

# PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**“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**

**AUTOR**

**Augusto Javier Ríos Tiravanti**

**ASESOR**

**Rafael Alberto Miranda Ayala**

**JURADO**

**German Adolfo Velásquez Salazar  
Carlos Augusto Vargas Más.**

**LIMA – PERÚ  
Noviembre, 2019**

## Resumen

En escenarios de cultura de la innovación, ante la demanda de optimizar la calidad de atención de salud en la Policía Nacional de Perú; proponemos desarrollar una Directiva para mejorar y subsanar la deficiente gestión de los recursos provenientes del 6 % de la remuneración consolidada la implementación del sistema de salud sujeto a copago. El sistema de mejora lo cual será solventado con el aporte deducible voluntario del personal policial que afilie a los derechohabientes mencionados según normas vigentes. Primero se argumenta el problema con base científica basado en evidencias bibliográficas, estadísticas y empíricas. Luego se plantea dos etapas de desarrollo de la propuesta: 1) análisis del problema y 2) desarrollo de prototipo y su viabilidad. Luego de haber identificado variables de base científica que definen la calidad de atención de salud, con la participación de un grupo de expertos se eligió seis variables, los indicadores correspondientes a dichas variables se midió mediante el desarrollo de un banco de preguntas. En trabajo de gabinete con participación del equipo de expertos, se eligió cuatro principales problemas que nos muestra el estudio de diagnóstico. Luego, el desarrollo del análisis, la generación de medios y diseño del prototipo de innovación se produce como respuesta al conjunto de problemas planteados. Finalmente se estudia su viabilidad política, económica y social, para lo cual se evidencia casos implementados de este tipo de normativa en la FFAA. La implementación de nuestra innovación mejorara la calidad de atención de salud en la PNP, al ser un sistema de copago, los recursos recaudados permitirán la disponibilidad de una mayor capacidad de carga hospitalaria, tendiendo a la mejora del servicio al contarse con mayores recursos, además es posible que un gran porcentaje de los potenciales usuarios reduzca la frecuencia de visitas al hospital por dolencias irrelevantes, permitiendo el aumento de plazas disponibles para la atención inmediata de pacientes y/o usuarios con mayor necesidad de urgencia en su atención, fruto del triaje respectivo.

Palabras Clave: *Desarrollo - Mejora - Sistema de copago – Aporte voluntario.*

## Abstract

The study called Development of an improvement in the system of care and assurance of the user is proposed to correct the deficient management of the PNP health service by the Institution Administrator of the Health Funds of the National Police of Peru (IAFA SALUDPOL) proposing that the development of an improvement in the system of attention and assurance of the user to correct the deficient management of the PNP health service by the Institution Administrator of the Health Funds of the National Police of Peru (IAFA SALUDPOL that harms the beneficiaries of the health system of the National Police of Peru.

The viability is divided into: Policy: The National Police commando represented by the PNP General Commander has evidenced a clear willingness to support the police personnel and their well-being, of Capacity: The competences assigned to the PNP General Commander in attention to its competence and powers provided for in Legislative Decree No. 1267 of the PNP, its regulations and amendments allow it to issue the proposed directive and implement said innovation. Economic: The implementation of the health system subject to co-payment will be met by the voluntary deductible contribution of the police personnel that affiliate the beneficiaries mentioned in article 26 of Supreme Decree No. 002-2015-IN and Regulations: Proposal, through the Directive proposal, is provided for in article 26 of Supreme Decree No. 002-2015-IN

Palabras Clave: *Development - Improvement - Care and assurance system - management.*



### **Agradecimiento**

A Dios

A mi esposa e hijas por su  
invalorable apoyo

A mi comando que me  
permitió seguir creciendo  
profesionalmente

## Índice

Carátula	i
Resumen y Abstract	ii
Agradecimiento	iii
Lista de Tablas	iv
Lista de Figuras	v
Introducción	12
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	17
1. Identificación del Problema	17
1.1. Definición del problema	17
1.2. Marco teórico	18
1.2.1. Gestión.	18
1.2.2. Gestión Pública.	18
1.2.3. Salud Pública.	19
1.2.4. Salud Policial.	19
1.2.5. Sistema de Salud PNP.	19
1.2.6. Institución Administradora de Fondos de Salud Policial (IAFA-SALUDPOL).	20
1.2.7. Beneficiarios del Sistema de Salud Policial.	21
1.2.8. Estrategias de Gestión de la Salud Pública	21
1.2.9. Modelos de Gestión de Salud en organizaciones públicas Locales y globales	22
1.3. Evidencia	22
1.3.1. De tipo secundario.	22
1.3.2. De tipo periodístico.	22
1.3.3. Informe de la Comisión de Priorización Sectorial y Reorganización de la Sanidad PNP y Saludpol, del 20SET2016.	23
1.3.4. De tipo instrumental-documentario.	24
1.3.4.1 Plan Estratégico Sanidad PNP	24
1.3.4.2 Presupuesto Inicial Modificado	24

1.3.4.3 Plan Operativo Anual	24
1.3.4.4 Plan Anual de Adquisiciones	25
1.3.4.5 Petitorio y Tarifario Médico	25
1.3.4.6 Convenio interinstitucional Sanidad-Saludpol	25
1.3.4.7 Otros modelos de gestión de salud	25
1.4. De tipo primario	38
1.4.1 Encuesta al personal beneficiario del sistema de salud PNP.	38
1.4.2. Método.	38
1.4.3. Variables	38
1.4.4. Población.	40
1.4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	40
1.4.6. Resultados.	41
1.4.7. Entrevista al jefe de administración de la Sanidad	56
1.5. Afectación del problema al ciudadano	57
2. Revisión de la literatura	59
2.1. Identificación de medidas adoptadas hasta el momento por entidades del Estado Peruano frente al problema	59
2.1.2 Sanidad Policial.	59
2.1.3 Institución Administradora de Fondos de Salud (IAFA-SALUDPOL).	60
2.1.4 Normas vinculadas al problema.	60
<b>CAPÍTULO II</b> <b>LA PROPUESTA DE MEJORA</b>	<b>64</b>
3. Causas del Problema	64
3.1. Causa 1	65
3.1.1 Causa Indirecta	66
3.1.2 Causa Indirecta	67
3.2. Causa 2	67
3.2.1 Causa Indirecta	69
3.2.2 Causa Indirecta	69
3.3. Causa 3	70
3.3.1 Causa Indirecta	72
3.3.2 Causa Indirecta	72

3.3.3 Causa Indirecta	72
3.4. Causa 4	73
3.4.1 Causa Indirecta	74
3.4.2 Causa Indirecta	74
4. Transformación del árbol de problemas a medios	75
4.1. Medio 1	75
4.2. Medio 2	76
4.3. Medio 3	78
4.4. Medio 4	79
5. Estructura de la solución	80
5.1. Selección de medios	80
5.2. Cambio innovador	83
5.2.1. Definición de innovación en el sector público.	83
5.2.2 Prototipo de solución.	87
<b>CAPÍTULO III LA VIABILIDAD DE LA MEJORA</b>	91
Conclusiones	98
Recomendación	102
Bibliografía	103
Anexos	105

## Lista de Tablas

<i>Tabla 1</i>	23
Características de la muestra correspondiente a los efectivos policiales de Cañete.	
<i>Tabla 2</i>	24
Análisis descriptivo de los efectivos policiales que se atendieron hasta el mes de abril de 2019, según especialidad.	
	25
<i>Tabla 3</i>	
Niveles de calidad de atención en el último año	
<i>Tabla 4</i>	26
Análisis Descriptivo de los indicadores de calidad de atención en el último año	
<i>Tabla 5</i>	27
Motivos por los que los efectivos policiales no solicitan reembolso por gastos de medicamentos o atenciones fuera del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú	
	28
<i>Tabla 6</i>	
Percepción de acuerdo respecto al sistema de reembolso	
	28
<i>Tabla 7</i>	
Niveles de Logro de cumplimiento con la prescripción médica	
<i>Tabla 8</i>	29
Análisis descriptivo de los indicadores de Logro de cumplimiento con la prescripción médica	

	30
<i>Tabla 9</i>	
Niveles de Calidad de atención sanitaria general	31
<i>Tabla 10</i>	
Percepción general sobre el trato que reciben del personal médico.	32
<i>Tabla 11</i>	
Análisis descriptivo de los indicadores de Calidad de atención sanitaria general	33
<i>Tabla 12</i>	
Motivos por los que los efectivos policiales. en 2018 y/o 2019 acudió a otro centro de salud	34
<i>Tabla 13</i>	
Niveles de Conocimiento sobre los beneficios de salud	35
<i>Tabla 14</i>	
Análisis descriptivo de los indicadores de Calidad de atención sanitaria general	36
<i>Tabla 15</i>	
Intensión y motivos de los efectivos policiales para invertir o no en la mejora del sistema de salud de la PNP.	

## Lista de Figuras

Figura 1.	
<i>Representación gráfica del análisis descriptivo de los efectivos policiales que se atendieron hasta el mes de abril de 2019, según especialidad.</i>	24
Figura 2.	25
<i>Representación gráfica de los niveles de calidad de atención en el último año.</i>	
Figura 3.	26
<i>Representación gráfica de las respuestas negativas por parte de los efectivos policiales respecto a la calidad de atención hasta el mes de abril de 2019.</i>	
Figura 4.	27
<i>Representación gráfica de Motivos por los que los efectivos policiales no solicitan reembolso por gastos de medicamentos o atenciones fuera del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú.</i>	
Figura 5.	28
<i>Representación gráfica de Niveles de Logro de cumplimiento con la prescripción médica.</i>	
Figura 6.	29
<i>Representación gráfica del Análisis descriptivo de los indicadores de Logro de cumplimiento con la prescripción médica.</i>	
Figura 7.	30
<i>Representación gráfica de los Niveles de Calidad de atención sanitaria</i>	

*general.*

Figura 8.

*Representación gráfica de la Percepción general sobre el trato que reciben del personal médico.* 31

Figura 9.

*Representación gráfica de Análisis descriptivo de los indicadores de Calidad de atención sanitaria general.* 32

Figura 10.

*Representación gráfica de Motivos por los que los efectivos policiales en 2018 y/o 2019 acudió a otro centro de salud.* 33

Figura 11.

*Representación gráfica de los Niveles de Conocimiento sobre los beneficios de salud.* 34

Figura 12.

*Representación gráfica del Análisis descriptivo de los indicadores de Calidad de atención sanitaria general.* 35

Figura 13.

*Representación gráfica del Intención y motivos de los efectivos policiales para invertir o no en la mejora del sistema de salud de la PNP.* 36

## Introducción

La salud policial constituye el cúmulo de beneficios en materia de salud orientadas a la prevención, promoción, recuperación y de rehabilitación, brindadas en forma eficiente, equitativa, oportuna, de calidad y con dignidad para el personal PNP por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) gerenciadas por la Dirección de Sanidad y la disponibilidad de financiamiento de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) de la Policía Nacional del Perú, tal como lo establece el Decreto Legislativo Nro 1175 Ley de Régimen de Salud del Personal PNP en su artículo 3. Así mismo la salud del personal policial es un derecho inalienable y un requisito *sine qua non* para que el capital humano goce de todas las garantías para la promoción, mantenimiento y rehabilitación de su integridad física y psicológica para que pueda prestar un eficiente servicio policial, mantener su moral alta y un alto grado de fidelización con la misión institucional encomendada.

Sin embargo, actualmente, la información de tipo cualitativo y cuantitativo obtenida para esta investigación permite colegir que el servicio de salud que presta la Dirección de Sanidad solventado por la IAFA SALUDPOL, es deficiente y causa altos niveles de insatisfacción de los usuarios y pacientes. Evidencia que se demuestra con el Informe de la Comisión de Priorización Sectorial y Reorganización de la Sanidad PNP y SALUDPOL (2016), también muestran esta tendencia, las encuestas sobre el servicio que presta la Sanidad PNP (2016) así como la entrevista realizada al jefe de administración de la Dirección Nacional (2019), aunado a la obtención de información de la Dirección de Sanidad y de la IAFA SALUDPOL.

Se identificó las causas de 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), mediante la aplicación de la metodología del árbol de problemas, identificándose como problemas los siguientes: Limitaciones de los sistemas administrativos de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú, debido a la inexistencia de instrumentos de gestión administrativa que se hayan formulado de manera sinérgica y previendo la inyección de recursos económicos productos de los reembolsos de la IAFA SALUDPOL; Insuficiente presupuesto económico de la Dirección de Sanidad de

la PNP, situación que se deriva de la pobre asignación de recursos ordinarios de la PNP a la Sanidad PNP( 30 millones de soles) y desarticulación financiera, presupuestal y logística existente entre la Sanidad PNP y la IAFA SALUDPOL, debido a un convenio incompleto y dañino para la prestación de un servicio de salud eficiente, eficaz y efectivo en beneficio de los 444, 638 beneficiarios; Incumplimiento de Dispositivos Legales relacionados con la Salud del personal policial, ya que pese a existir la obligación legal de realizar estudios matemáticos actuariales cada dos años para determinar la sostenibilidad y trazabilidad de los recursos que administra la IAFA SALUDPOL provenientes del 6% del aporte de cada PNP así como para la aplicación de un Plan Complementario de Salud sujeto a copago por parte del titular que desee para aquellos hijos cuyas edades oscilen entre dieciocho (18) y veintiocho (28) años, existiendo las condiciones que sean de estado civil solteros y que no tengan hijos, que dependan de las economías del titular, sin compromisos de rentas; y que estén cursando estudios ininterrumpidamente en cualquier nivel educativo, desde básica hasta universitaria de pregrado con matrícula semestral, así como a los padres del personal policial, que a la fecha no se han realizado ni implementado, con la complicidad silente del Órgano de Control del Ministerio del Interior; Deficiente Convenio interinstitucional IAFA SALUDPOL-DIRSAPOL y Tarifario de Procedimientos Médicos incompleto y desactualizado, instrumentos de gestión y articulación institucional deficientes cuya responsabilidad es compartida por la Sanidad PNP y la IAFA SALUDPOL, que hace que los reembolsos de la IAFA a favor de la Sanidad PNP resulten insuficiente para cubrir sus costos operativos y no permitan su empleo en el mantenimiento, renovación y adquisición de equipos, material y medicinas.

Se aplicó la lluvia de ideas para transformar el árbol de problemas en medios y por ende, la metodología del árbol de medios/medios también, y se logró determinar dichos medios: Sistemas administrativos del Sistema de Salud Policial con instrumentos de gestión debidamente estructurados y articulados con la IAFA-SALUDPOL que trabajen de manera efectiva, Presupuesto Público suficiente para que la DIRSAPOL administre de manera óptima, recursos directamente recaudados, en beneficio de personal PNP; Realización de Auditorías en forma periódica por parte del OCI-MININTER e implementación de un Sistema de Control Interno en la IAFA

SALUDPOL y DIRSAPOL; Convenio interinstitucional eficiente entre la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL y Tarifario Médico Completo y con costos reales.

Cabe precisar que, con relación a la capacidad de personal, infraestructura y equipamiento, ya el Informe de la Comisión de Priorización Sectorial y Reorganización de la Sanidad y Saludpol del 20SET206, dice que los requerimientos de personal de la Sanidad PNP para los años 2016 – 2020, ascienden a 4,600 técnicos y profesionales del ámbito de la salud (en promedio 900 por año).

Que el 84% de los equipos médicos son obsoletos al haber transcurrido su tiempo de vida útil (4 años) y el 20% de los equipos médicos se encuentra inoperativo (Hospital Nacional Luís N. Sáenz el 22% inoperativo y el 80% obsoleto). Que existe una parte del equipamiento médico que es subutilizado al no contarse con el personal especializado, eso permite inferir que la Sanidad PNP carece de personal médico especializado en el manejo de equipos médicos de alta gama.

Que el parque automotor de la Sanidad cuenta con un 37% de ambulancias inoperativas, el 40% de autos inoperativos, un 52% de camionetas inoperativas y el 61% de motocicletas inoperativas. Que las unidades prestadoras de servicios de salud de la PNP (UGIPRES) no cuentan con el equipamiento informático suficiente, existiendo un déficit de 1120 CPU.

No se cuenta con sistemas de registros médicos electrónicos (historia clínica, citas, laboratorio, farmacia) y los escasos sistemas informáticos son fragmentados, obsoletos y no están conectados entre sí. Los servicios de imágenes son informatizados (rayos X digital, tomografía, resonancia magnética y cámara gamma); pero no se cuenta con el sistema de archivo digital de imágenes (PACS-RIS) por lo que dichas imágenes se pierden al rebasar la capacidad de almacenamiento de sus discos.

Hay un constante desabastecimiento y caducidad de medicinas e insumos médicos, principalmente debido a la falta de informatización sistémica e interconexión de almacenes y farmacias de las UGIPRESS PNP y para con SALUDPOL.

Se requiere construir el nuevo Hospital Nacional de la Policía y modernizar su gestión. Revisar convenios para la compra de servicios y ampliarlos en función a las necesidades de la Policía. Crear servicios diferenciados para el policía con discapacidad (programa de rehabilitación y apoyo) y servicios asociados a la salud ocupacional y a las operaciones tácticas de la Policía; programa “Servicio Operativo”

Para efectos de revertir este problema público, planteamos como solución innovadora en primer lugar, en el ámbito normativo: la implementación de una Directiva

para la instauración del Plan Complementario de Salud sujeto a copago para los hijos mayores de dieciocho (18) y menores de veintiocho (28) años, siempre que sean solteros sin hijos, dependientes económicamente del titular, que carezcan de renta; y que sigan en forma ininterrumpida educación básica regular; educación superior no universitaria o educación superior universitaria de pregrado, con matrícula mínima semestral así como a los padres del personal policial. Dicho copago se financiará a través del aporte deducible de la planilla de pagos del personal policial en situación de actividad, disponibilidad o retiro con derecho a pensión que desee afiliar a las derechohabientes líneas arriba indicados según la edad de los mismos, sujetos a una cobertura anual de 30, 000 soles, cuyos presupuestos se precisan en dicho documento normativo. Ello permitirá no solo cumplir lo previsto en el Decreto Legislativo Nro 1174 y su reglamento sino dotar a la Sanidad PNP de recursos económicos directamente recaudados para prestar un servicio de salud de mejor calidad, con mejores y más modernos equipos, con medicamentos y material médico en número suficiente para atender la demanda, más y mejor infraestructura, medicamentos, etc. Permitiendo que la Sanidad PNP no dependa en forma casi absoluta de los desembolsos de la IAFA SALUDPOL para cubrir sus costos operativos sino autogestionar su financiamiento mediante la producción de recursos directamente recaudados a través del aporte voluntario del personal policial y, por tanto, otorgar un mejor servicio de salud.

Y en segundo lugar en el ámbito tecnológico, la implementación de un Plan de Desarrollo de Software, que nos permitirá determinar que familiares están afiliados al Plan Complementario de Salud sujeto a copago, si han superado el periodo de carencia, si cuentan con cobertura económica y por ende coadyuvar a la correcta administración de los recursos económicos directamente recaudados provenientes de los aportes facultativos de los PNP a favor de sus derechohabientes y a mejorar la calidad de la atención de salud policial en beneficio de los 444, 638 beneficiarios.

Este trabajo se divide en tres capítulos: El primero identifica y define el problema, presenta el marco teórico, que versa sobre la salud, la salud policial, la gestión pública, el marco teórico, las evidencias del problema, como se afecta al ciudadano y concluye con el estado de la cuestión. El segundo capítulo, se aboca a las causas del problema, las cuales son evidenciadas de manera cualitativa y cuantitativa a través de fuentes primarias y secundarias, trata de la transformación del árbol de problemas a medios, se esboza la estructura de la solución, presenta el cambio innovador y el prototipo de solución. En tanto que el tercer capítulo desarrolla la viabilidad de la mejora en sus ámbitos organizacional, económico y normativo, presenta las conclusiones y las recomendaciones.

Es necesario testimoniar mi sincero e infinito agradecimiento a mi esposa y a mis hijas, que son mi motor y motivo; a mi padre sempiterno guía espiritual y a mi madre, sabia consejera y ejemplo a seguir; y a mi asesor académico por su valiosísimo apoyo y eximio desempeño profesional.



# Capítulo I

## El Problema

### 1. Identificación del Problema

#### 1.1. Definición del problema

Considerando que el concepto de la gestión del servicio de salud de la Policía Nacional es la administración eficiente, eficaz y efectiva de las prestaciones de salud a través de un conjunto de instituciones de salud de la Policía Nacional del Perú en beneficio de dicho personal y sus derechohabientes.

Los antecedentes expuestos en la introducción nos revelan el problema siguiente: 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), servicio que administra la Dirección de Sanidad PNP que perjudica económica, anímica y moralmente a los 444, 638 beneficiarios del sistema de salud de la Policía Nacional del Perú y causa insatisfacción en los mismos al no recibir una atención de salud de calidad ni de forma óptima.

Cabe precisar que adicionalmente a la evidencia hallada e información procesada, se ha determinado que el 80% de pacientes internados en las unidades de gestión y prestación de salud PNP(HCPNP) son padres de suboficiales de tercera de reciente egreso, ello desnaturaliza la esencia misma para lo cual fue creado el servicio de sanidad PNP; **la salud integral del efectivo policial**, toda vez que eso hace más difícil el internamiento de un titular PNP en dicho nosocomio, ya que como bien se conoce existe déficit de camas, medicinas y capacidad instalada para la prestación de una atención de calidad; y el hecho que el 80% de las camas disponibles sea ocupadas por derechohabientes y no titulares incrementa la insatisfacción del personal policial, afecta su fidelización hacia la institución y deslegitima la imagen del comando y su política de bienestar en pro del personal policial, influyendo negativamente en la salud del personal policial y sus derechohabientes.

Asimismo es necesario precisar que por información confidencial se ha determinado que la IAFA SALUDPOL tiene una deuda de S/ 29, 059.549 hasta el mes de mayo con el Grupo San Pablo-Sede Surco, el cual agrupa a nueve (09) Clínicas Red San Pablo, con la que dicha institución tiene convenio para la prestación de atenciones de salud, operaciones

quirúrgicas, rehabilitación física, etc., acreencia que está en proceso de judicialización ante la renuencia al pago oportuno de la IAFA SALUDPOL; lo que evidencia la incapacidad de gestión de la IAFA SALUDPOL tanto de los recursos económicos provenientes del aporte del 6% de cada efectivo policial, que ascienden a 400 MILLONES DE SOLES aprox, para atender las necesidades de las IPRESS PNP como para gestionar en forma óptima los procedimientos médicos que terceriza por el precario estado de la red de salud PNP y las IPRESS-PNP a diversas clínicas muy por encima del costo real de dichos procedimientos, que bien podrían ser prestados por la red de salud PNP si se contara con una administración efectiva del 6 % que aporta el Estado para la salud policial por parte de la IAFA SALUDPOL, lo que evidencia nuevamente incapacidad para cumplir dicho encargo.

## **1.2. Marco teórico**

### **1.2.1. Gestión.**

Retamozo (2008) define el concepto de gestión, como la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo. Nos dice que gestionar es llevar a cabo diligencias que hacen posible la realización de una operación comercial o de un anhelo cualquiera. La noción de gestión, por lo tanto, se extiende hacia el conjunto de trámites que se llevan a cabo para resolver un asunto o concretar un proyecto. La gestión es también la dirección o administración de una compañía o de un negocio.

### **1.2.2. Gestión Pública.**

Arroyo (s/f) colige que es la nueva forma de gerenciar los sistemas administrativos del estado de manera articulada sustentada en la cadena de valor público que busca generar justamente eso, valor público, para impactar positivamente en la calidad y bienestar de las personas. Se apoya en la gestión por resultados, en la flexibilidad de los procedimientos, en la evaluación del desempeño y la administración estratégica.

### **1.2.3 Salud Pública.**

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Este concepto se amplía a: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

### **1.2.4. Salud Policial.**

Conforme lo establece el Decreto Legislativo Nro 1175 Ley de Régimen de Salud del Personal PNP en su artículo 3, la salud policial constituye todo el cumulo de beneficios en materia de salud que se orientan de forma preventiva, promocional, recuperativa o de rehabilitación que son dispensadas eficientemente de manera equitativa, oportuna, de calidad y dignamente por medio de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) tomando en cuenta la disponibilidad para su financiamiento por parte de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) de la Policía Nacional del Perú. Con relación al personal policial que ha sido discapacitado por acciones de armas en el desempeño de sus servicios, estará sujeto por este Decreto Legislativo, (DL), así como también por lo dispuesto por la Ley que concede protección al personal de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.

El manual de organización y funciones de la Dirección de Sanidad PNP establece que “El servicio de salud prestado por la Sanidad PNP, constituye un conjunto de prestaciones de salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación del personal PNP y derechohabientes del régimen de salud”.

### **1.2.5. Sistema de Salud PNP.**

Conforme lo establece el D.L Nro 1175 Ley de Régimen de Salud de la PNP, la Dirección Ejecutiva de Sanidad de la Policía Nacional del Perú, es un órgano de apoyo a dicha institución, ha sido constituido como la instancia de mayor nivel jerárquico, y es responsable de gestionar los servicios de salud del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú, depende de la Comandancia General de la Policía Nacional del Perú. Su finalidad de promover el desarrollo del personal policial, tiene como premisas, prevenir; proteger; recuperar y rehabilitar su salud, siempre enmarcados en los derechos fundamentales de dichas personas. Esta al comando de un Oficial General de Servicios - Médico de la Policía Nacional del Perú, en situación de actividad. En su artículo 6 se explica sus funciones, entre

las que se encuentra el diseño, implementación, planificación y evaluación de programas, proyectos y actividades en materia de salud, además de proponer normas, directivas y lineamientos para un buen desarrollo de la institución, buscar la mejora en las coberturas a los beneficiarios, administrar de manera óptima los recursos humanos, logísticos, económicos y financieros con criterios de eficiencia y eficacia que permitan el cumplimiento de los objetivos del Régimen de Salud de la PNP y otras funciones que sea establecidas en el Reglamento de la esta Ley. Además, el Art. 7 precisa que componen el Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú: La Dirección Ejecutiva de Sanidad de la PNP (órgano gestor de las IPRESS de la PNP) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la PNP (IPRESS PNP)

La Dirección de Sanidad PNP, es la unidad de gestión de las instituciones prestadoras del sistema y servicios de salud (UGIPRESS) de la PNP, encargada del sistema de salud de la PNP, la misma que debe brindar atención de salud al personal policial y derechohabientes nivel nacional a través de las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPRESS), cuya finalidad es prevenir, promover, recuperar, dar tratamiento y rehabilitar su salud, utilizando la mejor tecnología a su alcance, mediante las prestaciones de salud que figuran en la cartera de servicios, para ello cuenta setenta y siete (77) IPRESS y cuarenta y tres (43) tópicos. Su presupuesto público no supera los 30 millones de soles, en lo referente a recursos ordinarios y recursos directamente recaudados, provenientes del presupuesto de la PNP.

Adicionalmente, para efectos del cumplimiento de su función recibe recursos económicos que le son transferidos por la Institución Administradora de Fondo de Aseguramiento de Salud del Personal PNP (IAFA SALUDPOL) a través del reembolso de las prestaciones de salud en base al Tarifario Sanidad PNP y Convenio existente entre la IAFA SALUDPOL y la Dirección de Sanidad.

#### **1.2.6. Institución Administradora de Fondos de Salud Policial (IAFA-SALUDPOL).**

Administradora de fondos intangibles de salud, dependiente del Ministerio del Interior, que cuenta con autonomía administrativa y contable, y que tiene como finalidad recibir, captar y gestionar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud dirigidas al personal de la PNP y sus familiares derechohabientes, a través de una cobertura

de los riesgos de salud, conforme lo prevén los artículos 1 y 4 del Decreto Legislativo Nro 1174.<sup>1</sup>

### **1.2.7. Beneficiarios del Sistema de Salud Policial.**

Se consideran beneficiarios del Fondo de Aseguramiento de Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL) al personal policial en actividad, disponibilidad y retiro con derecho a pensión. De igual manera a los cadetes de la Escuela de Oficiales de la Policía Nacional del Perú, mientras se mantengan como tales y a los alumnos de las Escuelas Técnico Superiores de la PNP, siendo dicha cobertura de tipo personal e intransferible para sus familiares. A los cónyuges o convivientes en unión de hecho declarada según ley, a los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo y padres del personal policial comprendidos en el inciso a) del Reglamento respectivo, tal como lo define el artículo Nro 19 del Decreto Legislativo Nro 1174.<sup>2</sup>

### **1.2.8 Estrategias de gestión de la salud pública**

La implementación de la política de aseguramiento en salud es posible de importantes logros, evidenciando, sin embargo, un insuficiente efecto en el acceso oportuno y en la satisfacción de las necesidades de salud de gran parte de la población. Al día de hoy podemos destacar los principales avances y limitaciones en el proceso hacia un seguro de Cobertura Universal de Salud (CUS) orientando el desarrollo de la agenda pendiente, sobre la base de los planteamientos emitidos por Organizaciones Internacionales que apuntan hacia una mejora de los sistemas de salud a nivel global. Los desafíos pendientes obligan a la generación de estrategias que incluyan esfuerzos de involucramiento y articulación de los diversos actores, en la tarea de rediseñar los procesos de atención, fortalecer la dimensión ética de su ejercicio, así como promover la participación ciudadana en la generación de un sistema de salud de alta calidad, que permita un acceso efectivo y oportuno a servicios de salud; ello obliga a adoptar medidas que alcancen a todo el sistema de salud, orientadas en una visión compartida y liderada por los responsables de su conducción y gobierno.

---

<sup>1</sup> Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la PNP y su reglamento, Decreto Supremo Nro 002-2015-IN.

<sup>2</sup> Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la PNP

### **1.2.9 Modelos de gestión de salud en organizaciones públicas locales y globales.**

En el ámbito local se realizó un análisis comparativo con ESSALUD, seguros de salud de las FFAA, Seguros Privados; mientras que para el contexto global se plantea soluciones a partir de otros organismos policiales en la región (Colombia, Chile).

Los modelos de gestión de salud requieren de una estructura organizacional funcional que permita el logro de las metas propuestas, para lo cual es necesario implementar directrices de planeación estratégica acordes con el contexto de servicios de salud. Es necesario que en las instituciones hospitalarias se generen los mecanismos para cumplir con la estructuración de procesos prioritarios y transversales en las instituciones de salud para garantizar una atención nutricional adecuada, oportuna, suficiente y de calidad.

## **1.3. Evidencia**

### **1.3.1. De tipo secundario.**

Rivera (2016) aplicó una encuesta a (400) usuarios de los consultorios externos de Medicina General del Hospital Nacional “Luis N. Sáenz” de la Policía Nacional del Perú, concluyendo que del total de encuestados que sólo el 72,26% de los usuarios externos perciben una atención de nivel medio.

En la misma línea, Tinoco (2016) encuestó 460 pacientes, determinando que el nivel de satisfacción del usuario externo de consulta externa del HN.PNP.LNS, registró en ese momento un 73.03% de insatisfacción y un 26.97% de satisfacción.

Gamarra (2017) aplicó una encuesta a los usuarios de dicho nosocomio, determinando que la satisfacción global encontrada fue de 52.63%, de un total de 300 encuestados.

De igual manera, Valverde (2017) aplicó una encuesta a 150 pacientes hospitalizados a fin de determinar el grado de satisfacción, y determinó que el tiempo de hospitalización prolongado aumenta cuatro veces las probabilidades de presentar insatisfacción con el servicio en los varones, mientras que el sexo femenino aumenta 2,6 veces esta probabilidad, no siendo satisfactorio el servicio que presta dicha área del referido hospital.

### **1.3.2. De tipo periodístico.**

El Comercio: Sanidad PNP en emergencia: hay S/. 350 mlls. que no se invierten  
Cristina Fernández

Artículo en el que se plantea que el Ministerio del Interior busca mejorar la prestación de servicios de salud a la Policía Nacional. La situación en algunos nosocomios de la institución es insostenible, ausencia de salas de atención, sillas de ruedas, medicamentos. Es incierto el panorama de los establecimientos de salud de la Policía Nacional del Perú (PNP) que hay en el país –5 hospitales, 29 policlínicos, 33 postas médicas y 10 puestos sanitarios– y todo podría ser diferente si se invirtieran los cerca de S/350 millones que están almacenados en las arcas de Saludpol (Fondo de Aseguramiento en Salud de la PNP). Por impedimentos normativos, este dinero no puede ser destinado a comprar medicinas, equipos y mejoramiento de los centros de salud, es decir a la sanidad. En el hospital policial, el 85% de los equipos médicos están obsoletos y el 37% de sus ambulancias, inoperativas. Del mismo modo, el informe N°41-2016 de la Dirección Ejecutiva de la Sanidad Policial advierte de la existencia de graves deficiencias en el Régimen de Salud de la PNP y estos ponen en riesgo los servicios de salud para el personal policial y sus familiares.

Cabe precisar que esta fuente de información de tipo periodística se sustenta en la entrevista que el diario El Comercio, le realizó al señor Leonardo Caparrós Gamarra, que fuera jefe del gabinete de asesores del ministro del interior, Carlos Basombrío Iglesias, del 28 de julio 2016 al 27 de diciembre 2017 y presidente de la Comisión de Priorización Sectorial y Reorganización de la Sanidad PNP y Saludpol, hecha el 20SET2016, radicando allí la relevancia de haberla citado.

### **1.3.3. Informe de la Comisión de Priorización Sectorial y Reorganización de la Sanidad PNP y Saludpol.**

Dicho informe establece la importancia de los requerimientos de personal de la Sanidad PNP para los años 2016 – 2020, ascienden a 4,600 técnicos y profesionales del ámbito de la salud. El 84% de los equipos médicos son obsoletos al haber transcurrido su tiempo de vida útil y el 80% de los equipos médicos se encuentra inoperativo. Existe gran parte del equipamiento médico que es subutilizado al no contarse con el personal especializado. Solo existen 63% de ambulancias inoperativas, el 60% de autos operativos, un 48% de camionetas operativas y el 39% de motocicletas operativas. La reorganización implica la necesidad de completar el marco normativo actual, diferenciando el financiamiento (SALUDPOL) y prestación de servicios (SANIDAD), así como la implementación de lo estipulado en los Decretos Legislativos N° 1174 y 1175. Rediseñar la estructura del SALUDPOL y generar los documentos técnicos normativos necesarios para

atender los requerimientos de la Sanidad. Entre otras acciones dirigidas a fortalecer el funcionamiento de los programas por etapas de vida: atención diferenciada para el niño y a la niña, el adolescente, el adulto, la gestante y el adulto mayor.

#### **1.3.4. De tipo instrumental-documentario.**

##### **1.3.4.1 Plan estratégico Institucional de la Dirección de Sanidad PNP.**

La Dirección de Sanidad de la PNP(DIRSAPOL-PNP) carece de este instrumento de gestión institucional que orienta el rumbo de dicha entidad pública por tres años, al definir la Visión, los Objetivos Estratégicos, las metas e indicadores que a través de Acciones Estratégicas permitirán alcanzar el escenario apuesta. En su reemplazo busca alinear su Presupuesto Institucional Modificado, Plan Operativo Institucional con el Plan Estratégico Institucional del sector Interior 2017-2021

##### **1.3.4.2 Presupuesto Institucional Modificado de la Dirección de Sanidad PNP**

La Dirección de Sanidad de la PNP cuenta con este instrumento de gestión que solo considera la ejecución presupuestal de los recursos públicos ordinarios transferidos por la PNP, que ascienden a unos 30 millones de soles y no así los recursos económicos transferidos por la IAFA-SALUDPOL.

##### **1.3.4.3 Plan Operativo Institucional.**

La Dirección de Sanidad de la PNP cuenta con este instrumento de gestión que solo considera el cumplimiento de objetivos operativos, metas operativas e indicadores de logro asociados al Presupuesto Institucional Modificado que prevé solo la ejecución presupuestal de los 30 millones de soles que en promedio recibe vía transferencia de la Dirección de Economía y Finanzas de la PNP, no previendo objetivos operativos que consideren los recursos económicos transferidos por la IAFA-SALUDPOL.

#### **1.3.4.4 Plan Anual de Contrataciones.**

Es un instrumento de gestión que sirve para planificar, ejecutar y evaluar las contrataciones, debiendo articularse con el Plan Operativo Institucional (POI) y el Presupuesto Institucional de la entidad, siendo así su naturaleza jurídica.

#### **1.3.4.5 Petitorio y Tarifario Médico de la Sanidad PNP.**

Es el instrumento administrativo que integra y define todos los procedimientos médicos que el servicio de Sanidad PNP les brinda a sus beneficiarios/usuarios que van desde la atención ambulatoria consistente en la toma de presión arterial hasta una delicada operación quirúrgica llevada a cabo por médicos especialistas, que presupuesta dichos procedimientos.

#### **1.3.4.6 Convenio interinstitucional de la DIRSAPOL e IAFA-SALUDPOL.**

Es el instrumento que permite la articulación interinstitucional entre la DIRSAN y la IAFA-SALUDPOL para el otorgamiento de prestaciones del servicio de salud policial a favor de los beneficiarios y reembolso de las mismas por parte de la IAFA-SALUDPOL de acuerdo a su definición y costificación en el Tarifario Médico de la Sanidad PNP.

#### **1.3.4.7 Otros modelos de gestión de salud**

Para efectos de conocer otros modelos de gestión de salud, se ha obtenido información de otras organizaciones prestadoras de salud, en el ámbito local; ESSALUD, el Seguro Privado de Salud San Pablo y el Seguro de Salud de las FFAA; Marina de Guerra, Fuerza Aérea del Perú y Ejército del Perú y de sus IAFAS; y en el ámbito global, la experiencia de Chile, que se aplica a los Carabineros de Chile; a la Policía de Investigaciones y la Gendarmería de ese país, así como la Policía Nacional de Colombia.

### **Modelos de Gestión Nacional**

#### **ESSALUD**

Es el seguro público prestado por el Estado Peruano, el cual es solventado íntegramente por el empleador y asciende al 9 % de la remuneración del empleado. Este seguro no tiene límite de cobertura ni exclusiones; está sujeto a un periodo de carencia de 3 meses. Esta correlacionado con las declaraciones mensuales que el empleador efectúa a SUNAT, se puede afiliar a hijos dependientes menores de 18 años y esposa o concubina

con unión de hecho reconocida ante notario e inclusive a la concubina cuando está gestando.

En caso de subsidio y otorgamiento de descanso médico o licencia por maternidad la empresa cubrirá el sueldo por los primeros 20 días y a partir de allí lo hará ESSALUD, dicho subsidio se obtiene del cálculo de las últimas 12 remuneraciones percibidas. Incluso 3 meses después de cesado el empleado todavía cuenta con cobertura de seguro.

### **SEGURO PRIVADO SAN PABLO**

Es un seguro privado cuyo límite de edad para afiliación es de 66 años, se puede afiliarse al cónyuge o conviviente permanente y a los hijos menores de 18 o mayores de edad. Cubre la atención ambulatoria, hospitalización y cirugías, emergencias, medicinas, exámenes, oncología, emergencias a domicilio y maternidad. Tiene 4 tipos de modalidades de seguro, el Programa de Salud de Asistencia Médica Integral Plus, Programa de Salud de Asistencia Médica Integral Gold, Programa de Salud de Asistencia Médica Integral Platinum y Programa de Salud de Asistencia Médica Top Salud, cuyos beneficios y características se detallan en los siguientes cuadros.

