Perú	12
4. Conclusiones	15
5. Bibliografía	16



## Introducción:

Desde hace algunas décadas, en la región se vienen insertando nuevas dinámicas emprendidas desde el propio aparato estatal. Al respecto, Repetto (2003) señala que en Latinoamérica “se han dado transformaciones profundas en el conjunto de su institucionalidad pública y se han redefinido aspectos generales de la matriz socio-política, tales como la correlación de fuerzas; el papel de la política y el alcance de la intervención estatal” (p.2) Esto se viene analizando desde la perspectiva de cómo el propio Estado puede trabajar para resolver los diversos problemas que se enfrente ante la sociedad, considerando los innumerables factores internos y externos que existen.

Sebastián Mazzuca (2012) afirma que “las fuentes de la capacidad de gobierno ocupan un amplio rango, que va desde la acumulación de capital humano en ministerios y secretarías hasta la combinación de apoyos coalicionales e institucionales para llevar a cabo su agenda política.” (p. 556). “En tal sentido, si bien es posible discernir los elementos que originan o que se pueden pensar como condiciones, la característica de los actores para ponerlos en juego es parte del concepto, al igual que el resultado.” (Rey 2014, p.124).

Esto se da gracias a que el propio Estado peruano presenta características de ser desarticulado, poco flexible, que no responde ante las demandas de los ciudadanos y que debe tomar otros rumbos, uno más inclusivo y humano dentro de la propia realidad, que esté más cerca a la gente. “La modernización o reforma administrativa es un proceso que complementa a la reforma del Estado y busca de manera prioritaria mejorar y agilizar los procesos administrativos al interior de todo el aparato del Estado.” (Proyecto USAID & Perú ProDescentralización 2011, p. 16)

Ponce de León (2021) menciona sobre cómo con la implementación de políticas públicas de sentido neoliberal en Latinoamérica, tanto en las décadas de 1980 y 1990, la región asumió una carga en el que, cada vez más, había presencia de una creciente disparidad social en el acceso a una atención médica. “Se caracteriza fundamentalmente por garantizar la introducción de las leyes del libre mercado en la atención médica, tendencia común en nuestros países, que transforma el derecho a la salud en mercancía” (Eibenschutz et al. 2014, p. 883).

Tal como lo señala Eibenschutz et al. (2014) en su discurso el Estado peruano ha utilizado la interpretación de la cobertura como afiliación, la integralidad como medidas muy acordes y razonables de atención y la solidaridad como un peligro fiscal constante, cuando debería haberse visto desde una óptica mucho más humana, y no desde una perspectiva empresarial o de negocio, influenciada por el neoliberalismo.

Es por lo que, Buendía et al. (2022) menciona que se necesita mejorar las políticas en materia de salud en el Perú, lo cual implica que se tome de manera integral la problemática del sistema, tomando acciones como la ampliación del gasto público en el sector salud, tomando en cuenta que los servicios no deben desarrollarse a manera de negocio, sino como un servicio prestado a los ciudadanos para el cuidado, promoción y protección de la salud de la sociedad.

Las reformas del sistema de salud en los países latinoamericanos estudiados según Atun et al. (2015) “han fortalecido el sector público y mejorado las regulaciones para moderar la expansión del sector privado, pero la regulación efectiva de las aseguradoras de salud y de los proveedores de atención de salud en ambos sectores, público y privado” (p. 35). Por ello, esto sigue siendo un reto importante, particularmente en toda vinculación con la calidad del servicio que se vaya a otorgar.

Sin embargo, tal situación no se ve en las instituciones armadas del Perú, en este caso de la Policía Nacional del Perú. “Los seguros militares y policiales aseguran al personal militar y policial y sus familias de manera obligatoria, son financiados por los asegurados y sus instituciones en las condiciones que las leyes de los sectores defensa e interior estipulan.” (Castro 2009, p.234). Como se verá en el desarrollo del presente trabajo, se irá tomando características y evidenciado las diferentes circunstancias que no permiten la correcta aplicación de la más reciente reforma de salud en dicha institución, lo cual termina vulnerando los derechos fundamentales de los miembros de la Policía Nacional del Perú. Por otro lado, durante la revisión de literatura no se ha encontrado algún aporte científico relacionado a la aplicación de la reforma de salud a la institución, lo cual termina reforzando la importancia de estudiar, mucho más a profundidad, la problemática existente.

