



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Derecho y Ciencia Política
Escuela Profesional de Ciencia Política

Los fallos de implementación de las políticas públicas: Análisis de caso del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) en Lima Metropolitana durante el período 2013–2017

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Ciencia Política

AUTORES

Alejandra Mercedes CASTILLO RODRIGUEZ

Claudia Joseline CHAHUAYO ESTRADA

ASESOR

Mg. Vlado Erick CASTAÑEDA GONZALES

Lima, Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

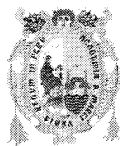
Referencia bibliográfica

Castillo, A. & Chahuayo, C. (2025). *Los fallos de implementación de las políticas públicas: Análisis de caso del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) en Lima Metropolitana durante el período 2013–2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Derecho y Ciencia Política, Escuela Profesional de Ciencia Política]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor 1	
Nombres y apellidos	Alejandra Mercedes Castillo Rodriguez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71062324
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0004-0275-9261
Datos de autor 2	
Nombres y apellidos	Claudia Joseline Chahuayo Estrada
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	75599189
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0008-4097-915X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Vlado Erick Castañeda Gonzales
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	19256480
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5178-0524
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Alizon Wilda Rodriguez Navia
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08147009
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	María Esther Melgar Apagueño

Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	43989705
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Robert Alejandro Mejía Tarazona
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	46115945
Datos de investigación	
Línea de investigación	E.1.3.6. Gestión Pública
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Coordenadas geográficas: Latitud: -12.05819215 Longitud: -77.0189181894387
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 - 2025
URL de disciplinas OCDE	Ciencia política https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.06.01



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA

**ACTA DE EXAMEN ORAL PARA EL OTORGAMIENTO DEL
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN CIENCIA
POLÍTICA CON SUSTENTACIÓN DE TESIS GRUPAL**

008

Reunido el Jurado Examinador, constituido por los señores profesores:

- 1.-PRESIDENTA: Dra. ALIZON WILDA RODRIGUEZ NAVIA
- 2.- Mg. MARÍA ESTHER MELGAR APAGUEÑO
- 3.- Mg. ROBERT ALEJANDRO MEJÍA TARAZONA
- 4.- Mg. VLADO ERICK CASTAÑEDA GONZALES (Asesor)

La bachiller postulante al Título Profesional de Licenciada, doña

ALEJANDRA MERCEDES CASTILLO RODRIGUEZ

CLAUDIA JOSELINE CHAHUAYO ESTRADA

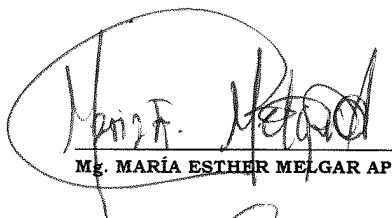
Procedió la sustentación de su Tesis titulado:

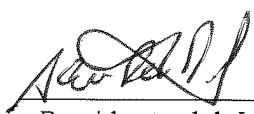
Los fallos de implementación de las políticas públicas: Análisis de caso del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) en Lima Metropolitana durante el período 2013-2017

Concluida la prueba oral, se practicó la votación correspondiente, resultando la candidata:

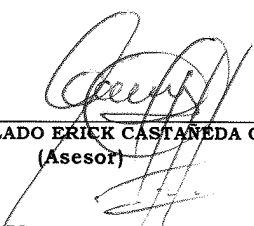
Aprobado por unanimidad con diez y seis (16)

Y para constancia se le extiende la presente acta, en Lima a los TREINTA días del mes de SETIEMBRE del año 2025


Mg. MARÍA ESTHER MELGAR APAGUEÑO


Presidenta del Jurado
Dra. ALIZON WILDA RODRIGUEZ NAVIA


Mg. ROBERT ALEJANDRO MEJÍA TARAZONA


Mg. VLADO ERICK CASTAÑEDA GONZALES
(Asesor)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA

**ACTA DE EXAMEN ORAL PARA EL OTORGAMIENTO DEL
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN CIENCIA
POLÍTICA CON SUSTENTACIÓN DE TESIS GRUPAL**

009

Reunido el Jurado Examinador, constituido por los señores profesores:

- 1.-PRESIDENTA: Dra. ALIZON WILDA RODRIGUEZ NAVIA
- 2.- Mg. MARÍA ESTHER MELGAR APAGUEÑO
- 3.- Mg. ROBERT ALEJANDRO MEJÍA TARAZONA
- 4.- Mg. VLADO ERICK CASTAÑEDA GONZALES (Asesor)

La bachiller postulante al Título Profesional de Licenciada, doña

CLAUDIA JOSELINE CHAHUAYO ESTRADA

ALEJANDRA MERCEDES CASTILLO RODRIGUEZ

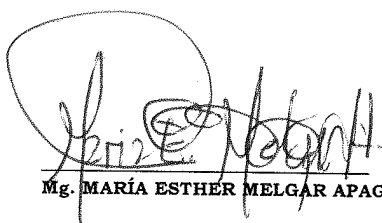
Procedió la sustentación de su Tesis titulado:

Los fallos de implementación de las políticas públicas: Análisis de caso del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) en Lima Metropolitana durante el período 2013-2017

Concluida la prueba oral, se practicó la votación correspondiente, resultando la candidata:

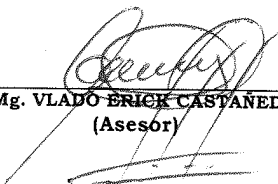
Aprobado por unanimidad con dieciséis (16)

Y para constancia se le extiende la presente acta, en Lima a los TREINTA días del mes de SETIEMBRE del año 2025


Mg. MARÍA ESTHER MELGAR APAGUEÑO


Presidenta del Jurado
Dra. ALIZON WILDA RODRIGUEZ NAVIA


Mg. ROBERT ALEJANDRO MEJÍA TARAZONA


Mg. VLADO ERICK CASTAÑEDA GONZALES
(Asesor)

Av. Venezuela S/N
Pabellón de Derecho – Ciudad Universitaria
Lima 1 - Perú

Teléfono : 452 – 0550 / 452 – 7939
Telefax : 452 – 0279 / 452 – 7940
E-mail : decanoder@unmsm.edu.pe



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA
ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIA POLÍTICA

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Vlado Erick Castañeda Gonzales, en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de la EP N° 000019-2025-EPCP-FDCP/UNMSM y Dictamen de la EP N° 000018-2025-EPCP-FDCP/UNMSM de la tesis, cuyo título es: **Los fallos de implementación de las políticas públicas: Análisis de caso del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) en Lima Metropolitana durante el período 2013 – 2017**, presentado por las bachilleres Alejandra Mercedes Castillo Rodriguez y Claudia Joseline Chahuayo Estrada, para optar el título de Licenciado en Ciencia Política, CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 13% de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título de Licenciado en Ciencia Política.

Lima, 16 de septiembre de 2025

Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: Vlado Erick Castañeda Gonzales

DNI: 19256480

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

Resumen

La presente investigación analiza las condiciones que estructuraron el fallo de implementación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) en Lima Metropolitana. Aunque esta política pública contó con respaldo político y recursos suficientes, el IGSS fue desactivado en 2016, lo que evidencia que su fracaso no se debió solo a limitaciones técnicas, sino también a factores políticos, institucionales y de diseño. Mediante un estudio de caso con enfoque cualitativo y narrativo, se reconstruye el proceso de creación, implementación y cierre del IGSS, aplicando el marco teórico de Grindle sobre contenido y contexto de la política pública. El análisis muestra que la afectación de intereses consolidados, el diseño tecnocrático, la falta de consensos y la ausencia de mecanismos que aseguraran su continuidad institucional contribuyeron a debilitar la política. Asimismo, se identifican dinámicas de equilibrio interrumpido y ventanas de oportunidad que explican tanto su origen como su desactivación. Esta tesis busca aportar al estudio de los fallos de implementación de políticas públicas en salud desde una perspectiva politológica, resaltando la importancia de considerar el poder, los actores y el entorno institucional en el análisis de los resultados en contextos complejos como el peruano.

Palabras clave: *Implementación de políticas públicas; salud pública; fallo de implementación; IGSS; contenido y contexto; reforma sanitaria.*

Abstract

This research examines the factors behind the implementation failure of the Institute for Health Services Management (IGSS) in Metropolitan Lima. Despite having political support and sufficient resources, the IGSS was deactivated in 2016, highlighting that its failure was not solely due to technical shortcomings but also to political, institutional, and design-related issues. Using a qualitative, narrative case study approach and applying Grindle's policy content and context framework, the study reconstructs the IGSS's trajectory from creation, implementation, and closure. Findings indicate that technocratic design, disruption of entrenched interests, lack of political consensus, and absence of institutional continuity mechanisms contributed to the policy's weakening. Additionally, the analysis identifies disrupted equilibriums and windows of opportunity that explain both the creation and dismantling of the IGSS. This study contributes to the literature on public policy implementation failures in the health sector from a political science perspective, emphasizing the role of power, actors, and institutional context in shaping policy outcomes in complex settings such as Peru.

Keywords: *Public policy implementation; public health; implementation failure; IGSS; policy content and context; health reform.*

Dedicatoria

A Dios, mamá Puka, papá Danilo, mamá Bertha y mi querido ángel papá Héctor, a quienes más amo y honro, agradeciendo su amor infinito y soporte en mi proceso de crecimiento espiritual, personal y académico. Así como mi hermana Daniela quién siempre está presente en los momentos difíciles y alegres de la vida.

Con mucho amor,

Alejandra.

A las personas que confiaron en mi capacidad y potencial, quienes me acompañaron con su ternura y calidez en este camino. A mi rebelión, mi libertad, y mi pasión, que me ayudan a resistir.

Claudia.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas que nos dieron su apoyo para el desarrollo de esta tesis, especialmente a los que nos guiaron, orientaron, motivaron y confiaron en nosotras durante este proceso: Vlado Castañeda Gonzáles, Patricio Bazán Watanabe, Víctor Zamora Mesía, Midori de Habich, así como a todos los entrevistados que nos apoyaron compartiendo su experiencia y conocimiento en la materia de esta investigación. A nuestros padres, abuelos y hermanas, quienes nos recordaron innumerables veces que terminemos esta investigación y confiaron en nuestra capacidad para lograrlo. Especial mención a Tomás, Chaski, Emilio y Rosa, quienes nos acompañaron durante las largas noches de corrección. Finalmente, nos agradecemos a nosotras mismas, por perseverar en este arduo camino y hacer frente a las dificultades presentadas.

Introducción

La implementación de políticas públicas representa una de las etapas más cruciales del ciclo de política, pues implica la concreción de decisiones previamente formuladas en acciones que generen resultados de valor público. Sin embargo, no todas las políticas logran alcanzar sus objetivos, y es en ese punto donde el estudio de las fallas de implementación adquiere una relevancia central para las ciencias sociales. Comprender por qué una política pública, pese a contar con respaldo institucional y político, no logra consolidarse en la práctica, permite identificar tanto debilidades estructurales como dinámicas políticas y administrativas que obstaculizan su ejecución.

En el Perú, el sistema de salud enfrenta históricamente serias limitaciones vinculadas a su fragmentación, baja capacidad de gestión y escasa articulación entre niveles de atención. En respuesta a estas problemáticas, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) fue creado en 2013 como parte de la reforma de salud impulsada por el gobierno de Ollanta Humala. Esta reforma tenía como una de sus finalidades la separación de las funciones de rectoría y prestación de servicios, otorgando al IGSS la responsabilidad de gestionar la provisión de servicios en Lima Metropolitana (LM). Pese a contar inicialmente con el respaldo de los principales tomadores de decisiones, su implementación enfrentó múltiples obstáculos y fue finalmente desactivado en 2016 por el Congreso.

A partir de este caso, la presente investigación busca analizar las condiciones que estructuraron el fallo de implementación del IGSS, entendiendo que no se trata únicamente de un problema técnico o de gestión, sino del resultado de tensiones políticas, resistencias institucionales y problemas de diseño. Asimismo, se propone contribuir al estudio de las políticas públicas en el Perú desde el enfoque de la Ciencia Política, disciplina que ha abordado escasamente las fallas de la implementación de las políticas públicas en salud. Al estudiar el caso del IGSS se espera aportar evidencia empírica sobre cómo el contenido y el contexto influyen decisivamente en los resultados.

En el primer capítulo se abordan los aspectos generales de la investigación. Se expone el problema de estudio, los objetivos, las preguntas de investigación y la

justificación del trabajo. Además, se presentan las hipótesis que guían el análisis y se señalan las principales limitaciones de la investigación.

En el segundo capítulo se presenta la revisión de literatura que fundamenta teóricamente la presente investigación. Se abordan los principales antecedentes y estudios sobre las fallas en la implementación de políticas públicas, tanto en contextos internacionales como en América Latina. Asimismo, se describen los marcos teóricos y enfoques analíticos más relevantes sobre la implementación de políticas. Finalmente, se expone el marco teórico adoptado por esta investigación, basado en el modelo propuesto por Grindle (1980a), que permite analizar cómo el contenido y el contexto influyen en el desarrollo y los resultados de las políticas públicas.

En el tercer capítulo se desarrolla la metodología de la investigación. Se describe el enfoque cualitativo adoptado, el diseño de estudio de caso y el uso del método narrativo para reconstruir el proceso de implementación del IGSS. También se detallan las técnicas de recolección de información que se utilizaron.

En el cuarto capítulo se presenta un diagnóstico del sistema sanitario peruano y se analiza el proceso de implementación del IGSS en LM. A través de un enfoque narrativo, se reconstruye el caso del IGSS desde su creación hasta su desactivación, considerando los factores institucionales, políticos y administrativos que condicionaron su desarrollo. A partir de ello, se aplica el marco analítico de contenido y contexto propuesto por Grindle, lo que permite identificar los factores causales que explican el fallo de implementación de esta política pública.

En el Capítulo 5 se presenta los resultados del análisis realizado. Este capítulo examina cómo tanto el contenido de la política, en términos de diseño, actores, intereses afectados y forma de implementación, como el contexto político e institucional condicionaron el fallo de la política. A través del enfoque de contenido y contexto de Grindle, se identifican los factores clave que impidieron la sostenibilidad del IGSS, pese al respaldo político inicial y los recursos disponibles. Finalmente, el Capítulo 6 desarrolla las conclusiones de la investigación y propone recomendaciones orientadas a futuros procesos de implementación en el sector salud.

En este sentido, esta tesis no solo busca comprender las condiciones que estructuraron el fallo de implementación del IGSS, sino también resaltar la importancia de analizar las políticas públicas desde una perspectiva que considere las dinámicas de poder, los intereses en disputa y el contexto institucional. Al examinar un caso emblemático del sector salud en el Perú, el estudio aporta a la formulación de políticas y al debate académico que consideren enfoques desde la Ciencia Política.

Índice

Capítulo 1. Alcances de la investigación	10
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Preguntas de investigación	11
1.2.1. Pregunta principal	11
1.2.2. Preguntas secundarias	11
1.3. Objetivos de investigación	11
1.3.1. Objetivo principal	11
1.3.2. Objetivos secundarios	12
1.4. Hipótesis	12
1.4.1. Hipótesis principal	12
1.4.2. Hipótesis secundarias	12
1.5. Justificación	13
1.6. Limitaciones	13
Capítulo 2. Revisión de literatura	15
2.1. Antecedentes del estudio	15
2.2. Marco teórico	24
2.2.1. Políticas públicas	24
2.2.2. Implementación de políticas	25
2.2.3. Teoría del equilibrio interrumpido	28
2.2.4. Ventanas de oportunidad	29
2.2.6. Aproximación teórica para entender las fallas en la implementación de políticas	31
Capítulo 3. Metodología de la investigación	35
3.1. Enfoque de la investigación	35
3.2. Tipo y diseño de investigación de investigación	36
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de información	39
Capítulo 4. Diagnóstico y análisis	40
4.1. Diagnóstico situacional del sistema sanitario en Perú	40
4.1.1. El sistema sanitario peruano	41
4.1.2. Descentralización en salud	42
4.2. Narrativa del caso	44
4.2.1. Episodio 1: Creación del IGSS	45

4.2.2. Episodio 2: Proceso de transferencia de funciones del Minsa al IGSS	53
4.2.3. Episodio 3: Gestión de los servicios de salud	55
4.2.4. Episodio 4: Desactivación del IGSS y retorno al modelo tradicional	58
4.3. Análisis del caso	64
Capítulo 5. Resultados y discusión	84
Capítulo 6. Conclusiones y recomendaciones	87
Referencias	91
Anexos	102

Índice de figuras

Figura 1: Implementación como proceso político y administrativo (Marco Analítico de Grindle)	32
Figura 2: Estructura narrativa	38
Figura 3: Sistema de salud peruano 2010	42
Figura 4: Relaciones entre eventos en la estructura narrativa del estudio sobre implementación del IGSS	44
Figura 5: Dinámica incremental de la reforma de salud	74
Figura 6: Ventana de Oportunidad: Aplicación del modelo de corrientes múltiples	75
Figura 7: Composición congresal 2011 después de las elecciones	80
Figura 8: Composición congresal 2016 después de las elecciones	81
Figura 9: Dinámica de las coaliciones de causa	82

Índice de tablas

Tabla 1: Factores del contenido de las políticas públicas que influyen en su implementación	33
Tabla 2: Decretos Legislativos de la Reforma de Salud	47
Tabla 3: Sustento de proyectos de ley para desactivar el IGSS	60
Tabla 4: Opiniones institucionales para el cierre del IGSS	61
Tabla 5: Intervenciones durante el debate del cierre del IGSS	62
Tabla 6: Votación del debate para el cierre del IGSS	63
Tabla 7: Identificación de actores relevantes	65

Capítulo 1. Alcances de la investigación

1.1. Planteamiento del problema

Las fallas de implementación es un tópico de interés en las investigaciones de las ciencias sociales, nace del objeto de estudio de la implementación per se, pero se enfoca en comprender los factores causales que llevan al fracaso de una política pública. Estudiar las fallas de implementación representa “una entrada para el análisis de políticas públicas” (Rivera, 2018), inicialmente este estudio dio mayor importancia a la discusión sobre la formulación de políticas y la toma de decisiones (Meny & Thoenig, 1992; Howlett, 2009; Newman & Head, 2015); posteriormente buscó presentar explicaciones causales que “vinculen la formulación, el diseño y la elección de instrumentos con la implementación de la política pública” (Rivera, 2018).

Como mencionan Londoño & Bolaños (2019) “la implementación de las políticas públicas no atribuye a que los fallos vengan de esa misma fase”. Si bien hay estudios en Estados Unidos, Europa y Latinoamérica (Bovens & 't Hart, 2016; Cândido & Santos, 2018; Dunleavy, 1995; Giraldo Hincapié & Arias Ceballos, 2016; Goggin, 1986; Muñoz & Barón, 2016; Newman & Head, 2015; P. Sabatier & Mazmanian, 1979), es crucial considerar que cada país tiene un contexto y estructura política propia, que condicionan la implementación de las políticas públicas. En ese sentido, en el Perú se han realizado estudios sobre las fallas de implementación (Blanco Hauchecorne, 2020; Huanachin Huayascachi, 2020; Rivera, 2018), sin embargo, estas investigaciones no se han abordado en el sector salud, especialmente desde la perspectiva de la ciencia política.

Considerando lo precedente, la presente investigación se centrará en comprender los fallos de implementación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) en Lima Metropolitana (LM) entre 2013 y 2016. El IGSS es resultado de la reforma de salud impulsada por el gobierno de turno y tuvo como objetivo ejercer las facultades relacionadas a la prestación de servicios sanitarios en LM. Si bien esta política contó inicialmente con el consenso de los principales tomadores de decisiones del sector salud y fue implementada en 2014, en 2016, en medio de la coyuntura política cambiante, el Congreso aprobó su desactivación. Considerando el amplio respaldo institucional que tenía el IGSS

durante su creación, y representando este una solución ante la limitada capacidad de gestión de servicios de salud en el país, se pretende analizar los fallos en la implementación de una política que en la teoría tendría como resultado el fortalecimiento de la provisión de servicios de sanitarios en LM.

En este marco, el presente estudio busca llenar el vacío académico relacionado a las fallas de implementación en políticas públicas en el sector salud. Hasta el momento, la mayoría de los estudios sobre este sector en Perú se han abordado desde una perspectiva exclusiva de la salud pública, sin un análisis desde la ciencia política que permita comprender a profundidad los elementos que llevaron al fallo del IGSS. Esta investigación no solo contribuirá a cerrar esa brecha, sino que también ofrecerá un análisis detallado de cómo los factores políticos y administrativos influyeron en el fracaso de esta política pública en particular.

1.2. Preguntas de investigación

1.2.1. Pregunta principal

¿Cuáles fueron las condiciones que estructuraron el fallo de implementación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) en Lima Metropolitana entre el 2013 y el 2017?

1.2.2. Preguntas secundarias

- ¿Cómo se organizó la implementación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS)?
- ¿Cuáles fueron las estrategias desplegadas por los actores durante la implementación del IGSS?
- ¿Cuáles fueron las causas y problemas que incidieron en el fallo de implementación del IGSS?

1.3. Objetivos de investigación

1.3.1. Objetivo principal

Comprender las condiciones que estructuraron el fallo de implementación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) en Lima Metropolitana entre el 2013 y el 2017.

1.3.2. Objetivos secundarios

- Describir la organización en la implementación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS)
- Comprender las estrategias desplegadas por los actores cuando se implementó el IGSS entre el 2013 y 2017
- Explicar las causas y problemas que incidieron en el fallo de implementación del IGSS

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis principal

¿Cuáles fueron las condiciones que estructuraron el fallo de implementación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) en Lima Metropolitana entre el 2013 y el 2017?

Las condiciones que estructuraron el fallo de implementación del IGSS se explican por una combinación de factores vinculados al contenido tecnocrático de la política, que afectó intereses preexistentes sin generar consensos, y a un contexto político e institucional contrario que debilitó su sostenibilidad.

1.4.2. Hipótesis secundarias

H.S.1 ¿Cómo se organizó la implementación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS)?

La organización operativa del IGSS, que centralizó funciones de gestión sanitaria en Lima Metropolitana bajo supervisión del Minsa, enfrentó limitaciones técnicas y resistencias institucionales que obstaculizaron su implementación efectiva.

H.S.2 ¿Cuáles fueron las estrategias desplegadas por los actores durante la implementación del IGSS?

Los actores formaron coaliciones de causa, desde las cuales desplegaron estrategias para revertir la reforma de salud. Estas coaliciones tuvieron como eje

al Congreso, desde donde se generaron interacciones con los gremios y sindicatos de salud, así como el Poder Ejecutivo.

H.S.3 ¿Cuáles fueron las causas y problemas que incidieron en el fallo de implementación del IGSS?

La falta de mecanismos institucionales de continuidad, sumada a la pérdida de respaldo político en un contexto de cambio de gobierno y fragmentación del sistema de salud, facilitó la desactivación prematura del IGSS.

1.5. Justificación

La presente investigación aporta al área de estudio de la Ciencia Política, específicamente al tema de fallos de implementación de políticas públicas.

Actualmente, la literatura sobre el tema es considerablemente amplia en Norteamérica y los países europeos, no obstante, en América Latina, específicamente para el caso de los países en vías de desarrollo, el fenómeno de los fallos de implementación ha sido poco estudiado, sobre todo en Perú.

Si bien se centra el foco en la implementación, como parte del ciclo de las políticas públicas, esto no quiere decir que los fallos dependan o se den exclusivamente en esta fase, sino que, “por la complejidad de plasmar las ideas en hechos reales y que a su vez dependan de factores políticos, sociales, económicos, organizativos y de actitud, esta fase es propicia para su identificación y estudio” (J. D. Londoño & Bolaños, 2019, p. 26). Por ello, es importante estudiar esta etapa del ciclo de políticas públicas, a fin de identificar los posibles factores que inciden en los fallos.

Bajo el marco anterior, existe un vacío en la literatura académica sobre la comprensión de la implementación de políticas y sus fallos específicamente en América Latina. Por ello, esta investigación resulta pertinente para contribuir al vacío que existe en la academia.

1.6. Limitaciones

Si bien la presente tesis pretende explicar la implementación de una política y los posibles elementos que contribuyen a su éxito o fracaso, específicamente sobre la implementación del IGSS, existe una limitación metodológica

relacionada a la escasa información institucional u oficial sobre la evaluación del desempeño del IGSS realizada por el rector en salud, lo cual desemboca en la recolección de datos auto-informados, que “representan una limitación para la investigación debido a que estos pueden contener varias fuentes potenciales de sesgo” (Avello Martínez et al., 2019).

Esta limitante se debe al corto periodo de duración que tuvo la política para implementarse. No obstante, frente a esta limitación se amplía el mapeo de actores y, aparte de incluir a los funcionarios de alta dirección del Minsa y del IGSS, también se incluyen a los gremios, actores políticos y sociedad civil que fueron parte de la implementación de esta política durante el periodo de estudio de la presente tesis.