#### **Beneficios y Servicios**



Límite de gastos anuales hasta los 70 años de edad	S/. 100,000.00	S/. 150,000.00	S/. 300,000.00	S/. 600,000.00
Límite de gastos anuales a partir de los 71 años de edad	S/. 30,000.00	S/. 50,000.00	S/. 100,000.00	S/. 200,000.00
Atención ambulatoria en San Pablo - sede Surco	NO ATENCIÓN	S/.53.00 30.00 %	S/.50.00 15.00 %	S/.50.00 15.00 %
Atención ambulatoria en Jesús del Norte	S/. 35.00 / 20.00 %	S/.35.00 15.00 %	S/.35.00 15.00 %	S/.35.00 15.00 %
Atención ambulatoria en San Gabriel	S/. 35.00 / 20.00 %	S/.35.00 15.00 %	S/.35.00 15.00 %	S/.35.00 15.00 %
Atención ambulatoria en San Juan Bautista	S/. 25.00 / 20.00 %	S/.25.00 15.00 %	S/.25.00 15.00 %	S/.35.00 15.00 %
Atención ambulatoria en Santa María del Sur, San Pablo Sede Huaraz	S/. 25.00 / 20.00 %	S/.25.00 15.00 %	S/.25.00 15.00 %	S/.35.00 15.00 %

Deducible por hospitalización	UN DÍA DE HABITACIÓN			Al 100%
Días adicionales de habitación, honorarios médicos por consulta hospitalaria o cirugía, exámenes y medicinas en Clínicas San Gabriel, Jesús del Norte, San Juan Bautista, Santa María del Sur y San Pablo Sede Huaraz.	20.00%	20.00%	20.00%	10.00%
Días adicionales de habitación, honorarios médicos por consulta hospitalaria o cirugía, exámenes y medicinas en Clínica San Pablo - Sede Surco y Clínica la Merced - Sede Trujillo.	NO ATENCION	30.00%	20.00%	10.00%
Enfermedades congénitas o preexistentes, todos los servicios cubiertos incluyendo medicinas	70.00%	70.00%	70.00%	70.00%

## **Beneficios y Servicios**



Atención de emergencia ambulatoria por accidente en todas las sedes	NO ATENCION - sede Surco	AL 100%		AL 100%
Maternidad (18 meses) consultas médicas pre y post natal	NO ATENCION	COMO AMBULATORIO		S/. 50.00
Exámenes auxiliares, ecografías y medicinas.	NO ATENCION	30.00%	30.00%	20.00%
Atención de parto normal, cesárea, múltiple, aborto, amenaza de aborto y complicaciones	Un día de habitación y 25 % (No Sede Surco)	Un día de habitación y 20 % (Sedes) Un día de habitación y 30 % (Surco y Trujillo)	Un día de habitación y 20 % (Todas las sedes)	10.00%
Atención odontológica (6meses) Examen odontológico y odontograma	NO ATENCION	Al 100%		Al 100%
Atención de enfermedades oncológicas	COMO AMBULATORIO U HOSPITALARIO SEGÚN EL CASO			
Atención de emergencia a domicilio	NO ATENCION	Al 100%		Al 100%
Gastos de sepelio	NO ATENCION	S/. 5,000.00	S/. 7,000.00	S/. 10,000.00
Asistencia de emergencias en viajes Viajes internacionales hasta € 40,000.00 (Euros) Viajes nacionales hasta US\$ 10,000.00 (Dólares)	NO ATENCION	Al 100%		Al 100%

## **Tarifas de los seguros**



<b>RANGO DE EDAD</b>				
MENOR DE 18 AÑOS	S/. 32.00	S/. 56.00	S/. 85.00	S/. 79.00
De 18 a 35 años	S/. 40.00	S/. 65.00	S/. 99.00	S/. 119.00
De 36 a 40 años	S/. 44.00	S/. 72.00	S/. 109.00	S/. 133.00
De 41 a 45 años	S/. 55.00	S/. 89.00	S/. 135.00	S/. 164.00
De 46 a 50 años	S/. 64.00	S/. 98.00	S/. 155.00	S/. 192.00
De 51 a 55 años	S/. 82.00	S/. 131.00	S/. 202.00	S/. 249.00
De 56 a 60 años	S/. 122.00	S/. 184.00	S/. 301.00	S/. 348.00
De 61 a 65 años	S/. 212.00	S/. 322.00	S/. 513.00	S/. 552.00
De 66 años a más *	S/. 308.00	S/. 465.00	S/. 738.00	S/. 877.00

### **CIRUGÍAS Y/O TRATAMIENTOS CON PERIODO DE CARENCIA:**

El período de carencia para las cirugías y/o tratamientos especificados en esta cláusula es de 18 Y 24 meses, según se indica para cada caso contados a partir de la fecha de inicio del contrato, tiempo que el Afiliado debe aguardar para recibir los servicios siguientes, sean estas por enfermedades preexistentes o no:

- a) Cirugías ginecológicas en general; 24 MESES
- b) Cirugías a las mamas en general; 18 MESES
- c) Cirugías de amígdalas o adenoides, sinusitis, cornetes y septum nasal; 18 MESES
- d) Cirugías de hernias de cualquier tipo; 24 MESES
- e) Cirugías artroscópicas o recambios articulares parciales o totales, sean por accidente o enfermedad, 24 MESES
- f) Cirugías por vesícula biliar o de vías biliares; 24 MESES
- g) Neurocirugías por aneurismas, malformaciones arteriovenosas y otros en general; 18 MESES
- h) Cirugías de próstata; 18 MESES
- i) Cirugías oculares o de la vista; 18 MESES
- j) Cirugías cardiacas y/o vasculares de cualquier tipo con o sin stents; 18 MESES
- k) Cirugías por hemorroides o fistulas; 18 MESES
- l) Cirugías por enfermedades tiroideas; 18 MESES

- m) Cirugías abdominales por oclusión vascular de cualquier tipo; 18 MESES
- n) Cirugías a la columna vertebral de cualquier tipo; 18 MESES
- o) Cirugías y/o procedimientos terapéuticos por litiasis urinarias como: Litotricia intra o extra corpórea; 24 MESES
- p) Cateterismos vasculares con o sin colocación de stents; 18 MESES
- q) Tratamientos de rehabilitación de columna o correcciones vertebrales; 18 MESES
- r) Cirrosis hepática; 18 MESES
- s) Síndrome adherencial abdominal y/o pélvico con bridas y/o adherencias como consecuencia o no de cirugía o enfermedad inflamatoria previa al inicio del contrato. 18 MESES

De la lista anterior quedan exoneradas del período de carencia de 18 y 24 meses, las cirugías ambulatorias cuyo presupuesto no exceda de S/1,500.00 (MIL QUINIENTOS NUEVOS SOLES). Estas podrán ser cubiertas después de 30 días de iniciado el contrato y de ser preexistentes o congénitas se cubrirán al 30%. Cabe precisar que adicionalmente cuenta con un Plan de Seguro de Salud Oncológico, Plan de Salud contra Accidentes, Plan de Aseguramiento Universal de Salud-Super Sanos y un Plan de Salud contra Accidentes Estudiantiles.

### **PROGRAMA DE SALUD SEGUNDA CAPA-EJÉRCITO DEL PERÚ**

Es un programa creado por el Ejército Peruano, con la finalidad de proporcionar ayuda económica al titular sea oficial u suboficial frente a la eventualidad que sus derechohabientes; esposa hasta los 64 años de edad e hijos hasta los 28 años, debidamente inscritos en el registro de familia del EP sufran enfermedades, requieran intervenciones quirúrgicas o accidentes que requieran hospitalización de alto costo en los establecimientos médico del EP. Dicho programa es autofinanciado con el aporte facultativo y solidario en situación de actividad y retiro, que cubre gastos de hospitalización hasta por S/ 30,000.00 por núcleo familiar, ante la necesidad de cubrir el déficit o brecha entre los recursos que aporta el estado por cada efectivo EP, que ascienden al 6 % de la remuneración consolidada de cada efectivo EP y la necesidad de cobertura de salud del personal EP y sus derechohabientes.

Este tiene un periodo de carencia de 3 meses y cubre los gastos desde el internamiento hasta el alta por dicho monto, no cubre el periodo ambulatorio, pero si mientras el paciente este hospitalizado, los análisis de laboratorio, radiología,

histopatología, tomografía axial computarizada, medicinas y material médico gratuito a cargo del Fospeme y aquello que no sujeto al copago del 30%.

El programa no cubre: cirugías estéticas con fines cosméticos, prótesis dentales, ortodoncias e implantes dentales; adquisición de anteojos y cristales( lentes de contacto, intraoculares, queroplastia); suministro de muletas, aparatos y prótesis articulares completas; prótesis endovasculares, stent, cáteres, válvulas cardíacas, injertos vasculares, marcapasos cardíacos y válvulas cerebrales; gastos por tratamiento de enfermedades catastróficas como el cáncer, VIH-SIDA, Hepatitis C, esclerosis múltiple, homodiálisis, demencia senil, síndrome ansioso depresivo, osteoporosis, dislipidemia, audífonos de sordera, intento de suicidio y sus secuelas, enfermedades por uso de estupefacientes y accidentes de tránsito.

Para efectos del presente seguro, se entiende por atención médica hospitalaria de aquella que supera los siguientes montos que se presentan en el cuadro de acuerdo al grado y remuneración del personal militar.

OFICIALES	MONTOS	TCOS Y SUB.	MONTOS
GRAL.DIVISIÓN	1600	TCO.JEFE SUP	800
GRAL.BRIGADA	1400	TCO.JEFE	800
CORONEL	1200	TCO.1RA	600
TNTE CORONEL	900	TOC.2DA	600
MAYOR	800	TCO.3RA	600
CAPITÁN	600	SO.1RA	500
TENIENTE	500	SO.2DA	500
SUB TNTE	500	SO.3RA	500

Asimismo, se presenta el cuadro de aportes del personal EP el cual toma como referencia la edad del derechohabiente asegurado.

BENEFICIARIO MAYOR DE EDAD	OFICS/TCOS/SUBOFICIALES
Familiar menor de 50 años	S/ 15.00
Familiar mayor de 50 a 54 años	S/ 20.00
Familiar mayor de 55 a 59 años	S/ 25.00
Familiar mayor de 60 a 64 años	S/ 30.00
Familiar mayor de 64 años previamente inscrito	S/ 35.00

## **PROGRAMA SEGUNDA CAPA-FUERZA AÉREA DEL PERÚ**

Es un programa de salud mediante el cual el titular FAP asegura a su cónyuge, hijos hasta los 25 años, solteros, dependientes del titular y padres mediante un aporte voluntario y deducible de 47.5 soles en general, sin distingo de número de integrantes del núcleo familiar a ser asegurado. En el caso de los cónyuges e hijos la cobertura es inmediata y en el caso de padres está sujeto a un periodo de carencia de 3 meses. Da derecho a la cobertura a servicios médicos y paramédicos; servicios hospitalarios; servicios odontoestomatológicos; servicios farmacéuticos, los mismos que estarán sujetos al Petitorio FAP vigente; transporte por evacuación en casos de emergencia; el mismo que se realizará por prescripción médica y cubrirá los gastos por movilidad hacia el centro médico FAP o nosocomio autorizado. No se incluye acompañante, excepto si el afiliado es menor de 14 (catorce) años, en que se reconocerá un acompañante.

Este programa de salud tiene sustento legal en el Decreto Legislativo nro 1173 y surgió como necesidad de cubrir la brecha o déficit existente entre los recursos provenientes del 6% de la remuneración consolidada de cada efectivo FAP que el estado aporta versus la necesidad de cobertura de salud del personal FAP y sus derechohabientes.

Asimismo, está sujeto a las siguientes exclusiones: tratamientos para adicciones, tratamiento de cura de sueño y reposo; cirugía plástica y/o estética con fines cosméticos o para embellecimiento, así como tratamientos u operaciones por obesidad o pérdida de peso con fines estéticos; gastos por tratamiento de carácter odontológico en ortodoncia, estética como los frenillos, prognatismo, prótesis e implantes dentales; operaciones y/o tratamientos que tiendan a corregir defectos de la visión tales como queratotomía o queratoplastia, anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y gastos ocasionados a ellos; tratamiento de fertilización o inseminación artificial, esterilidad o implantación de embriones in vitro, o cambio de sexo; intento de suicidio y sus secuelas, así como lesiones causadas por sí mismo; enfermedades y/o accidentes que se originen a consecuencia del uso de tóxicos, estupefacientes o consumo de alcohol; accidentes y secuelas como consecuencia de prácticas deportivas de alto riesgo (motocross, carrera de autos, aviación deportiva, caza submarina, paracaidismo y otros); tratamiento podiátrico o quiropráctico incluyendo cuidado de los pies con helomas, pies planos, arcos débiles, pies débiles y soportes para zapatos de cualquier tipo; tratamientos de disfunción sexual; tratamientos y/o cirugías no reconocidas por el Colegio Médico, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales, o no considerados médicamente necesarios, adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Farmacológico FAP vigente; reembolsos y/o reintegros

por atenciones médico-quirúrgicas efectuadas en Centros Médicos Extra FAP, sin autorización del Director del Hospital Central FAP para las áreas de Lima y Callao y de los Jefes de Departamentos de Sanidad de las Unidades fuera de Lima, previo visto bueno de sus Comandos y la aprobación del FOSFAP, excepto en los lugares donde no existe dependencia de sanidad FAP; tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el síndrome completo relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas o relacionadas con el virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad conocida como “Sarcoma de Kaposi”; embarazo, parto, abortos y/o complicaciones en familiares afiliados al FOSFAP diferentes a la cónyuge; gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos y gastos por transfusiones de los mismos. No se cubre plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre, tratamiento para trasplante de órganos, adquisición o indemnización por ellos, cuidado de enfermeras particulares, traslado en ambulancia de pacientes en casos no considerados urgentes o de emergencia, chequeos médicos o tratamientos experimentales y los gastos ocasionados para Aparatos auditivos, audífonos, prótesis o implantes para sordera, gastos por el tratamiento de problemas de la mandíbula, incluyendo el síndrome temporo mandibular, cráneo mandibular, desordenes u otras alteraciones relacionadas con la unión de la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura, aun cuando sean estos como consecuencia de un accidente, tratamiento por radiocirugía y/o embolizaciones; alopecia androgénica y otras pérdidas de cabello, medicina Alternativa y/o Complementaria, estudios y/o pruebas genéticas, enfermedades y secuelas de accidentes contraídos antes de la entrada en vigor del derecho de recibir las prestaciones o durante el periodo de carencia de 3 meses para los padres, aparatos ortopédicos, prótesis quirúrgicas y no quirúrgicas de miembros superiores e inferiores completos; suministro de muletas, sillas de ruedas; en los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico; productos de higiene y uso personal, productos cosméticos, productos dermatocósméticos y bloqueadores solares (foto protectores) para fines preventivos y/o estéticos salvo justificación del médico especialista dermatólogo y aprobación del comité farmacológico, así como los pañales que solo se cubrirán durante la hospitalización; compra o alquiler de equipos médicos, tales como: glucómetro, termómetro, tensiómetro, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, equipos ambulatorios para rehabilitación en el domicilio del paciente,

así como equipos mecánicos y electrónicos; gastos derivados de tratamientos de enfermedades congénitas.

Asimismo, se presenta cuadros en donde se puede apreciar la cobertura de este programa segunda capa y sus deducibles.

### COBERTURA PARA CÓNYUGE E HIJOS

Parentesco	Cobertura Inicial	Deducible por hospitalización y exámenes ambulatorios	Deducible por atención de fármacos y conexos(ambulatorio)	Cobertura adicional	Deducible por hospitalización y exámenes ambulatorios	Deducible por atención de fármacos y conexos	Cobertura total	Si excede la cobertura titular paga
Cónyuge	20000	10%	30%	20000	15%	45%	40000	100% al contado
Hijo (1)	20000			20000			40000	
Hijo (2)	20000			20000			40000	
Hijo (x)	20000			20000			40000	

### COBERTURA PARA PADRES AFILIADOS

Parentesco	Cobertura	Deducible por hospitalización y exámenes ambulatorios	Deducible por atención de fármacos y conexos(ambulatorio)	Cobertura Adicional	Deducible por hospitalización y exámenes ambulatorios	Deducible por atención de fármacos y conexos(ambulatorio)	Cobertura total	Si excede la cobertura el titular paga
Padre Madre	15000	10%	30%	15000	15%	45%	30000	100% al contado

### PROGRAMA SEGUNDA CAPA-MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

Este plan de salud contempla un aporte que facilita el pago de los gastos que se producen por las atenciones médicas y/o quirúrgicas de las enfermedades, dolencias y/o accidentes de los derechohabientes del personal naval en actividad, disponibilidad o retiro con derecho a pensión, cuyos tratamientos representen altos costos en atenciones médicas y/o quirúrgicas, es decir que sobrepasen los S/ 1,500.00, serán cubiertos por los aportes facultativos y voluntarios del titular hasta por un monto máximo de VEINTICINCO MIL 00/100 SOLES (S/ 25,000.00) del Plan. El aporte por familia será de NUEVE CON 00/100 SOLES(S/9.00), pudiendo ser modificado previo estudio matemático actuarial, y dicho monto máximo de cobertura será contabilizado individualmente para cada afiliado, cada doce meses, por enfermedad o evento.

Este programa de salud surgió ante la necesidad de cubrir el déficit o brecha existente entre los recursos provenientes del 6% de la remuneración consolidada de cada efectivo AP que el Estado aporta frente a las necesidades de salud de sus derechohabientes.

Este plan cubrirá los gastos por tratamiento de las enfermedades crónicas que sean diagnosticadas después del periodo de carencia, las mismas que no estén relacionadas con enfermedades crónicas preexistentes. La carencia es de 90 días o después de los 3 primeros meses de aporte del titular, se cubrirán todos los servicios médicos previstos en el

Reglamento de Prestaciones de Salud de la Marina de Guerra (PRESAMAR 13203). La desafiliación no origina la devolución de aportes.

Este plan contempla las siguientes exclusiones: enfermedades preexistentes, medicamentos fuera del petitorio farmacológico naval, cirugía estética o plástica con fines cosméticos; prótesis dentales, ortodoncias e implante dental, no se cubre tratamientos odontológicos y/o cirugía maxilofacial fuera de la red de salud naval, adquisición de anteojos y cristales; prótesis, suministro de muletas, aparatos ortopédicos; prótesis ortopédicas externas y prótesis articulares completas; válvulas cardíacas, injertos vasculares y marcapasos cardíacos, audífonos para hipacusia; intento de suicidio y sus secuelas; enfermedades y/o accidentes a consecuencia del uso de estupefacientes o alcohol; accidentes como consecuencia de prácticas deportivas de alto riesgo; accidentes cubiertos por el SOAT; diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías por esterilización, fertilización parto infertilidad primaria como secundaria, anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo; cualquier trastorno causado por medicamentos o fármacos sin prescripción médica; costos de atención por aborto provocado o intento de aborto no terapéutico; gastos por concepto de sangre y/o derivados y exámenes a donantes; gastos fuera del territorio nacional; tratamientos y/o quirúrgicos efectos en centros médicos extrainstitucionales sin autorización de la IAFA; gastos por cáncer, VIH-SIDA; no se cubre tratamiento médicos considerados no necesarios según la AHRQ; todo fármaco, equipo, insumo o procedimiento médico de reciente implementación o nueva tecnología sin sustento científico sobre su beneficio clínico relevante frente a los fármacos, insumos, implantes o material no aprobado por la FDA; gastos para chequeo médico o despistaje de enfermedades de persona sana, tampoco gastos para obtención de licencias, trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje no ocasionados por traumatismos, neoplasias, accidentes cerebro vasculares, enfermedad neurológica y cuya cobertura haya sido previamente aceptada por la IAFA.

## **Modelos de Gestión Policial Latinoamericano**

### **CARABINEROS DE CHILE**

El sistema de salud de Carabineros de Chile es cerrado, es decir, el personal de planta de la institución por ley está obligado de pertenecer a él a diferencia del resto de los empleados públicos o privados del país que pueden elegir libremente su sistema de salud con las diferentes instituciones prestadoras de salud que existen en el mercado con coberturas a elección de acuerdo al aporte que realice.

El organismo que cumple esta función de proveer las necesidades de salud del Personal de Carabineros es la Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA), que es un organismo del estado y a él también pertenecen el personal de la Policía de Investigaciones, Gendarmería y los jubilados de estas mismas instituciones. La cantidad total de beneficiarios de este sistema de salud son 260.000 personas.

La Dirección de Previsión de Carabineros cumple la función de administrar los fondos tanto para el sistema de pensiones y de salud, para el primer caso el aporte que realiza el personal de las 3 instituciones es de un 5,95% de su sueldo imponible y para salud un 2,55% adicional, el aporte total correspondiente a ambos conceptos es de un 8,5%

El sistema de salud de Dipreca se basa en el principio de solidaridad en cuanto a las coberturas, es decir, los titulares aportan unos 2,5% de su sueldo imponible por tanto aquellos que tienen una más alta remuneración realizan una mayor contribución al sistema para una cobertura estándar si el funcionario tiene una o más cargas no realiza un aporte adicional.

Este principio se basa en que cuando un titular tiene menos años de servicio y grado su sueldo también es menor lo que lleva consigo que la probabilidad de uso de los servicios de salud también sea menor y, por el contrario, a mayor edad las demandas de salud son mayores y el aporte es superior.

Asimismo, el personal jubilado de estas 3 instituciones sigue perteneciendo al sistema de salud con el mismo porcentaje de aporte que realiza el personal activo.

Sobre la base de los ingresos económicos que recibe Dipreca para cubrir las demandas de salud de la población beneficiaria, la cobertura por prestaciones de salud es de un 50% de un arancel Fonasa Nivel 1, valor que corresponde a una prestación que se aplica a los hospitales públicos subvencionados por el estado y que cuando se compara con una atención médica en establecimientos de salud privados es como promedio un 50% menor.

Debido a que el aporte que realiza Dipreca es muy bajo y solo cubre un porcentaje de la prestación, tanto el personal activo como pasivo tienen la opción de contar con un “Seguro Complementario de Salud” cuyo valor en la actualidad es de \$ 15.000 por cada carga es decir si un funcionario tiene incorporado en el sistema a su esposa y 1 hijo, entonces pagará \$ 45.000 en total. Este seguro cubre el 40% de la prestación y existe un copago de un 10% por parte del paciente.

La Dirección de Previsión de Carabineros, para proveer las prestaciones de salud de la población beneficiaria cuenta con instituciones de salud prestadoras preferentes que son el Hospital de Carabineros y su Red de Salud a nivel nacional y el Hospital de la Dirección de Previsión. Para aquellas atenciones médicas que por diferentes causas no son proveídas por estos establecimientos, entonces Dipreca mantiene convenios con entidades públicas y privadas de salud las cuales tienen aranceles muy superiores a los prestadores preferenciales lo que implica un mayor copago para el beneficiario.

Los hospitales de Carabineros y de la Dirección de Previsión de Carabineros, aplican un arancel Fonasa Nivel 2, para aquellas prestaciones médicas que entregan a los beneficiarios del sistema de salud por su parte Dipreca y el Seguro Complementario de Salud también cubren en un 50% y 40% respectivamente este mismo arancel, valor que no obstante ser mayor a un Fonasa Nivel 1 que se cubre en el extra sistema, es notoriamente inferior al compararlo con los fijados en los establecimientos de salud privados.

El Hospital de Carabineros y su Red de Salud, es administrado por Carabineros de Chile y tiene la categoría de Alta Repartición a cargo de un General. Su financiamiento es a través de aportes adicionales que realiza el personal activo de Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones y Gendarmería de Chile correspondiente a 1,5% de su sueldo imponible más otro 1,5% que aporta el empleador por cada funcionario. Estos ingresos se destinan principalmente a la construcción, operación y mantenimiento de las instalaciones del hospital y red de salud, no se pueden destinar a la contratación de personal.

El Hospital de Dipreca al igual que el Hospital de Carabineros, que aplica a los beneficiarios un arancel Fonasa Nivel 2. Para financiar su funcionamiento, el personal activo de las 3 instituciones aporta un 1% de su sueldo imponible y los jubilados y montepiados un 2%

El personal en servicio activo de las 3 instituciones, recibe un aporte por parte del empleador de un monto correspondiente al 1,5% de su sueldo imponible destinado para la medicina preventiva que es administrado por Dipreca, con esto se financia principalmente un examen médico anual para la totalidad de los funcionarios activos y los excedentes se

destinan a financiar el funcionamiento del Hospital de la Dirección de Previsión de Carabineros.

## **POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**

Conforme lo define la Resolución Nro 038 del 01FEB 2019 de la Dirección General de la Policía Colombiana que actualiza la regionalización operativa y funcional de los establecimientos de salud, el portafolio de los servicios de salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, se define al sistema de salud, como el conjunto de recursos, insumos, procesos y procedimientos organizados y autorizados con el objeto de prevenir las enfermedades, promover, mantener y recuperar la salud de las personas. Todos los servicios que se presten en un establecimiento de sanidad policial deben estar autorizados por la Dirección de Sanidad, independientemente de la modalidad de contratación.

La Dirección de Sanidad es la dependencia de la Policía Nacional de Colombia, encargada de administrar el Subsistema de Salud e implementar las políticas que emita el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Se encuentra adscrita al Ministerio de Defensa Nacional, pero mantiene relaciones de coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud. Sus beneficiarios o clientes como los denominan son: el personal activo, sean afiliados o beneficiarios, personal en situación de retiro con derecho y la comunidad en general en lo que se refiere a la prestación de servicios de urgencia vital.

Esta dependencia recibe recursos económicos a través del proceso Direccionamiento Estratégico, para lo cual el último trimestre de cada año, se formula el Plan Anual de Adquisiciones de la Dirección de Sanidad, documento que se elabora con la participación del Área de Gestión de Servicios de Salud, Área Administrativa y Financiera, Oficina de Telemática, Garantía de Calidad y Atención al Usuario y Planeación. Asimismo, el Área de Gestión de Servicios de Salud, suministra el número de usuarios con corte a noviembre, discriminados por titulares, beneficiarios y no cotizantes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional de Colombia.

Para efectos, de poder determinar el presupuesto de la Dirección de Sanidad, se toma en cuenta, el Presupuesto Per cápita Sector Defensa(PPCD) que es equivalente de la unidad de pago de capitación o proyectado(UPC) Sistema General de Salud más el 20%, la cual determinará por cada zona geográfica de Colombia; número de usuarios de la unidad de sanidad policial(USP), estructura de costo por grupo etario; Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional(ATEP) 2% personal activo; Partida de promoción y prevención;

Cuota con destinación específica a las Unidades Prestadoras de Salud(UPS) para atender exámenes de laboratorio, valoración médicas-odontológicas, entrevistas, psicológicas y adquisición de pruebas rápidas de detección cualitativa de drogas múltiples y metabólicas para los aspirantes a ingresar a la PNC.

#### **1.4. De tipo primario**

##### **1.4.1 Encuesta al personal beneficiario del sistema de salud PNP.**

Este instrumento de recolección de datos fue aplicado al personal policial de Lima y Cañete beneficiario del sistema de salud de la Policía Nacional del Perú, en un número de 141 efectivos, seleccionados de manera aleatoria y contando evidentemente con su consentimiento, quienes de manera voluntaria absolvieron las preguntas de dicho instrumento. (Ver Anexos)

##### **1.4.2. Método.**

El análisis fue ejecutado bajo el enfoque cuantitativo el cual sigue los procedimientos del método hipotético deductivo, dado que se recurrió al conteo de datos, así como procesos estadísticos a fin de dar respuesta a la inquietud vinculada al problema que motivó el presente análisis. Asimismo, se trató de un análisis de tipo descriptivo – comparativo, dado que se pretendió conocer el comportamiento de la percepción que tiene el personal policial respecto a la satisfacción del servicio de salud, además, se realizaron comparaciones según características personales. Finalmente, fue un análisis no experimental, dado que no se realizó manipulación deliberada de variables para ver efectos en otras.

##### **1.4.3. Variables**

En la literatura científica podemos encontrar numerosas variables para medir la calidad de servicio de salud. Para elegir las variables aplicables al tema de investigación, se tomó como referencia los artículos científicos de Melo, González, Verástegui, & Rodríguez, (2015), Heredia, (2015) y RM García (2015). Para la elección de variables determinantes de la Calidad del servicio de Salud, para el caso de prestación de la Sanidad PNP, se recurrió al apoyo del juicio de expertos conformado por los siguientes; coronel PNP Óscar Castillo Mendivis, quien se desempeñó como jefe de administración de la Unidad Ejecutora 020 Sanidad PNP el año 2017-2018, coronel S PNP Néstor Jesús Carpio Fuentes, quien se desempeñó como jefe de administración del Hospital PNP Augusto B. Leguía el año 2013-

2014, al coronel PNP Psicólogo Guillermo Mogollón Urbina, quien laboró en el Hospital Central PNP por espacio de 5 años y es asesor de proyectos de tesis y trabajos de investigación de la Escuela de Posgrado PNP y de la Escuela de Inteligencia de la Dirección General de Inteligencia del Ministerio del Interior, a la Comandante S PNP María del Rosario Soto Caminara, docente asociada y asesora de tesis en investigación de temas de salud de la Universidad Cayetano Heredia y al Psicólogo Víctor Eduardo Candela Ayllón, Analista en procesamiento de Datos-SPSS Investigación Científica, docente de estadística de la escuela de posgrado de la Universidad Federico Villareal, Universidad San Martín de Porres y de la Escuela de Inteligencia de la Dirección Nacional de Inteligencia(ESIN-DINI). El conjunto de expertos, considerando los informes oficiales que sostienen nuestro planteamiento del problema, permiten validar las 6 variables que serían determinantes para medir la calidad de la prestación de servicio de salud en la PNP.

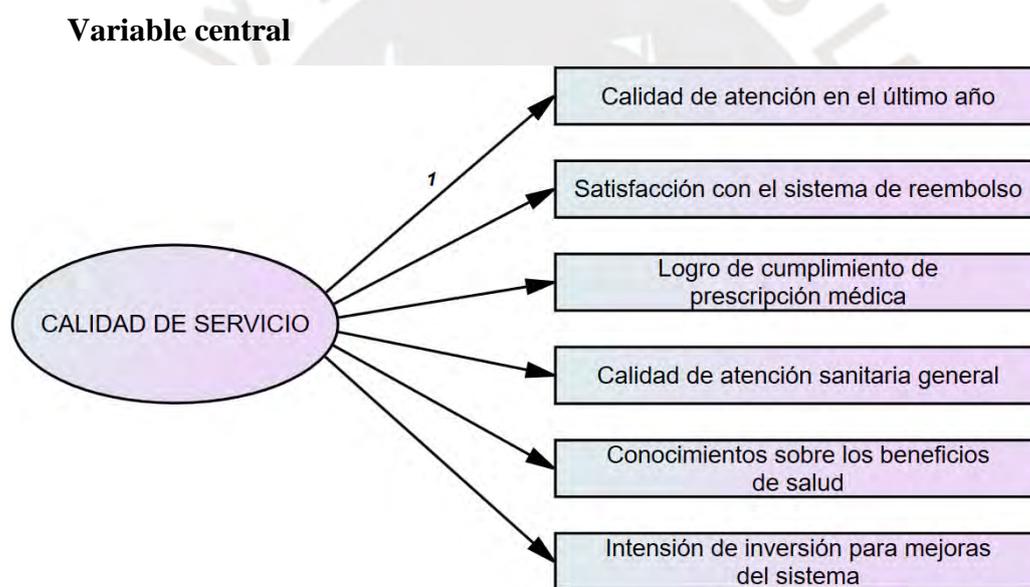


Gráfico 1: *Indicadores para Calidad del Servicio*

Fuente: Elaboración propia tomando referencia (Heredia, F. Á. (2015) Melo, González, Verástegui, & Rodríguez, (2015) y apoyo de los expertos referidos.

Una vez determinado las 6 variables determinantes. La información se conjuga con el *know how*<sup>3</sup> de los expertos citados, con la que se elabora la encuesta como instrumento de medición fiable y fidedigno y, por tanto, las preguntas se elaboraron apoyándose en la metodología de Lluvia de Ideas y Juicio de expertos.

Para identificar las causas fundamentales que afectan a la calidad de atención de salud en la PNP, se realiza un trabajo de gabinete con el equipo de expertos, donde se define cuatro causas que pueden revertir la tendencia de las 6 variables consideradas para la fundamentación del problema de nuestro trabajo de investigación.

#### **1.4.4. Población.**

Está conformada por 141 efectivos policiales de Lima y Cañete. Siendo seleccionados de manera no probabilística por conveniencia.

#### **1.4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Se empleó un cuestionario Ad Hoc (ANEXO 1), está estructurado con 23 ítems entre los que se encuentran anclajes cerrados y respuestas abiertas, distribuidos en seis dimensiones orientadas a medir la calidad de atención en el último año, la satisfacción con el sistema de reembolso, el logro de cumplimientos de prescripción médica, la calidad de atención sanitaria en general, conocimientos sobre los beneficios de salud y la intención de inversión para mejoras del sistema, sustentado en el *know how* de expertos antes citados y la decisión del investigador.

#### **Validez**

Fue determinada según la validez de contenido mediante el juicio de 10 expertos en el tema, cuyas respuestas fueron estudiadas mediante la V de Aiken, obteniendo valoraciones que favorecen a la validez del instrumento.

#### **Confiabilidad**

Se determinó mediante el análisis de consistencia interna a través del cálculo del coeficiente del alfa de Cronbach, obteniendo valoraciones oscilantes de 0.758 a 0.883.

---

<sup>3</sup> Conjunto de conocimientos técnicos y administrativos que son imprescindibles para llevar a cabo un proceso comercial y que no están protegidos por una patente.

Coefficientes que categóricamente indican que el instrumento presenta una alta consistencia, por lo tanto, es fiable.

#### 1.4.6. Resultados.

*Tabla 16*

Características de la muestra correspondiente a los efectivos policiales de Cañete.

Variable	Categoría	F	%
Grado policial	Mayor	27	19,1
	Capitán	12	8,5
	Alférez	24	17.0
	Teniente	9	6.4
	Sub Oficial Superior	15	10.6
	Sub Oficial (1era, 2da, 3ra)	39	27.7
	Sub Oficial Técnico	15	10.6
Edad	Hasta 25	27	19.1
	26 a 35	51	36.2
	36 a 50	36	25.5
	51 a más	27	19.1
Tiempo de servicio en la PNP	De 1 a 2 años	27	19.1
	De 3 a 10 años	31	22.0
	De 11 a 20 años	68	48.2
	De 21 a más	15	10.6

En la tabla 1 se presentan los resultados descriptivos de la muestra correspondiente a los efectivos policiales evaluados en el presente estudio.

#### **Calidad de atención en el último año**

En este apartado se presentan los resultados sobre la calidad de atención percibida por los efectivos policiales en lo que va del año 2019. Durante el presente año, más de la mitad de los efectivos policiales de Cañete han recibido atención médica Hospital Central de la Policía Nacional del Perú (51.1%). En la tabla dos se presentan los resultados de las frecuencias según las atenciones por especialidades (ver tabla 2)

*Tabla 17*

Análisis descriptivo de los efectivos policiales que se atendieron hasta el mes de abril de 2019, según especialidad.

		Especialidad	F	%	% Sólo atendido
Personal atendido hasta abril de 2019		Traumatología	15	10.6	20.8
		Pediatría	12	8.5	16.7
		Medicina general	27	19.1	37.5
		Otros	18	12.8	25.0
		Total	72	51.1	100.0
Personal no atendido en 2019			69	48.9	
		Total	141	100.0	

Poco más de la mitad de los efectivos policiales hicieron uso de los servicios del HCPNP (51.1%); de estos, el 37.5% se atendió en la especialidad de medicina general, siendo esta la que presenta mayor proporción respecto las otras especialidades. (Ver figura 1)

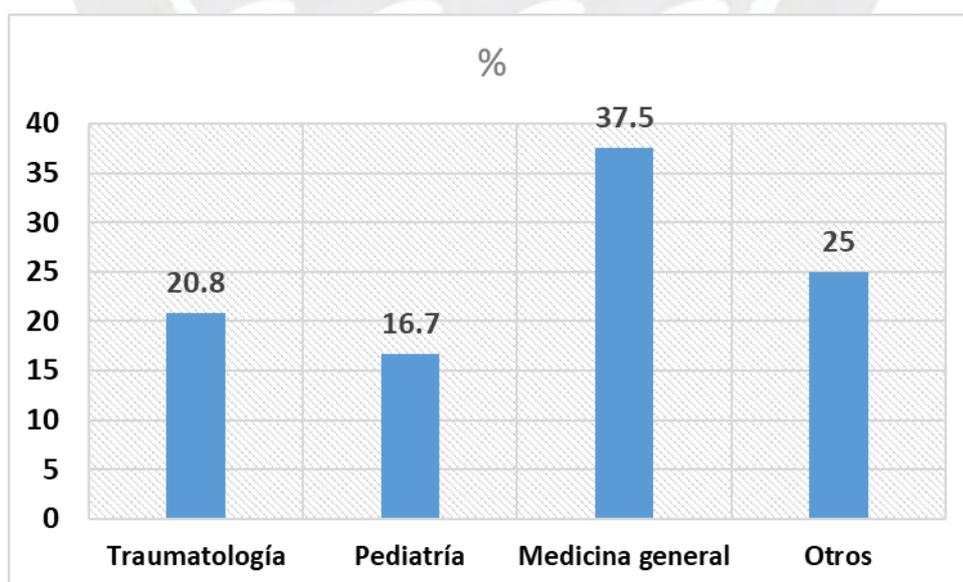


Figura 14.

**Representación** gráfica del análisis descriptivo de los efectivos policiales que se atendieron hasta el mes de abril de 2019, según especialidad.

Tabla 18

Niveles de calidad de atención en el último año

		Nivel	f	%	% Sólo atendidos
Personal atendido hasta abril de 2019	Bajo	27	19.1	37.5	
	Medio	30	21.3	41.7	
	Alto	15	10.6	20.8	
	Total	72	51.1	100.0	
Personal no atendido en 2019			69	48.9	
Total			141	100	

En general, los niveles de calidad de atención percibidos por los efectivos policiales que hicieron uso de los servicios del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú se muestran de tal manera que dos de cada cinco efectivos tienden a percibir un nivel medio, una cantidad similar tiende a percibir nivel bajo de calidad de atención.

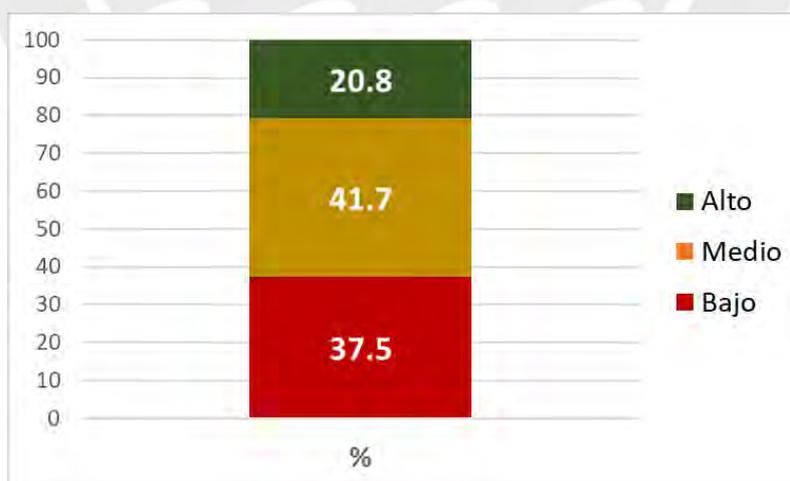


Figura 15.

Representación gráfica de los niveles de calidad de atención en el último año.

Tabla 19

Análisis Descriptivo de los indicadores de calidad de atención en el último año

	No		Regular		Sí	
	f	%	F	%	F	%
Interés por parte del personal auxiliar	24	17.0	39	27.7	9	6.4
Interés por parte de la enfermera	21	14.9	42	29.8	9	6.4
Tiempo de escucha por parte del médico	12	8.5	30	21.3	30	21.3
Interés del médico en solucionar problema de salud	24	17.0	30	21.3	18	12.8
Disponibilidad del medicamento en farmacia	36	25.5	33	23.4	9	2.1

Las principales dificultades que muestra la calidad de atención hasta el mes de abril de 2019, radican principalmente en la disponibilidad de medicamentos en farmacia ya que uno de cada cuatro efectivos policiales tiende a expresar su incomodidad con esto; además, cerca de uno de cada cinco efectivos no perciben que el personal auxiliar muestre interés para la debida atención.

