
Presupuesto Evaluado: Seguro Integral de Salud

Ministerio/Pliego:
Seguro Integral Salud

Mario Arróspide (Coordinador)
Karina Rozas
José Valderrama

Octubre, 2009

Tabla de Contenidos

Ministerio/Pliego: Seguro Integral Salud	1
INFORME DE EVALUACIÓN DEL DISEÑO Y EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD.....	4
I. RESUMEN EJECUTIVO.....	4
II. INTRODUCCIÓN	13
1. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD	15
1.1. ANTECEDENTES DE LA CREACIÓN DEL SIS	15
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA/NECESIDADES QUE ESE ESPERA RESOLVER CON SU EJECUCIÓN.....	17
1.3 MATRIZ DE MARCO LÓGICO. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	20
1.3.1 <i>Objetivos a nivel de fin y propósito</i>	22
1.4 MATRIZ DE MARCO LÓGICO. FORMULACIÓN DE INDICADORES Y METAS	28
1.4.1 <i>Indicadores y Metas</i>	29
1.5 CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN A SER ATENDIDA.....	34
1.5.1 <i>Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo</i>	34
1.5.2 <i>Caracterización y cuantificación de los servicios provistos a la población</i>	37
1.6 PROCESOS OPERATIVOS DEL SIS, ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN	38
1.6.1 <i>Procesos de afiliación, control de atenciones y reembolsos del SIS</i>	38
Proceso de Promoción y Afiliación	38
Afiliación.....	39
Proceso de control de calidad y validación de atenciones	43
Proceso de reembolsos a las Unidades Ejecutoras	45
1.6.2 <i>Estructura Organizacional y mecanismos de coordinación</i>	47
1.7 CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN Y MECANISMOS DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS	50
1.8 ESQUEMAS DE BENEFICIOS.....	52
1.9 INFORMACIÓN PRESUPUESTARIA	56
1.9.1 <i>Criterios de asignación de los recursos de presupuesto</i>	56
1.9.2 <i>Ejecución presupuestaria</i>	60
Distribución a nivel de regiones	64
1.9.2 <i>Mecanismos presupuestales de transferencia de recursos a las UE</i>	65
1.10 INFORMACIÓN DE LOS COSTOS UNITARIOS DE LOS SERVICIOS: TARIFAS POR PRESTACIONES OTORGADAS.....	66
1.11 FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	72
Bases de Datos para seguimiento y monitoreo.....	72
2. TEMAS DE EVALUACIÓN.....	75
2.1 DISEÑO DEL SIS	75
2.1.1 <i>Diagnóstico de la situación inicial</i>	75
2.1.2 <i>Lógica vertical de la Matriz de Marco Lógico</i>	82
2.1.3 <i>Lógica Horizontal de la Matriz de marco Lógico</i>	85
2.2 EJECUCIÓN DEL SIS	88
2.2.1 <i>Organización del SIS</i>	88
2.2.1.2 <i>Procesos de afiliación, control de atenciones y reembolsos del SIS</i>	88
Proceso de Promoción o Mercadeo Social.....	88
Afiliación	91
Proceso de control y validación de atenciones	95
Proceso de reembolsos a las UE.....	105
2.2.1.2 <i>Estructura Organizacional</i>	107
2.2.1.3 <i>Criterios de focalización y selección de beneficiarios de los componentes</i>	109
2.2.2 <i>Eficacia del SIS</i>	116
2.2.2.1 <i>Desempeño del SIS a nivel de propósito</i>	116
2.2.3 <i>Ejecución Presupuestaria</i>	128
2.2.3.1 <i>Programación y Formulación Presupuestaria</i>	128

2.2.3.2 Ejecución Presupuestal SIS 2002-2009	131130131
2.2.3.3 Criterios de asignación y mecanismos de transferencia de recursos	137137138
2.2.4 Eficiencia del SIS	148147148
2.2.4.2 Gastos de Administración	152151152
2.2.5 Funciones y actividades de seguimiento	154153154
2.2.6 Justificación de la Continuidad	155154155
3. CONCLUSIONES	156155156
4. RECOMENDACIONES	163162163
5. BIBLIOGRAFÍA	166165166
6. ANEXOS	169168
6.1 Informe de resultados del trabajo de campo	169168
6.1.1 Entrevistas en Andahuaylas	173172
6.1.2. Entrevistas en Lima	173172
6.2 Focalización y el SIS	174173
6.3 Cuadros estadísticos	183182

Informe de evaluación del diseño y ejecución de presupuesto del Seguro Integral de Salud

i. Resumen Ejecutivo

Descripción del Presupuesto Evaluado

El Seguro Integral de Salud (SIS) se crea sobre la base de la fusión del Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI), que fueron las experiencias iniciales en los procesos de implementación de los sistemas de aseguramiento público. El SEG, se creó en el año 1997 como resultado de una decisión de política del poder ejecutivo, antes que como respuesta a un problema específico de salud o la determinación de una prioridad sanitaria. En cambio en el caso del SMI, los criterios que estuvieron a la base de su creación, estaban relacionados con la persistencia de altas tasas de mortalidad materna¹ y mortalidad infantil y con las prioridades sectoriales de buscar su reducción.

En ambas experiencias aun cuando se denominaron “seguros”, su estructura principal tenía las características de un subsidio a la demanda, organizado bajo un esquema de aseguramiento.

Los objetivos del SMI se orientaron a garantizar el acceso a servicios de salud para las madres y niños menores de 5 años, provenientes de hogares en situación de pobreza y pobreza extrema, como estrategia para reducir los indicadores de morbilidad y mortalidad materna e infantil. La población de estos dos grupos se estimó en 1.93 millones para el año 2001 y se esperaba su afiliación total en de tres años.

En el caso del SEG, los objetivos estuvieron orientados a brindar cobertura de atención de salud para los niños y adolescentes menores de 17 años matriculados en las escuelas públicas del país. No se identificó una meta específica de beneficiarios, pero la población matriculada era de aproximadamente de 6 millones de niños y adolescentes.

Con el proceso de fusión del SEG y SMI que dio origen al SIS, se generó un cambio en la estrategia, pasando de un esquema focalizado en la afiliación de madres y niños, a otro que busca el aseguramiento universal de la población.

Mediante la ley N° 27657, que crea el SIS, se establece su conformación como un organismo público descentralizado (OPD) con autonomía económica y administrativa, pero que depende funcionalmente del Ministerio de Salud (MINSA). Se establece la misión del SIS de administrar los fondos de financiamiento de las prestaciones de salud y señala que el MINSA tiene el rol del órgano rector en materia de aseguramiento.

¹ Según ENDES 1996 la tasa de mortalidad materna fue de 265 por 100,000 nacidos vivos y la mortalidad infantil de 43 por mil nacidos vivos

En este marco, el MINSA a través de sus instrumentos de gestión ha generado orientaciones y dictado normas que regulan el funcionamiento del SIS. Coincidiendo con el cambio de gobierno, en los planes estratégicos del MINSA del periodo 2002-2006, se propugnó los esquemas de aseguramiento universal como medio para promover la salud y la prevención priorizando la atención de pobres, mujeres y niños con la finalidad de alcanzar una cobertura universal de los servicios de salud. En este periodo el SIS se fijó como objetivo el aseguramiento universal para una población objetivo de 13.3 millones que representaba el 50.6% de la población total el país.

En el 2007, como parte de las actividades iniciales de programación bajo la metodología de presupuesto por resultados, se encuentran en el MINSA los primeros avances hacia una mayor especificación a nivel de productos y finalidades presupuestarias vinculadas a metas relacionadas con la reducción de la muerte materna y la mortalidad y desnutrición infantil. Las metas de afiliación se orientaron a lograr una meta de 10.5 millones de afiliados para el 2011.

Durante este período el SIS reordena los planes de beneficios que venía ofreciendo, reemplazando los existían hasta ese entonces (A, B, C, D, E y G) por el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) y se aprueban nuevos componentes de aseguramiento: (a) Subsidiado, dirigido a la población de pobreza y pobreza extrema que no cuenta con seguro de salud; (b) Semisubsidiado, dirigido a la población con limitada capacidad de pago, que no cuenta con un seguro de salud.

Por otro lado, desde la creación del SIS se han aprobado leyes y otras normas que han incorporado a otros grupos de población tales como organizaciones de base, Wawa Wasi, población adulta en situación de emergencia y en pobreza, población amazónica y alto andina dispersa, agentes comunitarios, víctimas de violencia, mototaxistas, etc.

Para el desarrollo de estos objetivos de aseguramiento el SIS estructuró una serie de procesos clave que están conformados por: a) afiliación, b) control de calidad y validación de atenciones y c) pago de servicios o transferencias.

El proceso de afiliación es importante en el desarrollo del sistema de aseguramiento ya que es el mecanismo que permite determinar la condición de beneficiario, que está directamente relacionado con la acreditación del derecho. Este proceso se realiza a través de los establecimientos de salud del primer nivel.

Para seleccionar a los beneficiarios en función de criterios de pobreza se implementaron procesos de focalización. Al inicio, durante las operaciones del SMI se combinó dos criterios de focalización: individual y geográfica. Se priorizó a madres y niños residentes de 8 DISAS que fueron priorizadas a nivel nacional: Abancay, Andahuaylas, Ayacucho, Bagua, Cuzco, Huancavelica, Huánuco y Puno. En el caso del SEG el criterio de selección, no contemplo un criterio de focalización explícito, sino que fue definido a partir de la condición de usuario del servicio público de educación básica.

En el caso del SIS, se modifica la estrategia anterior y se define el aseguramiento universal de la población en pobreza y pobreza extrema que no cuenten con un sistema de aseguramiento público o privado, con énfasis en el segmento materno-infantil.

En función de este criterio, el proceso de afiliación se inicia con una evaluación socioeconómica. Para eso se crea una ficha socioeconómica denominada FESE. Una vez definida la condición de pobreza se llena el formato de afiliación y se procede a su incorporación.

A partir del 2007, con la aprobación de la estrategia nacional CRECER, que establece un mecanismo de focalización geográfica, que prioriza a 880 distritos rurales en situación de pobreza y pobreza extrema, la afiliación se hace de manera directa sin la aplicación de la FESE, en todos los otros ámbitos se mantiene el procedimiento anterior.

El procedimiento de control y validación de las atenciones se inicia con el llenado del formato de atención por el responsable en el establecimiento de salud. La información de estos se ingresa al sistema en los puntos de digitación y luego es enviada a la oficina desconcentrada del SIS (ODSIS) donde se hace una primera prueba de consistencia mediante el uso del aplicativo informático que tiene reglas de validación. En el SIS central, la gerencia de operaciones es la encargada de aprobar las atenciones y observar o rechazar aquellas que no haya pasado los controles señalados. Luego de la revisión, verifica y aprueba la producción reportada en el período, determina el valor neto de producción y remite a la gerencia de financiamiento para la liquidación de pagos.

La Gerencia de Financiamiento realiza el cierre financiero mensual de las prestaciones tarifadas, no tarifadas y gastos administrativos, elabora la Liquidación de Pago por UE y Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud en función de las prestaciones consideradas en la estructura programática del SIS, y luego se procede a transferir los recursos financieros como reembolsos por los servicios consumidos por los asegurados.

En lo que se refiere a los aspectos presupuestarios, se debe señalar que el SEG y el SMI ejecutaron recursos bajo la administración directa del MINSA. Durante el primer año 1999 el SEG ejecuto recursos por S/. 86.7 millones. El siguiente año con la creación del SMI, se realiza una ejecución conjunta de S/. 89.1 millones. En el 2001 la ejecución presupuestaria de ambos asciende a S/. 116 millones y en el año 2002, se ejecutó un monto de S/. 178.4 millones.

A partir del año 2004 la programación y ejecución del seguro se mantiene en el pliego del SIS. Para el período que va de 2004 a 2006 con la estrategia de aseguramiento universal se produce un incremento de los recursos del SIS en relación con el período anterior. En el año 2004 los recursos ejecutados por el SIS alcanzan a S/. 296 millones y en el año 2008 los recursos ejecutados se incrementan en 48% y ascienden a un monto de S/. 439 millones. Durante este lapso los montos de ejecución presupuestal se mantuvieron alrededor de los S/. 280 millones anuales.

Del total de los recursos ejecutados que proceden del grupo genérico Otros Gastos Corrientes, alrededor del 71% son transferidos a los gobiernos regionales a través de la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias. De los recursos resultantes se realizan los reembolsos a los establecimientos de salud de Lima y Callao.

De las transferencias realizadas a los gobiernos regionales, se encuentra que la ejecución de estos recursos alcanzó a un monto de S/. 175 millones en el año 2005. Para el año 2008 se produce un incremento de 71% en la ejecución de recursos, alcanzado un monto de S/. 300 millones.

Resultados de la Evaluación

La creación del sistema de aseguramiento en salud, primero como SEG y SMI y luego como SIS, constituye una de las reformas más importantes que se han desarrollado en el sector salud en los últimos años. Su contribución más importante está relacionada con el inicio de un proceso de separación de las funciones del estado en materia de financiamiento y prestación de servicios.

Aún cuando se ha avanzado en una cierta institucionalización de procesos de asignación de recursos para el financiamiento, de administración del seguro y los pagos por servicios, las principales funciones referida a la estructuración de esquemas de financiamiento, la administración en función de riesgos y los mecanismos de compra y pago de servicios como generadores de incentivos para orientar el desarrollo de la oferta, presentan aún un desarrollo incipiente.

En este sentido, se encuentra que los recursos que proceden del presupuesto público, se manejan con criterios histórico incrementales en la lógica de presupuesto antes que como un fondo de aseguramiento. Los esquemas de administración del seguro, regulados por el MINSA, obedecen a criterios del prestador, sesgados en la orientación hacia el logro de coberturas, antes que en un esquema de administración según criterios de riesgo. En los pagos todavía los reembolsos a los establecimientos se realizan de manera indirecta a través de instancias intermedias del prestador que administran los recursos según criterios diferentes a los que promueve el sistema.

Un tema de diseño que tiene importantes implicancias en el desarrollo del sistema, esta referido a los criterios utilizados para la definición de los grupos que serán beneficiarios, pues de ellos se desprende las orientaciones para la atención y la asignación de recursos. Estos criterios han presentado variaciones en el tiempo.

En el caso del SEG, el criterio de selección utilizado fue el de la matrícula en la institución educativa pública, que no presenta relación con las prioridades sanitarias ni guarda estricta consistencia con los criterios de pobreza. En el caso del SMI, el criterio de selección estuvo relacionado con las madres y niños en situación de pobreza y pobreza vinculado a la prioridad de reducir la morbilidad materno infantil.

Con la creación del SIS se generó, un cambio de estrategia en el proceso de aseguramiento, pasando de un esquema focalizado de afiliación de madres y niños a otro de aseguramiento universal, con lo cual este binomio perdió visibilidad y con ello se diluyó el objetivo sanitario, siendo sustituido por un criterio pobreza.

Aunque no es responsabilidad del SIS, este giro facilitó las decisiones que permitieron la incorporación de otros grupos al sistema introduciendo otros criterios de selección de beneficiarios tales como: pertenencia a organizaciones de base, lugar de residencia, violencia y tipo de ocupación, entre otros.

Para analizar el nivel de cumplimiento de las metas, el camino seguido ha considerado el necesario análisis de los principales procesos operativos que se han estructurado en el SIS para alcanzar los objetivos de aseguramiento y acceso a servicios propuestos.

En cuanto a la afiliación, a pesar que de acuerdo a sus funciones debiera hacerla el SIS, es una tarea que la hace el prestador en los establecimientos de salud. Esto ocasiona cuando menos, dos problemas: a) que se afilien solo aquellos que usualmente acceden a un establecimiento de salud, cuando buscan atención médica, ya que los más pobres que no tienen acceso, no podrían hacerlo y b) que el proceso gobernado por el prestador genera incentivos que suelen no coincidir con lo que el seguro quiere promover.

En relación con las metas, se encuentra que para el período 2002-2006 las afiliaciones están por debajo de lo programado, los afiliados en este último año ascienden a 10.4 millones, que representa una afiliación 22% menor a la meta prevista de 13.3 millones. En el año 2008, se presenta un número de afiliados de 10.3 millones cercano a la meta prevista. Se puede observar que la pérdida de visibilidad de los temas materno infantiles se expresa en la ausencia de metas específicas para estos dos grupos prioritarios.

Si se compara los datos del SIS con los datos que proceden de las encuestas de hogares (ENAHO), se encuentra que en los primeros años son sustancialmente diferentes. Así, mientras que en año 2002 el SIS declara 5.8 millones de afiliados, la encuesta de ese año indica un nivel de afiliación de 90,800 afiliados. Igualmente mientras que para el año 2004, las afiliaciones del SIS alcanzan 7.5 millones, aquéllas que describe la ENAHO muestran una cifra de solo 2 millones. Solo en el año 2008 se tiene una mayor aproximación; mientras el SIS declara 10.3 millones de afiliados, la ENAHO de ese mismo año señala que existirían solo 9 millones de afiliados.

Cuando se desagregan las afiliaciones según ámbitos y quintiles de pobreza se encuentra cierta progresividad, que se expresa en el crecimiento de la participación del ámbito rural que pasa de 48% a 52.8% en el período 2002-2008. Igualmente, la población del primer quintil, de mayor pobreza eleva su participación de 33% a 40.5% en el periodo.

Sin embargo, cuando se observa las afiliaciones del grupo madres y niños que corresponden a la prioridad sanitaria, se encuentra una situación contraria. Así mientras que en año 2002 los menores de cinco años representaban el 34.4% del total de los afiliados al sistema, en el año 2006 solo alcanzaron al 26% del total y en el 2008 representan el 28.4 %. Igualmente en el caso de las gestantes, mientras que estas representaban al iniciar el periodo el 9.3% de las afiliadas, al final del 2006 solo representaban el 1.9%.

En lo que se refiere a las atenciones, se observa un incremento de 82% entre el período 2002-2008. Las atenciones que se dirigen al ámbito rural concentran el 39.7% en el año 2003 y se incrementan progresivamente hasta alcanzar el 53.5% de las atenciones en el año 2007. Similar comportamiento se observa cuando se distribuye por quintiles. El quintil 1 que al inicio del periodo concentra el 26.1% de las atenciones, pasa a lograr una participación relativa del 43% al final de periodo.

Por contraste, la atención para los niños menores de cinco años se redujo de el 43.9% a 35.5% de las atenciones totales.

Si se considera los quintiles de pobreza se encuentra un incremento en la participación del quintil 1 de mayor pobreza que pasa de 26.1% en el 2003 a 43% en el 2008. No obstante, las atenciones dirigidas a los estratos más pobres se brindan principalmente en

los establecimientos de menor complejidad como puestos y centro de salud, mientras que las de mayor nivel resolutivo se concentran en los estratos de menor pobreza.

Revelando otra vez, la pérdida de importancia de la prioridad sanitaria, se encuentra que la atención del parto, que es una intervención clave para reducir la muerte materna, se ha realizado, para las madres del quintil 1, en un 60%, en puestos y centros de salud que no cuentan con las condiciones para la atención adecuada, mientras que la mayoría de los partos de los quintiles de mayor riqueza se realizan en los hospitales e institutos altamente especializados.

Cuando se observa la distribución del valor de producción generado por la atenciones, se encuentra que el quintil 1 que concentraba el 24.7% de este valor incrementa su participación en el 2008 situándose en un 32.2%. No obstante el valor de la producción de las atenciones a ser reembolsadas, destinadas a los niños menores de 5 años presentan un tendencia decreciente. Así mientras que el valor de producción para este grupo representaba en promedio el 36% durante el periodo 2004-2006, ha pasado con concentrar el 33.2% para el año 2007 y 27.9% en el año 2008. Una pequeña tendencia decreciente también se observa en el caso de las gestantes.

En este sentido, un hecho que llama la atención, es el significativo incremento del valor de las atenciones de mayor complejidad, brindada por hospitales e institutos especializados, que pasa de un 8.9% en el 2004 a 23.14% en el año 2008, situación que contrasta con la atención de madres y niños, que se concentran en los servicios de primer nivel, que paradójicamente muestran una caída en su participación relativa.

Con la finalidad de observar con más detalle el proceso de focalización del SIS, se comparó sus estadísticas con la información proveniente de las encuestas de hogares (ENAH). Se encontró que el nivel de las infiltraciones en el SIS asciende a 12%, esto es involucra aproximadamente a 3.6 millones de personas, presentado importante heterogeneidad según ámbitos. P.e. en Tumbes la infiltración como porcentaje de la población es la mas alta con 28.3%, mientras que la subcobertura es de 5.9%. Contrariamente, Lima, es el departamento con menores errores de filtración y subcobertura con 6.6% y 11.5 % respectivamente.

Cuando se examinan tendencias, se encuentra que mientras que el error de subcobertura se reduce las filtraciones aumentan. Así, mientras que en el año 2002 la subcobertura alcanzaba el 35% en el año 2008, esta se ha reducido al 16%, mientras que las filtraciones que solo ascendían al 0.28% al inicio del período se han incrementado hasta el 12% en el 2008. En los grupos de madres y niños se observa un comportamiento similar; en las MEF que han tenido hijos en los tres últimos años presentaban un nivel de filtración de 23% en el año 2004 el mismo que se ha incrementado a 38% en el 2008. En el caso de los niños menores de 5 años sucede lo mismo, la filtración pasa de 26% a 37% en el mismo período.

La vigencia de la afiliación esta asociada con la posibilidad de mejorar el acceso a los servicios. Según la ENAHO, el 11.6% de las personas que están afiliadas al SIS reconocen que esta afiliación no es vigente, con lo cual la posibilidad del acceso a servicio de salud no es factible.

En el mismo sentido, si se considera que los riesgos de salud se distribuyen entre pobres y no pobres de manera similar, se encuentra que los no pobres utilizan más del doble de atenciones que los pobres. El 67% de los pobres que declararon tener un problema de salud no asistieron a servicios, el 47% de los no pobres no lo hizo. La razón más importante esgrimida es la falta de dinero; el 18% de afiliados declaró no asistir al ES por razones económicas, mientras que el 35% de los no afiliados dio la misma razón.

En lo que se refiere a la ejecución presupuestal, se encuentra que a pesar de los significativos incrementos de presupuesto no se observa una relación consistente entre los gastos ejecutados y el número de afiliaciones logradas o las atenciones financiadas. Por ejemplo, mientras que en el año 2004 las afiliaciones se incrementaron en un 21% en relación con el año anterior, las atenciones cayeron en un 30% y los recursos ejecutados se incrementaron en 50% respecto del año 2003.

Cuando se observa la distribución de la ejecución del presupuesto del SIS a nivel departamental, se encuentra que el gasto se ha concentrado en el quintil 5 (mayor riqueza) con una participación relativa del 31% sobre el total, mientras que el quintil 1 solo ha contado con una participación del 29%. Aunque esto se podría explicar por el incremento de las referencias y por la residencia de los hospitales nacionales e institutos especializados en la ciudad de Lima, no es menos cierto que el mayor consumo por estos servicios está concentrado en aquellos estratos que presentan mayores niveles de riqueza, mientras que los más pobres presentan escaso acceso a estas atenciones.

En lo que se refiere a la distribución regional de las transferencias realizadas por el SIS, se encuentra que Lima es la región que más transferencias recibe, concentrando aproximadamente el 24% en promedio para el período 2006 – 2009. Le siguen en importancia Loreto, concentrando el 7% de las transferencias totales para el período, Cusco con el 6%, Piura con el 5.7% y La Libertad con el 5.5% del total.

Un aspecto crítico está relacionado con el rol que ejercen las unidades ejecutoras que intermedian las transferencias financieras del SIS con los establecimientos de salud. Esta instancia que ejecuta estos reembolsos, tiene la responsabilidad del manejo presupuestario para toda su red asistencial y en consecuencia suele tener criterios de asignación diferentes a aquellos que se propone el asegurador, que busca promover el acceso a los servicios de sus afiliados y orientar el desarrollo de la oferta del prestador.

Como expresión de ello, se ha encontrado que en las regiones visitadas además de los necesarios reembolsos por medicamentos, importantes recursos son destinados a la contratación de personal, antes que a la reposición de los insumos invertidos en la producción de las atenciones. P.e en la región Chanka-Andahuaylas el 29% del gasto se destina a medicamentos y contratación de personal, respectivamente.