Capítulo 2. Revisión de literatura

2.1. Antecedentes del estudio

La literatura académica sobre los fallos de implementación en las políticas públicas es amplia en el campo de la ciencia política. El desafío de entender por qué ocurren estos fracasos está impulsado por el deseo de crear conocimiento que ayude a prevenir la recurrencia de estos fracasos. Al analizar y documentar qué salió mal y explicar por qué “los analistas de políticas crean una base de conocimiento que debería permitir a los futuros responsables de las políticas actuar mejor” (Bovens & ‘t Hart, 2016). A continuación, se realiza una revisión de la literatura sobre casos empíricos de las fallas de implementación de políticas públicas.

Quick (1980) estudia cómo se da la implementación de políticas vagamente definidas, pero políticamente importantes, a través del caso de implementación de un programa ideológico en Zambia, donde a partir de su independencia en 1964 el partido de gobierno, instauró una ideología nacional para guiar el desarrollo del país. De este modo, se insertó el programa de Cooperativas de Productores Agrícolas, el cual cumplía las características de los programas ideológicos (objetivos múltiples, altas expectativas, liderazgo politizado, amplio presupuesto y popularidad política) y fue implementado por un departamento pequeño, con poco personal y de bajo estatus en la estructura administrativa. Al ser implementado, la naturaleza del programa paralizó la capacidad de planificación, por lo que los tomadores de decisión se vieron obligados a recurrir a criterios políticos, y terminaron convirtiéndose en “agencias ansiosas”, pues se esperaba que logren una lista larga de objetivos, pero no tenían la capacidad para lograrlo.

Así, la implementación de la política fracasa debido a: la politización del liderazgo (que desalentó el examen racional de los objetivos de la política); al aislamiento del departamento implementador de la experiencia crítica de otras agencias; la popularidad política del programa; una excesiva disponibilidad de recursos financieros; y una incapacidad del departamento a cargo para responder racionalmente a la retroalimentación negativa de su propio personal. Como resultado, el estudio de Quick demuestra que si bien es importante que los

programas populares tengan éxito, su misma popularidad reduce la probabilidad de alcanzarlo, por lo que la popularidad inhibe el proceso de retroalimentación y reduce la capacidad de la agencia implementadora para responder creativamente a los problemas.

Sussman (1980) explora las decisiones de implementación en programas nacionales que tienen un proyecto piloto previo. El estudio es realizado en la India, un país en desarrollo que al tener una falta de recursos para implementar políticas que generen cambios de carácter social y económico, se opta por el uso de proyectos piloto. Si bien los resultados del proyecto piloto fueron exitosos, se enfatizaron dos factores que permitirían la implementación efectiva del programa (personal competente y capacitado, y una línea de suministro confiable), el proyecto piloto demostró que al considerar las condiciones y los recursos locales se podían diseñar los esfuerzos necesarios y económicamente rentables para beneficiar a la población local.

No obstante, durante la implementación del programa, el enfoque cuidadosamente manejado del piloto de “ir despacio” fue abandonado por los tomadores de decisión, a fin de obtener un programa mucho más extenso y rápido. Las lecciones aprendidas del proyecto piloto no se aplicaron debido a presiones políticas y las relaciones burocráticas que se formaron en torno a las necesidades más amplias de implementación del programa nacional. Como consecuencia se dio una reducción en la capacidad organizativa, puesto que la rápida expansión significó una rápida contratación de personal, lo cual resultó en la pérdida de la capacidad de gestión. Por lo tanto, de acuerdo con el estudio de Sussman, la estrategia elegida para implementar un programa a nivel nacional está sujeta a diferentes consideraciones burocráticas y políticas que pueden anular las lecciones de un proyecto piloto durante la implementación a nivel nacional.

Rothenberg (1980) examina el fallido intento de implementar una política en Colombia que buscaba equilibrar la centralización política con la descentralización administrativa. En la década de 1960, el gobierno colombiano promovió la descentralización administrativa y delegó más autoridad a los funcionarios locales de planificación y al Instituto de Crédito Territorial (ICT), la

agencia nacional de vivienda. Si bien el ICT operaba con alta autonomía nacional, en Cali, se creó otra institución (el Instituto de Vivienda de Cali-INVICALI) para aplicar la política de vivienda social y eliminar viviendas insalubres mediante programas de limpieza y rehabilitación. Para llevar a cabo esta política a nivel local se intentó debilitar al ICT otorgando mayor autoridad a las oficinas locales. Sin embargo, para 1970, INVICALI había perdido credibilidad, y el ICT asumió la responsabilidad del proyecto, el cual fracasó debido a la fragmentación del poder en Cali.

Las causas del fracaso incluyeron la falta de lealtades institucionales, disputas internas y una alta rotación de personal. Las consecuencias fueron el estancamiento en la construcción municipal, el aumento de la presión pública y la centralización por defecto, ya que el ICT tomó el control total del proyecto sin resistencia local. Rothenberg concluye que este fracaso se debió a la rivalidad política, una configuración constitucional inusual y una inundación inesperada. La lección del caso INVICALI es que aumentar la autonomía en un gobierno local fragmentado ralentiza la implementación, y que la descentralización controlada puede resultar ineficaz sin un centro de poder consolidado.

Grindle (1980b) analiza el rol de los implementadores en los programas de desarrollo rural en México, destacando las restricciones políticas que enfrentan. El estudio identifica varios desafíos a los que se enfrentan los implementadores, incluyendo la necesidad de mantener la paz política y la presión de satisfacer las demandas de grupos poderosos, a menudo en detrimento de las clientelas de bajo estatus. Este desequilibrio de poder puede llevar al fracaso de muchos programas de desarrollo rural, ya que los implementadores tienden a priorizar la estabilidad política por sobre los objetivos del programa. El caso específico de la agencia federal CONASUPO en México ilustra estos puntos. A pesar de los esfuerzos para desarrollar un programa de apoyo a los campesinos, las presiones políticas locales y la necesidad de mantener relaciones cordiales con los gobiernos estatales y otros actores poderosos llevaron a que los recursos no llegaran a los beneficiarios previstos.

Como conclusión del estudio, Grindle señala que la eficacia de los programas de desarrollo rural depende en gran medida de la capacidad de los

implementadores para equilibrar las demandas políticas con los objetivos del programa. Este equilibrio es particularmente difícil de lograr debido a las múltiples y a menudo conflictivas demandas que se imponen a los implementadores. La autora subraya que las relaciones de poder desigual en las áreas rurales y las presiones para mantener la paz política a menudo desvían los recursos y beneficios de los programas, perjudicando a los grupos de bajo estatus que deberían ser los principales beneficiarios.

Perlman (1980) analiza la implementación de la política de erradicación de ocupantes ilegales en las favelas de Brasil durante el régimen militar que comenzó en 1964. El estudio describe el intento de un grupo organizado dentro de un régimen autoritario por impedir la implementación de una política diseñada para destruir su forma de vida. Este grupo no solo no logró influir en el resultado, sino que además recibió severas sanciones. Mediante este caso, se presenta la ironía de que las políticas implementadas generaron una “profecía autocumplida”, dando lugar a los problemas y tendencias destructivas que estaban destinadas a controlar.

Perlman documenta cómo las políticas gubernamentales de erradicación fueron contraproducentes, exacerbando los problemas que intentaban solucionar. La represión y la cooptación de líderes comunitarios debilitaron la resistencia, pero también crearon resentimiento y desconfianza hacia el gobierno. Así, el objetivo de integrar a los “favelados” a la vida de clase media no se logró. Como resultado de la implementación fallida, se creó una “profecía autocumplida” donde el propio gobierno, sin saberlo, generó exactamente el tipo de personas marginadas y desintegradas que suponía, erróneamente, que vivían en las favelas.

McClintock (1980) analiza las fallas en la implementación de la reforma agraria durante el gobierno militar de Velasco Alvarado, particularmente cómo las tensiones ideológicas y los conflictos entre actores clave, líderes militares, grupos políticos, técnicos implementadores y beneficiarios, socavaron la coherencia y eficacia de la reforma agraria impulsada por el gobierno de Velasco Alvarado. La falta de consenso interno generó constantes modificaciones en la ley, dejando vacíos legales y directrices contradictorias. Mientras algunos sectores promovían la reforma como motor del desarrollo capitalista, otros la

concebían como un instrumento de justicia social o como medio para canalizar la movilización campesina. Estas divergencias marcaron el diseño y ejecución de la política, provocando desarticulación institucional.

Las disputas también se reflejaron en las agencias responsables: SINAMOS priorizaba la participación campesina y la redistribución de tierras, mientras que el Ministerio de Agricultura se enfocaba en la productividad de las cooperativas. Esta falta de coordinación, sumada a la resistencia de las propias cooperativas frente a controles estatales, debilitó aún más la implementación. Además, la reforma enfrentó limitaciones estructurales como escasez de recursos, problemas de comunicación y centralización, lo que derivó en una aplicación desigual, especialmente en zonas rurales aisladas. La distribución de tierras y créditos sin criterios técnicos ni evaluación del desempeño agravó las fallas de la política, limitando su impacto transformador.

En suma, la experiencia del gobierno de Velasco en la implementación de la reforma agraria revela cómo los objetivos ambiciosos y reformistas pueden verse severamente limitados por condiciones estructurales adversas, contradicciones internas y falta de coordinación institucional. La coexistencia de visiones contrapuestas dentro del régimen, sumada a la debilidad de las redes de comunicación y la asignación indiscriminada de recursos, generó una política fragmentada y difícil de sostener. La incapacidad de las agencias estatales para ejercer un control coherente y la resistencia de las propias cooperativas agravaron las fallas del proceso.

David Pyle (1980) analiza el Proyecto Poshak en India (1971-1975), diseñado para proporcionar suplementos nutricionales a niños menores de 3 años en áreas rurales. Aunque se optó por una distribución a domicilio para llegar a familias desfavorecidas, el proyecto también incluyó medidas de salud preventivas y curativas, así como un componente educativo para madres embarazadas y lactantes. A pesar del apoyo de entidades internacionales como USAID, UNICEF y CARE, el proyecto no fue adoptado tras cinco años de implementación debido a problemas en su ejecución.

El proyecto logró resultados positivos en la distribución de suplementos y aumentó en un 40% el uso de servicios de salud primaria, mejorando las actitudes hacia la nutrición y reduciendo ligeramente las tasas de mortalidad. Sin embargo, su fracaso se debió a dificultades en cuatro áreas clave: conceptualización, compromiso, administración y tiempo. La falta de objetivos claros, la escasa participación política y la falta de continuidad en la gestión gubernamental e interna en CARE impidieron la replicación exitosa del proyecto. Además, los problemas financieros y políticos de la época, junto con la dependencia de recursos externos, dificultaron su sostenibilidad y expansión.

Hadden (1980) analiza la implementación de la electrificación rural en Rajasthan, India, destacando los factores clave que influyeron en la descentralización controlada del programa. El autor concluye que, para una descentralización exitosa, deben existir tres componentes esenciales: eficiencia, participación local y capacidad de respuesta burocrática. Estos elementos permiten una implementación óptima, que Hadden denomina "descentralización controlada", una combinación de los beneficios de la descentralización y la centralización.

El programa de electrificación tenía dos objetivos principales: aumentar la productividad agrícola mediante la electrificación y mantener el apoyo político al partido en el Congreso. La focalización fue crucial debido al presupuesto limitado. La participación ciudadana fue generalmente positiva, y la capacidad de respuesta burocrática se garantizó con un sólido componente técnico, en el que especialistas definían criterios para apoyar los objetivos económicos y técnicos. La descentralización controlada facilitó la eficiencia al permitir que los órganos técnicos definieran criterios, mientras que los funcionarios locales introducían criterios políticos, promoviendo mayor participación, responsabilidad y eficiencia, a la vez que optimizaba el uso de recursos y el desarrollo local.

Temple y Temple (1980) analizan la implementación de la política de vivienda en Nairobi, Kenia, entre 1963 y 1973, cuyo objetivo era proporcionar un número significativo de unidades residenciales para personas de bajos recursos. Sin embargo, los resultados no cumplieron con las expectativas, debido a una serie de sesgos y contradicciones en el proceso de implementación. A pesar de los esfuerzos para abordar la crisis habitacional en un país recién independizado,

las políticas de vivienda no lograron mejorar significativamente las condiciones de los sectores más vulnerables de la población. Los diferentes actores involucrados, como la Corporación Nacional de Vivienda, la House Finance Company y el Ayuntamiento de Nairobi, operaban con intereses y criterios divergentes, lo que resultó en una ejecución inconsistente.

El estudio muestra cómo las decisiones tomadas por los implementadores reflejaban prejuicios tanto actitudinales como políticos. El presidente de Kenia rechazaba las viviendas de bajo costo, mientras que los concejales y los actores relacionados al financiamiento de la política preferían apoyar viviendas más caras, lo que reflejaba un interés por la rentabilidad económica. Además, los trabajadores expatriados no permanecían lo suficiente en el país, lo que dificultaba una implementación eficaz. La falta de participación de los sectores más pobres y la desorganización interna contribuyeron al fracaso de la política, que no logró satisfacer las necesidades habitacionales urgentes y dejó a los más vulnerables fuera del proceso de diseño e implementación.

Pressman y Wildavsky (1984) analizan las dificultades y desafíos que enfrentan los programas federales de desarrollo económico al ser implementados a nivel local. Su estudio se centra en la brecha entre la formulación de políticas en el nivel federal y su implementación en el nivel local. A través del caso específico de la Administración de Desarrollo Económico (Economic Development Administration, EDA) en Oakland, California, los autores muestran cómo las grandes expectativas de los programas federales pueden ser frustradas por la complejidad y los obstáculos en el terreno. El caso estudiado refiere a un proyecto de desarrollo económico en Oakland que tenía como objetivo revitalizar la economía local y crear empleo. A pesar de los recursos y el apoyo federal, el proyecto enfrentó numerosos problemas que llevaron a su fracaso.

Los autores identifican varios factores: la falta de coordinación entre agencias, la burocracia, los conflictos de intereses, y la realidad política y social local que no se alineaba con las expectativas federales. Este estudio destaca que la implementación de políticas es inherentemente complicada y está sujeta a muchas variables impredecibles, asimismo, el éxito de las políticas públicas no

depende solo de un buen diseño en el nivel federal, sino también de una comprensión profunda y adaptaciones a las condiciones locales.

En el análisis de Aldas (2014), se examinan las dificultades en la implementación de los programas de eficiencia energética en Ecuador. La información sobre estos programas, proporcionada por el Ministerio de Electricidad y Energías Renovables, es limitada y se restringe a lo disponible en portales oficiales y fuentes indirectas como OLADE y CEPAL. La falta de acceso a documentación técnica detallada y memorias de proyectos dificulta la evaluación de la eficacia y la identificación de herramientas analíticas adecuadas. A pesar de estas limitaciones, el análisis sugiere que las deficiencias en los resultados se deben principalmente a problemas en el diseño de la política más que a fallas en la ejecución. La estructura de toma de decisiones del gobierno, al introducir cambios en el diseño de la política sin adaptaciones correspondientes en la implementación, ha conducido a resultados finales que no se ajustan a los objetivos iniciales.

Además, Aldas destaca que varios factores, como la capacidad técnica y tecnológica, la reacción pública frente a la eficiencia energética, los subsidios energéticos y la falta de información, revelan amenazas que deberían ser contempladas desde el diseño de la política. Sin embargo, las barreras en el proceso de implementación, a menudo no identificadas, afectan negativamente los resultados. Aunque Ecuador dispone de diversos instrumentos para la política de eficiencia energética, muchos de ellos carecen de estudios de actualización que justifiquen su extensión. La ausencia de mecanismos adecuados para el seguimiento y ajuste durante la implementación y la dependencia de financiamiento no reembolsable complican aún más el proceso. La presión por obtener resultados inmediatos puede desviar el enfoque de las condiciones necesarias para una implementación efectiva, subrayando la necesidad de claridad en los objetivos, una evaluación rigurosa y personal capacitado para el éxito de la política.

En el estudio de Giraldo & Arias (2016) sobre la política pública de envejecimiento y vejez en Medellín (2012-2016), identifican importantes brechas en la implementación, centrando su análisis en la limitada eficacia del

mecanismo de cofinanciación mediante la estampilla pro-adulto mayor (instrumento de financiamiento público que tiene como objetivo apoyar programas y servicios dirigidos a las personas adultas mayores). Aunque esta buscaba garantizar un flujo constante de recursos, su ejecución enfrentó obstáculos derivados de procesos político-administrativos, generando interrupciones en la atención de los centros vida, en promedio, cuatro meses por año, y afectando directamente a adultos mayores del Sisbén I y II, cuyas familias no siempre cuentan con los medios para asumir el cuidado. El estudio reconoce los esfuerzos institucionales por fortalecer la participación social y familiar, así como la expansión territorial de los servicios en 2016. No obstante, concluye que la dependencia de la estampilla limitó la sostenibilidad y efectividad de la política pública.

El estudio de Rivera (2018) sobre la Reforma Magisterial (2012-2016) identifica tres factores clave que contribuyen a las brechas de implementación en la política de desarrollo docente: el diseño y formulación de la política, las inconsistencias en su instrumentalización y los problemas de institucionalidad. A pesar de los esfuerzos por mejorar el desempeño docente, la política no ha logrado resolver los problemas persistentes debido a la falta de cambios estructurales en las condiciones laborales y en la formación continua de los docentes. La investigación subraya la importancia de alinear la reforma con procesos como la reforma curricular y la acreditación de la calidad educativa, pero también destaca la falta de claridad y coherencia en la formulación de la política, lo que ha dificultado su implementación efectiva.

Rivera señala que la selección y priorización de los instrumentos de la política no ha sido adecuada, lo que ha obstaculizado el cumplimiento de los objetivos propuestos y ha dificultado su adaptación a los contextos locales. La falta de participación efectiva de los actores beneficiarios, sustituida por consultas a expertos, ha limitado la representatividad y generados procesos desarticulados. Como resultado, la política de desarrollo docente ha sido fragmentada y parcial, lo que ha creado desconexiones entre los instrumentos y las necesidades del sistema educativo peruano. Esto ha perpetuado las brechas de implementación, afectando la efectividad de las reformas durante el periodo estudiado.

El análisis previamente realizado es necesario para la investigación en ciencia política, puesto que este análisis nos permite comprender las diversas dimensiones del fracaso en las políticas públicas y proporciona una base para analizar sus causas y consecuencias.

2.2. Marco teórico

2.2.1. Políticas públicas

La conceptualización del “políticas públicas” ha sido objeto de diferentes intentos teóricos de explicación, por lo que la mayoría de los autores no ha logrado arribar a un consenso para la definición. No obstante, existen características que son similares en la mayoría de los enfoques desde los cuales se aborda este concepto. Como resultado, si estiramos el concepto, podemos encontrar que de manera general los autores coinciden en que puede entenderse a las políticas públicas como una acción del Estado. Sin embargo, como señala Méndez (2000), esta definición general parecería abarcarlo todo, ya que “una política pública incluiría los casos en los que el Estado interviene para solucionar un problema, pero también los casos en los que no interviene” considerando que la decisión de no tomar acciones es una forma de acción. Por lo tanto, y para fines de establecer un adecuado marco teórico para la presente investigación, es importante definir de manera precisa qué entendemos por política pública.

Dye (1984) define a las políticas públicas como “todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer”, esta concepción, si bien no alienta debates en la academia, para Dye, tras un análisis minucioso todas las concepciones discutidas en la academia se reducen a lo mismo. Para comprobar ello, Dye analiza el trabajo de Easton (1953), quien define a la política pública como “la asignación autoritaria de valores para toda la sociedad”, sin embargo, bajo un enfoque de sociedad organizada, inferimos que solo el gobierno puede ejercer esa autoridad, de tal modo que todo lo que el gobierno “hace o decide no hacer” se convierte en una “asignación de valores”(Dye, 1984).

En línea con Dye, pero eliminando las limitaciones de que solo las instituciones públicas, pueden desarrollar políticas, Dente y Subirats (2014) proponen que una política pública puede ser entendida como “un conjunto de decisiones y actividades que están ligadas a la solución de un problema colectivo”. De este

modo, se incluye a diversos actores fuera del gobierno, quienes también participan directa o indirectamente en las políticas.

En concordancia con la naturaleza de la política pública que pretende analizar la presente investigación, optamos por la definición de Dente y Subirats, pues permitirá incluir en el análisis a los actores que se encuentran fuera del gobierno, pero que son parte importante del desarrollo de la política estudiada. Por lo tanto, esta definición nos permite analizar decisiones sin asumir que estas responden exclusivamente al estricto espacio institucional de los gobiernos.

2.2.2. Implementación de políticas

La implementación de políticas ha sido objeto de estudio desde los años 70 en Norteamérica debido al fracaso de políticas de gobierno. A razón de estos fracasos, los investigadores encontraron como materia de interés el análisis de los factores que inciden en la implementación de políticas, de este modo, el marco de análisis de la implementación ha sido abordado desde diferentes enfoques, de los cuales se destacan los siguientes:

- **Enfoque prospectivo o *top-down***

Este enfoque, más conocido como “de arriba hacia abajo” se caracteriza por abordar una perspectiva institucional de la implementación. Los problemas de implementación se abordan mediante regulaciones que controlan el sistema burocrático, abarcando la autoridad, supervisión, coordinación e información características de esta jerarquía. Este enfoque se centra en la estructura formal del proceso de implementación de políticas, es decir, en las organizaciones establecidas por las normas (Pinzón, 2023). Asimismo, presupone una relación directa y causal entre las políticas formuladas y los resultados obtenidos, restando importancia al rol de los ejecutores en el proceso (Pülzl & Treib, 2007). Entre los autores más prominentes de esta corriente se encuentran Pressman y Wildavsky (1984), Van Meter y Van Horn (1975), Bardach (1998), y Sabatier y Mazmanian(1981).

Pressman y Wildavsky (1984), considerados pioneros en el estudio de la implementación, argumentan que el modelo *top-down* es un enfoque racional que concibe la implementación como una interacción entre la definición de

objetivos y las acciones necesarias para alcanzarlos. Según esta visión, la implementación se llevaría a cabo de manera efectiva en un escenario ideal donde las instituciones públicas responsables posean todos los recursos y la autoridad necesarios para cumplir los objetivos planteados.

De acuerdo con el análisis de Pinzón (2023), este enfoque identifica la disposición normativa como el principal factor para el éxito. La medida del éxito o fracaso de una política pública se basa en la dimensión de la brecha o déficit de implementación, que se define como la diferencia entre lo planificado (expectativas en el alto nivel) y los resultados alcanzados (percepciones en la base).

Considerando lo precedente, este enfoque ha sido criticado por su fuerte énfasis en lo normativo y bajo la suposición utópica de instituciones estatales fuertes que garanticen la aplicabilidad de la norma, lo que lo hace poco aplicable en contextos latinoamericanos, donde las instituciones suelen ser débiles y dependientes de un poder político que generalmente es inestable; y las leyes no necesariamente suponen una adecuada implementación. Asimismo, se enfoca en los tomadores de decisiones de la alta cúpula, no prestando atención a los burócratas de la calle, terminología propuesta por Lipsky (1980).

- **Enfoque retrospectivo o *bottom-up***

A partir de las limitaciones del modelo prospectivo en la identificación de las variables que inciden en la implementación, nace el enfoque retrospectivo. Este enfoque analiza desde el final de la implementación, retrocediendo sobre las etapas precedentes para identificar los elementos positivos y negativos que incidieron en los resultados de la política pública (Rey Sánchez, 2017). Este enfoque se centra en el funcionamiento empírico e informal de las políticas públicas, poniendo énfasis en la base o periferia del proceso de implementación. Su objetivo es analizar los momentos en los que surgen problemas, por lo que presta especial atención a los actores que están en contacto directo con la población objetivo (Pinzón, 2023).

Elmore es uno de los pioneros en este enfoque, para este autor el modelo institucional tiene limitaciones al considerar que los resultados de la implementación dependerán exclusivamente de los tomadores de decisiones,

cuando en realidad ello no contempla el poder e incidencia que tienen finalmente los burócratas que implementan en los resultados (1978, citado por Aguilar Villanueva, 1993). El enfoque anterior (prospectivo) tiene limitaciones porque conciben la “idea de existencia de un control jerárquico de programación, ello toda vez que diversos estudios han documentado las posibles desviaciones causadas por los burócratas de primer piso”(Revuelta Vaquero, 2007).

Considerando ese marco crítico, Elmore sostiene que la investigación se desarrolla retrospectivamente, evaluando en cada etapa la capacidad de influir en el comportamiento de las políticas y los recursos requeridos para lograr las metas. Adicionalmente, sostiene que las intenciones de los burócratas de menor nivel pueden desviar las intenciones de los burócratas de alto nivel (Rey Sánchez, 2017).