## 1. Capítulo 1: Análisis y caracterización del funcionamiento del Estado en el Perú

### 1.1. Capacidad y Modernización

Maximiliano Rey (2014) infiere que la literatura académica pueda entender que la propia capacidad estatal no está direccionada o se dirige netamente a buscar un resultado, en otras palabras a otorgar políticas públicas de manera eficiente, sino que también tiene la capacidad para poner sobre la mesa diferentes herramientas, mecanismos políticos y burocráticos, en torno a las acciones que tomará como Estado, tratándose de políticas públicas. Eduardo Dargent (2012) describe la significativa variación entre las diferentes instancias que existen en los sectores o niveles del Estado en el Perú, en la que se encuentra, gracias a la falta de articulación, desempeños asimétricos en las agencias o dependencias que pertenecen o están ligadas a una institución.

Marcial Rubio (1993) caracteriza al Estado peruano como un Estado que trabaja por las reglas establecidas por el clientelismo. “Es prácticamente imposible obtener de él aun lo que es un derecho, sin el recurso a la influencia y las amistades.” (Rubio 1993, p. 221). Y justamente, para poder entender las dinámicas y patrones desde la mirada de fortaleza y debilidad en el Estado, en sus diferentes áreas y/o sectores, se tiene que buscar “factores más profundos que reglas, burócratas y actores políticos. (Dargent 2012, p. 27).

Dargent y Urteaga (2016) mencionan, respecto a la conclusión luego del análisis del caso del “Boom de oro” de las respuestas del Estado peruano frente a diferentes problemáticas, se ve un Estado más proactivo, con una capacidad de respuesta más integral y que tiene una mayor agencia dentro de la búsqueda de resoluciones; y que, a pesar de su debilidad se ve una mayor posibilidad de brindar mejores respuestas. No obstante, Ponce de León (2012) en su artículo, basado en su tesis de licenciatura, abarca la fallida implementación del SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito) médico, que en su momento fue impulsada por diversos congresistas y por el Poder Ejecutivo, la cual terminó siendo dejada de lado frente al oportunismo y el balance de los costos y beneficios políticos obtenidos a partir de su dirección en la toma de decisiones, todo esto dado a la negociación con los grupos de interés involucrados en el debate de buscar la resolución a la problemática de las personas.

Dargent (2012) nos habla acerca de los burócratas y tecnócratas, afirmando que “por creativos que sean, tienen problemas para lograr niveles altos de rendimiento o avanzar reformas en ciertas áreas del Estado.” (p. 27). Marcial Rubio (1993) enfatiza que la idea del Estado peruano sin alcance, débil en capacidad y poco formulador de políticas sociales, no es a consecuencia del liberalismo como tal sino creación contemporánea, que se basa en una reacción frente a los excesos del Estado benefactor de los últimos sesenta años en materia de gasto, burocratismo, gigantismo e ineficiencia.

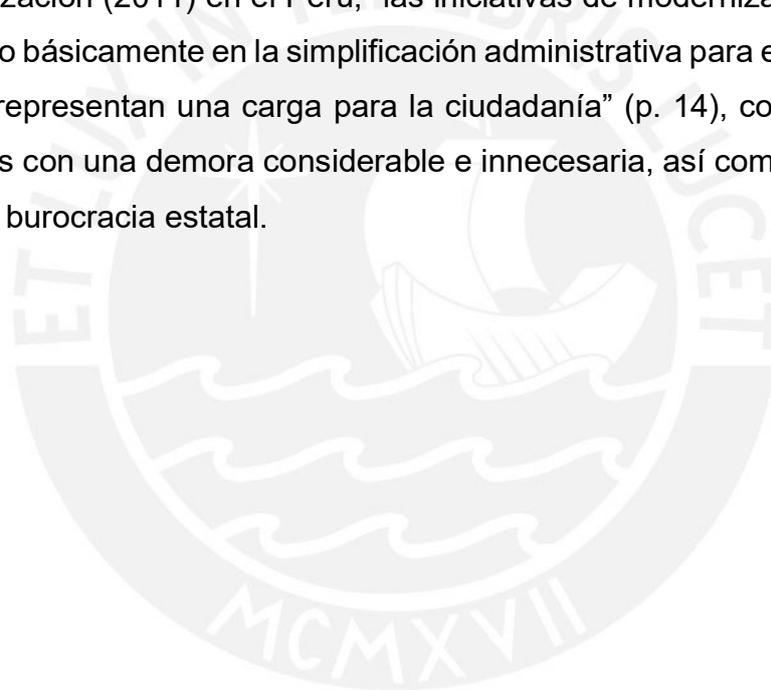
Además, podemos rescatar que los principales factores para dicha situación, apunta a factores socioeconómicos que tienen un vínculo con el sector de bajo estudio y a los distintos actores que tienen disputas con el Estado mismo. (Dargent, 2012). En el Perú existe una clase política debilitada, la cual frente a los procesos de diferente dinámica de implementación, es incapaz de estudiar e impulsar reformas en forma coherente, las cuales explican porque muchas políticas son de mala calidad (Ponce de León, 2012). Asimismo, Mazzuca (2012) menciona que “en contraste con el Estado y el régimen, el gobierno es ante todo un actor social, de modo que sí tiene una agenda de preferencias y puede ser evaluado en términos de su capacidad para realizarla.” (p. 556)