Se debe mencionar que los sistemas de apoyo informático, indispensables para el soporte de los procesos operativos y como administrador de base de datos para las actividades de seguimiento y monitoreo, se encuentran en una etapa de transición en la que se está migrando de un sistema diseñado para operar en plataforma de escritorio a otra en plataforma web. No obstante, por la ausencia de servicios de energía e internet en el interior del país, deben coexistir durante un tiempo. Esto no ha estado exento de problemas que se han tratado de superar en el corto plazo. Uno de ellos ha sido las dificultades para hacer la auditoría médica durante el primer semestre del año.

Como se desprende de la información presentada, con el desarrollo del SIS se ha logrado incrementar las afiliaciones y el consumo de atenciones en los sectores más pobres reduciendo subcobertura. Sin embargo, han perdido peso relativo las madres y niños que corresponden a las prioridades sanitarias y se han incrementado también las filtraciones. En contextos de limitados recursos esto genera un efecto de sustitución que mantiene un problema de inequidad, que se expresa en el crecimiento de los subsidios a segmentos de no pobres en detrimento de una menor atención a los estratos más pobres.

Recomendaciones principales

1. Fortalecer la administración de riesgos en función de prioridades sanitarias. Sobre esta base determinar los grupos de intervención y las asignaciones per cápita que se espera destinar a cada uno de los grupos de asegurados en función de los planes de beneficios y estimar las coberturas que se espera alcanzar. Considerando la persistencia de problemas de mortalidad materna- perinatal y de desnutrición crónica infantil que no han podido resolverse en los últimos años, resulta conveniente y necesario reenfocarse de manera persistente en el segmento crítico de madres y niños menores de cinco años para lograr efectividad en la obtención de resultados concretos en salud. Esto supondría, manteniendo los niveles de aseguramiento actuales, realizar acciones de contención de costos en los otros segmentos de población asegurada para reorientarlos a esta prioridad.
2. En función de los grupos de riesgo identificados y las prioridades establecidas reforzar los esquemas de programación del financiamiento. En este sentido convendría identificar y cuantificar las brechas de atención en salud en los ámbitos y segmentos donde se concentran las mayores prevalencias asociada a situación de pobreza con la finalidad de definir metas específicas de afiliación, y cuantificar metas de atención por tipos de servicios que permitan cuantificar coberturas y niveles de asignación per cápita para estos grupos.
3. Para facilitar la orientación del SIS en función de poblaciones objetivo y prioridades de salud y evitar la expansión de las filtraciones, se debe cerrar la posibilidad de seguir incorporando segmentos o grupos de población al SIS. Un mecanismo específico será contar con la opinión técnica del MEF en este sentido, cuando sea requerida.
4. En esta orientación, el SIS deberá asumir directamente la función de afiliación, dado que esto permitiría un mejor manejo del sistema, otorgarle mayor poder al usuario para demandar servicios de calidad, establecer mas claramente la relación prestador cliente, brindar las señales e incentivos para la reorientación de la oferta y reducir el conflicto de intereses que se encuentra en el prestador cuando funciona como juez y parte, como asegurador y como prestador.
5. Convendría se realicen estudios de focalización y estudios sobre muestras representativas, con la finalidad de determinar los niveles de errores de filtración y subcobertura, que retroalimenten el proceso de ajuste de los sistemas de selección de beneficiarios.

6. Desarrollar los sistemas de control de la calidad de las prestaciones a través de auditorías médicas realizadas con muestras aleatorias y representativas de manera directa en los establecimientos y muestras de visitas a hogares.
7. En la línea de recuperar los esquemas de incentivos implícitos en el desarrollo de la función de financiamiento, se deberá revisar los criterios para la asignación de los recursos destinados al pago de las atenciones de salud, generando un orden de prelación que permita asignar primero las atenciones en función de prioridades sanitarias, tarifadas y para los grupos objetivo, con la finalidad de brindar una señal clara de incentivos para el reordenamiento de la oferta de servicios.
8. Para cerrar el circuito de los incentivos y generar las consecuencias en el reordenamiento de la oferta de servicios esperada, es necesario explorar mecanismos que permitan que los reembolsos lleguen a los establecimientos de salud.
9. Considerando los volúmenes de información de carácter transaccional que genera el SIS convendría fortalecer sus sistemas de información y de manejo de datos a fin de asegurar un buen soporte informático para el desarrollo de sus principales procesos operativos y para las actividades de seguimiento y monitoreo.
10. Específicamente, conviene desarrollar un sistema indicadores relacionados con reducción de muerte materna y reducción de la desnutrición crónica, que permita de manera oportuna y confiable hacer el seguimiento de estas metas sanitarias.
11. Convendría también desarrollar mecanismos de auditoría aleatoria independiente para verificar proceso clave: afiliación, atenciones brindadas por los establecimientos de salud, procesos internos, resultados de valorización y financiamiento.
12. Realizar estudios de costos considerando condiciones de eficiencia con la finalidad de generar una estructura de tarifas que asegure un adecuado sistema de incentivos para los prestadores y no genere inestabilidad financiera en el SIS.

ii. Introducción

Con la finalidad de mejorar la calidad del gasto y orientar la gestión pública hacia resultados concretos que mejoren la calidad de vida de la población y contribuyan al desarrollo del país, se ha iniciado desde el 2007 la implementación progresiva del Presupuesto por Resultados, proceso que ha introducido modificaciones en el sistema de presupuesto a través de la aplicación de metodologías de programación estratégica, instrumentos de seguimiento de los productos y resultados a través de indicadores de desempeño y la implementación de estudios de evaluación.

Indudablemente, la complejidad de los procesos, los diferentes ritmos institucionales para su aplicación, las limitaciones de naturaleza técnica y las resistencias burocráticas, entre otros aspectos, representan serias restricciones que obligan a plantearse una estrategia de implementación progresiva. Sostenida en el tiempo y sobre la base de un aprendizaje de prueba y corrección del error, permitirá avanzar sistemáticamente en una ruta de mejoramiento de los procesos de formulación y ejecución presupuestal, en una perspectiva de mejoramiento de la efectividad de las intervenciones expresada en mayores niveles de bienestar de la población.

Por su parte, la experiencia internacional enseña que con relativa frecuencia y luego de una implantación inicial, estos procesos se irán depurando, modificando y perfeccionando por aproximaciones sucesivas. En ese sentido, las posibilidades de éxito están asociadas a la persistencia de los procesos de revisión sistemática de los programas, el seguimiento, la evaluación y los reajustes o rediseños de las intervenciones.

Con la finalidad de evaluar el diseño, la implementación, la eficacia y la eficiencia, los resultados y el impacto en la población de los programas sociales se ha contemplado en la Ley de Presupuesto del Sector Público 2009-Ley N° 29289- la realización de procesos de evaluación conducidas por paneles de consultores independientes. De manera específica se ha contemplado procesos que se orientan a verificar si los productos que se financian con la asignación presupuestaria tienen relación con los resultados, y luego de confirmarse este primer aspecto, si la unidad responsable es eficaz (obtiene sus metas) y eficiente (al menor costo) en la ejecución de las actividades y la obtención de los productos. Se espera que sobre la base de estos resultados la Dirección Nacional de Presupuesto acuerde compromisos con las unidades responsables de la ejecución de la asignación presupuestaria evaluada conducentes a la mejorar la eficacia y eficiencia en la obtención de resultados.

Para la elaboración del presente informe se ha realizado un proceso de recopilación de información que ha considerado aquella que ha sido proporcionada por el MEF, la que procede de los informes y documentos del SIS y del MINSA, y aquella que ha sido obtenida a través de entrevistas realizadas a funcionarios del SIS nacional, funcionarios regionales y al personal asistencial y administrativo de las DISAs Lima Sur y Andahuaylas y de los establecimientos de salud visitados.

Para el desarrollo de las entrevistas se ha elaborado una guía, que contienen una pauta de preguntas abiertas, organizadas por temas, que se pueden segmentar según el tipo de entrevistado, que se ha orientado a recabar, con la mayor amplitud posible la descripción de los procesos y procedimientos de operación del SIS en los diferentes niveles y organizaciones involucradas. A través de repreguntas o preguntas complementarias en función de la dinámica de la entrevista, se buscó que el entrevistado pudiera describir con la mayor precisión posible los detalles del proceso a su cargo.

En el desarrollo del análisis se ha seguido las orientaciones metodológicas que están contenidas en los modelos de marco lógico, relacionados con los esquemas de análisis causales y la determinación de la pertinencia de los medios, para analizar el problema identificado y la naturaleza de la intervención. Sin embargo, se debe puntualizar que el SIS es una entidad encargada básicamente de administrar un esquema de financiamiento de las prestaciones de salud, que trasfiere recursos de presupuesto como reembolsos por las atenciones brindadas a la población, en función de las prioridades sanitarias definidas por el MINSA y como tal, no resultaría aplicable un esquema que indague sobre la asignación de recursos financieros para la adquisición de insumos, el desarrollo de actividades y la producción de bienes o servicios, por cuanto no tiene responsabilidad directa en la producción y entrega de los servicios de salud a la población.

Sin embargo, tomando en cuenta la naturaleza de sus funciones y tratando de encontrar una alternativa metodológica dentro del marco analítico propuesto, se ha considerado las definiciones de su mandato contenidas en su marco normativo, las orientaciones emanadas del MINSA y los objetivos y metas contenidos en los instrumentos de gestión (planes estratégicos, operativos, normas y directivas) con la finalidad de ordenar los elementos que orientan su funcionamiento, como el patrón de referencia para hacer el análisis de su desempeño y ejecución de su presupuesto.

En función de estas consideraciones y con la finalidad de asegurar una adecuada presentación de la información analizada, se han reordenado algunos puntos del esquema contenido en los términos de referencia, siguiendo la siguiente secuencia del análisis: a) problema identificado, b) objetivos, c) Indicadores y metas, e) población objetivo, f) principales procesos y estructura organizativa, g) presupuesto, h) costos unitarios y i) seguimiento.

Se debe señalar que en función de estas secuencia de análisis se ordena la información de la parte descriptiva y de la parte evaluativa. Sin embargo, conviene precisar que los cambios aludidos son menores y en gran medida se ha respetado la secuencia de temas contenidos en el anexo 1 de los términos de referencia.

1. Información sobre el Seguro Integral de Salud

1.1. Antecedentes de la creación del SIS

El Seguro Integral de Salud (SIS) se crea sobre la base de la fusión del Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI), que fueron las experiencias iniciales en los procesos de implementación de los sistemas de aseguramiento público de la salud a fines de la década del '90.

En su origen, ambos esquemas de aseguramiento respondieron a diferentes criterios y presentaron diferentes niveles de preparación. En el caso del SEG, éste se crea en el año 1997 como resultado de una decisión de política del poder ejecutivo, antes que como respuesta a una necesidad de salud o prioridad sanitaria. Aún cuando se propuso como objetivo principal brindar una mayor cobertura de servicios de salud para atender enfermedades, emergencias y accidentes, que pudieran afectar a los niños y jóvenes entre 5 y 17 años matriculados en las escuelas públicas del país, no fue resultado de un análisis de problemas o riesgos de salud específicos asociados a estos grupos de edad y no constituyó una propuesta de reforma sectorial impulsada por el Ministerio de Salud. No se ha logrado determinar la existencia de estudios técnicos de diseño o de criterios de priorización sanitaria que hayan brindado sustento para el desarrollo de la propuesta.

En el caso del SMI, los criterios que estuvieron a la base de su creación, estaban relacionados con la persistencia de altas tasas de mortalidad materna y de morbimortalidad infantil y el establecimiento de prioridades sanitarias orientadas a procurar atención y garantizar el acceso a servicios de salud a las gestantes y niños menores de cinco años. El propósito era cubrir los principales riesgos asociados con el embarazo, a través de asegurar controles periódicos a la gestante, suministro de suplementos nutricionales, parto institucional y control de puerperio. En el caso de la atención al niño, se buscaba asegurar con el acceso a servicios y la atención temprana reducir la mortalidad infantil, la morbilidad y los niveles de desnutrición crónica infantil, principalmente a través de controles de crecimiento y desarrollo (CRED), vacunaciones y atención oportuna a las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Si bien, la creación del SMI se sustentó en una identificación de los problemas de salud, se organizó en función de prioridades sanitarias y consideró varios escenarios y metas de atención priorizando a las madres y niños en situación de pobreza (p.e. focalizar en las 8 Direcciones de Salud de mayor pobreza), no se ha logrado identificar la existencia de algún documento técnico de diseño, que describa la estructura principal de los componentes y esquemas de funcionamiento de este sistema de aseguramiento previo a su implementación.

El SMI empezó a operar en 1999, a través de una experiencia piloto que se inició en los departamentos de Tacna y San Martín, impulsada directamente por el Ministerio de Salud (MINSA). Posteriormente se decidió su expansión a otras Direcciones de Salud (DISAS) que fueron priorizadas en función de criterios de pobreza y dificultades de acceso de la población a los servicios de salud.

Se debe señalar que, en ambas experiencias aun cuando se denominaron “seguros”, su estructura principal tenía las características de un subsidio a la demanda, organizado bajo un esquema de aseguramiento. Particularmente en el caso del SMI, las tradicionales dificultades de los proveedores públicos de generar una oferta de servicios de salud adecuada, accesible y oportuna, para las poblaciones más pobres y dispersas del país, así como la existencia de barreras económicas que limitan el acceso a estos servicios, estuvieron a la base de la decisión sectorial de organizar la entrega de un subsidio orientado a promover y facilitar la demanda por servicios de salud de las madres y niños menores en situación de pobreza y pobreza extrema, a través del establecimiento de un mecanismo de financiamiento directo que cubra, mediante reembolsos, los costos de estas atenciones.

Desde la perspectiva de buscar mayor eficacia en las intervenciones del estado para atender los problemas de salud y mayor eficiencia en el uso de los recursos, la creación de los sistemas de aseguramiento configuraron el inicio de un importante proceso de reforma sectorial, donde el aspecto central estuvo definido por la separación de las funciones de financiamiento de las de prestación de servicios. Se configuraba con ello un importante espacio para el desarrollo ulterior de instrumentos, mecanismos y normas necesarios para perfilar adecuadamente la función de financiamiento, orientada a generar y promover cambios significativos en las formas tradicionales de brindar los servicios de salud.

Desde un enfoque de equidad, se trataba de un esfuerzo redistributivo de asignación de los recursos públicos, mediante la realización de transferencias destinadas a cubrir los costos variables de un conjunto de atenciones de salud, priorizadas para grupos específicos de madres y niños en situación de pobreza y pobreza extrema. Se esperaba que este proceso a su vez, generara incentivos para inducir cambios y procesos de reorganización de los servicios de salud, en la perspectiva de generar incrementos significativos en la oferta y mejoras en la calidad.

El esquema básico de operaciones comprendía un proceso de afiliación, mediante el cual la población objetivo se incorpora al sistema registrándose en los establecimientos de salud (ES) y un proceso de reembolsos, a través del cual el sistema realiza transferencias de recursos financieros a los ES, destinados a cubrir los costos no financiados de las atenciones consideradas en el paquete de servicios dirigido a las poblaciones objetivo. Tratándose de un subsidio a la demanda financiado con recursos provenientes del presupuesto público y considerando que los principales costos de la producción de la oferta de servicios (recursos humanos, equipos, insumos etc.) estaban incluidos dentro de los gastos corrientes de los presupuestos de las entidades responsables, se estableció que la transferencia de estos recursos estuvieran destinados al financiamiento de los gastos variables o complementarios de la atención (insumos, medicamentos, procedimientos médicos), muchos de los cuales usualmente solían ser de responsabilidad de los usuarios.

Considerando que las restricciones fiscales imponían límites a la expansión del esquema de aseguramiento subsidiado, la eficacia de su implementación y las posibilidades de lograr resultados efectivos en el acceso de la población en situación de pobreza y pobreza extrema a servicios de salud, estaba fuertemente asociada al desarrollo de efectivos procesos de focalización. La definición de grupos de población específicos como, gestantes, puérperas, niños recién nacidos y menores de 4 años y la procedencia

según condiciones socioeconómicas, constituyeron los criterios primigenios con los que el SMI se propuso seleccionar a los beneficiarios. Ciertamente esto supuso el desarrollo ulterior de instrumentos objetivos y procedimientos operativos para asegurar la incorporación de la población objetivo al esquema.

En el caso del SEG, los criterios de selección para la incorporación de beneficiarios al sistema de aseguramiento, estaban definidos básicamente por la condición de usuario del servicio de educación primaria o secundaria públicos.

Para la implementación de estos dos seguros se estructuraron unidades administrativas y mecanismos de operación independientes uno del otro. Posteriormente, durante el primer semestre de 2001, con la finalidad de generar economías de escala en su funcionamiento, el gobierno dispuso la fusión de los dos seguros en el denominado Seguro Público de Salud.

En el segundo semestre del mismo año, en los inicios de la administración de gobierno de Alejandro Toledo, se cambia la denominación y se crea el Seguro Integral de Salud; primero mediante la Resolución Suprema N° 445 – 2001 – SA de octubre del mismo año, que dispone la constitución de la Unidad de Seguro Integral de Salud y luego mediante la ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, promulgada en enero de 2002, que crea el Seguro Integral de Salud (SIS) como un Organismo Público Descentralizado (OPD) del sector salud.

Desde su creación, se han expedido una serie normas que proceden tanto del Ministerio de Salud como del Ejecutivo, que han regulado algunos aspectos de su desarrollo institucional así como de sus procedimientos operativos.

1.2 Justificación del Problema/necesidades que ese espera resolver con su ejecución

La situación de salud que justificó la creación del Seguro Materno Infantil (SMI), se caracterizó por la presencia de elevados indicadores de morbilidad materna infantil que hacían evidente el desempeño poco eficaz de los sistemas de salud para abatirlos. La mortalidad materna, uno de los indicadores que menos se redujo en el país, se encontraba dentro de las tasas más altas de América Latina, superada solo por países como Bolivia y Haití. Según la ENDES de 1996, la tasa de mortalidad materna alcanzó la cifra de 265 por 100,000 nacidos vivos.

Para el período 1990-1996 la tasa de mortalidad materna anual estimada era de 32 muertes maternas por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva. No obstante, estos indicadores promedio no mostraban una realidad que se revelaba aún más dramática al comprobarse las disparidades al interior del país, sobre todo en especial en las zonas de mayor pobreza. En el ámbito rural, la probabilidad de morir por causas maternas presentaba un nivel de 53 por 100,000 mujeres, que duplicaba la probabilidad urbana, que se ubica entre 22 y 26 muertes por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva.

Las causas de esta elevada mortalidad, presentaron similares características con aquellas que aparecen en otras partes de la subregión y están asociadas a la presencia de hemorragias, abortos, hipertensión, sepsis y complicaciones en el parto. Esta situación

se tornaba más grave por las dificultades de acceso a los servicios de salud, la baja capacidad resolutive de los servicios de salud más próximos a la población más pobre, el embarazo adolescente, el mal estado de salud y de nutrición de la madre y la ausencia de educación sanitaria, entre otros.

La mortalidad infantil también mostraba niveles altos, ubicando al Perú dentro del grupo de países con las mayores tasas en la subregión. Según la ENDES de 1996 la mortalidad infantil ascendió a 43 por mil nacidos vivos. De manera similar a lo que ocurría en otros indicadores, la desagregación según ámbitos o regiones mostraron significativos diferenciales que evidenciaban una mayor gravedad en esta situación. La mortalidad infantil en el ámbito rural duplicaba (62) la del ámbito urbano (30) y alcanzaba aún niveles más dramáticos en las regiones con mayor concentración de población en situación de pobreza; así, en Huancavelica la mortalidad infantil ascendió a 109, en Puno a 82 y en Cusco a 78 por cada mil nacidos vivos.

En la evolución de la tasa de mortalidad infantil, se observa que la causa más importante, que la explica en gran medida, es el elevado índice de mortalidad perinatal, que concentra más de la mitad de las muertes infantiles; situación que a su vez, está estrechamente vinculada con los problemas de salud de la madre y el tipo de atención del parto.

Las inadecuadas prácticas de cuidado y alimentación y la prevalencia de las enfermedades infecciosas configuran los factores que inciden en el crecimiento de los niños y determinan significativamente la permanencia de la desnutrición crónica infantil. La ENDES 1996 mostraba que uno de cuatro niños menores de cinco años presentaba baja estatura para la edad, situación que se ha mantenido invariable durante los siguientes años.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) se presentan tradicionalmente como la primera causa de muerte infantil y junto con las diarreas (EDA) constituyen las primeras causas de morbilidad infantil. Los indicadores de prevalencia de IRA y EDA presentan diferenciales mayores cuando se consideran los ámbitos rurales y de mayor pobreza.

Un factor limitante para la reducción de estos indicadores, estaba determinado por la situación de la oferta de servicios de salud, que a pesar de los esfuerzos realizados para incrementarla, mostraba la subsistencia de problemas relacionados con la inadecuada organización, ubicación, distribución y calidad de los servicios; situación que condicionaba la existencia de una baja tasa de utilización, sobre todo en el primer nivel de atención.

No obstante, un problema de mayor envergadura estaba asociado con las dificultades de acceso de la población a los servicios de salud por la presencia de barreras geográficas, económicas y culturales. El hecho de que más del 50% de la población, en ese período, se encontrara en situación de pobreza y pobreza extrema, le asignaba mayor importancia a la barrera económica y configuraba una situación en la que dada la inexistencia de mecanismos o instrumentos de cobertura de los riesgos de salud, la posibilidad de financiar los costos de eventos no previstos eran muy reducidas y configuraban restricciones reales para demandar y acceder a servicios de salud.

Mientras los riesgos de enfermar y morir son mayores en los segmentos y hogares más pobres, elevando con ello las exigencias de financiamiento, paradójicamente, las posibilidades reales para estas familias de asumir los costos que derivan de la demanda de servicios de salud, son mucho menores; generándose de esta manera no solo un problema de inequidad en el acceso a los servicios y recursos públicos, sino de perpetuación de la pobreza y de significativas limitaciones para el desarrollo humano.

En efecto, en el Plan Estratégico Sectorial Multianual del Ministerio de Salud para los años 2004-2006 se consigna que el 40.4% de las personas que no pudieron acceder a servicios de salud en el año 1998, se explica por la ausencia de recursos económicos y señala que para el año 1999 esta cifra ascendió a 49.4%. Por otro lado, se encuentra que de las personas que se declararon o reportaron enfermas, solo el 48.5% asistieron a servicios de salud en busca de atención médica. Del 51.5% de aquellos que declarándose enfermos no asistieron a servicios, se encontró que alrededor de la mitad refirieron no asistir por razones de ingresos (Madueño, 2002).

Es en este contexto, que con el objetivo de contribuir a un mejoramiento del acceso a servicios de salud para las madres y los niños menores de 5 años, orientado a la reducción de la morbilidad materna e infantil, se propone desde el Ministerio de Salud (MINSA), la creación del Seguro Materno Infantil, que tenía como misión administrar recursos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual en función de las prioridades sanitarias y la política sectorial. Aún cuando, no se ha podido establecer la existencia de algún documento que contenga el sustento técnico o el diseño del esquema de aseguramiento, la naturaleza y magnitud de los problemas de salud identificados por el sector y las normas y decisiones adoptadas por el MINSA constituyeron de manera general los elementos de base que sustentaron el desarrollo de esta estrategia.

En el caso del Seguro Escolar Gratuito (SEG), como se señaló en líneas anteriores, no se ha logrado establecer la existencia de un diagnóstico, la identificación de un problema específico de salud o la determinación de una prioridad sanitaria que estuviera a la base de su creación. Ciertamente, desde una perspectiva general de lucha contra la pobreza, sería posible considerarlo como un esquema que contribuiría a mejorar el acceso a los servicios de salud para poblaciones pobres, pobres extremos y no pobres en una perspectiva de mejoramiento general de la situación de salud de la población. No obstante se debe remarcar que su creación no obedece a una prioridad sanitaria.

El proceso de fusión del SEG y SMI que dio origen al SIS, generó no sólo una diversificación en la población beneficiaria, sino que desde el punto de vista sanitario introdujo un cambio en la estrategia, pasando de un esquema focalizado en la afiliación de madres y niños, a otro que busca el aseguramiento universal de la población, con un enunciado que prioriza al binomio de madres y niños.

Si bien, no se ha encontrado información que permita justificar técnicamente los cambios en los esquemas de priorización de las poblaciones a ser atendidas con los recursos del SIS, la naturaleza de aquellos permite inferir que se habría dado un mayor énfasis a la priorización basada en criterios de pobreza, antes que al criterio de prioridades sanitarias. Indudablemente, esto ha tenido implicancias significativas en las metas de afiliación, de atención, de acceso a servicios para los grupos priorizados y en

las condiciones de viabilidad financiera del sistema que se analizarán en los siguientes puntos.