Otro exponente resaltante del marco analítico de este enfoque es Lipsky (1980), quien estudia a los “burócratas de la calle” y su incidencia en la implementación de las políticas públicas. Los burócratas experimentan una distancia entre las demandas impuestas por la normativa, el aspecto administrativo y la ciudadanía, por un lado, y los recursos limitados disponibles, por el otro. En respuesta a esta situación, estos actores tienden a utilizar mecanismos de adaptación que habitualmente distorsionan la ejecución de su trabajo en relación con las intenciones originales de la ley (Pinzón, 2023).

Este enfoque ha sido objeto de críticas por poner demasiado énfasis en las dinámicas periféricas en detrimento del centro, descuidando el papel de la ley como instrumento para inducir cambios en el comportamiento. Además, se ha señalado una falta de evaluación exhaustiva del éxito o fracaso según las intenciones originales establecidas en las políticas (Revuelta Vaquero, 2007).

- **Otros marcos analíticos de la implementación**

Adicionalmente a los enfoques más conocidos de implementación (*top-down* y *bottom-up*), existen otros modelos de interpretación. Uno de ellos es el enfoque neoinstitucional, el cual “se pronuncia sobre las causas y consecuencias de las instituciones políticas y adopta valores políticos de la democracia liberal” (Marsh & Stoker, 1995, p. 54), para este enfoque las instituciones representan valores y relaciones de poder que generan impactos sobre los individuos y su

relacionamiento. Es decir, “se amplía el espectro del estudio de los fallos de las instituciones formales a otros escenarios compuestos por supuestos, normas, rutinas y costumbres” (J. D. Londoño & Bolaños, 2019).

Otro enfoque resaltante es el discursivo, el cual analiza de qué manera las estructuras de significado o “discursos” hacen posible ciertas formas de accionar o conductas. Para este enfoque los fallos son “construcciones narrativas (no neutrales) y discursivas dotadas de poder y cierto grado de aceptación” (J. D. Londoño & Bolaños, 2019). Considerando que el enfoque discursivo se interesa por “el papel que representan las prácticas e ideas sociales significativas en la vida política y analiza de qué manera los discursos configuran la comprensión que las personas tienen de sus propios roles sociales y cómo influyen en sus actividades políticas”(Marsh & Stoker, 1995, p. 125), los fallos de implementación están relacionados a cuestiones de política y poder, donde se priorizan las percepciones, la aceptación, el grado de apoyo que tiene una política y el juicio de valor de los actores involucrados en la política.

Por otro lado, la implementación también se ha estudiado desde la perspectiva del establecimiento de la agenda. Bajo esta perspectiva, de acuerdo con los estudios de Bachrach y Baratz (1963) y Cobb y Elder (1971) el fracaso no se refiere a la fase de implementación, ni al éxito alcanzado por una política, sino al bloqueo del proceso del establecimiento de la agenda. Para estos autores las políticas, entendidas como problemas de política pública, fracasan al no llegar a establecerse en la agenda política, es decir, cuando existe un bloqueo organizado para restringir el acceso a la agenda. De acuerdo con Zittoun (2015) “esta perspectiva supone que los actores están motivados por intenciones de éxito, por ejemplo, la implementación de su reforma, pero que estas intenciones encuentran limitaciones e impedimentos”. Bajo este enfoque, la política fracasa antes de llegar a la agenda, por lo que no puede ser diseñada y posteriormente implementada, por lo tanto, existe una interrupción de procesos que dificulta la implementación.

2.2.3. Teoría del equilibrio interrumpido

En el estudio de True, Jones y Baumgartner (2006) se plantea que, si bien los procesos de políticas públicas se caracterizan por la estabilidad y el

incrementalismo, en ocasiones se apartan de manera drástica del pasado, es decir, se dan grandes cambios frente a dinámicas que se venían repitiendo año tras año. Para entender esta dinámica, proponen la teoría del equilibrio interrumpido, la cual plantea que el proceso de formulación de políticas es influenciado por la interacción de tres componentes: instituciones políticas, toma de decisiones con racionalidad limitada y movilizaciones de intereses.

Bajo esta premisa, los cambios lentos y los de gran escala en las políticas públicas son explicados por “la interacción de instituciones políticas de niveles múltiples y la toma de decisiones de conducta” (True et al., 2006, p. 168), esta combinación crea patrones, ya sea de estabilidad y movilización o de equilibrios interrumpidos.

Para esta teoría, en términos generales, en el proceso de políticas públicas ocurren modificaciones discretas o marginales que eventualmente conducen a eventos radicales. Por ejemplo, si bien se habla de una “naturaleza conservadora en los sistemas de políticas públicas nacionales, que a menudo favorece el *statu quo*” (True et al., 2006), eso no limita o elimina la acción de implementar cambios mínimos en el proceso de políticas, de acuerdo con la movilización de intereses. De este modo, con el tiempo “la presión dentro de un determinado subsistema aumenta hasta que acumula suficiente presión como para producir un cambio de política importante y drástico” (Flink, 2017).

2.2.4. Ventanas de oportunidad

Para entender cuáles son los procesos que determinan si una política es incluida en la agenda de gobierno, implementada o descartada, Kingdon (1995) plantea el modelo de corrientes múltiples. Este modelo establece tres corrientes independientes entre sí, sin perjuicio de que en algún momento puedan acoplarse, las cuales son: los problemas, las soluciones y los contextos políticos.

La *corriente de problemas* explica cómo determinados problemas captan la atención de los decisores, lo cual puede suceder por las siguientes razones: a) existen indicadores que advierten la necesidad de atención; b) la existencia de estudios que aporten nuevos elementos para evaluar un fenómeno; c) la retroalimentación sobre políticas públicas que demuestran alguna falla; o d) la

ocurrencia de algún evento extraordinario (como un desastre natural) que atraiga la atención hacia un problema o fenómeno específico.

La *corriente de soluciones* (también conocida como la corriente de políticas) explica cómo las propuestas para dar solución a un determinado problema son generadas a través del tiempo. Asimismo, la solución planteada debe cumplir con tres criterios: ser viable (física y tecnológicamente); ser aceptado entre la comunidad de expertos; y debe anticiparse a factores futuros que puedan obstaculizar la ejecución de la política.

Finalmente, la *corriente de contextos políticos* amplía el panorama y agrega a la fórmula el contexto sociopolítico, el cual no solo está relacionado con grupos de interés, sino también con el clima del entorno, es decir, con la opinión pública, resultados electorales o cambios en la administración.

Por lo tanto, de acuerdo con el modelo de Kingdon, una política pública puede “subir de importancia en la agenda, y puede llegar a ser implementado cuando las tres corrientes convergen en el tiempo y abren una ventana de oportunidad”(Domínguez Virgen, 2011). Esta ventana de oportunidad, o también conocida como ventana de políticas es una oportunidad para que los defensores de propuestas “viertan sus concepciones de los problemas, sus propuestas y fuerzas políticas en la oportunidad de elección, y los resultados dependen de la combinación de elementos presentes y de cómo se acoplan los diversos elementos”(Kingdon, 1995).

2.2.5. Marco de Coaliciones de Causa

Este marco fue desarrollado por Sabatier y Jenkins-Smith a finales de los años ochenta como respuesta a tres aspectos de la literatura de los procesos políticos. El primer proceso era “la interpretación de la heurística de las secuencias como una teoría inadecuada del proceso político” (Gómez Lee, 2012). El segundo fue la necesidad de teorías basadas en sistemas, a diferencia de los enfoques *top-down* y *bottom-up*. Mientras que el tercero fue la falta de una teoría sobre “el rol de la información científica y técnica en el proceso político”(Sabatier & Jenkins-Smith, 1993).

Las coaliciones de causa son entendidas como “las personas que provienen de una variedad de posiciones, quienes comparten un particular sistema de creencias (esto es, un juego de calores básicos, suposiciones causales y percepción del problema) y que muestran un grado nada trivial de actividad coordinada a lo largo del tiempo”(Sabatier & Jenkins-Smith, 1993).

Es decir, estos actores (quienes participan en los procesos de política pública) pueden agruparse y conformar coaliciones con base en sus intereses y creencias sobre un determinado problema o tema en agenda. Asimismo, estos actores pueden pertenecer al sector público o privado y, de acuerdo con Sabatier y Jenkins-Smith (1993, p. 5) “procuran manipular las reglas, presupuestos, y el personal de las instituciones gubernamentales para alcanzar sus objetivos con el tiempo”. Para los autores, en la mayoría de los casos estas coaliciones incluyen a actores como “líderes de grupos de interés, agentes gubernamentales oficiales, legisladores, investigadores y quizá periodistas”(Sabatier & Jenkins-Smith, 1999).

Estos actores utilizan sus espacios institucionales para promover propuestas, mientras coexisten y compiten contra otros, hasta que la decisión sobre cuál es la mejor alternativa sea definida. De acuerdo con Domínguez (2011), si bien estas coaliciones comparten determinados “valores de política y anticipan restricciones futuras similares”, esto no quiere decir que comparten los mismos intereses o creencias sobre un problema público.

2.2.6. Aproximación teórica para entender las fallas en la implementación de políticas

Como se ha presentado, la implementación de políticas se ha estudiado mayoritariamente con los enfoques tradicionales (*top-down* y *bottom-up*); sin embargo, estos estudios se realizaron en contextos propios de los países desarrollados. Al analizar los países en vías de desarrollo, estos enfoques no son suficientes para entender la implementación y los factores que inciden en su éxito o fracaso en contextos con características propias de los países en vías de desarrollo.

Ante ello, Grindle (1980a) planteó un enfoque que analiza la implementación y los factores que inciden en las fallas de las políticas públicas en los países del

tercer mundo (término utilizado anteriormente para referirse a países en desarrollo de América Latina, África y algunos de Asia). La autora señala que el fenómeno de la implementación ha sido foco de atención de los investigadores porque es un fenómeno que posee “una amplia variedad de factores [...] y frecuentemente intervienen entre la declaración de los objetivos de la política y su logro real en la sociedad” (Grindle, 1980a, p. 3).

En ese marco, Grindle propone el siguiente concepto para comprender la implementación:

“Es el resultado de un proceso de una toma de decisiones realizada por una variedad de actores, el resultado final es determinado por el contenido del programa que está siendo implementado y por la interacción de los tomadores de decisiones en un contexto político-administrativo” (1980a, p. 5).

De su concepto, desglosa su marco analítico para analizar el proceso de implementación de las políticas públicas, el cual consiste en comprender la incidencia del contenido y el contexto en la implementación, tal como se desarrolla en la Figura 1.

Figura 1: *Implementación como proceso político y administrativo (Marco Analítico de Grindle)*



Nota. Adaptado de *Politics and Policy Implementation in the Third World*. (p. 11), por Grindle, 1980, Princeton University Press.

Cuando Merilee Grindle se refiere al contenido de la política pública, alude al diseño mismo de la política y a las características que esta presenta, las cuales pueden incidir directamente en su implementación. Factores como los intereses afectados, el tipo de beneficios distribuidos, el grado de cambio previsto, el lugar donde se toman decisiones, los actores encargados de ejecutar la política, los recursos comprometidos y la claridad de los objetivos, condicionan el proceso de implementación. Estos elementos se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1: *Factores del contenido de las políticas públicas que influyen en su implementación*

Elemento	Descripción
1. Intereses afectados	Las políticas públicas que introducen cambios en las relaciones sociales, económicas o políticas pueden generar resistencia por parte de los actores cuyos intereses se ven perjudicados por dichos cambios.
2. Tipo de beneficios	La facilidad de implementación varía según el tipo de beneficio que ofrece la política. Los beneficios colectivos (como servicios públicos universales) tienden a generar menos conflicto, mientras que los beneficios divisibles (como subsidios o transferencias específicas) pueden generar disputas por su distribución.
3. Extensión del cambio previsto	Hace referencia al grado de modificación de comportamiento que la política espera lograr en sus beneficiarios. Cuanto más profundo o disruptivo es el cambio esperado, mayor es la complejidad de su implementación.
4. Sitio de toma de decisiones	El lugar donde se implementa la política influye en su ejecución. A medida que el sitio de implementación se dispersa territorial o institucionalmente, aumenta la dificultad de coordinación y seguimiento del programa.
5. Implementadores del programa	Involucra a los actores encargados de ejecutar la política pública. La eficacia de la implementación depende en gran medida de su compromiso, capacidades técnicas y recursos disponibles.
6. Recursos comprometidos	Incluye el presupuesto asignado, los recursos humanos, materiales y logísticos necesarios para ejecutar la política. La escasez o mala distribución de estos recursos puede dificultar la implementación.
7. Objetivos	La claridad, temporalidad y coherencia de los objetivos influyen directamente en la implementación. Objetivos a largo plazo o mal definidos (ambiguos o contradictorios) presentan más dificultades que aquellos inmediatos y claramente especificados.

Nota. Elaboración propia. Fuente: *Politics and Policy Implementation in the Third World*. (p. 11), por Grindle, 1980, Princeton University Press.

En este sentido, debido a su contenido, algunas políticas o programas pueden resultar más fáciles o difíciles de implementar que otros.

Sobre el contexto, de acuerdo con la autora, “el contenido de la política pública es un factor crítico porque el real o potencial impacto lo tendrá en un contexto social, político y económico” (1980a, p. 10). Por lo tanto, es fundamental considerar el contexto al implementar políticas públicas. De esta forma, influyen el poder, los intereses y las estrategias de los actores, así como las características institucionales y del régimen. Además, el grado de cumplimiento con las directrices y los elementos que limitan esta capacidad, junto con la capacidad de respuesta de la burocracia, también juegan un papel crucial. En resumen, los actores políticos y administrativos deben movilizar suficiente poder para ejecutar el diseño de políticas, lo cual depende de la influencia y preferencias de otros en el entorno político.

Como resultado, este enfoque incorpora elementos de enfoques previos sobre implementación al considerar tanto el diseño del contenido como el contexto, ambos determinantes en el resultado final de la implementación. Su marco proporciona una perspectiva detallada sobre los factores que influyen en la implementación. Asimismo, el énfasis en el estudio del contexto permite el uso de marcos como las coaliciones de causa, ventanas de oportunidad, equilibrio interrumpido, entre otros, que coadyuvan a un mejor entendimiento del contexto en el que se implementaron estas políticas.

Por lo tanto, este estudio adoptará el marco analítico de Grindle para investigar los fallos en la implementación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS).

Capítulo 3. Metodología de la investigación

3.1. Enfoque de la investigación

La tesis adopta un enfoque cualitativo, en tanto en el marco que se busca comprender y profundizar el fenómeno de los fallos de implementación de políticas en salud. De acuerdo con César Bernal, “los investigadores que utilizan el método cualitativo buscan entender una situación social como un todo, teniendo en cuenta sus propiedades y su dinámica” (2016, p. 60). En este caso, la investigación se enfoca en entender la implementación de políticas, con énfasis en la salud, y los elementos que inciden en sus fallos, para contribuir al conocimiento en un área poco estudiada en Latinoamérica.

Este enfoque es adecuado cuando el objetivo es analizar fenómenos complejos que no pueden ser reducidos a variables aisladas, sino que requieren una reconstrucción holística y contextualizada de sus dinámicas. Como señalan Tinoco et al. (2018), “el enfoque de investigación cualitativa está orientado a reconstruir la realidad tal y como la observan los participantes del sistema social definido previamente” (p. 43). Esta perspectiva permite captar los significados, tensiones, decisiones y aprendizajes que surgen en procesos como la implementación y los factores que inciden en sus resultados.

A partir de este enfoque cualitativo, la investigación se desarrolla a nivel descriptiva y explicativa. Esta modalidad permite una exploración profunda y detallada de los fallos en la implementación de políticas, para este caso, en el IGSS durante el período 2013-2016.

- **Descriptivo:** El estudio busca describir detalladamente el proceso de implementación del IGSS, incluyendo las políticas, actores, y contextos involucrados. Utilizando técnicas como entrevistas y análisis de documentos, se recopilarán datos que permitan una comprensión integral de los eventos y acciones que tuvieron lugar durante este período.
- **Explicativo:** Además de describir el proceso, el estudio tiene como fin explicar los factores y dinámicas que influyeron en el éxito o fracaso de la implementación. Esto incluye analizar cómo el contenido de las políticas y el contexto sociopolítico y administrativo interactuaron para afectar los

resultados. Este enfoque permitirá identificar las causas subyacentes y los mecanismos que operaron durante la implementación de la política.

Estos niveles permitirán captar las complejidades y matices del proceso de implementación, proporcionando un análisis profundo y contextualizado de la situación.

3.2. Diseño de investigación

Esta investigación adopta el diseño de un estudio de caso instrumental, en tanto la elección del caso no se realiza únicamente por su interés intrínseco, sino porque permite comprender un fenómeno más amplio: los factores que explican los fallos en la implementación de políticas públicas en contextos complejos. Como mencionan Barzelay y Cortázar “en este tipo de estudios el análisis de una experiencia singular tiene sentido porque nos permite responder a inquietudes, preguntas o problemáticas que exceden la experiencia en cuestión” (2004, p. 44). En este marco, el caso del IGSS constituye una vía para analizar cómo interactúan los actores, las normas y las capacidades institucionales en el proceso de implementación, aportando así elementos útiles para mejorar la gestión pública en situaciones similares.

3.3. Método narrativo

La presente investigación adopta el método narrativo como enfoque analítico principal, en tanto permite reconstruir el proceso de implementación del IGSS como una secuencia de eventos interrelacionados que tuvieron lugar en un contexto institucional, normativo y político específico. Este método resulta especialmente pertinente para estudiar las prácticas de gerencia social desde una perspectiva procesual, centrada en comprender cómo se desarrollan, operan o fallan en su intento de producir resultados valiosos en el ámbito público (Barzelay & Cortázar, 2004)

El enfoque narrativo se diferencia de los métodos basados en variables en tanto no busca establecer correlaciones entre categorías abstractas, sino reconstruir el flujo de acciones, decisiones y reacciones que componen un proceso significativo. Como señalan Barzelay y Cortázar (2004), el método narrativo “organiza el flujo de ocurrencias en función del sentido global del proceso bajo

estudio” (p.24) y permite explicar ese proceso “mediante el establecimiento de encadenamientos significativos entre los eventos” (p.24) que lo componen.

Esta estrategia resulta especialmente útil para el caso del IGSS, cuyo proceso de implementación (entre 2013 y 2017) estuvo marcado por tensiones entre niveles de gobierno, ambigüedad normativa, debilidad institucional y conflictos organizativos. Estos elementos no pueden ser comprendidos adecuadamente desde una lógica de causa-efecto abstracta, sino a partir de una trama narrativa que permita dar sentido a las decisiones adoptadas, las resistencias enfrentadas y las dinámicas resultantes de la dinámica entre actores públicos. En este sentido, la explicación narrativa no consiste en generalizar, sino en dar cuenta del proceso singular, en su complejidad, contradicciones y dinámicas internas.

Como proponen los autores, el análisis narrativo debe organizar los acontecimientos en eventos significativos, contruidos en función de su papel en la experiencia total, y establecer relaciones causales narrativas que permitan explicar cómo y por qué se produjeron determinados resultados o fallos. “La trama es el medio a través del cual los eventos específicos adquieren coherencia dentro del conjunto total de acontecimientos” y permite reconstruir el proceso como un relato inteligible (Barzelay & Cortázar, 2004, p. 24).

Elementos clave: eventos, trama y estructura narrativa

En el marco de la propuesta metodológica desarrollada por Barzelay et al. (2002) el producto central del análisis es la construcción de un relato explicativo, basado en la identificación de secuencias de eventos organizadas de manera coherente. A partir del episodio seleccionado como objeto principal de estudio, la implementación del IGSS, se procedió a estructurar la narración identificando los distintos eventos que se desarrollaron a lo largo del proceso.

Se definió como episodio central al conjunto de eventos vinculados al desarrollo de la política analizada. No obstante, para comprender plenamente este episodio, fue necesario incorporar también aquellos eventos que, aunque no forman parte directa del mismo, constituyen el contexto que lo condicionó. Algunos de estos eventos funcionaron como antecedentes causales y se clasificaron según su relación temporal con el episodio: los que ocurrieron antes se denominaron

eventos previos (PE); los que se desarrollaron simultáneamente, pero influyeron en su evolución, fueron clasificados como eventos contemporáneos (CE). Asimismo, se identificaron eventos que resultaron como consecuencia del episodio. Entre ellos, aquellos que ocurrieron paralelamente se denominaron eventos relacionados (RE), y los que se produjeron después del episodio, eventos posteriores (LE).

Figura 2: Estructura narrativa



Nota. Tomado de *Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencia social*, por Barzelay & Cortázar, 2004, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES), Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Posteriormente, se entrelazan las relaciones entre estos eventos a partir de la estructura narrativa (en primer lugar, en base a las fuentes secundarias y se reestructurará en base a las entrevistas de los actores clave), la cual permite representar de forma ordenada y comprensible las interacciones causales, secuencias y transformaciones ocurridas a lo largo del proceso. Esta estructura no se limita a enumerar acontecimientos, sino que se articula mediante una

trama narrativa que organiza los eventos en función de su relevancia y contribución explicativa (Barzelay & Cortázar, 2004)

El uso del método narrativo en este estudio responde, por tanto, a la necesidad de comprender una práctica de gerencia social desde su despliegue real y no únicamente desde su diseño formal. Como afirman los autores de la guía, “la explicación narrativa se propone reconstruir el sentido global de la experiencia bajo estudio”(2004, p. 25), lo cual resulta indispensable cuando se pretende extraer aprendizajes y lecciones a partir de experiencias fallidas o incompletas.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Se presentan a continuación las herramientas que se utilizar para la recopilación de información.

- **Revisión de fuentes secundarias:**

La revisión de fuentes secundarias es una herramienta fundamental dentro del enfoque narrativo adoptado en este estudio, ya que permite acceder a documentos oficiales que dan cuenta de los hechos, decisiones y contextos institucionales relacionados con la formulación, implementación y posterior derogación del IGSS. La accesibilidad a este tipo de documentos (normas, informes de gestión, actas, comunicados y evaluaciones) posibilita la identificación y verificación de eventos clave, así como la reconstrucción cronológica del episodio central y sus contextos asociados.

En el marco del método narrativo, estas fuentes no solo permiten describir lo ocurrido, sino también situar los eventos dentro de una secuencia con sentido, es decir, integrarlos a una trama explicativa que articule causas, consecuencias y aprendizajes institucionales. Por ello, la revisión documental no se limita a la recopilación de información técnica, sino que forma parte activa del proceso de construcción del relato, complementando y contrastando lo recogido en entrevistas y fortaleciendo la validez del análisis narrativo.

- **Entrevistas semiestructuradas:**

Esta herramienta se utiliza por su mayor grado de flexibilidad, dado que “parte de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados” (Díaz-Bravo

et al., 2013). Asimismo, este tipo de entrevistas “se asocia con la expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista de manera relativamente abierta, que en una entrevista estandarizada o un cuestionario” (Flick, 2007), así la entrevista se considera más dinámica.

Desde la lógica narrativa, esta apertura es fundamental, ya que permite reconstruir los eventos, percepciones, motivaciones y conflictos que estructuran el relato del episodio bajo estudio. La entrevista se concibe entonces no solo como un instrumento de recolección de datos, sino como un medio para captar cómo los actores vivieron y comprendieron el proceso de implementación, facilitando la construcción de un relato explicativo con base en su participación directa.

- **Triangulación de informantes:**

En el marco de esta investigación, la triangulación de informantes cumple un rol central para garantizar la validez del análisis narrativo y evitar una lectura parcial de los hechos. Dado que el proceso de implementación del IGSS estuvo atravesado por conflictos institucionales, diferencias ideológicas y disputas de poder entre diversos actores, es fundamental considerar perspectivas contrastantes al momento de reconstruir el relato. Tal como plantea Barzelay & Cortázar (2004), las políticas públicas se desarrollan en contextos donde los actores tienen valores, intereses y visiones diferentes, y es precisamente a través de la triangulación, esto es, la incorporación de testimonios diversos, que se logra representar esa pluralidad. Al considerar voces con distintos grados de participación y con posturas incluso opuestas sobre el IGSS, esta estrategia metodológica permite captar las tensiones y contradicciones que marcaron el episodio, evitando que el investigador adopte una posición implícita al momento de explicar el proceso estudiado. Así, la triangulación contribuye a construir una narrativa más equilibrada, densa y fiel a la complejidad del caso.

Capítulo 4. Diagnóstico y análisis

4.1. Diagnóstico situacional del sistema sanitario en Perú

El siguiente diagnóstico permite comprender las condiciones estructurales del sistema sanitario en las que se propuso e implementó el IGSS. Se analizan la

fragmentación, segmentación y los avances incompletos de la descentralización, que marcaron el contexto institucional de la reforma de salud.