Dargent y Urteaga (2016) consideran las respuestas de tipo reactiva dejadas como mecanismo de fortalecimiento estatal sostenible, sobre todo en el caso peruano. “Al estar determinada por los intereses externos al Estado (...) se enfoca en ciertos temas relevantes para estos actores externos antes que por una evaluación más global del problema.” (Dargent y Urteaga 2016, p. 674). Por ejemplo, al igual que en otros países en América Latina, en el Perú se ha intentado reformar el sistema de salud, respondiendo a una agenda regional que buscaba, mediante políticas sociales, expandir y otorgar el acceso a los servicios de salud a las personas más vulnerables, sin embargo, el intento ha fallado y no supo responder completamente (Huber & Ponce de León 2019).

Otro caso que continua con lo analizado, es el estudio de Ríos (2020), el cual revela que hay una alta necesidad de fortalecer las capacidades de quienes son funcionarios públicos, lo que permitiría, a través de la capacitación y proyección a futuro, una optimización en la ejecución de sus labores dentro del aparato estatal, lo

cual repercute de manera positiva en la calidad que reciben los ciudadanos a través de las instituciones. Asimismo, Felgendreher & Lehmann (2016) sostienen que las decisiones que puedan tomarse en la institución y tienen un impacto en la prestación de servicios básicos, pueden terminar influenciados por decisiones de carácter político antes que de la visión técnica, lo cual puede generar un impacto negativo en la prestación, la eficiencia y la calidad en la prestación del servicio público que se busca.

Pasco (2016) señala que “la modernización del Estado en Perú se basó en un esfuerzo por estabilizar la economía y por reducir el gasto público, lo que obligó a reducir el tamaño del Estado.” (p. 246) Según Proyecto USAID y Perú ProDescentralización (2011) en el Perú, “las iniciativas de modernización del Estado se han centrado básicamente en la simplificación administrativa para eliminar aquellos aspectos que representan una carga para la ciudadanía” (p. 14), como por ejemplo son los trámites con una demora considerable e innecesaria, así como los costos por aspectos de la burocracia estatal.



## 2. Capítulo 2: Implementación de Políticas Públicas en el Estado Peruano

### 2.1. Factores que obstruyen el proceso de implementación

Fernández (2015) y Roth (2009) sostienen que el proceso de implementación de políticas públicas merece una mayor atención, ya que en dicho proceso se pasa del discurso de intenciones a la ejecución de acciones, es decir de la intencionalidad a los hechos. Además, según ambos autores esta etapa es fundamental para determinar si es que existe una imagen prestigiosa o no del gobierno y si se eleva o no la confianza en la burocracia estatal ante la opinión pública.

Por ejemplo, siguiendo con la ilación anterior, de Habich (2019) señala que la ausencia de procesos y de un compromiso con la política de beneficiarios (el público y los usuarios que reciben la asistencia médica) “pone de manifiesto la necesidad de un mayor análisis y de la incorporación de los usuarios finales al diálogo en torno a la reforma para garantizar que las políticas respondan a las necesidades.” (p. 247)

Por otro lado, David Sánchez (2020) la fase de diseño de la política pública responde a un proceso previo de toma de decisiones sobre la solución al problema en conjunto con la manifestación de compromiso por parte de la comunidad política, lo que será esencial para crear un programa que combine los rasgos administrativos y políticos para poder actuar. Asimismo, señala que la fase de implementación “podrá mejorar dependiendo del enfoque teórico al que se recurra: el top-down o el bottom-up.” (Sanchez 2020, p. 74), a lo que termina refiriendo que el último se ajusta a los estándares de relación entre la administración pública y la ciudadanía en general.