1.3 Matriz de Marco Lógico. Formulación de Objetivos

Según la perspectiva metodológica del presupuesto por resultados, el enfoque del marco lógico permite construir, a partir de la identificación de un problema que afecta a la población, un modelo explicativo causal basado en evidencia de investigación. Este modelo brinda el sustento para la definición de objetivos y el diseño e implementación de intervenciones correctoras cuya efectividad ha sido demostrada según evidencias de evaluación. Una vez definida la intervención (productos o servicios a ser entregados), se construye la ruta de insumos, actividades y productos que debe permitir el ordenamiento de la programación y ejecución presupuestaria de manera que asegure la posibilidad de obtener resultados, medidos como cambios en las condiciones de vida de la población en relación con una determinada situación inicial.

Esto supone que las instituciones u organizaciones del Estado que tienen responsabilidad en la atención de un determinado problema debidamente identificado, deberán definir el tipo y la cantidad de servicios que entregarán a la población según metas de atención en un período de tiempo dado. En función de éstas, expresadas en un plan de producción, se realizará la asignación de los recursos de presupuesto disponibles para la adquisición de insumos y la realización de actividades necesarias para producir y entregar estos servicios, que de acuerdo con la evidencia, serán los medios que permitirán alcanzar los resultados esperados

En la revisión de la información disponible acerca del nivel de desarrollo de estos instrumentos de gestión por parte del SIS, no se ha encontrado evidencia de la existencia de ejercicios de marco lógico a nivel institucional u otros, que constituyan base para el sustento de la definición de objetivos de intervención o la programación de acciones.

Sin embargo, sobre este aspecto se debe mencionar que, desde el punto de vista de su mandato, el SIS es una entidad encargada básicamente de administrar un esquema de financiamiento de la atención de salud, que transfiere recursos monetarios a los establecimientos, como reembolsos por los costos variables en los que han incurrido para la producción y entrega de servicios de salud a la población afiliada, en función de las prioridades sanitarias definidas por el MINSA. Desde esta perspectiva, no resultaría aplicable para esta institución una evaluación que indague sobre la asignación de recursos financieros para la adquisición de insumos, el desarrollo de actividades y la producción de bienes o servicios, por cuanto no tiene responsabilidad directa en la producción y entrega de los servicios de salud a la población. Se trata más bien, de una institución cuya finalidad es la compra de servicios de salud para sus afiliados.

En la ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, promulgada en enero de 2002, se establece explícitamente que el SIS es una OPD que cuenta con autonomía económica y administrativa, pero depende funcionalmente del MINSA, que tiene competencias de rectoría en los temas referidos al aseguramiento financiero y la atención de la salud individual y colectiva. En ella se establece de manera específica que el SIS tiene como misión “administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud

individual de conformidad con la política del sector” (Ministerio de Salud, 2002) y se señala que su objetivo funcional es el aseguramiento de la salud pública y salud integral de todas las personas.

Adicionalmente, mediante el DS 013-2002-SA de noviembre de 2002 que aprueba el reglamento de la ley N° 27657, se precisa que el SIS tiene como objetivo funcional general financiar las prestaciones de salud de la población que no se encuentra bajo otros regímenes contributivos, con especial atención en los más pobres y vulnerables y describe como sus principales subprocesos: a) planeamiento y regulación, b) promoción y afiliación, c) convenio y control de calidad y d) liquidación de pago.

En el marco de su mandato de administración de los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud, el referido reglamento establece de manera específica que el SIS, tiene como objetivos funcionales: a) Construir un sistema de aseguramiento público sostenible y solidario que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad, b) promover el acceso con equidad a la población asegurada a prestaciones de salud de calidad dándole prioridad los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza, c) implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento en la población, d) evaluar el nivel de la calidad de la oferta de los prestadores de servicios y la satisfacción en la atención de salud de los beneficiarios, e) facilitar servicios de calidad a los beneficiarios del SIS, f) dirigir los procesos de afiliación y operación del Seguro Integral de Salud en todos los niveles y g) proponer políticas y normas que permitan garantizar el logro de los objetivos funcionales.

Indudablemente, la inexistencia de un marco lógico institucional, así como la función de financiamiento del SIS, limitan considerablemente las posibilidades de encontrar y evaluar una relación entre la asignación de recursos de presupuesto y la producción de servicios. En este sentido, considerando, la naturaleza de las funciones del SIS y tratando de encontrar una alternativa metodológica dentro del marco analítico propuesto, se ha previsto para el análisis de evaluación, tomar en cuenta las definiciones de su mandato contenidas en su marco normativo, las orientaciones, los objetivos y metas emanadas del MINSA, que es su organismo regulador y aquellos contenidos en sus instrumentos de gestión (planes estratégicos, operativos, normas y directivas) con la finalidad de ordenar los elementos que orientan su funcionamiento, para conformar un patrón de referencia que sea útil para realizar el análisis de su desempeño y ejecución de su presupuesto.

Se debe mencionar que en el marco de los procesos de implementación del presupuesto por resultados se han elaborado los programas estratégicos Materno Neonatal y Articulado Nutricional para el año 2008. Ambos cuentan con su respectivo marco lógico y modelos de intervención, teniendo al MINSA como eje central en la implementación de la estrategia. El SIS como OPD del sector salud está incorporado con su rol de aseguramiento y financiamiento. En ese sentido, el esquema metodológico que se propone y que intenta relacionar las metas sanitarias propuestas por el sector con el funcionamiento del SIS, guardaría cierta consistencia con estos desarrollos.

1.3.1 Objetivos a nivel de fin y propósito

Para tratar de conocer y ordenar los objetivos que orientan el accionar y el desarrollo del SIS, es necesario identificar cuales son los objetivos que el MINSA le asignó en el momento de su creación y cuales son los que le ha encomendado a través del tiempo, en su calidad de rector del sector salud, para relacionarlo con aquellos que el propio sistema ha generado en concordancia con esta política sectorial.

Cuando se crea el SMI, como propuesta de reforma del MINSA, los objetivos estuvieron orientados a garantizar el acceso a servicios de salud adecuados para las madres y niños menores de 5 años, provenientes de hogares en situación de pobreza y pobreza extrema, como estrategia para reducir los indicadores de morbilidad y mortalidad materna e infantil. En un esquema que separaba la función de financiamiento de la función de prestación, se esperaba lograr una cobertura total de manera progresiva, iniciando el proceso de implementación en 8 Direcciones de Salud (DISA) que concentraban los más altos déficit en salud y los mayores niveles de pobreza

En el caso del SEG, los objetivos que se enunciaron en el momento de su creación estuvieron orientados a brindar cobertura de atención de salud para los niños y adolescentes menores de 17 años matriculados en educación básica en todas las instituciones educativas públicas.

Posteriormente, cuando se crea el SIS, el marco normativo que lo crea y regula su funcionamiento, lo define como un OPD del MINSA y delimita su accionar en función de las políticas sectoriales y las prioridades sanitarias establecidas por éste órgano rector. Sobre la base de estas consideraciones, se reseñará la evolución de las políticas y las prioridades sanitarias definidas por el MINSA a través de las cuales se le han asignado roles y responsabilidades al SIS. Asimismo, se identificará, a partir de los instrumentos de gestión del SIS, cómo se recogen las políticas y prioridades sanitarias y cómo se traducen en los objetivos institucionales y orientaciones que ordenan su accionar.

En el **Plan Estratégico Multianual de 2002 -2006 del MINSA** se define la misión de promover y mejorar la salud de las personas, la familia y la población en general, para lo cual se establece que se debe dirigir los esfuerzos del Estado proponiendo y conduciendo los lineamientos de política de corto, mediano y largo plazo en forma concertada con todos los sectores públicos y los agentes sociales.

En los objetivos estratégicos no se presentan orientaciones específicas para el sistema de aseguramiento. Sin embargo, se destacan dos que pudieran relacionarse con estos procesos: a) Garantizar el acceso y la atención de salud de calidad adecuados a la necesidad de la población y bajo criterios de equidad y b) Descentralizar y modernizar el sector a través de nuevas modalidades de gestión y financiamiento.

En la versión reformulada del **Plan Estratégico Sectorial Multianual PESEM 2004-2006**, el MINSA identifica en su diagnóstico sectorial los principales problemas de salud entre los que destacan: las tasas de muerte por enfermedades transmisibles, mortalidad infantil y mortalidad materna. Se enfatiza la mortalidad infantil y materna y las prevalencias de EDAs e IRAS como los principales problemas de salud. Se especifica como problemas sectoriales: a) elevada mortalidad infantil y materna, b)

elevada desnutrición infantil y materna, c) deficiente salud ambiental, alta prevalencia de las enfermedades transmisibles y crecimiento de las no transmisibles, d) reducida cobertura de atención y aumento de la exclusión por barreras geográficas económicas, culturales e inconducta de los prestadores de salud, e) limitado acceso a los medicamentos y f) limitados recursos humanos y financieros.

En función de los problemas señalados se definen como prioridades y orientaciones sectoriales para el Programa Prioritario Salud Individual las siguientes:

- a) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en forma continua, oportuna y de calidad, priorizando a los sectores de mayor pobreza, mujeres y niños, a través del SIS para alcanzar cobertura universal de los servicios de salud.
- b) Suministro y uso racional de medicamentos.
- c) Modernización, rol rector y la capacidad de gestión del MINSA y desarrollo de recursos humanos a nivel nacional.
- d) Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud; y,
- e) Financiamiento interno y externo orientado a los más pobres.

Dentro de los objetivos prioritarios señalados para el Programa de Salud Individual destacan:

- i) Reducción de la morbilidad materna e infantil
- ii) Garantizar el acceso a la atención integral con servicios de salud adecuados y de calidad, bajo criterios de equidad.
- iii) Aseguramiento universal solidario de la población en salud.
- iv) Acceso y uso racional de medicamentos

Por su parte, en el **Plan Estratégico Institucional (PEI) del SIS 2002 -2006**, se presenta una identificación de problemas en el que se entremezclan diversos niveles de análisis y temas, que se enlistan sin considerar un orden de prelación específico. Dentro de ellos se pueden destacar como principales problemas los siguientes:

- a) Limitado acceso a los servicios de salud, por la inexistencia de barreras económicas, de 13.3 millones de peruanos sin protección de salud y en estado de pobreza extrema y pobreza.
- b) Poca difusión y penetración del mercado especialmente del de las gestantes y niños entre 0 y 4 años.
- c) Inexistencia de planes de beneficios.
- d) Ausencia de un sistema informático integrado para el apoyo a los procesos institucionales.
- e) Inexistencia de tarifas de servicios por planes de beneficios.

En el plan se señala que la misión del SIS está orientada a “administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual conforme a la política nacional de salud” (Seguro Integral de Salud, 2002, pág. 11) y se establece como lineamientos de política institucional y objetivos estratégicos los siguientes:

- a) Desarrollo de la demanda, como eje del plan estratégico que buscara la afiliación de la población extremadamente pobre y pobre con apoyo de acciones de mercadeo.

- b) Desarrollo de la oferta, a partir del mejoramiento de la capacidad operativa de la institución.
- c) Sostenibilidad del SIS, a través de la incorporación de nuevas fuentes de financiamiento.
- d) Gestión de la calidad.

El **PEI del SIS 2004-2006** presenta la misma misión que en el PEI anterior. En los problemas identificados se encuentran algunas coincidencias en los temas de cobertura y de costos y se incluyen algunas variaciones relacionadas con temas operativos de la institución. Se especifican entre otros los siguientes problemas:

- a) Limitado acceso a los servicios de salud, por existencia de barreras económicas, 13.3 millones de peruanos sin protección de salud y en estado de pobreza extrema y pobreza.
- b) Habiendo alcanzado altos niveles de cobertura en los 4 grupos poblacionales prioritarios, aún subsisten poblaciones sin coberturas de salud.
- c) Inexistencia de estructura de costos por actividad.
- d) Inexistencia de una organización prestacional que priorice el primer nivel de atención.
- e) Insuficiencia de actividades destinadas a la contención de costos y modalidades de pago; y
- f) Ausencia de auditorías integrales.

Se definen las siguientes prioridades y objetivos generales: i) financiamiento de las atenciones de salud para las gestantes, ii) los menores de 5 años, iii) los niños y adolescentes menores de 18 años y iv) los adultos focalizados. Estos objetivos corresponden a cada uno de los planes que existían en ese momento (A, B, C y D).

En el **Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud – PESEM 2008 -2011**, el MINSA presenta en el diagnóstico información similar a la presentada por el sector en el PESEM 2004-2006 destacando la evolución que han seguido las tasas de mortalidad general, en especial las altas tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil. Asimismo, se presenta la evolución de las altas tasas de morbilidad y desnutrición crónica infantil, incidiendo en la recurrencia de las IRAs. Igualmente se enfatiza algunos problemas sectoriales vinculados a las bajas coberturas y la exclusión, a la escasa disponibilidad de medicamentos, a la inadecuada gestión de los recursos humanos y la escasez de recursos financieros.

El plan define como prioridades sanitarias las siguientes:

- a) Alta razón de mortalidad materna
- b) Alta mortalidad infantil.
- c) Alto porcentaje de desnutrición crónica Infantil
- d) Deficiente salud mental en la población
- e) Alta prevalencia de enfermedades transmisibles
- f) Alta prevalencia de enfermedades transmisibles regionales
- g) Alta mortalidad por cáncer
- h) Incremento de las enfermedades crónico degenerativas
- i) Presencia de Enfermedades Inmunoprevenibles
- j) Incremento de las enfermedades por causas externas

k) Alta prevalencia de las enfermedades de la cavidad bucal.

En función de estas prioridades sanitarias se establecen los lineamientos de política de salud para el periodo 2007-2020 que guardan consistencia con aquellos contenidos en el Plan Nacional Concertado de Salud:

1. Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
2. Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
3. Aseguramiento Universal en Salud.
4. Descentralización de la función salud a nivel de Gobierno Regional y Local.
5. Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
6. Desarrollo de los recursos humanos.
7. Medicamentos de calidad para todos.
8. Financiamiento en función de resultados.
9. Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.
10. Participación ciudadana en salud.
11. Mejora de otros determinantes de la salud.

En el **Plan Estratégico Institucional 2007-2011 del SIS** se precisa que “El SIS tiene por finalidad construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la morbilidad y mortalidad, dentro de lo previsto de la política de estado en salud” (Seguro Integral de Salud, 2006).

En este documento de gestión se prevé la ampliación de líneas de financiamiento orientadas al fortalecimiento del componente de aseguramiento semicontributivo para la incorporación de poblaciones con limitadas capacidades adquisitivas incorporando a las poblaciones alto andinas y amazónicas. Los objetivos estratégicos se explicitan de la siguiente manera:

- i) Fortalecimiento del aseguramiento en salud a través del desarrollo del Seguro Integral de Salud con financiamiento público y del mejoramiento de la cobertura y calidad del servicio que brindan los prestadores, con prioridad al componente materno infantil.
- ii) Expandir del acceso al SIS para la población de la Amazonia y Alto Andina dispersa y excluida, las víctimas de la violencia social y los agentes comunitarios de salud.
- iii) Fortalecer el componente de aseguramiento semicontributivo para grupos poblacionales con limitada capacidad adquisitiva.

De estos objetivos estratégicos se desprenden los siguientes objetivos generales:

- a) Contribuir al mejoramiento del estado de salud, la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad, con prioridad en el segmento materno infantil.
- b) Propiciar el acceso equitativo de todos los peruanos al seguro de salud, con prioridad en los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza, según planes.

- c) Contribuir a la construcción de un sistema de aseguramiento público sostenible que garantice calidad en los servicios de salud.
- d) Fortalecer el aseguramiento semicontributivo para grupos poblacionales con limitada capacidad adquisitiva.
- e) Mejorar los procesos internos del SIS y la generación de competencias estratégicas del personal.

En función de cada uno de estos objetivos se ordenan objetivos parciales. Así, para el primer objetivo referido al fortalecimiento del aseguramiento se especifica un objetivo parcial de cubrir de manera secuencial al 100% del público objetivo de los extremadamente pobres y pobres en el segmento materno infantil a través de un mejoramiento en el sistema de focalización y el mejoramiento de los niveles de satisfacción en la atención de salud de los beneficiarios mediante la aplicación de indicadores de gestión.

Igualmente, para el objetivo referido a la expansión del SIS a las poblaciones Alto Andinas y de la Amazonía, se propone como objetivo parcial cubrir de manera secuencial al 100% del público objetivo de los extremadamente pobres y pobres del país en los distintos planes mediante la ampliación de la disponibilidad financiera para fortalecer la oferta de servicios así como el mejoramiento de los procesos de afiliaciones y atenciones

Para orientar la ejecución de las acciones se establecen las siguientes prioridades:

- a) Ampliar la cobertura de aseguramiento en el componente materno infantil.
- b) Optimizar y fortalecer la cobertura de aseguramiento en salud a la población en pobreza y pobreza extrema.
- c) Incorporar a la población desprotegida con riesgo de enfermarse.
- d) Desarrollar e implementar el plan de beneficios G, componente de aseguramiento semicontributivo para grupos poblacionales con limitada capacidad adquisitiva.
- e) Extender los beneficios del SIS, a sectores desprotegidos de los servicios de salud y de la seguridad social, incluyendo en el componente semicontributivo del SIS a la población de mototaxistas, triciclistas, cobradores y conductores de transporte público no propietarios dentro del aseguramiento semicontributivo.

En el **Plan Operativo Institucional del SIS para el año 2008** se establece que en el marco de los lineamientos de política sectorial expuestos en el PESEM 2008-2011 del MINSA y los objetivos estratégicos y generales del PEI 2007-2011 se definen los siguientes objetivos:

1. Reducir los riesgos y daños de la población vulnerable en función a las orientaciones de política de salud y los Objetivos del Milenio.
2. Asegurar la eficiencia y la calidad del subsidio del SIS a la población en pobreza y extrema pobreza.
3. Mejorar la disponibilidad financiera de los EE. SS. para fortalecer la oferta de servicios
4. Incrementar la cobertura de aseguramiento semisubsidiado para poblaciones priorizadas.
5. Incorporar mayores recursos a través de la cooperación técnica internacional

6. Dirigir las actividades del SIS dentro del ámbito territorial nacional – ODSIS
7. Incrementar la eficacia y efectividad de los procesos internos
8. Verificar el grado de satisfacción de los beneficiarios del SIS a nivel nacional
9. Lograr la articulación efectiva del SIS con los programas sociales del Estado para el logro de los objetivos y metas de la Estrategia Nacional CRECER.
10. Incrementar la cobertura de aseguramiento al 2011: 70% de población en pobreza y extrema pobreza en los distritos priorizados del ámbito de la E.N. CRECER.

El **Plan Operativo institucional del SIS para el año 2009**, en el marco de la política de aseguramiento universal, prevé como objetivos generales estratégicos: a) lograr el aseguramiento universal en salud otorgando prestaciones con garantía de oportunidad y calidad, b) reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, c) reducir la prevalencia de desnutrición crónica infantil y anemia en niños y niñas menores de 5 años especialmente de las regiones con mayor pobreza, y d) lograr la supervisión y conducción superior en la gestión pública.

De estos se desprenden los siguientes objetivos generales para el periodo 2009:

- a) Fortalecer la eficacia y la efectividad de los diferentes procesos del SIS, desde el marco del aseguramiento universal en salud.
- b) Contribuir a la disminución de la prevalencia de desnutrición crónica infantil y morbilidad materno neonatal de los asegurados del SIS , priorizando los gastos en las prestaciones.
- c) Evaluar y supervisar la calidad de las prestaciones de servicios de salud, otorgados a los asegurados del SIS, por los establecimientos de salud y otros.
- d) Propiciar la captación de recursos a través de convenios con entidades nacionales y de cooperación internacional.
- e) Impulsar la planificación estratégica y la gerencia de calidad en todos los niveles organizacionales.
- f) Verificar el grado de satisfacción de los asegurados del SIS a nivel nacional con la participación de la sociedad civil y la propia comunidad.

La heterogeneidad metodológica, los diferentes niveles de tratamiento, la dispersión de los diferentes temas, la insuficiencia de información, las diferentes variantes en el manejo de los conceptos, entre otros temas, han limitado considerablemente la posibilidad de ordenar las estas orientaciones relacionadas con el SIS con algún criterio metodológico válido.

Es por ello, que en función de los principales documentos de gestión que se han revisado, que orientan la gestión del MINSA y del SIS, se ha procedido a resumir esquemáticamente las principales prioridades y los objetivos que han sido enunciados y que están asociados a las estrategias de aseguramiento.

Cuadro 1. Resumen de Objetivos

OBJETIVOS MINSA	OBJETIVOS SIS
<p>PESEM 2002 – 2006 Objetivos estratégicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Garantizar el acceso y la atención de salud de la calidad adecuada a la necesidad de la población y bajo criterios de equidad. b) Descentralizar y modernizar el sector a través de nuevas modalidades de gestión y financiamiento. <p>PESEM 2004 – 2006 Prioridades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Promoción de la salud y prevención, priorizando pobres, mujeres y niños, a través del SIS para alcanzar cobertura universal de los servicios de salud. b) Suministro y uso racional de medicamentos. <p>Objetivos prioritarios en Salud Individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Reducción morbilidad materna e infantil. b) Garantizar acceso a servicios de salud adecuados y de calidad, c) Aseguramiento universal. d) Acceso y uso racional de medicamentos <p>PESEM 2008 – 2011 Prioridades sanitarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Alta razón de mortalidad materna b) Alta mortalidad infantil. c) Alta desnutrición crónica Infantil d) Prevalencia de enfermedades transmisibles <p>Lineamientos de política:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Atención integral a la mujer y el niño privilegiando la promoción y prevención. b) Vigilancia y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. c) Aseguramiento Universal en Salud. d) Medicamentos de calidad para todos. 	<p>PEI 2002 -2006 Objetivos estratégicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Desarrollo de la demanda, afiliación de la población extremadamente pobre y pobre. b) Desarrollo de la oferta, mejoramiento de la capacidad operativa de la institución. c) Sostenibilidad del SIS, otras fuentes de financiamiento d) Gestión de la calidad. <p>PEI 2004-2006 Objetivos generales:</p> <p>Financiamiento de las atenciones de salud para:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Gestantes b) Menores de 5 años c) Niños y adolescentes menores de 18 años. d) Adultos focalizados. <p>PEI 2007 – 2011 Objetivos estratégicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fortalecer el SIS y mejorar cobertura con prioridad materno infantil. b) Acceso al SIS a población dispersa y excluida c) Fortalecer componente semicontributivo <p>Objetivos generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Contribuir a reducir morbilidad y mortalidad, con prioridad materno infantil. f) Propiciar el acceso universal al seguro con prioridad en grupos en pobreza y pobreza extrema g) Construir sistema de aseguramiento sostenible h) Fortalecer el aseguramiento semicontributivo. i) Mejorar los procesos internos del SIS. <p>POI 2008 Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Reducir riesgos y daños de la población vulnerable. b) Eficiencia y calidad del subsidio del SIS a la población en pobreza y extrema pobreza. c) Mejorar disponibilidad financiera de los ES. d) Incrementar aseguramiento semisubsidado. e) Aseguramiento de 70% de población en los distritos priorizados de CRECER. <p>POI 2009 Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Eficacia y efectividad en procesos SIS b) Contribuir a la reducción de la desnutrición crónica infantil y morbilidad materno neonatal. c) Evaluar calidad de las prestaciones de salud.

1.4 Matriz de Marco Lógico. Formulación de Indicadores y Metas

Como se explicó anteriormente, en ausencia de marco lógico que especifique los indicadores y las metas a conseguir con la implementación de este seguro, se presentará las principales metas de afiliación y atenciones que el MINSA, como órgano rector, ha venido proponiendo para el sistema de aseguramiento en función de sus prioridades sanitarias y la forma como estas orientaciones se recogen y expresan en las metas e indicadores contenidos en los instrumentos de gestión del SIS.

1.4.1 Indicadores y Metas

Sobre la base de la experiencia piloto del SMI, para el año 2001 se trabajaron en el MINSA diferentes escenarios de incorporación progresiva de madres y niños al seguro. Considerando los recursos de presupuesto disponibles para ese año y algunos supuestos de incremento anual, se estableció una meta agregada de afiliación de aproximadamente 1.93 millones madres y niños a ser lograda en el lapso de 3 años.

No se ha logrado obtener información de las metas del SEG, no obstante si se considera la población escolar matriculada a esa fecha, la meta de afiliación se hubiera encontrado situada alrededor de los 6 millones de niños y adolescentes.