4.1.1. El sistema sanitario peruano

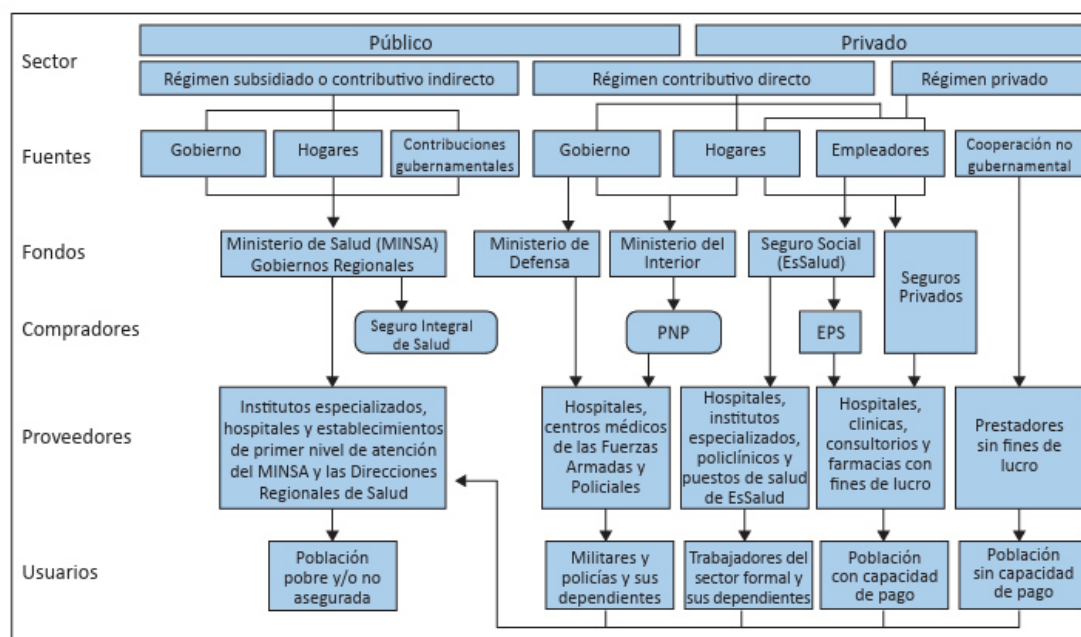
El contexto del sistema sanitario en el que se implementó la reforma de salud en 2013, incluida la creación del IGSS, se caracteriza por ser un sistema fragmentado y segmentado, condición que, hasta la fecha, no ha habido una gran variación.

El sistema de salud del Perú está marcado fragmentación institucional, al estar compuesto por múltiples entidades que operaban con escasa coordinación entre sí. El subsector público se organizaba en tres niveles: nacional, regional y local. A nivel nacional, el Ministerio de Salud (Minsa) ejercía la rectoría del sistema y cuenta con órganos desconcentrados, institutos especializados y organismos ejecutores. En el nivel regional, las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), bajo los gobiernos regionales, operaban con autonomía administrativa, y gestionaban redes de atención por niveles de complejidad. En el caso de Lima, antes de la creación del IGSS, opera bajo la dirección del Minsa y por medio de las DISAS (que actualmente no existen). A nivel local, algunas municipalidades asumían funciones limitadas sobre establecimientos de salud. Esta estructura coexistía con subsistemas paralelos como EsSalud, las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, cada uno con su propia red, normatividad y fuente de financiamiento, lo que reflejaba la falta de integración operativa entre los diferentes componentes del sistema (Ministerio de Salud, 2010). La realidad del sistema sanitario peruano no ha experimentado cambios significativos durante el periodo de redacción del documento.

Además, el sistema evidencia una clara segmentación, ya que la población recurre a la atención sanitaria diferenciada según la condición laboral, económica o institucional. Por ejemplo, EsSalud ofrece atención a trabajadores formales y sus familiares mediante una red propia financiada con aportes de empleadores, mientras que el Minsa atiende principalmente a la población sin seguro o en situación de vulnerabilidad, que en el país es la mayoría de la población, sobre todo por la condición de informalidad y vulnerabilidad económica. Las sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional

restringen sus servicios a sus propios miembros y dependientes. El subsector privado también es heterogéneo y fragmentado, abarcando desde clínicas hasta organizaciones no gubernamentales, con distintas fuentes de financiamiento. Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) añaden otra capa de complejidad al sistema, operando como mecanismos complementarios para quienes optaban por una afiliación adicional (Ministerio de Salud, 2010).

Figura 3: Sistema de salud peruano 2010



Nota. Tomado de *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*, por Cetrángolo, et al., 2013, Oficina de la OIT para los Países Andinos.

En ese contexto sanitario, opera la reforma de salud (2013), siendo la implementación del IGSS, una política pública que responde específicamente a la prestación de LM, la cual se encontraba bajo la dirección del Minsa.

4.1.2. Descentralización en salud

En diciembre de 1995 se presentan lineamientos de política de salud para el periodo 1995 – 2000, en este se describen las orientaciones de política sanitaria definidas a través de una amplia convocatoria nacional. Entre sus principales propuestas se encuentra la reestructuración del sector enfocado en ampliar el acceso, fortalecer la competitividad y elevar los estándares de calidad en la atención de salud, este lineamiento propone desarrollar la descentralización de

la autoridad sanitaria hacia los niveles subnacionales, delegar competencias y otorgar autonomía en la gestión. Adicionalmente se propone “desarrollar la capacidad del Minsa concentrando sus funciones en el diseño y desarrollo de políticas, conducción general y rectoría del sector” (1995, p. 38), “diferenciar el financiamiento y la prestación de servicios en forma paulatina, donde sea posible y deseable”(1995, p. 38), así como “promover la formación de redes plurales de prestadores”(1995, p. 39).

De las propuestas mencionadas, la última logra concretizarse en febrero del 2001, mediante la publicación de los “Lineamientos para la conformación de redes de salud”, los cuales respondían a las “diversas realidades geográficas, demográficas y sociosanitarias del país” (Ministerio de Salud, 2001), en estos lineamientos se dispone la creación de redes y microrredes de servicios de salud.

Un año después, en julio de 2002, se promulga la Ley de Bases de la Descentralización, Ley N°27783, donde se establece a la salud pública como parte de las competencias compartidas de los gobiernos regionales y municipales.

Posteriormente, en junio de 2003 se aprueba mediante RM N°639-2003-SA/DM la delimitación de las Direcciones de Salud, Direcciones de Red y Microrredes de salud del Minsa, donde se establecían los ámbitos jurisdiccionales de estas a nivel nacional. En este documento cada DISA (dependiente del Minsa) se encargaba de una determinada jurisdicción sin tener en cuenta la división política administrativa del país, la cual fue modificada a partir de la Ley N°27783.

En el año 2005 inicia el proceso de descentralización en salud en el territorio, con la puesta en marcha del Plan Anual de Transferencias Sectorial 2005, a cargo del Minsa y los gobiernos regionales. Cabe destacar que en el mismo año, mediante la RM N° 405-2005/MINSA, se reconoce que las Direcciones Regionales de Salud constituyen la única autoridad de salud en cada Gobierno Regional, y solo en el caso de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao se mantenían las DISA dependientes del Minsa, debido a que en estos no se había realizado la transferencia de funciones.

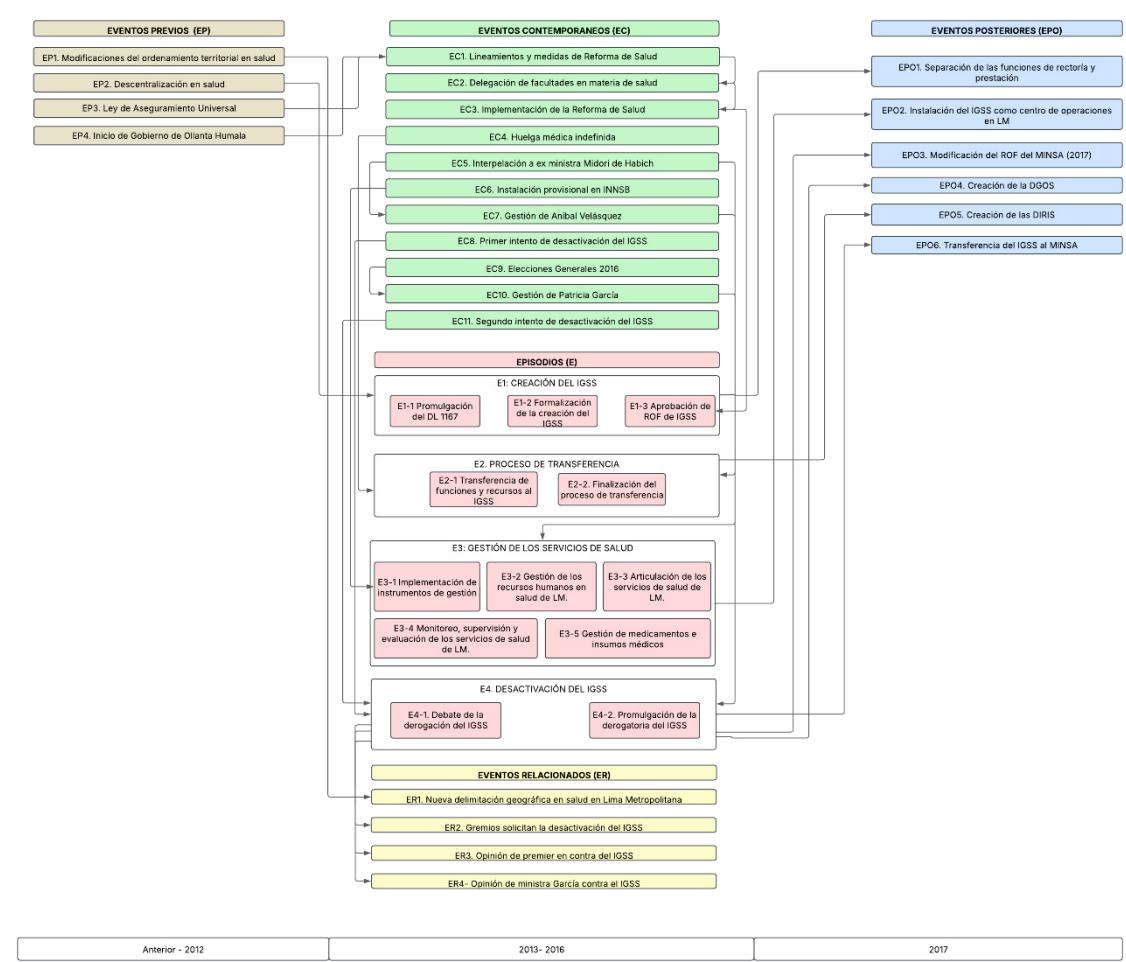
En la actualidad, de acuerdo con el Informe Anual de Descentralización correspondiente al año 2022, para el caso del Minsa, aún se tiene pendiente la

transferencia de funciones en salud a LM, siendo el único gobierno regional con esta transferencia pendiente.

4.2. Narrativa del caso

La presente investigación emplea la forma narrativa para reconstruir el proceso de implementación del IGSS en LM, considerando la secuencia de eventos interrelacionados que tuvieron lugar en un entorno institucional, normativo y político específico. Este enfoque permite examinar desde una perspectiva procesual las prácticas de gerencia en el ámbito de la salud pública. La narrativa se estructura en torno a cuatro episodios clave: la creación del IGSS; el proceso de transferencia de funciones del Minsa hacia el IGSS; la gestión operativa de los servicios bajo el nuevo modelo; y finalmente, la desactivación del IGSS y el retorno al modelo tradicional de gestión (Véase Figura 4).

Figura 4: Relaciones entre eventos en la estructura narrativa del estudio sobre implementación del IGSS



Nota. Elaboración propia

4.2.1. Episodio 1: Creación del IGSS

La creación del IGSS se impulsó en el marco de un proceso de transformación del sistema de salud, el cual se promovió en 2013 a través de un conjunto de decretos legislativos impulsados por el Ejecutivo. El IGSS fue concebido como una instancia necesaria para coordinar y articular la oferta de servicios sanitarios en LM, a fin de optimizar la organización y el funcionamiento de los establecimientos de salud en LM, donde se ubica los principales hospitales e institutos de especialización del país.

Esta propuesta nace en el contexto político del gobierno de Ollanta Humala, una gestión que tuvo como bandera política diversas reformas, entre ellas la reforma social, la del sistema de pensiones y la salud. Este gobierno de **Ollanta Humala [EP4]** inició en julio de 2011 a través de la alianza “Gana Perú”, una coalición integrada por el Partido Nacionalista Peruano, Partido Socialista, Partido Comunista Peruano, Partido Socialista Revolucionario, Movimiento Voz Socialista y Lima para Todos, con la promesa de “transformar el Estado para hacerlo descentralizado y participativo, otorgando poder efectivo a municipios y regiones, sustentada en una descentralización administrativa y fiscal” (Gana Perú, 2010).

En el plan de gobierno de Gana Perú, específicamente dentro de sus propuestas de política para el sector salud, se propone un “Sistema Nacional de Salud inicialmente coordinado y descentralizado” (pág. 169), que garantice la rectoría del Minsa en el sector, asimismo, plantea “fortalecer las capacidades de los gobiernos locales y regionales como promotores de la salud y de un enfoque preventivo de esta” (pág. 170). No obstante, a pesar de ser la descentralización administrativa una de sus propuestas, el gobierno de Humala priorizó la reforma integral de salud (Ministerio de Salud, s. f.), así como otros programas sociales.

Siendo la reforma de salud una de las prioridades políticas, en enero del año 2013, se aprueba mediante Resolución Suprema 001-2013-SA, encargar al Consejo Nacional de Salud (CNS) la tarea de diseñar y promover iniciativas orientadas a la reforma del sistema de salud, convocando a representantes de la sociedad civil, Gobiernos Regionales, entidades públicas, el Colegio Médico del Perú, así como a diversos expertos y especialistas. Esta participación buscó

generar un respaldo político amplio y poner en evidencia la relevancia de la descentralización y del rol estratégico que cumplen las regiones en el proceso. Como resultado, en julio del mismo año el CNS presenta el documento **“Lineamientos y medidas de Reforma del Sector Salud” [EC1]**, donde plantea 12 lineamientos de reforma del sector salud, cabe resaltar que cada lineamiento presenta diferentes propuestas de mandato de política.

Estos lineamientos tuvieron como base lo establecido en la **Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud [EP3]**, Ley N°29344, promulgada en abril de 2009 (M. M. de Habich, comunicación personal, 6 de mayo de 2025), la cual sentó las bases normativas para alcanzar la cobertura universal desde un enfoque integral. Asimismo, esta ley estableció el marco legal para garantizar el acceso progresivo y universal a la seguridad social en salud, definiendo el aseguramiento como un proceso obligatorio orientado a brindar prestaciones integrales bajo criterios de equidad y calidad. Asimismo, introdujo el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) como el paquete mínimo de cobertura, y reguló tres regímenes de afiliación: contributivo, subsidiado y semicontributivo. Además, creó la SUNASA como entidad supervisora del sistema de aseguramiento universal.

De esta manera, para hacer viable la implementación de la reforma, en agosto del 2013, el Congreso de la República, encabezado por Víctor Isla Rojas (Gana Perú) como presidente, **otorga al Ejecutivo la facultad para legislar en materia de salud [EC2]** mediante la Ley N° 30073, Ley que delega al Poder Ejecutivo la Facultad de Legislar en materia de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

Si bien los lineamientos propuestos por el CNS contaron con el respaldo y participación del gremio médico, posteriormente se presentó una posición contraria desde la Federación Médica Peruana (FMP), quienes anunciaron, en noviembre del 2013, una huelga médica debido a la disconformidad con los lineamientos relacionados a la reforma salarial del sector salud. Tal como menciona el presidente de la FMP de ese período “sí existió la invitación a las mesas de diálogo, pero no se tomaron en cuenta las opiniones de los gremios” (C. A. Palomino, comunicación personal, 10 de mayo de 2025).

En diciembre del 2013 se suscitaron roces entre el Minsa y la Federación Nacional de Enfermeras del Minsa (Fedeminsa), debido a la disminución en los aguinaldos, mientras que el sueldo de la ministra De Habich fue duplicado. De acuerdo con las entrevistas realizadas por Limay Castillo (2019) a los miembros de la Fedeminsa durante la elaboración de la reforma del sector salud, el CNS priorizaba la participación de miembros de la Confiep, y finalmente “ellos decidían qué debía ser modificado”. Asimismo, durante la implementación de las reformas, estas se realizaron con cambios en los acuerdos inicialmente conciliados, por lo que posteriormente el gremio médico no aceptaba las medidas del Decreto Legislativo (DL) 1153 que “Regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado”.

A pesar de la huelga, como resultado del trabajo conjunto de la CNS y diversos actores, en diciembre del 2013 se promulgan 23 dispositivos legales que permitieron la ejecución de la reforma.

Con Midori de Habich a la cabeza del Ministerio de Salud, en enero del 2014, se inicia **la implementación de la Reforma de Salud [EC3]** con la ejecución de los 23 dispositivos legales (Véase Tabla 2)

Tabla 2: Decretos Legislativos de la Reforma de Salud

N°	Decretos legislativos	Detalle		
1	DL N° 1161 - Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud	El decreto legislativo crea dos despachos viceministeriales, uno de salud pública y otro de prestaciones y aseguramiento en salud (Art. 9°).		
2	DL N° 1167 - Crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud	Se crea un OPE para la gestión autónoma de prestaciones de salud.		
3	DL N° 1154 - Autoriza los servicios complementarios en salud	No implica reforma		
4	DL N° 1155 – Dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud	No implica	reforma	(medidas reglamentarias)
5	DL N° 1156 - Dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos que exista un riesgo	No implica	reforma	(medidas reglamentarias)

N°	Decretos legislativos	Detalle
		elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones
6	DL N° 1157 - Aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud	Mecanismos e instrumentos de concertación, coordinación, planeamiento e inversiones, predominantemente reglamentarios y administrativos que no implican reforma.
7	DL N° 1159 - Aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público	Se trata de disposiciones predominantemente reglamentarias y administrativas para la compra-venta de servicios de salud entre instituciones públicas, que no implican reforma.
8	DL N° 1166 - Aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud	Se conforman las redes integradas de atención primaria. La articulación depende a su vez de coordinaciones eficientes entre el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales y Provinciales de Salud. Esta modificación implicó la separación entre las funciones de prestación, intermediación financiera, regulación y gobierno. Se crea el IGSS para separar y especializar el rol prestador, se fortalece el rol regulador mediante SUSALUD, y se fortalece la intermediación financiera mediante las IAFAS. Esta especialización fue entendida como una fórmula bajo la cual el MINSA se desprende de las tareas operativas para concentrarse en el rol rector.
9	DL N° 1168 - Dicta medidas destinadas a mejorar la atención de la salud a través del desarrollo y transferencia de las tecnologías sanitarias	No implica reforma (medidas reglamentarias)
10	DL N° 1158 - Dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud	El decreto legislativo cambia la denominación a Superintendencia Nacional de Salud, entidad introducida a fines del siglo XX con la reforma de mercado traída por la banca internacional y que desde su creación promueve el mercado de seguros de salud.
11	DL N° 1160 - Modifica el porcentaje que debe pagar el Seguro Social de Salud - ESSALUD a la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria - SUNAT por la recaudación de sus aportaciones	Disminuye condicionalmente de 1,4 a 1%, el porcentaje que paga ESSALUD a SUNAT por la recaudación de sus aportaciones. Si la SUNAT cumple los objetivos de recaudación e indicadores de gestión recupera el 0,4% disminuido. No tiene alcance de reforma.
12	DL N° 1163 - Aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud	No implica reforma (medidas reglamentarias)
13	DL N° 1164 - Establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado	No implica reforma (medidas reglamentarias)

N°	Decretos legislativos	Detalle		
14	DL N° 1165 - Establece el mecanismo de «Farmacias Inclusivas» para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del Seguro Integral de Salud	No implica reglamentarias)	reforma	(medidas
15	DL N° 1169 - Establece la implementación del Sistema de Comunicación por Vía Electrónica para que ESSALUD notifique los embargos en forma de retención y actos vinculados por deudas no tributarias a las empresas del Sistema Financiero	No implica reglamentarias)	reforma	(medidas
16	DL N° 1170 - Establece la prelación del pago de las deudas a la seguridad social en salud	No implica reglamentarias)	reforma	(medidas
17	DL N° 1171 - Modifica la Ley N° 26790 – Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y establece la realización de estudios actuariales en el régimen contributivo de la seguridad social en salud	No implica reglamentarias)	reforma	(medidas
18	DL N° 1172 - Establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la seguridad social en salud y la obligación de informar del trabajador	Establece obligaciones de reembolso de prestaciones con ejecución coactiva a los no asegurados; además de otras acciones legales. No implica reforma.		
19	DL N° 1173 – Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas	Adecuación de la organización interna y funcionamiento de los fondos de salud de las Fuerzas Armadas a los de una institución administradora de fondos de aseguramiento en salud.		
20	DL N° 1174 – Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú	Adecuación del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú a la normatividad vigente.		
21	DL N° 1175 – Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú	Norma y regula el régimen de salud de la Policía Nacional del Perú.		
22	DL N° 1153 - Regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado	La estructura de compensación económica se por contraprestación a los servicios otorgados se dividía en 3: principal (salario básico), ajustada (bonificación por jefatura) y priorizada (bonificación por zonas alejadas o de frontera).		
23	DL N° 1162 - Incorpora disposiciones al Decreto Legislativo N° 1153	Los recursos y opiniones técnicas presentados por las organizaciones profesionales deben ser atendidos.		

Nota. Elaboración propia. Adaptado de los decretos legislativos aprobados en el marco de la Reforma de Salud del año 2013.

Entre las reformas antes mencionadas destaca, para la presente investigación, la creación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), que se creó

mediante la promulgación de DL 1167 [E1-1] el 7 de diciembre de 2013, como Organismo Público Ejecutar (OPE) encargado de la conducción de los servicios de salud en la capital.

Su creación se justificó ante el desorden institucional que caracterizaba a los servicios sanitarios en LM y el doble rol que ejercía el Minsa, tanto como rector del sistema como prestador de servicios. Antes de la reforma, la prestación de los servicios de salud en LM estaba bajo la conducción del Minsa, a través de las Direcciones de Salud (DISA) Lima Norte, Lima Sur, Lima Centro y Lima Este. En la práctica, el Minsa ejercía tanto la conducción del sector salud a nivel nacional, como también la dirección de la prestación de los servicios en LM, e incluso la fiscalización de la salud, ya que SUNASA estaba adscrito al Minsa. Asimismo, los directores de los principales hospitales del Minsa en LM eran seleccionados por el ministro/a de salud, lo cual permitía una relación directa. Como señala Midori de Habich “los directores tenían una relación muy cercana y entregaban sus demandas de manera directa al ministro de turno, sin un intermediario” (comunicación personal, 06 de mayo de 2025).

Mientras tanto, en los demás departamentos del país, la función de la salud se encuentra bajo la conducción de sus respectivos gobiernos regionales. Tal como se mencionó en secciones anteriores, esto se debe a que la **Descentralización de la salud [EP2]**, como parte del proceso general de descentralización, se implementó en todos los departamentos, con excepción de Lima Metropolitana. A pesar de varios intentos, especialmente durante la gestión de Villarán, todos ellos fueron inconclusos (Colegio Médico del Perú, 2012).

Bajo ese contexto organizacional fragmentado de los servicios de salud en LM, surgió la propuesta de creación del IGSS. Tal como menciona Amaro “la creación del IGSS fue una respuesta a la situación de fragmentación institucional que existía entre las DISAs de Lima, que operaban de manera desarticulada. Se requería con urgencia una instancia metropolitana que coordine y oriente la acción sanitaria” (comunicación personal, 07 de mayo de 2025). Este instituto fue concebido para asumir el rol de conducción de la prestación en Lima, contribuyendo así al fortalecimiento de la gobernanza del Minsa. Esta búsqueda de separación de funciones se sustenta conceptualmente en el modelo de pluralismo estructurado de Londoño y Frenk (1997), cuyo objetivo era orientar

una reforma integral del sistema de salud en América Latina (véase Cuadro “Pluralismo estructurado, un modelo para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”).