En la figura 3 se presenta las principales debilidades que muestra la calidad del servicio que el HCPNP brinda a los efectivos policiales y/o familia de los mismos que hacen uso de los servicios.

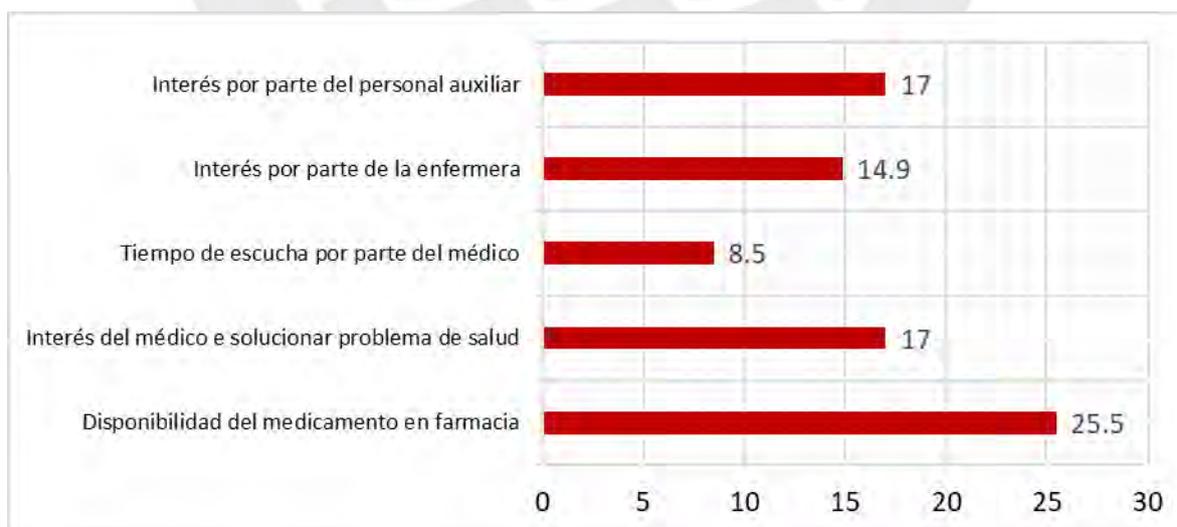


Figura 16.

Representación gráfica de las respuestas negativas por parte de los efectivos policiales respecto a la calidad de atención hasta el mes de abril de 2019.

## Satisfacción con el sistema de reembolso

Tabla 20

Motivos por los que los efectivos policiales no solicitan reembolso por gastos de medicamentos o atenciones fuera del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú

	f	%	% del total que no hace trámites de reembolso
Trámites Engorrosos	30	21.3	27.8
Excesiva cantidad de tiempo	18	12.8	16.7
Nunca se dio el motivo	24	17.0	22.2
Otros motivos	21	14.9	19.4
No comenta	15	10.6	13.9
Total de personas que no solicitan	108	76.6	100.0
<			
Personas que sí solicitan	33	23.4	
Total	141	100	

A pesar de que los efectivos policiales tienen conocimiento de que existe este sistema, el 76.6% no suele hacer uso de este derecho, puesto que, de este total, tres de cada diez efectivos consideran que los trámites son engorrosos; que puede ir de la mano con las manifestaciones de los efectivos que señalan que optar por este proceso toma una cantidad significativa de tiempo considerado perdido (16.7%).

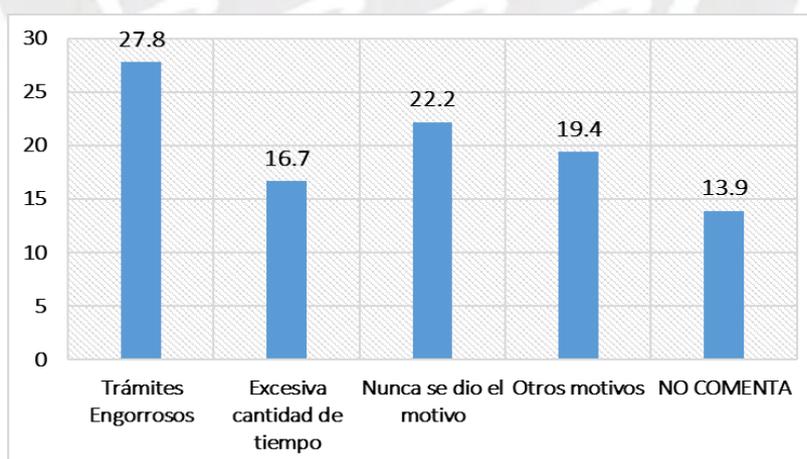


Figura 17.

*Representación gráfica de Motivos por los que los efectivos policiales no solicitan reembolso por gastos de medicamentos o atenciones fuera del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú.*

Tabla 21

Percepción de acuerdo respecto al sistema de reembolso

Solicitan reembolso	F	%
De acuerdo	39	27.7
En desacuerdo	102	72.3
Total	141	100

Sobre lo expuesto, en la tabla 5, se les preguntó a los efectivos si está o no de acuerdo con la existencia de este sistema, cuyas respuestas manifestadas indican que siete de cada diez efectivos expresan su rechazo.

### Logro de cumplimiento con la prescripción médica

Tabla 22

Niveles de Logro de cumplimiento con la prescripción médica

Nivel	f	%
Bajo	96	68.1
Medio	36	25.5
Alto	9	6.4
Total	141	100.0

Siete de cada diez efectivos policiales, tienden a no alcanzar cumplir con las prescripciones e indicaciones de tratamiento dadas por los médicos. (Ver figura 5)

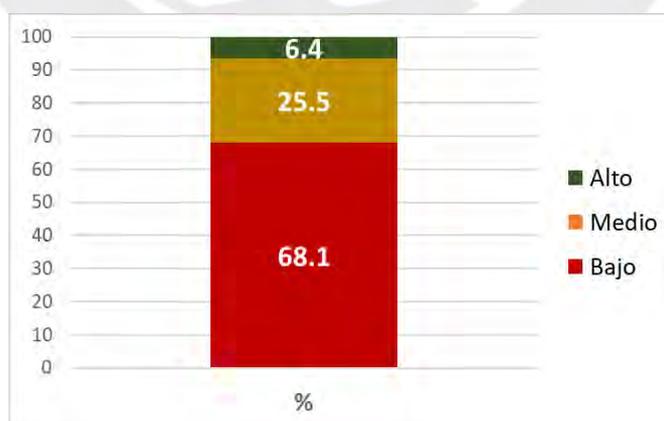


Figura 18.

Representación gráfica de Niveles de Logro de cumplimiento con la prescripción médica.

Tabla 23

Análisis descriptivo de los indicadores de Logro de cumplimiento con la prescripción médica

	No		Regular		Sí	
	f	%	F	%	F	%
Atención de imaginología y radiodiagnóstico cuando lo indicó el médico.	123	87.2	0	0.0	18	12.8
Realización de exámenes de laboratorio prescritos por médicos	69	48.9	54	38.3	18	12.8
Exámenes médicos fuera del Hospital	9	6.4	9	6.4	123	87.2

Casi la totalidad de los efectivos policiales no logra llevar a cabo las indicaciones del médico tales como la imaginología y radiodiagnóstico, por lo que una proporción similar tiende a recurrir a servicios fuera del HCPNP. (Ver figura 6)

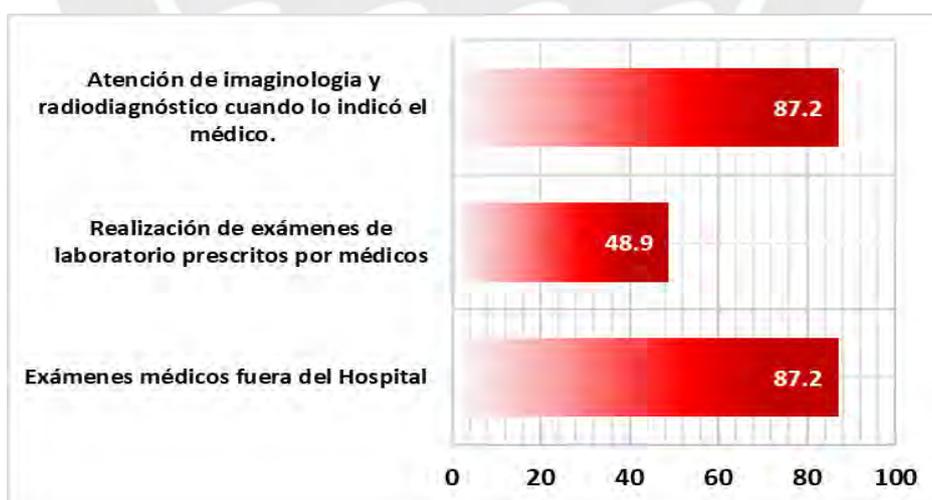


Figura 19.

*Representación gráfica del Análisis descriptivo de los indicadores de logro de los exámenes prescritos por los médicos.*

## Calidad de atención sanitaria general

Tabla 24

Niveles de Calidad de atención sanitaria general

Nivel	f	%
Bajo	50	35.5
Medio	76	53.9
Alto	15	10.6
Total	141	100.0

En general, los efectivos policiales tienden a percibir la calidad del servicio sanitario en nivel medio, además, la tercera parte del total de efectivos evaluados, lo percibe en un nivel bajo. (Figura 7)

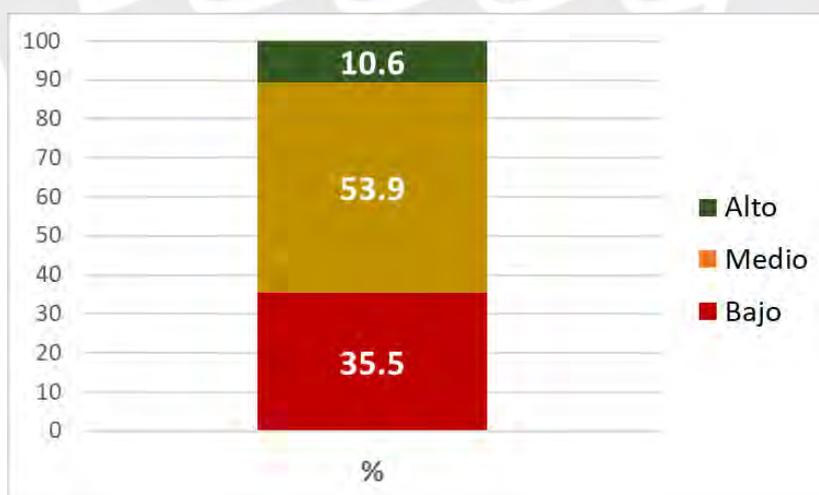


Figura 20.

Representación gráfica de los Niveles de Calidad de atención sanitaria general.

Tabla 25

Percepción general sobre el trato que reciben del personal médico.

Nivel	f	%
Muy Malo	27	19.1
Malo	24	17.0
Regular	66	46.8
Bueno	21	14.9
Muy Bueno	3	2.1
Total	141	100.0

De manera específica, se les preguntó a los efectivos sobre el trato interpersonal que mostraban los colaboradores del HCPNP, a lo que el 36.1% se muestra insatisfecho y cerca de la mitad solo tienden a categorizar el trato en un nivel regular (46.8%)

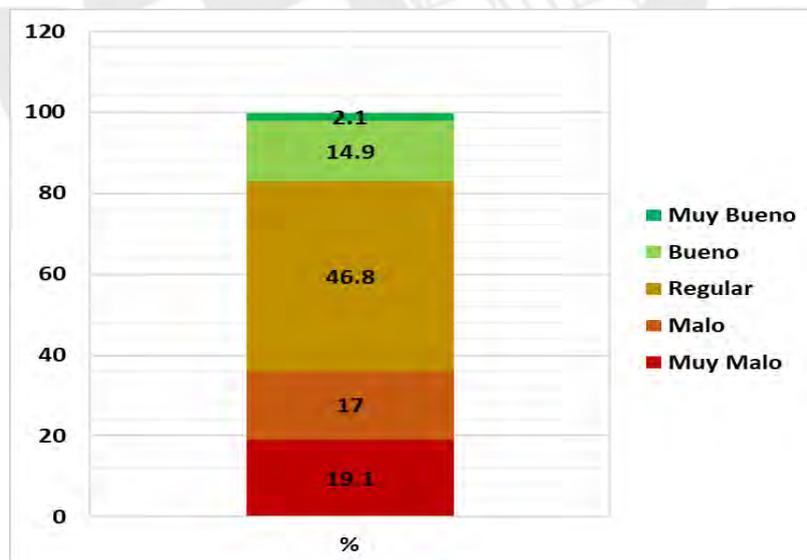


Figura 21.

Representación gráfica de la Percepción general sobre el trato que reciben del personal médico.

Tabla 26

Análisis descriptivo de los indicadores de Calidad de atención sanitaria general

	No		Regular		Sí	
	f	%	F	%	F	%
Tratamiento que conllevó a la cura del problema	49	34.8	45	31.9	47	33.3
Facilidad para las citas médicas	107	75.9	--	--	34	24.1
Tiempo de espera para la atención fue corto	93	66.5	33	23.4	15	10.6
En 2018 y/o 2019 acudió a otro centro de salud	123	87.2	--	--	18	12.8

Las principales dificultades que presenta la calidad de atención sanitaria general radican en que el tratamiento que sigue el usuario no termina en la solución y cura del problema de salud puesto que nueve de cada diez usuarios lo manifestaron. Asimismo, siete de cada diez efectivos tienden a estar insatisfechos con el tiempo prolongado de espera para la atención y, en tercer lugar, una de las debilidades está en la facilidad para dar las citas.

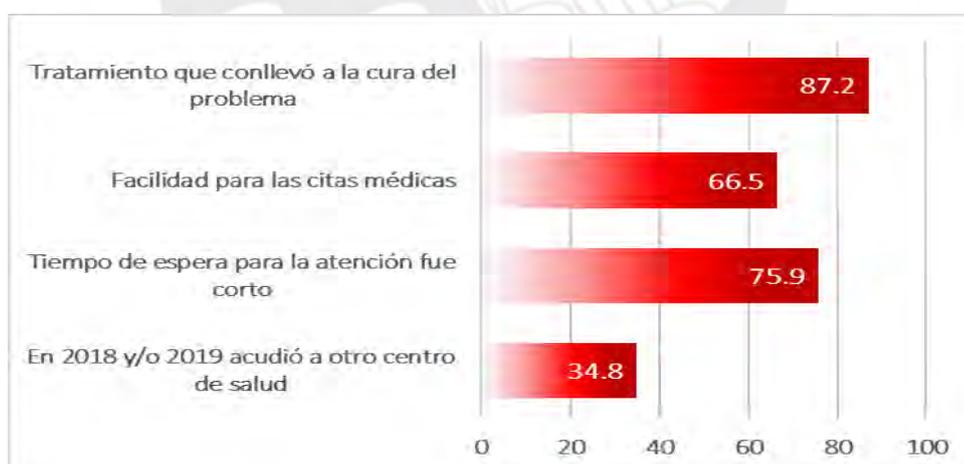


Figura 22.

Representación gráfica de Análisis descriptivo de los indicadores de Calidad de atención sanitaria general.

Tabla 27

Motivos por los que los efectivos policiales. en 2018 y/o 2019 acudió a otro centro de salud

	F	%	% Sí se atendieron fuera de la red policial de salud
En busca de una mejor atención	45	31.9	36.6
No había la especialidad requerida	36	25.5	29.3
No hay medicinas necesarias	21	14.9	17.1
Busca de atención en menor tiempo	12	8.5	9.8
Otros motivos	9	6.4	7.3
Total	123	87.2	100.0
Personas que sí acudieron al HCPNP	18	12.8	
Total	141	100	

El 87.2% de los efectivos policiales acudieron a los servicios de otras instituciones de salud durante el 2018 y/o 2019; del total de estos usuarios, la tercera parte optó por otra opción en busca de una mejor atención, además de que uno de cada tres efectivos opta por otras opciones debido a que en el HCPNP no se cuenta con la especialidad requerida.

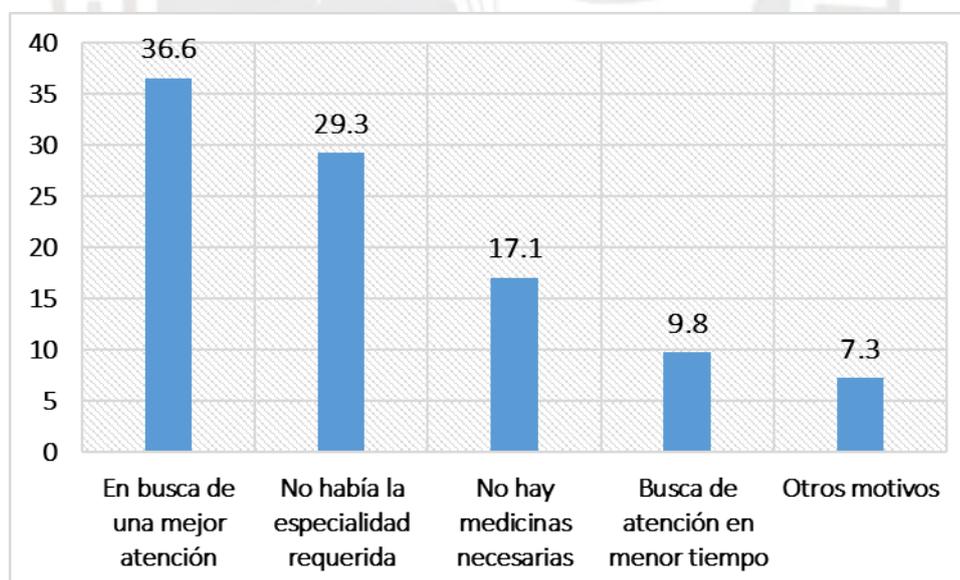


Figura 23.

Representación gráfica de Motivos por los que los efectivos policiales. en 2018 y/o 2019 acudió a otro centro de salud.

### Conocimiento sobre los beneficios de salud

Tabla 28

Niveles de Conocimiento sobre los beneficios de salud

Nivel	f	%
Bajo	24	17.0
Medio	72	51.1
Alto	45	31.9
Total	141	100.0

Uno de cada tres efectivos policiales tiende a mostrar un nivel alto de conocimientos sobre los beneficios de salud que le brinda el sistema policial. No obstante, siete de cada diez suelen presentar algún grado de desconocimiento sobre el tema; siendo crítico en el 17.0%.

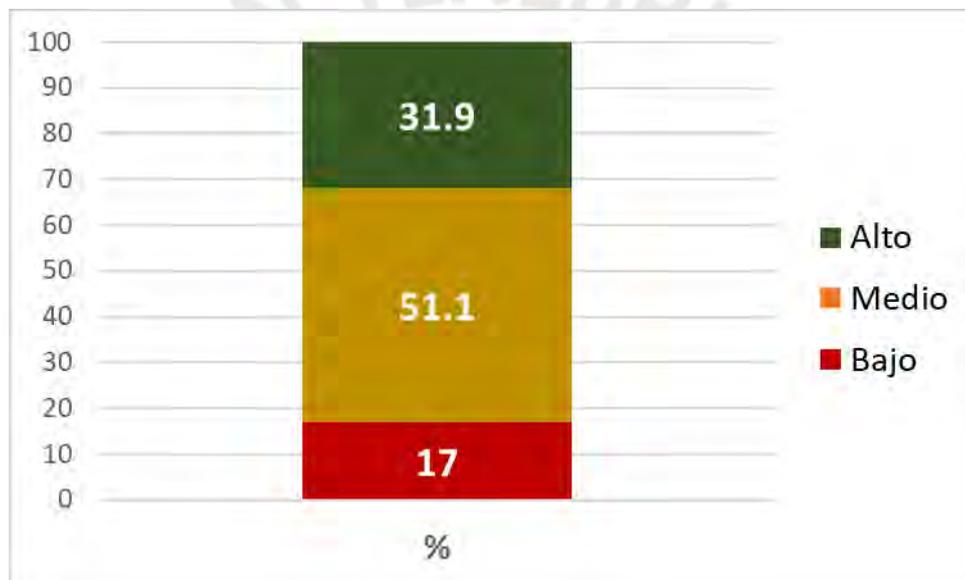


Figura 24.

Representación gráfica de los Niveles de Conocimiento sobre los beneficios de salud.

Tabla 29

Análisis descriptivo de los indicadores de Calidad de atención sanitaria general

	No		Sí	
	F	%	F	%
M1. Atención para los integrantes de las FF.AA. es solo para el titular y es administrada por una IAFA en forma similar que la PNP.	90	63.8	51	36.2
M2. El personal militar realiza aportes a su respectivo Fondo de Salud para la cobertura de esposa, hijos y padres, pero el titular conserva la atención gratuita.	81	57.4	60	42.6
M3. El estado aporta el 6% de la remuneración consolidada del personal policial para fines de salud y que dichos recursos son administrados por la IAFA – SALUDPOL	48	34.0	93	66.0
M4. FOSPOLIS fue creado en 1987 y ascendía al 6% de la remuneración del personal titular de la PNP y era para cubrir la atención integral de salud en forma exclusiva del titular.	75	53.2	66	46.8

Los principales aspectos de desconocimiento sobre los beneficios de la PNP por parte de los efectivos, radica sobre todo en el M4, seguido por una proporción similar de efectivos cuya debilidad está en el M3 y, la mitad desconoce sobre el M1.

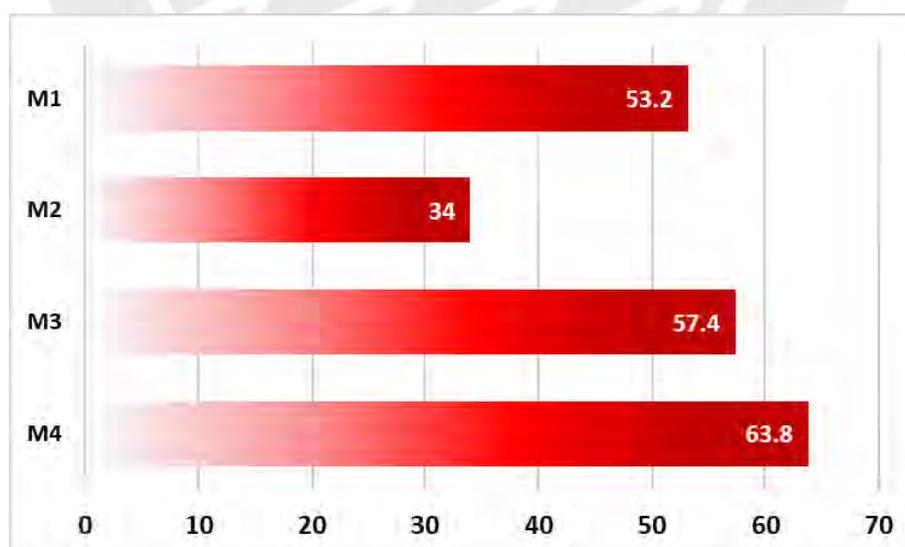


Figura 25.

Representación gráfica del Análisis descriptivo de los indicadores de Calidad de atención sanitaria general.

## Intención de inversión para mejoras del sistema de salud

Tabla 30

Intención y motivos de los efectivos policiales para invertir o no en la mejora del sistema de salud de la PNP.

		F	%
No invertirían	Desconfianza en el personal	13	22.8
	No hay necesidad; mejorar administración	21	36.8
	Exceso de burocracia	23	40.4
	Total	57	100.0
Sí invertirían	Para mejorar la atención en general	42	50.0
	Para la disponibilidad de medicamentos	21	25.0
	Para atención de los familiares	21	25.0
	Total	84	100.0

Finalmente, a los efectivos policiales se les preguntó si es que estarían dispuestos a aportar un determinado monto mensual para la atención en salud a lo que el 40.4% (57 efectivos) respondieron que no, dos de cinco efectivos sustentan que a pesar de dicha inversión no verían mejoras en el exceso de burocracia; una cantidad similar menciona que no hace falta, que solo haría falta una mejora administrativa. Por otro lado, el 59.6% (84 efectivos policiales) sí se mostraron prestos a abonar dicho monto, la mitad de ellos para mejorar precisamente la calidad de atención y, la cuarta parte para gestionar mayor capacidad de medicamentos para no tener dificultades con la disponibilidad en farmacia, además, aportarían con el fin de mejorar la calidad de vida de sus familiares.



Figura 26.

Representación gráfica de la Intención y motivos de los efectivos policiales para invertir o no en la mejora del sistema de salud de la PNP.

## Confiabilidad del Cuestionario de Calidad de servicio

Dimensión 1: Calidad de atención en el último año

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,835	5

Dimensión 2: Satisfacción con el sistema de reembolso

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,760	2

Dimensión 3: Logro de cumplimiento de prescripción médica

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,857	3

Dimensión 4: Calidad de atención sanitaria general

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,757	3

Dimensión 5: Conocimientos sobre los beneficios de salud

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,677	3

Dimensión 6: Intensión de inversión para mejoras del sistema

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,817	3

#### **1.4.7 Entrevista realizada al jefe de administración de la Dirección de Sanidad PNP.**

Se entrevistó al coronel PNP Óscar Castillo Mendivis, jefe de administración de la Unidad Ejecutora Nro 020-Dirección de Sanidad PNP, contado previamente con su consentimiento; quien es responsable de la gestión administrativa y articulación de los sistemas administrativos de planeamiento, presupuesto, tesorería y logística para el uso idóneo de los recursos públicos asignados para el funcionamiento del sistema de salud de la PNP.

Dicho oficial PNP precisó que dicha unidad ejecutora cuenta con áreas de planeamiento, presupuesto, tesorería, logística e infraestructura, afirmó que el área de planeamiento es autónoma, pero está vinculada a los procesos de dicha unidad ejecutora pero no indicó si el resto de los sistemas trabajan en forma articulada.

Confirmó que el Tarifario considera todos los procedimientos médicos que realiza la Sanidad PNP a través de sus IPRESS y que en la actualidad se cuenta con el Cuadro de Necesidades Consolidado al 2019 actualizado, considerando todos los requerimientos de las IPRESS a nivel nacional y que se han convocado a cuatro procesos para la adquisición de equipamiento, medicamentos y material biomédico, gracias a la transferencia de recursos económicos de la IAFA SALUDPOL a la Sanidad PNP por las altas tasas de tercerización de los servicios médicos e insatisfacción de los beneficiarios del sistema.

Asimismo, que se viene mejorando la articulación entre la IAFA SALUDPOL y la Sanidad PNP mediante comisiones mixtas para el empleo correcto de los recursos económicos que administra SALUDPOL y que a la fecha no se ha realizado estudio matemático actuarial sobre la sostenibilidad del fondo y la aplicación de los planes específicos y complementarios o el sistema de copago, así como los 30 millones de soles al año que la PNP le asigna a la Dirección de Sanidad resultan insuficientes para cubrir las necesidades logísticas de las (77) IPRESS y 43 tópicos así como para atender a los beneficiarios del sistema que cada día aumentan con el incremento de nuevos policías cada año.

De igual manera refirió que el convenio que regula la interacción interinstitucional entre la IAFA SALUDPOL y la Sanidad PNP adolece de muchas fallas en detrimento del óptimo funcionamiento del sistema de salud PNP, lo que ha originado a la fecha la formulación de cinco adendas al texto original aunado a la falta de capacitación constante del personal de la Sanidad PNP en la formulación de los términos de referencia y especificaciones técnicas de los servicios, bienes y obras que se requieren.

Ello nos permite colegir que las principales deficiencias que afectan un óptimo servicio de salud en beneficio del personal PNP radican en:

- Deficiente convenio existente entre la IAFA SALUDPOL y la Sanidad PNP que impide desembolsos capitados suficientes y oportunos para cubrir los costos operativos de las UGIPRESS PNP a nivel nacional.
- En la no articulación adecuada de los sistemas administrativos con que cuenta la Sanidad PNP
- En el desconocimiento y ausencia de capacitación permanente en los procedimientos logísticos vinculados con la cadena de abastecimiento por parte del personal de sanidad PNP y Saludpol.
- Insuficiente presupuesto asignado por la PNP a la Dirección de Sanidad PNP, sólo 30 millones de soles para atender (77) IPRESS y 43 tópicos a nivel nacional. Dicho oficial refirió que el cuadro de necesidades actualizado permitió determinar que el presupuesto de la Sanidad PNP no debería ser menor de 90,000,000 millones al año a través de su PIM.

#### **1.5. Afectación del problema al ciudadano**

La salud es un derecho fundamental previsto en nuestra Constitución Política del Perú, previsto en el artículo 7 de nuestra *lex lege*, que debe entenderse como, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Cuya promoción y defensa constituye un deber del Estado Peruano a favor de la sociedad.

El personal policial cumple una valiosísima función en pro del desarrollo de nuestra nación y bienestar general de todos los peruanos a través de la cobertura del servicio policial, los 365 días y las 24 horas del día, en la costa, sierra y selva, en condiciones peligrosas que exponen su integridad física, psíquica y moral.

El Decreto Legislativo Nro 1175 en su artículo 3, nos dice que la salud del personal policial, constituye un derecho a acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y la disponibilidad de financiamiento de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) de la Policía Nacional del Perú.

Las evidencias del servicio de salud demuestran que éste no es satisfactorio ni efectivo para asegurar un nivel óptimo ni de calidad de sus prestaciones de tipo preventivo, promocional, recuperativo y de recuperación en beneficio del personal policial y sus derechohabientes.

Ello no solo afecta a la salud del personal policial, sino que mina su moral y mística en pro de su entrega al servicio policial y de la Seguridad Pública, del Orden Público y Orden Interno.

De igual manera, afecta la fidelización del personal policial para con nuestra institución, deslegitima al comando policial e influye en el rendimiento policial tanto a nivel administrativo y operativo.

La mala gestión del servicio de salud policial sea por la propia gestión, así como la insuficiente provisión de recursos, materializada en el desabastecimiento de medicinas, déficit de insumos médicos, obsolescencia del equipamiento de las UGIPRESS e IPRESS, ausencia de mantenimiento y reposición de equipamiento y material médico, así como déficit de medicinas, instrumental y mobiliario originado por las incongruencias e falencias del Convenio existente entre la DIRSAN e IAFA-SALUDPOL y falta de actualización del Tarifario Médico de la Sanidad tanto en procedimientos como en lo referente a costos; causa insatisfacción en el personal policial y afecta la economía del mismo. Aunado a la incapacidad de gestión estratégica y operativa de ambas instituciones que la evidencia acredita.

Dicha insatisfacción afecta la economía del personal toda vez que si bien la IAFA-SALUDPOL había implementado un sistema de reembolso en el día luego de 3 horas, previa presentación de una solicitud adjuntando las recetas y boletas por su adquisición que ascienda a un monto máximo de S/.300.00; en caso dichas recetas superen los S/ 300.00 dicha reposición demorará un promedio de 45 días, que crea tremendo malestar e indefensión del personal policial, porque si dicho personal carece de recursos económicos no podrán adquirir medicamentos o someterse a procedimientos médicos no realizados en las IPRESS-PNP sea por inoperatividad u obsolescencia de los equipos, ausencia de insumos, material o falta de infraestructura; teniendo que requerir de la IAFA-SALUDPOL para el otorgamiento de cartas de garantía para su atención médicas en Clínicas privadas, que origina malestar y largas esperas en detrimento de los beneficiarios del servicio de salud, así como la merma de los fondos provenientes del 6% del aporte de cada efectivo policial para su salud ya que hasta la fecha, la IAFA SALUDPOL no realizado estudio matemático actuarial que permita determinar si a este ritmo, los recursos económicos que

administra hasta cuando alcanzaran para cubrir en forma eficaz y eficiente las necesidades de salud del personal PNP y de sus derechohabientes que año a año crecen, como es el caso de la reciente incorporación de 6290 nuevos suboficiales en agosto de este año e igual número en diciembre 2019; que en promedio como mínimo de estos 5000 nuevos suboficiales tendrán padres y madre vivos, cuya atención es cubierta por el 6 % de la remuneración de un suboficial de tercera PNP, sin conocerse si se cuenta con recursos económicos suficientes para cubrir su atención de salud.

Cabe precisar que ahora el tiempo que demora la devolución de los gastos que el personal policial realiza por su salud ante la IAFA SALUDPOL dada la inexistencia de medicinas, reactivos, equipos para realizarse exámenes y procedimientos médicos que supere los S/ 300.00 ya no es de dos horas sino de 30 días, lo que agrava aún más la alicaída economía del personal policial y afecta la salud, un derecho fundamental y obligación del Estado Peruano.

## **2. Revisión de Literatura**

### **2.1. Identificación de medidas adoptadas hasta el momento por entidades del Estado Peruano frente al problema**

#### **2.1.2 Sanidad Policial.**

La Sanidad Policial no cuenta ni ha implementado un Plan Estratégico Institucional que establezca un escenario apuesta en donde el servicio de salud policial sea eficiente, eficaz y efectivo de manera que preste el mismo de manera satisfactoria en favor de los beneficiarios, en el cual como modo de alcanzar Objetivos Estratégicos Institucionales se considere la incorporación de los recursos económicos transferidos por la IAFA-SALUPOL; ni cuenta con Plan Operativo Institucional, Presupuesto Institucional Modificado ni un Plan Anual de Contrataciones diseñado en forma articulada con la IAFA SALUDPOL ni que haya incorporado la ejecución de los recursos económicos provenientes de la IAFA-SALUDPOL.

Esa limitación de los sistemas administrativos origina mala gestión del servicio de salud policial y escaso presupuesto, conllevando a la obsolescencia del equipamiento médico, a su inoperancia por falta de mantenimiento y reposición, desabastecimiento de medicinas, insumos y material médico, deficiencias de infraestructura, vehículos y equipamiento, aunado a la falta de actualización del Tarifario Médico de la Sanidad PNP e inoperancia, existiendo serias falencias del Convenio entre la DIRSAN y la IAFA-SALUDPOL que solo prevé el desembolso de prestaciones de salud, sin considerar, el

mantenimiento y reposición de equipos y material médico, su renovación, desabastecimiento de medicinas, insumos y material médico, etc.

En síntesis, el servicio de salud de la PNP es deficiente y en la tendencia en que se encuentra su gestión lo llevará al colapso general en detrimento de la salud y bienestar de los beneficiarios de dicho sistema por la responsabilidad compartida de la Dirección de Sanidad PNP y la IAFA-SALUDPOL.

### **2.1.3 Institución Administradora de Fondos de Salud (IAFA-SALUDPOL)**

Esta persona jurídica de derecho público, dependiente del Ministerio del Interior, capta y gestiona los recursos a través del Convenio con la DIRSAN, y de manera ineficiente, ineficaz e inefectiva administra los recursos del (FOSPOLI), que provienen del 6 % de la Remuneración Consolidada de cada efectivo policial, a sabiendas que el convenio referido sólo prevé la transferencia de los gastos por prestaciones médicas obviando cubrir la reposición de equipamiento médico por obsolescencia, mantenimiento y abastecimiento de medicinas, insumos y material médico, inversiones en infraestructura, y gastos de capital, como vehículos y equipos médicos.

### **2.1.4 Normas vinculadas al problema.**

#### **Constitución Política del Perú**

La Carta Magna precisa en su artículo 7 que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Cuya promoción y defensa constituye un deber del Estado Peruano a favor de la sociedad.

#### **Decreto Legislativo Nro. 1267 Ley de la PNP**

La Policía Nacional del Perú es una institución del Estado con calidad de órgano ejecutor, que depende del Ministerio del Interior; con competencia administrativa y autonomía operativa para el ejercicio de la función policial en todo el territorio nacional, en el marco de lo previsto en el artículo 166 de la Constitución Política del Perú. Es profesional, técnica, jerarquizada, no deliberante, disciplinada y subordinada al poder constitucional; sus integrantes se deben al cumplimiento de la Ley, el orden y la seguridad en toda la República. Participa en el sistema de defensa nacional, defensa civil, desarrollo económico y social del país.

### **Artículo 5.- Derechos del personal policial**

El personal policial tiene los siguientes derechos: 7) Tratamiento y asistencia médica por cuenta del Estado. Este derecho se hace extensivo al cónyuge o conviviente en unión de hecho declarada conforme a Ley, a los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, a los padres del titular, según lo establecido en las normas de la materia 11) Maternidad o paternidad responsable, conforme a lo señalado en las normas de la materia. El personal femenino está exceptuado de acciones o situaciones que ponen en riesgo su embarazo o lactancia;16) Los demás derechos, beneficios y prerrogativas reconocidos por la Constitución, las leyes y reglamentos aplicables a la Policía Nacional del Perú.

### **Decreto Legislativo Nro 1174 Ley de Saludpol y su Reglamento, Decreto Supremo Nro 002-2016-IN**

Este dispositivo legal define a la IAFA-SALUDPOL como una persona jurídica de derecho público interno con calidad de administradora de los fondos intangibles de salud, dependiente del Ministerio del Interior, que cuenta con autonomía administrativa y contable, cuya misión es recibir, captar y gestionar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgo de salud a sus beneficiarios.

#### **Artículo 5.- Funciones del SALUDPOL**

Son funciones del SALUDPOL la administración de los recursos para: a. Captar y administrar los aportes del Estado dirigidos al aseguramiento en salud de sus beneficiarios. b. Establecer y financiar los planes de salud, dirigidos a sus beneficiarios, según los estudios matemático actuariales elaborados por SALUDPOL. c. Financiar al Régimen de Salud de la PNP de conformidad con la normativa vigente. d. Suscribir convenios o contratos con IPRESS públicas o privadas, conforme a la normativa de la materia, de servicios asistenciales requeridos para complementar oportunamente la oferta de salud de la Dirección Ejecutiva de Sanidad (DIREJESAN) de la PNP. e. Suscribir convenios con IAFAS públicas, mixtas o privadas, conforme a la normativa de la materia. f. Suscribir convenios con instituciones públicas en el ámbito nacional e internacional para el fortalecimiento de la gestión administrativa del SALUDPOL. g. Suscribir convenios o contratar servicios médicos especializados en el extranjero, de acuerdo a la normatividad previamente aprobada por el Directorio. h. Contratar servicios de asesoría, auditoría y consultoría en asuntos administrativos, informáticos, de gestión y en general, en cualquier materia que permita el mejoramiento continuo para una atención oportuna y de calidad. i.

Administrar los bienes muebles e inmuebles del SALUDPOL. j. Administrar el Registro de Beneficiarios, conforme al presente Reglamento. k. Organizar los procesos y procedimientos para el acceso de los beneficiarios del SALUDPOL a los servicios de salud de las IPRESS contratadas o en convenio. l. Garantizar el acceso y la cobertura de servicios de salud a los beneficiarios de SALUDPOL. m. Administrar los fondos del SALUDPOL procurando su rentabilidad, seguridad y equilibrio financiero, dentro del marco legal correspondiente. n. Efectuar estudios de riesgos para determinar los costos de los servicios y tarifario. o. Efectuar los estudios económicos y financieros necesarios para la mejor administración del fondo del SALUDPOL. p. Establecer y efectuar procedimientos para evaluar la calidad de los servicios de salud que se brindan a los beneficiarios del SALUDPOL. q. Establecer y efectuar mecanismos de control de las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del SALUDPOL.