En el **Plan Estratégico Multianual de 2002 -2006 del Ministerio de Salud**, si bien se establecen objetivos y metas de atención, no se especifican metas que orienten los procesos de afiliación del SIS.

En el **PESEM 2004-2006 MINSA**, mostrando un cambio en relación con los esquemas de focalización iniciales, se propone lograr el aseguramiento universal de la población como mecanismo para garantizar el acceso a servicios de salud, estableciendo como criterio de priorización la población pobre y extremadamente pobre. Sin presentar mayor información de la población no atendida, de las brechas de atención o de análisis de viabilidad técnica y financiera se proponen las siguientes metas de afiliación relacionándolas con algunas metas sanitarias.

Cuadro 2. Metas de Afiliación según PESEM 2004-2006 del MINSA

Programa	Indicador	Unidad de medida	2004	2005	2006
Salud Individual	Afiliaciones al SIS	N° afiliados	9'750,000	11'822,400	13'333,689
Subprograma Alimentación y nutrición básica	Niños suplementados c/sulfato ferro.	Cobertura	35%	40%	50%
Atención médica básica	Parto atendido por personal de salud	Cobertura	56.0%	58.0%	60.0%

Fuente: PESEM 2004-2006 MINSA

Elaboración: Propia

Se debe precisar que, en el documento señalado se incluyen un conjunto de asignaciones presupuestales de manera agregada por programas y subprogramas, sin que se presente información desagregada que permita sustentar adecuadamente los costos y metas propuestas.

En su **PEI 2002 – 2006**, el SIS como expresión de los lineamientos y objetivos expuestos en el acápite anterior, se propusieron principalmente metas de cobertura para la población identificada en situación de pobreza y pobreza extrema, que en términos agregados son similares a las propuestas por el MINSA. La meta propuesta, de lograr la afiliación de más de 13 millones de personas, se desagregó en metas por grupos

específicos según los 4 planes de atención vigentes y se definieron las siguientes metas de cobertura:

- i) Cobertura de 100% para gestantes y niños de 0 a 4 años para el año 2003
- ii) Cobertura de 100% para los niños de 5 a 17 años para el año 2004 y
- iii) Cobertura de 100% de adultos en situación de emergencia para el año 2006.

No se ha logrado obtener información que permita conocer la situación de partida o línea de base y el universo de personas de cada uno de los grupos; razón por la cual no es posible determinar la magnitud absoluta de las metas.

En el **PEI 2004-2006 del SIS** se reiteran las metas señaladas en el plan anterior, aunque en este caso se parte de un porcentaje de avance, cuya fuente de estimación o magnitud absoluta no se ha podido determinar. Al igual que en los casos anteriores no se ha podido recabar información acerca de las metodologías y los criterios de medición, ni se ha podido obtener estudios técnicos de sustento de las metas propuestas. Las metas se ordenaron de la siguiente manera:

Cuadro 3. Metas de Cobertura según PEI 2004-2006 del SIS

Población objetivo	Cobertura al 2003	Metas de cobertura			
		2003	2004	2005	2006
Niños menores de 5 años	89.23%	100 %			
Gestantes	79.16%	100%			
Menores de 18 años	75.68%		100%		
Adultos focalizados	57.92%				100%

Fuente: PEI del SIS 2004-2006

Elaboración: Propia

Considerando las metas de afiliación agregada, se programaron metas de atenciones y los recursos para su financiamiento.

Cuadro 4. Metas de Afiliación según PEI 2004-2006 del SIS

Programa	Indicador	Unidad de medida	2004	2005	2006
Salud Individual	Recursos	Miles de S/	352,659	422,122	482,563
Población meta	Resultado	Número de afiliados	9'750,000	11'822,400	13'333,689
Atención médica básica	Producto	Miles de atenciones	28,610	33,271	37,828

Fuente: PEI del SIS 2004-2006

Elaboración: Propia

En el **Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud – PESEM 2008 -2011, del MINSA**, como parte de las actividades iniciales de programación bajo la metodología de presupuesto por resultados, se encuentran los primeros avances hacia una mayor especificación a nivel de productos y finalidades presupuestarias vinculadas a metas. En el cuadro 5 se presentan los objetivos estratégicos para dos de los lineamientos de política que presentan relación entre sí, la atención integral de salud de la mujer y el niño y el aseguramiento universal, presentado las metas los indicadores y los recursos financieros.

Se debe observar que la proporción de población asegurada que se considera en el año base del plan, así como la población programada, difieren sustancialmente de aquellas que han sido utilizadas para determinar las metas en los planes anteriores del MINSA y del SIS en el periodo 2002-2006.

Cuadro 5. Metas de cobertura y aseguramiento según PESEM 2008-2011 del MINSA

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD 2007-2020	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	DESCRIPCIÓN	DENOMINACIÓN	CUANTIFICACIÓN ANUAL				
				2007	2008	2009	2010	2011
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LA MUJER Y EL NIÑO PRIVILEGIANDO LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.	Reducir la mortalidad Materna y Neonatal	INDICADOR	Cobertura de Parto institucional en zonas rurales.	48%	55%	60%	65%	70%
		META	Cobertura al 2011	70%				
		RECURSOS	Soles	146,873,052.00	135,058,505.00	143,972,366.33	144,917,775.87	144,107,424.84
	Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años	INDICADOR	Prevalencia de desnutrición en niños menores de cinco años.	23%	21%	19%	17%	16%
		META	Prevalencia al 2011	16%				
		RECURSOS	Soles	53,933,244.00	2,055,305.35	2,190,955.50	2,205,342.64	2,193,010.81
	Reducir la desnutrición crónica de niños menores de cinco años	INDICADOR	Porcentaje de alimentos de programas sociales con control de calidad y disponibles localmente en cinco provincias priorizadas	0	90%	90%	90%	90%
		META	Tonelada métrica de alimentos con control de calidad.	0	714	746	770	778
		RECURSOS	Soles	0	8,526,269.00	8,696,794.00	8,870,730.00	8,870,730.00
	Reducir la morbilidad Materno Neonatal	INDICADOR	Cobertura en morbilidad Materna - Infantil	50%	61%	73%	86%	98%
		META	Atendidos		469,768	p.d	p.d	p.d
		RECURSOS	Soles		47,838,529.00	50,230,456.00	52,741,978.00	55,379,077.00
	Reducir la prevalencia de Desnutrición Crónica y anemia en niños y niñas menores de 5 años	INDICADOR	Cobertura en niños menores de 5 años	50%	61%	73%	86%	98%
		META	Atendidos		1388,166	p.d	p.d	p.d
		RECURSOS	Soles		82,924,907.00	87,071,152.00	91,424,710.00	95,995,946.00
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD	Lograr el aseguramiento en salud otorgando prestaciones con garantías de oportunidad y calidad.	INDICADOR	Cobertura en los componentes de Aseguramiento	48%	61%	73%	86%	98%
		META	Asegurados	5'800,000	7'300,000	8'800,000	10'300,000	11'800,000
		RECURSOS	Soles	314,799,299.00	340,110,916.00	374,972,285.00	375,247,910.00	393,720,899.00

En el **Plan Estratégico Institucional 2007-2011 del SIS** se consigna que se ha logrado alcanzar una proporción de 10.6 millones de afiliados al 2006. A partir de esta base se presentan y desagregan las metas globales y según grupos de población que se propone lograr en los siguientes años.

Cuadro 6. Metas de afiliación y de atención según PEI 2007 – 2011 del SIS

Programa / subprograma	Descripción	Unidad de medida	Cuantificación anual				
			2007	2008	2009	2010	2011
Población meta	Resultados	Miles de Afiliados	11,600	12,080	12,560	13,040	13,520
Atención Médica Básica							
Atención Madre- niño	Recursos	Miles de soles	41,442	42,576	43,766	45,017	46,329
	Productos	Miles de atenciones	2,146	2,205	2,267	2,332	2,400
Atención niño y adolescente	Recursos	Miles de soles	62,631	64,345	66,144	68,034	70,017
	Productos	Miles de atenciones	4,969	5,105	5,248	5,398	5,555
Adultos en Pobreza	Recursos	Miles de soles	4,364	4,483	4,609	4,740	4,878
	Productos	Miles de atenciones	34	35	36	37	38
Adultos focalizados según ley	Recursos	Miles de soles	1,163	1,195	1,228	1,263	1,300
	Productos	Miles de atenciones	85	88	90	93	95

Fuente: SIS, PEI 2007-2011

Elaboración: Propia

De la información revisada se desprende que tanto la información de partida para el plan, así como la referida a las metas programadas no guardan consistencia con los planes anteriores del SIS ni con los planes del MINSA.

En la reprogramación del **Plan Operativo Institucional para el período 2008**, el SIS establece que sobre la base de un nivel de aseguramiento que alcanza a 8.9 millones de personas se espera lograr la meta que el Plan Nacional Concertado de Salud establece para el año, que asciende a 10.5 millones de afiliados al SIS.

En el **Plan Operativo Institucional del SIS para el período 2009**, se señala que se ha logrado un avance significativo en el proceso de aseguramiento, alcanzando al mes de octubre de 2008 a una población de 9.88 millones de afiliados. Al igual que en el plan operativo anterior se indica que para el año se ha estimado cubrir a una población de 10.5 millones, en cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Nacional Concertado de Salud.

Sobre la base de los documentos revisados y la información estadística disponible se presenta de manera resumida en el Cuadro 7 las metas de aseguramiento que fueron propuestas en sus respectivos planes por el MINSA y por el SIS. Igualmente se incluyen los datos agregados de las afiliaciones realizadas por el SIS que se encuentran contenidos en sus informes estadísticos.

Cuadro 7. Resumen de metas de afiliación programadas según MINSA y SIS y afiliaciones

PLANES	METAS ANUALES								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
PESEM MINSA 2004-2006		9'750,000	11'822,400	13'333,689					
PEI SIS 2002-2006									
Gestantes y niños < 5 a	100%								
Niños y adolescentes		100%							
Adultos				100%					
PEI SIS 2004-2006		9'750,000	11'822,400	13'333,689					
PESEM MINSA 2008-2011					5'800,000	7'300,000	8'800,000	10'300,000	11'800,000
PEI SIS 2007-2010					11'600,000	12'080,000	12'560,000	13'040,000	13'520,000
POI SIS 2008						10'500,000			
POI SIS 2009							10'500,000		
AFILIADOS	7,571,302	9,188,828	11,026,607	10,389,190	6,983,157	10,358,793			

Fuente: MINSA, SIS, varios planes

Elaboración: Propia

1.5 Caracterización y cuantificación de población a ser atendida

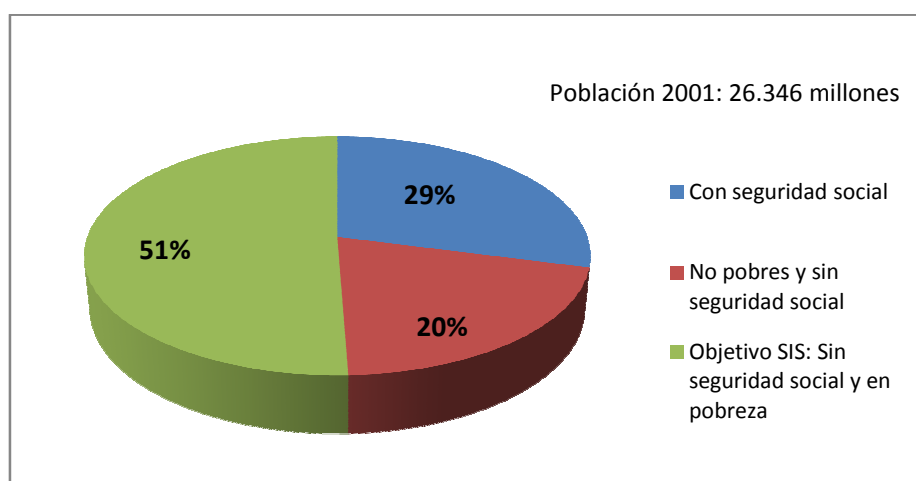
1.5.1 Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo

Como se ha podido observar, a través de la información contenía en los instrumentos de gestión, los criterios para determinar la población objetivo a ser incorporada al sistema de aseguramiento han sido diversos y han sufrido modificaciones desde su origen. Inicialmente, se consideraron criterios sanitarios, que relacionaron patologías prevalentes que afectan a grupos específicos de la población asociados a niveles de pobreza, luego se enfatizaron los criterios de pobreza y pobreza extrema y finalmente a este último se le han agregado progresivamente otros criterios que están contenidos en las decisiones normativas que establecen la incorporación de otros grupos de la población al sistema.

En el diseño de SMI, sobre la base de la caracterización de los problemas de morbilidad y mortalidad materna e infantil, se identificó como población a ser atendida a las gestantes y niños menores de 5 años que se encontraban en situación de pobreza y pobreza extrema. Como se indicó anteriormente, los estimados iniciales de población de estos dos grupos ascendieron, de manera agregada, a 1.93 millones de personas para el año 2001. En función de los recursos disponibles se esperaba lograr la meta de 100% de afiliación al sistema en un período de tres años.

En el caso del SEG no se ha logrado identificar la existencia de una meta específica de beneficiarios. No obstante, en la medida que el criterio de selección estuvo definido por la matrícula en los centros de educación estatales, se puede inferir a partir de las estadísticas del Ministerio de Educación, que la población beneficiaria probable estuviera en el orden de los 6.3 millones de niños y adolescentes matriculados en la educación básica regular en los últimos años de la década del '90.

Después de la fusión del SEG y SMI y con la creación del SIS en el año 2002, se modifica el criterio de prioridades sanitarias y grupos vulnerables y se enfatiza el criterio de población general en situación de pobreza y pobreza extrema. Bajo esta orientación, para el periodo 2002-2006 la estimación de la población objetivo involucra a una proporción del 50.6% de la población total. Se define como población objetivo a todas las personas en situación de pobreza y pobreza extrema que no cuentan con seguridad social, Con este último criterio se eleva la población objetivo del SIS a 13.33 millones de personas (Oficina de Planeamiento y Desarrollo del Seguro Integral de Salud, 2006).

Gráfico 1. Población Objetivo del SIS 2002-2006

Fuente: SIS, Informe de Gestión Proceso de Transparencia 2001-2006.
Elaboración: Propia

Con la fusión del SEG y SMI se genera para el SIS una población beneficiaria compuesta por madres, niños y población escolar, que se ordena mediante la creación de planes para la prestación de servicios. Mediante D.S. N° 003-2002-SA de mayo de 2002 se dispone la creación de los siguientes componentes: Plan A dirigido a niños de 0 a 4 años, Plan C para gestantes y el Plan B para niños y adolescentes de 5 a 17 años.²

En julio del mismo año, mediante Resolución Ministerial del MINSA los planes de atención se amplían incorporándose los Planes D y E³. En el Plan D, se incorpora un criterio de emergencia asociado a niveles de pobreza. Fue definido como prestaciones para adultos en estado de pobreza, sin seguro de salud y que se encuentran en situación de emergencia, entendida como enfrentada a daños que pongan en riesgo la vida y/o puedan producir lesiones permanentes.

Por su parte, el Plan E, bajo la denominación de adultos focalizados, se crea para incorporar a las poblaciones determinadas por leyes y otras normas legales. De manera específica, se crea para incorporar a las personas pertenecientes a las organizaciones de base y a los Wawa Wasis, cuya incorporación había sido dispuesta por la ley N° 27660. El reglamento que dispone los mecanismos para la aplicación de la ley se aprobó un año después.

En marzo del 2003, mediante D.S. N° 006-2003-SA se aprueba el reglamento de la ley⁴ y en el se explicita como criterios para la afiliación al SIS, la pertenencia a las organizaciones de base y los Wawa Wasi. En relación con las organizaciones de base el reglamento establece que se considera a todos aquellos que estén prestando servicios en: los comedores populares, los clubs de madres, los comités del vaso de leche, los comedores populares autogestionarios, los Wawa Wasis y otros grupos considerados en la ley N° 25307 que los regula.

2 Decreto Supremo No. 003-2002-SA. “Establecen disposiciones referidas a las prestaciones ofrecidas por el Seguro Integral de Salud”.

3 Resolución Ministerial No. 1090-2002-SA/DM del 01 de Julio del 2002

4 Decreto Supremo No. 006-2003-SA. “Aprueban el Reglamento de la Ley No. 27660, Ley que declara de carácter prioritario del Seguro Integral de Salud para las Organizaciones Sociales de Base y los Wawa Wasis” del 7 de marzo del 2003.

En junio de 2005, mediante la Ley N° 28588 se dispone la incorporación de la población mayor de 17 años en situación de pobreza y pobreza extrema y se declara de carácter prioritario la implementación del componente salud mental.

En marzo del año 2006, se introducen una serie de criterios como ámbitos de residencia, temas de violencia o tipo de ocupación y se amplían las prestaciones de salud del SIS, a través de la creación del Plan E2 Población Amazónica dispersa y excluida, Población Alto Andina dispersa y excluida, Agentes Comunitarios de Salud y las Víctimas de la Violencia Social⁵. Se crea también el Plan G: Componente de Aseguramiento Semicontributivo dirigido a grupos poblacionales con limitada capacidad adquisitiva.

En agosto del mismo año, a través de Decreto Supremo N° 018-2006-SA, se amplían las prestaciones del SIS para la población de moto taxistas a nivel nacional, dentro del Componente Semicontributivo (SiSalud).

Mediante el D.S.N° 004-2007-SA, de marzo de 2007, se procede a un reordenamiento de los planes de beneficios que venía ofreciendo el SIS, reemplazando los planes existentes (A, B, C, D, E y G) por el establecimiento del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS)⁶ y la aprobación de nuevos componentes de aseguramiento: (a) Componente Subsidiado, dirigido a la población de pobreza y pobreza extrema que no cuenta con seguro de salud; (b) Componente Semisubsidiado, dirigido a la población con limitada capacidad de pago, que no cuenta con un seguro de salud.

Se debe destacar que en relación con las normas que se han reseñado, no se ha logrado establecer la existencia de características o tamaños específicos de población objetivo a ser incorporada al SIS según los criterios de selección incorporados en aquellas, ni se ha determinado la existencia de metas de afiliación para estos grupos. Tampoco se ha logrado establecer cual ha sido el criterio seguido para sustentar la priorización en la atención de salud de cada uno de estos grupos.

Por otra parte, resulta importante mencionar que el SIS ha reportado en sus informes estadísticos, la existencia de personas que han sido afiliadas SIS y que han recibido atenciones, estando afiliadas a ESSALUD.

En el ~~Cuadro 8~~~~Cuadro 8~~~~Cuadro 8~~ se muestra la distribución de las afiliaciones considerando los planes de atención y grupos etarios vigentes durante el periodo 2002-2006, mientras que el Cuadro 9 muestra las afiliaciones totales y su distribución por grupo de edad en relación con las metas de afiliación anual establecidas para el periodo 2007-2011.

⁵ Decreto Supremo 006-2006-SA

⁶ Decreto Supremo 004-2007-SA. "Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS" del 16 de Marzo del 2007.

Cuadro 8. SIS: Población Objetivo y Afiliada 2002-2006

Planes	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006
Meta afiliación	5.86		7.50		9.75		11.50		13.33
Afiliados	5.86	100	7.74	100	9.19	100	11.02	100	10.39
A: 0-4 años	2.01	34	2.49	32	3.07	33	3.44	31	2.7
B: 5-17	3.11	53	4.14	53	5.25	57	6.70	61	7.09
C: Gestantes	0.55	9	0.72	9	0.66	7	0.65	6	0.2
E: Adultos Focalizados	0.19	3	0.20	3	0.21	2	0.23	2	0.36
G: Contributivo			0.19	2					0.04

Fuentes: Memorias Anuales SIS, 2002-2006

Elaboración: Propia

Cuadro 9. SIS: Población Objetivo y Afiliada 2007-2011

Grupos Etáreos	2007	%	2008	%	2009	2010	2111
Meta afiliación	11.60		12.08		12.56	13.04	13.52
Afiliados	6.98	100	10.39	100			
a. Componente Subsidiado:							
Niños (0-4)	1.71	24	1.98	19			
Niños (5-9)	1.30	19	1.69	16			
Adolescentes (10 – 19)	2.09	30	2.89	28			
Adulto (20-59)	1.54	22	3.17	31			
Adulto Mayor (60 +)	0.27	4	0.6	6			
b. Semi Subsidiado	0.07	1	0.06	1			

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2007-2011

Elaboración: Propia

1.5.2 Caracterización y cuantificación de los servicios provistos a la población

El SIS como instrumento de financiamiento de los servicios de salud, realiza una serie de funciones relacionadas con la administración de los recursos, pero no brinda servicios directos a la población. Como parte de un proceso de reforma sectorial, la creación del SIS configura un esquema de separación de las funciones de financiamiento de las funciones de prestación de servicios. Así, mientras que la prestación de servicios, es de responsabilidad del MINSA, los gobiernos regionales y locales, el SIS cumple con la función de pagar los costos variables por los servicios que los prestadores brindaron a los asegurados.

A través de este mecanismo de pago, que se realiza como transferencias monetarias para reembolsos a los establecimientos de salud, el SIS cuenta con una herramienta que genera una serie de incentivos para inducir cambios y ajustes en la función de producción de los establecimiento de salud para orientar la oferta de servicios en función de las patologías prevalentes y las prioridades de salud pública.

Aún cuando estos procesos tienen una relación y un probable efecto en la forma como se desarrollan los servicios de salud, la naturaleza de sus funciones y su mandato

institucional, no establecen una responsabilidad directa en la producción y prestación de los servicios de salud al ciudadano.

1.6 Procesos Operativos del SIS, estructura organizacional y mecanismos de coordinación

En el desarrollo de la función de financiamiento, los seguros públicos de salud deben estar en capacidad de cumplir, entre otras, las siguientes principales funciones: a) asegurar los recursos financieros, b) realizar los análisis de riesgos y la administración del sistema y c) realizar el pago a los proveedores de servicios. Como mecanismo de financiamiento le corresponde realizar las gestiones y administrar los procesos que conducen a lograr la obtención y generación de recursos necesarios para el funcionamiento del sistema.

El análisis de los riesgos que están asociados a la identificación de grupos y segmentos de la población objetivo, en función de prioridades sanitarias, debe orientar la formulación de los planes de beneficios, considerando costos unitarios y la determinación de tarifas de pago. La estructuración de procesos y procedimientos para la selección de beneficiarios, el manejo de los registros de afiliados, la supervisión de la calidad y la calificación de las atenciones, son entre otros los componentes clave de esta función.

La función de pago supone el desarrollo de un conjunto de instrumentos técnicos y procedimientos que permitan determinar con claridad la producción consumida que se debe pagar, considerando regulación y supervisión y también el desarrollo de mecanismos e incentivos para inducir cambios en la oferta y en el prestador.

Para el cumplimiento de sus objetivos funcionales y su misión de administrador de los fondos para el financiamiento de las atenciones de salud, el SIS desarrolla los siguientes macro procesos: a) promoción y afiliación, b) control de calidad y validación de atenciones; y, c) reembolsos. Estos procesos constituyen la base sobre la cual se ha diseñado una estructura organizativa encargada de la implementación de estos procesos y el desarrollo de los procedimientos operativos.

1.6.1 Procesos de afiliación, control de atenciones y reembolsos del SIS

Proceso de Promoción y Afiliación

Con la finalidad de proporcionar información a los potenciales usuarios acerca de los beneficios del sistema de aseguramiento, se han realizado en distintos momentos diversas actividades de difusión y promoción. Durante la implementación del SMI, se hizo labores de difusión a través de medios de prensa escrita y radial a nivel local y se capacitó al personal de salud y se les entregó material impreso para su distribución⁷. En el caso del SEG solo se ha conocido la información general brindada a través de la prensa

⁷ Rodel Karin, Holst Jens “Evaluación del Seguro Materno Infantil (SMI) en el Perú con la metodología InfoSure. Proyecto Sectorial “Seguros Sociales de Salud en países en desarrollo”, GTZ, diciembre 2001

Aún cuando, la promoción es una herramienta muy importante para la difusión del uso del seguro en la población, es una ventana directa para difundir los beneficios y coberturas del SIS, no se logró establecer la existencia de acciones estructuradas de comunicación y mercadeo social durante los primeros años desde la creación del SIS

De acuerdo a las entrevistas sostenidas con representantes del SIS, desde el 2006 se vienen realizando estudios de percepción a nivel nacional, ejecutados por la Gerencia de Mercadeo Social, con la finalidad de obtener información que permita desarrollar una estrategia focalizada en función de las demandas de la población y las características del prestador. Se ha mencionado que los recursos reducidos en el presupuesto del SIS habrían limitado la posibilidad de contar con planes y estrategias de mercadeo y con ello el desarrollo de campañas de comunicación sostenidas, que contribuyan a un mejor posicionamiento del SIS.