Seinfeld et al. (2021) sostienen que una inadecuada coordinación entre los diferentes sectores de gobierno representa un gran riesgo al momento de manejar el complejo sistema de salud peruano. “Se necesita el desarrollo de capital humano y de capacidades de gestión para contar con un ente rector capaz de definir reglas de juego, asegurar continuidad de las políticas y brindar estabilidad contractual e institucional a los actores.” (Seinfeld et al. 2021, p. 25)

En la investigación de Franco (2018) se determinó que desde hace décadas atrás, el Poder Ejecutivo en Perú, ha tenido que establecerse a través de la creación de diferentes agencias especializadas para todos los sectores, lo que ha producido cambios de manera estructural y una seria fragmentación organizacional que termina

modificando el funcionamiento de gestión en las intervenciones públicas. Además, menciona que se ha “incrementado sustancialmente los desafíos de coordinación intra e intersectorial y la coherencia en la gestión de políticas públicas que deben ejercer las autoridades políticas.” (Franco 2018, p. 157).

En una de las reflexiones elaboradas por Guiselle Romero (2022) se menciona que en diversos promedios nacionales muchas veces ocultan desigualdades territoriales, es por ello la necesidad fundamental de buscar datos descentralizados por provincias, departamentos y distritos. Además, menciona que “muchas zonas del país tienen espacios distintos y deben ser entendidos en sus peculiaridades y localización para así crear oportunidades homogéneas a través de intervenciones diferenciadas” (Romero 2022, p. 287), es por ello que la esencia del enfoque territorial radica en la fase de diseño y en la implementación de las políticas públicas en el Perú.

Según la investigación realizada por Portocarrero et al. (2000) señala que dentro del proceso de implementación del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) se presentaron las siguientes dificultades para su adecuada aplicación: La limitada coordinación interinstitucional, lo cual no permitió la realización de diferentes actividades; el alto carácter burocrático de la administración pública, lo que dificulta la realización de diferentes tareas; ninguno de los funcionarios que dirigen el programa, contaba con experiencia en el campo nutricional o alimentario; no había una correcta supervisión y la evaluación de la política, lo cual hacía que no llegara hacia quienes realmente lo merecían; finalmente, la distribución de recursos no era la deseada, ya que siempre se trabaja con los definidos anteriormente.

Seguidamente, el trabajo de tesis de González (2016) nos permite observar como “la implementación de las políticas públicas de infancia en el país se ha caracterizado por una acción sectorizada, que cuenta con diferentes niveles de avance entre cada sector.” (p. 121). Además, presenta la novedad que hay especialistas en la materia presentes dentro de la aplicación del servicio; sin embargo, también se hacen presentes algunas carencias dentro del propio proceso de implementación de la política pública, para ello González (2016) hace mención a la falta en la calidad de la atención que brinda hacia los niños y niñas que reciben el servicio, así como la desarticulación que ocurren en el territorio, lo que termina

ocasionando que se desperdicien los recursos existentes y lleve a conflictos a los propios actores locales.

En la misma línea de trabajo, la tesis de Jhony Huanachin (2020) señala que los problemas de implementación mencionados en su estudio sobre “Programa Carnet Joven” también se presentan en otros casos de implementación de políticas en el Estado Peruano, en un nivel sectorial y que termina gestionando la misma historia de ineficiencia en varias instituciones públicas. Finalmente, refiere que cuando la implementación se da en beneficio de los partidos políticos o de algún grupo de poder, genera que “el verdadero objetivo de la implementación de una política pública pierda su valor público al no estar enfocado en beneficio de la sociedad y los intereses de la nación.” (Huanachin 2020, p.85).



### 3. Capítulo 3: Sistema de Salud Peruano: Análisis desde las reformas de salud en el Estado y en la Policía Nacional del Perú

#### 3.1. Reforma de Salud: Implementación en el Estado Peruano

A modo de entrada, Ricardo Cañizares (2017) abarca la evolución del sistema de salud peruano desde el 2005 hasta el 2014, realizando entrevistas a representantes de la sociedad civil e instituciones, así como a exautoridades encargadas de la salud pública en el Perú y en el mundo. El concluye que, la rectoría no ha terminado de consolidarse por completo, a pesar de que exista un mejoramiento en la cobertura financiera, cosa que no tiene ningún alcance en la presentación de servicios de salud, debido a la existencia de brechas de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y acceso a medicamentos, además de la ineficiencia organizacional que se vive dentro del sistema. Como recomendación, lanza la posibilidad que el Perú pueda tener un fondo único nacional de financiamiento y, a su vez, un plan único de salud para toda la población, con lo que se estaría reunificando a las instituciones que debilitan la rectoría.