**Decreto Legislativo nro 1175 Ley de Régimen de Salud de la PNP y su Decreto Supremo nro 003-2015-IN Reglamento del DL 1175**

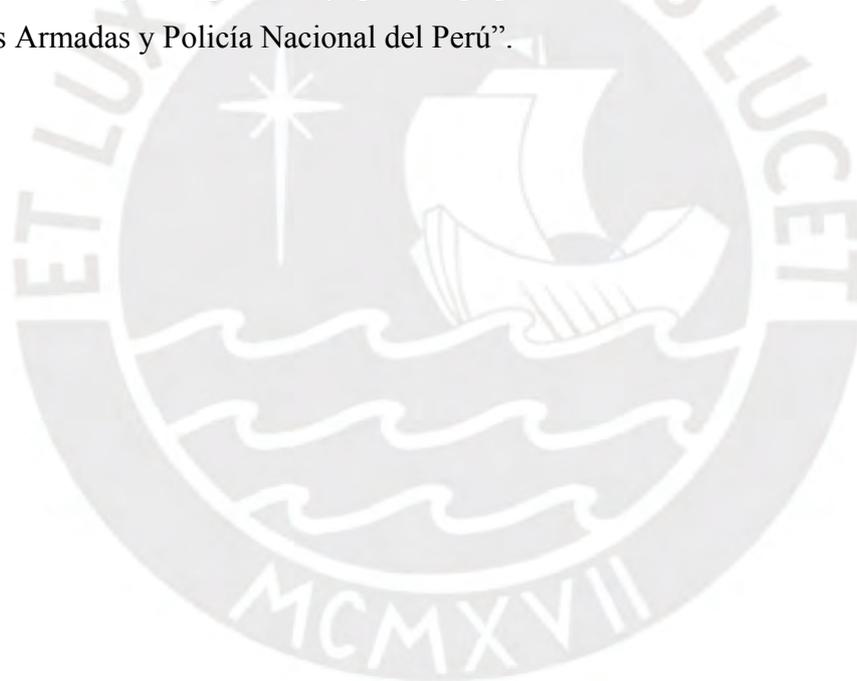
Esta norma legal prevé lo siguiente:

**Artículo 1.- Objeto** El presente Decreto Legislativo tiene por objeto regular el régimen de salud del personal policial de la Policía Nacional del Perú y familiares derechohabientes. Norma la organización, competencias, funciones, financiamiento, niveles de coordinación y relación organizacional con las diferentes unidades orgánicas de la Policía Nacional del Perú y entidades de salud del sector público, privado o mixtas. El Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú forma parte del Sistema Nacional de Salud. **Artículo 2.- Beneficiarios del Régimen de Salud de la PNP** El Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú comprende a los siguientes beneficiarios: a. El personal policial de la Policía Nacional del Perú en Situación de Actividad, así como el personal en Situación de Disponibilidad o Retiro con derecho a pensión. b. Los Cadetes de la Escuela de Oficiales de la Policía Nacional del Perú, en tanto mantengan la condición de tales, para quienes la cobertura es personal e intransferible y no se extiende a sus familiares c. Los Alumnos de las Escuelas Técnico Superiores de la Policía Nacional del Perú, en tanto mantengan la condición de tales, para quienes la cobertura es personal e intransferible y no se extiende a sus familiares. d. El o la cónyuge o conviviente en unión de hecho declarada conforme a Ley, los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, los padres del personal policial comprendido en el inciso a) del presente artículo, y otros, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento respectivo. El

Reglamento establecerá los planes de aseguramiento de salud, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

### **Artículo 3.- De la salud policial**

Los beneficiarios del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú tienen derecho a acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y la disponibilidad de financiamiento de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) de la Policía Nacional del Perú. El personal policial con discapacidad por acción de armas, acto de servicio, como consecuencia o con ocasión del servicio estará sujeto, además del presente Decreto Legislativo, a lo dispuesto por la Ley que otorga protección al personal con discapacidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú”.



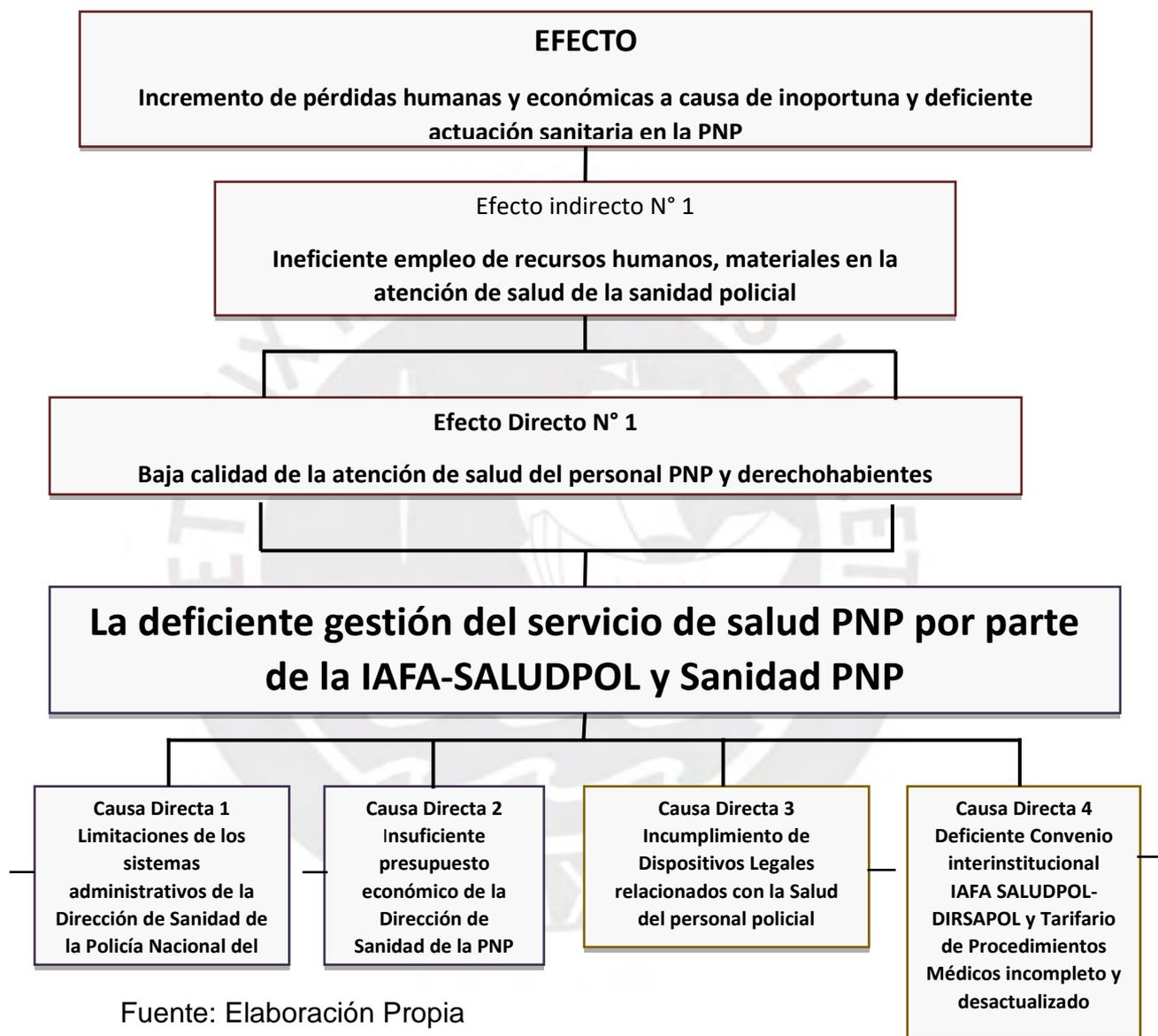
## CAPÍTULO II

### LA PROPUESTA DE MEJORA

#### Árbol de problemas

Gráfica 3.

Árbol de causas, efectos y problema principal



### 3. Causas del Problema

Para identificar las causas fundamentales que afectan a la calidad de atención de salud en la PNP, se realiza un trabajo de gabinete con el equipo de expertos, donde se define cuatro causas que pueden revertir la tendencia de las 6 variables consideradas para la

fundamentación del problema de nuestro trabajo de investigación. Efectuado el análisis y elegido cuatro problemas principales, se aplica la metodología de árbol de problemas y su posterior transformación en árbol de medios. Para lo cual en un primer momento se definió las causas del problema, con claridad y en negativo, todo aquello que falta o no hay, para determinar si se puede encontrar soluciones y en un segundo momento, los problemas o causas identificadas fueron convertidas en medios para revertir el problema materia de estudio; 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). Se determina cuatro causas del problema planteado:

### **3.1. Causa 1**

#### **Limitaciones de los sistemas administrativos de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú**

La Dirección de Sanidad de la PNP, cuenta con instrumentos de gestión administrativa, como, el Plan Estratégico Institucional, el Plan Operativo Anual, el Presupuesto Institucional Modificado y Plan Anual de Adquisiciones; destinados a gestionar adecuadamente los recursos públicos, pero que producto de la revisión efectuada de documentación e información así como la entrevista realizada al coronel PNP Óscar Castillo Mendivis jefe de administración de la Dirección de Sanidad, se ha determinado que estos instrumentos de gestión no incorporan la utilización ni ejecución presupuestal de los recursos económicos transferidos por la IAFA SALUDPOL, provenientes del 6 % del monto de la remuneración de cada efectivo PNP que el Estado aporta por concepto de salud en beneficio de los mismos, no permitiendo la utilización oportuna ni efectiva de dichos recursos económicos en bien de la salud del personal policial.

Dichos recursos económicos administrados por la IAFA SALUDPOL son transferidos vía reembolso a la Dirección de Sanidad PNP, sobre la base de un cálculo de las prestaciones de salud establecidas en un convenio existente en la DIRSAPOL y la IAFA-SALUDPOL, instrumento que es deficiente al solo reconocer el reembolso del rubro, de solo prestaciones de salud, que son presupuestadas en base a un Tarifario de Procedimientos Médicos incompleto y desactualizado; al no considerar el costo real de cada una de dichas prestaciones ni todas las prestaciones que dan las setenta y siete (77) IPRESS y cuarenta y tres (43) tópicos distribuidas a nivel nacional, olvidándose del

mantenimiento de equipo y material médico, la reposición de equipos por obsolescencia, la inversión en bienes de capital, proyectos de inversión pública, etc.

La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú, es una unidad ejecutora de la PNP que administra un promedio de 30 millones de soles al año, proveniente del presupuesto de la PNP, categoría de Recursos Públicos de tipo ordinario, que resultan insuficientes para cubrir la atención de salud de los 444, 638 beneficiarios del sistema de salud policial, información obtenida de la página web de la IAFA SALUDPOL al 18MAY2019 y por ende solventar los costos operativos del funcionamiento de su Red de Salud, integrada por setenta y siete (77) IPRESS y cuarenta y tres (43) tópicos distribuidos a nivel nacional.

Para efectos, de acreditar la incapacidad de gestión de la Dirección de Sanidad PNP Unidad Ejecutora Nro 020-Sanidad PNP, presento las diapositivas del general PNP José Baella Malca, Secretario Ejecutivo de la PNP, expuestas el 27 y 28 de setiembre del presente año en la Reunión de Comando Policial (Anexo 11) que evidencian la incapacidad de gestión y ejecución presupuestal de la Sanidad PNP que no supera el 30% del total del presupuesto asignado pese a encontrarnos en un último trimestre del año y ante la urgente necesidad de medicinas, material biomédico, equipos, etc para la prestación de un servicio de salud óptimo a favor del personal policial y sus derechohabientes; que obedece a las limitaciones de los sistemas administrativos de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú, evento al cual asistió el Alto Mando Policial y se revisaron los indicadores de gestión operativa y administrativa de las Macrorregiones Policiales, Regiones Policiales, Divisiones Policiales y Unidades Ejecutoras de la PNP para determinar líneas de acción en el campo estratégico, operativo y administrativo con miras a reducir las brechas en el aspecto logístico; mejorar la salud policial; el bienestar de los mismos; reducir la victimización; reducir la percepción de inseguridad y mejorar los niveles de confianza en la PNP.

### **3.1.1 Causa indirecta**

**Escaso personal con motivación, experiencia y competencia para elaborar Planes Estratégicos, de Planes Operativos Institucionales, de Presupuestos Públicos y de Planes Anuales de Adquisiciones y Contrataciones.**

NO se ha desarrollado procesos de contratación de equipos de consultores expertos en la elaboración de Planes Estratégicos, de Planes Operativos Institucionales, de Presupuestos Públicos y de Planes Anuales de Adquisiciones y Contrataciones, que

elaboren dichos instrumentos de gestión de la DIRSAPOL con el concurso del personal administrativo de la DIRSAPOL que actualmente está encargado de su formulación y de la IAFA SALUDPOL a fin de que dichos instrumentos consideren la incorporación del desembolso de los recursos económicos que transfiere la IAFA SALUDPOL a DIRSAPOL en el planeamiento estratégico y operativo; en la ejecución presupuestal y en la gestión logística de la DIRSAPOL de manera transparente y articulada en el periodo 2019-2023.

### **3.1.2 Causa indirecta**

#### **Carencia de capacidades para la gestión estratégica de los componentes del sistema de salud policial**

El personal de oficiales y suboficiales que prestan servicios en la gestión administrativa de la DIRSAPOL y los que laboran en el sistema de salud policial no cuenta con capacitación para desarrollo de pensamiento, planeamiento y acción estratégica, gestión presupuestal ni logística que podría permitir optimizar la calidad de atención de salud.

### **3.2. Causa 2**

#### **Insuficiente presupuesto económico de la Dirección de Sanidad de la PNP**

##### **Cuadro de Presupuesto de la Dirección de Sanidad PNP**

Asignado	Requerido	Déficit
30,000,000	90,000,000	60,000,000

Fuente: SANIDAD PNP

El presupuesto asignado a la Dirección de Sanidad de la PNP en su condición de unidad de ejecutora Nro 020 solo asciende a treinta millones de soles para cubrir la atención de salud de los 444, 638 beneficiarios del sistema de salud policial, a través de setenta y siete (77) IPRESS y cuarenta y tres (43) tópicos distribuidos a nivel nacional, en forma adicional, la IAFA SALUDPOL le transfiere por reembolso de prestaciones de salud, recursos económicos provenientes del 6 % que el Estado aporta por concepto de salud por cada efectivo de salud, tomando en cuenta la remuneración consolidada.

Esos recursos económicos que administra la IAFA SALUDPOL fueron creados el año 1987 como el Fondo de Salud del Personal Policial (FOSPOLIS) que son procedentes del 6 % que el Estado aporta por la salud del personal policial tomando en

cuenta la remuneración, pero con la salvedad que esos recursos fueron creados para la cobertura de salud integral del oficial, suboficial, cadete o alumno y no para sus derechohabientes, entiéndase esposa, hijos o padres.

Sin embargo, dichos recursos desde hace varios años vienen siendo utilizados para la atención de salud del personal titular, y además para su esposa, hijos y padres; lo que hace que dichos recursos no alcancen para cubrir dicha atención de salud, en los aspectos de infraestructura, personal médico y auxiliar, medicinas, instrumental médico, exámenes, equipamiento médico, insumos y reactivos y todo aquello que las IPRESS requieren para otorgar una atención de salud efectiva.

Las FFAA cuentan con un fondo de salud creado a imagen y semejanza del FOSPOLIS que ha conservado la esencia y razón para el cual fue creado, es decir, cubrir la atención integral de salud del personal policial titular y no la de sus esposas, hijos o padres. La atención de esposas, hijos o padres está sujeto a un sistema de copago o cofinanciamiento sujeto al descuento voluntario por planilla de pago del titular según su carga familiar, tipo de cobertura y plan de salud respectivo tal como lo establece el Decreto Legislativo Nro 1173 Ley de creación de las IAFAS de las FFAA y su reglamento.

Cabe precisar que el reglamento del Decreto Legislativo Nro 1174, Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, precisa en su artículo Nro 26 que los hijos mayores de 18 a 28 años, solteros sin hijos, con dependencia económica del titular y que sigan estudios superiores satisfactoriamente así como los padres que no cuenten con otro sistema de salud, podrán contar con cobertura de salud por parte de la Dirección de Sanidad PNP, bajo un sistema de copago, para lo cual se requiere el estudio matemático actuarial a cargo de la IAFA SALUDPOL.

La Segunda Disposición Complementaria Final de reglamento del Decreto Legislativo Nro 1174, Decreto Supremo Nro 002-2015-IN dice que la IAFA SALUDPOL deberá realizar los estudios económicos necesarios para cumplir a cabalidad su rol de institución administradora de los fondos de salud de la PNP, asimismo realizará dicho tipo de estudios para determinar si la cartera y tarifario de servicios de las IPRESS PNP permiten cubrir sus servicios a nivel nacional a cabalidad, siendo imposible que un sistema de salud funcione sin que se conozca si los recursos económicos con que cuenta son suficientes para prestar un servicio óptimo a sus beneficiarios, lo que ha quedado evidenciado con los resultados obtenidos en la encuesta realizada al personal PNP beneficiario del sistema de salud e información obtenida de la IAFA-SALUPOL las

conclusiones del Informe de la Comisión de Priorización Sectorial y Reorganización de la Sanidad PNP y Saludpol, del 20SET2016.

De igual forma, la Tercera Disposición Complementaria Final, establece que la IAFA SALUDPOL está obligada a realizar estudios matemáticos actuariales para determinar el monto de los copagos y coaseguros para financiar los diferentes planes de cobertura de salud, imperativo legal incumplido por la IAFA SALUDPOL y que compromete la sostenibilidad del sistema de salud al no saberse si los recursos económicos con que se cuenta son suficientes para el óptimo funcionamiento del sistema, evidenciándose que la gestión de dichos recursos por parte de la IAFA SALUDPOL no satisface la demanda de los usuarios tal como lo acreditan los resultados de la encuesta y el Informe de la Comisión de Priorización Sectorial y Reorganización de la Sanidad PNP y Saludpol, del 20SET2016.

La situación descrita, permite colegir que la actual gestión de los recursos que administra la IAFA SALUDPOL provenientes del 6% de la remuneración consolidada que el Estado aporta por cada efectivo policial, IMPIDE darle una atención de salud integral efectiva al efectivo policial, a su esposa, hijos y padres, aunado que los treinta millones aproximados de presupuesto anual que recibe la Dirección de Sanidad PNP, no permite dar una atención de salud de calidad a los 444, 638 beneficiarios ni menos cubrir los costos operativos de la Red de Salud PNP.

### **3. 2.1 Causa indirecta**

#### **Carencia de estudio matemático actuarial**

No se cuenta con rigurosos estudios matemáticos actuariales por parte de la IAFA SALUDPOL, pese a que está obligada por ley a realizarlo cada dos años, sin que a la fecha los haya realizado o contratado los servicios de una empresa especializada en su elaboración.

### **3. 2.2 Causa indirecta**

#### **Incumplimiento de normativa específica sobre cobertura de salud**

No se cumple con la Modificatoria del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial y su reglamento Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, que prevé que los recursos que el estado transfiere a la IAFA SALUDPOL procedentes del 6 % de la remuneración consolidada de cada efectivo policial sean utilizados para la atención de salud del personal policial, sino que estos son empleados

para la atención de sus derechohabientes(hijos de 18 a 28 años y padres) pese a existir la obligación legal de que previo estudio matemático actuarial a ser realizado por la IAFA SALUDPOL se aplique un Plan Complementario de Salud sujeto a copago para la atención de los mismos en la Red de Salud PNP.

### **3.3. Causa 3**

#### **Incumplimiento de Dispositivos Legales relacionados con la Salud del personal policial.**

El Decreto Legislativo Nro 1174 Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial, del año 2013, que crea a la IAFA SALUDPOL, precisa que es una instancia pública que funge de administradora de fondos de salud del personal policial, adscrita al Ministerio del Interior, con autonomía administrativa y contable, teniendo como misión la captación y gestión de los fondos que se destinan a financiar la prestación de salud a todos sus beneficiarios, entre estos, al personal de la Policía Nacional del Perú y familiares con derecho a cobertura, derivada de los riesgos de salud. A su vez dicha norma en su artículo Nro 7, precisa que cada dos años debe realizar cálculos actuariales a fin de determinar la reserva actuarial del fondo de salud del personal policial, de igual manera la Tercera Disposición Final de la norma referida, dispone que la IAFA SALUDPOL debe realizar estudios de costos, diseño de tarifarios y estudios financieros actuariales tendientes a la adecuación del Fondo de Aseguramiento en Salud de la PNP, lo que no se cumple, es **letra muerta**.

En igual sentido, el reglamento del Decreto Legislativo Nro 1174, Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, precisa en su artículo Nro 26 que los hijos mayores de 18 a 28 años, solteros sin hijos, dependientes del titular y que sigan estudios superiores en forma satisfactoria así como los padres que no cuenten con otro sistema de salud, podrán contar con cobertura de salud por parte de la Dirección de Sanidad PNP, bajo un sistema de copago, para lo cual se requiere el estudio matemático actuarial a cargo de la IAFA SALUDPOL, **obligación incumplida**.

La Segunda Disposición Complementaria Final de dicha norma, dice que la IAFA SALUDPOL deberá realizar los estudios económicos necesarios para cumplir a cabalidad su rol de institución administradora de los fondos de salud de la PNP, asimismo realizará dicho tipo de estudios para determinar si la cartera y tarifario de servicios de las IPRESS PNP permiten cubrir sus servicios a nivel nacional a cabalidad; no se cumple.

De igual forma, la Tercera Disposición Complementaria Final, establece que la IAFA SALUDPOL está obligada a realizar estudios matemáticos actuariales para determinar el monto de los copagos y coaseguros para financiar los diferentes planes de cobertura de salud, **no se cumple**.

Cabe resaltar que lo antes expuesto, se acredita con la solicitud de información con oficio Nro 24-2018-ENFPP-ESCPOGRA/PAMOID-Sec del 03OCT2018, con que se requirió información a la IAFA SALUDPOL, si es que dicha entidad conforme lo establecen los dispositivos legales, cumplió con realizar dichos estudios matemáticos actuariales para determinar la reserva estratégica del fondo de salud de la PNP y el monto de los sistemas de copago que establece el Decreto Supremo Nro 003-2015-IN, reglamento del Decreto Legislativo Nro 1174.

El 18 de octubre 2018 se recibió el oficio Nro 016-2018-SALUDPOL/GFPS, suscrito por el señor David Zavala Curzo, Gerente de Financiamiento y Planes de Salud de SALUDPOL, con que informa que recién el estudio actuarial se iniciará en la primera semana de noviembre 2018 y que culminará en la primera semana de mayo de 2019; con lo que queda acreditado de forma indubitable y fidedigna, que la IAFA SALUDPOL, no cumple con lo establecido por los dispositivos legales, que establecen en forma taxativa que deben realizarse estudios matemáticos actuariales cada dos años para determinar la viabilidad y sostenibilidad del fondo de salud de la PNP así como para la aplicación de un sistema de copagos, haciendo devenir el servicio de salud que prestan las IPRESS PNP en precario, no efectivo, al no recibir los recursos económicos suficientes para poder operar de manera eficiente, eficaz y efectiva, en detrimento de la salud de los 444, 638 beneficiarios. A la fecha, dicho estudio matemático actuarial no se realizó al no ser convocado en el portal OSCE.

Cabe precisar que el Decreto Legislativo Nro 1174 Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial, es del año 2013 y su reglamento, Decreto Supremo Nro 003-2015-IN, es del 2015, es decir han transcurrido 8 años sin que la IAFA SALUDPOL, cumpla con realizar los estudios matemáticos actuariales que por ley, **que debió realizar cada dos años** para determinar la sostenibilidad del fondo de salud de la PNP así como para la aplicación de un sistema de copagos, sin que el Órgano de Control del Ministerio del Interior haya observado el incumplimiento legal y funcional a dichos deberes y obligaciones.

Por lo que ha quedado acreditado que el Órgano de Control Institucional del Ministerio del Interior no cumple con sus funciones a cabalidad, al no realizar mediante

Auditorías de Cumplimiento a la IAFA SALUDPOL la determinación de desviaciones de cumplimiento u observaciones por el incumplimiento de la normas legales que regula el funcionamiento de la IAFA-SALUDPOL(Decreto Legislativo Nro 1174 Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial y su reglamento Decreto Supremo Nro 002-2015-IN) que prevén los estudios matemáticos actuariales cada dos años para determinar la viabilidad y sostenibilidad del fondo de salud de la PNP así como para la aplicación de un sistema de copagos con el consiguiente perjuicio en la salud de los 444, 638 beneficiarios, lo que se determina en forma fidedigna del incumplimiento del artículo Nro 30 del Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, reglamento del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial, que estipula que el Órgano de Control Institucional del MININTER y la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) son las entidades que deben controlar que la IAFA-SALUDPOL cumpla sus funciones de acuerdo a ley.

### **3.3.1 Causa indirecta**

#### **Carencia del Comité de Control Interno en las instituciones involucradas**

No se ha Implementado un Comité de Control Interno en la IAFA SALUDPOL tampoco se llevó el proceso de implementación de un Comité de Control Interno en la DIRSAPOL, lo que impide detectar riesgos misionales, estratégicos y operativos tanto en la IAFA SALUDPOL como en la DIRSAPOL, por tanto, dichas entidades no son efectivas en el cumplimiento de su misión ni funciones y ponen en riesgo la correcta administración de los recursos públicos que administran.

### **3.3.2 Causa indirecta**

#### **No se ejecutan Auditorías institucionales**

No se han programado la ejecución de Auditorías de Cumplimiento, Auditorías Financieras y de Desempeño en los últimos años de la IAFA SALUDPOL, por tanto, no se han detectado desviaciones de cumplimiento ni observaciones en la administración del sistema de salud por parte de ambas instituciones en detrimento de los beneficiarios del mismo, pese a la evidencia del incumplimiento legal y funcional exigido.

### **3.3.3 Causa indirecta**

#### **Se carece de medidas y restricciones para evitar conductas irresponsables**

Al no haberse implementado los Sistemas de Control Interno tanto en la IAFA SALUDPOL como en la DIRSAPOL y menos el Órgano de Control del MININTER haber realizado auditorías de cumplimiento, financieras o de desempeño a dichas entidades, es imposible que existan procesos administrativos sancionadores por la mala gestión del sistema de salud por parte de la DIRSAPOL y de los recursos provenientes del 6% de la remuneración de salud por parte de la IAFA SALUDPOL y por lo tanto, que existan procesos penales y civiles contra los funcionarios públicos responsables de conductas que ocasionen grave perjuicio a la salud de los 444, 638 beneficiarios del sistema de salud policial por su deficiente gestión.

### **3.4. Causa 4**

#### **Deficiente Convenio interinstitucional IAFA SALUDPOL-DIRSAPOL y Tarifario de Procedimientos Médicos incompleto y desactualizado**

Producto de la revisión del Convenio interinstitucional existente entre la institución administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial(IAFA SALUDPOL) y la Dirección de Sanidad de la PNP(DIRSAPOL) así como del Tarifario de Procedimientos Médicos que se utiliza para determinar los montos de los reembolsos que efectúa la IAFA SALUDPOL a la DIRSAPOL se ha determinado que dicho convenio solo prevé el reembolso económico de prestaciones de salud, que son definidas, como “ aquel servicio de salud que las instituciones prestadoras de los Servicios de Salud(IPRESS) públicas puedan ofrecer ante una necesidad o demanda”, tal como lo define la Clausula Tercera: De las definiciones del Convenio para el Financiamiento de Prestaciones de Salud entre la Dirección de Sanidad Policial-DIRSAPOL y el Fondo de Aseguramiento de Salud de la Policía Nacional del Perú-SALUDPOL del 09ENE2019.

La Clausula Décimo Primera numeral 11.4 establece que la IAFA SALUDPOL debe retribuir a DIRSAPOL las prestaciones de salud prestadas a sus beneficiarios según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones pactadas entre las partes.

Ello permite colegir que el Convenio existente entre la DIRSAPOL y la IAFA SALUDPOL es deficiente al prever solo el reembolso o retribución de las prestaciones de salud, que como queda definido por el mismo convenio se refiere a un servicio, no considerándose el aspecto de la adquisición de material y/o equipo médico sea por renovación u obsolescencia, el mantenimiento de equipo, instrumental, etc. No se ha

previsto la inversión, por lo tanto, en bienes de capital, en infraestructura; ello hace devenir al servicio de salud que presta la DIRSAPOL en deficiente.

De igual manera, se recurrió a personal de médicos de la DIRSAPOL-PNP para que emitan opinión técnica sobre la Cartera de Servicios y Tarifario Médico, instrumentos utilizados para determinar los reembolsos de la IAFA SALUDPOL a favor de la DIRSAPOL, quienes concluyeron que el primer instrumento está incompleto, al no considerar todos los servicios médicos que prestan las IPRESS PNP y en el caso del segundo instrumento, que las tarifas de los procedimientos consignados no reflejan el costo real de los mismos, pero solicitaron mantenerse en el anonimato; lo que ocasiona que los montos que la IAFA SALUDPOL no cubran el costo real ni el total de las prestaciones de salud de la red policial, haciendo devenir el sistema de salud en deficitario.

#### **3.4.1 Causa indirecta**

##### **Falta la actualización de la normativa que rige el problema principal**

Se necesita la reestructuración del Convenio Interinstitucional entre la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL tomando como referencia los Convenios similares existentes entre el FOSEP y COSALE, FOSMAR y la DIRSAMAR, ya que, de la revisión efectuada por el suscrito, se ha determinado que de los tres convenios de las IAFAS de las FFAA son los más completos.

#### **3.4.2 Causa indirecta**

##### **Falta capacidades para elaboración de cartera de servicios y tarifarios médicos**

No se tiene personal médico especialista en elaboración de Cartera de Servicios y Tarifario Médicos para elaboración de estos instrumentos de manera eficaz y eficiente. Tampoco se ha contratado servicio de elaboración de estudio matemático actuarial y de costos de la Cartera de Servicios y Tarifario Médico de la Sanidad PNP para la determinación del costo real de cada uno de los servicios que presta la Sanidad PNP ni menos lo ha realizado la IAFA SALUDPOL.

#### **4. Transformación del árbol de problemas a medios**

Cabe precisar que Zapata (2018) sostiene que la Dirección General de Inversión Pública del Ministerio de Economía y Finanzas en su guía general para identificación, formulación y evaluación social de proyectos de inversión pública, a nivel de perfil, nos dice que “los medios deben reflejar los cambios específicos que se espera alcanzar con las intervenciones previstas para lograr que se cumpla el objetivo central del proyecto. La forma más sencilla de definirlos es colocando en positivo las causas que originan el problema” (MEF 2014: 90).

Se hace necesario reiterar que la metodología aplicada tanto para identificar las causas como para los identificar los medios, ha sido la técnica del árbol de problemas y soluciones, a ello obedece la cita líneas arriba efectuada.

##### **4.1. Medio 1**

#### **Sistemas administrativos del Sistema de Salud Policial con instrumentos de gestión estructurados y articulados con la IAFA-SALUDPOL.**

Se ha determinado que para que los sistemas administrativos del Sistema de Salud de la PNP que gerencia la DIRSAPOL sean eficientes, eficaces y efectivos, se debe contar con instrumentos de gestión administrativa que permitan un adecuado planeamiento estratégico y operativo; una adecuada ejecución presupuestal y una gestión logística que sea eficiente, eficaz, oportuna, transparente y efectiva en beneficio del personal policial, para lo cual se requiere:

- La contratación de equipo de consultores expertos en la elaboración de Planes Estratégicos, de Planes Operativos Institucionales, de Presupuestos Públicos y de Planes Anuales de Adquisiciones y Contrataciones, que elaboren dichos instrumentos de gestión de la DIRSAPOL con el concurso del personal administrativo de la DIRSAPOL que actualmente está encargado de su formulación y de la IAFA SALUDPOL a fin de que dichos instrumentos consideren la incorporación del desembolso de los recursos económicos que transfiere la IAFA SALUDPOL a DIRSAPOL en el planeamiento estratégico y operativo; en la ejecución presupuestal y en la gestión logística de la DIRSAPOL de manera transparente y articulada en el periodo 2019-2023.

- La capacitación a través de diplomados en Planeamiento Estratégico y Operativo; en Presupuesto Público, en Contrataciones y Adquisiciones del Estado y en Gestión Hospitalaria del personal de oficiales y suboficiales que prestan servicios en la gestión administrativa de la DIRSAPOL para que se encuentren en condiciones de poder elaborar y ejecutar en un futuro muy próximo los Planes Estratégicos, de Planes Operativos Institucionales, de Presupuestos Públicos y de Planes Anuales de Adquisiciones y Contrataciones articulados con la IAFA SALUDPOL, así como poder evaluar los mismos y replantearlos de ser necesarios.
- La contratación de personal CAS con competencia y experiencia en planeamiento estratégico y operativo; en ejecución presupuestal; en gestión logística para que asesore al personal de oficiales y suboficiales que desempeñan sus labores en áreas de planeamiento estratégico, presupuesto y ejecución presupuestal y logística.

#### **4.2. Medio 2**

**Recursos económicos financieros suficientes para que la DIRSAPOL administre de manera óptima, recursos directamente recaudados, en beneficio de personal PNP.**

Actualmente el presupuesto asignado a la Dirección de Sanidad de la PNP en su condición de unidad de ejecutora Nro 020 solo asciende a treinta millones de soles para cubrir la atención de salud de los 444, 638 beneficiarios del sistema de salud policial, a través de setenta y siete (77) IPRESS y cuarenta y tres (43) tópicos distribuidos a nivel nacional. En forma adicional, la IAFA SALUDPOL le transfiere por reembolso de prestaciones de salud, recursos económicos provenientes del 6 % que el Estado aporta por concepto de salud por cada efectivo PNP, tomando en cuenta la remuneración consolidada, que como se ha señalado no permiten cubrir la demanda de salud del personal policial, por resultar insuficientes y haberse desnaturalizado en el tiempo, la esencia de su creación, la salud del personal policial y no de sus derechohabientes, pese a que existen disposiciones expresas, previstas en el reglamento del Decreto Legislativo Nro 1174, Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, artículo Nro 26, que establece que los hijos mayores de 18 a 28 años, solteros sin hijos, dependientes del titular y que sigan estudios superiores en forma satisfactoria así como los padres que no cuenten con otro sistema de salud, podrán contar con cobertura de salud por parte de la Dirección de Sanidad PNP, bajo un sistema de

copago, para lo cual se requiere el estudio matemático actuarial a cargo de la IAFA SALUDPOL.

Esos recursos económicos que administra la IAFA SALUDPOL fueron creados el año 1987 como el Fondo de Salud del Personal Policial (FOSPOLIS) que son procedentes del 6 % que el Estado aporta por la salud del personal policial tomando en cuenta la remuneración, pero con la salvedad que el destino de estos recursos fue la cobertura de salud integral del oficial, suboficial, cadete o alumno y no la cobertura de la salud de sus derechohabientes, entiéndase esposa, hijos o padres.

Con el propósito de otorgarle a la DIRSAPOL los recursos económicos que permitan ir mejorando la cobertura de salud que actualmente presta se propone:

- La realización de un estudio matemático actuarial por parte de la IAFA SALUDPOL, la cual está obligada por ley a realizarlo, sin que a la fecha lo haya cumplido, para determinar el porcentaje de aporte voluntario del personal policial que está de acuerdo con que hijos mayores de 18 a 28 años, solteros sin hijos, dependientes del titular y que sigan estudios superiores en forma satisfactoria así como los padres que no cuenten con otro sistema de salud reciban atención de salud a través de las IPRESS PNP, que será descontado de sus haberes y transferido a la DIRSAPOL como recursos directamente recaudados para su inmediata utilización en la prestación de un mejor servicio de salud.
- Modificatoria del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial y su reglamento Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, que prevé que los recursos que el estado transfiere a la IAFA SALUDPOL procedentes del 6 % de la remuneración consolidada de cada efectivo policial sean utilizados para la cobertura de salud de los derechohabientes, modificación para que estos solo sean utilizados exclusivamente para la atención de salud del personal policial, entiéndase, oficial; suboficial; cadete o alumno.
- Modificatoria del Decreto Legislativo Nro 1175 artículo 5, a fin de que la DIRSAPOL sea comandada por un general PNP de armas con estudios de Maestría en Gestión Pública y/o Administración y experiencia en gestión en las unidades ejecutoras PNP. Los generales de Servicios Médicos podrán desempeñarse como directores del Hospital Central PNP y Hospital SPNP Augusto B. Leguía para lo cual deberán contar estudios de Maestría en Gestión Hospitalaria, Calidad y Satisfacción de Servicios de Salud y afines.

### **4.3. Medio 3**

#### **Realización de Auditorías en forma periódica por parte del OCI-MININTER e implementación de un Sistema de Control Interno en la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL**

El análisis de la realidad de la salud del personal policial y de la actuación de la IAFA SALUDPOL ha determinado una corresponsabilidad por inacción y deficiencias en la gestión de los sistemas administrativos y de gestión administrativa, pero también ha dejado claro que la IAFA SALUDPOL ha venido incumpliendo sus funciones y obligaciones de manera sostenida en el tiempo, sin que esto haya sido advertido desde el interior de la organización, mediante un sistema de control interno o desde el exterior, por parte del Órgano de Control Institucional del Ministerio del Interior, que no cumple con sus funciones a cabalidad, al no realizar mediante Auditorías de Cumplimiento u otro tipo de auditoría a someterse a la IAFA SALUDPOL, la determinación de observaciones por el incumplimiento de la normas legales que regula el funcionamiento de la IAFA-SALUDPOL(Decreto Legislativo Nro 1174 Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial y su reglamento Decreto Supremo Nro 002-2015-IN) que prevén los estudios matemáticos actuariales cada dos años para determinar la viabilidad y sostenibilidad del fondo de salud de la PNP así como para la aplicación de un sistema de copagos con el consiguiente perjuicio en la salud de los 444, 638 beneficiarios, lo que se determina en forma fidedigna del incumplimiento del artículo Nro 30 del Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, reglamento del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial, que estipula que el Órgano de Control Institucional del MININTER y SUSALUD son las entidades que deben controlar que la IAFA-SALUDPOL cumpla sus funciones de acuerdo a ley, las cuales tampoco cumplen con su labor fiscalizadora.

Para efectos, de subsanar dicho incumplimiento a las normas legales precisadas que ocasionan grave perjuicio a la salud de los 444,638 beneficiarios del sistema de salud policial, prestada a través de setenta y siete (77) IPRESS y cuarenta y tres (43) tópicos distribuidos a nivel nacional, se recomienda:

- Implementación de un Comité de Control Interno en la IAFA SALUDPOL
- Implementación de un Comité de Control Interno en la DIRSAPOL
- Programación y ejecución de Auditorías de Cumplimiento, Auditorías Financieras y de Desempeño todos los años de la IAFA SALUDPOL.

- Instauración de procesos administrativos disciplinarios y sancionadores, penales y civiles contra los funcionarios públicos responsables de conductas que ocasionen grave perjuicio a la salud de los 444, 638 beneficiarios del sistema de salud policial.

#### **4.4. Medio 4**

##### **Convenio interinstitucional eficiente entre la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL y Tarifario Médico Completo y con costos reales.**

El Convenio interinstitucional existente entre la institución administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial(IAFA SALUDPOL) y la Dirección de Sanidad de la PNP(DIRSAPOL) solo prevé el reembolso económico de prestaciones de salud, que son definidas, como “ aquel servicio de salud que las instituciones prestadoras de los Servicios de Salud(IPRESS) públicas puedan ofrecer ante una necesidad o demanda”, tal como lo define la Cláusula Tercera: De las definiciones del Convenio para el Financiamiento de Prestaciones de Salud entre la Dirección de Sanidad Policial- DIRSAPOL y el Fondo de Aseguramiento de Salud de la Policía Nacional del Perú- SALUDPOL del 09ENE2019, por tanto, es deficiente al prever solo el reembolso o retribución de las prestaciones de salud, que como queda definido por el mismo convenio se refiere a un servicio, no considerándose el aspecto de la adquisición de material y/o equipo médico sea por renovación u obsolescencia, el mantenimiento de equipo, instrumental, etc. No se ha previsto la inversión, por lo tanto, en bienes de capital, en infraestructura; ello hace devenir al servicio de salud que presta la DIRSAPOL en deficiente.

De igual manera, se recurrió a personal de médicos de la DIRSAPOL-PNP para que emitan opinión técnica sobre la Cartera de Servicios y Tarifario Médico, instrumentos utilizados para determinar los reembolsos de la IAFA SALUDPOL a favor de la DIRSAPOL, quienes concluyeron que el primer instrumento está incompleto, al no considerar todos los servicios médicos que prestan las IPRESS PNP y en el caso del segundo instrumento, que las tarifas de los procedimientos consignados no reflejan el costo real de los mismos, lo que ocasiona que los montos que la IAFA SALUDPOL reembolsa no cubran el costo real ni el total de las prestaciones de salud de la red policial, haciendo devenir el sistema de salud en deficitario, quienes solicitaron mantenerse en el anonimato.