Pluralismo estructurado, un modelo para la reforma de los sistemas de salud en América Latina

El modelo de pluralismo estructurado, propuesto por Londoño y Frenk, busca un equilibrio entre los extremos que históricamente han debilitado los sistemas de salud: el monopolio estatal y la fragmentación desregulada del sector privado. Este enfoque combina la participación de múltiples actores (pluralismo) con una organización funcional clara y normada (estructura), promoviendo la separación explícita de funciones: modulación, financiamiento, articulación y prestación (J. L. Londoño & Frenk, 1997) En este esquema, el Ministerio de Salud deja de ser un simple proveedor para asumir un rol rector que regula e incentiva la interacción equilibrada entre los distintos actores. Esta perspectiva influyó en varias reformas sanitarias en América Latina durante los años noventa, incluyendo, en parte, al Perú. En ese contexto, la creación del IGSS respondió precisamente a la necesidad de separar funciones: el MINSA mantenía funciones de prestación, pero bajo este nuevo marco conceptual se evidenció la importancia de establecer una entidad especializada en la articulación y conducción de los servicios. Así, la IGSS se estructuró con base en estos principios, buscando fortalecer la gobernanza del sistema y dar coherencia a un entorno institucional fragmentado.

Para concretar la creación del IGSS, fue necesario modificar el ROF del Minsa, a fin de adecuar su estructura interna al nuevo modelo de separación de funciones. De acuerdo con el Consejo Nacional de Salud, las modificatorias implicaban: “la diferenciación entre las funciones de gobierno y las de prestación; la clarificación de las funciones y adecuaciones organizacionales para la rectoría de la salud pública” (2013, p. 101).

Es así, que el IGSS fue diseñado como un organismo con personería jurídica de derecho público, dotado de autonomía funcional, administrativa, económica y financiera. No obstante, su accionar se desarrolla en el marco de las políticas establecidas por el Minsa, garantizando la alineación con los lineamientos

nacionales en materia de salud. Además, su conformación como un pliego presupuestal le otorga independencia en la asignación y ejecución de recursos, lo que permite mejorar la planificación y la eficiencia en la prestación de salud.

Su creación generó oposición interna dentro del Minsa, ya que implicaba que funciones clave a nivel de viceministerios y direcciones generales pasarían a ser competencia del IGSS (O. R. Ugarte, comunicación personal, 19 de mayo de 2025). En cuanto a los actores del sector salud, la Academia Peruana de Salud manifestó oficialmente su desacuerdo con la creación de la institución, al considerar que esta restaba autonomía a la prestación de servicios (Academia Peruana de Salud, 2013). De igual manera, algunas unidades ejecutoras expresaron su rechazo al establecimiento del IGSS. Por su parte, los sindicatos del sector salud centraron su oposición principalmente en la reforma en su conjunto, más que en el IGSS en particular. No obstante, al tratarse de una agenda respaldada políticamente por el gobierno, la reforma de salud no enfrentó una oposición fuerte que obstaculizara la creación del instituto.

De esta forma, el primer jefe que tuvo el IGSS fue Oscar Ugarte, designado por la ministra Midori de Habich por medio de la Resolución Suprema 006-2014-SA el 14 de febrero de 2014, quien implementó los cimientos para el desarrollo del IGSS. A pesar de que el IGSS no tenía una estructura orgánica formal cuando se realizó la designación, Oscar Ugarte inició una gira en las unidades ejecutoras para presentar el funcionamiento del IGSS (Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2014).

Para mayo del 2014, mediante la Resolución Jefatural N° 001-2014/IGSS, **se formalizó la creación de la UE 001 Administración IGSS [E1-2]** en el Pliego 137 IGSS. Ello permitió el inicio de sus operaciones con una organización transitoria (Resolución Jefatural N° 003-2014/IGSS).

Posteriormente, el 11 de julio de 2014, por medio del Decreto Supremo N° 016-2014-SA, se **aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del IGSS [E1-3]**.

La creación del IGSS permitió la **separación de las funciones de rectoría y prestación dentro del MINSA [EPO1]**, en línea con el modelo de pluralismo estructurado, el cual propone que el ministerio se concentre en la “dirección

estratégica del sistema en conjunto” (J. L. Londoño & Frenk, 1997, p. 16). De esta manera, “en lugar de ser un proveedor más de servicios (por lo general el más débil), el ministerio de salud aseguraría una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados” (J. L. Londoño & Frenk, 1997, p. 16)

4.2.2. Episodio 2: Proceso de transferencia de funciones del Minsa al IGSS

En marzo del 2014 se da inicio al proceso de transferencia a favor del IGSS mediante la RM N°217-2014/MINSA, la cual conforma la Comisión de transferencia y establece un plazo de 120 días para culminar el proceso. Este proceso buscó **transferir al IGSS las funciones referidas a la conducción de la gestión de la operación y prestación de servicios de salud [E2-1]** que correspondían a las DISA, Institutos Especializados y los Hospitales del tercer nivel de LM. Dentro de lo transferido se contemplaban documentos de la institución, plataformas informáticas, fondos asignados, bienes físicos y el equipo humano.

Si bien esta transferencia tuvo una organización planificada y con “acompañamiento por parte del IGSS hacia las unidades ejecutoras” (E. Z. Tomas, comunicación personal, 30 de mayo de 2025), enfrentó una alta complejidad y resistencia interna, producto de la abrupta implementación de la reforma. Los funcionarios de alto nivel del Minsa tenían mucho temor de la reacción de los gremios de salud, considerando que, un mes antes del inicio del proceso de transferencia, en febrero del 2014 iniciaba la **huelga médica indefinida [EC4]**, conformada por distintos gremios de salud, en donde, sumado a los reclamos en temas salariales, se acusaba al Minsa de querer privatizar la salud pública mediante los proyectos de Asociación Público-Privada (APP) presentados en noviembre del 2013. Durante la huelga, a pesar de establecer espacios de diálogo donde el gremio médico presentó sus demandas, el Minsa las consideró como infundadas mediante distintas resoluciones ministeriales (RM N° 368-2014-MINSA, RM N° 373-2014-MINSA y RM N° 412-2014-MINSA).

Frente a ese panorama, la oposición congresal, encabezada por el grupo parlamentario Fuerza 2011 presentó la moción N°07827, que fue aprobada y tuvo como objeto **interpelar a la Ministra de Salud [EC5]**. Como resultado, se

convocó a De Habich para responder un pliego de 18 preguntas. En paralelo, y luego de 150 días de huelga ininterrumpida, el 9 de octubre del mismo año se levantó la huelga médica, luego de la negociación y suscripción de acuerdos y compromisos con la Federación Médica Peruana (Ministerio de Salud, 2014).

Sin embargo, dos semanas después del levantamiento de la huelga, el 22 de octubre, la ministra de salud se presenta en el pleno del Congreso, a fin de responder el pliego interpelatorio. Durante la sesión, en nombre de 36 congresistas se presentó una moción de censura y se señala, según Limay (2019), que “de no aceptar una renuncia [por parte de De Habich], sería retirada del cargo por la censura correspondiente”. Como resultado, el 5 de noviembre la ministra renuncia a su cargo y Humala nombra a **Aníbal Velásquez como nuevo responsable de la cartera de salud [EC7]**. Así, Velásquez asume los posteriores diálogos con el gremio de salud. Cabe resaltar que, a diferencia de la gestión de la ministra de Habich, con Velásquez a la cabeza del Minsa no se producen más protestas de parte de los gremios de salud.

Con la llegada de Velásquez al Minsa y el fin de la huelga médica, en enero de 2015, tras 10 meses desde su creación, la Comisión de Transferencia emite su informe final, dando por **concluido el proceso de transferencia [E2-2]**, el cual es validado mediante la Resolución Ministerial N° 029-2015/MINSA.

La finalización de la transferencia genera un **nuevo cambio en la delimitación geográfica en salud en LM [ER1]**. Considerando que anteriormente **el ordenamiento territorial en materia de salud había sufrido constantes modificaciones [EP1]**, desde la creación de las Direcciones Subregionales de Salud (1990), Direcciones de Salud (2002), hasta las posteriores Direcciones de Redes Integradas de Salud (2017). Antes de la transferencia de funciones al IGSS, las DISA (en el ámbito de LM) se encargaban de la prestación de servicios sanitarios, al actuar como órganos desconcentrados del Minsa. Con la creación del IGSS y la transferencia de funciones, las DISA son absorbidas por el IGSS, por lo que este instituto pasa a conducir las Direcciones de Redes de Salud y los hospitales de nivel III en el ámbito de Lima Metropolitana, mientras que en el nivel subnacional las DIRESA continuaban ejerciendo las disposiciones de la autoridad en salud en sus respectivas jurisdicciones.

Esta última modificación tendría la misma duración que el IGSS, ya que al cerrar el IGSS, **se crean las Direcciones de Redes Integradas de Salud [EPO5]**, las cuales tenían como objetivo asumir las funciones de las ex DISA que habían sido transferidas al IGSS. De este modo, la creación y posterior cierre del IGSS tuvo un impacto significativo en la delimitación geográfica de la salud en LM.

4.2.3. Episodio 3: Gestión de los servicios de salud

El IGSS inició formalmente en mayo de 2014, a la par que se desarrollaba el proceso de transferencia, esto dificultó desde un inicio su gestión, como señala César Amaro: “El IGSS tuvo dificultades para establecer sus herramientas de gestión y formalizar su funcionamiento presupuestal, lo que retrasó su consolidación como entidad operativa” (comunicación personal, 7 de mayo de 2025).

Asimismo, al no tener una sede institucional, la alta dirección, liderada en 2014 por Óscar Ugarte, se **instaló en las oficinas del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (INSN-San Borja) [EC6]**. En el caso de los equipos administrativos se ubicaron en las instalaciones de la ex DISA V Lima Ciudad y el equipo funcional del Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) continuó operando desde su sede habitual.

Durante el año 2014, el IGSS con su estructura organizativa inicial **implementó** rápidamente sus **instrumentos de gestión [E3-1]** para iniciar sus funciones (ROF, Organigrama, clasificador de cargos, Mapa de procesos a nivel cero, indicadores de desempeño y CAP provisional). De esta forma, el IGSS inició su gestión con una estructura provisional de 337 funcionarios, formalmente desde setiembre de 2014 mediante RM 681-2014-Minsa.

En ese primer año, con las dificultades propias de gestionar en un proceso de transferencia a la par, se establecieron las siguientes líneas prioritarias de acción: “doble turno de atención, fortalecimiento de farmacias y ayuda al diagnóstico, especialistas de primer nivel, urgencias y emergencias de primer nivel, implementación del Cayetano Heredia, Impulso del SAMU, fortalecimiento de institutos nacionales y SRC, apoyo a Diresas y, Plan de Promoción y Prevención” (IGSS, 2016, p. 23).

En el segundo y parte del tercer año, 2015 y 2016, el IGSS empezó a ejercer formalmente sus funciones, en la cual se enfrentó diversas dificultades debido a factores como la escasez de recursos humanos, infraestructura insuficiente, limitaciones presupuestales, debilidades en los sistemas de información, entre otras limitaciones propias del debilitado sistema de salud peruano. Asimismo, el sector salud ya se encontraba bajo del **inicio de gestión de Aníbal Velásquez Valdivia [EC7]**, quién asumió la cartera de salud el 5 de noviembre de 2014, siendo ministro en los últimos años del gobierno de Ollanta Humala.

En ese marco, uno de sus principales objetivos fue fortalecer la oferta de servicios de salud en las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana. Para ello, el IGSS se encargaba del **monitoreo, supervisión y evaluación de los servicios de salud de LM [E3-4]**, lo cual previamente el Minsa por ser órgano rector a nivel nacional no cumplía específicamente con esa función. Según Oscar Ugarte (comunicación personal, 19 de mayo de 2025), “En ausencia de control efectivo previamente, muchos hospitales funcionaban como “islas” con pequeños poderes internos, especialmente en decisiones de personal y compras. La propuesta del IGSS buscaba centralizar estos procesos para una gestión más eficiente, pero esta intención generó rechazo entre grupos que veían afectadas sus cuotas de poder”.

Otra importante función fue la **gestión de los recursos humanos en salud [E3-2]**. A pesar de esta tarea, el Minsa aún tenía funciones no transferidas al IGSS: el Programa SERUMS y la gestión integral de los campos clínicos para la formación en internado, Pregrado y Residentado. Al final de la gestión del IGSS se tenía planificado transferir estas funciones, pero no se concretó, debido a que el IGSS fue desactivado en el año 2016 (IGSS, 2016)

Otra función clave del IGSS fue la **articulación de los servicios de salud en Lima Metropolitana [E3-3]**. Sin embargo, esta tarea resultó compleja debido a la fragmentación del sistema: antes de la creación del IGSS los institutos especializados dependían del MINSA, mientras que los hospitales y redes de salud estaban bajo la administración de las DISAS (Lima Ciudad, Lima Este, Lima Sur y Lima Norte). Además, los hospitales operaban de manera independiente, sin reconocer la autoridad de las DISAS (las cuales solo coordinaban a nivel de redes) y del mismo jefe del IGSS. Desde la perspectiva

de la Federación Médica el IGSS era concebido como una institución burocrática más: “Tras la creación del IGSS, la relación directa entre los hospitales y el Ministerio de Salud se vio sustituida por una intermediación burocrática que complicó los procesos. Aunque los directores de hospitales debían acudir al IGSS, este seguía subordinado al Minsa, lo que ralentizaba las decisiones clave como la aprobación y transferencia de presupuestos. Para los hospitales, esto representó una ruptura con la dinámica anterior y un obstáculo en la gestión cotidiana, evidenciando la falta de autonomía real del IGSS y su rol más simbólico que operativo” (J. P. Bonilla, comunicación personal, 19 de mayo de 2025). En esa misma línea, desde la perspectiva de los profesionales técnicos y auxiliares, el IGSS no era concebido como empleador directo: su vínculo institucional seguía siendo con el MINSA. Por lo tanto, el instituto era visto principalmente como un ente intermediario (D.M. Suárez, comunicación personal, 17 de mayo de 2025).

Adicional a lo mencionado, el IGSS también asumió la **gestión de medicamentos e insumos médicos [E3-5]** de todas las unidades ejecutoras a su cargo, lo cual fue complicado en el marco que la transferencia de esta función al IGSS fue de manera progresiva pero los servicios requerían de estos suministros esenciales para su continuidad. De acuerdo con el informe final de gestión del IGSS se encontraron órdenes de compras pendientes de ejecución desde el 2012, 2013 y 2014 lo cual ocasionó el desabastecimiento de las unidades ejecutoras. Al respecto, la Federación Médica Peruana observó una grave ralentización en la ejecución presupuestal, lo que generó escasez de insumos básicos, reactivos y equipos médicos (J. P. Bonilla, comunicación personal, 19 de mayo de 2025).

A la par que ejercía sus funciones, el 31 de diciembre de 2015, el IGSS **se trasladó al local ubicado en la Av. Canaval y Moreira, en San Isidro**, mediante un contrato de arrendamiento suscrito con la empresa Inverdes S.A., por un periodo de tres años. De acuerdo con la Contraloría General de la República, esta contratación se realizó sin proceso de selección, bajo la figura de proveedor único, y fue aprobada por el titular de la entidad mediante la Resolución Jefatural N° 729-2015-IGSS/J. El monto comprometido ascendió a S/ 9 090 189,98. No obstante, el inmueble no cumplía con las condiciones mínimas exigidas por el

Reglamento Nacional de Edificaciones, como el área mínima legal y la infraestructura adecuada para albergar al personal (tenía capacidad de 263 trabajadores, pero el IGSS tenía 601 trabajadores que requerían escritorio). A pesar de estas deficiencias, se modificaron los términos de referencia y se emitieron informes técnicos y legales que justificaron la contratación, en beneficio del proveedor. Esta decisión agravó las dificultades institucionales del IGSS, al instalarse en un local inadecuado que no respondía a sus necesidades operativas (Ministerio de Salud, 2017).

El IGSS enfrentó resistencia durante su gestión por parte de los cuerpos médicos y profesionales del sector salud, así como desde el propio Minsa. Para los primeros, representaba una instancia burocrática que no cumplía efectivamente sus funciones; mientras que, internamente, su existencia implicaba una pérdida de capacidad operativa para el Minsa, al reducir su rol al de ente normativo. En ese marco, el IGSS se **instauró** brevemente como **centro de operaciones de la prestación de salud en Lima Metropolitana [EPO2]**, sin lograr consolidarse plenamente como entidad gestora.

4.2.4. Episodio 4: Desactivación del IGSS y retorno al modelo tradicional

Coincidiendo con el inicio de la gestión del IGSS el país se encontraba en un proceso electoral clave: **las elecciones generales 2016 [EC9]**, que fueron convocadas mediante Decreto Supremo 080-2015-PCM, y se caracterizaron por una alta polarización política y electoral, como se evidencia en los resultados electorales.

Es al inicio de este periodo electoral que el 26 de julio de 2015 se da el **primer intento de desactivar el IGSS [EC8]**, mediante el Proyecto de Ley N°04688/2014-CR, propuesto por el grupo parlamentario Fuerza Popular, con Segundo Tapia a la cabeza de la propuesta, no obstante, este intento no prosperó al quedar en agenda de la Comisión de Constitución y Reglamento del Congreso.

Posteriormente, y ya con las elecciones generales finalizadas, es Pedro Pablo Kuczynski (PPK) quien gana la presidencia con 50,12% de votos contra Keiko Fujimori con un 49,88% a nivel nacional. Esta segunda vuelta se desarrolló políticamente de forma muy parecida a la del año 2011, entre el legado de

Fujimori, representado por Keiko Fujimori, y la dinámica anti fujimorista (Tuesta Soldevilla, 2017).

En el caso del Congreso, los resultados dieron lugar a un parlamento diferente al de los periodos anteriores. Por primera vez en la historia, un partido opositor al gobierno de turno, Fuerza Popular, obtuvo la mayoría absoluta, alcanzando 73 curules (56,1% del total). En el pasado, presidentes como Fernando Belaunde (1980-1985), Alan García (1985-1990) y Alberto Fujimori (1995-2000) también lograron mayorías absolutas, pero siempre desde el oficialismo, no desde la oposición (Tuesta Soldevilla, 2017). Asimismo, si bien al inicio de Gobierno de Ollanta Humala, para la conformación del congreso, el partido de Humala tenía 47 escaños, con una asociación con Alianza Perú Posible, logró 21 escaños adicionales que le permitieron llevar a cabo la **reforma de salud [EC3]** así como otras políticas. Para Kuczynski el panorama fue diferente, pues sólo obtuvo 18 curules en el congreso. De esta forma su gobierno se caracterizó por la presencia de un gabinete compuesto principalmente por tecnócratas en lugar de figuras políticas. Aunque esta característica es común en Perú, se convirtió en un impedimento para establecer negociaciones efectivas con un Congreso que se mostraba más unido, adverso y con mayoría opositora fujimorista (García Marín, 2023).

Junto al nuevo gabinete que ingresaba al gobierno de Kuczynski, **Patricia García asumía como nueva titular del Minsa [EC5]**, con el respaldo del Colegio Médico del Perú, quien saludó su designación reconociendo “sus cualidades profesionales y espíritu de colaboración con el gremio” (Andina, 2016). Con el ingreso de García al Minsa, Luis Alberto Tafur Fuentes es designado como nuevo Jefe Institucional del IGSS, en reemplazo de Edward Cruz. La gestión de García en el Minsa recibió una alta desaprobación, a solo 3 meses de iniciar su gestión, los resultados de la encuesta nacional de GFK, publicada en octubre del 2016, presentan a García como la ministra con más desaprobación, con un 46% de rechazo, seguida por los titulares de Trabajo, y Transporte y Comunicaciones, quienes obtuvieron un 37% y 36% respectivamente.

Con el nuevo panorama político, y a menos de un mes de iniciado el gobierno de Kuczynski, el 19 de agosto de 2016 **se presenta por segunda vez un proyecto de ley (PL N° 083/2016-CR) para desactivar el IGSS [EC11]**, bajo la autoría de

Segundo Tapia, quien fue reelegido por Fuerza Popular. De manera paralela, Alianza para el Progreso, con el presidente de la Comisión de Salud y Población, César Vásquez, a la cabeza del proyecto, propone también desactivar el IGSS, mediante el PL N° 117/2016-CR. A diferencia de la propuesta de Tapia, en esta se encargaba regresar las funciones y competencias a las DISA, mientras que en la propuesta de Tapia se determinaba que el Minsa asumiría las funciones del IGSS.

Para sustentar la desactivación del IGSS, ambas propuestas legislativas incluyen las siguientes justificaciones:

Tabla 3: Sustento de proyectos de ley para desactivar el IGSS

PL N° 083/2016-CR (Fuerza Popular)	PL N° 117/2016-CR (Alianza para el Progreso)
El DL que crea al IGSS vulnera las facultades delegadas establecidas en la Ley N°30073, Ley que delega en el Poder Ejecutivo la Facultad de Legislar en Materia de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.	El IGSS ha deteriorado y agudizado la crisis del sector salud
Creación de más burocracia duplicidad de funciones y descontento en el personal de salud y administrativo	Creación de más burocracia y recentralización administrativa
Opinión de gremios de salud en contra del funcionamiento del IGSS	Opinión de gremios de salud en contra del funcionamiento del IGSS

Nota. Elaboración propia.

El proyecto presentado por Fuerza Popular incluye la opinión del Sindicato Único de Trabajadores de Salud de la Sede Administrativa de la DISA IV Lima Este, quienes señalaban que “existen hechos comprobables objetivamente, que desde su creación el IGSS no ha podido implementar las políticas públicas necesarias para la mejora sustancial y el incremento de los servicios de salud pública, así como la implementación de una estructura salarial más justa y equitativa en beneficio de los trabajadores asistenciales y administrativos de los establecimientos de salud”. Se suma a la exposición de motivos la opinión de la ministra de Salud, Patricia García, quien señalaba en distintas entrevistas que el IGSS tendría que desaparecer y que no iría más en su gestión.

Por su parte, el PL N° 117/2016-CR, impulsado por Alianza para el Progreso, más allá de presentar los mismos motivos que el proyecto anterior, añade que la creación del IGSS representa una recentralización administrativa, práctica que representa una contracorriente frente al proceso de descentralización en el país. Asimismo, la exposición de motivos integra la opinión conjunta de los **gremios profesionales de salud que solicitan la desactivación del IGSS [ER2]**, conformado por el Colegio Médico del Perú, la Federación Médica Peruana y la Asociación Nacional de Médicos del Ministerio de Salud. En adición a ello, se añade la **opinión del premier, Fernando Zavala, en contra del IGSS [ER3]**, quien señalaba que este instituto “conlleva a la contratación de más personal con duplicidad de funciones, con procesos engorrosos e ineficientes”

Posteriormente, el 29 de septiembre de 2016 se aprueba el dictamen de ambos proyectos de ley, donde destacan las siguientes opiniones institucionales:

Tabla 4: *Opiniones institucionales para el cierre del IGSS*

Entidad	Detalle de la opinión emitida
Minsa (Oficio 1223-2016-DM/MINSA)	A favor de la derogación del IGSS. Los resultados del IGSS son considerados como desfavorables, al haber generado duplicidad de funciones y debilitamiento del rol rector en salud del Minsa.
Federación Médica Peruana (Oficio 182-2016-FMP-ANMMS)	A favor de la derogación del IGSS. Se detalla que la derogación ha sido un pedido permanente del gremio médico expresado a las autoridades correspondientes.

Nota. Elaboración propia.

El dictamen aprobado dispone la desactivación del IGSS, así como la transferencia de las funciones y recursos según disponga el Minsa. De manera adicional, se indica que una vez finalizada la transferencia, el Minsa debería informar sobre la culminación a la Comisión de Salud y Población del Congreso.

Con el dictamen finalizado y ante la elevada desaprobación de la ministra García, la Comisión de Salud y Población del Congreso, mediante el congresista Segundo Tapia, solicita su presentación ante la Comisión. Durante esta presentación, **García** reiteró la necesidad de impulsar una reingeniería en el Minsa, donde **enfaticó que el IGSS debía desaparecer [ER4]** para que el Minsa recupere su rol rector.

Aproximadamente un mes después, el 10 de noviembre de 2016, se desarrolla el **debate de la desactivación del IGSS en el Congreso [E4-1]**, no obstante, el dictamen había sido modificado y ahora se establecía que el Minsa asumiría las funciones y recursos del IGSS, asimismo, se dispone que la CGR realice una acción de control sobre la gestión administrativa y financiera del IGSS, a fin de buscar una justificación institucional para este cierre.

Durante el debate, destacaron las siguientes intervenciones:

Tabla 5: *Intervenciones durante el debate del cierre del IGSS*

Grupo Parlamentario	Congresista	Detalle de la intervención
Alianza para el Progreso	César Vásquez (presidente de la Comisión de Salud y Población)	• Relaciona el paro nacional de los médicos del Minsa con el desempeño del IGSS • Describe al IGSS como una entidad altamente burocrática e ineficiente. • Detalla que el presupuesto del IGSS es mal invertido en sueldos ostentosos de sus funcionarios. • Acusa al director del IGSS de contar con 50 procesos por probables actos de corrupción. • Critica los montos irracionales del alquiler para la sede administrativa del IGSS. • Destaca que la reforma de salud del gobierno anterior ha fomentado la corrupción y aprovechamiento de las clínicas privadas. • Asegura que la problemática del IGSS se ha destapado a partir del “Caso Moreno”
Fuerza Popular	Alejandra Aramayo (Presidenta de la Comisión de Descentralización)	• El IGSS es un emblema de la corrupción del gobierno de Humala. • Describe al IGSS como una burbuja de inoperancia y planillas doradas.