Durante el desarrollo de las entrevistas, se tomó conocimiento de la existencia reciente de campañas de afiliación con los módulos CRECER, a través de los cuales los promotores, financiados por el SIS, levantan información de las familias por manzanas, preguntan si tienen algún tipo de seguro y ofrecen información acerca del SIS. Asimismo, se vienen haciendo esfuerzos para promover la afiliación en zonas urbano-marginales como es el caso del piloto de afiliación que se viene preparando en cinco zonas de pobreza de la Región Callao.

Se ha mencionado la realización de algunas campañas locales de afiliación, que son efectuadas por el personal asistencial del MINSA que labora en los ES del primer nivel de atención y en algunos casos por promotores contratados por el SIS. Se ha referido también que en diferentes lugares, el personal de salud, por iniciativa propia se moviliza hacia zonas donde reside la población objetivo con el fin de promover su afiliación al SIS.

Afiliación

El proceso de afiliación es uno de los más importantes en el desarrollo del sistema de aseguramiento, por cuanto es el mecanismo que permite determinar la condición de beneficiario, que está directamente relacionado con la acreditación del derecho. De manera general, en la afiliación se ha incluido un proceso de evaluación socioeconómica como condición previa a la incorporación al sistema. Los procedimientos y los instrumentos de esta evaluación se han venido modificando y ajustando en el tiempo.

El proceso de afiliación se realiza a través de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, esto es, en centros y puestos de salud. Inicialmente, en el SMI, las madres y niños menores de 5 años, se afiliaban al seguro mediante el llenado del formato de afiliación y el pago de una contribución de S/. 5 para las gestantes y S/. 10 nuevos soles para los niños, menores de 5 años. Sin embargo, la imposibilidad de pago para la mayoría de la población generó un proceso de afiliación exonerando del pago a estos grupos en consideración a sus condiciones económicas y áreas de residencia. La

afiliación tenía una vigencia durante el embarazo, parto y puerperio de la madre y durante los primeros años de vida del niño⁸.

En el caso del SEG, el procedimiento general consideraba un proceso de acreditación a través de una ficha de registro que era proporcionada por el Ministerio de Educación y la atención se brindaba a través de los establecimientos del MINSA más cercanos al domicilio del beneficiario⁹.

Después de la fusión y con la creación del SIS, el proceso de afiliación se hace únicamente en los establecimientos de salud. En cada establecimiento se define a las personas que se puede afiliar en función de su lugar de residencia y su condición de población de referencia dentro del ámbito de responsabilidad del establecimiento.

Para la realización de la evaluación de las personas que solicitan su incorporación al sistema, el SIS elaboró una ficha socioeconómica que registra información de los hogares referida principalmente a las variables demográficas, de educación y ocupación, condiciones de la vivienda y datos del hogar. A través de un algoritmo que le asigna ponderaciones a cada categoría incluida en la ficha, se determina la condición socioeconómica del solicitante que sirve para determinar su condición de elegible para su inclusión en el seguro. Una vez definida la condición de pobreza se llena el formato de afiliación y se procede a su incorporación. Se debe mencionar que hasta el año 2006 la afiliación incluía un pago de S/. 1 por afiliado.

Hasta el año 2007, el proceso de afiliación tenía como procedimiento general la aplicación previa de la ficha socioeconómica (FESE) como criterio de selección. Con la aprobación de la estrategia nacional CRECER, que establece un mecanismo de focalización geográfica a través del cual se prioriza a 880 distritos rurales en situación de pobreza y pobreza extrema, el proceso de afiliación es modificado. La afiliación, que se realiza en función de criterios socioeconómicos pasa a realizarse de dos maneras: directa e indirecta.

La afiliación se hace de manera directa cuando no se realiza la evaluación socioeconómica, es decir no se aplica la ficha FESE y es indirecta, cuando resulta de la aplicación del proceso de evaluación socioeconómica, mediante la aplicación de la ficha FESE. La afiliación directa se realiza de manera general para toda la población que reside en los distritos del ámbito CRECER y para las personas comprendidas en las normas legales que les otorgan prioridad. La afiliación indirecta se realiza para las personas que residen en los ámbitos no considerados en la estrategia CRECER.

En los casos en los que se aplica la FESE, los datos e información que están contenidas en esta se digitan en un aplicativo informático de escritorio que se encuentra en los establecimientos de salud que son puntos de digitación del sistema, y sobre la base de un algoritmo de criterios de puntuación, determina si el potencial usuario es pobre (B) o pobre extremo (C). La pertenencia a cualquiera de estas categorías habilita al usuario para afiliarse al sistema de aseguramiento subsidiado. De encontrarse en la categoría

⁸ Rodol Karín, Holst Jens “Evaluación del Seguro Materno Infantil (SMI) en el Perú con la metodología InfoSure. Proyecto Sectorial “Seguros Sociales de Salud en países en desarrollo”, GTZ, diciembre 2001

⁹ Bermejo, Rogelio “Salud Materno Infantil, incluida la planificación familiar “. Cien años de cooperación al Perú. OPS/OMS.

(A) no pobre, y siempre que cumpla con las condiciones de bajos ingresos podrá afiliarse en el régimen semisubsidiado.

Tanto en los caso de afiliación directa como indirecta, se debe llenar el formato de afiliación, que tiene las características de una declaración jurada. Cuando la afiliación es indirecta, la evaluación socioeconómica se hace cada tres años y en función de esto se define la continuidad o el paso al sistema semisubsidiado.

Los requisitos para la afiliación son: a) DNI o partida de nacimiento y b) ficha de afiliación. La ficha de afiliación es una declaración jurada que no tiene vencimiento en los casos la población que se encuentra dentro de los ámbitos de CRECER. Se ha mencionado que no se puede afiliar si las personas solicitantes no pueden acreditar los datos exactos.

En algunos casos se puede afiliar cuando la usuaria no cuenta con documentos de identificación, mediante la presentación de una constancia de la autoridad de la comunidad que pueda brindar nombre y apellidos y fecha de nacimiento o en los casos de emergencia.

Los requisitos para la afiliación son los siguientes:

Cuadro 10. Requisitos de Afiliación según el TUPA del SIS

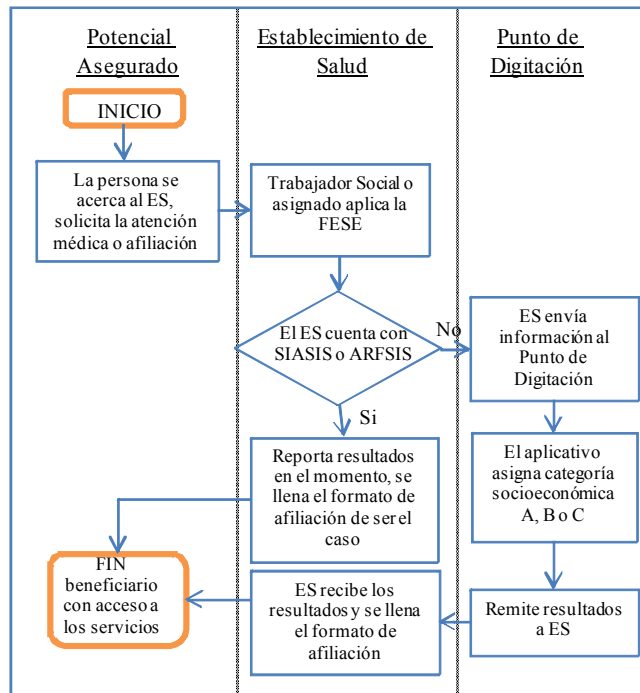
Componente Subsidiado	Componente Semisubsidiado
La afiliación es gratuita, individual y/o familiar, sin límites de edad	La afiliación es individual y/o familiar. El límite de edad es de 65 años para el titular
- No estar asegurado	- No estar asegurado
- Firma o huella digital en la Ficha de Afiliación, Declaratoria de Beneficios y Declaración Jurada	- Firma o huella digital en la Ficha de Afiliación, Declaratoria de Beneficios y Declaración Jurada
- Pertenecer al quintil de pobreza (vía aplicación de FESE ¹⁰)	- Aplicar la FESE
- Tienen afiliación directa, no se aplica la FESE por pertenecer a ámbitos de CRECER.	- Efectuar el pago de la primera aportación mensual:
- Adultos focalizados según leyes de incorporación	Afiliación Individual:
	S/10 Ingresos menores a S/.700 para los independientes y SNP
	S/ 20 De S/.700-1000 para independientes
	De S/.700-1600 para SNP
	Afiliación Familiar:
	S/30 Hasta S/.1000
	SNP hasta S/.1600

Fuente: D.S. 007-2009-SA "Aprueban texto único de procedimientos administrativos-TUPA del Seguro Integral de Salud – SIS, "Procesos Prestacionales del Seguro Integral de Salud". Presentación.
Elaboración: Propia

Para aquellas familias o individuos que no tengan afiliación directa, es decir cuyo lugar de residencia no se encuentre en uno de los 880 distritos del programa CRECER, o que no pertenezcan a uno de los grupos poblacionales beneficiarios según leyes o normas expresas el proceso de **afiliación para el componente Subsidiado** (**Gráfico 2Gráfico 2Gráfico 2**) se inicia en el establecimiento de salud con el llenado de la Ficha de

¹⁰ FESE: Ficha de Evaluación Socioeconómica

Gráfico 2. Proceso de Afiliación del Componente Subsidiado con aplicación de FESE



Evaluación Socioeconómica (FESE). Si bien, el proceso de evaluación socioeconómica se realiza sobre la información de todos los miembros del hogar, el proceso de afiliación es individual.

Posteriormente, los datos registrados en la FESE se ingresan al aplicativo informático SESE SIS, que es el que contiene el algoritmo de evaluación, al que se puede acceder a través de la plataforma de escritorio ARFSIS o la plataforma web SIASIS. Dependiendo de la accesibilidad geográfica del ES y/o la cercanía de éste al Punto de Digitación (PD), el proceso afiliación puede

extenderse de 2 días a un mes.

En lo que respecta al **componente Semisubsidiado**, el proceso de afiliación se inicia en la Oficina Desconcentrada del SIS (ODSIS) y no en el ES. En el caso que el solicitante haya sido evaluado por un ES en la categoría A, no pobre, deberá concurrir a la ODSIS para su afiliación en este componente.

En la ODSIS se llena la ficha de afiliación y declaración jurada que incluye entre otros, el monto de los ingresos, se le anexa el recibo del pago realizado en el Banco de la Nación y se suscribe el contrato de aseguramiento del componente semisubsidiado.

Una vez completado el procedimiento, la ODSIS remite la relación de afiliados de este componente al SIS central utilizando los aplicativos informáticos.

Cabe destacar que en el régimen semisubsidiado se considera períodos de carencia según especialidades (consulta externa 30 días, cirugía menor 3 meses, maternidad 10 meses, etc). En cambio en el régimen subsidiado, el afiliado goza de los beneficios de la atención desde el momento de su afiliación.

En el caso que un individuo en situación de pobreza, no sea afiliado y requiera atenderse por emergencia en un lugar que no sea de su residencia, se utiliza el Formato de Inscripción para proceder a la atención. Este formato también se aplica para la atención de recién nacidos de madres aseguradas.

Proceso de control de calidad y validación de atenciones

El proceso de atención y la provisión de los servicios de salud a los asegurados del SIS así como la calidad y oportunidad de estos, es responsabilidad de las entidades prestadoras, es decir del MINSA, los gobiernos regionales y los gobiernos locales. No obstante, con la finalidad de que la atención brindada sea financiada por el SIS, el establecimiento de salud debe verificar que el paciente cuente con la ficha de afiliación y presente el DNI u otro documento que lo identifique o el voucher de atención vigente para el componente Semisubsidado.

Si el paciente está asegurado por el SIS, el personal del establecimiento continuará con los procesos de admisión, atención y prescripción de medicamentos o procedimientos médicos y deberá llenar el formato único de atención. De acuerdo con la normatividad vigente,¹¹ las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS) y las Direcciones de Salud (DISAS) a través de las Direcciones Ejecutivas de Salud de las Personas, son los responsables del cumplimiento de los procesos de atención. Asimismo, la implementación y evaluación de los procesos de atención cuenta con el apoyo de la Oficina de Gestión de la Calidad de la DIRESAS o DISAS para los establecimientos del primer nivel de atención. En los establecimientos de mayor complejidad se cuenta con el apoyo de la oficina o área de administración del establecimiento.

El proceso de control de calidad y validación de las atenciones cumple un rol fundamental dentro del funcionamiento del SIS, pues constituye el mecanismo a través del cual se puede determinar si la producción realizada esta asociada a los riesgos de salud de la población beneficiaria, si se encuentra dentro de los planes de beneficios, si corresponde a los procedimientos médicos y en función de ello determinar el valor de producción a ser reembolsado. Para el desarrollo de esta tarea es indispensable el desarrollo de los sistemas de registro y manejo de volúmenes significativos de información.

Inicialmente, las DISAs remitían al SMI un informe de producción mensual previa revisión de la instancia regional a través de formatos estandarizados para solicitar los reembolsos por las prestaciones realizadas. El SMI luego de una revisión que, en algunos casos podría considerar algunos controles aleatorios procedía a su aprobación para el posterior pago.

Posteriormente, se han venido mejorando los procedimientos de registros de atenciones, y recientemente se ha incorporado un nuevo formato de atenciones que incluye mayor información sobre las atenciones críticas y los procedimientos dispuestos para los grupos en riesgo.

El proceso se inicia con el llenado del formato de atención por el responsable de la prestación del servicio dispensado en el ES. Periódicamente, estos formatos de atención son enviados al punto de digitación (PD) donde la información es ingresada al sistema. Frecuentemente los puntos de digitación están ubicados en un centro de salud. Los

¹¹ Resolución Ministerial No. 315-2007/MINSA del 16/04/2007 que aprueba la “Directiva Administrativa para la implementación de flujograma de procesos de atención de afiliados del Seguro Integral de Salud en los establecimientos del Ministerio de Salud.”

puestos de salud remiten al punto de digitación los formatos de atención en frecuencias que pueden variar entre una semana, quincena o mes.

En el punto de digitación el responsable ingresa los datos contenidos en los formatos de atención y en este proceso se produce un primer filtro de consistencia. El sistema informático revisa automáticamente la consistencia de la información durante su registro, como es el caso de la existencia de los datos del afiliado en el sistema, lugar de residencia, códigos de prestación y farmacia debidamente ingresados, tipo de atención, etc.

Una vez registrados, el responsable del punto de digitación remite a la ODSIS la información consolidada y los formatos de atención que la sustentan.¹² Una vez recibida la información por la ODSIS, es revisada y consolidada y se hace una primera prueba de consistencia mediante el uso del aplicativo informático que tiene reglas de validación. Por ejemplo, no se puede aprobar un CRED para niños mayores de 5 años, no se puede hacer control prenatal a una mujer que no se ha registrado como gestante, se busca las atenciones que no tienen diagnóstico o la prescripción de medicamentos sin diagnóstico.

Si luego de esa prueba de consistencia la ODSIS constata que hay atenciones que presentan inconsistencia u observaciones, se le envía un reporte en Excel a la Unidad de Seguros para que derive al establecimiento y pueda revisarla y completar la información para incluirla en el siguiente envío. Luego de este proceso de consistencia se envía la información al SIS central.

Se debe mencionar que hasta el mes de noviembre de 2008 en las ODSIS se realizaba este proceso y se abría un sistema de visores para la auditoria médica, es decir, la revisión por un especialista que se realizaba de manera aleatoria. Los resultados eran enviados al SIS central donde la gerencia de operaciones podía hacer una nueva revisión o aceptar la realizada a nivel regional.

Durante el presente año se ha desarrollado algunos cambios en el procedimiento y se espera automatizar este proceso a través de un aplicativo informático, es por ello que esta tarea de la auditoria médica en las regiones fue suspendida, desde enero.

Una vez revisadas las atenciones en el SIS central, la gerencia de operaciones es la encargada de aprobar las atenciones y rechazar aquellas que no haya pasado los controles señalados. De existir prestaciones rechazadas, el SIS central envía la relación a las ODSIS y éstas a su vez las remiten a las UE. Por su parte, las UE envían este listado de prestaciones a los ES para que determinen si amerita se solicite una reconsideración.

El ES una vez que ha revisado el caso organiza la información adicional que es necesaria para la solicitud de reconsideración y la envía a través del punto de digitación a la ODSIS de modo que sean nuevamente revisados por el SIS central. De ser procedente, el SIS central aprueba las prestaciones que fueron previamente observadas o rechazadas.

¹² Las prestaciones extemporáneas no serán consideradas para pago, salvo casos excepcionales debidamente justificados ante las ODSIS, reconociéndose el componente de reposición correspondiente.

Luego de consolidar la información a nivel nacional, la Gerencia de Operación revisa, verifica y aprueba la producción preliminar reportada del periodo y determina el valor neto de producción y remite a la gerencia de financiamiento para la liquidación de pagos.

Proceso de reembolsos a las Unidades Ejecutoras

El SIS, en el marco de su función de administrador de fondos de salud, transfiere recursos a las unidades ejecutoras (UE) mediante los mecanismos establecidos en la Ley del Presupuesto Público. En función del valor neto de la producción de atenciones validadas, se realiza las transferencias a las UE, quienes a su vez reembolsan a los ES por las prestaciones otorgadas a los asegurados.

Una vez aprobado el valor de la producción, la Gerencia de Financiamiento registra, controla y realiza el cierre financiero mensual de las prestaciones tarifadas y no tarifadas. Realiza el agrupamiento de las transferencias por Unidades Ejecutoras y por establecimiento de salud. Después de realizadas las transferencias envía la información desagregada hasta el nivel de establecimiento de salud a la DIRESA, las UE y la ODSIS y se publica en la página web del SIS.

La Gerencia de Financiamiento, realiza la programación de las transferencias y/o los pagos por la modalidad de aplicación directa por los componentes subsidiado y semisub subsidiado y remite la solicitud de calendario de compromisos inicial a la Oficina de Planeamiento y Desarrollo (OPD).

La OPD, informa a la Gerencia de Financiamiento la disponibilidad de recursos en función del Calendario de Compromisos aprobado para el pago de las prestaciones de salud reportadas por los establecimientos de salud.

La Gerencia de Financiamiento y la OIE lleva el control mensual de la producción preliminar, aprobada y pagada. La diferencia entre la producción preliminar y la aprobada será ajustada en el plazo de diez (10) días útiles.

Después de aprobada la disponibilidad presupuestal, la Oficina de Administración efectúa las transferencias de fondos a las UE por concepto de pago de los servicios prestados, a solicitud de la Gerencia de Financiamiento y autorizado por el Jefe del SIS.

Una vez realizadas las transferencias a las UE a través del Banco de la Nación, los gobiernos regionales deben incluir estos recursos en el presupuesto mediante la expedición de una norma (ordenanza o resolución regional). Luego se debe producir la programación de los recursos y la ampliación de calendario para proceder a su uso.

Considerando las demoras que se producían usualmente en la realización de este proceso 12 veces al año, recientemente el SIS ha procedido a comunicar a los gobiernos regionales la programación trimestral de las transferencias con la finalidad de reducir los tiempos de incorporación al presupuesto y programación y aprobación de calendarios.

Luego de la incorporación de estos recursos en el presupuesto, se procede a realizar los reembolsos a los ES de su jurisdicción por el pago de prestaciones.

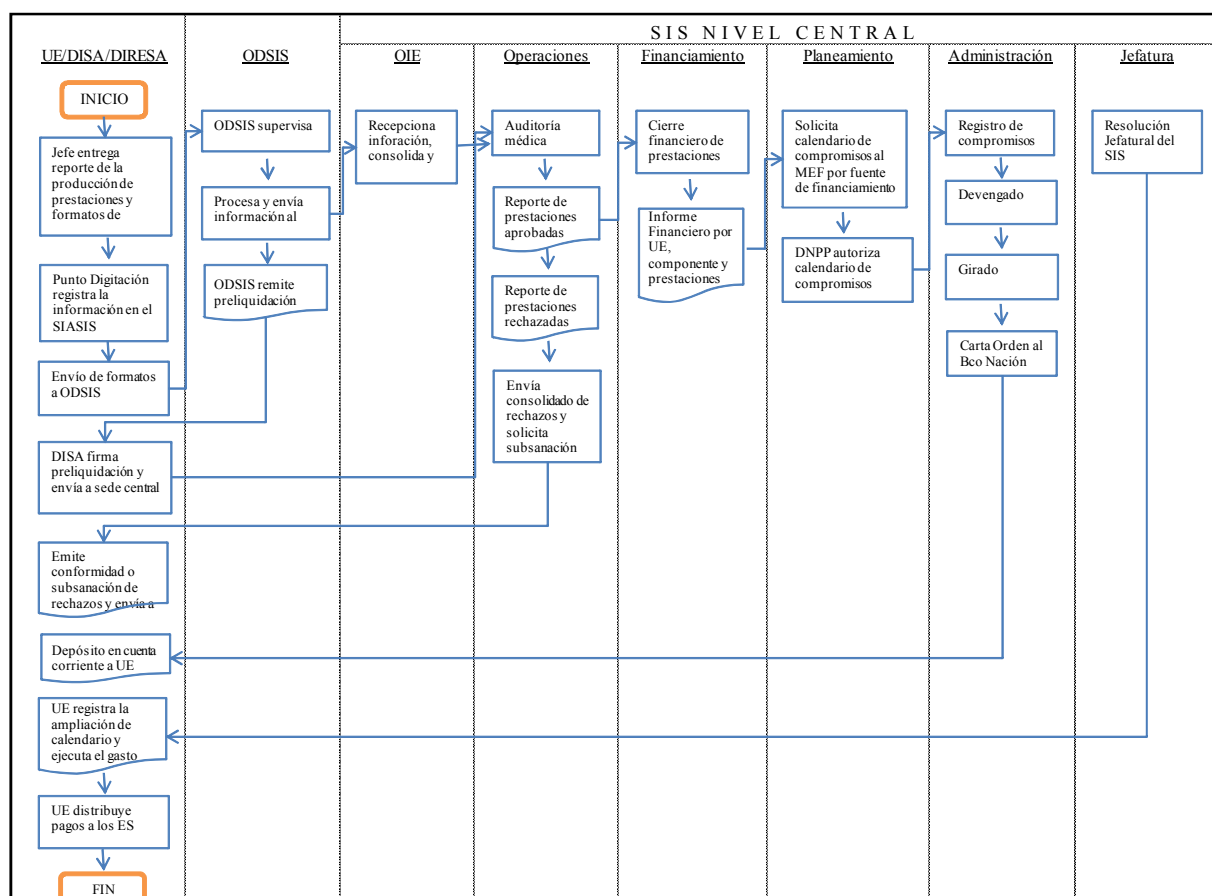
Se debe señalar que los reembolsos a los establecimientos no se realizan como transferencias o pagos monetarios en efectivo, sino como pagos a las entidades encargadas de suministrarles medicamentos e insumos y como bienes y servicios adquiridos por las UE a solicitud de los establecimientos. Las UE son las encargadas de pagarle a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) para la reposición de los medicamentos consumidos en las atenciones brindadas a los afiliados al SIS.

Igualmente, las UE pueden realizar adquisiciones de bienes, insumos, materiales u otros con cargo a los montos reembolsados a los establecimientos y suministrárselos para reponer aquellos que fueron utilizados en las atenciones brindadas. Solo en el caso de los CLASS, que tienen facultad para manejar recursos, se realizan transferencias monetarias efectivas una vez transferidos los recursos a la DIGEMID y los pagos a otros proveedores.

Los reembolsos realizados por el SIS pueden aplicarse para los siguientes usos:

- a. Reposición del total de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos suministrados
- b. Mejora de la infraestructura y/o equipo médico o su adquisición.
- c. Adquisición de otros bienes y servicios que requiera el ES para garantizar la atención y calidad del servicio de salud.

Los pagos que efectúa el SIS son mensuales y pueden ser visualizados en el flujograma del proceso, el mismo que involucra tanto a las UE, los establecimientos prestadores, así como a la sede central del SIS (Ver ~~Gráfico 3~~~~Gráfico 3~~~~Gráfico 3~~).