De lo expuesto, se recomienda las siguientes acciones:

- Reestructuración del Convenio Interinstitucional entre la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL tomando como referencia el Convenio similar existente entre el

FOSEP y COSALE; FOSMAR y la DIRSAMAR, ya que, de la revisión efectuada por el suscrito, se ha determinado que de los tres convenios de las IAFAS de las FFAA son los más completos.

- Contratación de personal médico especialista en elaboración de Cartera de Servicios y Tarifario Médicos para elaboración de estos instrumentos de manera idónea.
- Contratación de servicio de elaboración de estudio matemático actuarial y de costos de la Cartera de Servicios y Tarifario Médico de la Sanidad PNP para la determinación del costo real de cada uno de los servicios que presta la Sanidad PNP.

## **5. Estructura de la solución**

### **5.1. Selección de medios**

Del análisis efectuado de las razones que ocasionan una deficiente gestión de los recursos económicos provenientes del 6 % de la remuneración consolidada proveniente del aporte estatal por parte de la Institución Administradora de los Fondos de Salud de la Policía Nacional del Perú (IAFA SALUDPOL) en perjuicio de los 444, 638 beneficiarios del sistema de salud de la Policía Nacional del Perú, se ha determinado que para efectos de revertir esta situación que afecta la moral del personal policial; a su salud; su desempeño profesional y la fidelización hacia la institución, se concluye que los siguientes medios son los más adecuados para revertir esta caótica coyuntura, aplicándose la metodología del árbol de problemas/medios:

**Sistemas administrativos del Sistema de Salud Policial con instrumentos de gestión debidamente estructurados y articulados con la IAFA-SALUDPOL que trabajen de manera efectiva, que comprende:**

- La contratación de equipo de consultores expertos en la elaboración de Planes Estratégicos, de Planes Operativos Institucionales, de Presupuestos Públicos y de Planes Anuales de Adquisiciones y Contrataciones, que elaboren dichos instrumentos de gestión de la DIRSAPOL con el concurso del personal administrativo de la DIRSAPOL que actualmente está encargado de su formulación y de la IAFA SALUDPOL a fin de que dichos instrumentos consideren la incorporación del desembolso de los recursos económicos que transfiere la IAFA SALUDPOL a DIRSAPOL en el planeamiento estratégico y

operativo; en la ejecución presupuestal y en la gestión logística de la DIRSAPOL de manera transparente y articulada en el periodo 2019-2023 de ambas instituciones.

- La capacitación a través de diplomados en Planeamiento Estratégico y Operativo; en Presupuesto Público, en Contrataciones y Adquisiciones del Estado y en Gestión Hospitalaria, Satisfacción y Calidad de los servicios de Salud, del personal de oficiales y suboficiales que prestan servicios en la gestión administrativa de la DIRSAPOL para que se encuentren en condiciones de poder elaborar y ejecutar en un futuro muy próximo los Planes Estratégicos, de Planes Operativos Institucionales, de Presupuestos Públicos y de Planes Anuales de Adquisiciones y Contrataciones articulados con la IAFA SALUDPOL, así como poder evaluar los mismos y replantearlos de ser necesarios.
- La contratación de personal CAS con competencia y experiencia en planeamiento estratégico y operativo, en presupuesto y ejecución presupuestal; en gestión logística para que asesore al personal de oficiales y suboficiales que desempeñan sus labores en áreas de planeamiento estratégico, presupuesto y ejecución presupuestal y logística.

**Presupuesto Público suficiente para que la DIRSAPOL administre de manera óptima, recursos directamente recaudados, en beneficio de personal PNP**

La no realización de un estudio matemático actuarial por parte de la IAFA SALUDPOL, la cual está obligada por ley a realizarlo, imposibilita el cumplimiento del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley SALUDPOL y determinar si los recursos que administra este organismo resultan suficientes en el tiempo para la atención de los 444, 638, población que cada día crece con la incorporación de nuevos efectivos PNP; sin que a la fecha Saludpol lo haya determinado técnicamente con un estudio matemático actuarial.

Dicho estudio matemático actuarial no solo servirá para determinar la sostenibilidad del fondo proveniente del 6% del aporte de la remuneración consolidada sino también para determinar el porcentaje de aporte voluntario del personal policial que está de acuerdo con que sus hijos mayores de 18 a 28 años, solteros sin hijos, dependientes del titular y que sigan estudios superiores en forma satisfactoria así como sus padres que no cuenten con otro sistema de salud, puedan recibir atención de salud a través de las IPRESS PNP, el cual será descontado de sus haberes y transferido a la DIRSAPOL como recursos directamente recaudados para su inmediata utilización en la prestación de un mejor servicio de salud.

Modificatoria del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial y su reglamento Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, que prevé que los recursos que el estado transfiera a la IAFA SALUDPOL procedentes del 6 % de la remuneración consolidada de cada efectivo policial sean utilizados para la cobertura de salud de los derechohabientes, sino que estos solo sean utilizados para la atención de salud del personal policial, de manera exclusiva.

Lo antes referido impide que la Sanidad PNP cuente con los recursos económicos suficientes para operar en condiciones de eficiencia, eficacia, oportunidad y efectividad en beneficio de los 444, 638 beneficiarios.

**Convenio interinstitucional eficiente entre la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL y Tarifario Médico Completo y con costos reales.**

Reestructuración del Convenio Interinstitucional entre la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL tomando como referencia los Convenios similares existentes entre el FOSEP y COSALE; FOSMAR y la DIRSAMAR.

Contratación de personal médico especialista en elaboración de Cartera de Servicios y Tarifario Médicos para elaboración de estos instrumentos de manera eficaz y eficiente.

Contratación de servicio de elaboración de estudio matemático actuarial y de costos de la Cartera de Servicios y Tarifario Médico de la Sanidad PNP para la determinación del costo real de cada uno de los servicios que presta la Sanidad PNP.

## **5.2. Cambio innovador**

### **5.2.1. Definición de innovación en el sector público.**

Para efectos de poder definir la innovación en el sector público, se ha recurrido a las exposiciones de las clases del docente del curso Innovación en el sector público, Magister Leónidas Ramos, impartidas en la Maestría en Políticas y Gestión Pública, que dice:

La innovación “no es un objeto concreto, se trata de un concepto, o mejor dicho una palabra con las etiquetas de un concepto”, en la que no hay un acuerdo común en su definición y existen evidentes dificultades en acuñar un significado operacional, y todo ello impacta negativamente en los procesos de obtención, análisis, medición y comparación de información y/o casos.

La innovación en el sector público no es nada nuevo. Al mirar la historia observamos con claridad que han existido desde siempre notables innovaciones en el sector público, sólo que no las llamamos así.

Hay que descartar la suposición común de que la innovación es algo que sucede principal o exclusivamente en el sector privado, y que por lo tanto, necesariamente se tiene que ir allí para encontrar la manera de llevarla a cabo.

La innovación es un negocio arriesgado. Supone asumir riesgos bien gestionados y sustentar consecuencias no deseadas o imprevistas, incluso puede no provocar las mejoras (esperadas) en los servicios públicos. Christopher Pollitt (2008).

De otro lado Moore et. al. (1997) indica que:

Una innovación es cualquier cambio razonablemente significativo en la forma en que una organización opera, se administra o define su misión básica.

La CEPREDE (2006) propone que:

La innovación en el sector público, “debería ser definida en un sentido más amplio, como todo proceso de generación y aplicación de nuevas ideas capaces de mejorar la operatividad de las instituciones y elevar el nivel de vida de una sociedad.

Mulgan (2007) la reconoce como:

que la innovación en el sector público apela a que las nuevas ideas funcionen en la creación de valor público. Las ideas tienen que ser, por lo menos en parte, nuevas (en lugar de sólo mejoras), tomadas en cuenta (en lugar de ser sólo buenas ideas) y útiles. Esta definición, por lo tanto, requiere que las innovaciones deben ser nuevas, estar implementadas y tener un impacto positivo en la creación de valor público.

El XI Seminario de Reforma del Estado | Innovación en la Gestión Pública (2016) indica que

Innovar implica la superación de barreras cognitivas más que al desarrollo tecnológico. Implica construir nuevas ideas en relación a los hábitos de los que las tienen que aceptar

La innovación ha evolucionado, del extracto de las clases del docente del curso Innovación en el sector público, Magister Leónidas Ramos se concluye que este proceso se desarrolló de esta manera:

Una primera generación pone énfasis en la tecnología.

- La innovación es ciencia y tecnología aplicadas a los medios y los modos de producción que marca el punto de partida de la revolución industrial.
- En una segunda generación, del arrastre de la demanda del mercado. Los empresarios realizan nuevas combinaciones o innovaciones para ingresar en el mercado provocando un desequilibrio en la economía, mientras que se toman en cuenta las demandas de los consumidores.
- Una tercera generación se centra en la empresa como el eje innovador. La participación de los recursos humanos es importante por el conocimiento y talento que implican las experiencias y vivencias personales de los miembros de la organización.
- Una cuarta generación, pone énfasis en las cadenas de valor.
- Una quinta generación, pone énfasis en la economía y en la innovación abierta. La innovación se globaliza.
- Una sexta generación como el del Estado emprendedor. La innovación se vuelve un fenómeno cultural en el que el Estado cambia los comportamientos y creencias que guían las actitudes individuales y colectivas de la población; y que

solucionen problemas concretos. El Estado, asimismo, corrige las fallas del mercado.

De igual manera, el docente en mención, en sus clases nos informó que la innovación del Sector Público no se produce en un vacío. Depende de varios factores posibilitadores.

La innovación puede producirse en cuatro niveles:

- nivel individual
- en una entidad
- en el sector público
- en la sociedad.

Y en el proceso de innovación pública, los factores institucionales que operan son: la gestión de los recursos humanos, la organización del trabajo, el flujo de conocimiento en una entidad y entre dos o más entidades; y las reglas y procesos que rigen las actividades. OCDE (2017)



Fuente: OCDE (2015a), *The Innovation Imperative in the Public Sector: Setting an Agenda for Action*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264236561-en>.

Gráfico 2:

*El entorno para la innovación del sector público*

De igual manera, el docente referido nos explicó que el surgimiento de la innovación se explica por la existencia de factores que promovieron o limitaron su desarrollo:

- El factor político, porque el desarrollo de la innovación depende de la voluntad y la coyuntura política de cada momento histórico. Además, se debe contar con la oportunidad para poder implementar las prácticas propuestas.
- El factor humano, pues para innovar se requiere personal organizado, motivado y calificado para impulsar o proponer iniciativas de innovación.
- El factor económico, que determina el grado de complejidad y la posibilidad de diseñar y ejecutar la innovación en el país.

Las personas están en el centro del proceso de innovación. Generan las ideas y el conocimiento que impulsan la innovación, y luego aplican dicho conocimiento que resulta en tecnologías, productos y servicios en el lugar de trabajo y en toda la sociedad. No solo depende de una educación formal suficiente y adecuada, sino del desarrollo de una amplia gama de habilidades, y de ofrecer a las personas la oportunidad de utilizar estas habilidades. (OCDE 2010)

En igual sentido, existen tipos de innovación, como:

- Institucional (Renovación o creación de instituciones)
- Organizacional (Introducción de nuevos procedimientos de trabajo o técnicas de gestión)
- Proceso (Introducción de mejoras en la calidad de prestación de servicios)
- Conceptual (Introducción de nuevas formas de gobernanza. ONU (2006)

De igual manera, existen dimensiones en la innovación, que se manifiesta en:

- Productos (Introducción de nuevos productos)
- Servicios (Introducción de nuevas formas de prestación de servicios)
- Procesos (Introducción de nuevas formas de diseño del proceso organizacional)
- Posición (Introducción de nuevo contexto o usuarios)
- Estrategia (Introducción de nuevas metas o propósitos en la organización)
- Gobernanza (Introducción de nuevas formas de participación ciudadana e instituciones democráticas)
- Retórica (Introducción de nuevos lenguajes y conceptos. Hartley (2005)
- Hartley (2006) precisa que la innovación tiene la siguiente tipología:
- Innovación en productos: Nuevos productos.
- Innovación en servicios: Nuevas formas de prestación de servicios a los usuarios.

- Innovación en los procesos: Nuevas formas de diseño de procesos en la organización.
- Innovación en la posición: Nuevos contextos o usuarios.
- Innovación estratégica: Nuevas metas o propósitos de la organización.
- Innovación en los acuerdos de gobernanza: Nuevas formas de participación de los ciudadanos y las instituciones democráticas.
- Innovación retórica: Nuevo lenguaje y nuevos conceptos.

### **5.2.2 Prototipo de solución.**

El prototipo de solución al problema público identificado “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) se sustenta en el ámbito normativo, mediante la implementación de una Directiva para la implementación del Plan Complementario de Salud sujeto a copago para los hijos mayores de dieciocho (18) y menores de veintiocho (28) años, siempre que sean solteros sin hijos, dependientes económicamente del titular, que carezcan de renta; y que sigan en forma ininterrumpida educación básica regular; educación superior no universitaria o educación superior universitaria de pregrado, con matrícula mínima semestral así como a los padres del personal policial y en el ámbito tecnológico, en la implementación de un Plan de Desarrollo de Software. Para efectos de elaborar y proponer la propuesta de mejora se ha aplicado el APA, es decir, adaptabilidad, practicabilidad y aceptabilidad que constituye una metodología reconocida y validada en la PNP para resolver problemas, la cual es enseñada en los cursos de Estado Mayor tanto de nuestra institución como de las FFAA y que se encuentra recogida en el Manual de Estado Mayor del Oficial PNP y FFAA, así como la metodología del árbol de medios y la lluvia de ideas.

### **Aspecto normativo**

Es menester precisar que el Decreto Legislativo Nro 1174 Ley de Aseguramiento de los Fondos de Salud de la PNP a cargo de la IAFA SALUDPOL en su artículo 3, precisa que son beneficiarios del sistema de salud además del personal policial, el o la cónyuge o conviviente en unión de hecho declarada conforme a Ley, los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo y padres del personal policial comprendido en el inciso a) del presente artículo, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento respectivo.

Que el reglamento de la norma líneas arriba citada, les otorga cobertura médica a aquellos hijos cuyas edades oscilen entre dieciocho (18) y veintiocho (28) años, existiendo las condiciones que sea de estado civil soltero y que no tengan hijos, que dependan de las economías del titular, sin compromisos de rentas; y que estén cursando estudios ininterrumpidamente en cualquier nivel educativo, desde básica hasta universitario de pregrado con matrícula semestral, así como los padres del personal policial comprendido en el numeral 19.1.1 que no cuenten con otro sistema de protección de salud como ESSALUD, Sanidades de las Fuerzas Armadas o de otras IAFAS públicas registradas en la SUSALUD, **pero sujeta dicha atención a un copago**. El artículo 26 de dicho reglamento se refiere a los Planes Complementarios de SALUDPOL que se financian con prestaciones de salud no cubiertas por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud a los beneficiarios comprendidos en los puntos 3 y 7 del numeral 19.2 del artículo 19, (entiéndase hijos en que existiendo las condiciones que sea de estado civil soltero y que no tengan hijos, que dependan de las economías del titular, sin compromisos de rentas; y que estén cursando estudios ininterrumpidamente en cualquier nivel educativo, desde básica hasta universitario de pregrado con matrícula semestral), mediante copagos establecidos según los resultados de los estudios matemáticos actuariales efectuados para tal fin.

Por lo que atendiendo a que dicha norma establece la obligatoriedad de establecer Planes Complementarios de SALUDPOL para los hijos mayores de dieciocho (18) y menores de veintiocho (28) años, existiendo las condiciones que sea de estado civil soltero y que no tengan hijos, que dependan de las economías del titular, sin compromisos de rentas; y que estén cursando estudios ininterrumpidamente en cualquier nivel educativo, desde básica hasta universitario de pregrado con matrícula semestral así como para los padres del personal policial; sujetos a copago, es decir al contarse con Viabilidad Legal y existir la imperiosa necesidad de superar el terrible desabastecimiento de medicinas, material biomédico, fármacos; necesidad de superar la obsolescencia de los equipos

médicos, las brechas de equipamiento e infraestructura para poder brindar un servicio de salud de calidad óptima al personal de policial y sus derechohabientes que según información del portal web de SALUDPOL, son 444,638 beneficiarios, de los cuales 223,677 son personal policial titular y 220, 961 son esposas, hijos o padres de personal policial; como cambio innovador se ha diseñado una directiva para implementar el sistema de copago por parte del personal policial que voluntariamente desee afiliar a los derechohabientes obligados al copago de acuerdo a la edad de los mismos y al grado del titular atendiendo a la escala diferenciada de sueldos que se percibe, el cual se materializará mediante un aporte deducible de la remuneración consolidada a efectivizarse por la Dirección de Economía PNP para su posterior transferencia como recursos directamente recaudados a favor de la Dirección de Sanidad PNP, que permitirá un monto tope anual de 30,000 soles por cada núcleo familiar asegurado por año, el cual se activará cuando la atención es de alto costo según la escala definida tomando como referencia el tope de la remuneración consolidada del titular, entre otras consideraciones que se precisan en el proyecto de directiva que se adjunta y presenta.

### Gráfica del Prototipo de Solución Planteada

<b>Medio involucrado</b>	<b>Cambio innovador para lograr el medio</b>	<b>¿Quién es el responsable el cambio?</b>	<b>¿Cuáles son las actividades necesarias para el logro del cambio?</b>
Estructura del Sistema de Salud Policial y la IAFA-SALUDPOL	Desarrollo de Sistemas administrativos del Sistema de Salud Policial con instrumentos de gestión estructurados y articulados con la IAFA-SALUDPOL	DIRSAPOL y la IAFA SALUDPOL	Elaboración de Planes Estratégicos, en concordancia con los Presupuestos. Planes Operativos Institucionales, Presupuestos Públicos y Planes Anuales de Adquisiciones y Contrataciones en coordinación con los Presupuestos Públicos (PIM) La capacitación a través de diplomados en Planeamiento Estratégico y Operativo, Presupuesto y Logística. Contratación de personal CAS con competencia y experiencia en planeamiento estratégico y operativo.
Presupuesto Público	Recursos económicos y financieros suficientes para que la DIRSAPOL administre de manera óptima, recursos directamente recaudados	DIRSAPOL	Realización de un estudio matemático actuarial. Modificatoria del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial
Acciones de Control Interno	Realización de Auditorías en forma	OCI-MININTER,	Implementación de un Comité de Control Interno en la IAFA

<p>Acciones de Control Externo: Auditorías Externas</p>	<p>periódica por parte del OCI-MININTER e implementación de un Sistema de Control Interno en la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL</p>	<p>IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL</p>	<p>SALUDPOL. Implementación de un Plan de Gestión de Riesgos. Implementación de un Comité de Control Interno en la DIRSAPOL. Implementación de un Plan de Gestión de Riesgos. Programación y ejecución de Auditorías de Cumplimiento, Auditorías Financieras y de Desempeño todos los años de la IAFA SALUDPOL por parte del OCI-MININTER Instauración de procesos administrativos disciplinarios y sancionadores, penales y civiles contra los funcionarios públicos responsables de conductas que ocasionen grave perjuicio a la salud de los 444, 638 beneficiarios del sistema de salud policial</p>
<p>Convenios</p>	<p>Convenio interinstitucional eficiente entre la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL y Tarifario Médico Completo y con costos reales</p>	<p>IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL</p>	<p>Reestructuración del Convenio Interinstitucional entre la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL tomando como referencia el Convenio similar existente entre el FOSEP Y COSALE, FOSMAR y la DIRSAMAR.  Contratación de personal médico especialista en elaboración de Cartera de Servicios y Tarifario Médico para elaboración de estos instrumentos de manera eficaz y eficiente. Contratación de servicio de elaboración de estudio matemático actuarial y de costos de la Cartera de Servicios y Tarifario Médico de la Sanidad PNP para la determinación del costo real de cada uno de los servicios que presta la Sanidad PNP.</p>

Fuente: Elaboración Propia

## CAPÍTULO III

### LA VIABILIDAD DE LA MEJORA

#### a. **Análisis de viabilidad organizacional**

**Política:** El comando de la Policía Nacional representado por el Comandante General de la PNP ha evidenciado clara voluntad de apoyo al personal policial y a su bienestar.

El mejoramiento del sistema de salud del personal policial a través de la inyección de recursos económicos convertidos en recursos directamente recaudados provenientes del aporte facultativo voluntario de los titulares a favor de sus hijos y padres conforme precisa el artículo 26 del Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, bien podría elevar la moral policial, la fidelización institucional y el rendimiento profesional de los mismos para con la misión encomendada a la PNP.

Necesariamente esta motivación extrínseca positiva puede incidir en actitud proactiva del personal policial e influir en su rendimiento profesional y contribuir en la reducción de la victimización, percepción de inseguridad y elevar la confianza en la PNP.

**Capacidad:** Las competencias asignadas al Comandante General de la PNP en atención a sus atribuciones previstas en el Decreto Legislativo Nro 1267 Ley de la PNP, su reglamento y modificatorias le permiten emitir la directiva propuesta e implementar dicha innovación que mejorará el servicio de salud prestado a los derechohabientes, evitando el colapso organizacional, funcional y financiero del sistema de salud PNP.

#### b. **Análisis de viabilidad económica**

La implementación del sistema de salud sujeto a copago será solventado por el aporte deducible voluntario del personal policial que afilie a los derechohabientes mencionados en el artículo 26 del Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, lo que permite colegir que los 33,000 soles que costaría la implementación del Plan de Desarrollo del Software para la automatización del sistema provendría de los recursos directamente recaudados provenientes de dichos aportes voluntarios y por tratarse de un proceso menor a 8 UITs se sujetará a las disposiciones internas que regulan la contratación de bienes y servicios iguales o menores al monto indicado.

Atendiendo a que el proyecto de directiva que regulará el sistema de copago de salud a favor de los derechohabientes mencionados en el artículo 26 del Decreto Supremo Nro 002-

2015-IN, establece que la aportación para la cobertura de salud de un hijo mayor de 18 años pero menor de 50, es de 25 soles; y por progenitor entre 55 a 59 años, es de 25 soles por cada uno, suponiendo que un titular afilie a un hijo mayor de 18 años pero menor de 50 años y a sus dos padres entre 55 a 59 años, es decir haga un aporte de 50 soles por sus dos padres; lo que haría un total de 75 soles, debiendo tomarse en cuenta que este programa entraría en vigencia cuando se tenga un mínimo de 10,000 afiliados.

Ello nos permite hacer un cálculo que si 10,000 titulares afiliaran a tres derechohabientes de las características indicadas, en forma mensual se obtendría la suma de 750,000 soles mensuales por concepto de recursos directamente recaudados que ingresaría al presupuesto de la Unidad Ejecutora Nro 020-Sanidad PNP y si lo multiplicamos por año, nos da como resultado una inyección de recursos económicos en beneficio de los usuarios del sistema de salud afiliados de 9 millones de soles al año, que podrían emplearse en adquisición de equipos y material médico, mantenimiento de los ya existentes, inversión en bienes de capital, en infraestructura, medicinas e insumos médicos, etc, en beneficio de los 444,638 beneficiarios del sistema de salud PNP, así como el 7% de los 9 millones de soles puede utilizarse en gastos administrativos, que ascienden a 630,000 soles serían utilizados en gastos como adquisición de software, mobiliario, pago de servicios, etc, lo que mejoraría la gestión administrativa de manera integral y la atención de los beneficiarios.

Con relación al impacto de la implementación del Plan Complementario de Salud sujeto a copago para los hijos de 18 a 28 años y 2 padres cuyas edades fluctúen entre los 55 y 59 años, poniendo como ejemplo que el titular asegurase a un hijo y sus dos padres sólo originaría un aporte de S/ 75 mensual deducible de la remuneración del personal policial en actividad, disponibilidad y retiro previa autorización de descuento, que en forma anual solo representa un aporte de 900 soles al año, **lo cual evidentemente no afecta la economía del personal policial sino más garantiza a bajo costo la cobertura de salud de sus derechohabientes.** Si calculamos que 10,000 titulares afiliaran a tres derechohabientes de las características indicadas, en forma mensual se obtendría la suma de 750,000 soles mensuales por concepto de recursos directamente recaudados que ingresaría al presupuesto de la Unidad Ejecutora Nro 020-Sanidad PNP y si lo multiplicamos por año, nos da como resultado una inyección de recursos económicos en beneficio de los usuarios del sistema de salud afiliados de 9 millones de soles al año que podrían emplearse en adquisición de equipos y material médico, mantenimiento de los ya existentes, inversión en bienes de capital, en infraestructura, medicinas e insumos médicos, etc, en beneficio de los 444,638 beneficiarios del sistema de salud PNP.

**c. Análisis de viabilidad normativa**

La innovación propuesta, a través de la Directiva propuesta, está prevista en el artículo 26 del Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, que establece que debe implementarse un sistema de salud sujeto a copago para la existencia de un Plan Complementario de Salud para la cobertura de los hijos mayores de 18 y menores de 28 y sus padres, por tanto, el cumplimiento de las normas legales no originará cambio normativo sino más bien cumplimiento de dispositivos legales vigentes desde el 2015.

**d. Análisis de impacto en la salud del beneficiario**

La implementación de esta innovación permitirá elevar los niveles de satisfacción de los beneficiarios del servicio de salud PNP ya que al contarse con mayores recursos económicos obtenidos mediante los aportes facultativos de los titulares provenientes de sus remuneraciones/pensiones y por ende que éste sea un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y la disponibilidad de financiamiento en forma directa mediante recursos directamente recaudados a favor de la DIRSAPOL hará menos dependiente a la Sanidad PNP económica y financieramente de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, cuya gestión es deficiente a la luz de la investigación efectuada.

El impacto en la salud del personal policial y sus derechohabientes será positivo ya que se colige razonablemente que la incorporación de 9 millones de soles año a favor del presupuesto de la Unidad Ejecutora Nro 20- Sanidad PNP en condición de Recursos Directamente Recaudados (RDR) permitirá la adquisición de medicinas, equipos, instrumental médico, reactivos; el mantenimiento de equipos; contratación de especialistas médicos, etc, aunado a la mejora de la gestión y sistemas administrativos.

### Gráfica de Indicadores de Desempeño

CAMBIO INNOVADOR	¿QUIÉN DESARROLLARÁ EL CAMBIO?	ACTIVIDADES	¿CUÁL ES EL COSTO POR ACTIVIDAD?	¿CUÁL ES EL PLAZO A IMPLEMENTAR?	¿CUÁL ES EL INDICADOR POR ACTIVIDAD?
Desarrollo de Sistemas administrativos del Sistema de Salud Policial con instrumentos de gestión estructurados y articulados con la IAFA-SALUDPOL	DIRSAPOL y la IAFA SALUDPOL	Elaboración de Planes Estratégicos Elaboración de Presupuestos Planes Operativos Institucionales, Presupuestos Públicos y Planes Anuales de Adquisiciones y Contrataciones. La capacitación a través de diplomados en Planeamiento Estratégico y Operativo. Contratación de personal CAS con competencia y experiencia en planeamiento estratégico y operativo.	Consultoría 33,000.00 soles  Consultoría 10,000.00 soles  Convenio para capacitación con expertos de una universidad de Prestigio	30 días hábiles  20 días hábiles  10 días hábiles  60 días hábiles	Informe de Consultoría  Informe de Estudio y Estado Mayor  Informe de Consultoría  Planes Administrativos y de Gestión  Proyecto de Convenio  Capacitaciones
Recursos económico y financiero suficiente para que la DIRSAPOL administre de manera óptima, recursos directamente recaudados	DIRSAPOL	Realización de un estudio matemático actuarial. Modificatoria del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud del Personal Policial	Consultoría 15,000.00 soles.  Consultoría 10,000.00 soles Proceso modificación normativa	60 días hábiles  20 días hábiles	Balance económico financiero  Documento de modificatoria de la ley  Convenio firmado por las partes
Realización de Auditorías en forma periódica por parte del OCIMININTER e implementación de un Sistema de Control Interno en la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL	OCIMININTER, IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL	Implementación de un Comité de Control Interno en la IAFA SALUDPOL. Implementación de un Comité de Control Interno en la IAFA SALUDPOL. Implementación de un Comité de Control Interno en la DIRSAPOL. Programación y ejecución de Auditorías de Cumplimiento, Auditorías Financieras y de Desempeño todos los años de la IAFA SALUDPOL. Instauración de procesos administrativos disciplinarios y sancionadores, penales y civiles contra los funcionarios públicos responsables de conductas que ocasionen grave perjuicio a la salud de los 444, 638 beneficiarios del sistema de salud Policial	Consultoría 2,000.00 soles.  Contrato de compra y venta 4000,000.00 soles.  Transferencia de conocimientos 20,000.00 soles.	20 días hábiles  100 días hábiles  30 días hábiles	Resolución de conformación del Comité  Plan de Gestión de Riesgos  Informe de auditoría  Informe de Absolución de Observaciones e Implementación de Recomendaciones
Convenio interinstitucional eficiente entre la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL y Tarifario Médico Completo y con costos reales	IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL	Reestructuración del Convenio Interinstitucional entre la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL tomando como referencia el Convenio similar existente entre el FOSEP, COMSALE, FOSMAR y la DIRSAMAR	Consultoría 2,000.00 soles.	20 días hábiles	Resolución Del convenio  Nuevo Convenio Entre Saludpol y Dirsapol



Tabla

**Análisis cuantitativo de viabilidad del cambio**

Tipo y subtipo de viabilidad		Valores presentados	Valor obtenido por la propuesta presentada
<b>Viabilidad económica</b>		1 = La organización no puede costear la innovación propuesta 2 = La organización puede costear la innovación propuesta, aunque con dificultades 3 = La organización puede costear la innovación propuesta sin dificultades	2
<b>Viabilidad normativa</b>	<b>Ámbito</b>	1 = Fuera del ámbito de intervención de la organización 2 = Dentro del ámbito de intervención de la organización, pero con algunas restricciones 3 = Dentro del ámbito de intervención de la organización	2
	<b>Dificultades</b>	1 = La propuesta implica un cambio normativo importante y de alto nivel 2 = La propuesta implica un cambio normativo de nivel medio 2 = La propuesta no implica un cambio normativo importante	2
<b>Viabilidad Organizacional</b>	<b>Política</b>	1 = En desacuerdo las principales autoridades de la organización 2 = A favor en un nivel medio las principales autoridades de la organización 3 = A favor en un nivel alto las principales autoridades de la organización	2
	<b>Capacidad</b>	1 = La organización no tiene la capacidad para desarrollar la propuesta 2 = La organización tiene una capacidad de nivel medio para desarrollar la propuesta 3 = La organización tiene una capacidad de nivel alto para desarrollar la propuesta	2
			<b>Total = 10</b>

## CUADRO DE IMPACTO DE MEJORA PROPUESTA

	<b>RESULTADO</b>	<b>EFECTO</b>
<b>Impacto económico</b>	Podría generar nuevos ingresos para el comando de salud de la PNP, un mínimo de 9 millones de soles al año en condición de RDR al presupuesto de la Unidad Ejecutora Nro 020-Sanidad PNP para su administración directa para el sistema de copago del Plan Complementario de Salud para hijos y padres se incorporará como.	El efecto será positivo, al contarse con mayor cantidad de recursos económicos se podrá realizar la contratación de especialistas para las enfermedades más comunes, adquisición de equipos, material médico, medicinas y su mantenimiento en forma oportuna y suficiente
<b>Impacto organizativo</b>	La cultura organizacional de la PNP asimilará la necesidad de implementar el Plan Complementario de Salud sujeto a copago previsto en el artículo 26 del Decreto Supremo Nro 002-2015-IN	Elevará los índices de la calidad de atención, se traducirá en la mejora de la gestión administrativa y del servicio de salud que presta la Dirección de Sanidad PNP
<b>Impacto normativo</b>	La directiva a implementarse, asegura el cumplimiento del Decreto Supremo Nro 002-2015-IN	El efecto será positivo, se eliminará desviaciones de cumplimiento y/o observaciones por parte del Órgano de Control por incumplimiento de Decreto Supremo Nro 002-2015-IN.
<b>Impacto en el beneficiario</b>	Mejora en la calidad y efectividad del sistema de salud PNP	La percepción del personal de la PNP, mejorará el bienestar y la salud del personal policial y sus derechohabientes. Elevando la credibilidad en el comando policial y la fidelización del personal con la institución.

## Conclusiones

Se ha determinado que la gestión de los recursos provenientes del 6 % de la remuneración consolidada que el Estado aporta a favor de la PNP, cuya administración se encuentra a cargo de la IAFA SALUDPOL en base a las evidencias presentadas e investigación realizada es deficiente; existiendo un alto grado de insatisfacción del personal policial y sus derechohabientes por el servicio de salud que reciben por parte de la Dirección de Sanidad Policial.

Se ha establecido que la Dirección de Sanidad PNP no cuenta al interior de su organización con sistemas administrativos eficientes ni articulados ni menos con instrumentos de gestión como Planes Estratégicos, Planes Operativos, Presupuestos, Plan de Adquisiciones de Bienes, Servicios y Obras que permitan la incorporación, utilización y ejecución eficiente y oportuna de los recursos económicos provenientes del 6 % de la remuneración consolidada que mediante reembolso por las prestaciones de salud recibe de la IAFA-SALUDPOL.

Ha quedado evidenciado que el Convenio Interinstitucional entre la IAFA SALUDPOL y DIRSAPOL 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.

Se ha determinado que para el reembolso de las prestaciones de salud prestadas por la DIRSAPOL por parte de la IAFA SALUDPOL se recurre a un Petitorio/Tarifario Médico y Cartera de Servicios incompleto, desactualizado y que no refleja los costos reales de las diferentes prestaciones de salud, creando que los costos operativos del sistema de salud PNP no sean cubiertos.

Se ha determinado que la IAFA SALUDPOL no ha realizado a la fecha, los estudios matemáticos necesarios para determinar la sostenibilidad de los fondos intangibles provenientes del 6% de la remuneración consolidada ni para la implementación de los Planes Complementarios de Salud sujetos a copago que prevé el Decreto Legislativo 1174.

El proyecto elaborado constituye un aporte para mejorar la calidad de atención de salud en la PNP, optimizar el cúmulo de prestaciones de salud que se orientan de manera preventiva, promocional, recuperativa y/o de rehabilitación a la salud del personal PNP,

que deben ser prestadas eficientemente de manera equitativa, oportuna, de calidad y dignamente por medio de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) mediante el cumplimiento del Decreto Legislativo 1174 y su reglamento, y cumplimiento del Decreto Legislativo 1175 y su reglamento, con la incorporación de recursos directamente recaudados provenientes de los aportes voluntarios del personal policial que incorporen a hijos y padres como afiliados cuya atención de salud esté sujeta a copago por ley.

Dicha innovación que materializará el Plan Complementario de Salud a favor de hijos y padres con obligación legal de copago; permitirá de revertir la deficiente gestión de los recursos económicos provenientes del 6 % de la remuneración consolidada que el Estado aporta a favor de la salud del personal de la Policía Nacional del Perú cuya administración ha sido confiada a la **IAFA SALUDPOL**; se ha elaborado una propuesta innovadora que se sustenta en el medio “Presupuesto Público suficiente para que la DIRSAPOL administre de manera óptima, recursos directamente recaudados, en beneficio de personal PNP “, que tiene dos pilares, el primero, la implementación de una directiva institucional que implemente y regule el sistema de copago de salud voluntario del titular mediante un aporte deducible de su planilla de pago a favor de la Dirección de Sanidad que será administrado como recursos directamente recaudados para la cobertura de salud de sus hijos mayores de 18 y menores de 28, y para sus padres, en cumplimiento con el artículo Nro 26 del reglamento del Decreto Legislativo Nro 1174, Decreto Supremo Nro 002-2015-IN y el segundo pilar, la implementación de un software que permita identificar a los derechohabientes inscritos y con derecho a la cobertura de salud solventada por los aportes voluntarios del titular, sujeta a copago por parte de la Dirección de Sanidad PNP.

Los cambios innovadores desarrollados en el presente trabajo de investigación se sostienen bajo la premisa de un continuo del cambio organizacional en el mundo. La transformación institucional en materia de atención de salud acorde al contexto social, político y económico es necesaria y debería formar parte de la cultura organizacional de la PNP. La **viabilidad organizacional** tiene como base la predisposición del comando de la Policía Nacional representado por el Comandante General de la PNP, quien ha evidenciado clara voluntad de apoyo al personal policial y a su bienestar; la inyección de recursos económicos mediante recursos directamente recaudados provenientes del aporte facultativo voluntario de los titulares a favor de sus hijos y padres conforme precisa el artículo 26 del Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, elevará la moral policial, el desempeño profesional y la fidelización institucional de los mismos para con la misión encomendada a la PNP;

asimismo, el Comandante General de la PNP cuenta con facultades y competencias funcionales y legales previstas en el Decreto Legislativo Nro 1267 Ley de la PNP, su reglamento y modificatorias que le permiten emitir la directiva propuesta e implementar dicha innovación que mejorará el servicio de salud prestado a los derechohabientes, evitando el colapso organizacional, funcional y financiero del sistema de salud policial.

La implementación de esta **innovación, es financiera/económicamente viable**, ya que permitirá que la Dirección de Sanidad PNP reciba recursos económicos provenientes de los aportes voluntarios del personal PNP para solventar la atención de hijos mayores de 18 y menores de 28 y padres de titulares PNP tal como lo establece el artículo 26 del Decreto Legislativo Nro 1174; que serán incorporados a su presupuesto como Unidad Ejecutora Nro 20-Sanidad PNP como recursos directamente recaudados de interés público e intangible que permitirán su inversión en forma ágil y directa en la compra de medicamentos, fármacos, material biomédico, mantenimiento, reposición y adquisición de equipos, lo que beneficiará a todos los usuarios del sistema de salud que según información obtenida de la web de Saludpol ascienden a 444, 638, de los cuales 233,677 son titulares PNP y 220, 961 son esposas, hijos y padres.

La **innovación es normativamente viable**, debido a que el rango normativo de la directiva puede ser aprobado y puesto en marcha con la decisión del comando de la PNP, que cuenta con sustento legal previsto en el artículo 26 del Decreto Supremo Nro 002-2015-IN, que establece que debe implementarse un sistema de salud sujeto a copago para la existencia de un Plan Complementario de Salud para la cobertura de los hijos mayores de 18 y menores de 28 y sus padres, por tanto, el cumplimiento de las normas legales no originará cambio normativo sino más bien cumplimiento de dispositivos legales vigentes desde el 2015, por tanto, existe absoluta viabilidad jurídica para la implementación de esta innovación.

El impacto en el bienestar y salud del personal policial y sus derechohabientes afiliados será positivo, toda vez que la inyección de recursos económicos provenientes del aporte facultativo de los titulares, incorporados al presupuesto público de la Unidad Ejecutora Nro 020-Sanidad PNP como recursos directamente recaudados de interés público e intangible asegurará su utilización en el equipamiento y mantenimiento de equipos e instrumental médico, adquisición de medicinas, insumos médicos y demás insumos necesarios para que el sistema funcione de manera óptima y efectiva. Para efectos de medir el impacto de la innovación aplicada se recomienda la aplicación de una encuesta de

satisfacción por parte de una institución privada de reconocido prestigio y solvencia en el mercado.

En una evaluación posterior de la implementación de la innovación, es altamente probable que los efectos mostraran una tendencia óptima de las seis variables de la calidad de atención de salud.



## **Recomendación**

Que, el presente trabajo de investigación sea remitido por conducto regular a la Comandancia General de la Policía Nacional del Perú para la conformación de un equipo interdisciplinario para la implementación del cambio innovador a favor de la salud del personal policial y sus derechohabientes.