Según lo mencionado anteriormente, Ponce de León (2021) al momento de caracterizar las falencias de la reforma de Salud, menciona que la falta de intervención por parte de los actores políticos en la definición del proyecto de ley, es decir, durante la etapa del debate, dificulta la permanencia y participación de estos mismos dentro de la propia implementación. “En tal contexto, los actores relevantes a cargo de la implementación pueden terminar obstaculizando el proceso de reforma.” (Ponce de León, 2021)

Empero, el trabajo de tesis de Segundo Vargas (2017) analiza las reformas de salud que se han implementado desde el año 2006 hasta el 2015, donde destacan por sus poco exitosos resultados. Por un lado, se atribuye esto por la debilidad del Ministerio de Salud y la fragmentación del sistema de salud, siendo el principio rector de las reformas. Además, analiza el factor de financiamiento, resaltando que es muy bajo en comparación con los demás países latinoamericanos, lo cual determina la insuficiencia de recursos, y por lo tanto, la explicación del porqué el aumento de la cobertura y el acceso a la salud, no son del todo universales.

Por ejemplo, en el estudio de los factores que desarrollaron una deficiente implementación de la Reforma de Salud en el año 2007, Ponce de León (2021) enfatiza en que “la falta de discusión programática y falta de compromiso político con la reforma es una implementación deficiente. Cuando los diferentes partidos políticos no participan en el proceso de debate, descuidando la definición de especificaciones de política, no hay compromiso político con la reforma y su implementación.” (p. 500)

Como segundo ejemplo, tomando un caso acerca del compromiso Brierley et al. (2014) evalúan el acceso a la atención médica en la región Selva. Tomando en cuenta las propias percepciones de salud y las creencias de la población indígena a lo largo de los ríos Ampiyacu y Yaguasyacu, se encuentran hallazgos que confirman lo que hemos venido desarrollando anteriormente. El acceso a una atención médica de calidad y la educación para la salud siguen de forma totalmente deficientes en la zona de la Amazonía peruana. Tomando en cuenta la falta de compromiso por no hacer un estudio estructural que combine más allá de la pobreza, terminan dejando a todos los miembros de la población, en una situación mucho más vulnerable a las enfermedades que se encuentran en la zona. “Sin embargo, persisten retos importantes para conseguir el acceso equitativo, efectivo y oportuno a servicios de salud de calidad, lo que se refleja en las diferencias de los indicadores por lugar de residencia y nivel educativo.” (Seinfeld et al. 2021, p.7)

Siguiendo con la línea temporal de las reformas, Mendoza-Arana et al. (2018) describe la implementación de la reforma de salud en el año 2013 y cuáles fueron las principales dificultades a la que tuvieron que enfrentarse. Se determinó que la reforma sí pudo trascender más allá del criterio de “pobreza”, gracias a que no solo las personas de escasos recursos tuvieron acceso al SIS (Seguro Integral de Salud), sino a que también se fomentó las inversiones en la infraestructura de los establecimientos, con la finalidad de reforzar más la calidad de atención, el respeto a los derechos de los usuarios y la imagen pública del Ministerio de Salud. De todos modos, no podemos asegurar un éxito rotundo, ya que el propio sistema de salud carece de suficientes recursos humanos, lo cual no permite un adecuado desempeño.

Siguiendo el sentido de la discusión, el estudio realizado por Mendoza-Arana (2018) nos permite entender a la reforma de salud desde la perspectiva del reclutamiento, , la formación y capacitación de recursos humanos. El autor sostiene

que existe una relación entre la concepción, ejecución e implementación de todas las propuestas de la reforma, y que es sumamente necesario el desarrollo de los recursos humanos para su aplicación. Esta relación determina que las reformas aplicadas al sector salud solo sean exitosas, es decir, el autor plantea que la reforma será viable si es que los recursos humanos están presentes.

Buendía et al. (2022) señala que nuestro sistema de salud debe estar sometido bajo políticas de participación social, lo cual va a garantizar un óptimo servicio de atención a los ciudadanos, tomando una corresponsabilidad tanto de manera individual como colectiva sobre la importancia de la salud, lo que ayudará a fortalecer nuestro sistema de manera administrativa. “La atención individualizada debe centrarse en el buen trato y el respeto mutuo entre paciente y personal.” (Buendía et al. 2022, p. 1288)

Por otro lado, en la investigación realizada por Midori de Habich (2019) resalta que la reforma de salud, en su parte de financiamiento para buscar la cobertura universal, es de carácter polémico, por lo que se requiere de un liderazgo sólido por parte de los representantes para poder avanzar. Señala además que existen tres lecciones que aparecen en la experiencia de aplicación de la reforma, a las que señala: la necesidad de establecer estrategias multifacéticas, un liderazgo político para lograr el compromiso en torno a un único plan reformista, acciones autoritarias y decisivas para su aprobación. A su vez, señala que “la experiencia de Perú muestra cómo un proceso de construcción de consensos puede colocar un tema en la agenda de políticas públicas y reducir los desacuerdos en la fase de adopción legislativa.” (de Habich 2019, p. 249).