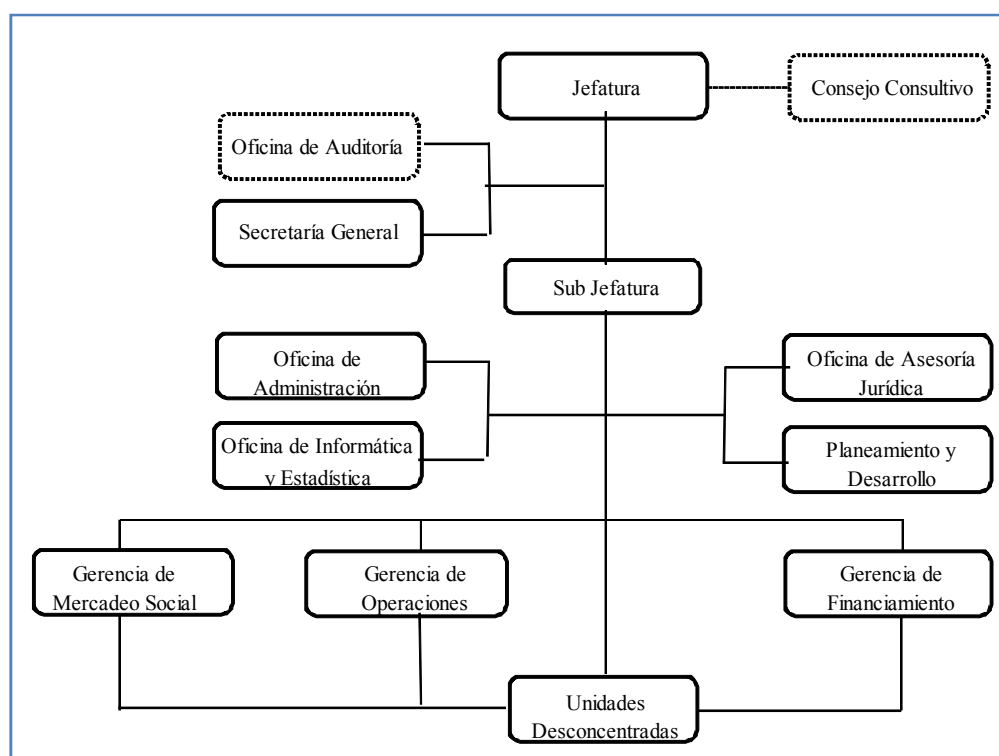
Gráfico 3. Reembolso de Prestaciones a UE del MINSA

Elaboración: Propia

1.6.2 Estructura Organizacional y mecanismos de coordinación

Para cumplir con su misión de administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud de conformidad con la política sectorial y asegurar el desarrollo de los principales procesos de operación el SIS presenta la siguiente estructura orgánica¹³:

¹³ Decreto Supremo 009-2002-SA “Ley que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud”

Gráfico 4. Organigrama SIS

Fuente: DS 009-2002-SA

A. Órganos de Dirección

Jefatura.- máximo nivel jerárquico de toma de decisiones, encargado de formular dirigir y ejecutar y supervisar la política institucional en correspondencia con la política sectorial

Subjefatura.- encargado por delegación de la jefatura del SIS

B. Órgano Consultivo

Consejo Consultivo.- órgano de carácter interdisciplinario de naturaleza no permanente que brinda asesoría a la jefatura del SIS

C. Órgano de Control

Oficina de Auditoría Interna.- evalúa y fiscaliza la ejecución de las operaciones administrativas y técnicas del SIS. Su ámbito de acción abarca la auditoría financiera, de gestión, sobre la calidad de las prestaciones de salud y los exámenes especiales.

D. Órganos de Asesoría

Oficina de Asesoría Jurídica.- asesora a la jefatura en los asuntos jurídico-legales.

Oficina de Planeamiento y Desarrollo.- asesora a la jefatura en la formulación de políticas, desarrolla e implementa el sistema de planeamiento en función de objetivos y metas, es responsable de los sistemas de presupuesto, racionalización, cooperación técnica, inversiones y financiamiento en la institución

E. Órganos de Apoyo

Secretaría General.- apoya a la jefatura en asuntos relacionados con la gestión institucional

Oficina de Administración.- se encarga de organizar, conducir, supervisar y ejecutar la aplicación de los sistemas administrativos de personal, logística, tesorería, contabilidad y costos.

Oficina de Informática y Estadística.- diseña, desarrolla e implementa los procesos informáticos y estadística, así como administra su aplicación y brinda soporte a la institución.

F. Órganos de Línea

Gerencia de Mercadeo.- programa, organiza, conduce, ejecuta y evalúa las actividades de promoción y mercado de la gestión institucional

Gerencia de Operaciones.- propone, evalúa y supervisa los planes de beneficios según tipo de población, oferta de beneficios en función de costos, tarifas, financiamiento y la oferta de establecimientos prestadores de servicios, así como también propone los mecanismos de negociación.

Gerencia de Financiamiento.- gestiona y aplica los recursos económicos para el financiamiento de las operaciones, así como diseña los mecanismos de pago para los prestadores de los servicios

G. Órganos Desconcentrados

Oficinas Desconcentradas del SIS.- encargadas de cumplir con los objetivos del SIS en el ámbito territorial de su competencia.

Recursos Humanos. De acuerdo al Presupuesto Analítico de Personal del 2009¹⁴, 103 personas laboran en la Sede Central mientras que 128 lo hacen en las Oficinas Desconcentradas (ODSIS).

Cuadro 8811. Distribución del personal del SIS a nivel Nacional

Oficina/Gerencia	Número
Jefatura	1
Asesores	2
Subjefatura	1
Organo de Control Institucional	12
Of. de Asesoría Jurídica	6
Of. Planeamiento y Desarrollo	9
Secretaría General	9
Of. de Administración	22
Of. de Informática y Estadística	12
Gerencia de Mercadeo	9
Gerencia de Operaciones	12
Gerencia de Financiamiento	8
Total SIS Central	103
Total ODISIS	128
Total SIS Nacional	231

Elaboración: Propia

Fuente: Resolución Jefatural 049-2009/SIS

¹⁴ Resolución Jefatural 049-2009/SIS.

1.7 Criterios de focalización y mecanismos de selección de beneficiarios

Para el cumplimiento del proceso de afiliación, los esquemas de aseguramiento implementaron desde su inicio procesos de selección de beneficiarios a través de mecanismos de focalización. Se consideró principalmente la combinación de dos criterios de focalización: individual y geográfica. Durante la operación del SMI, se aplicaron estos dos criterios a través de la priorización de las madres y los niños menores de 5 años que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema y luego a través de la selección de ámbitos de residencia que se expresó en la priorización de 8 DISAS donde se concentran los peores indicadores de salud y los mayores indicadores de pobreza: Abancay, Andahuaylas, Ayacucho, Bagua, Cuzco, Huancavelica, Huánuco y Puno. Como instrumentos de focalización se emplearon el mapa de pobreza del MEF y la aplicación de una ficha de evaluación socioeconómica.

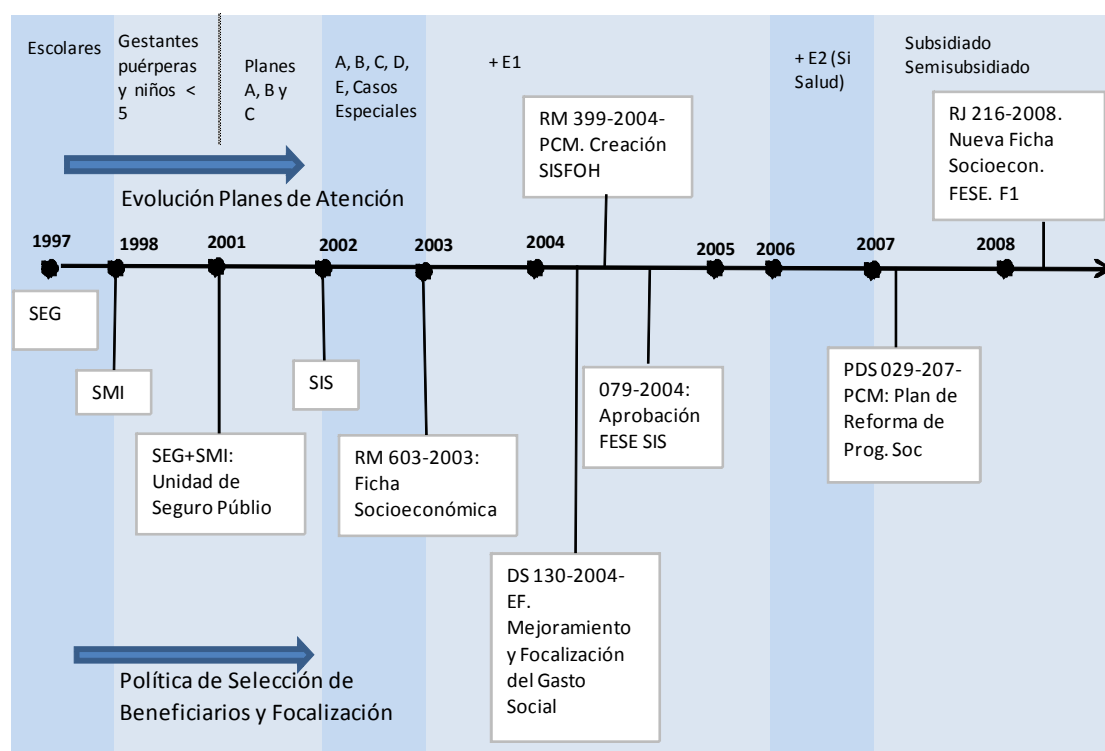
En el caso del SEG para los procesos de selección, no se contempló un criterio de focalización explícito, sino que fue definido a partir de la condición de usuario del servicio público de educación básica. El criterio, al parecer, considero que todos los niños del área urbana y rural del país, matriculados en los institutos de educación básica públicos, provenían de hogares en pobreza y pobreza extrema y por lo tanto tenían expedito el derecho de solicitar su afiliación.

Luego de la fusión de los dos seguros y con la creación del SIS en el 2002¹⁵, se produce una modificación en la estrategia anterior y se establece como mandato el aseguramiento universal de toda la población en situación de pobreza y pobreza extrema que no cuenten con un sistema de aseguramiento público o privado, enfatizando la atención del segmento materno-infantil.

Siguiendo esta orientación y considerando la heterogeneidad de los diferentes grupos de potenciales usuarios, que corresponden a diferentes planes de beneficios (A, B, C, D, E) se estableció como criterio general de selección de beneficiarios la focalización individual. Con la finalidad de determinar la condición de pobreza de estos grupos, se utilizó una ficha socioeconómica, cuya información sobre las condiciones del hogar se evalúa a través de un esquema de ponderaciones que permiten determinar la condición de pobreza o pobreza extrema del solicitante y definir su condición de elegible para su afiliación al SIS.

¹⁵ Ley No. 27657 del 29 de Enero del 2002, crea el SIS como Organismo Público Descentralizado.

Gráfico 5. Evolución de los mecanismos de focalización y mecanismos de selección de beneficiarios



Elaboración: Propia

En el año 2004, con la finalidad de mejorar la equidad y la calidad del gasto social y la prioridad en la atención de los grupos beneficiarios, el Ministerio de Economía y Finanzas establece los criterios de focalización que deben seguir los programas sociales¹⁶. Se define como criterios que deben gobernar la asignación de los recursos públicos los siguientes: (i) el Índice Socioeconómico para la clasificación de los distritos según condición de pobreza, y, (ii) la Ficha Socioeconómica Única (FSU) para identificar a los hogares potencialmente beneficiarios. En la norma se establece que el inicio de la aplicación progresiva de este mecanismo de focalización lo realice el SIS en Lima y Callao en el año 2005. En el mes de Diciembre del mismo año se crea el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) con el fin de brindar una herramienta para la identificación y selección de beneficiarios de los programas sociales.

En el marco de las nuevas disposiciones que regulan los procesos de focalización, el SIS aprueba la implementación del Sistema de Evaluación Socio Económica (SESE SIS), que contiene instrumentos que permiten identificar a los grupos de población más pobres para su incorporación al régimen subsidiado¹⁷. El sistema cuenta con los siguientes instrumentos: (i) Metodología del Índice de Bienestar Económico de Hogares (IBEH) que incluye categorías de vivienda, sociodemográficas, tenencia de activos durables y de locación; (ii) la Ficha de Evaluación Socioeconómica (FESE) que sirve

¹⁷ Resolución Jefatural 0056-2005-SIS

para recoger información socioeconómica de las familias; y, (iii) el Aplicativo Informático SESE SIS que procesa la información contenida en la FESE con el fin de asignar una categoría socioeconómica – No Pobre (A), Pobre (B) y Extremadamente Pobre (C) – de acuerdo con el IBEH que tiene incorporado.

Se debe señalar que durante este período y de manera contrapuesta con los esfuerzos de focalización, se aprobaron leyes y otras normas legales que definieron criterios diversos para la incorporación de beneficiarios al SIS. Además de los criterios de pobreza se incluyeron criterios de pertenencia a organizaciones sociales de base, de zonas residencia, de afectación por violencia, de tipo de ocupación, entre otros, que se incluyeron como mecanismos de selección para la incorporación de beneficiarios al sistema.

A partir del año 2007, en el marco de una estrategia de aseguramiento universal que reordena los planes de beneficios y constituye un componente subsidiado y otro semisubsubsidado, se redefinen los criterios de focalización. Así, para el componente subsidiado se mantiene el criterio de focalización geográfica e individual a través de la FESE, mientras que en el componente semisubsubsidado el criterio se regula por tramos de ingreso monetario.

En el caso del componente subsidiado la focalización geográfica supone un proceso de afiliación directa para aquellas personas que residen en cualquiera de los 880 distritos priorizados del ámbito CRECER; mientras que la focalización individual, mediante la aplicación de la FESE, opera para las poblaciones que residen en el resto de los ámbitos no priorizados. En el caso del componente semisubsubsidado el criterio de selección se define por dos tramos de ingreso familiar (hasta S/. 700 y otro hasta S/. 1000) y por la carencia de otro sistema de aseguramiento de salud.

En el año 2008, el SIS adopta las recomendaciones metodológicas del SISFOH y se producen modificaciones y ajustes en la FESE, generándose la nueva ficha de evaluación socioeconómica FESE.F1¹⁸ que está vigente hasta hoy. La metodología considera una validez de la evaluación con la FESE de tres años, período después de cual debe ser revisada o producirse un proceso de verificación.

1.8 Esquemas de Beneficios

En función de los cambios ocurridos tanto en la población objetivo como en sus estrategias de desarrollo, el SIS ha mostrado variaciones significativas en sus planes de beneficios.

Durante el desarrollo del SMI, el plan de beneficios estuvo centrado en la prestación de atenciones vinculadas a los controles prenatales, la atención del parto y el puerperio para las gestantes y en el control de crecimiento y desarrollo, vacunaciones, suministro de micronutrientes y atención médica para las principales patologías que afectan de manera severa a los niños menores de 5 años.

¹⁸ Resolución Jefatural 216-2008/SIS del 19 de Noviembre del 2008.

No se logró obtener información acerca de la existencia de un plan de beneficios para el SEG, aunque se conoce que los principales servicios utilizados inicialmente estuvieron concentrados en emergencias y consulta médica sobre patologías diversas.

Desde la creación del SIS y hasta inicios del año 2007 se estructuraron diferentes planes de beneficios destinados a grupos de población específicos. Así, se crea el plan A para niños de 0 a 4 años, el plan B para niños y adolescentes de 5 a 17 años, el plan C para gestantes, el Plan D para los adultos en estado de pobreza y en situación de emergencia, el plan E para adultos focalizados (incluye planes complementarios E1 y E2) y el plan G para el régimen semicontributivo.

En el plan A se consideraron las siguientes principales prestaciones: atención al recién nacido, consulta externa al recién nacido, internamiento del recién nacido con patología, cirugía y unidad de cuidados intensivos (UCI), atención integral al niño de 1 año y de 2 a 4 años, suplemento de hierro, consulta externa, internamiento con intervención quirúrgica y UCI para niños menores de 1 año, consulta por emergencia, obturación y curación dental, examen inmunológico al recién nacido, tratamiento de VIH- SIDA en niños, traslado de emergencia y sepelio.

En el plan B, para niños y adolescentes se considera las siguientes prestaciones: consulta externa, tratamiento desparasitario, internamiento con intervención quirúrgica y UCI, consulta por emergencia, obturación y curación dental, traslado de emergencia y sepelio.

En el plan C, para gestantes, las principales prestaciones incluyen: control prenatal, consulta externa, internamiento con intervención quirúrgica y UCI, atención de parto, cesárea, control de puerperio, consulta por emergencia, exámenes de laboratorio completo del embarazo incluido HIV, obturación y curación dental, ecografía, traslado de emergencia y sepelio.

En el plan D para la atención de adultos en emergencia se considera: consulta por emergencia, internamiento y UCI. El plan E, de adultos focalizados contempla las siguientes prestaciones: consulta externa, internamiento con intervención quirúrgica y UCI, consulta por emergencia traslado de emergencia y sepelio.

Como se mencionó anteriormente, desde el año 2007 se aprueba el nuevo esquema de beneficios del SIS, agrupado en los componentes Subsidiado y Semisubsidiado. El primero es dirigido a la población de pobreza y pobreza extrema que no cuenta con seguro de salud, mientras que el segundo componente beneficia a la población con limitada capacidad de pago, que no cuenta con un seguro de salud.

Tanto en el componente subsidiado como en el semisubsidiado, los asegurados se benefician de las prestaciones incluidas en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias con un subsidio del 100%. No obstante en el esquema semisubsidiado se considera un tope máximo de cobertura hasta S/. 12,000 y períodos de carencia.

De acuerdo a la legislación, el SIS puede destinar hasta el 5% de su presupuesto institucional para la atención de los casos de enfermedades de alto costo. Los afiliados al Componente Subsidiado acceden a dicho beneficio sin pago alguno; y las personas afiliadas al Componente Semisubsidiado accederán a éste a través del pago de una aportación la cual se establecerá y describirá en las normas complementarias que se expidan al respecto.

Recientemente, con la aprobación de la ley N° 29344 Ley marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobada en marzo del presente año, se ha dispuesto la clasificación de los planes de beneficios en a) plan esencial de aseguramiento en salud, b) planes complementarios y c) planes específicos. En ella se establece que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) debe contener la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que deben ser financiadas para todos los asegurados por las entidades que administran fondos de aseguramiento en salud públicas o privadas. El Ministerio de Salud es el encargado de la elaboración del referido plan que posteriormente será aprobado mediante decreto supremo.

Gráfico 6. Transición del esquema de Planes de Beneficios al de Componentes Subsidiado y Semisubsidiado

Esquema de Beneficios 2002-2006: Planes de Atención			Esquema de Beneficios 2007-2009: Componentes		
Plan	Población	Beneficios	Subsidiado		Semisubsidiado
Población en pobreza y pobreza extrema sin seguro de salud			Población en pobreza y pobreza extrema sin seguro de salud		Población con limitada capacidad de pago, no mayor de 65 años sin seguro de salud
A	Niños de 0 a 4 años	Atención al recién nacido Consulta externa Atención integral del niño Internamiento, cirugía y UCI Atención de Emergencia y traslado Tratamiento de VIH-Sida a recién nacidos Obtención y curación dental Cobertura de gastos de sepelio	Niños 0-9, Adolescentes 10-19, Adultos 20-59, Adulto Mayor 60+		Mototaxistas, taxistas, vendedores independientes, estudiantes mayores de edad, trabajadores SNP
B	Niños y adolescentes de 5 a 17 años	Consulta externa Intervención quirúrgica y UCI Emergencia y traslado Obtención y curación dental Cobertura de gastos de sepelio	LPIS al 100%		Plan Individual Plan Familiar
C	Gestantes	Control Prenatal Atención del parto normal y cesárea Control de puerperio Intervención quirúrgica y UCI Atención de Emergencia y traslado Obtención y curación dental Cobertura de gastos de sepelio			Aportación S/. 10 y S/. 20 Aportación S/. 30
D	Adultos en situación de Emergencia	Atención y observación en emergencia Internamiento y UCI			LPIS al 100% Tope de S/. 12,000 Períodos de carencia
E	Adultos Focalizados: Dirigentes de OSB, Wawa Wasi, etc.	Consulta externa Intervención quirúrgica y UCI Atención de Emergencia y traslado Cobertura de gastos de sepelio			
G	Población con limitada capacidad de pago	Consulta externa Atención de Emergencia y traslado Cobertura de gastos de sepelio			

Elaboración: Propia

Cuadro 2912. Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS)

Intervenciones Sanitarias	Cobertura por componente %	
	Subsidiado	Semisubsidiado
Intervenciones Preventivas		
1. Inmunizaciones en niños y adultos según las normas del MINSA.	100	100
2. Atención integral del niño (crecimiento y desarrollo, nutrición, lactancia materna) según normas del MINSA.	100	100
3. Detección de trastornos de la agudeza visual y ceguera en niños.	100	100

4. Prevención de caries (diagnóstico, curetaje, y aplicación de flúor).	100	100
5. Salud reproductiva (consejería y planificación familiar según normas del MINSA).	100	100
6. Control prenatal del embarazo.	100	100
7. Detección, consejería, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA según las normas del MINSA.	100	100
8. Detección de problemas en salud mental.	100	100
9. Atención para la detección precoz de neoplasia (mama, cuello uterino, próstata).	100	100
10. Suplemento de micronutrientes para niños menores de 5 años y gestantes según normas del MINSA	100	100

Intervenciones Recuperativas para la población en general (recién nacidos, niños y adolescentes, gestantes, adultos y adultos mayores)		
1. Atención del recién nacido (normal y complicado) y prematuridad	100	100
2. Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (sólo incluye estrabismo y cataratas), en adolescentes, adultos y adultos mayores (sólo catarata). ¹⁹	100	100
3. Atención del parto y puerperio normal	100	100
4. Atención del parto y puerperio complicado	100	100
5. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas.	100	100
6. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda y parasitosis.	100	100
7. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas y transmisibles.	100	100
8. Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas).	100	100
9. Diagnóstico y tratamiento de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.	100	100
10. Diagnóstico y tratamiento de las emergencias médicas y quirúrgicas, hasta su estabilización y/o hasta por un período de 30 días.	100	100
11. Condiciones médicas agudas del aparato digestivo (no oncológicas).	100	100
12. Atención quirúrgica desde el primer nivel de atención, que incluye operación de labio leporino y paladar hundido en niños. ²⁰	100	100
13. Trasplante Renal para todas las etapas de vida. ²¹	100	100

Intervenciones de Rehabilitación Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.	100	100
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----

Tope máximo de Cobertura	Ninguno	Hasta S/. 12,000 anual
Gasto de Sepelio	Hasta S/. 1,000	Hasta S/. 1,000
Transporte (aéreo, terrestre y fluvial): De acuerdo a disposiciones dadas por el SIS. ²²		

Período de carencia excepto emergencias		Tope	Carencia
------------------------------------------------	--	-------------	-----------------

¹⁹ Modificado a través de la Resolución Ministerial 277-2008. "Amplía el listado de intervenciones sanitarias estipulado en el DS 004-2007-SA" del 27 de Abril del 2008.

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

²² Ibid. Ambos componentes tenía un tope de gasto de S/. 630.

Consulta Externa		2 por mes	1 mes
Odontología		1 por mes	3 meses
Cirugías menores programadas			3 meses
Cirugías mayores programadas: vesícula biliar, próstata, hernias, histerectomías y otras previamente autorizadas. ²³		No Aplicable	6 meses
Gestación y Parto ²⁴		NA	3 meses
Medicina especializada		1 por mes	
Diagnóstico por imágenes:			
Ecografía		1 por mes	
Radiología		2 por mes	

Fuente: DS 004-2007-SA. LPIS de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS y RM 277-2008 que amplía el LPIS estipulado en el DS 004-2007-SA.

Elaboración: Propia.

1.9 Información Presupuestaria

1.9.1 Criterios de asignación de los recursos de presupuesto

En las indagaciones que se ha realizado, no se ha logrado obtener información acerca de los criterios que fueron utilizados para determinar la asignación de recursos de presupuesto para el funcionamiento del SEG. Sin embargo, para el año 1999 el SEG muestra una ejecución de recursos de S/. 86.7 millones. De manera similar, no se ha logrado establecer cuales fueron los criterios para la determinación de la asignación presupuestal para el SMI, pero para el año 2000, período de inicio de operaciones del SMI se ejecutaron recursos por un monto de S/. 15.4 millones.