Que se promulgue y ponga en vigencia la Directiva propuesta para implementar el artículo 26 del reglamento del Decreto Legislativo nro 1174 y permitir que la Dirección de Sanidad reciba recursos económicos producto del aporte voluntario deducible de los titulares que afilien a sus derechohabientes sujetos a copago y asegurar estándares de eficiencia, eficacia y efectividad de la salud y bienestar de nuestro personal, incrementando sus niveles de fidelización con la Policía Nacional, elevando su moral y compromiso institucional, debiendo ir de la mano de la implementación del Plan de Desarrollo de Software que deberá ser compatible con el sistema que actualmente usa la Dirección de Sanidad para determinar la procedencia de la cobertura del sistema de salud sujeto a copago y mejorar el equipamiento médico, abastecimiento de medicinas y autofinanciar el sistema de salud policial sin depender exclusivamente de las transferencias económicas de la IAFA SALUDPOL y mejorar la articulación de los sistemas administrativos de Planeamiento, Presupuesto y Logística de la Sanidad PNP.

Promover mediante actividades de difusión, de sensibilización y académicas de una cultura de calidad y excelencia en atención de salud de la PNP, lo cual generará condiciones institucionales para generar un servicio de salud que otorgue bienestar; que eleve la moral; que fortalezca la pertenencia institucional y consolide fidelización del efectivo policial para con el comando y la institución; lo que redundará necesariamente en un mejor servicio policial, coadyuvando a reducir el índice delictivo, la victimización y la percepción de inseguridad.

## Bibliografía

Melo, González, Verástegui, & Rodríguez, (2015). La calidad del servicio: Caso UMF. *Conciencia Tecnológica*, (49), 39-45.

Heredia, F. Á. (2015). *Calidad y auditoría en salud*. Ecoe Ediciones.

RM García (2015) Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel

Grau Distrito de Chaclacayo 2013. [cybertesis.unmsm.edu.pe](http://cybertesis.unmsm.edu.pe)

Rivera, A (2016) Tesis para optar el título de médico cirujano en la Universidad Particular Ricardo Palma

Tinoco, R (2016) Tesis para optar el título de médico cirujano en la Universidad Particular Ricardo Palma

Gamarra, R (2016) Tesis para optar el título de médico cirujano en la Universidad Particular Ricardo Palma

Valverde, V (2016) Tesis para optar el título de médico cirujano en la Universidad Particular Ricardo Palma

### Referencias

El Comercio (2016) Situación de la Sanidad Policial

### Bibliografía

Informe de la Comisión de Priorización Sectorial y Reorganización de la Sanidad PNP y Saludpol (2016)

Plan Estratégico Institucional de la Dirección de Sanidad PNP 2015-2018

Plan Operativo Institucional de la Dirección de Sanidad PNP 2018

Tarifario Médico de la Sanidad PNP

Convenio Interinstitucional de la Dirección de Sanidad PNP y SALUDPOL

Decreto Legislativo Nro 1267 Ley de la PNP

Decreto Legislativo Nro 1174 Ley de SALUDPOL

Decreto Supremo Nro 002-2016-IN Reglamento del Decreto Legislativo Nro 1174

Decreto Legislativo Nro 1175 Ley del Régimen de Salud PNP

Decreto Supremo Nro 003-2016-IN Reglamento del Decreto Legislativo Nro 1175





**Anexo 01**  
**Encuesta Anónima**

La presente encuesta tiene por finalidad, conocer el nivel de satisfacción del personal PNP, sobre la calidad del servicio que presta el Hospital Central PNP, en tal sentido se solicita responder con objetividad y sinceridad, para fomentar las mejoras correspondientes.

Grado policial: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ TS en la PNP: \_\_\_\_\_

Unidad en la presta servicios: \_\_\_\_\_

Lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Durante el presente año, Ud., su esposa (o), hijo (s), padres, ¿han recibido atención médica en el HCPNP?  
SI ( ) NO ( )
2. ¿En qué especialidad? Menciónela: \_\_\_\_\_
3. ¿El personal auxiliar mostró interés en ayudarlo?  
SI ( ) REGULAR ( ) NO ( )
4. ¿El personal de enfermería mostró interés en ayudarlo?  
SI ( ) REGULAR ( ) NO ( )
5. ¿El médico se tomó el tiempo de escucharlo?  
SI ( ) REGULAR ( ) NO ( )
6. ¿El personal médico mostró interés en solucionar su problema de salud?  
SI ( ) REGULAR ( ) NO ( )
7. ¿Recibió la medicina en la farmacia PNP, recetada por el médico?  
SI ( ) PARCIALMENTE ( ) NO ( )

8. ¿Solicita Ud., el reembolso de gastos por la compra de medicamentos, medicinas, exámenes que no hay en stock o no son prestados por el HCPNP?
- SI ( )                      NO ( ) Si su respuesta es negativa, mencione el motivo:  
.....  
.....
9. ¿Esta Ud, de acuerdo con el sistema de reembolso de Saludpol o preferiría que el HCPNP le cubriese oportuna y directamente medicamentos, análisis y medicinas sin necesidad de efectuar trámite con tal fin?
- De acuerdo ( )    En desacuerdo ( )
10. ¿Recibió atención de e imaginología y radiodiagnóstico, cuando lo indicó el médico?
- SI ( )                      NO ( )
11. ¿Le realizaron los exámenes de laboratorio prescritos por el médico?
- SI ( )    PARCIALMENTE ( )                      NO ( )
12. ¿Se ha visto en la necesidad de realizarse exámenes médicos externamente?
- SI ( )    PARCIALMENTE ( )                      NO ( )
13. Durante su presencia y atención médica en el HCPNP, recibió un trato:
- Muy Bueno ( )    Bueno ( )                      Regular ( )                      Malo ( )                      Muy Malo ( )
14. ¿Luego del diagnóstico médico, recibió el tratamiento que conllevó a la curación de su problema de salud?
- SI ( )    PARCIALMENTE ( )                      NO ( )
15. ¿Encontró facilidad para programar la cita médica?
- SI ( )                      NO ( )
16. Tiempo de espera en la atención médica, fue:
- Corto ( )                      Mediano ( )                      Largo ( )

**17.** Durante el presente o año pasado, Ud., o un familiar directo (con derecho a la atención médica gratuita), ¿acudió a otro centro de salud diferente a la red de salud policial?

SI ( ) NO ( ) Si su respuesta es afirmativa, indique e motivo: .....

.....

**18.** ¿Tiene usted conocimiento que la atención integral para los integrantes de las FF.AA. es solo para el titular?

SI ( ) NO ( )

**19.** ¿Tiene usted conocimiento que el personal militar realiza aportes a su respectivo Fondo de Salud para la cobertura de esposa, hijos y padres?

SI ( ) NO ( )

**20.** Con la finalidad de mejorar la atención de calidad del servicio de salud, para usted y familiares directos (esposa, hijos y padres), ¿estaría dispuesto en aportar un monto mensual?

SI ( ) NO ( )

**21.** Mencione el fundamento o sustento de la respuesta anterior, sea negativa o afirmativa su respuesta.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Anexo 02

### **Entrevista al Jefe de Administración de la Dirección de Sanidad PNP coronel PNP Óscar Castillo Mendivis, oficial PNP con 36 años de servicios prestados en la PNP.**

Cargo: Jefe de Administración de la Dirección de Sanidad-Unidad Ejecutora Nro 020

1. Cuantos años de servicio tiene prestados a la PNP y que cargo desempeña
2. si la Unidad Ejecutora nro 020 cuenta con unidades de Planeamiento, Presupuesto, Tesorería y Logística, y con personal capacitado para que trabajen en forma articulada en dichos sistemas administrativos de acuerdo a disposiciones vigentes
3. Cuáles son las fuentes de financiamiento del servicio de sanidad y como se materializa la ejecución presupuestal en la adquisición de bienes y servicios
4. Si el tarifario medico de Sanidad PNP se encuentra actualizado en lo relacionado a costos y completo considerando todos los procedimientos médicos que presta la Dirsan
5. Si la unidad ejecutora nro 020 cuenta con Plan Estratégico Institucional, plan operativo institucional plan anual de contrataciones y cuadro de necesidades consolidado articulado con los desembolsos económicos de la IAFA SALUDPOL
6. Si la UE-20 cuenta con cuadro de necesidades consolidado y si dicho instrumento sirve para el requerimiento de desembolsos a la IAFA SALUDPOL
7. Si el convenio entre la dirección de sanidad y la IAFA SALUDPOL prevé el desembolso de prestaciones de salud, mantenimiento, reparación y adquisición de equipo, material e insumos médicos, así como infraestructura y medicamentos/farmacéuticos
8. Si tiene conocimiento que la IAFA SALUDPOL ha efectuado estudios matemáticos actuariales para determinar la sostenibilidad del fondo, si la UE-20 los ha requerido conforme lo establecen los dispositivos legales vigentes
9. Sí tiene conocimiento que la IAFA SALUDPOL haya efectuado estudios matemáticos actuariales para implementar los planes de salud específicos y complementarios sujetos a copago que establecen los dispositivos legales vigentes
10. Para Ud. que debilidades existen en los instrumentos de gestión y el convenio entre la Dirsan e IAFA-SALUDPOL que impiden la efectividad del servicio de salud PNP y la interacción entre ambas instituciones publicas

11. Para Ud. que fortalezas existen en la Dirsan para lograr la efectividad del servicio de salud PNP con el concurso de la IAFA SALUDPOL
12. Que recomendaciones de tipo legal, administrativo y financiero, etc propondría para mejorar la efectividad del servicio de sanidad PNP
13. Si tiene algo más que agregar a su entrevista.



### Anexos 3

### Validez del Cuestionario de Calidad de servicio

ITEM		JUECES										Acuerdos	V. Aike n	P	Valido o Modificado
		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10				
1	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
2	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
3	Coherencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Entendible	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
4	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
5	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
6	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
7	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	0.08	0.049	Válido
8	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
9	Coherencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Entendible	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
10	Coherencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Entendible	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	0.08	0.049	Válido
11	Coherencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Entendible	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
12	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
13	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
14	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
15	Coherencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Entendible	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
16	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
17	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
18	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
19	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	0.08	0.049	Válido
20	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Entendible	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
21	Coherencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Entendible	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
22	Coherencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Entendible	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	0.08	0.049	Válido
23	Coherencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Entendible	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido

## Anexo 4

### **DIRECTIVA Nro -2019-COMGEN-PNP-SEC**

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS APORTES FACULTATIVOS PARA SOLVENTAR EL SISTEMA DE SALUD SUJETO A COPAGO PROVENIENTE DE LA REMUNERACIÓN CONSOLIDADA DEL PERSONAL PNP EN ACTIVIDAD, DISPONIBILIDAD Y RETIRO QUE VOLUNTARIAMENTE AFILIE A SUS HIJOS MAYORES DE 18 A 28 AÑOS, SOLTEROS, SIN HIJOS, DEPENDIENTES DEL TITULAR Y QUE SIGAN ESTUDIOS SUPERIORES EN FORMA SATISFACTORIA Y PADRES QUE NO TENGAN OTRO SISTEMA DE SALUD PARA QUE OBTENGAN COBERTURA DE SALUD POR PARTE DE LA DIRECCION DE SANIDAD PNP

#### **I. OBJETO**

Dictar normas y procedimientos para la administración de los aportes facultativos, deducibles de la remuneración consolidada del personal policial en actividad, disponibilidad y retiro con pensión renovable que desee que sus hijos mayores de 18 a 28 años, solteros, sin hijos, dependientes del titular, que sigan estudios superiores en forma satisfactoria y padres que no tengan otro sistema de salud obtengan cobertura de salud por parte de la Sanidad PNP, a través del sistema de copago para solventar del plan de salud complementario que permita cubrir la atención de enfermedades, intervenciones quirúrgicas o accidentes que requieran hospitalización de alto costo por caso clínico en cumplimiento al artículo 26 del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley de Fondo de Aseguramiento de Salud de la PNP

#### **II. FINALIDAD**

- A. Establecer procedimientos administrativos para la afiliación, descuento por planilla del aporte facultativo del personal policial y transferencia de dichos recursos a la Unidad Ejecutoria Nro 020-Sanidad PNP
- B. Establecer procedimientos para la atención de los derechohabientes registrados por el titular con cobertura médica en las IPRESSPNP e Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) que tienen convenio con la IAFA SALUDPOL mediante el plan de salud

complementario sujeto a copago, por concepto de hospitalización de salud por caso clínico de alto costo, hasta un máximo de TREINTA MIL SOLES (S/ 30,000) a partir del beneficio, por doce meses, por familia, dentro el ámbito nacional.

- C. Controlar y auditar el uso de los recursos económicos provenientes de los aportes facultativos del personal PNP que en forma voluntaria afilia a sus derechohabientes en el marco de lo previsto por el artículo 26 del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley de Fondo de Aseguramiento de Salud de la PNP, el cual será efectuado por la Inspectoría General PNP, el órgano de Control Institucional de la PNP y la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)
- D. Delimitar responsabilidades administrativas, según corresponda.

### III. **BASE LEGAL**

- A. Constitución Política del Perú
- B. Ley General de Salud Nro 26842
- C. Ley Nro 27604 que modifica la Ley General de Salud
- D. Ley Nro 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- E. Decreto Legislativo Nro 1267 Ley de la Policía Nacional del Perú
- F. Decreto Supremo Nro 026-2017-IN Reglamento del Decreto Legislativo Nro 1267- Ley de la Policía Nacional del Perú.
- G. Decreto Legislativo Nro 1174 Ley de Fondo de Aseguramiento de Salud de la PNP
- H. Decreto Legislativo Nro 1175 Ley de Régimen de Salud de la PNP
- I. Decreto Supremo Nro 002-2015-IN Reglamento del Decreto Legislativo Nro 1174
- J. Decreto Supremo Nro 003-2015-IN Reglamento del Decreto Legislativo Nro 1175

### IV. **ALCANCE**

La presente directiva rige para todo el personal policial en actividad, disponibilidad y retiro con pensión renovable, que mediante aporte facultativo y deducible de su remuneración consolidada afilien a sus hijos mayores de 18 a 28 años, solteros, sin hijos, dependientes del titular, que sigan estudios superiores en forma satisfactoria y padres que no tengan otro sistema de salud en concordancia con el artículo 26 del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley de Fondo de Aseguramiento de Salud de la PNP para que cuenten con cobertura de salud por parte de la Dirección de Sanidad PNP.

### V. **NORMAS**

- A. El sistema de copago, es de carácter solidario y voluntario, creado sin fines de lucro; para financiar dentro del territorio nacional, la atención integral de salud de hijos mayores de 18 a 28 años, solteros, sin hijos, dependientes del titular, que sigan estudios superiores en forma satisfactoria y padres que no tengan otro sistema de salud.
- B. Dicho sistema de copago se encuentra previsto en el artículo 26 del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley de Fondo de Aseguramiento de Salud de la PNP, y es de carácter voluntario mediante inscripción directa y personal ante la Dirección de Sanidad de los derechohabientes con derecho y suscripción de la autorización de descuento de la planilla única de pagos por parte de la Dirección de Economía y Finanzas de la PNP, Dirección de Pensiones, Caja de Pensión Militar Policial, para la retención de dicho aporte y transferencia vía recursos directamente recaudados (RDR) a la Unidad Ejecutora Nro 020-Dirección de Sanidad PNP
- C. Los hijos y padres cuya condición se define líneas arriba progresivamente se afiliarán al Sistema de Salud con Copago, previa evaluación médica, mediante el pago de un aporte facultativo, deducible y copago, según lo recomiende el Estudio Matemático Actuarial (EMA) determinado para el caso.
- D. Los aportes facultativos serán determinados por la Unidad de Administración de la Dirección de Sanidad, previo Estudio Matemático Actuarial, el mismo que deberá ser actualizado cada dos (02) años.
- E. De acuerdo al Estudio Matemático Actuarial, el aporte mensual para el Sistema de Copago de los derechohabientes y familiares dependientes será cancelado por el titular mensualmente a través de la planilla única de pagos, quien solicitará a la Dirección de Economía y Finanzas de la PNP, Dirección de Pensiones, Caja de Pensión Militar Policial la retención de dicho aporte y transferencia vía recursos directamente recaudados (RDR) a la Unidad Ejecutora Nro 020-Dirección de Sanidad PNP, siendo responsabilidad del titular el cumplimiento de la aportación mensual como requisito indispensable para mantener el acceso al programa de salud y los derechos de atención cuando corresponda.
- F. En caso de fallecimiento del Titular, el familiar dependiente beneficiario continuará con los aportes facultativos mensuales por los familiares dependientes inscritos.
- G. En caso que el titular suspenda temporalmente su afiliación por diversos motivos podrá voluntariamente acogerse al programa, asumiendo el pago del aporte a través de aportes facultativos.

- H. El titular que no aporta más de TRES (03) meses consecutivos, se le suspenderán sus derechos en el Programa hasta la cancelación del monto adeudado, y en caso de incumplimiento del aporte por tiempo mayor a SEIS (06) meses consecutivos, perderá la inscripción de los mismos, sin derecho a devolución de las aportaciones.
- I. Los beneficios y cobertura que el Programa brinde, podrán ejecutarse al día siguiente de haberse cumplido el período de carencia correspondiente a 90 días calendarios, siempre que el titular se encuentre al día en el pago de sus aportes.
- J. El Programa de Salud sujeto al copago podrá destinar hasta el 7% de los ingresos anuales para autofinanciar el presupuesto de gastos administrativos y de funcionamiento del programa, previa aprobación de la Dirección de Sanidad de la PNP.
- K. El aporte facultativo del titular a favor de los derechohabientes, es determinado de acuerdo al Estudio Matemático Actuarial que se realiza para garantizar el funcionamiento del Programa.
- L. Los recursos económicos y aportes que reciba la Dirección de Sanidad adquieren la condición de naturaleza pública, teniendo el carácter de intangible e inembargable. Su uso será empleado exclusivamente para financiar la Atención Integral de Salud de los beneficiarios.
- M. La Dirección de Sanidad a través de sus IPRESS y aquellas con las que tenga convenio será responsable del cumplimiento de la atención de salud según los estándares internacionales y las guías clínicas aprobadas a favor de todos los pacientes inscritos en el Programa indicado hasta por el máximo de TREINTA MIL SOLES (S/30,000) a partir del beneficio, por doce meses, por familia.

## VI. **PROCEDIMIENTO**

- A. Para ser beneficiarios del sistema de salud PNP se deberá estar registrado en la base de datos de la Dirección de Sanidad y estar al día en sus aportes de conformidad al artículo 26 del Decreto Legislativo Nro 1174 Ley de Fondo de Aseguramiento de Salud de la PNP
- B. Someterse a un examen médico integral en la Sanidad PNP y no estar incurso en las exclusiones de afiliación al mismo.
- C. Contar con código de paciente activo perteneciente al Programa Copago y carné de afiliado que le permitirá acceder a su atención de salud. El aporte mensual será de

acuerdo al siguiente detalle, el mismo que a partir de los 50 años sufrirá un incremento en relación directa con la edad del beneficiario (hijo o padre)

### **MONTOS PARA AFILIACIÓN SEGURO**

<b>Beneficiario mayor de edad hasta los 64 años</b>	<b>Oficiales/ Técnicos y Suboficiales</b>
Familiar menor de 50 años	S/ 15.00
Familiar mayor de 50 a 54 años	S/ 20.00
Familiar mayor de 55 a 59 años	S/ 25.00
Familiar mayor de 60 a 64 años	S/ 30.00
Familiar de 64 años previamente inscrito	S/ 35.00

D. El titular, ante un caso clínico de alto costo, hará conocer al Hospital PNP, que su familiar está inscrito en el programa para los trámites administrativos y de ser el caso obtener la carta de garantía. Los titulares o familiares que no informen o generen la Carta de Garantía para la atención respectiva en un plazo de 72 horas contados desde el ingreso a la hospitalización o en su defecto antes de la alta médica en caso de hospitalización sea menor a 72 horas, no obtendrán el beneficio de reembolso de gastos.

<b>Grado</b>	<b>Monto</b>
Teniente General	S/ 1,600
General	S/ 1400
Coronel	S/ 1,200
Comandante	S/ 1000
Mayor	S/ 1000
Capitán	S/ 900
Teniente	S/ 800
Alférez	S/ 800
Suboficial Superior	S/ 800
Suboficial Brigadier	S/ 800
Suboficial Técnico de primera	S/ 800
Suboficial Técnico de segunda	S/ 800

Suboficial Técnico de tercera	S/ 800	E. El programa brinda una cobertura
Suboficial de primera	S/ 600	
Suboficial de segunda	S/ 600	
Suboficial de tercera	S/ 600	

máxima de S/ 30,000 por grupo familiar afiliado. La renovación se realizará de la siguiente forma:

- S/ 30,000 cada 12 meses, en caso no se haya consumido la totalidad de la póliza en los 12 meses contados desde la activación del programa. La póliza será renovada en la misma fecha en que el grupo familiar obtuvo su activación.
- S/ 30,000 pasado los 12 meses luego de la obtención del último beneficio para aquellos que consuman la totalidad de la póliza
- En caso se exceda los S/30,000, la diferencia la asumirá el titular, mediante pago en efectivo, con cheque o medio electrónico por su totalidad y en una sola armada; caso contrario se le descontará dicho monto a través de su planilla de pago y no podrá hacer uso del Programa hasta la cancelación del monto de deuda.

F. Para determinar cuándo un caso clínico es de alto costo se ha elaborado el presente cuadro:

<b>Grado</b>	<b>Monto</b>
<b>Teniente General</b>	<b>S/ 1,600</b>
<b>General</b>	<b>S/ 1400</b>
<b>Coronel</b>	<b>S/ 1,200</b>
<b>Comandante</b>	<b>S/ 1000</b>
<b>Mayor</b>	<b>S/ 1000</b>
<b>Capitán</b>	<b>S/ 900</b>
<b>Teniente</b>	<b>S/ 800</b>
<b>Alférez</b>	<b>S/ 800</b>
<b>Suboficial Superior</b>	<b>S/ 800</b>
<b>Suboficial Brigadier</b>	<b>S/ 800</b>
<b>Suboficial Técnico de primera</b>	<b>S/ 800</b>

<b>Suboficial Técnico de segunda</b>	<b>S/ 800</b>
<b>Suboficial Técnico de tercera</b>	<b>S/ 800</b>
<b>Suboficial de primera</b>	<b>S/ 600</b>
<b>Suboficial de segunda</b>	<b>S/ 600</b>
<b>Suboficial de tercera</b>	<b>S/ 600</b>

G. El programa no cubrirá los siguientes tratamientos y/o gastos derivados y/o relacionado y/o consecuencia de:

- No se brindará financiamiento económico por gastos de atención médica hospitalaria a derechohabientes que no estén afiliados, en periodo de carencia o que no estén al día en sus aportes.
- Enfermedades preexistentes, es decir, enfermedades, dolencias, patologías o condiciones de salud originadas antes de la afiliación al programa.
- Cirugías estéticas, plásticas y/o reconstructivas con fines cosméticos.
- Tratamientos odontológicos de ortodoncia, prótesis dentales e implante dental o cualquier procedimiento con fines estéticos.
- No se cubren cirugías odontológicas, cirugía bucal ni alteraciones de la articulación temporomandibular, cráneo y los músculos, nervios u otros tejidos en esa articulación.
- Adquisición de lentes de contacto, anteojos, lentes intraoculares o intervenciones quirúrgicas para corrección de defectos de refracción visual y/o queroplastia. No se cubren monturas, cristales, lágrimas naturales.
- Prótesis ortopédicas externas y/o prótesis articulares internas(traumatología) así como suministro de muletas, silla de ruedas.
- Otras prótesis externas, como aparatos auditivos apéndice auricular, globo ocular y extremidades, ni audífonos para sordera.
- No se cubrirá dispositivos implantes de naturaleza médica o electrónica de uso interno comprendido en las clases II y III de la FDA.
- Dispositivos para columna, incluye el acto quirúrgico cuyo fin único sea implantarlo; del grupo de separadores interespinosos o vertebrales (coflex, coflex-F, Diam, DCI y similares) procedimientos mínimamente invasivos ablativos para

columna con químicos, laser o radiofrecuencia; nucleopatía, rizotomía o neurolisis, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna.

- Prótesis endovasculares, stentes, cáteres, válvulas cardíacas, injertos vasculares, marcapasos cardíacos o material para ablación cardíaca, coils y/o clips para malformaciones vasculares.
- Válvulas cerebrales o ventriculoperitoneales
- Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas causadas por legítima defensa
- Enfermedades y tratamientos que resulten por el uso o adicción a drogas y/o estupefacientes de cualquier tipo, consumo excesivo de alcohol en forma crónica, lesiones por embriaguez o influencia de drogas, lesiones por automedicación.
- Lesiones sufridas causadas por participación en deportes y/o actividades peligrosas, como; la inmersión submarina (pesca, buceo, canotaje, kayak, etc.) snowboarding, rugby, montañismo, ala delta, bungee, paracaidismo, puenting, parapente, cacería, carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas; participación como piloto o acompañante en otras carreras de velocidad, entrenamiento o resistencia.
- Accidentes de tránsito cubiertos por el SOAT
- Lesiones sufridas en viajes aéreos como piloto, tripulante, pasajero, en aeronaves no pertenecientes a líneas regulares con vuelos e itinerarios establecidos o cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros.
- Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías por esterilización, fertilización, anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.
- Cualquier trastorno causado por consumo de medicamentos o fármacos sin prescripción médica.
- Costos de atención por aborto provocado o intento de aborto no terapéutico
- Diálisis o hemodiálisis como tratamiento de insuficiencia renal crónica. Solo se cubrirá como parte de insuficiencia renal aguda.
- Gastos por concepto de compra de sangre, plasma y hemoderivados, salvo materiales, implementos y exámenes que justifiquen su uso.
- Gastos de evacuación y tratamiento fuera del territorio nacional
- Terapia con células madres, terapia de medicina alternativa o complementaria, acupuntura, homeopatía, etc.

- Tratamientos médicos y/o quirúrgicos efectuados en centro médicos extra institucionales sin autorización previa
- Trasplante de órganos o tejidos.
- Medicamentos y/o tratamientos usado con fin placebo
- Pruebas auxiliares y tratamientos médicos, psicológicos y/o psiquiátricos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento, electroencefalograma para cefaleas o problemas de memoria o atención, curas de reposo o de sueño
- Inmunoestimulantes, vacunas del esquema de vacunación nacional
- Suplementos alimenticios, complementos nutricionales, leches o fórmulas maternizadas, farmaconutrientes, productos de propiedad antiasténicas, reconstituyentes, energizantes, anabólicos, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales, vitaminas o minerales salvo que no existan en laboratorio
- Medicamentos para osteopenia y/o osteoporosis
- Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias, hemangiomas), escleroterapia de varices.
- Medicamentos para el climaterio, menopausia y sus consecuencias
- Tratamientos, estudios o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Cirugía por diástasis de los músculos rectos abdominales.
- Ginecomastia y gigantomastia; cirugía de corrección de pectum excavatum
- Vasectomía y bloqueo tubario
- Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, termómetros, tensiómetros, respirador o ventilados mecánicos, pulsioxímetros, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, etc.
- Productos de higiene personal, cosméticos, dermocosméticos, humectantes, exfoliantes y bloqueadores solares.
- Gastos por tratamientos de enfermedades cubiertas en forma gratuitas por el MINSA como la tuberculosis en cualquiera de sus formas, infección por el virus de VIH o Sida, Hepatitis B y C, Malaria, etc.
- Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas conocidas, salvo en caso de aquellos hijos cuyo nacimiento fue amparado por el programa y que fueran incluidos en el mismo dentro del plazo máximo de treinta (30) días calendario. No se cubre lesiones, enfermedades, defectos o complicaciones congénitas o no

congénitas derivadas de inseminación artificial y/o tratamiento de infertilidad. No se cubren estudios o pruebas genéticas.

- No se cubre ningún tipo de cáncer
- No se cubre tratamiento ambulatorio
- No se cubre cirugías ambulatorias.
- No se cubre atención en IPRESS Privadas(clínicas) salvo aquellas consideradas como Prioridad I o II previa comunicación dentro de las 72 horas.
- No se cubre tratamientos y/o procedimientos que no deriven de la causa básica que motivo la hospitalización.

## **VII. DISPOSICIONES FINALES**

- A. A la entrada en vigencia del presente programa se afiliará únicamente a los hijos y en un plazo de 3 años se podrá afiliar a los padres del titular.
- B. Los hijos y padres del titular deberán someterse a un examen médico integral para su afiliación al programa de copago, en caso que padezcan VIH y algún tipo de cáncer no podrán afiliarse a este tipo de cobertura médica, sino que podrán afiliarse a otro tipo de seguro médico sujeto a copago que cubrirá enfermedades oncológicas, VIH, etc., que pronto se implementará.
- C. Las desafiliaciones no dan lugar a la devolución de los aportes.
- D. La reafiliación es el acto mediante el cual el personal policial desafiliado solicita el reingreso de sus hijos y padres cuya cobertura se encuentre prevista en el artículo 26 de Decreto Supremo Nro 002-2015-IN Reglamento del Decreto Legislativo Nro 1174 y que deberá ponerse al día en sus aportes facultativos.
- E. Solamente podrá reafiliarse el personal beneficiario que renunció voluntariamente al Programa COPAGO, siempre y cuando su caso sea evaluado y aprobado por la Dirección de Sanidad PNP.
- F. Para todo tipo de atención ambulatoria, es decir consultas, el hijo o padre del titular afiliado al presente sistema de salud sujeto a copago pagarán 20 soles por concepto de consulta, en caso de internamiento o emergencia no se pagará consulta, pero si se deberá estar al día en los aportes para contar con la cobertura de salud y haber superado el periodo de carencia.
- G. La cobertura del seguro copago ascenderá al 80 % del procedimiento médico que se efectuó y el 20% restante será cubierto por el titular.

- H. El personal que renunció voluntariamente como beneficiario al Programa COPAGO y que desee reingresar, deberá nivelarse en los aportes que le correspondió pagar el tiempo que estuvo desafiado en su totalidad.
- I. El programa entrara en funcionamiento previa aprobación de la presente norma y con un mínimo de 10,000 titulares afiliados.
- J. La cobertura del programa será:
- Hospitalización de alto costo
  - Apoyo al diagnóstico y tratamiento del paciente hospitalizado.
    - Laboratorio
    - Radiología
    - Anatomía patológica
    - Tomografía
    - Medicina nuclear
    - Medicinas que se encuentre en el Petitorio PNP y obtenidas mediante COPAGO por la DIRSAN PNP
    - Hospitalizaciones para tratamiento médico y/o quirúrgico en las diversas especialidades
    - Evacuaciones. Solo en casos excepcionales que por su gravedad lo ameriten, previa autorización del jefe del programa y auditoría médica dentro del territorio nacional
- K. El programa solo cubrirá los gastos en medicamentos que figuren en el Petitorio único de la DIRSAN PNP y obtenidos por COPAGO; en caso de reembolsos por medicamentos que la DIRSAN PNP no adquiriera, se reconocerán medicamentos genéricos y aquellos en que la receta se consigne DENOMINACION COMÚN INTERNACIONAL(DCI)



## Anexo 06

---

### Requerimientos de usuario

---

Proyecto: **001-2019-TI-HPNP**

**Servicio Web**

**Implementación del Seguro Copago**

---

### Identificación del documento

Rol	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaboración	Augusto Tiravanti	Ríos Documentador	01/03/2019	
Revisión				

Aprobación

---

### Historial de cambios

Versión	Autor	Descripción	Fecha

---



## Introducción

El presente documento muestra la lista de reglas de negocio, las cuales condicionarán y dirigirán el proceso del Servicio Web para la Implementación del Seguro Copago.

### 1.1 Propósito

El propósito de este documento es describir con detalle el conjunto de las reglas del negocio, los cuales deberán cumplirse obligatoriamente para la correcta gestión del Servicio Web para la Implementación del Seguro Copago.

### 1.2 Alcance

Las reglas de negocio descritas involucran todo el proceso de Gestión del Servicio Web para la Implementación del Seguro Copago.

### 1.3 Definiciones, siglas y abreviaturas

Se definen los siguientes términos para mejor interpretación del contenido de este documento:

- **Usuario:** Puede ser los beneficiarios o derechohabientes con derecho.

### 1.4 Referencias

#### 1 Definiciones

Las reglas de negocio describen las políticas, normas, operaciones, definiciones y restricciones presentes que son de vital importancia para alcanzar los objetivos; y que sirven de guía para los trabajadores de negocio y los profesionales de TI en las siguientes tareas:

- Expresar las reglas claras, concisas y bien estructuradas.
- Aclarar la lógica de negocio.
- Mejorar la comunicación acerca de las reglas de negocio entre la parte de negocio y de tecnología de la información(TI)

#### 2 Reglas de Negocio

### 3.1 Regla RS-001: Validación de Usuario

Regla RS-001	
<b>Nombre</b>	Validación de Usuario
Entradas/Parámetros	Número documento (DNI)
Validaciones	Número de documento será validado por el servicio web. No puede validar un DNI que no existe en la base de datos del HNP. No puede validar un DNI que no existe en la RENIEC. No puede validar un DNI de una persona fallecida.
Salidas/Acciones	
Normativa	DL 1174 art 3 y DS 002-2015-IN arts 19.3,19.7 y 26
Interesados	Usuario del Hospital PNP e IPRESS PNP

### 3.2 Regla RS-002: Derechohabiente

Regla RS-002	
<b>Nombre</b>	Derechohabiente
Entradas/Parámetros	
Validaciones	El servicio debe permitir validar al derechohabiente por su número de documento. El servicio debe permitir validar los beneficios aprobados por normativa. El servicio debe permitir verificar si el usuario derechohabiente no cuenta con un seguro vigente.
Salidas/Acciones	
Normativa	DL 1174 art 3 y DS 002-2015-IN arts 19.3,19.7 y 26
Interesados	Usuario del Hospital PNP e IPRESS PNP

### 3.3 Regla RS-003: Afiliación

Regla RS-003	
<b>Nombre</b>	Afiliación
Entradas/Parámetros	
Validaciones	El servicio debe permitir verificar y validar si el usuario

	<p>derechohabiente, está afiliado para poder acceder al seguro.</p> <p>El servicio debe permitir verificar y validar si el usuario derechohabiente tiene el plan de cobertura adecuado y aprobado según normativa vigente.</p>
Salidas/Acciones	
Normativa	DL 1174 art 3 y DS 002-2015-IN arts 19.3,19.7 y 26
Interesados	Usuario del Hospital PNP e IPRESS PNP

### 3.4 Regla RS-004: Pagos

Regla RS-004	
<b>Nombre</b>	Pagos
Entradas/Parámetros	
Validaciones	<p>El servicio debe permitir validar y verificar el pago de las cuotas mensuales según su plan de cobertura.</p> <p>El servicio debe permitir verificar si se han realizado el pago de los aportes mínimos para poder acceder a su primera atención del seguro.</p> <p>El servicio debe permitir verificar y validar si el tipo de atención presenta alguna excepción, este deberá informar que el usuario derechohabiente debe realizar el pago de la atención.</p> <p>El servicio debe emitir alerta en caso que no se cumpla con la cobertura, para el cobro respectivo.</p>
Salidas/Acciones	
Normativa	DL 1174 art 3 y DS 002-2015-IN arts 19.3,19.7 y 26
Interesados	Usuario del Hospital PNP e IPRESS PNP

### 3.5 Regla RS-005: Deuda

Regla RS-005	
<b>Nombre</b>	Deuda
Entradas/Parámetros	
Validaciones	El servicio debe emitir alertas si el usuario

	derechohabiente mantiene deudas que le impida acceder al seguro. El servicio debe permitir verificar si el titular que afilió al beneficiario/derechohabiente ha actualizado el pago de sus cuotas atrasadas.
Salidas/Acciones	
Normativa	DL 1174 art 3 y DS 002-2015-IN arts 19.3,19.7 y 26
Interesados	Usuario del Hospital PNP e IPRESS PNP

### 3.6 Regla RS-006: Cobertura

Regla RS-006	
<b>Nombre</b>	Cobertura
Entradas/Parámetros	
Validaciones	El servicio debe permitir verificar y validar su tipo de atención según su plan de cobertura. El servicio debe permitir verificar y validar las restricciones del plan de cobertura.
Salidas/Acciones	
Normativa	DL 1174 art 3 y DS 002-2015-IN arts 19.3,19.7 y 26
Interesados	Usuario del Hospital PNP e IPRESS PNP

### 3.7 Regla RS-007: Tarifario

Regla RS-007	
<b>Nombre</b>	Tarifario
Entradas/Parámetros	
Validaciones	El servicio debe validar y verificar el tipo de usuario por su grupo etario, para la asignación del tarifario y su posterior cálculo.
Salidas/Acciones	
Normativa	DL 1174 art 3 y DS 002-2015-IN arts 19.3,19.7 y 26
Interesados	Usuario del Hospital PNP e IPRESS PNP

### 3.8 Regla RS-008: Servicio de atención

Regla RS-008	
<b>Nombre</b>	Servicio de atención
Entradas/Parámetros	
Validaciones	El servicio debe permitir intercambiar datos, obteniendo el detalle de la atención ambulatoria.  El servicio debe permitir intercambiar datos, obteniendo el detalle de la atención por emergencia y/o hospitalización.
Salidas/Acciones	
Normativa	DL 1174 art 3 y DS 002-2015-IN arts 19.3,19.7 y 26
Interesados	Usuario del Hospital PNP e IPRESS PNP

### 3.9 Regla RS-009: Liquidación

Regla RS-009	
<b>Nombre</b>	Liquidación
Entradas/Parámetros	
Validaciones	El servicio debe permitir generar la liquidación para el pago respectivo por parte del usuario si en caso no es caso crítico de alto costo  El servicio debe permitir determinar si dicha atención de caso crítico de alto costo no excede los S/ 30,000 y si no ha sido utilizada más de una de vez en el año (12 meses)
Salidas/Acciones	
Normativa	DL 1174 art 3 y DS 002-2015-IN arts 19.3,19.7 y 26
Interesados	Usuario del Hospital PNP e IPRESS PNP

### 3.1 Regla RS-010: Registro

Regla RS-010	
<b>Nombre</b>	Registro
Entradas/Parámetros	
Validaciones	El servicio debe verificar que las atenciones generadas y

	cubiertas se almacenan lógicamente en su totalidad.
Salidas/Acciones	
Normativa	DL 1174 art 3 y DS 002-2015-IN arts 19.3,19.7 y 26
Interesados	Usuario del Hospital PNP e IPRESS PNP

### 3.1 Regla RS-011: Descuento

Regla RS-011	
<b>Nombre</b>	Descuento
Entradas/Parámetros	
Validaciones	El servicio debe permitir intercambiar datos, con la finalidad de verificar y validar que se estén realizando los descuentos aprobados por el usuario.
Salidas/Acciones	
Normativa	DL 1174 art 3 y DS 002-2015-IN arts 19.3,19.7 y 26
Interesados	Usuario del Hospital PNP e IPRESS PNP

**Anexo 07**

---

**Modelamiento de Procesos**

---

Proyecto: **001-2019-TI-HPNP**  
**Servicio Web**  
**Implementación del Seguro Copago**

---

**Identificación del documento**

<b>Rol</b>	<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>	<b>Fecha</b>	<b>Firma</b>
------------	---------------	--------------	--------------	--------------

Elaboración	Jhon Requena	Documentador	01/03/2019	
-------------	--------------	--------------	------------	--

Revisión				
----------	--	--	--	--

Aprobación				
------------	--	--	--	--

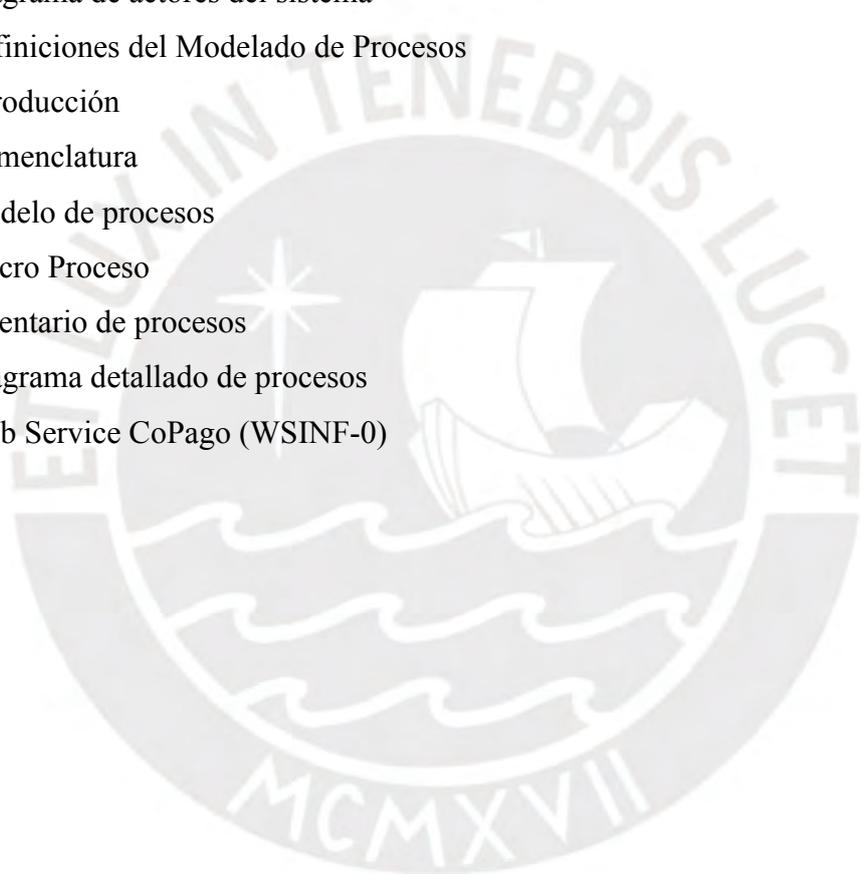
---

**Historial de cambios**

<b>Versión</b>	<b>Autor</b>	<b>Descripción</b>	<b>Fecha</b>
----------------	--------------	--------------------	--------------

## CONTENIDO

1.	Introducción	2
1.1.	Propósito	2
1.2.	Alcance	2
1.3.	Definiciones, siglas y abreviaturas	2
2.	Modelo Contextual	2
2.1.	Actores de Negocio	2
2.2.	Diagrama de actores del sistema	2
3.	Definiciones del Modelado de Procesos	2
3.1.	Introducción	2
3.2.	Nomenclatura	2
4.	Modelo de procesos	2
4.1.	Macro Proceso	2
4.2.	Inventario de procesos	2
4.3.	Diagrama detallado de procesos	2
4.3.1.	Web Service CoPago (WSINF-0)	2



## 1. Introducción

El presente documento ilustra los procesos que se deben llevar a cabo, enfocándose únicamente en los procesos que comprenden el alcance del Servicio Web y están delimitados por los requerimientos funcionales detallados en el documento de requerimientos de software.