Por su parte, Francke et al. (2006) aseguran en su investigación que se necesita de una gran reforma sanitaria que pueda terminar, de una vez, con la creciente y agudizada fragmentación institucional existente, dado paso a un modelo de aseguramiento universal, el cual permita el acceso de toda la población a un sistema de salud que se encuentre enfocado en la prevención de diversas enfermedades y la recuperación de la salud pública. La política se trabaja en articulación y bajo “la protección colectiva e individual y el esfuerzo complementario de actores públicos y privados para el logro de una salud integral con justicia social, equidad, calidad y eficiencia” (Francke et al. 2006, p. 7).

### 3.2. Reforma de Salud: Implementación en la Policía Nacional del Perú

Costa y Neild (2007) mencionan que el sistema de salud policial “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 lo profundo y la gran magnitud del manejo de los intereses particulares que el propio statu quo protegía, ocasiona una gran resistencia, en la interna de la institución policial, al cambio institucional, incluido dentro de la reforma.

Asimismo, Gino Costa y Carlos Basombrío (2004), nos muestran más a profundidad la realidad de la situación de la irregularidad en el abastecimiento de las medicinas:

“La mayoría de 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)

La problemática descrita anteriormente surge a raíz de la adquisición de las medicinas con precios sumamente sobrevalorados intencionalmente, o que ya estén vencidas, o que presenten un sobre stock de determinados implementos para la salud de los efectivos policial, pero a 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 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).

La tesis de Augusto Ríos (2020) menciona que existe una gran descontento del personal policial por como se viene manejando la administración de SALUDPOL (Fondo de Aseguramiento de Salud de la Policía Nacional del Perú), en lo que respecta su labor con la Dirección de Sanidad Policial (DIRSAPOL), donde no se realiza ningún tipo de estudios matemáticos, lo cual termina siendo necesario para

determinar el sostenimientos de los fondos intangibles que maneja, provenientes del 6% de la remuneración consolidada, ni tampoco para ver el impacto económico de la implementación de los Planes Complementarios de Salud. Por otro lado, el autor sostiene que el convenio entre la IAFA SALUDPOL y la DIRSAPOL (Dirección de la Sanidad Policial) “es un instrumento deficiente para asegurar la adecuada articulación entre ambas instituciones; al limitarse al reembolso de prestaciones de salud, dejando de lado, las inversiones en bienes de capital, infraestructura, renovación de equipamiento médico, etc.” (Ríos 2020, p. 98).

Por otro lado, 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. Además, hace un hincapié en la situación de modificación de la política institucional frente a esta problemática de procesos de reembolsos: “ (...) se concluye que la nueva política asumida en el 2018 causó una reducción en el tiempo de atención; sin embargo, se perjudicó el ratio de solicitudes atendidas dentro del plazo establecido en los lineamientos.” (Llave 2021, p. 62).

Incluso, en el trabajo de tesis de Choquemaqui & Venegas (2020) establece que se debe de “designar a un personal que cumpla con la función de verificación, monitoreo y control de las prestación de servicios de salud” (p. 115) para todas las personas que son beneficiarias de los convenios de SALUDPOL, esto a raíz de las múltiples quejas que ha recibido la Clínica Pardo S.A.C. por la calidad y eficiencia del servicio. Es por ello que, además del control y monitoreo de los casos, se debe 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.

Finalmente, la tesis de Karen Pizarro (2018) responde frente a la problemática que existe con el convenio de SALUDPOL con la Unidad Policial de Moyobamba. Para desarrollar más, ella recomienda acciones que determinarán una mayor eficacia del servicio, entendido de manera mucho más institucional y dirigida a los

administradores del convenio, la unidad policial y la institución como tal. Pizarro (2018) menciona que se debe de aplicar la gestión pública por resultados, herramientas de evaluación periódica de lo que está planificado “con la finalidad de desarrollar elementos de mejora continua sobre la base de lecciones aprendidas.” (p. 65) y a desarrollar criterios de carácter interpersonal referido a la prestación de una adecuada atención al derechohabiente, es decir, enfocado en la calidad lo que va a “generar una mayor credibilidad del accionar de cada uno de los servicios que se brindan.” (p. 65).