Fuerza Popular	Segundo Tapia	• Critica en conjunto las reformas de Midori de Habich • Destacan las críticas al gobierno de Kuczynski, específicamente sobre el presupuesto asignado al sector salud y la declaratoria de emergencia para los hospitales de Lima.
Partido Aprista Peruano	Mauricio Mulder	• Destacan las críticas al gobierno de Kuczynski por el nombramiento de funcionarios con procesos judiciales
Frente Amplio	Wilbert Rosas	• A pesar de mostrarse a favor de la desactivación, trae a debate qué entidad reemplazará al IGSS, proponiendo que vuelvan a constituirse las DISAS que fueron cerradas. • Si bien el IGSS solo gestiona en Lima, señala que es importante reestructurar el sistema de salud a nivel nacional.

Nota. Elaboración propia.

Al finalizar el debate, con ninguna opinión en contra del dictamen, se aprueba en primera votación con 103 votos a favor, 0 en contra y 5 abstenciones. Si bien, de acuerdo con el reglamento del Congreso, la segunda votación debía realizarse transcurrido siete días calendarios, mediante votación, se aprobó la exoneración de esta.

Tabla 6: *Votación del debate para el cierre del IGSS*

Grupo parlamentario	A favor	En contra	Abstención
Fuerza Popular	57	0	0
Frente Amplio	11	0	5
Peruanos Por el Kambio	14	0	0
Alianza para el Progreso	7	0	0
Acción Popular	3	0	0
Célula Parlamentaria Aprista	3	0	0
No agrupados	1	0	0

Nota. Elaboración propia.

Con la aprobación de la desactivación, 5 días después del debate, el 15 de noviembre de 2016 se remite al Ejecutivo la autógrafa de ley, no obstante, al no

obtener respuesta dentro del plazo constitucional, ya sea para promulgar u observar la autógrafa, el Congreso ordenó la publicación de la ley con fecha 15 de diciembre de 2016, la cual es **promulgada en el Diario Oficial El Peruano al día siguiente[E4-2]**.

Inmediatamente al día siguiente, el 16 de diciembre de 2016, mediante la Resolución Ministerial N° 974-2016/MINSA, se inició el proceso de **transferencia del IGSS al Minsa [EPO6]**, con la conformación de una Comisión de Transferencia. Este proceso se desarrolló de acuerdo con el plazo establecido de 90 días, culminando con el cese institucional del jefe del IGSS el 15 de marzo de 2017.

Con el IGSS desactivado y la disposición normativa de que el Minsa asuma sus funciones, mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA se realiza la **modificación del ROF del MINSA en marzo de 2017 [EPO3]**. Como parte de esta reorganización institucional, se crearon nuevos órganos orientados a fortalecer la rectoría del sector y mejorar la gestión de los servicios de salud. Entre los más relevantes destacan: **las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) [EPO5]** de Lima Norte, Lima Centro, Lima Este y Lima Sur, que reemplazaron a las antiguas Direcciones de Red de Salud y asumieron la conducción operativa de los establecimientos del primer y segundo nivel de atención en Lima Metropolitana; y la **Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) [EPO4]**, que, a grandes rasgos, reemplazó al IGSS. Se estableció como un órgano de línea con autonomía limitada, centrada en la elaboración de propuestas normativas y en brindar asistencia técnica a las IPRESS y UGIPRESS a nivel nacional, y dependiente del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. Con la modificación del ROF del Minsa, y la desaparición del IGSS, se retomaba el modelo operacional anterior, donde el Minsa continuaba ejerciendo la gestión de la prestación de servicios sanitarios únicamente en Lima Metropolitana.

4.3. Análisis del caso

El caso narrado detalla el origen y fin de una política pública de salud en Perú: la implementación del IGSS. Para entender las condiciones que incidieron en el fallo de implementación de esta institución, se toma como marco analítico el

enfoque propuesto por Grindle (1980a), que analiza el contenido y contexto para entender las fallas de implementación. No obstante, antes de abordar estos componentes, es fundamental identificar a los actores que participaron en las distintas etapas del proceso, desde su formulación hasta su desactivación, ya que sus intereses, capacidades y niveles de influencia condicionaron en gran medida tanto el diseño como los resultados de la política.

Tabla 7: Identificación de actores relevantes

Actores	Descripción	Periodo / Participantes
IGSS	Se hace referencia a la institución y sus principales representantes que implementaron la política.	2014 – 2017: • Jefes Institucionales
Gremios	Se hace referencia a las asociaciones de profesionales de salud del Perú y a las asociaciones de individuos que comparten una misma actividad laboral relacionada con la salud más representativos durante el periodo de estudio.	2013 – 2017: • Federación Médica Peruana • Colegio Médico del Perú • Federación de Enfermeras del Ministerio de Salud • Sindicatos del Minsa
Unidades Ejecutoras	Se hace referencia a las Unidades Ejecutoras del Minsa correspondientes a Lima Metropolitana	2005 – 2013: • DISA (Lima Sur, Lima Centro, Lima Norte y Lima Este) • Hospitales • Institutos Especializados 2014-2017: • Hospitales • Institutos Especializados 2017: • DIRIS
MINSA	Se hace referencia a la institución y sus principales representantes	2004 – 2006: • Pilar Mazzetti 2008 – 2011: • Oscar Ugarte 2012 – 2014: • Midori de Habich 2014 – 2016: • Aníbal Velázquez 2016 – 2017:

Actores	Descripción	Periodo / Participantes
		Patricia García
MEF	Se hace referencia a la institución y sus principales representantes	2011 – 2014 Ministro de economía - Luis Miguel Castilla Rubio
Congreso	Se hace referencia a la institución y sus principales representantes	2011 – 2016: - Gana Perú (Bancada oficialista) - Fuerza Popular - Dignidad y Democracia - Alianza Perú Posible - Concertación Parlamentaria - Acción Popular – Frente Amplio - Alianza Solidaridad Nacional - PPC – APP - Unión Regional - No agrupados 2016 – 2017: - Peruanos Por el Kambio (Bancada oficialista) - Fuerza Popular - Frente Amplio - Alianza para el Progreso - Acción Popular - Célula Parlamentaria Aprista - No agrupados
Presidencia	Se hace referencia a la figura presidencial de turno	2006 – 2011: - Alan García 2011 – 2012: - Ollanta Humala 2016 – 2018: - Pedro Pablo Kuczynski
Partidos Políticos	Se hace referencia a las organizaciones políticas que participaron en los espacios principales de la salud	2005 – 2006: - Perú Posible - Partido Socialista - Acción Popular - Movimiento Nueva Izquierda - Partido Popular Cristiano

Actores	Descripción	Periodo / Participantes
		• Partido Aprista • Movimiento Humanista • Partido por la Democracia Social • Solidaridad Nacional

Nota. Elaboración propia.

El impacto de contenido

Una de las propuestas centrales de la reforma del sistema de salud fue la separación de funciones, inspirada en el modelo del pluralismo estructurado del sistema de salud. Esta buscaba fortalecer la rectoría y gobernanza del Minsa sobre el sistema sanitario peruano, diferenciando claramente las funciones de financiamiento, prestación y fiscalización. En el ámbito de la prestación de servicios, esta propuesta se concretó con la creación del IGSS. Por ende, el contenido de esta política era crear una institución que se encargue de la gestión de la salud en LM, lo que generó transformaciones importantes en el ecosistema de salud de dicha jurisdicción.

Para analizar el impacto del contenido de esta política pública, se utiliza el marco analítico propuesto por Grindle (1980a). En ese sentido, se consideran los siguientes elementos propuestos por este enfoque: los intereses afectados, el tipo de beneficios que genera, el grado de cambio en la visión o enfoque, el lugar donde se toman las decisiones, los implementadores, los recursos comprometidos y los objetivos establecidos.

El IGSS tenía un objetivo claro: convertirse en el ente gestor de la prestación de servicios de salud en LM. No implicaba un cambio sustantivo en el enfoque hacia los beneficiarios y los recursos disponibles no representaban una barrera, ya que contaba con respaldo político y financiamiento suficientes. Por tanto, estos elementos del contenido de la política no ayudan a explicar las dificultades en la implementación, motivo por el cual no se analizan a fondo en esta sección. En cambio, el análisis se centrará en los intereses afectados, los tipos de beneficios, lugar de toma de decisiones y los implementadores del programa, que sí permiten comprender las causas y problemas que incidieron en el fallo.

a. Intereses afectados

El contenido de la política representó un impacto sobre distintos actores involucrados en el sector público, quienes venían acostumbrados a un modelo tradicional, segmentando y fragmentado del sistema sanitario. A pesar de la implementación de la descentralización, en el caso de LM, las decisiones en salud se tomaban de manera centralizada directamente desde el Minsa, mientras que en las otras regiones el gobierno regional era la autoridad sanitaria en su respectiva jurisdicción.

En la estructura organizacional del Minsa, antes de la creación del IGSS, existía una dirección ejecutiva denominada “Dirección de Servicios de Salud” (de tercer nivel – DS 023-2005-SA) encargada de la supervisión y prestación de servicios de salud en hospitales, institutos y el primer nivel de atención, la cual contaba con poco personal, lo que imposibilitaba ejercer sus funciones.

En consecuencia, los directores o jefes institucionales de las Unidades ejecutoras (DISAs, hospitales e institutos especializados en LM), “tenían una relación muy cercana y entregaban sus demandas de manera directa al ministro de turno, sin un intermediario” (M. M. de Habich, comunicación personal 6 de mayo de 2025), permitiendo un relacionamiento cuasi informal con la máxima autoridad en salud, es decir, “si el director del Loayza quería algo, iba y le tocaba la puerta directamente al ministro. De frente, no había intermediarios” (M. M. de Habich, comunicación personal, 6 de mayo de 2025).

Con la creación del IGSS, esta práctica se perdía. La relación entre el ministro/a y los directores y/o jefes institucionales se vio afectada con la aparición de esta nueva entidad que tenía la capacidad de convocar a las unidades ejecutoras de LM, aglutinar sus pedidos y brindarles una solución directa, de acuerdo con el nuevo modelo instaurado, donde el Minsa solo analizaba, regulaba y modificaba los cambios requeridos en el sistema de salud.

Particularmente, en el caso de las DISAs existentes en LM, estas perdieron su estructura administrativa, al ser absorbidas por el IGSS. De este modo, se tenía un solo ente burocrático encargado de la prestación sanitaria, en lugar de cuatro.

Otro actor institucional importante que fue afectado por la creación de la institución fue el Minsa, por la pérdida de poder que implicaba transferir la función de prestación al IGSS. Antes de la creación, el Minsa tenía capacidad de

designación de directores y/o jefes institucionales de las principales unidades ejecutoras de LM, lo cual dejaba la puerta abierta para designaciones políticas, que no necesariamente cumplían criterios técnicos y de gestión. Al crearse el IGSS, el Minsa “queda reducido a emitir normas, guías e instructivos, sin capacidad real de gestión ni influencia directa en los hospitales y centros de salud” (V. M. Zamora, comunicación personal, 2 de mayo de 2025).

b. Tipo de beneficios

El contenido de la política del IGSS representó un beneficio de tipo colectivo, ya que no estaba orientado a favorecer a un actor específico, sino al conjunto del sistema sanitario y a la ciudadanía. La creación del IGSS buscaba mejorar la prestación de servicios en Lima Metropolitana mediante una planificación integral de la atención, articulando los niveles primario, secundario y terciario. Además, proponía racionalizar funciones entre hospitales, evitar duplicidades y promover la especialización. Desde una perspectiva administrativa, centralizaba decisiones estratégicas sobre compras, contrataciones y distribución de recursos, bajo una visión sistémica y metropolitana de la salud. Sin embargo, al tratarse de beneficios amplios y de mediano plazo, no generó incentivos inmediatos para los actores clave, lo cual contribuyó a una limitada apropiación de la política y dificultó su sostenibilidad.

c. Lugar de toma de decisiones

Para la implementación del IGSS, si bien el lugar de toma de decisiones no era geográficamente disperso, organizativamente se requería la coordinación y articulación con varios actores del entorno de la salud. Uno de los más importantes eran los sindicatos y los gremios del sector salud, que en ese entonces tenían una fortalecida capacidad de agencia (Limay Castillo, 2019).

Si bien para el diseño de esta política, que era parte del paquete de reforma de salud, se consideró la participación de estos actores en la elaboración del documento “Lineamientos y medidas de reforma del sector salud” (2013), al momento de implementar los decretos legislativos estos no reflejaban los acuerdos previamente establecidos durante las mesas de diálogo. Como menciona un ex presidente de la FMP “existió la invitación a las mesas de diálogo,

sí, pero no se tomaron en cuenta las opiniones de los gremios” (C.A. Palomino, comunicación personal, 10 de mayo de 2025).

Es decir, el diseño de la política fue implementado bajo un enfoque *Top-Down*, de arriba hacia abajo que, si bien pretendió ser un contenido de política participativo y consensuado con los actores del sistema sanitario, en la práctica, las decisiones tomadas se basaron exclusivamente en elementos tecnocráticos y el componente político fue dejado de lado.

d. Implementadores del programa

Para implementar la política, de acuerdo con una ex ministra de salud, los implementadores (Equipo técnico de Minsa) tuvieron dos estrategias: “hacerlo de manera incremental o la opción ahora o nunca”. La implementación incremental significaba realizar cambios paulatinos, iniciando con la transferencia del primer nivel de atención al IGSS (solo las DISAs), mientras se dejaba intacto a los hospitales e institutos. Por otro lado, la segunda opción (que fue la escogida) representaba transferir todas las unidades ejecutoras de LM al IGSS.

Durante el diseño, quienes estuvieron a favor de una implementación incremental, temían a las relaciones de tensión que se podían generar con los gremios de salud, mientras que quienes apostaban por una implementación total suponían que de optarse por una decisión incremental, con el tiempo estos cambios (al ser pequeños) se revertirían, por lo que el pensamiento común de los decisores fue “¿por qué no nos arriesgamos para que sea una transferencia no a pedacitos, sino que damos el salto y enfrentamos el tsunami?” (M. M. de Habich, comunicación personal, 6 de mayo de 2025).

De este modo, al contar con el apoyo político de la máxima autoridad de gobierno (el presidente), y la viabilidad económica facilitada por las relaciones con el MEF, la política fue implementada en su totalidad, a pesar de las relaciones de tensión que podían generarse frente a los gremios de salud.

Impacto del Contexto Político de la Acción Administrativa

Este segmento analiza el impacto del contexto político en la creación, implementación y desactivación del IGSS. A partir del enfoque de Grindle

(1980a), se sostiene que los resultados administrativos no pueden entenderse al margen del entorno político e institucional en el que se insertan. La reforma que dio origen al IGSS fue resultado de una acumulación de cambios incrementales desde los años noventa, lo que puede explicarse mediante la teoría del equilibrio interrumpido. Sin embargo, su desactivación respondió a la confluencia de factores críticos, como la huelga médica, la limitada autonomía del IGSS y el cambio de gobierno, que abrieron una ventana de oportunidad, según el modelo de corrientes múltiples de Kingdon (1995), y permitieron el avance de una coalición de causa contraria a su existencia. El caso del IGSS evidencia cómo el contexto político puede habilitar, transformar o revertir el curso de una política pública.

Parte 1: Reforma incremental

Entendiendo que la creación del IGSS es parte de la Reforma de Salud del año 2013, para que sea posible implementar esta reforma se requirió de una ruptura frente al patrón de estabilidad que existían en el Perú sobre la gobernanza de la salud, mediante pequeños cambios incrementales. En ese sentido, este proceso puede ser comprendido bajo el marco de la teoría del equilibrio interrumpido (True et al., 2006), que plantea que los cambios en las políticas públicas suelen producirse tras largos periodos de continuidad, cuando la acumulación de presiones institucionales, sociales y políticas genera las condiciones para un cambio drástico. La reforma fue resultado de la acumulación de cambios marginales en el modelo, que al evolucionar con el tiempo interrumpieron el equilibrio previamente sostenido por el sistema.

La discusión política sobre los cambios que requería el sistema de salud ha sido un proceso de debate que data desde los años 90, cuando el Minsa estableció una serie de lineamientos para afrontar los retos del sector salud para el quinquenio de 1995 – 2000. Estos lineamientos buscaban la mejora progresiva en la modernización, cobertura, recursos y servicios de salud, entre otros, priorizando los sectores más pobres y vulnerables del país. Específicamente el tercer lineamiento propuesto habla de la reestructuración del Minsa, para recuperar de la rectoría en salud, al considerar que este ha perdido su capacidad de gobierno al haberse concentrado casi exclusivamente en labores como la

prestación de servicios. Asimismo, se propone la descentralización de la autoridad sanitaria hacia los niveles subnacionales.

Para julio del 2002, como resultado del diálogo entre los partidos políticos, organizaciones sociales, el Congreso de la República y el Gobierno de turno, se firmó el Acuerdo Nacional, donde se definieron 29 políticas de Estado. En específico, para el sector salud se propone el acceso universal a la seguridad social y el fortalecimiento de un fondo de salud para la población que no es atendida por el sistema. Asimismo, se propone ampliar y descentralizar los servicios sanitarios y desarrollar la promoción de la prevención y control de enfermedades transmisibles, entre otros.

Posteriormente, en el año 2005, se inicia un proceso de construcción de consenso de la salud, donde representantes de organizaciones políticas (16 partidos políticos) debaten en torno a los siguientes temas “salud infantil y salud materna, lucha contra el VIH/SIDA, malaria, tuberculosis y otras enfermedades; aseguramiento universal de la atención en salud; financiamiento; descentralización; participación ciudadana en salud; y acceso y disponibilidad de medicamentos” (Mendoza, 2006, p. 6). Como resultado de este proceso, se logró el “Acuerdo de partidos políticos en salud” donde se propone también lineamientos de reforma.

En el año 2007, el gobierno de turno reafirmó estos lineamientos, mediante el documento Plan Nacional Concertado en Salud. Específicamente planteó lineamientos sobre “aseguramiento universal, fortalecimiento de primer nivel de atención, la vigilancia de enfermedades, la descentralización articulada del sistema, el desarrollo de recursos humanos y el acceso a medicamentos de calidad” (Ministerio de Salud, 2007, p. 30). Además, se promueve un financiamiento vinculado a resultados, el fortalecimiento de la rectoría del MINSA, la participación ciudadana en la gestión sanitaria y una intervención efectiva sobre los determinantes sociales de la salud.

Como primer resultado, a partir de las antiguas propuestas de reforma, en abril del 2009 se promulga la Ley N° 29344 “Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud”, que buscó garantizar el derecho a la seguridad social en salud. Este

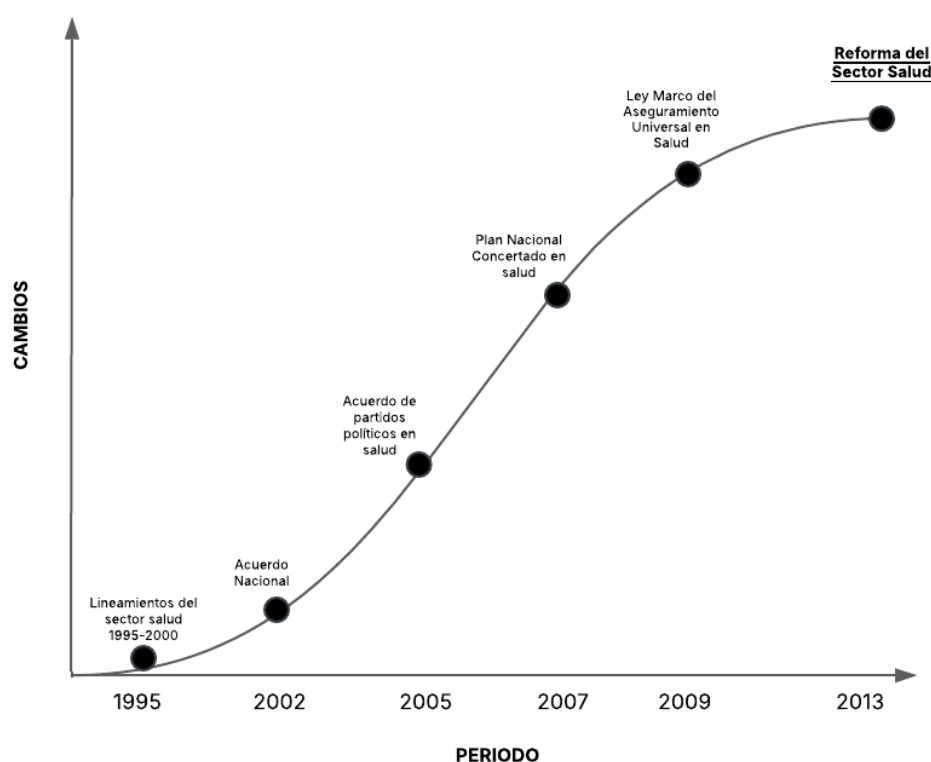
primer cambio responde a una prioridad expresada en los consensos previos entre el Minsa, la sociedad civil organizada y los partidos políticos.

Finalmente, en el 2013, a dos años de iniciado un nuevo gobierno, los esfuerzos acumulados a lo largo del tiempo son concretizados en la Reforma del Sector Salud, mediante la promulgación de 23 decretos legislativos que buscaban fortalecer la rectoría y gobernanza del sistema sanitario, así como proteger la salud.

Como se observa en el gráfico 5, la presión de los actores, a través de esfuerzos políticos por incluir sus temas prioritarios en la agenda de gobierno es reflejada de manera institucional mediante diferentes documentos orientadores de política impulsados desde 1995.

Esta presión permitió la concretización normativa de uno de los temas en agenda de los actores: la seguridad social en salud, a través de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Esto motivó posteriormente al gobierno de turno a diseñar e implementar la reforma de salud, que respondía a todos los elementos previamente promovido por los actores ya mencionados, demostrando ser un proceso incremental.

Figura 5: *Dinámica incremental de la reforma de salud*



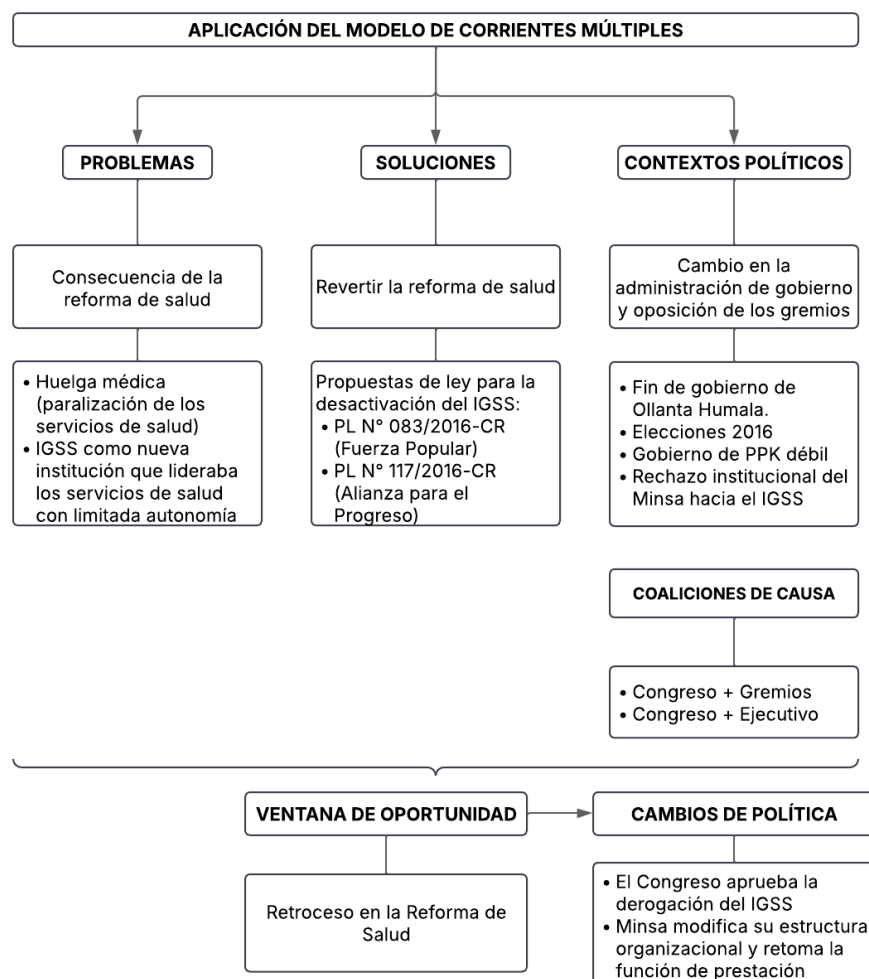
Nota. Elaboración propia

Parte 2: Construcción de la Ventana de Oportunidad

En el marco del análisis del contexto, y siguiendo la propuesta de Grindle, se reconoce que los resultados de una política pública no dependen únicamente de su contenido, sino también del contexto en el que se implementa. En este sentido, se incorpora el marco analítico de la ventana de oportunidad, desarrollado por John Kingdon, como herramienta para comprender cómo determinadas condiciones coyunturales permitieron que la propuesta de desactivación avanzara en la agenda pública.