### 1.1 Propósito

El presente documento tiene como objetivo mostrar los procesos del Servicio Web hasta el nivel de detalle necesario para comprender el funcionamiento de los principales procesos.

### 1.2 Alcance

El presente documento tiene como alcance describir los procesos del Servicio Web, los cuales servirán como apoyo para el entendimiento del proyecto frente a las oficinas involucradas.

### 1.3 Definiciones, siglas y abreviaturas

Se definen los siguientes términos para mejor interpretación del contenido de este documento:

## 2. Modelo Contextual

### 1.1 Actores de Negocio

A continuación, se presenta un cuadro que describe las responsabilidades de los actores con respecto a su intervención en los procesos del alcance e implementación del sistema.

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>
Usuario de HPNP	Es el actor que tendrá acceso al sistema de información que consumirá el Servicio Web para la validación el Seguro CoPago.
Titular	Es el actor que accederá a los servicios de atención de salud.
Derecho Habiente	Es el actor que accederá a los servicios de atención de salud.

## 1.2 Diagrama de actores del sistema

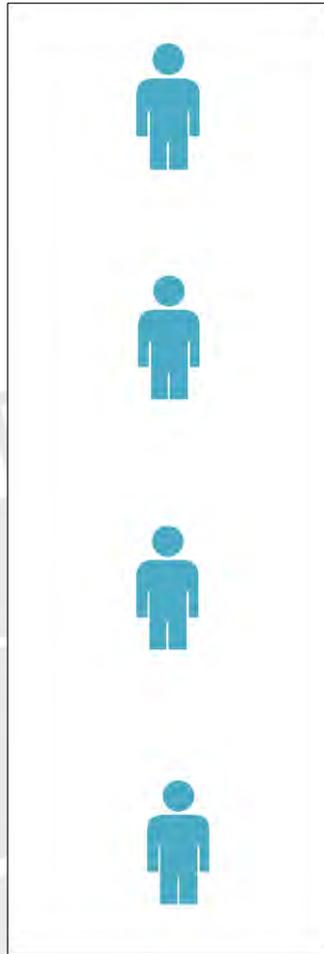


Figura 01: Diagrama de Actores.

### 3. Definiciones del Modelado de Procesos

#### 2.1 Introducción

La metodología utilizada ha incluido un conjunto de actividades para identificar los procesos actuales y realizar una propuesta de rediseño, asimismo dicha metodología se realizará basado en BPM donde se representa los procesos de negocio a través de una vista dinámica, que muestra funciones, datos, productos y actores.

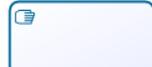
## 2.2 Nomenclatura

A continuación, se presenta una tabla con las descripciones de los elementos usados en el modelamiento conceptual realizado.

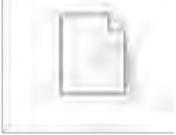
Concepto	Descripción
Macroproceso	Agrupación de procesos de una organización.
Proceso	Conjunto de actividades que realiza una organización, mediante la transformación de unos insumos, para crear, producir y entregar sus productos, de tal manera que satisfagan las necesidades de sus clientes.
SubProceso	Subdivisión de un proceso que cuenta con sus propios objetivos, dueños y responsables. Está compuesto por actividades, decisiones, entradas y salidas.
Actividad	Agrupación de Tareas que hace parte de un Proceso.
Tarea	Parte de una Actividad.
Entrada	Recursos necesarios para el desarrollo del proceso.
Salida	Resultado concreto que genera un proceso para alcanzar su objetivo más inmediato. Puede ser un bien, un servicio, cambios en calidad, cambios de eficiencia, etc.
Actores	Intervinientes en un proceso.

A continuación, se presenta la nomenclatura de la notación que se ha utilizado en cada uno de los diagramas de proceso.

Acción	Descripción	Notación
Inicio	Como su nombre lo indica, representa el punto de inicio de un proceso.	
Fin	Indica cuando un proceso termina.	
Inicio con mensaje	Un proceso activo envía un mensaje a otro proceso específico para activar su inicio.	
Temporizador	Esta figura representa un mecanismo de retraso dentro del proceso. Este tiempo puede ser definido en una Expresión	

	o como parte de la información del proceso (Fecha o duración en cualquier unidad de tiempo).	
Condicional	Esta figura representa un evento intermedio dentro del proceso. Este control puede ser definido en una Expresión o como parte de la información del proceso (Condicional).	
Terminador	Es el fin del proceso. Solo existe uno por flujo. Si el proceso alcanza este evento, éste será cerrado.	
Cancelación	Este tipo de fin es usado dentro de un subproceso de transacción. Éste indicará que la transacción debe ser cancelada y causará un evento Intermedio de Cancelación adjunto a la frontera del subproceso.	
Error	Esta figura se usa para capturar errores, si están definidos o no. Todos los threads activos actualmente en un subproceso particular son en consecuencia terminados. El error será tomado por un evento intermedio de error con el mismo nombre, que está en la frontera de la actividad pariente más cercana.	
Reporte	Constituye un mensaje derivado de un procedimiento o actividad específica, al concluir el proceso.	
Tarea de Operador	Acción humana a ser realizada en determinada cantidad de tiempo.	
Tarea de Rol	Acción que usa algún tipo de servicio, puede ser un servicio Web o una aplicación automática.	
Tarea de Recepción	Consiste en la recepción de un mensaje que se produce cuando la tarea ha sido realizada.	
Tarea de Envío	Es la derivación de un mensaje cuando el procedimiento o tarea ha sido ejecutada.	
Script	Acción automática, sin interacción humana, por la cual el servidor ejecuta un comando.	
Manual	Este tipo de tarea no requiere de apoyo externo de ninguna aplicación o de algún motor de ejecución de procesos.	

Subproceso	Es una actividad inmersa dentro de un procedimiento, conformado por una serie de pasos que perfilan el proceso de manera más fina y exacta.	
Subproceso Múltiple	Esta propiedad del subproceso permite la creación de instancias múltiples. Cada instancia representa una relación 1-N dentro del proceso. Subprocesos múltiples aplican sólo para procesos no embebidos. Subproceso Múltiple.	
Decisión Exclusiva	Decisión basada en datos del sistema. El mismo elemento se usa para sincronizar esta figura. Decisión Exclusiva	
Decisión Paralela	Indica puntos en el proceso en el que varias ramas se desprenden o convergen en paralelo. El mismo elemento se usa para sincronizar esta figura. Decisión Paralela.	
Evento Intermedio	Evento intermedio indica cuando sucede algo en algún lugar entre el inicio y el fin de un proceso	
Evento Intermedio de Captura	Esta figura representa un evento intermedio dentro del proceso. Este evento no debe tener transacciones de salida o flujos de entrada. Este evento nos indica la continuación en alguna parte del proceso.	
Evento Intermedio de Lanzamiento	Esta figura representa un evento intermedio dentro del proceso. Este evento nos indica que debe seguir en alguna parte del proceso.	
Tarea de Usuario	Es una tarea de “flujo de trabajo” donde un humano realiza una tarea que tiene que ser completada en cierta cantidad de tiempo utilizando el sistema, se usa cuando el trabajo durante el proceso no puede ser descompuesto en un nivel más fino dentro del flujo. Tarea de usuario donde interviene el sistema. Proceso del sistema se encuentra establecido con fondo color naranja.	
Tarea de Servicio	Una Tarea de Servicio es una tarea que usa algún tipo de servicio del sistema, que podría ser un servicio Web o una aplicación automática. Tarea de Servicio donde interviene el sistema. Proceso del sistema se encuentra establecido	

	con fondo color naranja.	
Objetos de Datos	Proporcionan información acerca de los documentos, datos y otros objetos que se utilizan y actualizan durante el proceso. Si bien el nombre de "objeto de datos" puede implicar un documento electrónico, se puede utilizar para representar muchos tipos diferentes de objetos, físicos y electrónicos.	
Depósito de datos	Un depósito de datos ofrece a las actividades un mecanismo para consultar o actualizar información almacenada que persistirá más allá del alcance del proceso.	

#### 4. Modelo de procesos

##### 3.1 Macro Proceso

Este diagrama muestra el diagrama de proceso a un nivel 0.

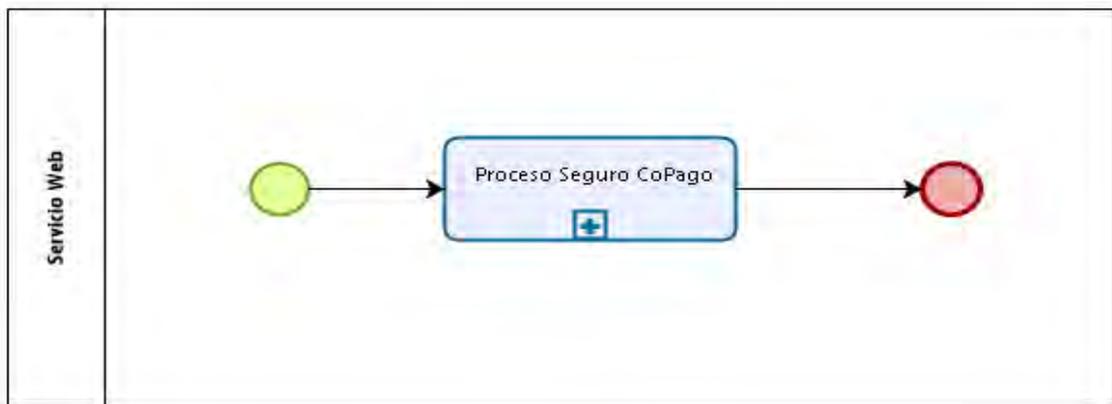


Figura 02: Servicio Web – Seguro CoPago

### 3.2 Inventario de procesos

A continuación, se presenta los procesos identificados:

Código	Proceso
WSINF-0	Web Service Copago.
WSINF-1	Seguro Copago.

### 3.3 Diagrama detallado de procesos

A continuación, se muestra el diagrama en general, que posteriormente se detallara cada proceso respectivamente:

#### 4.3.1. Web Service Copago (WSINF-0)

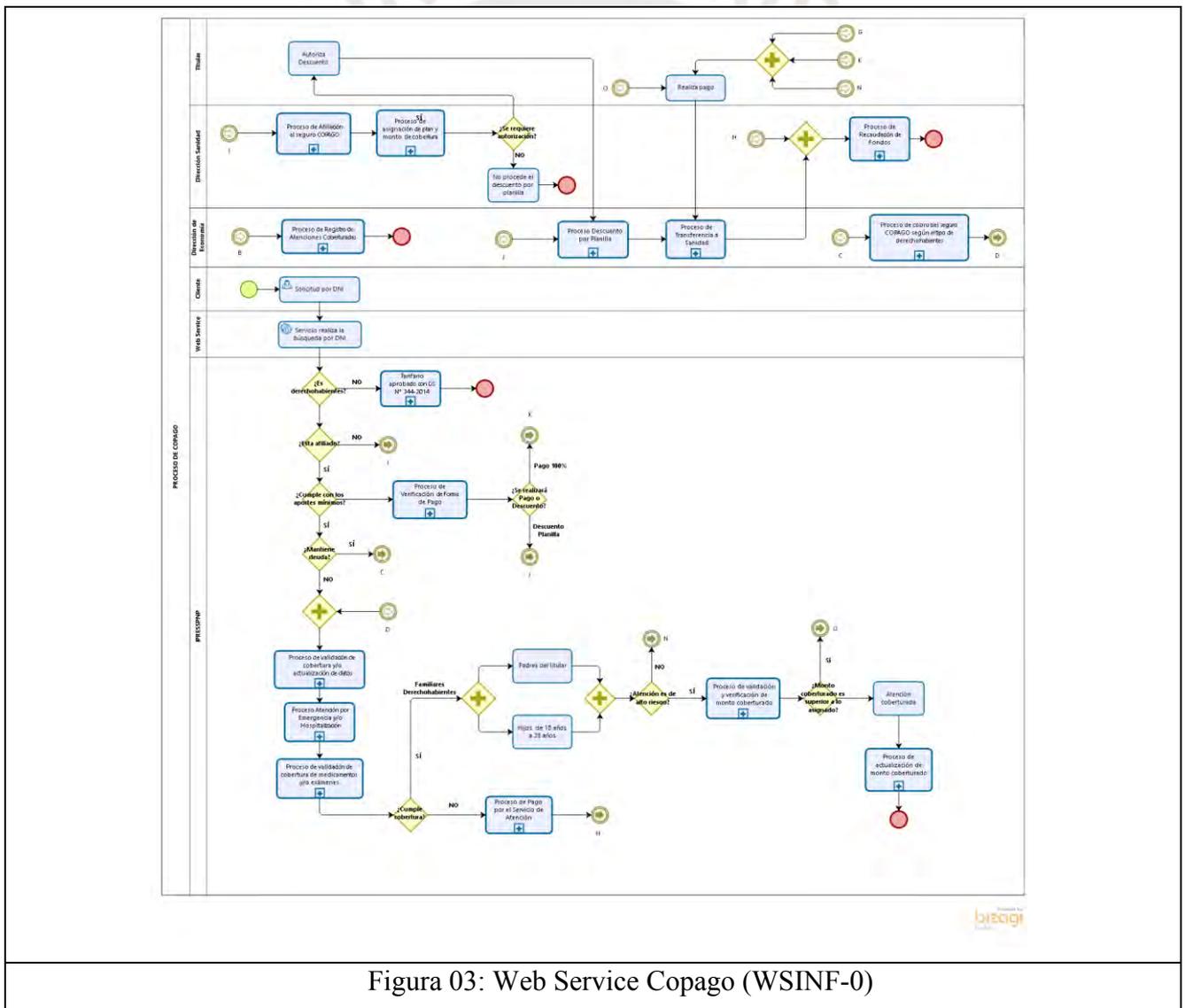


Figura 03: Web Service Copago (WSINF-0)

## Anexo 08

---

### Arquitectura de Software

---

Proyecto: **001-2019-TI-HPNP**  
**Servicio Web**  
**Implementación del Seguro Copago**

---

#### Identificación del documento

Rol	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaboración	Augusto Tiravanti	Ríos	Documentador	01/03/2019

Revisión

Aprobación

---

#### Historial de cambios

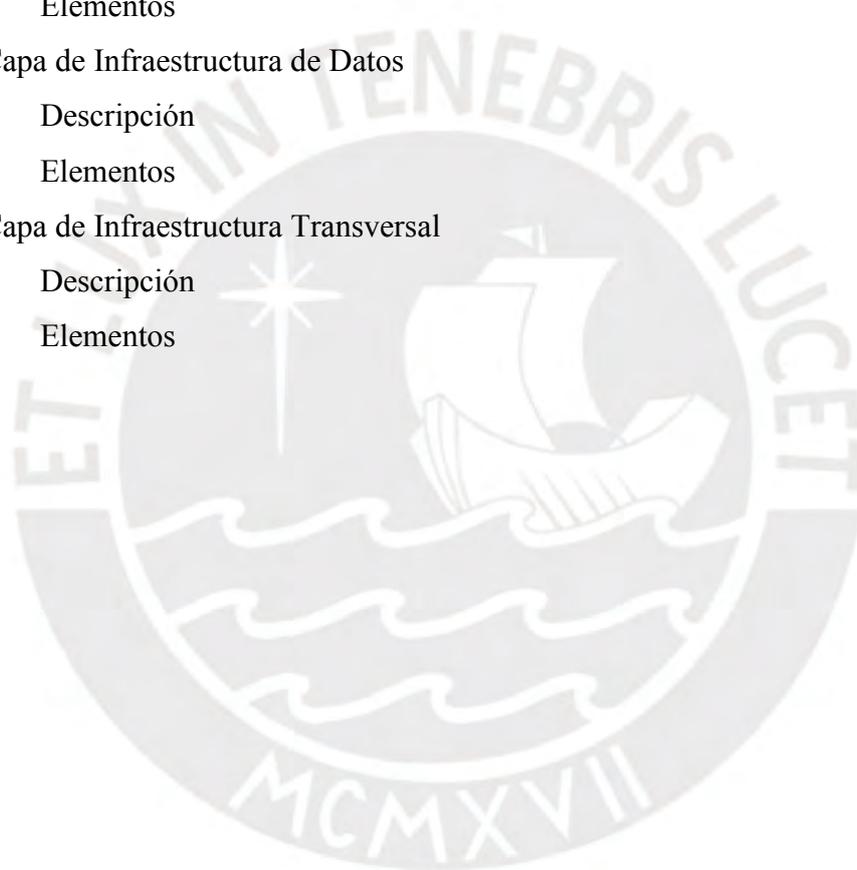
Versión	Autor	Descripción	Fecha
---------	-------	-------------	-------



## Tabla de Contenido

<b>1.</b>	<b>144</b>	
1.1	Propósito	2
1.2	Objetivo	2
1.3	Definiciones y abreviaturas	2
1.4	Alcance	2
<b>2.</b>	<b>146</b>	
2.1	Arquitectura de Software	2
2.2	Domain Driver Desing - DDD	2
<b>3.</b>	<b>147</b>	
3.1	Funcionalidad	2
3.2	Fiabilidad	2
3.3	Usabilidad	2
3.4	Eficiencia	2
3.5	Mantenibilidad	2
3.6	Portabilidad	2
<b>4.</b>	<b>150</b>	
4.1	Descripción de las capas de la Arquitectura	2
4.1.1	Capa de Presentación	2
4.1.2	Capa de Servicios Distribuidos	2
4.1.3	Capa de Aplicación	2
4.1.4	Capa de Dominio	2
4.1.5	Capa de Infraestructura de Persistencia de Datos	2
4.1.6	Capa de Infraestructura Transversal	2
4.2	Características	2
4.2.1	Orientada a Dominio	2
4.2.2	Separación de responsabilidades entre componentes	2
4.2.3	Arquetipo Aplicación web	2
<b>5.</b>	<b>152</b>	
5.1	Restricciones	2
<b>6.</b>	<b>153</b>	
6.1	Presentación	2
6.1.1	Descripción	2

6.1.2	Elementos	2
6.2	Capa de Servicios Distribuidos	2
6.2.1	Descripción	2
6.2.2	Elementos	2
6.3	Capa de Aplicación	2
6.3.1	Descripción	2
6.3.2	Elementos	2
6.4	Capa de Dominio	2
6.4.1	Descripción	2
6.4.2	Elementos	2
6.5	Capa de Infraestructura de Datos	2
6.5.1	Descripción	2
6.5.2	Elementos	2
6.6	Capa de Infraestructura Transversal	2
6.6.1	Descripción	2
6.6.2	Elementos	2
7.	154	



## 1. Introducción

La arquitectura de software considera los factores involucrados en el desarrollo de software, a fin de garantizar el cumplimiento de los requerimientos funcionales y técnicos a ser implementados. Define la línea base de su desarrollo, organización, integración, seguridad, confiabilidad, rendimiento, escalabilidad y uso. Forma la columna vertebral para su construcción y en gran medida es responsable de garantizar el cumplimiento de los atributos de calidad.

El presente documento esquematiza y describe una visión general de la arquitectura de software del Servicio Web. Explica el propósito, alcance, definiciones, abreviaturas y referencias. Asimismo, describe la representación de la arquitectura considerando la descripción de las capas y sus características; identifica las metas y restricciones arquitectónicas, estructura lógica y vista física.

### 1.1 Propósito

Este documento de arquitectura de software tiene como propósito brindar una visión comprensible de la arquitectura general del Servicio Web, utilizando diferentes vistas de la arquitectura para ilustrar diferentes aspectos del mismo.

### 1.2 Objetivo

Especificar la arquitectura de software a ser usada para el desarrollo del Servicio Web en términos arquitectónicos y de diseño de acuerdo a los requerimientos funcionales y técnicos definidos en los Términos de Referencia (TDR) del proyecto.

Está dirigido a los stakeholders implicados en el proceso de desarrollo, considerando el equipo técnico y funcional.

Es la principal fuente de información técnica para iniciar la implementación de la plataforma y la integración de sus componentes; incluyendo las consideraciones técnicas para su despliegue y puesta en operación del observatorio en referencia.

### 1.3 Definiciones y abreviaturas

- **CSS**: Hojas de estilo en cascada (Cascading Style Sheet).
- **DDD**: Diseño guiado por el dominio (Domain Design Driven)

- **DI:** Inyección de dependencias (Dependency Injection).
- **DTO:** Objeto de transferencia de datos (Data Transfer Object).
- **HTML:** Lenguaje de marcas de hipertexto (HyperText Markup Language).
- **IoC:** Inversión de control (Inversion of Control).
- **ORM:** Mapeo objeto-relacional (Object-relational mapping).
- **UI:** Interfaz de usuario (User Interface).
- **WCF:** Fundación de comunicaciones de Windows (Windows Communication Foundation).

#### **1.4 Alcance**

Este documento presenta la arquitectura en la cual estará basado el Servicio Web, considerando el marco teórico asociado, esquematiza la distribución detallada de sus componentes con su respectivo nivel de interrelación y dependencia; así como una descripción técnica detallada de cada uno.

## **2. Marco Teórico**

La arquitectura de software es el proceso de definición de una solución estructurada que cumple con todos los requisitos técnicos y operativos, encargada de optimizar los procesos comunes de calidad tales como el rendimiento, la seguridad y capacidad de administración.

### **1.1 Arquitectura de Software**

La Arquitectura de software abarca el conjunto de decisiones significativas acerca de la organización de un sistema de software, incluyendo la selección de los elementos estructurales y sus interfaces con las cuales el sistema se compone; el comportamiento específico la colaboración entre los elementos; la composición de estos elementos estructurales y de comportamiento en subsistemas más grandes, y un estilo arquitectónico que guía esta organización. La Arquitectura de software también incluye la funcionalidad, facilidad de uso, flexibilidad, rendimiento, reutilización, comprensibilidad, las limitaciones económicas y la tecnología, ventajas, desventajas y las preocupaciones estéticas.

## 1.2 Domain Driver Design - DDD

El Diseño guiado por el dominio, es un enfoque para el desarrollo de software para necesidades complejas conectando la implementación a un modelo en evolución.

Las premisas del DDD son las siguientes:

- Colocar el foco principal del proyecto en el dominio principal y la lógica del dominio;
- Basar los diseños complejos en un modelo del dominio.
- Iniciando una colaboración creativa entre técnicos y expertos del dominio para refinar iterativamente un modelo conceptual que se ocupa de problemas particulares de dominio.

## 3. Atributos de Calidad

Se definen como las cualidades o propiedades de calidad que la aplicación debe satisfacer. Para facilitar su medición durante la verificación, deben expresarse cuantitativa y cualitativamente. A continuación, se describen cada uno.

### 2.1 Funcionalidad

Habilidad del software de realizar las funciones para las que fue creado; a continuación, se listan los atributos de la funcionalidad.

- Idoneidad. Capacidad del producto software para proporcionar un conjunto apropiado de funciones para tareas y objetivos de usuario especificados.
- Precisión. Capacidad del producto software para proporcionar los resultados o efectos correctos o acordados, con el grado necesario de precisión.
- Interoperabilidad. Capacidad del producto software para interactuar con uno o más sistemas especificados.
- Seguridad. Capacidad del producto software para proteger información y datos de manera que las personas o sistemas no autorizados no puedan leerlos o modificarlos, al tiempo que no se deniega el acceso a las personas o sistemas autorizados.
- Cumplimiento de la funcionalidad. Capacidad del producto software para adherirse a normas, convenciones o regulaciones en leyes y prescripciones similares relacionadas con funcionalidad.

## 2.2 **Fiabilidad**

Habilidad del software para mantenerse operativo (funcionando) dentro de condiciones normales; a continuación, se listan los atributos de la fiabilidad.

- Madurez. Capacidad del producto software para evitar fallar como resultado de fallos en el software.
- Tolerancia a fallos. Capacidad del software para mantener un nivel especificado de prestaciones en caso de fallos software o de infringir sus interfaces especificados.
- Capacidad de recuperación. Capacidad del producto software para restablecer un nivel de prestaciones especificado y de recuperar los datos directamente afectados en caso de fallo.
- Cumplimiento de la fiabilidad. Capacidad del producto software para adherirse a normas, convenciones o regulaciones relacionadas con la fiabilidad.

## 2.3 **Usabilidad**

Habilidad del software para que el usuario invierta el mínimo esfuerzo; a continuación, se listan los atributos de la usabilidad.

- Inteligibilidad. Capacidad del producto software que permite al usuario entender si el software es adecuado y cómo puede ser usado para unas tareas o condiciones de uso particulares.
- Facilidad de aprendizaje. Capacidad del producto software que permite al usuario aprender sobre su aplicación.
- Operabilidad. Capacidad del producto software que permite al usuario operarlo y controlarlo.
- Atractividad. Capacidad del producto software para ser atractivo al usuario.
- Cumplimiento de la usabilidad. Capacidad del producto software para adherirse a normas, convenciones, guías de estilo o regulaciones relacionadas con la usabilidad.

## 2.4 **Eficiencia**

Habilidad del software para responder a una petición de usuario con la velocidad apropiada a continuación, se listan los atributos de la eficiencia.

- Comportamiento en el tiempo. Capacidad del producto software para proporcionar tiempos de respuesta, tiempos de proceso y potencia apropiados, bajo condiciones determinadas.
- Utilización de recursos. Capacidad del producto software para usar las cantidades y tipos de recursos adecuados cuando el software lleva a cabo su función bajo condiciones determinadas.
- Cumplimiento de la eficiencia. Capacidad del producto software para adherirse a normas o convenciones relacionadas con la eficiencia.

## **2.5 Mantenibilidad**

Habilidad del software para que el usuario invierta el mínimo esfuerzo para mantenerlo o mejorarlo; a continuación, se listan los atributos de la mantenibilidad.<sup>4</sup>

- Modularidad. Capacidad de un sistema o programa de ordenador (compuesto de componentes discretos) que permite que un cambio en un componente tenga un impacto mínimo en los demás.
- Reusabilidad. Capacidad de un activo que permite que sea utilizado en más de un sistema software o en la construcción de otros activos.
- Trazabilidad. Facilidad con la que se puede evaluar el impacto de un determinado cambio sobre el resto del software, diagnosticar las deficiencias o causas de fallos en el software, o identificar las partes a modificar.
- Capacidad para ser modificado. Capacidad del producto que permite que sea modificado de forma efectiva y eficiente sin introducir defectos o degradar el desempeño.
- Capacidad para ser probado. Facilidad con la que se pueden establecer criterios de prueba para un sistema o componente y con la que se pueden llevar a cabo las pruebas para determinar si se cumplen dichos criterios.

## **2.6 Portabilidad**

Habilidad del software para ser transferido de un ambiente a otro y funcionar en este; a continuación, se listan los atributos de la portabilidad.

---

<sup>4</sup> ISO/IEC 25000

- Adaptabilidad. Capacidad del producto software para ser adaptado a diferentes entornos especificados, sin aplicar acciones o mecanismos distintos de aquellos proporcionados para este propósito por el propio software considerado.
- Facilidad de instalación. Capacidad del producto software para ser instalado en un entorno especificado.
- Coexistencia. Capacidad del producto software para coexistir con otro software independiente, en un entorno común, compartiendo recursos comunes.
- Intercambiabilidad. Capacidad del producto software para ser usado en lugar de otro producto software, para el mismo propósito, en el mismo entorno.
- Cumplimiento de la portabilidad. Capacidad del producto software para adherirse a normas o convenciones relacionadas con la portabilidad.

#### 4. **Diseño de la Arquitectura**

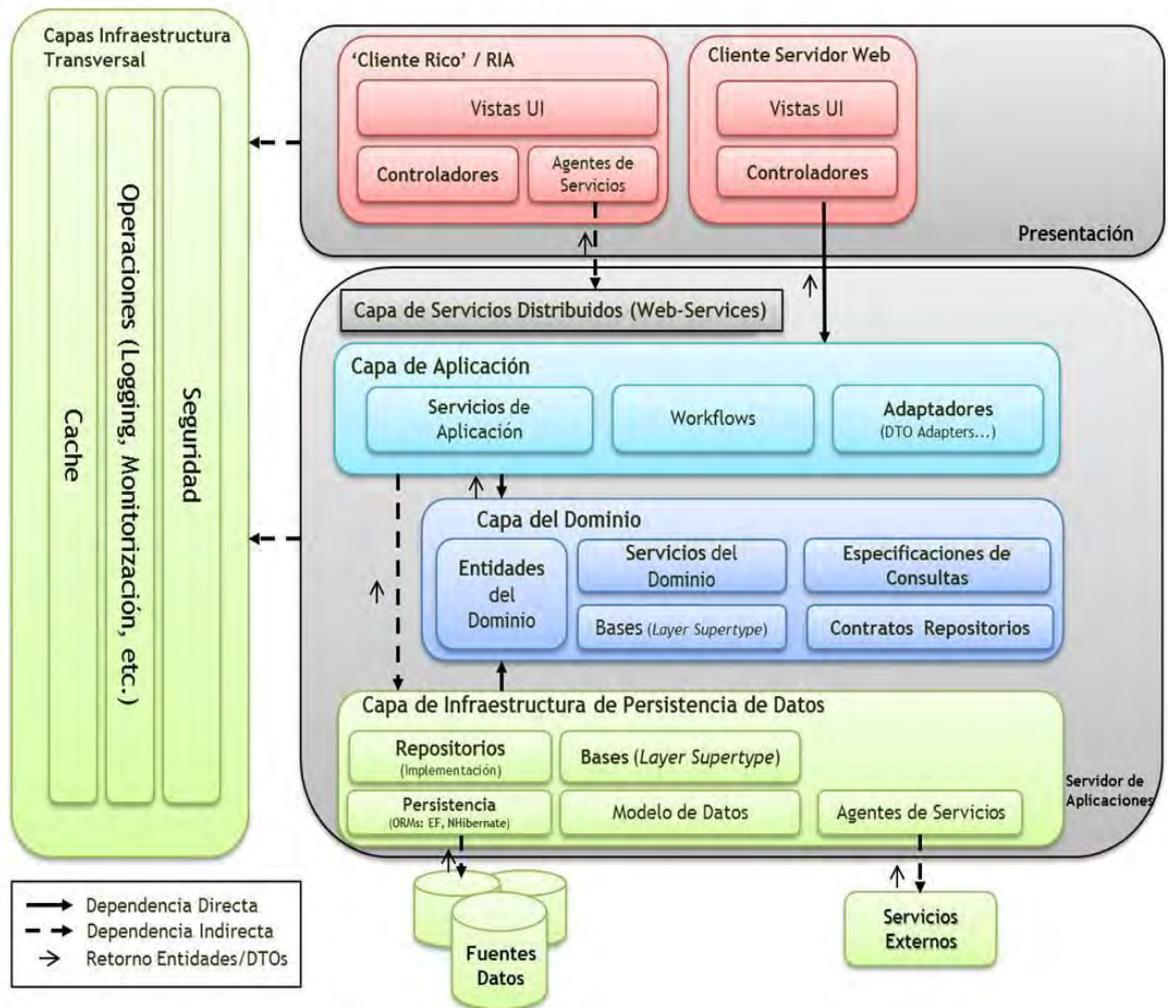
El Servicio Web, está diseñado en una arquitectura orientada a dominio (Domain Design Driven - DDD) definido por Eric Evans<sup>5</sup>. A continuación, se esquematiza un diagrama con dicha arquitectura.

---

5. **Domain-Driven Design: Tackling Complexity in Software**

---

## Arquitectura N-Capas con Orientación al Dominio



### 3.1 Descripción de las capas de la Arquitectura

Describe las capas de arquitectura, detallando cada uno de sus componentes, en orden secuencial:

#### 3.1.1 Capa de Presentación

Está relacionada con la interfaz de usuario y es la responsable de mostrar información incluyendo su registro / modificación de información al usuario.

#### 3.1.2 Capa de Servicios Distribuidos

Implementa los Servicios Windows Communication Foundation - WCF para acceder remotamente a los componentes del servidor de aplicaciones.

### 3.1.3 Capa de Aplicación

Define las tareas que debe hacer el software, así mismo ejecuta workflows y realiza los adaptadores Data Transfer Object - DTO para realizar conversiones de datos.

### 3.1.4 Capa de Dominio

Responsable de representar las reglas de negocio y los estados que se reflejan en los procesos de negocio.

### 3.1.5 Capa de Infraestructura de Persistencia de Datos

Proporciona los accesos a datos y usa los repositorios para este fin.

### 3.1.6 Capa de Infraestructura Transversal

Contiene la funcionalidad común que se utilizara en todas las capas de la aplicación.

## 3.2 Características

Las principales características en referencia, son las siguientes:

### 3.2.1 Orientada a Dominio

El software está diseñado por una serie de patrones de diseño y estilo de arquitectura, es una aproximación concreta para diseñar software basado en el dominio del negocio, sus elementos, comportamientos y las relaciones entre ellos.

### 3.2.2 Separación de responsabilidades entre componentes

Se separa la interfaz de usuario de la lógica de negocio y la lógica de negocio del acceso a la base de datos, por consecuencia esto aumenta la flexibilidad, mantenibilidad y escalabilidad.

### 3.2.3 Arquetipo Aplicación web

La capa de presentación estará diseñada usando la tecnología ASP.NET MVC 5 basada en componentes personalizados orientado a la reutilización constante.

## 5. Metas y Restricciones Arquitectónicas

En esta sección se muestran las metas y restricciones que serán consideradas para la definición de la arquitectura del software.

### 4.1 Restricciones

- El servicio deberá utilizar SQL Server 2014 como motor de base de datos.
- El servicio deberá ser desarrollado utilizando C# y el Framework 4.5

## 6. Implementación de la Arquitectura

En esta sección se describe y se mencionan los diferentes elementos a considerar por cada capa como parte de la estructura lógica de la arquitectura.

### 5.1 Presentación

#### 5.1.1 Descripción

La capa de presentación estará desarrollada en ASP.NET MVC 5, estructurado con el patrón de diseño MVC el cual incluirá diferentes elementos como Vistas, Controladores y Modelo.

#### 5.1.2 Elementos

- Razor View Engine.
- Bootstrap framework elements.
- Plantillas CSS y Componentes UI.
- Compresión HTML, Callback y Resource.

### 5.2 Capa de Servicios Distribuidos

#### 5.2.1 Descripción

En esta capa estableceremos la comunicación entre la capa de presentación y la capa de aplicación, tanto lógica como física.

#### 5.2.2 Elementos

- Interfaces de Servicio
- Mensajes de Tipo
- WCF
- Seguridad

### 5.3 Capa de Aplicación

#### 5.3.1 Descripción

En esta capa realizaremos las llamadas a la capa de Domino e Infraestructura para ejecutar tareas reales del Dominio.

#### 5.3.2 Elementos

- Tareas
- Servicios de aplicación.
- DTO's

## 5.4 Capa de Dominio

### 5.4.1 Descripción

En el diseño de capa la capa de dominio, utilizaremos mecanismos de desacoplamiento entre capas.

### 5.4.2 Elementos

- Entidades del Dominio.
- Patrón Objeto - Valor.
- Agregados.
- Contratos/Interfaces de Repositorio.
- Patrón Unidad de Trabajo.
- Patrón Especificación.
- Patrones IoC, DI.

## 5.5 Capa de Infraestructura de Datos

### 5.5.1 Descripción

En esta capa realizaremos la persistencia de datos utilizando una serie de elemento.

### 5.5.2 Elementos

- Patrón Repositorio.
- Agregados.
- Entity Framework Code First.
- Data Mapper.
- Query Object.

## 5.6 Capa de Infraestructura Transversal

### 5.6.1 Descripción

Esta capa comparte funcionalidad común en todo el proyecto.

### 5.6.2 Elementos

- Seguridad.
- Cache.
- Gestión de Configuración.
- Gestión de Excepciones.
- Logging.
- Validación de datos de entrada.

## 7. Vista Física

Se plantea a continuación la arquitectura a nivel de hardware y software que tiene el proyecto puente en carrera.

- La capa de presentación estará instalada en el servidor web.
- La capa de servicios distribuidos, aplicación, dominio, persistencia estarán en el servidor de aplicaciones.
- La base de datos del sistema se encuentra en el servidor de datos.

Categoría	Descripción
<b>Equipos</b>	
Firewall Perimetral	de Cortafuegos (Servirá de filtro para la conexión desde Internet).
Servidor Web Aplicaciones	- Servidor de alojamiento para la plataforma PEC (Pec.war, Pec.jar).
Servidor de Base de Datos	Servidor de gestión para el motor de base de datos SQL server 2014
Switch DMZ	Switch DMZ donde se asignará los puertos a los servidores y canales de comunicación.
Red LAN	Red Interna donde los usuarios Internos podrán conectarse.
<b>Usuarios</b>	
Usuario Interno	Usuario que se conectará mediante una red LAN/Internet.

## Anexo 09

---

### Arquitectura de Tecnología de Información

---

Proyecto: **001-2019-TI-HPNP**  
**Servicio Web**  
**Implementación del Seguro Copago**

---

#### Identificación del documento

Rol	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaboración	Augusto Tiravanti	Ríos	Documentador	01/03/2019

Revisión

Aprobación

#### Historial de cambios

Versión	Autor	Descripción	Fecha
---------	-------	-------------	-------

## Contenido

1. Introducción	2
1.1 Objetivo	2
1.2 Alcance	2
1.3 Definiciones, siglas y abreviaturas	2
2. Diagrama de Arquitectura	2
3. Sistemas Asociados	2
4. Dimensionamiento del Hardware y Software Base	2
4.1 Hardware	2
4.1.1 Servidor	2
4.1.1.1 Servidor Web	2
4.1.1.2 Servidor de Base de Datos	2
4.1.1.3 Servidor de Servicios WCF	2
4.1.1.4 Servidor de Archivos	2
4.1.2 Almacenamiento	2
4.1.3 Redes y Comunicaciones	2
4.2 Software	2
4.2.1 Base de Datos	2
4.2.2 Aplicación	2
5. Anexos	<b>iError!</b>
<b>Marcador no definido.</b>	

## 1. Introducción

El presente documento ayuda a describir las necesidades de recursos de hardware y software.