El criterio, como ha sido usual, en la programación presupuestaria, ha sido partir de esa primera ejecución, que se convierte en histórico por el tipo de gastos y para los años siguientes se ha determinado los techos presupuestales considerando este nivel histórico. Las demandas incrementales de cada año han sido atendidas en función de los criterios de las prioridades de política del ejecutivo en función de los recursos disponibles.

Los recursos del SIS se distribuyen entre dos programas principales salud individual y administración. Dentro del programa salud individual se encuentra el subprograma atención médica básica que concentra los recursos que utiliza el SIS para financiar las atenciones de salud. Al interior de este subprograma las actividades y componentes presupuestales han venido modificándose en función de los planes de beneficios. Sin embargo, la asignación en función de componente ha seguido una ruta marcada por el comportamiento de la demanda histórica.

Considerando que el SIS reembolsa las atenciones validas, que se han efectuado, la frecuencia del tipo de atenciones a grupos determinados o las demandas de atenciones en función de determinadas patologías, determinan en gran medida la forma de la distribución de los recursos entre los diversos componentes y define por lo tanto la base histórica que se utiliza para la apertura programática.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

Hasta el año 2007, la asignación ha estado determinada por el comportamiento del presupuesto histórico, pero a partir de los esfuerzos iniciales de programación en el marco de los esquemas de presupuesto por resultados, se ha logrado avanzar en la asignación de parte de los recursos en función de las metas y resultados de los Programas estratégicos Articulado Nutricional y Materno Neonatal.

| El Cuadro 10~~Cuadro 13~~~~Cuadro 14~~ describe la evolución de la estructura funcional programática de las actividades y componentes del Sub Programa a partir de su creación como SIS.

Cuadro 10-1013. Evolución de la Estructura Funcional Programática del SIS

2002-2005	2006-2007	2008	2009
PROG SUBPRC ACT_PROY/COMPONENTE	PROG SUBPR ACT_PROY/COMPONENTE	PROG SUBPR ACT_PROY/COMPONENTE	PROG SUBPR ACT_PROY/COMPONENTE
Administración SUPERVISION Y COORDINACION SUPERIOR CONDUCCION Y ORIENTACION SUPERIOR ACCIONES DE CONTROL Y AUDITORIA ACCIONES DE LA ALTA DIRECCION ASESORAMIENTO DE NATURALEZA JURIDICA ACCIONES DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO ADMINISTRACION GENERAL GESTION ADMINISTRATIVA Salud Individual ATENCION MEDICA BASICA SALUD DEL NIÑO Y ADOLESCENTE ATENCIÓN AL NIÑO Y ADOLESCENTE DE 5 A 17 AÑOS (PLAN B) ATENCION MADRE NIÑO ATENCIÓN A NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS (PLAN A) ATENCIÓN A GESTANTES Y PUERPERAS (PLAN C) PRESTACIONES PARA LOS ADULTOS EN ESTADO DE POBREZA Y SIN SEGURO DE SALUD EN SITUACION DE EMERGENCIA ATENCIÓN DE ADULTOS EN ESTADO DE POBREZA Y SIN SEGURO DE SALUD EN SITUACION DE EMERGENCIA (Plan D) PRESTACIONES PERMANENTES PARA LOS ADULTOS FOCALIZADOS DETERMINADOS POR LEY ADULTOS NO REMUNERADOS QUE LABORAN EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES DE BASE (Plan E) ATENCION BASICA DE SALUD PROGRAMA DE APOYO A LOS MAS POBRES-JUNTOS	Administración SUPERVISION Y COORDINACION SUPERIOR CONDUCCION Y ORIENTACION SUPERIOR ACCIONES DE CONTROL Y AUDITORIA ACCIONES DE LA ALTA DIRECCION ASESORAMIENTO DE NATURALEZA JURIDICA ACCIONES DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO ADMINISTRACION GENERAL GESTION ADMINISTRATIVA Salud Individual ATENCION MEDICA BASICA SALUD DEL NIÑO Y ADOLESCENTE ATENCIÓN AL NIÑO Y ADOLESCENTE DE 5 A 17 AÑOS (PLAN B) ATENCION MADRE NIÑO ATENCIÓN A NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS (PLAN A) ATENCIÓN A GESTANTES Y PUERPERAS (PLAN C) CONTROL DEL NIÑO SANO MENOR DE CINCO AÑOS NIÑOS CON VACUNAS COMPLETAS NIÑOS CON CRECIMIENTO COMPLETO SEGÚN EDAD NIÑO CON SUPLEMENTO DE HIERRO ATENCION DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON EFERMEDADES DE ALTA INCIDENCIA ATENCIÓN DEL NIÑO CON DIARREA ATENCIÓN DEL NIÑO CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA ATENCIÓN DEL NEONATO MENOR DE 29 DÍAS ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO SIN COMPLICACIONES ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES LEVES E INTERMEDIAS ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES SEVERAS ATENCION DE LA MUJER GESTANTE GESTANTE CON CONTROL PRENATAL COMPLETO GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO GESTANTE CON COMPLICACIONES PARTO NORMAL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	Administración SUPERVISION Y COORDINACION SUPERIOR CONDUCCION Y ORIENTACION SUPERIOR ACCIONES DE CONTROL Y AUDITORIA ACCIONES DE LA ALTA DIRECCION ASESORAMIENTO DE NATURALEZA JURIDICA ACCIONES DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO ADMINISTRACION GENERAL GESTION ADMINISTRATIVA Salud Individual ATENCION MEDICA BASICA SEGURO INTEGRAL DE SALUD SUBSIDIADO ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NIÑO ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ADULTO ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD GESTANTES ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 5 A 17 AÑOS ATENCIÓN DE SALUD DE ALTO COSTO PRESTACIONES NO TARIFADAS ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD SEMISUBSIDIADO NUTRICION INFANTIL NUTRICION INFANTIL MEJORAR LA ALIMENTACION Y NUTRICION DEL MENOR DE 36 MESES REDUCCION DE LA MORBILIDAD EN IRA, EDA Y OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES REDUCIR LA INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER SALUD MATERNO NEONATAL SALUD MATERNO NEONATAL REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL	Planeamiento Gubernamental PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL Gestion DIRECCION Y SUPERVISION SUPERIOR CONDUCCION Y ORIENTACION SUPERIOR ASESORAMIENTO Y APOYO GESTION ADMINISTRATIVA ASESORAMIENTO DE NATURALEZA JURIDICA CONTROL INTERNO SUPERVISION Y CONTROL Salud Individual ATENCION MEDICA BASICA ATENCION BASICA DE SALUD PROGRAMA DE APOYO A LOS MAS POBRES - JUNTOS REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL MEJORAR LA ALIMENTACION Y NUTRICION DEL MENOR DE 36 MESES REDUCCION DE LA MORBILIDAD EN IRA, EDA Y OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES REDUCIR LA INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER SEGURO INTEGRAL DE SALUD SUBSIDIADO ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NIÑO MENOR DE 5 AÑOS ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ADULTO ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NIÑO MAYOR DE 5 AÑOS SEGURO INTEGRAL DE SALUD SEMISUBSIDIADO GESTION ADMINISTRATIVA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD SEMISUBSIDIADO

Continuación Cuadro 13

2002-2005	2006-2007	2008	2009
PROG SUBPRC ACT_PROY/COMPONENTE	PROG SUBPR ACT_PROY/COMPONENTE	PROG SUBPR ACT_PROY/COMPONENTE	PROG SUBPR ACT_PROY/COMPONENTE
	PARTO COMPLICADO QUIRURGICO ATENCION POST PARTO PRESTACIONES PARA LOS ADULTOS EN ESTADO DE POBREZA Y SIN SEGURO DE SALUD EN SITUACION DE EMERGENCIA ATENCION DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS ATENCION DE ADULTOS EN ESTADO DE POBREZA Y SIN SEGURO DE SALUD EN SITUACION DE EMERGENCIA PRESTACIONES PERMANENTES PARA LOS ADULTOS FOCALIZADOS DETERMINADOS POR LEY ADULTOS NO REMUNERADOS QUE LABORAN EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES DE BASE ATENCION BASICA DE SALUD PROGRAMA DE APOYO A LOS MAS POBRES-JUNTOS		ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL
	<div> <input type="checkbox"/> Sin Programa <input type="checkbox"/> Programa Articulado Nacional <input type="checkbox"/> Salud Materno Neonatal </div>		SEGURO INTEGRAL DE SALUD SUBSIDIADO ATENCION INTEGRAL DE SALUD NIÑO MENOR DE 5 AÑOS ATENCION INTEGRAL DE SALUD ADULTO ATENCION INTEGRAL DE SALUD ADOLESCENTES ATENCIONES DE SALUD DE ALTO COSTO PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR ATENCIÓN DEL NIÑO MAYOR DE 5 AÑOS SEGURO INTEGRAL DE SALUD SEMISUBSIDIADO ATENCION INTEGRAL DE SALUD SEMISUBSIDIADO

1.9.2 Ejecución presupuestaria

El SEG y el SMI ejecutaron recursos de presupuesto bajo la administración directa del MINSA, a través de sus propias unidades administrativas. Para el ejercicio presupuestal del año 2000 se le asigna al SEG un monto de recursos que se expresa en el PIA. En ese mismo año inicia sus operaciones el SMI y se financia con recursos del MINSA. En el año 2001 ambos seguros cuentan con asignación presupuestal propia, pero en el primer semestre se fusionan en una solo unidad administrativa a la que se denomina Seguro Público de Salud (SPS), adscritos a la unidad ejecutora del Programa de Apoyo a la Reforma de salud (PARSalud).

Cuadro ~~11111~~14. Presupuesto institucional de apertura y ejecutado del SEG, SMI, SPS, SIS 1999-2002

En soles

	1999	2000	2001	2002
Seguro Escolar Gratuito				
PIA		80'000,000	90'000,000	
Ejecutado	86'705,658	70'124,087	93'014,055	
Seguro Materno Infantil				
PIA			40'704,921	
Ejecutado		15'433,188	23'058,541	
Seguro Público de Salud				
PIA				131'431,885
Ejecutado				134'802,397
Seguro Integral de salud				
Ejecutado				43'622,628

Fuente: MEF-SIAF

Elaboración propia

A fines de 2001, con el nuevo gobierno, mediante Resolución Suprema N° 445 – 2001 – SA se dispone la conformación de la Unidad de Seguro Integral de Salud, manteniendo su adscripción al PARSALUD. No obstante, dado que el ciclo de formulación y aprobación presupuestal se inicia en el año anterior, para el año 2002 se aprobó un PIA para el Seguro Público de Salud, y esa es la razón que explica la coexistencia de presupuesto para el SPS y los recursos ejecutados por el SIS.

En ese año, de enero a setiembre el SIS ejecutó recursos a través de la unidad ejecutora 123-Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD) por un monto de S/.134.8 millones, en el componente Seguro Público de Salud. Luego, con la conformación del SIS como OPD, el seguro pasa a ser unidad ejecutora y ejecuta alrededor de S/.43.6 millones adicionales.

A partir del año 2003 las tareas de programación, formulación y ejecución de recursos se realizan en el pliego presupuestal del SIS. Para el período que va de 2002 a 2008 se observa un incremento significativo de los recursos de presupuesto asignados al SIS, explicado en gran medida por el incremento de las demandas por reembolsos de los establecimientos de salud que se generaron con el cambio de la estrategia focalizada de madres y niños a la estrategia de aseguramiento universal para los diferentes planes de beneficios que se creaban sucesivamente.

En el incremento de los recursos asignados al SIS se evidencia tres momentos en los que se producen alzas significativas, en el 2003, 2005 y 2008. La tasa de cada uno de estos incrementos se ha fijado en niveles cada vez mayores. El PIA del año 2008 es más de tres veces mayor que el PIA del año 2002.

Cuadro ~~12~~~~14~~5. SIS: PIA, modificado y ejecutado 2002-2009

Miles de Nuevos Soles

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹
Presupuesto								
Apertura	131,432	164,281	164,281	264,722	270,903	267,590	471,124	429,760
Modificado			164,281	277,561	301,188	330,921	508,938	462,978
Ejecutado ²	178,425	196,885	296,099	269,329	290,666	320,124	439,314	344,710
Incremento %								
Apertura		24.99	0.00	61.14	2.33	-1.22	76.06	-8.77
Ejecutado		23.01	50.39	-9.04	7.92	10.13	37.23	

¹La ejecución del 2009 corresponde al monto girado al 10 de setiembre de 2009

Fuente: SIAF Portal Amigable

Elaboración Propia

En el año 2008 se produce el incremento más alto en la asignación presupuestaria inicial del SIS, representando el 76% con respecto al año 2007. Entre las razones más importantes que explican este significativo incremento se encuentran los recursos adicionales que se han asignado en función de las metas específicas de coberturas de atención a madres y niños menores de cinco años acordadas en el marco de los Programas Estratégicos Materno Neonatal y Articulado Nutricional y la mayor demanda generada por los grupos de beneficiarios incorporados al Programa Juntos, que establece como exigencia la asistencia a controles y atenciones a los establecimientos de salud, como condición necesaria para el pago de las transferencias monetarias.

El ~~Cuadro 13~~~~Cuadro 13~~~~Cuadro 16~~ muestra el presupuesto de apertura y la ejecución según finalidades de gasto. Al respecto se puede observar incrementos en la ejecución de los recursos destinados a los reembolsos por atenciones de salud en relación una tendencia relativamente estable de los recursos destinados a los gastos de administración.

Cuadro ~~13~~~~14~~6. SIS: PIA y ejecutado 2002-2009 por finalidades de gasto

Miles de Nuevos Soles

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹
PIA	<u>131,432</u>	<u>164,281</u>	<u>164,281</u>	<u>264,722</u>	<u>270,903</u>	<u>267,590</u>	<u>471,124</u>	<u>429,760</u>
Administración			16,793	16,573	23,819	22,916	22,697	22,103
Atención Médica Básica	131,432	164,281	147,488	248,149	247,084	244,673	317,664	239,843
Prog. Art. Nutricional							47,839	84,255
Salud Materno Neonatal							82,925	83,559
Ejecutado	<u>178,425</u>	<u>196,885</u>	<u>296,099</u>	<u>269,329</u>	<u>290,666</u>	<u>320,124</u>	<u>439,314</u>	<u>344,710</u>
Administración	7,793	15,178	15,684	18,243	20,776	19,796	17,751	11,730
Atención Médica Básica	178,425	181,707	280,414	251,086	269,890	300,328	264,352	203,949
Prog. Art. Nutricional							66,748	58,385
Salud Materno Neonatal							90,462	70,645

¹La ejecución del 2009 corresponde al monto girado al 10 de setiembre de 2009

Para el 2009 se consideró como Administración general el componente Gestión Administrativa

Fuente: MEF-SIAF

Elaboración Propia

El

Cuadro 14

~~Cuadro 14~~~~Cuadro 17~~ muestra la distribución del PIA y presupuesto ejecutado del periodo 2002-2009 por tipo de gasto. En el grupo genérico Otros Gastos Corrientes se encuentran los recursos que serán transferidos como reembolsos por la prestación de servicios de salud a nivel nacional.

Conviene señalar que a partir de la año 2009 se ha producido cambios en los clasificadores presupuestales, situación que ha llevado a modificar algunos de aquellos que utilizaba el SIS. Así, los recursos destinados a los reembolsos se registran ahora en la cuenta Donaciones y Transferencias y las inversiones en la cuenta Adquisición de activos no financieros.

Cuadro ~~14~~~~17~~. SIS: PIA y ejecutado 2002-2009 por tipo de gasto

Miles de Nuevos Soles

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ³
PIA	131,432	164,281	164,281	264,722	270,903	267,590	471,124	429,760
Personal y Oblig. Sociales			13,574	12,705	18,053	17,325	13,572	15,975
Bienes y Servicios	131,246	163,183	2,518	3,023	4,346	4,173	7,706	6,907
Otros Gastos Corrientes			147,488	248,149	247,084	244,673	448,427	
Otros Gastos de Capital	186	1,098	701	845	1,419	1,419	1,419	
Adquisiciones de activos no financieros								1,200
Otros gastos								21
Donaciones y transferencias								405,657
Ejecutado	178,425	196,885	296,099	269,329	290,666	320,124	439,314	344,710
Personal y Oblig. Sociales		6,065	12,104	14,514	16,156	14,060	13,305	8,666
Bienes y Servicios	178,177	31,721	2,443	2,889	7,966	22,551	5,916	3,451
Otros Gastos Corrientes		157,183	280,852	251,349	266,503	283,457	419,748	
Otros Gastos de Capital	248	1,916	700	577	39	56	346	
Adquisiciones de activos no financieros ¹								391
Otros gastos ²								6
Donaciones y transferencias								332,195

¹ Adquisición de vehículos, ² Pago de impuestos, derechos administrativos, multas, ³ La ejecución del 2009 corresponde al monto girado al 10 de setiembre 2009

Fuente: MEF-SIAF

Elaboración Propia

Del total de los recursos ejecutados, alrededor del 91% son recursos destinados al pago de las atenciones de salud y corresponden al grupo genérico de otros gastos corrientes. Alrededor del 4.3 % de los recursos ejecutados son destinados al pago de personal y obligaciones sociales.

En cuanto al financiamiento, se observa que desde su origen, el presupuesto y la ejecución de los recursos del SIS provienen principalmente de la fuente recursos ordinarios. En el periodo 2002 – 2008, alrededor del 95% de los recursos ejecutados proceden de la fuente de recursos ordinarios (~~Cuadro 15~~~~Cuadro 15~~~~Cuadro 18~~).

Cuadro 151518. SIS: PIA y ejecutado 2002-2009 por fuentes de financiamiento
Miles de Nuevos Soles

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PIA	<u>131,432</u>	<u>164,281</u>	<u>164,281</u>	<u>264,722</u>	<u>270,903</u>	<u>267,590</u>	<u>471,124</u>	<u>429,760</u>
Recursos Ordinarios	131,432	164,281	164,281	264,722	265,079	267,590	471,124	420,560
Rec. Direc. Recaudados								9,200
Donaciones y Transferencias					5,824	0	0	0
Ejecutado	<u>178,425</u>	<u>196,885</u>	<u>296,099</u>	<u>269,329</u>	<u>290,666</u>	<u>320,124</u>	<u>439,314</u>	<u>344,710</u>
Recursos Ordinarios	178,425	170,881	294,112	264,412	264,398	289,335	426,474	327,881
Rec. Direc. Recaudados		2,295	637	588	1,709	3,032	5,810	3,611
Donaciones y Transferencias		23,709	1,350	4,329	24,559	27,757	7,030	13,218
Incremento % Ejecutado								
Recursos Ordinarios		-4.23	72.12	-10.10	0.00	9.43	47.40	
Rec. Direc. Recaudados			-72.24	-7.69	190.65	77.41	91.62	
Donaciones y Transferencias			-94.31	220.66	467.31	13.02	-74.67	

Fuente: MEF-SIAF
Elaboración Propia

Se debe mencionar que de acuerdo con la normatividad vigente las fuentes de financiamiento del SIS y las fuentes de recursos complementarias que aseguren su sostenibilidad, son: a) recursos ordinarios, b) recursos directamente recaudados, c) donaciones y contribuciones de organismos de cooperación d) recursos provenientes del fondo intangible solidario de salud FISAL.

En este sentido, se ha tomado información acerca de apoyos de la cooperación técnica internacional que el SIS ha venido recibiendo y que se reseña a continuación:²⁵

- a. Cooperación Belga. El proyecto tiene como objetivo contribuir al mejoramiento del nivel de salud de la población peruana, a través de una ampliación de las coberturas de atención de salud, que son financiadas con recursos SIS, para las poblaciones en situación de pobreza extrema y pobreza en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Cajamarca. El presupuesto total asciende a 8.23 millones EUR (aproximadamente S/. 22.77 millones), de los cuales 3 millones de EUR corresponden al aporte de la parte Belga.
- b. UNFPA. Asistencia técnica para el fortalecimiento de los mecanismos para la afiliación al SIS, fortalecimiento de la capacidad para sistematizar y proponer políticas vinculadas a la ampliación del aseguramiento público, desarrollo de un sistema de monitoreo de la cobertura y calidad del SIS de base comunal; y, asistencia técnica para el diseño de estrategias integrales de comunicación y difusión dirigida a población vulnerable.
- c. USAID.
 - i. Bitrán. Estudios de: metodología de costos y tarifas y propuesta de unidad de análisis económico financiero
 - ii. PRAES. Se ejecutó el Modelo de Gestión Desconcentrada del SIS.

²⁵ SIS. Memorial Anual 2007 y 2008.

En el ~~Cuadro 16~~~~Cuadro 16~~~~Cuadro 19~~ se resume los recursos transferidos y ejecutados por las regiones del 2005 al 2009. Del total de los recursos ejecutados que proceden del grupo genérico Otros Gastos Corrientes, alrededor del 71% son transferidos a los gobiernos regionales a través de la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias. De los recursos resultantes se realizan los reembolsos a los establecimientos de salud de Lima y Callao.

Cabe destacar que en el periodo 2002-2003, los recursos eran ejecutados a través de la modalidad de encargo, es decir, se reembolsaba al Gobierno Regional a través de la fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios.

Cuadro ~~16~~~~16~~~~19~~. SIS: Presupuesto Gobierno Nacional y Regional
Miles de Nuevos Soles

	2005	2006	2007	2008	2009
Gobierno Nacional					
Apertura	264,722	270,903	267,590	471,124	429,760
Modificado	277,561	301,188	330,921	508,938	462,978
Ejecutado	269,329	290,666	320,124	439,314	344,710
Gobierno Regional					
Apertura	0	0	0	0	0
Modificado	202,845	3,616	0	0	0
Ejecutado	175,280	188,476	209,949	299,818	197,975

Fuente: MEF-SIAF

Elaboración: Propia

Distribución a nivel de regiones

Los criterios para la distribución de los recursos de la cuenta otros gastos corrientes entre las unidades ejecutoras de las diferentes regiones han variado en el tiempo. Siempre que la disponibilidad de recursos de presupuesto aprobados en el calendario sea suficiente para cubrir toda la producción generada en el período, la distribución se realiza sobre la base del valor neto de la producción (VNP) de atenciones por los establecimientos de salud. Una vez deducidas las atenciones rechazadas la transferencia se realiza según la producción de cada ES agrupada por cada Unidad Ejecutora.

Si la disponibilidad de recursos aprobados en el calendario es menor que la producción del período, que suele suceder con frecuencia, se hace la distribución considerando los siguientes criterios: primero se programa el pago de las atenciones no tarifadas y luego en función del saldo restante se distribuye los recursos para reembolsar las atenciones tarifadas hasta donde alcancen los recursos. Para ello se consideran como criterios adicionales: a) En función del nivel de ejecución de las UE y b) en función de emergencias generadas por fenómenos naturales o climáticos.

En el primer caso, si la UE ha mostrado una buena ejecución de las transferencias anteriores, se establece como “premio” una proporción de reembolsos cercana al VNP generada en el período, estableciendo algunos tramos en función del avance de ejecución. Se trata de establecer un incentivo para estimular a los más eficientes.

En el otro caso, se prioriza la transferencia de recursos completa en función del VNP, cuando se producen situaciones de emergencia social por la presencia de fenómenos naturales o climáticos (terremotos, inundaciones, huaycos, friaje, etc.) con la finalidad de asegurar la continuidad de los servicios y la atención de la población afectada.

La proporción del VNP no cubierto por estas razones, es reprogramada para ser cubierto con las siguientes transferencias. La información acerca de la distribución de los reembolsos por UE y establecimientos de salud es comunicada formalmente a través de Oficios a las UE y es publicada en la página web del SIS.

1.9.2 Mecanismos presupuestales de transferencia de recursos a las UE

Desde el momento que el SIS inicia sus operaciones como Organismo Público Descentralizado (OPD), las modalidades de pago o reembolso por los servicios de salud prestados han sufrido modificaciones. Durante el año 2002, el SIS realizaba los reembolsos a las UE a utilizando la modalidad de encargo. Esto suponía la suscripción de un convenio entre el SIS y la Unidades Ejecutoras, a través del cual se asignaba a estas últimas la responsabilidad por la ejecución de los recursos de presupuesto. El SIS realizaba, en el marco de su calendario de compromisos, la transferencia de los recursos a la UE y estas luego de efectuado el gasto debían entregar una rendición de cuentas con la documentación de sustento, a los 30 días posteriores de la habilitación de los recursos en su cuenta. A la recepción de las rendiciones, el equipo administrativo del SIS revisaba, aprueba y registra la información necesaria para el cierre financiero y contable.