Desde esta perspectiva, se argumenta que el proceso de desactivación del IGSS no puede entenderse al margen de la coyuntura política en la que surge. Fue precisamente la confluencia de factores críticos lo que abrió una ventana de oportunidad que hizo posible que una medida se impulsara.

Figura 6: Ventana de Oportunidad: Aplicación del modelo de corrientes múltiples



Nota. Elaboración propia.

Corriente de Problemas

Tras la interrupción del equilibrio en el sistema de salud y la implementación de la reforma, para los tomadores de decisiones y otros actores del sector salud, representaba un problema. Esto se concretizaba bajo dos hechos específicos: la huelga médica y el IGSS como institución que lideraba la prestación con limitada autonomía.

Paralización de los servicios de salud (huelga médica)

Durante la implementación de la Reforma de salud, el Minsa enfrentó una marcada **oposición por parte de los gremios**, donde el IGSS recibió un daño

colateral, puesto que no era el principal objetivo del reclamo de los gremios, el cual en realidad era la reforma de la política salarial y laboral del sector salud. Este reclamo se materializa en la huelga médica de 150 días, donde distintos gremios de salud bajo el nombre de Frente Nacional por la Defensa del Derecho a la Salud acusan al Minsa de querer privatizar la salud pública

En respuesta, el Minsa dispuso espacios de diálogo donde el gremio médico presentó sus demandas, las cuales fueron consideradas como infundadas. En paralelo, el Frente Nacional por la Defensa del Derecho a la Salud se divide, de este modo es el gremio de enfermeras quienes mantienen conversaciones con el Minsa y logran aceptar un nuevo esquema salarial, por lo que levantan la huelga. No obstante, son los médicos quienes continúan las protestas. Ante ello, el Congreso, interpela por tercera vez a la ministra de Habich, y, adicionalmente, desde Fuerza Popular se presenta una moción de censura en su contra, lo que resulta en la renuncia de la ministra.

Esta huelga médica fue uno de los principales detonantes que debilitó la gestión de la ministra Midori de Habich, caracterizada por tener capacidad técnica y apoyo político para la implementación de la reforma. Tal como señala el especialista de salud, Víctor Zamora: “La ministra de Salud fue la principal impulsora del IGSS. Su liderazgo se basó en un equipo técnico consolidado, con más de 20 años de experiencia en reformas del sector salud. Además, contaba con un respaldo político sólido, incluyendo el apoyo de la presidencia, el ministro de Economía, Miguel Castilla y el entorno parlamentario del presidente Humala” (comunicación personal, 2 de mayo de 2025).

Esta ministra, tenía capacidad de negociación y relacionamiento con el MEF, elemento clave para implementar políticas públicas en el Perú, ya que el rector en economía controla los recursos a nivel nacional. En el caso del ámbito político, si bien existía apoyo, por otro lado, desde el cuerpo médico, existía un rechazo hacia la ministra, al ser economista en lugar de médica. Por lo común, en la organización interna del sector salud los cargos directivos son ejercidos por médicos, considerando como requisito complementario que tengan un estudio o conocimientos en la administración de servicios sanitarios y recursos (Limay

Castillo, 2019), por lo que, de Habich, al no ser médica, rompía la tradición propia del sector.

La oposición gremial, centrada en demandas laborales, afectó colateralmente al IGSS y debilitó la reforma. La prolongada huelga médica y el rechazo a la ministra de Habich, por no ser médica, erosionaron su liderazgo. Su renuncia marcó el quiebre del respaldo político inicial. Con ello, se inició el debilitamiento del IGSS.

Limitada autonomía del IGSS

El IGSS se pensó como una institución **autónoma** con capacidad de liderar la gestión de la prestación, por ello, se creó como un organismo público ejecutor con pliego presupuestal, sin embargo, en la práctica la institución tenía una limitada autonomía política y administrativa por su dependencia al Minsa.

En primer lugar, sobre la designación de directores, “aunque se planteó como un ente autónomo, ni siquiera podía designar a los directores hospitalarios, pues las decisiones seguían dependiendo del ministro de Salud” (J.P. Bonilla, comunicación personal, 14 de mayo de 2025). Es decir, no tenía capacidad de injerencia en las unidades ejecutoras que manejaba lo que limitaba su gobernanza en el ámbito de su competencia. Esto se corrobora con lo descrito por una ex asesora del despacho ministerial: “El IGSS estaba adscrito al MINSA y a veces por política había una discrepancia entre lo que podía pensar el ministro y lo que podía pensar el jefe del IGSS. Es decir, si el jefe del IGSS designaba a un director de hospital, pero luego el ministro tenía otro criterio para escoger al director, se cambiaba al que había sido escogido por el jefe del IGSS” (D. M. Suarez, comunicación personal, 17 de mayo de 2025).

Por ello, el IGSS era concebido por los gremios como una doble burocracia y un intermediario que limitaba su ejercicio. No había una legitimidad por parte de ellos al IGSS, ya que, dentro de su costumbre su empleador directo era el Minsa.

Corriente de Soluciones

Ante el problema de las consecuencias de la implementación de la reforma, si bien no se propuso estrictamente la reversión de la Reforma, se planteó atacar

partes de ella, en específico se presentó como solución la desactivación del IGSS, pues esta tenía como consecuencia la reorganización del Minsa y el retorno al manejo anterior del sistema de salud. Esta solución se vio representada en las propuestas legales para desactivar el IGSS.

Propuestas de ley para desactivar el IGSS

Durante el año 2015, se presentó el primer intento de desactivar el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), a través del Proyecto de Ley N° 04688/2014-CR impulsado por Fuerza Popular, liderado por Segundo Tapia. Sin embargo, este no prosperó y quedó en agenda de la Comisión de Constitución del Congreso. Tras las elecciones de 2016 y con el nuevo gobierno de Pedro Pablo Kuczynski, Tapia presentó nuevamente un proyecto con el mismo objetivo (PL N° 083/2016-CR). Paralelamente, Alianza para el Progreso, a través del congresista César Vásquez, propuso otro proyecto (PL N° 117/2016-CR) con un enfoque distinto: devolver funciones a las DISA, mientras que la propuesta de Tapia asignaba esas funciones al Minsa.

Ambos proyectos argumentaban que el IGSS había sido ineficaz desde su creación. El de Fuerza Popular incluyó opiniones del Sindicato de Salud de Lima Este y de la ministra Patricia García, quien abiertamente respaldaba su desaparición. Por su parte, la propuesta de Alianza para el Progreso añadía que el IGSS significaba una recentralización contraria al proceso de descentralización del país, y contaba con el respaldo de gremios médicos y del premier Fernando Zavala.

El 29 de septiembre de 2016 se aprueba el dictamen conjunto de ambos proyectos, que disponía la desactivación del IGSS y la transferencia de funciones al Minsa. En noviembre, durante el debate en el Congreso, se incluyó que la Contraloría realizara un control sobre la gestión del IGSS. El dictamen fue aprobado por amplia mayoría en primera votación, y se exoneró la segunda. Finalmente, tras no recibir respuesta del Ejecutivo, el Congreso ordenó la publicación de la ley, la cual fue promulgada el 16 de diciembre de 2016 en el diario oficial El Peruano.

Corriente de Contexto Político

Con la problemática identificada y la solución propuesta, se analiza el contexto en el que se desarrollaría la aplicación o implementación de la solución, a fin de identificar los factores coyunturales que hicieron posible concretizar, en este caso, el cierre del IGSS.

Fin de gobierno de Humala y Proceso electoral 2016

El IGSS se desarrolló en un proceso de cambio de gobierno: fin de gobierno de Ollanta Humala y las elecciones generales 2016. Como hemos revisado precedentemente, el IGSS fue posible por el apoyo político de la presidencia, del MEF y del congreso de turno, no obstante, en el año 2015 el país iniciaba un proceso electoral que cambiaría las reglas de juego para la institución.

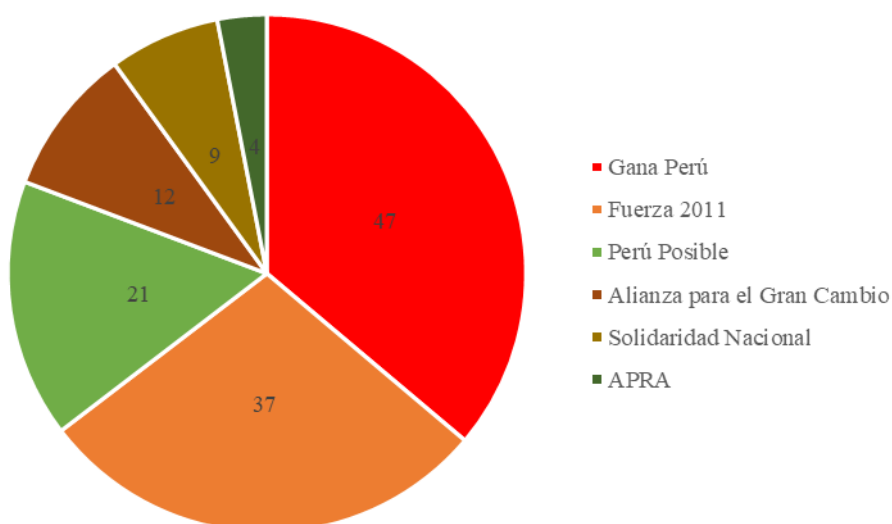
En ese contexto, actores del sector salud y algunos miembros del Congreso ya habían manifestado su intención de desactivar el IGSS, aunque no lograron concretarlo por no contar con el poder político necesario. En el caso de los actores del sector salud, ya habían expresado su disconformidad con la reforma (que incluía al IGSS). Por ejemplo, SUSALUD había implementado la figura de “las delegadas”, funcionarias encargadas de orientar a los pacientes en los procesos administrativos dentro de las principales unidades ejecutoras de LM, Ica y Ucayali. Estas delegadas contaban con respaldo institucional: “Le tocaban la puerta al director y se resolvía el problema” (M. M. de Habich, comunicación personal 6 de mayo de 2025). Sin embargo, hacia el final del gobierno del presidente Humala, el rechazo hacia ellas se hizo evidente. Según se recuerda, “a las delegadas, que eran principalmente mujeres, los médicos del hospital les decían: *Ya este gobierno se va a acabar, todas estas zonceras que tienen ustedes las delegadas, esto se va a acabar, vayan buscando trabajo*” (M. M. de Habich, comunicación personal 6 de mayo de 2025). En el caso de los actores del congreso, su oposición se mostró formalmente con la presentación del proyecto de Ley N°04688/2014-CR, que finalmente no prosperó.

Así, el fin del gobierno de Humala y el proceso electoral de 2016 marcaron un punto de inflexión para el IGSS. La pérdida del respaldo político que había hecho posible su implementación, sumado al cambio en la correlación de fuerzas en el Congreso y a la creciente resistencia desde el propio sector salud, configuraron un escenario adverso para la sostenibilidad de la reforma.

Gobierno de PPK débil

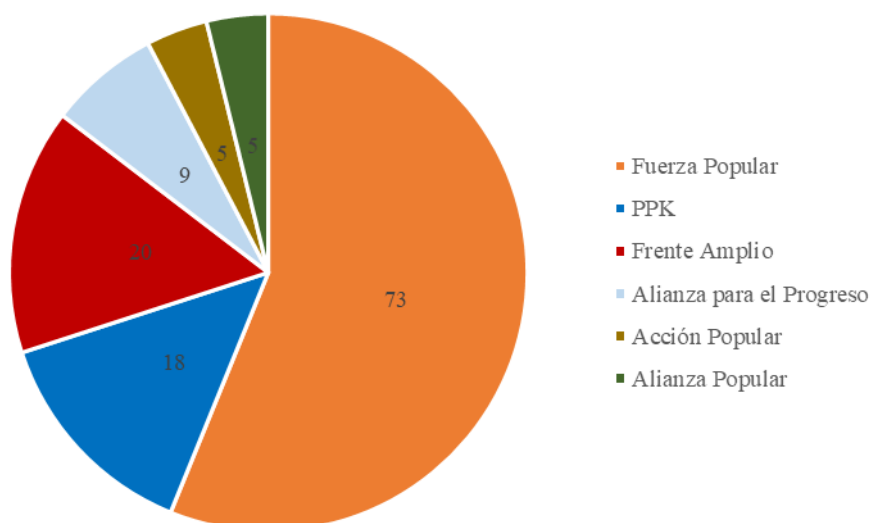
Fruto del proceso electoral, Pedro Pablo Kuczynski (PPK) asumió el gobierno tras una victoria por un margen mínimo, en un contexto de alta fragilidad política, ya que la bancada oficialista era muy reducida, mientras que la oposición (fujimorismo) contaba con una mayoría de 73 curules en el Congreso. Este desequilibrio de fuerzas permitió que el Congreso tuviera una influencia significativa en las decisiones del gobierno de PPK, a diferencia del caso de Ollanta Humala, quien, aunque no contaba con un Congreso plenamente alineado con sus reformas, sí tenía los votos necesarios para implementar sus principales políticas.

Figura 7: Composición congresal 2011 después de las elecciones



Nota. Elaboración propia. Adaptado de Redacción RPP. (2016, junio 9). *Del 2011 al 2016: así cambió el panorama político en cinco años.* RPP. <https://rpp.pe/politica/elecciones/del-2011-al-2016-asi-cambio-el-panorama-politico-en-cinco-anos-noticia-969744>

Figura 8: Composición congresal 2016 después de las elecciones



Nota. Elaboración propia. Adaptado de Redacción RPP. (2016, junio 9). *Del 2011 al 2016: así cambió el panorama político en cinco años.* RPP. <https://rpp.pe/politica/elecciones/del-2011-al-2016-asi-cambio-el-panorama-politico-en-cinco-anos-noticia-969744>

Es necesario precisar que parte de la debilidad del Ejecutivo también se explica por el propio diseño institucional del régimen político peruano. Aunque se trata formalmente de un sistema presidencialista, incorpora mecanismos propios del parlamentarismo, como la exigencia de que el primer ministro cuente con la confianza del Congreso y la posibilidad de que este remueva al gabinete o active procesos de vacancia presidencial. Este tipo de arquitectura institucional, en contextos donde el gobierno carece de mayoría legislativa, como ocurrió durante la gestión de PPK, tiende a generar bloqueos, enfrentamientos entre poderes y una notable inestabilidad gubernamental (García Marín, 2023).

Rechazo institucional del Minsa hacia el IGSS

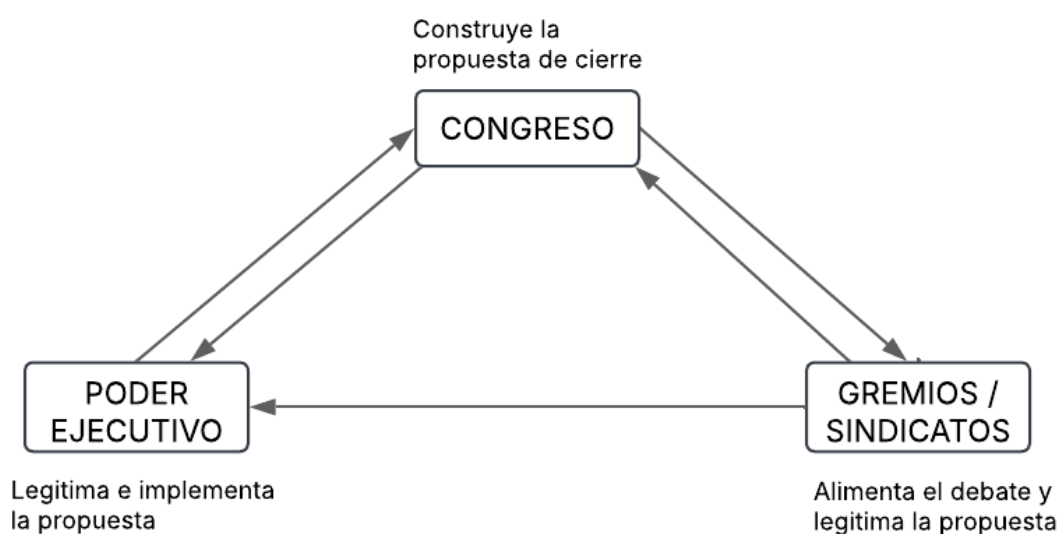
PPK designó a Patricia García en la cartera de Salud, la nueva ministra, quien no había incursionado en temas políticos anteriormente y solo contaba con experiencia académica mostró una posición contraria al IGSS al iniciar su mandato. “Patricia tampoco creía en el IGSS porque ella es de salud pública: de las epidemias, los laboratorios” (V. M. Zamora, comunicación personal, 2 de mayo de 2025).

Durante los primeros 100 días de gobierno de PPK, mediante una encuesta de opinión pública, se destaca a Patricia García como la ministra con mayor desaprobación del gobierno. En adición, el escándalo del “Caso Moreno” incrementaba la desaprobación hacia la ministra, a pesar de sus constantes intentos de deslindarse del tema. Es por este último motivo, así como la problemática de medicamentos en el país, que fue convocada por la Comisión de Salud y Población del Congreso. Durante su presentación, García, aseguró que durante su gestión se desactivaría el IGSS como parte de una reestructuración del Ministerio de Salud, lo cual coincidía con el pensamiento de la Comisión, pues ya se habían presentado las fórmulas legales que proponían la desactivación del IGSS, desde la bancada Fujimorista y APP.

Coaliciones de causa

Al analizar la ventana de oportunidad, es necesario identificar las coaliciones de causa que permitieron el desarrollo de estas corrientes, dado que, desde la posición política o de poder de estos actores, a pesar de no seguir la misma ideología o propósito final, a través de diferentes mecanismos de negociación coincidieron en aspectos clave para lograr impulsar la apertura de una ventana de oportunidad que permitiera, en este caso particular, el retroceso en la Reforma de Salud.

Figura 9: *Dinámica de las coaliciones de causa*



Nota. Elaboración propia.

Congreso y Gremios de salud

Durante la elaboración de los proyectos de ley para desactivar el IGSS, (PL N° 083/2016-CR Y PL N° 117/2016-CR), estos recibieron el apoyo de los principales gremios de salud. De acuerdo con Herberth Cuba, asesor de la comisión de Salud y Población en ese entonces, “se preparó un proyecto de ley desde el congreso, que recolectaba las opiniones de los gremios y otros actores” (comunicación personal, 12 de mayo de 2025). Esta iniciativa articuló una posición común entre organizaciones del sector salud como la Federación Médica Peruana (FMP), el colegio médico y otros actores gremiales. Como explicó el entonces presidente de la FMP, quien posteriormente se uniría a la organización política APP y postularía al cargo de congresista, dichas instituciones coincidieron en que el accionar del IGSS no había sido satisfactorio: “la Federación Médica, el Colegio Médico, otros gremios del sector salud [...] estaban de acuerdo” en apoyar la desactivación tras un periodo de evaluación crítica (C.A. Palomino, comunicación personal, 10 de mayo de 2025). De esta forma, hubo una alianza entre el legislativo y los actores de salud, a fin de una causa común que era la desactivación del IGSS.

Congreso y Poder Ejecutivo

Con respecto al Poder Ejecutivo (Presidencia, Minsa y otros órganos del sector), su posición a favor de la desactivación se denotó por su inacción ante las propuestas de ley que se desarrollaban en el congreso en contra del IGSS, así como los comentarios a favor de la desactivación de este instituto, como en los casos específicos de Patricia García y Fernando Zavala. Como se mencionó previamente “El gobierno de PPK y su ministra de salud, Patricia García, tuvieron una posición en contra del IGSS” (O. R. Ugarte, comunicación personal, 19 de mayo de 2025), ambos bajo el sustento que esta propuesta no respondía a las necesidades de salud. De acuerdo con el último jefe del IGSS: “Existía un acuerdo político en el Congreso para cerrarlo, con un plazo formal hasta febrero de 2017, y que las decisiones respondían más a votos políticos que a un análisis técnico del desempeño o potencial del Instituto” (L.A. Fuentes, 7 de mayo de 2025).

De esta forma, el IGSS se encontraba en un escenario de oposición ante las coaliciones de causa conformada por los principales actores que concentraban el poder en el sector salud. Esta coalición de causa compartió una narrativa crítica sobre el Instituto y movilizó sus recursos políticos para impulsar su cierre

Cambios de política

En base al análisis realizado, aplicando el modelo de corrientes múltiples (problemas, soluciones y contexto político) junto con el enfoque de coaliciones de causa, se identifica que la convergencia de estos tres elementos abrió una ventana de oportunidad que permitió el retroceso de la reforma de salud. Esto implicó la derogación del Decreto Legislativo 1167, lo que resultó en la eliminación del IGSS.

Como consecuencia, el Minsa modificó su estructura organizacional para asumir nuevamente la función de prestación. Desde entonces, la gestión de la prestación se encuentra nuevamente bajo la dirección del ministro o ministra de turno, lo que marca un retorno a un modelo en el cual el Minsa continuaría asumiendo la rectoría y la prestación, en contraste con la apuesta inicial por una institucionalidad especializada en LM y con mayor autonomía.

Capítulo 5. Resultados y discusión

A partir de la reconstrucción y el análisis del proceso de implementación del IGSS en LM, se puede inferir que la falla en su implementación no obedeció únicamente a las características del diseño de la política, sino también a las condiciones del entorno en el que se desarrolló. Es decir, tanto el **contenido** como el **contexto** de la política pública fueron determinantes en su desenlace.

En cuanto al **contenido**, este generó impactos significativos en el ecosistema institucional del sistema de salud de LM. Si bien algunos elementos como los recursos, objetivos y el enfoque hacia los beneficiarios no incidieron en la falla de implementación, ya que la política contaba con financiamiento suficiente, un objetivo claro y no implicaba cambios sustanciales en la atención al usuario; otros componentes, como los intereses afectados, el lugar de toma de decisiones y los implementadores, incidieron en las tensiones que terminaron por obstaculizar el proceso.

En primer lugar, **los intereses afectados** revelan una fuerte resistencia institucional. La implementación del IGSS supuso una ruptura con prácticas informales profundamente arraigadas, donde los directores de las unidades ejecutoras mantenían relaciones directas con el ministro de Salud. Este vínculo se debilitó con la aparición del IGSS, que actuaba como un intermediario con autoridad real de gestión. A ello se suma el debilitamiento de las DISAs, absorbidas por el nuevo ente, lo que implicó la desaparición de sus estructuras administrativas y, con ello, la pérdida de cuotas de poder y autonomía en sus circunscripciones.

Incluso el propio Minsa también resultó afectado, al ceder la función de prestación, vio reducida su capacidad de acción directa sobre hospitales y centros de salud, lo cual podría reducir su poder político y administrativo. Esta pérdida de control sobre las designaciones de directores institucionales, anteriormente un espacio de influencia política, generó resistencias dentro del propio Minsa.

En segundo lugar, el **lugar de toma de decisiones** se concentró en el nivel central del Estado. A pesar de haber incluido a los gremios en las fases iniciales de diseño de la reforma, sus aportes no fueron recogidos en los decretos legislativos finales. Esto generó una sensación de exclusión y deslegitimación del proceso, afectando el entorno de implementación. La forma en que se tomó la decisión fue, en la práctica, tecnocrática y vertical, lo que alimentó la desconfianza de actores clave como los gremios del sector salud, que tenían una capacidad de agencia fortalecida en ese contexto. Además, al tratarse de una política orientada a **beneficios** colectivos y de largo plazo, el IGSS no generó incentivos inmediatos para los actores clave, lo que limitó su apropiación y redujo su capacidad de generar alianzas que respaldaran su continuidad.

Finalmente, la decisión sobre el **modo de implementación** fue determinante. La opción elegida fue una implementación integral y rápida, bajo la lógica del “todo o nada”. Esta estrategia no consideró adecuadamente los riesgos políticos derivados de alterar de manera abrupta el equilibrio institucional existente. Si bien la alternativa incremental pudo haber ofrecido una transición más gradual y menos disruptiva, fue descartada por temor a una reversión futura. Esta decisión,

aunque respaldada por apoyo político y recursos financieros, no logró construir las alianzas necesarias para sostener la reforma en el mediano plazo.