### 1.1 Objetivo

El objetivo es brindar información necesaria sobre los recursos que se requiere para el Servicio Web.

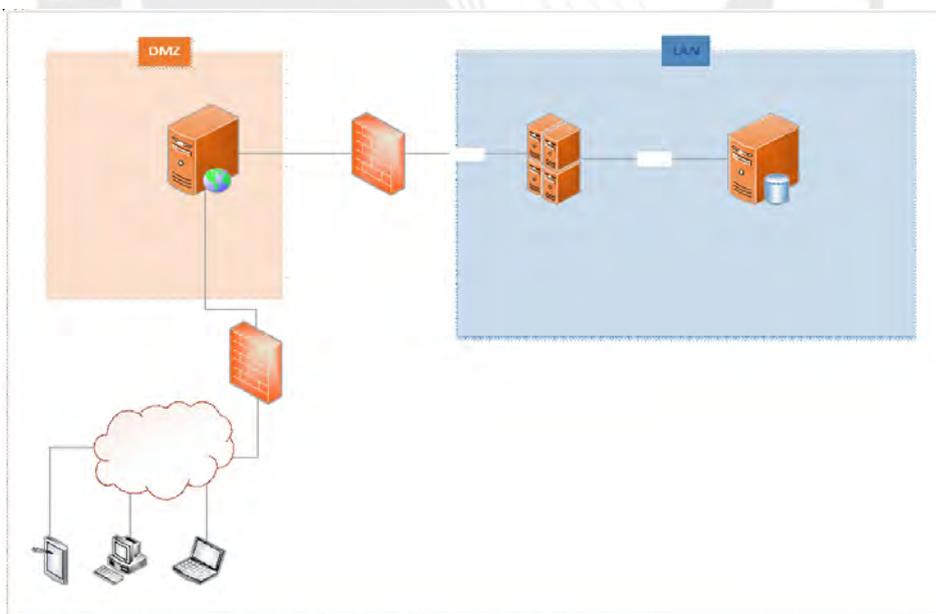
### 1.2 Alcance

La descripción del documento forma parte de la documentación del sistema, que es necesario para la Oficina de Informática.

### 1.3 Definiciones, siglas y abreviaturas

Se definen los siguientes términos para mejor interpretación del contenido de este documento:

## 2. Diagrama de Arquitectura



- El sistema se encontrará instalado en el servidor web.
- La capa de negocio del sistema se instalará en el servidor WCF.
- La base de datos del sistema se encuentra en el servidor SQL.

3.

3. Dimensionamiento del Hardware y Software Base

3.1 Hardware

3.1.1 Servidor

3.1.1.1 Servidor Web

Característica	Descripción
Sistema operativo	Windows Server 2014, 64 bits
Tipo	Servidor Físico
Procesador mínimo	16 Core
Memoria mínima	24 Gigabytes.
Capacidad en Disco	C: 100gb para el sistema operativo. D: 40 gb para la aplicación.
Software necesario	Internet Information Service 8.0
	WCF
	Microsoft .NET Framework 4.6

3.1.1.2 Servidor de Base de Datos

Característica	Descripción
Tipo	<b>Servidor Físico.</b>
Software instalado	SQL Server 2014 x64
	Microsoft ODBC .NET Data Provider
Sistema operativo	Windows Server 2014, 64 bits
Procesador	4 Core
Memoria	16 Gb
Capacidad en Disco	<p><b>Proceso Carga de Archivos:</b>  <b>Total x 5 años: 479 GB</b></p> <p><b>Tablas del Sistema:</b>  <b>Total x 5 años: 0.13GB</b></p> <p><b>Distribución en DISCO (x 5 años):</b>            C: SO.= 150GB            D: LUN transaccional 300GB            E: LUN transaccional2 300GB            F: LUN maestro 50GB.            G: LUN (índices) 100GB.            H: LUN de LOG 100GB.            I: LUN para Backups 200GB (puede ser una partición del mismo servidor).            J: LUN para carga de archivos 300GB.            Los LUN deben estar separados físicamente en el arreglo de discos.  <b>Total: 1.5 terabytes.</b></p>

3.1.1.3 Servidor de Servicios WCF

Característica	Descripción
Sistema operativo	Windows Server 2014, 64 bits
Tipo	Servidor Físico
Procesador mínimo	16 Core.
Memoria mínima	24 Gigabytes.
Capacidad en Disco	C: 100gb para el sistema operativo. D: 40gb para la aplicación

Software necesario	WCF
	Microsoft .NET Framework 4.6

#### 3.1.1.4 Servidor de Archivos

Característica	Descripción
Sistema operativo	Windows Server 2014, 64 bits
Tipo	Servidor Físico
Procesador	1 Core
Memoria	2 Gigabytes.
Capacidad en Disco	<p><b>Proceso Carga de Archivos:</b>  Tamaño máximo de archivo: 2.5 MB  Número de archivos máximos: 2 archivos (1 de carga y otro de actualización-corrección) estimados por año * 35 sistemas = 70  <b>Total máximo: 70 x 2.5 x (5 años) = 875 MB=0.85 GB.</b></p>
Software necesario	Microsoft .NET Framework 4.6

#### 3.1.2 Redes y Comunicaciones

Característica	Tamaño
● Proceso de carga de archivos al sistema:	2.0 MB
● Promedio de carga de la página	2.0 MB
● Si no es primera vez : Transmisión Efectiva (html)	300 KB
● Proceso Pesado: ○ Proceso Upload (carga de archivos) ○ Tamaño de archivo máximo: 10mb ○ Html máximo:300kb	2MB + 300KB = 2.3MB

Característica	Descripción
----------------	-------------

Tipo de conexión al LAN	Interno	
Ancho de Banda de conexión a la LAN	Interno	
Tipo de conexión al WAN	Línea dedicada	
Ancho de Banda de conexión al WAN	Ancho de banda	(Capacidad máxima bytes x 8bit x Overhead)/T (bit/seg)
	Capacidad máxima según 3.2.5	2.3MB
	Overhead	1.2
	T (tiempo máximo de espera)	200 segundos
	Ancho de banda	$(2.3\text{MB} \times 8 \text{ bit} \times 1.2) / (200 \text{ seg}) = 113 \text{ kbps} \cong 122.88\text{kbps} = 0.12\text{Mbps}$
	Usuarios concurrentes (considerando a todos los usuarios)	200
	Ancho de banda total normal	$200 \times 0.12\text{Mbps} = \mathbf{24Mbps}$

### 3.2 Software

#### 3.2.1 Base de Datos

Característica	Descripción
<b>Motor de Base de datos</b>	SQL server
<b>Cantidad de usuarios de base de datos</b>	1

## Anexo 10

---

### Plan de Desarrollo de Software

---

Proyecto: **001-2019-TI-HPNP**  
**Servicio Web**  
**Implementación del Seguro Copago**

---

Rol	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaboración	Augusto Tiravanti	Ríos	Documentador	01/03/2019

Revisión

Aprobación

---

Identificación del documento

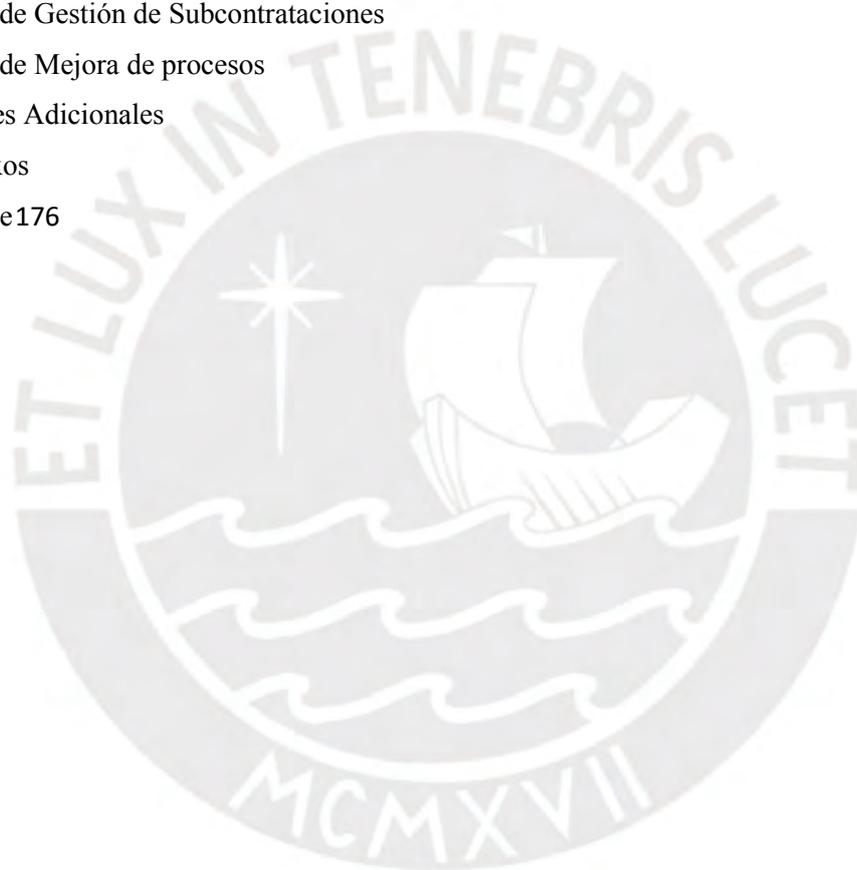
### Historial de cambios

Versión	Autor	Descripción	Fecha
---------	-------	-------------	-------

## Tabla de Contenidos

1.	Introducción	2
1.1	Propósito	2
1.2	Alcance	2
1.3	Definiciones, Acrónimos, y Abreviaciones	2
1.4	Referencias	2
1.5	Visión General	2
2.	Visión General del Proyecto	2
2.1	Propósito, Alcance y Objetivos del Proyecto	2
2.2	Suposiciones y Restricciones	2
2.3	Entregables del Proyecto	2
2.4	Evolución del Plan de Desarrollo del Software	2
3.	Organización del Proyecto	2
3.1	Estructura Organizacional	2
3.2	Interfaces Externas	2
3.3	Roles y Responsabilidades	2
4.	Gestión del Proceso	2
4.1	Estimaciones del Proyecto	2
4.2	Plan del Proyecto	2
4.2.1	Plan de Fases	2
4.2.2	Objetivos de las Iteraciones	2
4.2.3	Releases / Versiones	2
4.2.4	Calendario del Proyecto	2
4.2.5	Recursos del Proyecto	2
4.2.6	Presupuesto	2
4.3	Planes de Iteración	2
4.4	Monitoreo y Control de Proyecto	2
4.4.1	Plan de Gestión de Requisitos	2
4.4.2	Plan de Control de Calendario	2
4.4.3	Plan de Control de Presupuesto	2
4.4.4	Plan del Control de Calidad	2
4.4.5	Plan de Presentación de Informes	2
4.4.6	Plan de Medidas	2
4.5	Plan de Gestión de Riesgos	2
4.6	Plan de Cierre	2
5.	Planes Técnicos de Procesos	2

5.1	Caso de Desarrollo	2
5.2	Métodos, Herramientas y técnicas	2
5.3	Plan de Infraestructura	2
5.4	Plan de Aceptación del Producto	2
6.	Planes de Procesos de Soporte	2
6.1	Plan de Administración de la Configuración	2
6.2	Plan de Evaluación	2
6.3	Plan de Documentación	2
6.4	Plan de Aseguramiento de la calidad	2
6.5	Plan de Resolución de Problemas	2
6.6	Plan de Gestión de Subcontrataciones	2
6.7	Plan de Mejora de procesos	2
7.	Planes Adicionales	2
8.	Anexos	2
9.	Índice	176



## **Introducción**

### **Propósito**

El propósito de este Plan de Desarrollo de Software es detallar la planificación necesaria para la implementación del Servicio Web.

### **Alcance**

El presente documento describe y detalla el plan global a ser usado por el equipo de desarrollo para la implementación del Servicio Web. El detalle de cada iteración estará descrito en los Planes de Iteración.

### **Definiciones, Acrónimos, y Abreviaciones**

Ver el Glosario [1]

### **Referencias**

Las referencias aplicables a este documento son las siguientes:

1. Glosario
2. Visión
3. Cronograma del Proyecto
4. Plan de Iteración Iniciación
5. Plan de Gestión de la Configuración
6. Estructura de Desglose de Trabajo
7. Plan de Gestión de Riesgos.

### **Visión General**

El Plan de Desarrollo de Software consta de las siguientes secciones:

Vista General del Proyecto - Presenta una descripción del propósito del proyecto, así como su alcance y objetivos.

Organización del Proyecto – Describe la estructura organizacional del equipo de proyecto.

Proceso de Gestión – Presenta el cronograma y presupuesto estimado, define las fases y principales hitos del proyecto y detalla la manera en que el proyecto será monitoreado.

Planes de Procesos Técnicos – Provee una vista general del proceso de desarrollo

de software, incluyendo los métodos, herramientas y técnicas que se utilizarán.  
Planes de Procesos de Apoyo – Incluye el Plan de Gestión de la Configuración.

## **Visión General del Proyecto**

### **Propósito, Alcance y Objetivos del Proyecto**

Implementar un seguro copago es un proceso de vital importancia para la institución, ya que con este porcentaje de dinero los usuarios podrán tener acceso a un servicio de salud y mediante esta recaudación una mejora en los servicios de salud, así como abastecimiento oportuno de medicamentos de mayor rotación e insumos médicos.

A pesar de su importancia, el seguro copago actualmente no está implementado, lo que hace que los servicios de atención sean subutilizados, generado un desabastecimiento en los medicamentos e insumos médicos.

El objetivo de este proyecto es implementar un servicio web de seguro copago, que permita centralizar y ordenar el proceso actual para el área de HPNP.

Un mayor detalle de las funcionalidades del servicio web desde el punto de vista de los usuarios que lo utilizarán puede consultarse en el documento Visión [2].

### **Suposiciones y Restricciones**

Los supuestos identificados para el proyecto son:

- Para el inicio del proyecto se contará con todas las herramientas (hardware y software) necesarias para que el equipo realice sus tareas de desarrollo. Estas herramientas serán propias del equipo de desarrollo.
- A la Dirección de Sanidad PNP le corresponde la compra y disposición de los servidores de pruebas y de producción, los cuales contarán con el software base necesaria para desplegar el sistema.
- El área de atención del HCPNP e IPRESS PNP estarán siempre disponibles para resolver dudas e inquietudes que tenga el equipo sobre algún punto del servicio web a desarrollar.
- El futuro servicio web tendrá acceso a la lista de titulares que genere el servicio de atención.

Las restricciones identificadas para este proyecto son:

- El desarrollo del servicio web se hará en el lenguaje C#, que es el lenguaje usado para todos los sistemas en la institución.

- El proyecto debe cumplir con el alcance, cronograma y presupuesto aprobado.

### Entregables del Proyecto

Los siguientes productos de trabajo serán generados durante el proyecto:

<b>Artefactos</b>
Evaluación de la Organización
Project Charter
Plan de Gestión de Configuración
Plan de Desarrollo de Software
Plan de Iteración
Cronograma
Estructura Desglose del Trabajo
Lista de Riesgos
Plan de Riesgos
Documento Visión de Negocio
Documento de Arquitectura de Negocio
Documento Reglas de Negocio
Documento Glosario de Negocio
Requerimientos de Stakeholder
Documento Especificación de Requisitos de Software
Especificación de Casos de Usos
Prototipos de Casos de Uso
Documento de Arquitectura de Software
El Sistema, incluyendo cada una de las versiones ejecutables
Código Fuente
Manual de Usuario

Los entregables por cada fase del proyecto se muestran gráficamente en la Estructura de Descomposición del Trabajo [6] del proyecto.

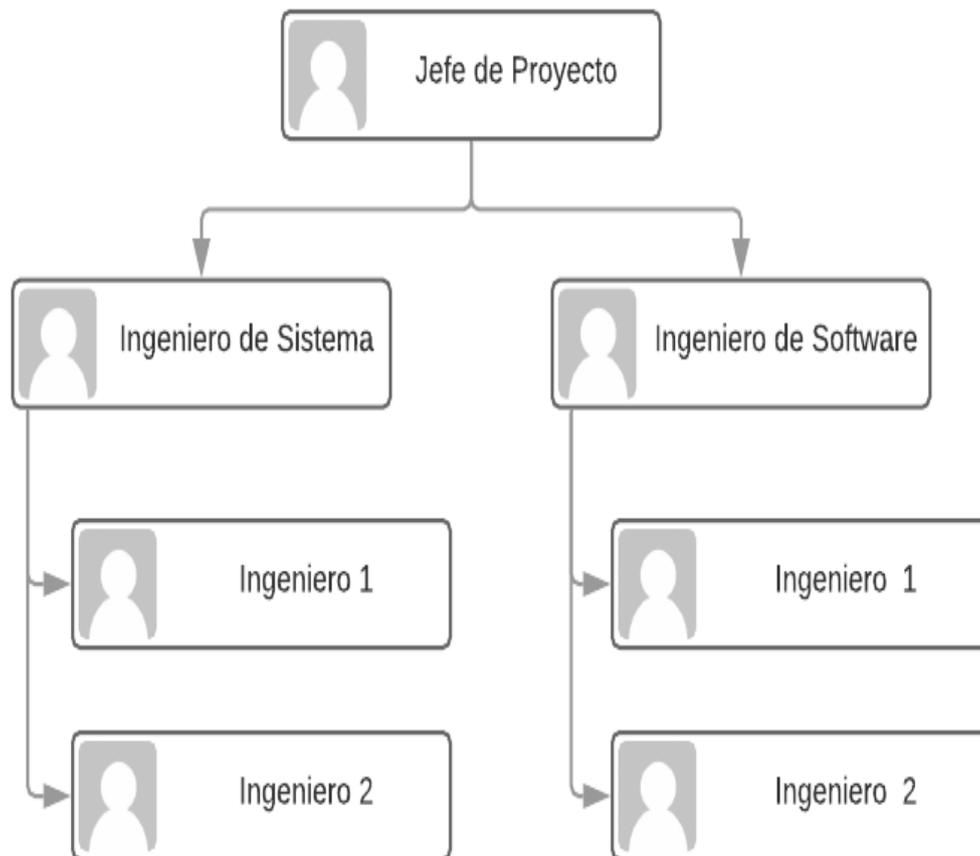
## Evolución del Plan de Desarrollo del Software

El Plan de Desarrollo de Software se revisará semanalmente y se refinará al inicio de cada iteración.

## Organización del Proyecto

### Estructura Organizacional

El equipo de Proyecto estará organizado de la siguiente manera:



Al mismo tiempo, cada miembro del equipo desempeñará uno o varios roles dentro del proyecto. El listado de roles por cada miembro del equipo es el siguiente:

<b>Miembro del Equipo</b>	<b>Roles</b>
Jefe de Proyecto	Gestor de proyectos Analista de pruebas Diseñador de pruebas Verificador pruebas
Ingeniero de Sistemas 1	Analista de Sistemas Arquitecto de Software Especificador de requisitos
Ingeniero de Sistemas 2	Arquitecto Negocio Diseñador Negocio Analista de Procesos de Negocio
Ingeniero de Software 1	Diseñador de interfaz de usuario Implementador Integrador
Ingeniero de Software 2	Arquitecto de seguridad Arquitecto de software Diseñador sistemas Diseñador de base de datos

### **Interfases Externas**

El equipo de proyecto trabajará en conjunto con las áreas del HCPNP para la obtención de requerimientos y la revisión de prototipos. También coordinarán con ellos las pruebas de cada versión ejecutable. El contacto principal del área de HCPNP será el director del HCPNP y Jefe de Administración de la DIRSAN PNP

El Gestor de Proyecto reportará el estado del proyecto semanalmente a la Dirección de la Sanidad PNP y Jefe de Administración de la DIRSAN PNP.

De igual manera se obtendrá requerimientos del proveedor del Servicio Web para el desarrollo del servicio que les permita obtener la información necesaria.

### **Roles y Responsabilidades**

La siguiente tabla muestra los roles utilizados en el proyecto y detalla sus principales responsabilidades.

<b>Rol</b>	<b>Responsabilidades</b>
Gestor de Proyecto	El Gestor de Proyecto monitorea que el trabajo de proyecto se realice de acuerdo a lo planificado, coordina las interacciones con el área de RRHH y se asegura que cada recurso esté avanzando hacia cumplir los objetivos del proyecto. También es responsable de definir prácticas que aseguren la integridad y calidad del Sistema a construir.
Arquitecto de Software	Se encarga de liderar las actividades y entregables técnicos del proyecto. Además, se encarga de definir la arquitectura de los Componentes del Sistema a alto nivel.
Analista de Sistema	Se encarga de obtener y analizar los requerimientos del Sistema, identificando y acotando la funcionalidad a implementarse para el proyecto.
Diseñador	Se encarga del Diseño detallado de los diferentes Componentes del Sistema, siguiendo los lineamientos definidos en la Arquitectura y dentro de las restricciones que generan los requerimientos.
Diseñador de Interfaz de usuario	Se encarga de definir la Interfaz Gráfica de Usuario, recopilando los requerimientos de utilización por parte del área usuaria. Además, se encarga de desarrollar los Prototipos de Interfaz Gráfica candidatos para validarlos con el área de RRHH.
Analista de Pruebas	Se encarga de definir la estrategia general de Pruebas del Sistema, así como identificar y detallar los Casos de Prueba necesarios para asegurar la integridad del Sistema.
Diseñador de Pruebas	Se encarga de determinar la mejor manera de implementar los Casos de Prueba.
Verificador	Se encarga de ejecutar las Pruebas del Sistema y de recopilar sus resultados.
Especificador de requisitos	Este rol detalla y mantiene los requisitos del sistema detallados
Arquitecto Negocio	Es responsable de la arquitectura global de negocios, estar involucrado en todas las decisiones importantes relativas a

la estructura, el comportamiento principal y su realización, interfaces, limitaciones y compensaciones.

Analista de Procesos de Negocio	Esta función dirige y coordina los requerimientos del negocio con la descripción y delimitación de la organización que está siendo modelado
Arquitecto de seguridad	Este rol dirige el desarrollo de la arquitectura de seguridad del sistema, que incluye la selección de patrones de seguridad para el diseño del sistema, la documentación de políticas técnicas relativas a la implementación de la seguridad y el soporte de decisiones técnicas clave que limiten la implementación de seguridad global para el proyecto.
Diseñador de base de datos	Este rol dirige el diseño de la estructura de almacenamiento de datos persistentes que se utilizará en el sistema.

## **Gestión del Proceso**

### **Estimaciones del Proyecto**

La estimación para el proyecto es de 16 semanas. Estimados de duración por cada fase se presentan en la sección 4.2.1 Plan de Fases.

## **Plan del Proyecto**

### **Plan de Fases**

La implementación del Servicio Web será conducida utilizando un enfoque de fases con una iteración en cada una de ellas. En la siguiente tabla se muestra una estimación macro de la duración y el número de iteraciones en cada fase:

<b>Fase</b>	<b>Nro. de Iteraciones</b>	<b>de Duración</b>
Iniciación	1	1.5 semanas
Elaboración	1	4 semanas
Construcción	1	6 semanas

n

Transición 1

1.5 semanas

Los logros e hitos más importantes para cada fase se detallan en la siguiente tabla:

<b>Fase</b>	<b>Hitos</b>
Iniciación	El objetivo de esta fase es obtener los requerimientos desde un punto de vista de usuario, para luego plasmarlos en el documento Visión. El entendimiento del proceso de seguro copago es vital para asegurar que el servicio a implementar optimizará el proceso de negocio actual, por esto es necesario modelar el negocio y plasmarlo en el Documento de Arquitectura de Negocio. En esta fase también se planificará el desarrollo del proyecto, generando el Plan de Desarrollo de Software, así como definir y preparar el ambiente para la Gestión de la Configuración. La revisión y aceptación del Plan de Desarrollo de Software y el documento Visión por parte del área de HPNP en el final de esta fase.
Elaboración	El objetivo de la fase de Elaboración es analizar los requerimientos y desarrollar el prototipo de Arquitectura. Al culminar esta fase, todos los casos de uso elegidos para la Versión 1 del Servicio deben contar con el análisis y diseño completo. En esta fase se definirá también la Arquitectura de Software y se elegirán los Casos de Uso más representativos y de alto riesgo para el Prototipo de Arquitectura. La aprobación del Prototipo de Arquitectura por parte del área de HPNP determinará el final de esta fase.
Construcción	La fase de construcción tiene como objetivo implementar la Versión (Producto Totalmente Funcional) del Servicio. En esta fase también pueden hacerse ajustes del análisis y diseño realizado en la fase anterior. La obtención del Servicio en su Versión 1 marca el final de cada una de las Iteraciones de

## Construcción.

Transición En las iteraciones de Transición se realizarán las Pruebas Funcionales para la Versión 1. La entrega del Manual de Usuario y la realización del Entrenamiento de los Usuarios marcan el final de esta Fase.

La Estructura de Desglose de Trabajo (EDT), el cronograma que muestra la distribución de tiempo de las fases de las iteraciones a más detalle se presenta en el Plan de Iteración Iniciación [4].

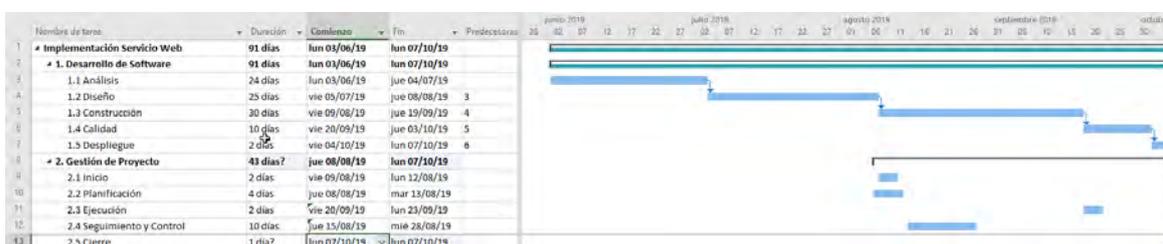
### Objetivos de las Iteraciones

Fase	Iteración	Descripción	Hitos Asociados	Riesgos Contemplados
Iniciación	Iteración Preliminar	Definir el modelo de negocio, los requerimientos desde el punto de vista del usuario y planificar el proyecto.	Plan de Desarrollo de Software Visión	Clarificar los requerimientos del usuario.  Definir un Plan de Desarrollo de Software y un alcance realista.
Elaboración	Desarrollo de Prototipo de Arquitectura	Analizar los requerimientos y desarrollar el prototipo de Arquitectura.	Prototipo de Arquitectura	Complicaciones de Arquitectura clarificadas.  Riesgos Técnicos mitigados.  Prototipo Funcional temprano para la revisión del usuario.
Construcción	Iteración de Construcción para Versión 1	Implementar y probar la Versión 1 del Sistema.	Sistema Beta	Todas las funcionalidades definidas para la Versión 1 implementadas.
Transición	Pruebas y Correcciones de Versión 1	Probar la Versión 1.	Sistema Versión 1 Probado	Se cuenta con opinión y retroalimentación del usuario.  La calidad del Producto debe ser alta.  Defectos minimizados.  Costo de Calidad reducido.  Generación de dos Versiones minimizan los defectos.  Generación de dos Versiones facilitan la transición del Sistema hacia los usuarios.  Versión 1 completamente revisada por el área de HPNP.

## Releases / Versiones

Se tiene planeado la entrega de una sola versión del sistema (Versión 1).

## Calendario del Proyecto



## Recursos del Proyecto

### Plan de dotación de personal

Para el proyecto se contará con:

- 1 Jefe de Proyecto
- 2 Ingenieros de Sistemas
- 2 Ingenieros de Software

### Plan de Adquisición de Recursos

El equipo del proyecto cuenta con el hardware y software necesario. La adquisición de equipo necesario para el despliegue del proyecto tales como servidores y otros, son responsabilidad de la Institución Innova School.

### Plan de Capacitación

El personal seleccionado para el proyecto tendrá una capacitación focalizada en las tecnologías a utilizar para el desarrollo del Sistema, así como una inducción funcional de lo que el Sistema va a realizar. Esta capacitación tendrá una duración de 8 horas]

## Presupuesto

El costo estimado para la Iteración de Iniciación es de S/. 40,000.00.

## **Planes de Iteración**

Ver el Plan de Iteración de Iniciación [4]

## **Monitoreo y Control de Proyecto**

Plan de Gestión de Requisitos

Por definir.

Plan de Control de Calendario

Por definir.

Plan de Control de Presupuesto

Por definir.

Plan del Control de Calidad

Por definir.

Plan de Presentación de Informes

Por definir.

Plan de Medidas

Por definir.

Plan de Gestión de Riesgos

Ver el Plan de Gestión de Riesgos [6].

Plan de Cierre

Por definir.

Planes Técnicos de Procesos

Caso de Desarrollo

Por definir.

Métodos, Herramientas y técnicas

Por definir.

Plan de Infraestructura

Por definir.

Plan de Aceptación del Producto

Por definir.

Planes de Procesos de Soporte

Plan de Administración de la Configuración

Ver el Plan de Gestión de la Configuración [5].

Plan de Evaluación

Por definir.

Plan de Documentación

No aplica.

Plan de Aseguramiento de la calidad

Por definir.

Plan de Resolución de Problemas

Por definir.

Plan de Gestión de Subcontrataciones

No Aplica.

Plan de Mejora de procesos

No aplica.

Planes Adicionales

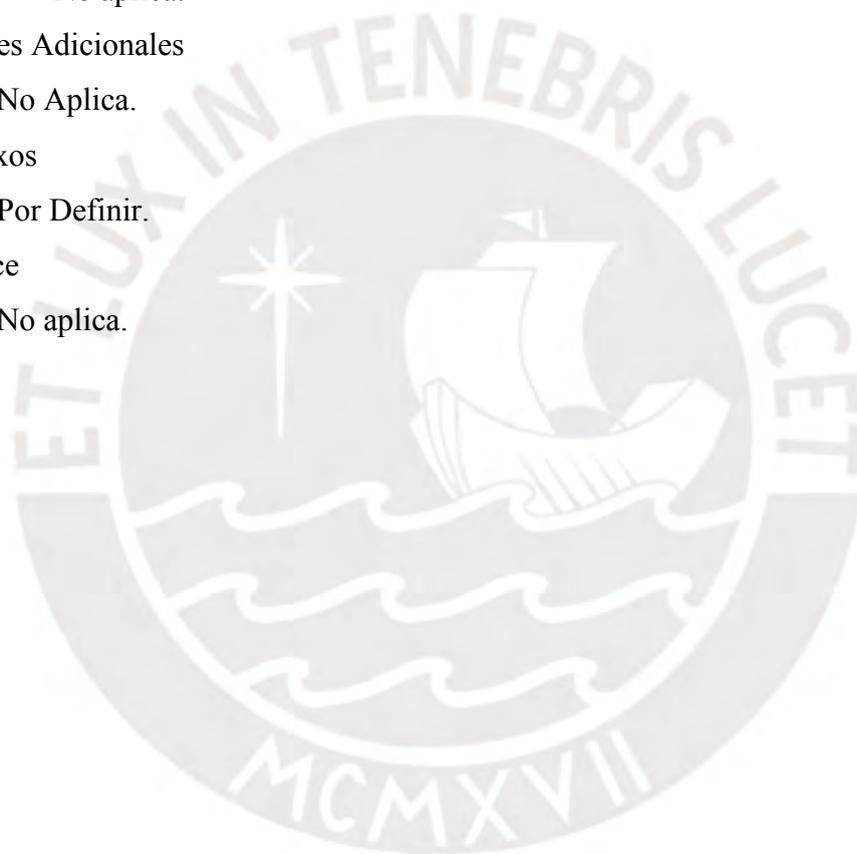
No Aplica.

Anexos

Por Definir.

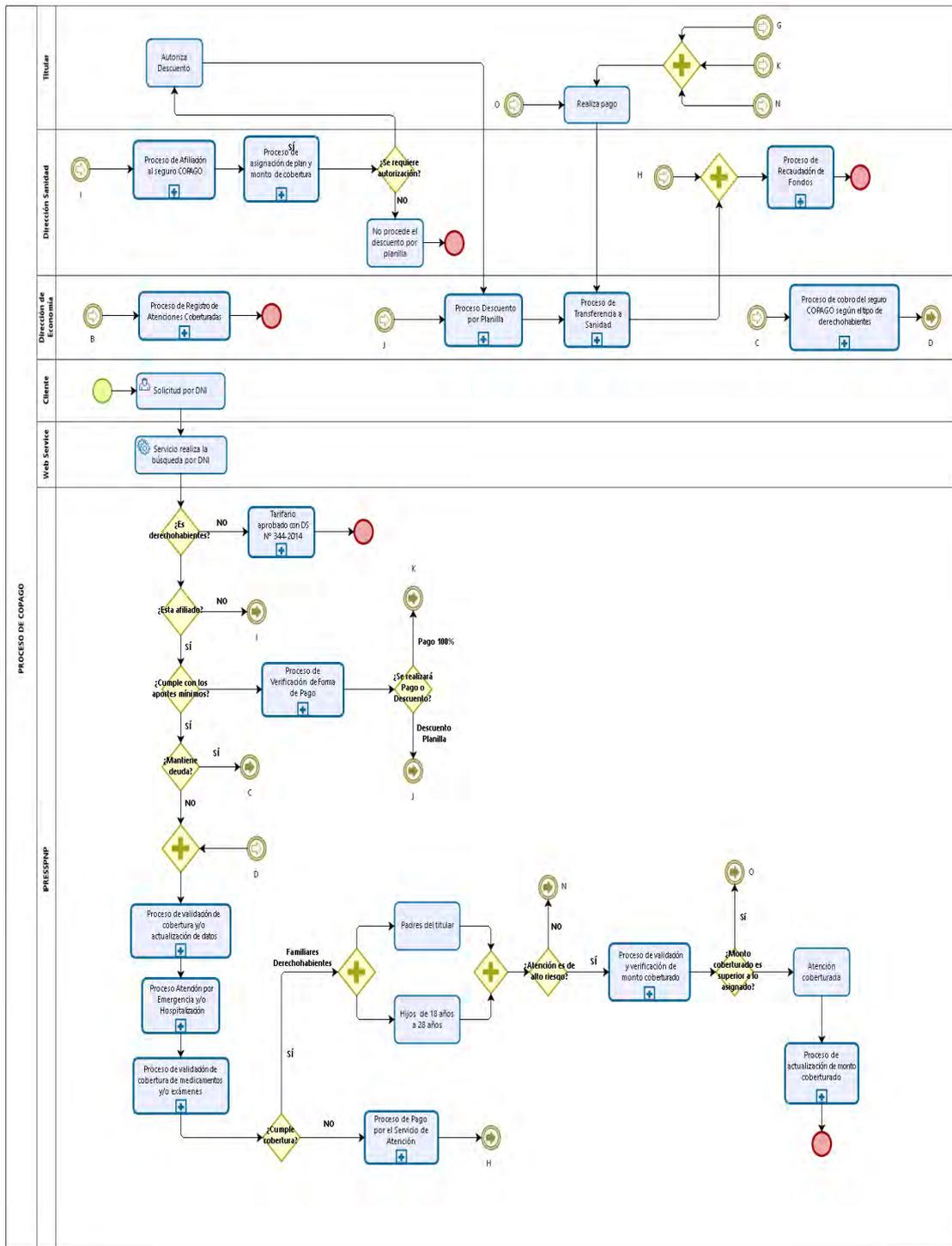
Índice

No aplica.



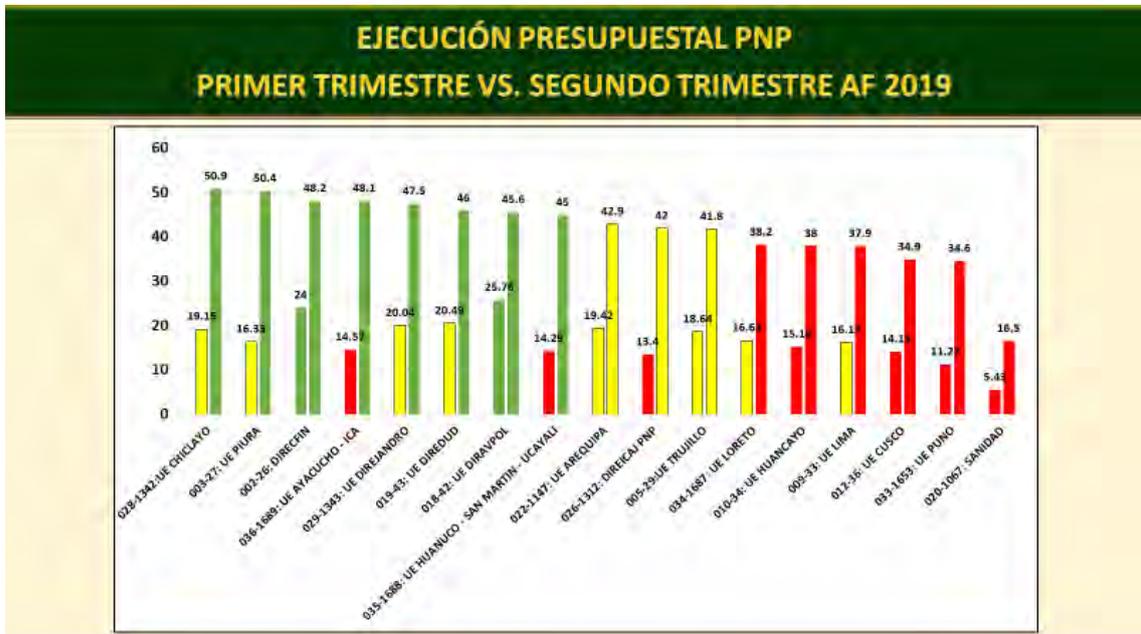
# Anexo 11

## Diagrama de Proceso de Copago



## Anexo 11

### Cuadro de ejecución presupuestal de las unidades ejecutoras I trimestre vs III trimestre 2019



Fuente: III Recopol 2019

### Cuadro de ejecución presupuestal de las unidades Ejecutoras PNP III Trimestre 2019

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL  
TERCER TRIMESTRE AF 2019**

UNIDAD EJECUTORA PNP	23.25%	47.22%	71.58%
	AVANCE EJECUCIÓN % I TRIMESTRE	AVANCE EJECUCIÓN % II TRIMESTRE	AVANCE EJECUCIÓN % III TRIMESTRE
018 - DIRAVPOL	25.76	45.60	80.20
002 - DIRECFIN PNP	24.00	48.20	72.10
034 - REGPOL LORETO	16.63	38.20	70.60
005 - III DIRTEPOL TRUJILLO	18.64	41.80	67.90
029 - DIREJANDRO PNP	20.04	47.50	61.30
010 - VIII DIRTEPOL HUANCAYO	15.11	38.00	63.10
003 - REGPOL PIURA	16.33	50.40	63.10
035 - REGPOL HUÁNUCO	14.29	45.00	62.91
028 - II DIRTEPOL CHICLAYO	19.15	50.90	67.80
036 - REGPOL AYACUCHO - ICA	14.51	48.10	59.90
022 - XI DIRTEPOL AREQUIPA	19.42	42.90	59.90
033 - FRENTE POLICIAL PUNO	11.27	34.60	54.40
009 - VII DIRTEPOL LIMA	16.17	37.90	54.00
026 - DIREICAJ PNP	13.40	42.00	53.90
012 - X DIRTEPOL CUSCO	14.13	34.80	62.40
019 - DIREUD PNP	20.49	46.00	50.60
020 - SANIDAD DE LA PNP	5.43	16.50	29.30

Fuente: III Recopol 2019

**Cuadro de Procesos de Selección programados por las Unidades Ejecutoras PNP  
III Trimestre 2019**



Fuente: III Recopol 2019