#### 4. Conclusiones

De todo lo anterior se puede observar que el Perú ha ido construyendo mediante el impulso de reformas y distintas iniciativas legislativas una reforma de salud que pueda responder ante la necesidad y carencia de un sistema de calidad y que pueda brindar el servicio que, como derecho fundamental, nos corresponde recibir. Sin embargo, la construcción de estas políticas se ha visto inmerso dentro de un contexto donde la capacidad estatal del Perú no va de acorde con la oportunidad o agenda política construida por un bienestar social, con el objetivo de responder de manera rápida a las necesidades de la población, sino coludida por una clase política que busca responder ante sus intereses personales, a base del clientelismo y la negociación con los actores involucrados, bajo la influencia de ver al sistema de salud como un lucro y no como un servicio.

Por otro lado, encontramos una reforma de salud construida y modificada, desde diferentes visiones, en la que con cada implementación se van encontrando distintas falencias que no son resueltas. Tenemos en cuenta el caso de la rectoría del propio Ministerio de Salud, quién no puede tener un mando correcto respecto del sistema de salud, esto gracias a que profundiza la segmentación de dicho sector, y mantiene la descoordinación con el sector privado. Un sistema el cual se encuentra en constante modificación, teniendo en cuenta los presupuestos, recursos humanos (bajo especializaciones), la infraestructura de los hospitales, con cuestionamientos por la mala calidad en la atención y prestación del servicio, así como de su llegada a la población que realmente lo necesita.

Finalmente, como podemos observar, una de las instituciones públicas más afectadas por la falla de implementación de la reforma de salud es la Policía Nacional del Perú. Hemos podido recoger diversa literatura, donde se expone y evidencia las falencias que tiene su propio sistema de salud, no solo a nivel de atención o infraestructura, sino a uno más grande, que es el institucional. A pesar de los años que transcurrieron los citados trabajos de tesis y las obras de ex autoridades y representantes de la Policía, no se ha hecho algo al respecto para poder velar por su derecho a recibir una salud de calidad, con lo que podemos entender que no existe la voluntad institucional ni política de otorgar los anhelados cambios positivos a quiénes, día a día, ponen su cuerpo y dan su alma ante la inseguridad de nuestras calles.

## 5. Bibliografía

- Atun, R., de Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., Garcia, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F. M., Muntaner, C., de Paula, J. B., Rígoli, F., Serrate, P. C.-F., & Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230–1247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
- Arrieta A. (2011). Health reform and cesarean sections in the private sector: The experience of Peru. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 99(2), 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.07.016>
- Barrenechea, R., & Sosa Villagarcia, P. (2014). Perú 2013: La paradoja de la estabilidad. *Revista de ciencia política (Santiago)*, 34(1), 267-292.
- Brierley, C. K., Suarez, N., Arora, G., & Graham, D. (2014). Healthcare access and health beliefs of the indigenous peoples in remote Amazonian Peru. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 90(1), 180–183. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0547>
- Buendia Giribaldi, A. R., Cárdenas Farfán, W., Villanueva Figueroa, R. E., & Lescano López, G. S. (2022). Políticas públicas en Sistema Nacional de Salud en el Perú. *Revista Venezolana De Gerencia*, 27(99), 1280-1291. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.27.99.27>
- Castro, Julio. (2009). Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 232-235 [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342009000200016&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200016&lng=es&tlng=es).
- Cañizares, R. (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>
- 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.