De esta manera, el análisis del contenido de la política revela que la propuesta técnica del IGSS, aunque coherente con los objetivos de fortalecimiento de la rectoría y de la separación de funciones, fue incapaz de generar condiciones institucionales y políticas favorables para su sostenibilidad. La resistencia de actores con poder de veto, la fragilidad de los consensos previos, y la decisión de implementar de forma acelerada sin una estrategia de contención política, explican por qué el contenido de la política terminó siendo un factor que contribuyó al fracaso en su implementación.

En relación con el **contexto**, la implementación del IGSS, así como su desactivación responden a dos dinámicas: un **equilibrio interrumpido** y la **apertura de una ventana de oportunidad**. Estas dinámicas permiten entender cómo se originó y se desactivó el IGSS, de cara a que, en los párrafos anteriores se detallaron los factores del contenido que tuvieron incidencia en la implementación de esta política, ahora se pasa a detallar las dinámicas propias del contexto que permitieron la existencia de esta política, así como su fin.

En primer lugar, sobre la dinámica del **equilibrio interrumpido**, es importante señalar que el IGSS, como política pública, formó parte de la Reforma de Salud impulsada en el año 2013. Sin embargo, dicha reforma había comenzado a gestarse desde la década de 1990, a través de una serie de cambios incrementales promovidos por diversos actores, tanto institucionales (como el Ministerio de Salud y los partidos políticos), como por organizaciones sociales. La interrupción del modelo clásico de administración del sistema de salud en el país supuso una ruptura significativa del *statu quo*, generando una alerta entre los actores tradicionales del sistema sanitario. En este sentido, puede afirmarse que esta política representó una alteración del patrón previamente establecido, lo cual motivó a los actores afectados a intentar frenar o revertir su implementación. Para ello, desplegaron diversas estrategias desde sus respectivas posiciones de poder, con el objetivo de obstaculizar el avance de la reforma.

Por otro lado, la dinámica que dio lugar a la **apertura de una ventana de oportunidad** estuvo impulsada por la interrupción del equilibrio previamente establecido, a partir de la cual comenzaron a desarrollarse las tres corrientes que, según el enfoque de Kingdon, permitieron dicha apertura y facilitaron el cierre del IGSS. Desde la corriente de problemas, los actores involucrados identificaron al IGSS (en tanto componente central de la reforma) como una problemática que debía ser incorporada en la agenda pública. Por su parte, la corriente de soluciones planteó el cierre del IGSS como una medida clave para frenar o revertir el avance de la reforma sanitaria. Esta orientación fue respaldada por la corriente del contexto político, caracterizada por la llegada de un nuevo gobierno con debilidad institucional, lo que lo obligaba a negociar con actores del poder legislativo para asegurar la estabilidad de su gestión. En este contexto, el cierre del IGSS puede entenderse como el resultado de una ventana de oportunidad abierta por la confluencia de estas tres corrientes, y facilitada por la formación de coaliciones de causa entre distintos actores que percibieron la reforma como una amenaza a sus intereses.

En base a lo analizado, tanto el contenido como el contexto de la política pública del IGSS contribuyeron a explicar su corta duración. Más allá de sus aspectos técnicos, su fracaso fue consecuencia de una combinación entre decisiones estratégicas que no lograron generar alianzas estables, y un entorno político caracterizado por la fragmentación, la debilidad institucional y de la inestabilidad de los acuerdos.

Capítulo 6. Conclusiones y recomendaciones

La presente tesis tiene las siguientes **conclusiones**:

- La tesis tuvo como objetivo principal comprender las condiciones que estructuraron el fallo de implementación del IGSS en Lima Metropolitana entre los años 2013 y 2017. A partir del análisis realizado, se concluye que dicho fracaso no se debió exclusivamente a las características técnicas del diseño de la política, sino a una combinación de factores vinculados tanto al contenido de la propuesta como al contexto político e institucional en el que fue ejecutada.

- En cuanto al contenido de la política, el IGSS fue concebido como una propuesta técnicamente coherente con los principios de la reforma sanitaria, especialmente con la separación entre funciones de rectoría y prestación. Sin embargo, su diseño no consideró suficientemente las resistencias que podía generar en los actores institucionales afectados. La centralización de funciones, la desaparición de las DISAs y la ruptura de vínculos tradicionales entre los directores de unidades ejecutoras y el alto nivel del Minsa, lo que terminó generando tensiones y pérdida de poder que no fueron acompañadas de una estrategia política de gestión del cambio. Además, al tratarse de una política con beneficios colectivos de largo plazo y sin incentivos inmediatos, no logró generar apropiación ni alianzas sólidas que sostuvieran su implementación. El enfoque de implementación (*top-down*), así como su diseño tecnocrático y vertical profundizaron esa desconexión con los actores clave.
- En cuanto al contexto, la implementación del IGSS se desarrolló en un entorno político frágil y altamente conflictivo, en el que las condiciones institucionales no favorecían reformas de esta naturaleza. La tesis identificó dos dinámicas clave: la interrupción de un equilibrio institucional que había sido construido mediante reformas incrementales desde los años noventa, y la apertura de una ventana de oportunidad, que fue aprovechada por los actores que se vieron perjudicados por el IGSS para revertir la reforma. La articulación de estas dinámicas, explicadas a través del enfoque del equilibrio interrumpido (True et al.) y el modelo de múltiples corrientes (Kingdon), revela que el fracaso en la implementación del IGSS también fue producto de procesos políticos, coaliciones de causa y decisiones estratégicas desplegadas por actores con poder de veto.
- Como resultado del análisis, se confirma la hipótesis principal: la falla en la implementación del IGSS respondió tanto a un diseño tecnocrático que generó resistencias, como a un contexto político e institucional adverso que debilitó su sostenibilidad. De la misma manera, se confirman las hipótesis secundarias al evidenciarse que: (i) la organización operativa del IGSS fue técnicamente funcional pero políticamente inviable; (ii) los actores desplegaron estrategias desde el Congreso y los gremios para

debilitar la reforma; y (iii) la falta de liderazgo político y continuidad institucional facilitó su cierre al ingresar un nuevo gobierno.

- A partir de la falla en la implementación de esta política, se generaron cambios sustanciales en el sistema de salud en Lima Metropolitana, con la creación de la DGOS y las DIRIS, quienes asumieron las funciones que dejaba el IGSS.
- Por otro lado, la falla en la implementación del IGSS repercutió en que el modelo del pluralismo estructurado, de Londoño y Frenk, no logre institucionalizarse en el sistema de salud peruano. Por lo que se retomó al desorden estructural que caracteriza la salud del país, donde el rector asume la dirección de la prestación, y las unidades ejecutoras continúen actuando como pequeñas islas, ya que el Minsa no tiene capacidad de gestionar todo el apartado prestador de LM.
- El caso del IGSS deja lecciones para el análisis de las políticas públicas en contextos como el peruano. Demuestra que el éxito de una reforma no depende únicamente de su calidad técnica, sino de su capacidad para leer el entorno, anticipar resistencias, construir legitimidad y sostener alianzas. Reformas institucionales de este tipo requieren una visión estratégica y una coalición política que las respalde más allá de un solo periodo de gobierno. Cuando esto no ocurre, incluso políticas con sentido técnico y financiero adecuado pueden desactivarse rápidamente, como sucedió con el IGSS.

Asimismo, propone las siguientes **recomendaciones**:

- Se recomienda la **utilización de herramientas de las ciencias sociales** (análisis de actores, estudios institucionales, análisis de poder, etc.), antes de la implementación de políticas. En general, el sector salud tiene una limitada aplicación de estas herramientas por lo que muchas de sus políticas presentan una lógica únicamente técnica. En el caso del IGSS, al no tener un adecuado análisis de poder, no se anticiparon las posibles resistencias, el mapeo de intereses y las relaciones informales que estructuraban el funcionamiento del sector. Los insumos técnicos son indispensables, pero una política que no considere las dinámicas sociales, institucionales y política tiene mayor riesgo a fracasar.

- Se recomienda **implementar las propuestas de gran escala mediante pilotos**, de este modo se tiene una mirada realista de la capacidad de los tomadores de decisión, así como de los implementadores de políticas, dado que un piloto permite identificar las posibles influencias sobre la política, las limitaciones de carácter presupuestal, organizacional y de personal, de este modo, es posible modificar y mejorar los alcances y objetivos de la política. Específicamente para el caso del IGSS si este se hubiera implementado como un piloto, solo a nivel de las DISAs y no de los hospitales e institutos, habría representado un medio útil para probar la aplicación del pluralismo estructurado, así como desarrollar técnicas organizativas y conductuales para su aplicación, y, de tener éxito, pudo posicionarse como un modelo de diseño para, posteriormente, incluir a los hospitales e institutos de LM.
- Se recomienda **asegurar la continuidad de la política que será implementada** mediante mecanismos normativos y/o estratégicos (acuerdos, narrativa pública que brinde legitimidad, consenso horizontal y vertical) que permitan establecer candados para que estas iniciativas vayan más allá del cambio de autoridades. En el caso del IGSS, que implicaba un reordenamiento de poder y rediseño organizacional, fue finalmente debilitado al terminar el gobierno de Humala e iniciar el de PPK, lo que incidió en que se desactivara esta iniciativa sin argumentos técnicos sólidos.

Referencias

- Academia Peruana de Salud. (2013). *Opiniones técnicas: Salud—23 decretos legislativos (Ley N°30073)*. 20, 7-13.
- Aguilar Villanueva, L. F. (1993). *La implementación de las políticas* |.
- Aldas, K. de los A. (2014). *Eficiencia energética y problemas de implementación: Una aproximación desde el caso ecuatoriano 2006-2012*. [masterThesis, Quito, Ecuador : Flacso Ecuador].
<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/8584>
- Andina. (2016, julio 15). *Nueva ministra de Salud tiene que “poner los ojos” en primer nivel de atención*. <https://andina.pe/agencia/noticia-nueva-ministra-salud-tiene-poner-los-ojos-primer-nivel-atencion-621522.aspx>
- Avello Martínez, R., Rodríguez Monteagudo, M. A., Rodríguez Monteagudo, P., Sosa López, D., Companioni Turiño, B., Rodríguez Cubela, R. L., Avello Martínez, R., Rodríguez Monteagudo, M. A., Rodríguez Monteagudo, P., Sosa López, D., Companioni Turiño, B., & Rodríguez Cubela, R. L. (2019). ¿Por qué enunciar las limitaciones del estudio? *MediSur*, 17(1), 10-12.
- Bachrach, P., & Baratz, M. S. (1963). Decisions and Nondecisions: An Analytical Framework. *The American Political Science Review*, 57(3), 632-642.
<https://doi.org/10.2307/1952568>
- Bardach, E. (1998). *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas: Un manual para la práctica*. CIDE.
- Barzelay, M., Cejudo, G., Gaetani, F., & Cortázar, J. C. (2002). Research on Public Management Policy Change in the Latin American Region: Conceptual Framework, Methodological Guide, and Exemplars. *IDB Publications*. <https://doi.org/10.18235/0012271>

- Barzelay, M., & Cortázar, J. C. (2004). Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencia social. *IDB Publications*. <https://doi.org/10.18235/0009990>
- Bernal Torres, C. A. (2016). *Metodología de la investigación: Administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Pearson Educación de Colombia S.A.S.
- Blanco Hauchecorne, F. (2020). Las fallas en la implementación de políticas públicas: Lecciones de la entrega del bono gubernamental en tiempos de COVID-19 en el Perú. *Económica*, 11, Article 11.
- Bovens, M., & 't Hart, P. (2016). Revisiting the study of policy failures. *Journal of European Public Policy*, 23(5), 653-666. <https://doi.org/10.1080/13501763.2015.1127273>
- Cândido, C. J. F., & Santos, S. P. (2018). Implementation obstacles and strategy implementation failure. *Baltic Journal of Management*, 14(1), 39-57. <https://doi.org/10.1108/BJM-11-2017-0350>
- Cobb, R. W., & Elder, C. D. (1971). The Politics of Agenda-Building: An Alternative Perspective for Modern Democratic Theory. *The Journal of Politics*, 33(4), 892-915. <https://doi.org/10.2307/2128415>
- Colegio Médico del Perú. (2012). *Descentralización en Salud* (Cuadernos de debate en salud). Colegio Médico del Perú. https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/02/CuadernoDebateN4_v15.pdf
- Consejo Nacional de Salud. (2013, julio 9). *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2902.pdf>
- Dente, B., & Subirats, J. (2014). *Decisiones públicas: Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas*. Grupo Planeta (GBS).

- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Domínguez Virgen, J. C. (2011). Ventanas de oportunidad y coaliciones de política pública: El caso del proyecto para un nuevo aeropuerto en la ciudad de México desde una perspectiva histórica. *Secuencia*, 79, 63-88.
- Dunleavy, P. (1995). Policy Disasters: Explaining the UK's Record. *Public Policy and Administration*, 10(2), 52-70.
<https://doi.org/10.1177/095207679501000205>
- Dye, T. R. (1984). *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Easton, D. (1953). *The Political System*. Alfred A. Knopf.
<http://archive.org/details/dli.ernet.507692>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (Segunda edición). Morata.
- Flink, C. M. (2017). Rethinking Punctuated Equilibrium Theory: A Public Administration Approach to Budgetary Changes. *Policy Studies Journal*, 45(1), 101-120. <https://doi.org/10.1111/psj.12114>
- Gana Perú. (2010). *La gran transformación: Plan de Gobierno 2011—2016*.
https://www.presidencia.gob.pe/images/archivos/plandegobierno_ganaperu_2011-2016.pdf
- García Marín, I. (2023). Las instituciones sí importan: El presidencialismo parlamentarizado del Perú y la amenaza a la democracia en el período 2016-2021. *Analecta Política*, 13(25), Article 25.
<https://doi.org/10.18566/apolit.v13n25.a02>

- Giraldo Hincapié, W. A., & Arias Ceballos, N. (2016). *Brechas en la Implementación de Políticas Públicas—Caso Centros Vida en el marco de la política pública de envejecimiento y vejez de Medellín 2012-2016*. <http://hdl.handle.net/10784/11650>
- Goggin, M. L. (1986). The «Too Few Cases/Too Many Variables» Problem in Implementation Research. *The Western Political Quarterly*, 39(2), 328-347. <https://doi.org/10.2307/448302>
- Gómez Lee, M. I. (2012). El marco de las coaliciones de causa -Advocacy Coalition Framework-. *Revista Opera*, 12, 11-30.
- Grindle, M. S. (1980a). *Politics and Policy Implementation in the Third World*. Princeton University Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1m323qj>
- Grindle, M. S. (1980b). The Implementor: Political Constraints on Rural Development in Mexico. En M. S. Grindle (Ed.), *Politics and Policy Implementation in the Third World* (pp. 197-223). Princeton University Press; JSTOR. <http://www.jstor.org.unmsm.lookproxy.com/stable/j.ctt1m323qj.17>
- Hadden, S. G. (1980). Controlled Decentralization and Policy Implementation: En M. S. GRINDLE (Ed.), *Politics and Policy Implementation in the Third World* (pp. 170-192). Princeton University Press; JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1m323qj.15>
- Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (2014, febrero 26). DR. OSCAR UGARTE PRESENTÓ FUNCIONES Y LÍNEAS DE ACCIÓN DEL INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Nota de prensa. <https://www.gob.pe/institucion/hospitalloayza/noticias/318787-dr-oscar->

ugarte-presento-funciones-y-lineas-de-accion-del-instituto-de-gestion-de-servicios-de-salud

Howlett, M. (2009). Governance modes, policy regimes and operational plans: A multi-level nested model of policy instrument choice and policy design. *Policy Sciences*, 42(1), 73-89. <https://doi.org/10.1007/s11077-009-9079-1>

Howlett, M. (2012). The lessons of failure: Learning and blame avoidance in public policy-making. *International Political Science Review*, 33(5), 539-555. *International Political Science Review*, 33, 539-555. <https://doi.org/10.1177/0192512112453603>

Huanachin Huayascachi, J. E. (2020). *El programa carnet joven: Problemas en el proceso de implementación de políticas públicas en materia de juventudes en el Perú, durante el 2012 – 2016*. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/16128>

IGSS. (2016). *Reporte de Cumplimiento Misional* [Cumplimiento Misional]. Ministerio de Salud. <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/gestion/transfendencia2016/IGSS/IGSS-Informe%20para%20la%20Transferencia%20de%20Gestion.pdf>

Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, alternatives, and public policies*. HarperCollinsCollege. <http://archive.org/details/agendasalternati00king>

Limay Castillo, J. G. (2019). *Lo no saludable del intento: Análisis de la capacidad de agencia de la Federación Médica Peruana en el marco de la reforma de la política salarial y laboral del sector salud en el período 2013-2014*. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/14040>

- Lipsky, M. (1980). *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation.
- <https://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610447713>
- Londoño, J. D., & Bolaños, X. (2019). Un acercamiento a los fallos de implementación, sus marcos de estudio, definiciones y causas. *Revista de Estudiantes de Ciencia Política*, 13-14, Article 13-14.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *IDB Publications*. <https://doi.org/10.18235/0012013>
- Marsh, D., & Stoker, G. (1995). *Teoría y métodos de la ciencia política*.
- Mazmanian, D. A., & Sabatier, P. A. (1981). *Effective Policy Implementation*. Lexington Books.
- https://books.google.com.pe/books/about/Effective_Policy_Implementation.html?id=egpHAAAAMAAJ&redir_esc=y
- McClintock, C. (1980). Reform Governments and Policy Implementation: En M. S. GRINDLE (Ed.), *Politics and Policy Implementation in the Third World* (pp. 64-98). Princeton University Press; JSTOR.
- <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1m323qj.10>
- Méndez, J. L. (2000). La Política Pública Como Variable Dependiente: Hacia Un Análisis Más Integral De Las Políticas Públicas. En J. L. Méndez (Ed.), *Lecturas básicas de administración y políticas públicas* (1.^a ed., pp. 75-110). El Colegio de Mexico. <https://doi.org/10.2307/j.ctv6jmx1d.7>
- Mendoza, I. (2006). *El acuerdo de partidos políticos en salud: Sistematización de experiencias*. PRAES - Promoviendo alianzas y estrategias.

Meny, Y., & Thoenig, J.-C. (1992). *Las políticas públicas*.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40354944011>

Ministerio de Salud. (s. f.). *Presidente Humala: La salud no es un negocio sino un servicio*. Nota de prensa. Recuperado 21 de abril de 2025, de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/32999-presidente-humala-la-salud-no-es-un-negocio-sino-un-servicio>

Ministerio de Salud. (1995). *Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. El desafío del cambio de milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad*.

Ministerio de Salud. (2001). *Lineamientos para la Conformación de Redes de Salud*. https://bvs.minsa.gob.pe/local/PGC/323_PGC350.pdf

Ministerio de Salud. (2007). *Plan Nacional Concertado de Salud*. https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/000_pncs.pdf

Ministerio de Salud. (2010). *Análisis de la situación de salud del Perú*. Dirección General de Epidemiología - DGE MINSA. <https://sinia.minam.gob.pe/sites/default/files/sinia/archivos/public/docs/2076.pdf>

Ministerio de Salud. (2014, octubre 9). *Se levantó la huelga médica en todo el país*. Nota de prensa. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31408-se-levanto-la-huelga-medica-en-todo-el-pais>

Ministerio de Salud. (2017). *Transferencia de gestión del ex Instituto de Gestión de Servicios de Salud—IGSS al Ministerio de Salud* (Informe de Acción Simultánea N° 016-2017-OCI/0191-AS). Ministerio de Salud.

https://apps8.contraloria.gob.pe/SPIC/srvDownload/ViewPDF?CRES_CODIGO=2021CSI019100050&TIPOARCHIVO=ADJUNTO

- Muñoz, J., & Barón, G. (2016). Aciertos y fallas en la implementación de la Política de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá. *Papel Político*, 21(1), Article 1. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.papo21-1.afip>
- Newman, J., & Head, B. W. (2015). Categories of failure in climate change mitigation policy in Australia. *Public Policy and Administration*, 30(3-4), 342-358. <https://doi.org/10.1177/0952076714565832>
- Perlman, J. (1980). The Failure of Influence: En M. S. GRINDLE (Ed.), *Politics and Policy Implementation in the Third World* (pp. 250-278). Princeton University Press; JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1m323qj.19>
- Pinzón, M. C. P. (2023). Enfoques convencionales sobre la implementación de políticas públicas: Potencialidades, limitaciones y silencios: Potentials, constrains and silences. *Mundos Plurales - Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 10(1), Article 1. <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.1.2023.5901>
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1984). *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation* (3.^a ed.).
- Pülzl, H., & Treib, O. (2007). Implementing Public Policy. En *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods* (pp. 89-107).
- Pyle, D. F. (1980). From Pilot Project to Operational Program in India: En M. S. GRINDLE (Ed.), *Politics and Policy Implementation in the Third World*

- (pp. 123-144). Princeton University Press; JSTOR.
<http://www.jstor.org/stable/j.ctt1m323qj.13>
- Quick, S. A. (1980). The Paradox of Popularity: En M. S. GRINDLE (Ed.),
Politics and Policy Implementation in the Third World (pp. 40-63).
 Princeton University Press; JSTOR.
<http://www.jstor.org/stable/j.ctt1m323qj.9>
- Revuelta Vaquero, B. (2007). La implementación de políticas públicas. *Díkaion*,
 21(16), 135-156.
- Rey Sánchez, V. (2017). *Más que una guardería: El tránsito de Wawa Wasi a Cuna Más en Jicamarca*. GRADE. <https://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/AI26.pdf>
- Rivera, B. (2018). *Análisis de las brechas de implementación en la política de desarrollo docente en Perú. El Caso de la Reforma Magisterial (2012-2016)* [masterThesis, Quito, Ecuador : Flacso Ecuador].
<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/14054>
- Rothenberg, I. F. (1980). Administrative Decentralization and the
 Implementation of Housing Policy in Colombia. En M. S. GRINDLE (Ed.),
Politics and Policy Implementation in the Third World (pp. 145-169).
 Princeton University Press; JSTOR.
<http://www.jstor.org/stable/j.ctt1m323qj.14>
- Sabatier, P. A., & Jenkins-Smith, H. C. (1993). *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Westview Press.
<https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000794601264896>
- Sabatier, P. A., & Jenkins-Smith, H. C. (1999). The Advocacy Coalition
 Framework: An Assessment. *Theories of the Policy Process*, 117-165.

- Sabatier, P., & Mazmanian, D. (1979). The conditions of effective implementation: A guide to accomplishing policy objectives. *Policy analysis*. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-conditions-of-effective-implementation%3A-a-guide-Sabatier-Mazmanian/f069620833c81e52b1677f415402fe4e358928d4>
- Sussman, G. E. (1980). The Pilot Project and the Choice of an Implementing Strategy: En M. S. GRINDLE (Ed.), *Politics and Policy Implementation in the Third World* (pp. 103-122). Princeton University Press; JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1m323qj.12>
- Temple, F. T., & Temple, N. W. (1980). The Politics of Public Housing in Nairobi. En M. S. GRINDLE (Ed.), *Politics and Policy Implementation in the Third World* (pp. 224-249). Princeton University Press; JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1m323qj.18>
- Tinoco, N., Cajas, M., & Santos, O. (2018). *Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica—Diseño de investigación cualitativa*. <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4653267>
- True, J. L., Jones, B. D., & Baumgartner, F. R. (2006). Teoría del equilibrio interrumpido: Explicación de la estabilidad y del cambio en la formulación de políticas públicas [TX]. *Teorías del proceso de las políticas públicas*.
- Tuesta Soldevilla, F. (2017). *Perú: Elecciones 2016 un país dividido y un resultado inesperado*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo Editorial. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/174240>

Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. (1975). The Policy Implementation Process:
A Conceptual Framework. *Administration & Society*, 6(4), 445-488.

<https://doi.org/10.1177/009539977500600404>

Zittoun, P. (2015). Analysing policy failure as an argumentative strategy in the
policymaking process: A pragmatist perspective. *Public Policy and
Administration*, 30. <https://doi.org/10.1177/0952076715581634>

Anexos

Anexo 1: Lista de entrevistados

Grupos	Entrevistado
1: Directivos del MINSA e Ex-IGSS	• Oscar Ugarte Ubilluz (Primer Jefe IGSS) • Midori de Habich (Ex Ministra de salud e impulsora de la reforma – 2012) • Luis Fuentes Tafur (Último jefe del IGSS) • Elizabeth Zulema Tomas Gonzáles (Directora del INSN)
2: Gremios de salud	• César Palomino Colina (Presidente FMP 2011-2013) • Jesús Bonilla Yaranga (Presidente FMP 2013-2015)
3: Expertos en salud y gestión	• Dalia Suárez Salazar (Asesora de Minsa del período de estudio) • Víctor Zamora Mesías (Experto en salud pública) • Herberth Cuba García (Ex asesor de la Comisión de Salud y Población del Congreso 2016) • César Amaro Suárez (experto en salud pública)