- Dargent, E., & Urteaga, M. (2016). Respuesta estatal por presiones externas: los determinantes del fortalecimiento estatal frente al boom del oro en el Perú (2004-2015). *Revista de ciencia política (Santiago)*, 36(3), 655-677. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-090X201600030003>
- 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>
- Eibenschutz, C., Valdivia, A. S., González, S. T., Gatica, X. Z., & Villegas, R. M. R. (2014). Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú. *Saúde em Debate*, 38(103). <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140077>
- Felgendreher, S., & Lehmann, P. (2016). Public Choice and Urban Water Tariffs—Analytical Framework and Evidence From Peru. *The Journal of Environment & Development*, 25(1), 73–99. <https://www.jstor.org/stable/26197964>
- Fernández, A. (2015). Políticas públicas. *Manual de Ciencia Política* (pp.705-730) 4° edición, Tecnos.
- Franco, F. (2018). Problemas de coordinación y coherencia en la política pública de modernización del Poder Ejecutivo de Perú. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 70, 127–162. <https://www.redalyc.org/journal/3575/357559200005/html/>
- Francke, P., Arroyo, J., & Guzmá, A. (2006). Políticas de salud 2006-2011. CIES : ForoSalud.
- Gamboa Cáceres, T., & Arellano Rodríguez, M. (2007). Tendencias neoliberales en la reforma de la gestión pública en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 46-65. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272007000200004&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272007000200004&script=sci_abstract&tlng=en)
- González, P. (2016).. *Políticas públicas de Desarrollo Infantil Temprano en el Perú: El caso de las intervenciones efectivas con familia* [Tesis para optar el grado académico de Magíster en Ciencia Política y Gobierno con mención en Políticas Públicas y Gestión Pública]. Pontificia Universidad Católica del Perú. [https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/11854/GONZALEZ\\_SIMON\\_PATRICIA\\_POLITICAS\\_PUBLICAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/11854/GONZALEZ_SIMON_PATRICIA_POLITICAS_PUBLICAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 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* [Para optar el grado académico de Magíster en Ciencia Política y Gobierno con mención en Políticas Públicas y Gestión Pública]. Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/16128>

- Huber, E., & Ponce de León, Z. (2019). The Changing Shapes of Latin American Welfare States. En *Oxford Research Encyclopedia of Politics*.
- Inga-Berrospi, F., & Rodríguez, C. A. (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, 312–318. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4493>
- 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>
- Mazzuca, S. (2012). Legitimidad, autonomía y capacidad: Conceptualizando (una vez más) los poderes del Estado. *Revista de ciencia política (Santiago)*, 32(3), 545-560. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-090X2012000300002>
- 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. <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, e74. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.74>
- Pasco, J. C. (2016). La modernización del estado en el Perú. *Revista Estudios de Políticas Públicas*, 2(0), 246–252. <https://doi.org/10.5354/0719-6296.2015.38487>
- Pizarro, K. (2021). *Gestión del Programa “SaludPol” y su relación con la calidad del servicio al usuario en la Unidad Policial PNP Moyobamba, año 2017* [Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Gestión Pública]. Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/31623>
- Ponce de León, Z. (2012). Decisiones de política pública en una democracia sin partidos: el caso del ‘Soat médico’. *Polítai*, 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>
- Portocarrero, F., Beltrán, A., Romero, M. & Cueva, H. (2000). *Gestión pública y políticas alimentarias en el Perú*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. <http://hdl.handle.net/11354/2018>
- Proyecto USAID & Perú ProDescentralización. (2011). *Reforma del Estado y modernización de la gestión pública*. [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/0EEABF232BE0BE\\_E605257BFF007098B3/\\$FILE/Reforma del Estado y modernizacion de la gestion publica.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/0EEABF232BE0BE_E605257BFF007098B3/$FILE/Reforma%20del%20Estado%20y%20modernizacion%20de%20la%20gestion%20publica.pdf)

- Repetto, F. (2003). Capacidad estatal: requisito necesario para una mejor política social en América Latina. En *VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* (Vol. 28). <https://www.academia.edu/download/40002475/clad0047522-annotated.pdf>
- Rey, Maximiliano. (2014). Capacidad estatal y poder del Estado en Latinoamérica del siglo XXI: Una perspectiva política para el análisis de las políticas públicas y la estatalidad (artículos). *Revista Estado y Políticas Públicas*, 2 (2): 115-139. <http://hdl.handle.net/10469/8599>
- 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, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/15849>
- Ríos, A. (2020). Gobernabilidad y gobernanza en las Unidades de Gestión Educativa Local del Perú: una mirada desde el conocimiento de sus funciones. *Revista Iberoamericana de Educación*, 97-119.
- Romero, G. (2022). Reflexiones y lecciones para un buen gobierno y una buena gestión. En *El desafío del buen gobierno. Intersecciones entre academia, política y gestión pública* (pp. 285-290). Editor: Martin Tanaka.
- Roth, André-Noël (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>
- Sánchez, D. (2020). Introducción al estudio de las políticas públicas. *Saber Servir: Revista De La Escuela Nacional De Administración Pública*, (4), 59–76. <https://doi.org/10.54774/ss.2020.04.04>
- 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](https://cies.org.pe/wp-content/uploads/2021/05/9_dp_salud_0.pdf)
- Valeriano, L. (2012). LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA EN EL PERÚ. *Gestión En El Tercer Milenio*, 15(30), 59–64. <https://doi.org/10.15381/gtm.v15i30.8802>
- 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>