Considerando las demoras y complicaciones que se producían con el sistema anterior, durante el primer trimestre del año 2003, se ensaya una nueva forma de realizar las transferencias, que se empezaron a ejecutar bajo la modalidad de pago o reembolso directo del MEF a las UE. Para el desarrollo de esta modalidad el SIS elaboraba una programación de los reembolsos a entregar a las UE y dicha programación se remitía al MEF, quien a través de la Dirección Nacional de Presupuesto Público (DNPP), transfería directamente los recursos a las UE como ampliación de su calendario de compromisos por la fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios. Bajo esta modalidad, las UE ejecutaban los recursos presentando como sustento las facturas o comprobantes de la ejecución de los gastos y no tenían la obligación de rendir cuentas sobre las prestaciones brindadas. En este esquema, el SIS realizaba la supervisión de la aplicación de los gastos y el seguimiento de la calidad de los servicios prestacionales.

A partir del segundo trimestre del 2003, se ejecutan los reembolsos a las UE a través de la modalidad de transferencia de recursos financieros. Esta modalidad es la que sigue vigente en la actualidad. El SIS en función de la distribución que resulta de su proceso de validación y aprobación de las atenciones, transfiere los recursos a las UE a través de la genérica de gasto 4: Otros Gastos Corrientes²⁶. Las UE luego de la realización de los trámites para la incorporación de los recursos dentro de su marco presupuestal lo ingresan por la fuente de financiamiento 13: Donaciones y Transferencias, 13.07: Seguro Integral de Salud y solicitan la aprobación de los calendarios de compromisos a sus respectivos pliegos.

²⁶ Resolución Ministerial No. 422-2007-SA/DM del 23/05/2007.

Luego, para el pago de las prestaciones se registra en la partida de ingresos 3.0.0: Transferencias, 3.1.2: Internas del Sector Público, 3.1.2.027: Seguro Integral de Salud. Posteriormente las UE realizarán los pagos a los proveedores de medicamentos e insumos y bienes que abastecen a los establecimientos prestadores y las transferencias a los CLASS según la liquidación de pagos remitida como reporte que se adjunta en el momento de la realización de las transferencias.

Como una forma de reducir los tiempos de incorporación de las transferencias a los marcos presupuestales de los pliegos regionales, desde el año 2009, el SIS viene remitiendo a estas instancias, una proyección trimestral de las transferencias. De esta forma los pliegos pueden adelantar los trámites legales para la incorporación de estos recursos en el presupuesto, hacerlo por un número menor de veces por año y sin esperar a que se produzca la transferencia para iniciar este proceso.

1.10 Información de los costos unitarios de los servicios: Tarifas por prestaciones otorgadas

El valor de cada servicio de salud que reembolsa el SIS se establece a partir de la aplicación del tarifario, que es aprobado por el MINSA a través de una Resolución Ministerial. Las tarifas son las tasas oficiales que paga el SIS al proveedor por las prestaciones de salud y las prestaciones administrativas (Ministerio de Salud, 2007). Mediante la R.M. N° 1756-2002-SA/DM, del 6 de noviembre del 2002 se aprobó el primer tarifario del SIS para el pago de prestaciones (Ministerio de Salud, 2002), en la que se establece que las tarifas sólo pueden cubrir los costos variables de las prestaciones, compuestos en su mayor parte por medicamentos, materiales e insumos médicos. Esto se justifica en la medida que los salarios del personal de la salud, el costo de la depreciación de los equipos y otros costos fijos son pagados directamente con los recursos que ordinariamente le son asignados en el presupuesto a las entidades públicas responsables y a los establecimientos de salud.

Desde el 2002, los tarifarios han sufrido algunas modificaciones de acuerdo con la generación o ampliación de planes de atención y el reconocimiento de algunos gastos fijos. En mayo de 2003, mediante la aprobación de una Resolución Ministerial²⁷ se aprueba la actualización de las tarifas considerando los siguientes tipos: : (i) Tarifa de Pago por Afiliación, aplicada en función al número de afiliaciones en ES del primer nivel y, excepcionalmente, en hospitales regionales y/o de apoyo; (ii) Tarifa por Pago de Prestaciones otorgadas, se aplica de acuerdo a las prestaciones realizadas según daño resuelto y función de niveles de complejidad; y, (iii) Tarifa Mixta para hospitales regionales y/o de apoyo, combinación de la tarifa por daño resuelto y la tarifa de pago por consumo.

Esta última tarifa fue creada por el SIS con el fin de atender a la demanda de los hospitales regionales de cubrir los gastos ocasionados por los casos referidos complejos o medianamente complejos que no eran, en ese entonces, cubiertos por las tarifas que reembolsaba el SIS.

²⁷ Para más detalle ver Resolución Ministerial No. 602-2003-SA/DM. Las tarifas aquí descritas tienen como vigencia hasta el mes de diciembre del 2002.

En esta misma norma se establece que, en el caso de las atenciones especializadas a pacientes referidos o la atención por emergencia brindadas en los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados, será pagada por el SIS de acuerdo con una tarifa compuesta, que incluye un cargo fijo por gastos administrativos relacionados con la inscripción, atención y referencia y un cargo variable de acuerdo al procedimiento de atención efectuado y los medicamentos entregados al beneficiario.

En el año 2005 se amplía la vigencia de las tarifas aprobadas en el 2003 así como su actualización a través de la Resolución Ministerial 725-2005-MINSA. En el tarifario se consigna los montos a ser consideradas para el pago de las atenciones según tipo de establecimiento de salud y nivel de complejidad. Igualmente, se incluyen las definiciones operacionales que son necesarias para el funcionamiento del sistema de aseguramiento.

Entre el año 2003 y 2005 el valor de las tarifas se ha mantenido por planes de atención. Sin embargo, las tarifas por cargo fijo que se imputan a las prestaciones en hospitales nacionales e institutos especializados se incrementaron ligeramente, además de incluirse la Atención del Parto Normal y Cesárea como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 171720. Tarifas por Cargo Fijo a Hospitales Nacionales e Institutos Especializados
Nuevos Soles

Prestación	Tarifas	
	2003	2005
Consulta externa	5	5.5
Atención de Emergencia	5	5.5
Atención de Parto Normal	-	21.5
Cesárea	-	53
Intervención Médico-Quirúrgica Ambulatoria	10	11
Internamiento sin intervención quirúrgica	10	11
Internamiento con intervención quirúrgica menor	20	21.5
Internamiento con intervención quirúrgica mayor	50	53
Internamiento en Unidad de Cuidados Intensivos	50	53
Atención odontológica especializada	5	5.5
Traslado Urbano	15	16

Fuente: Resoluciones Ministeriales No. 602-2003-SA/DM y 725-2005-MINSA

Elaboración: Propia

Mediante la Resolución Ministerial 240-2009-MINSA, de abril de 2009 se aprueba el nuevo tarifario del SIS referido a las intervenciones preventivas y recuperativas aprobadas en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) en el marco del Plan de Aseguramiento Universal en Salud, para los componentes subsidiado y semisub subsidiado y se aprueban también las definiciones operacionales que permitirán su implementación y funcionamiento (Ministerio de Salud, 2007).

En el nuevo tarifario se deja de lado la organización de las atenciones según grupos de riesgo y se ordenan según una definición de etapas de vida y grupos de edad. Estas etapas comprenden: (i) Niños: 0 días de nacido hasta los 9 años, 11 meses y 29 días; (ii)

Adolescentes: 10 años de nacido hasta los 19 años, 11 meses y 29 días; (iii) Adultos: mayores de 20 años hasta los 59 años, 11 meses y 29 días; y, (iv) Adultos Mayores: de 60 años a más.

Los siguientes cuadros presentan el tarifario aprobado para el año 2009 por tipo de prestación, etapas de vida y niveles de atención.

Cuadro 181821. Tarifa por Prestaciones de Salud según tipo de intervención sanitaria. LPIS: Preventivo
Nuevos Soles

Prestaciones	Etapas de Vida	NIVEL I			NIVEL II		
		I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2
Control del recién nacido con menos de 2.500 gr.	0-1	8.00	8.00	3.00	8.00	8.00	8.00
Detección precoz de Hipotiroidismo Congénito		6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
Ex. Inmunológico de niño nacido de madre RPR o VDRL+		NA	NA	12.00	12.00	12.00	12.00
Ex inmunológico del niño nacido de madre VIH +	0-2	Pago según convenio					
Control de crecimiento y desarrollo en niños	0-4	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
Estimulación temprana	0-4	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
Suplemento de Micronutrientes	0-5	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Consejería nutricional niños en riesgo/en desnutrición		6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
Profilaxis antiparasitaria	2-14	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
Detección trastorno agudeza visual y ceguera	0-19	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Control de crecimiento y desarrollo del adolescente	10-19	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Salud Bucal	Todas las edades	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
Prevención de caries	2 Años a +	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
Detección de problemas en Salud Mental	Todas las edades	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Atención prenatal	Gestante	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00
Atención del puerperio normal		6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
Exámenes laboratorio completo de la gestante		NA	NA	25.00	25.00	25.00	25.00
Tamizaje de HIV a gestante		10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00
Detección previo de cáncer de próstata (PSA)	Adultos	NA	MA	6.00	7.00	8.00	9.00
Detección precoz de cáncer de mama (Mamografía)		NA	NA	NA	30.00	30.00	30.00
Exámenes de ecografía obstétrica	MEF	NA	NA	10.00	10.00	10.00	10.00
Diagnóstico del embarazo		5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Detección precoz de cáncer cérvico-uterino		7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00
Salud reproductiva (planificación familiar)		6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00

NA: No Aplica. MEF: mujer en edad fértil

I-1: Puesto de Salud; I-2: Puesto de Salud con médico; I-3: Centro de Salud sin internamiento; I-4: Centro de Salud con internamiento; II-1: Hospital I (Locales); II-2: Hospital II (Regional o de Apoyo)

Fuente: RM 240-2009-MINSA

Elaboración: Propia

Cuadro 191922. Tarifa por Prestaciones de Salud según tipo de intervención sanitaria. LPIS: Recuperativo
Nuevos Soles

Prestaciones	Etapa de Vida	Nivel I				Nivel II	
		I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2
Atención inmediata del recién nacido normal	RN menor de 29 días	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
Internamiento del RN con patología no quirúrgica		NA	NA	NA	150		
Internamiento con intervención quirúrgica del RN		NA	NA	NA	160		
Atención de parto vaginal	MEF	NC"	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Cesárea		NA	NA	NA	170.00	170.00	170.00
Consulta médica especializada	Todas las Edades	NA	NA	14.00	14.00	14.00	14.00
Consulta externa		6.00	6.00	6.00	6.00	12.00	12.00
Obturación y curación dental simple		NA	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00
Obturación y curación dental compuesta		NA	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00
Extracción dental (exodoncia)		NA	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00
Atención extramural urbana y periurbana (visita domiciliaria)		6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
Atención extramural rural (visita domiciliaria)		10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00
Atención en tópico		5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Atención por emergencia		8.00	15.00	15.00	15.00		
Atención por emergencia con observación		NA	25.00	25.00	25.00		
Intervención médico-quirúrgica ambulatoria		NA	50.00	50.00	50.00		
Internamiento en EESS sin intervención quirúrgica		NA	NA	NA	80.00		
Internamiento con intervención quirúrgica menor		NA	NA	NA	100.00		
Internamiento con intervención quirúrgica mayor		NA	NA	NA	180.00		
Internamiento en la UCI		NA	NA	NA	NA		
Transfusión sanguínea o hemoderivados de emergencia (1 o + unidades)		NA	NA	NA	120.00	120.00	120.00
Atención odontológica especializada		NA	NA	30.00	30.00	30.00	30.00
Atención de rehabilitación (post fractura y/o post esguince)		6.00	6.00	6.00	6.00	8.00	8.00

PC: Pago por Consumo. NT: Pago según norma técnica

Fuente: RM 240-2009-MINSA

Elaboración: Propia

Comparando el tarifario 2009 y 2005 se observa que las algunas prestaciones preventivas y recuperativas han sufrido una ligera variación (Ver [Cuadro 20](#)~~Cuadro 20Cuadro 24~~). Por ejemplo, la atención prenatal y la atención al puerperio se han reducido en 50% y 40%, respectivamente en los dos niveles de atención. Las tarifas por cesáreas, que en el 2005 también se ofrecían en el segundo nivel de atención, sólo se ofrecen en el I-4 y ha sufrido incremento del 21%. De manera similar ocurre con las intervenciones de mayor complejidad que actualmente se ofrecen en los establecimientos del nivel I-4. Es el caso del Internamiento en ES sin intervención quirúrgica y el Internamiento con intervención quirúrgica menor que han sufrido un incremento del 11%, así como la Internamiento con intervención quirúrgica mayor que se incrementó en 13%.

Cuadro 202023. Variación del valor de las Prestaciones, Tarifario 2009 vs 2005
Nuevos Soles

Prestaciones	Nivel I				Nivel II	
	1-1	I-2	1-3	I-4	II-1	II-2
Atención prenatal						
2009				10.00 (-50%)		
2005				15.00		
Atención del puerperio normal						
2009				6.00 (-40%)		
2005				10.00		
Consulta externa						
2009	6.00		6.00		12.00	
2005	8.00/6.00		12.00		12.00	
Tamizaje de HIV a gestante						
2009	10.00		10.00 (-17%)			
2005	NA		12.00			
Diagnóstico del embarazo						
2009				5.00 (+25%)		
2005				4.00		
Cesárea						
2009				170.00 (+21%)		
2005				140.00		
Internamiento en ES sin intervención quirúrgica						
2009				80.0 (+11%)		
2005				70.00	70.00	70.00
Internamiento con intervención quirúrgica menor						
2009				100.0 (+11%)		
2005				90.00	90.00	90.00
Internamiento con intervención quirúrgica mayor						
2009				180.0 (+13%)		
2005				160.00	160.00	160.00

Fuente: RM 725-2005-MINSA y RM 240-2009-MINSA

Elaboración: Propia

El Cuadro 24 muestra las tarifas de pago por consumo de prestaciones, es decir el valor que es reconocido por el SIS a los prestadores que brindan servicios de salud a sus asegurados. Las modalidades de pago son: pago por tarifa y el pago por consumo.

El tarifario del 2009 amplía el listado de prestaciones por cargo fijo que eran reconocidas hasta el 2005. En el ~~Cuadro 21~~~~Cuadro 21~~~~Cuadro 25~~, las prestaciones sombreadas corresponden a las prestaciones por cargo fijo reconocidas hasta el 2005 las cuales básicamente no han sufrido modificación alguna en cuanto a su valor.

La nueva reglamentación reconoce que el pago por consumo tiene un componente de cargo fijo, que corresponde a la proporción del valor de la prestación que se mantiene constante independiente del volumen de producción del servicio; y, de cargo variable, entre los cuales se encuentra el valor de medicamentos, insumos, etc. y que por su naturaleza varían de acuerdo al volumen de producción.

Cuadro 212124. Tarifa de Pago por Consumo de Prestaciones de Salud según tipo de intervención sanitaria
Nuevos Soles

Prestaciones	Etapas de vida	Nivel I (categorías 1-3)		Nivel II		Nivel III	
		Cargo fijo	Cargo variable	Cargo fijo	Cargo variable	Cargo Fijo	Cargo variable
Internamiento del RN con patología	0-9			11.00	PC	11.00	PC
Internamiento con intervención quirúrgica del HN				30.00	PC	30.00	PC
Tratamiento profiláctico a niños expuestos al VIH		1.00	NT	1.00	NT	1.00	NT
Tratamiento de VIH-SIDA en niños y adolescentes	0-19	1.00	NT	1.00	NT	1.00	NT
Tratamiento de ITS en adolescentes, adultos y adultos mayores	10 a +	1.00	NT	1.00	NT	1.00	NT
Tratamiento profiláctico para gestante positiva a prueba rápida/ELISA VIH	Gestante	1.00	NT	1.00	NT	1.00	NT
Apoyo al diagnóstico	Todas las Edades	1.00	PC	1.00	PC	1.00	PC
Atención de emergencia con observación				4.00	PC	5.50	PC
Intervención médico-quirúrgica ambulatoria				11.00	PC	11.00	PC
Internamiento en ES sin intervención quirúrgica				11.00	PC	11.00	PC
Internamiento con intervención quirúrgica menor				21.50	PC	21.50	PC
Internamiento con intervención quirúrgica mayor				50.00	PC	50.00	PC
Internamiento en UCI				53.00	PC	53.00	PC
Cesárea						53.00	PC
Atención odontológica especializada						5.50	PC
Consulta médica especializada				4.00	PC	5.50	PC
Atención de emergencia	MEF			4.00	PC	5.50	PC
Consulta externa						5.50	PC
Atención de parto vaginal						21.50	PC

PC: Pago por Consumo según reportado en el formato de atención por el ES. NT: Pago según norma técnica

Nivel III: Hospitales III e Institutos Especializados

Fuente: RM 240-2009-MINSA

Elaboración: Propia

Finalmente, el ~~Cuadro 22~~~~Cuadro 22~~~~Cuadro 25~~ muestra el valor de las prestaciones administrativas reconocidas por el SIS, es decir a los servicios no asistenciales brindados como es el caso de los traslados por emergencia, gastos de sepelio, entre otros.

Cuadro 222225. Tarifa por Prestaciones Administrativas
Nuevos Soles

Prestaciones	Etapas de vida	Niveles I, II y III
Traslado Emerg. Urbano y/o Periurbano Terrestre	Todas las Edades	30.00
Traslado Emerg. Urbano y/o Periurbano Fluvial		PC
Traslado Emerg. Regional Terrestre		50.00

Traslado Emerg. Regional Fluvial		PC
Traslado Emerg. Nacional Terrestre		Variable (")
Tarifa Unificada por Uso de Aeropuerto (TUUA)		20.00
Traslado Emerg. Nacional Aéreo		PC
Asignación por Alimento		10.00
Sepelio de Natimueertos y Recién Nacidos	Natimuerto (> 26 semanas de edad gestacional) y RN (<29 días)	350.00
Sepelio de Niños	De 29 días hasta 9 Años	700.00
Sepelio de Adolescentes y Adultos	De 10 años a más	1000.00

PC: Pago por Consumo. NT: Pago según norma técnica

Fuente: RM 240-2009-MINSA

Elaboración: Propia

1.11 Funciones y actividades de monitoreo y evaluación

Bases de Datos para seguimiento y monitoreo

El SIS cuenta con dos aplicativos informáticos para facilitar el registro de formatos, la supervisión de la información ingresada y el soporte de los procesos operativos²⁸:

1. Aplicativo SIASIS (Sistema Integrado de Aseguramiento SIS). Plataforma web que permite ingresar la FESE así como los formatos de inscripción, afiliación, atención, y actualización de datos. También brinda soporte al SIS en diferentes procesos entre ellos la supervisión, transferencia de pagos a las UE, información para la gestión y soporte al proceso de quejas y reclamos.
2. Aplicativo ARFSIS (Aplicativo de Registro de Formatos SIS). Plataforma de escritorio, que permite el ingreso de la FESE y el registro de los formatos de inscripción, afiliación y atención de los asegurados del componente subsidiado.

Existe también un módulo SESE SIS, que funciona en un aplicativo de escritorio y que permite que los usuarios que no cuentan con acceso a internet puedan realizar el proceso de evaluación socioeconómica utilizando la ficha FESE.

El proceso de ingreso, procesamiento y gestión de la información contempla de manera general los siguientes pasos:

- a) Llenado de formatos, de afiliación, atenciones y otros, que se hace manualmente y se realiza en los establecimientos de salud
- b) El ingreso de los datos contenidos en los formatos en el sistema, que se realiza en los puntos de digitación mediante alguno de los aplicativos: SIASIS o ARFSIS.
- c) Proceso de Consolidación de la información en la sede central del SIS; y
- d) Supervisión, que evalúa todo lo que ha sido registrada.

²⁸ Directiva 004-2008/SIS-J. Directiva que regula el uso de las aplicaciones informáticas de registro de formatos del Seguro Integral de Salud.

En el caso específico de la supervisión de las atenciones brindadas por los establecimientos de salud, se considera los siguientes procesos:

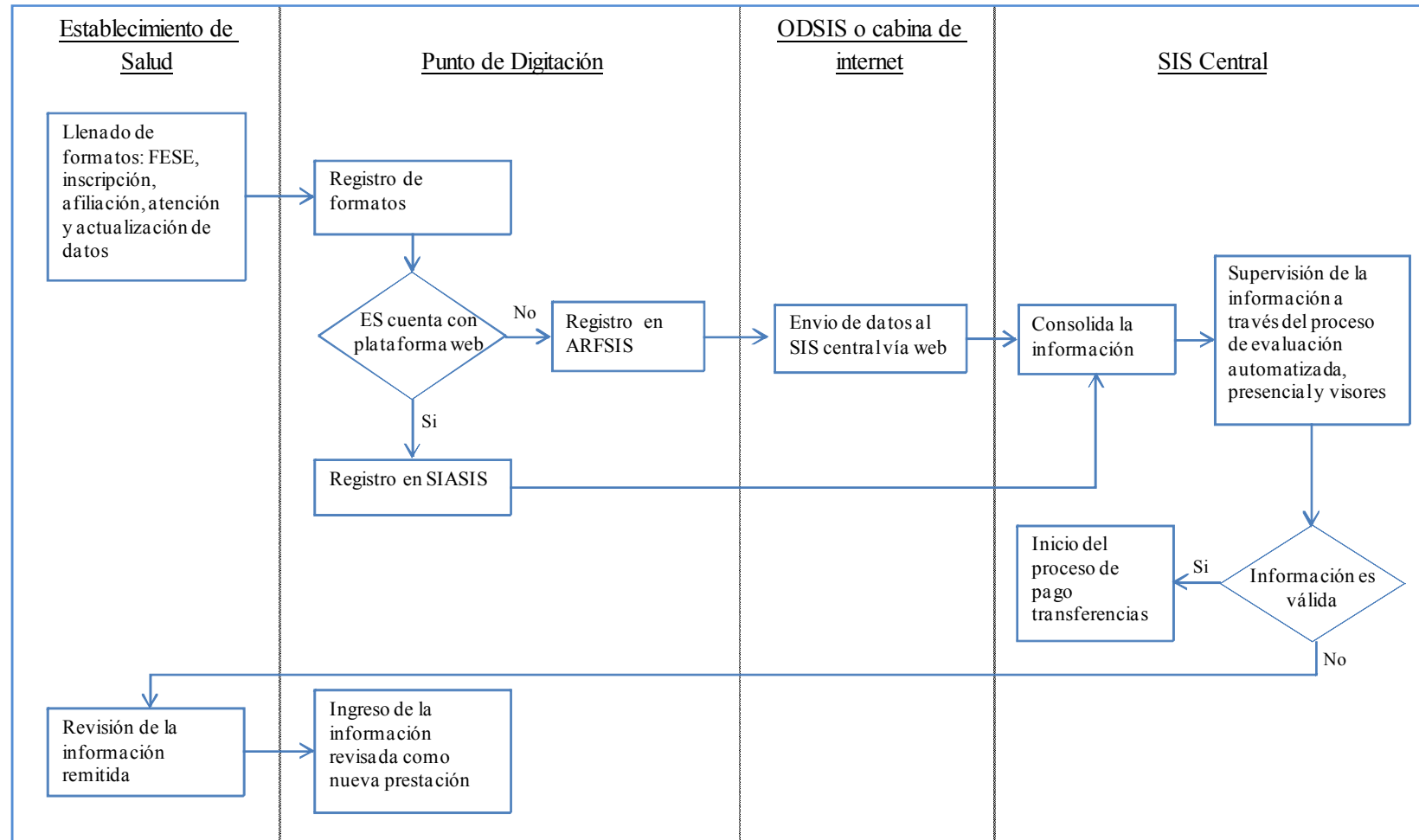
- i. evaluación automatizada, el sistema revisa automáticamente la consistencia durante el registro de la información (código de la prestación, código de asegurado, etc.)
- ii. proceso de evaluación presencial, que es efectuada directamente en el establecimiento de salud por un médico quien evalúa las prestaciones a partir de los documentos físicos y las historias médicas (no se realiza actualmente)
- iii. visores para verificación de atenciones, constituyen campos dentro de los sistemas informáticos que permiten a los médicos realizar la auditoría médica y verificar la consistencia entre las diferentes atenciones y procedimientos médicos.

La auditoría de la información es un proceso importante en el SIS pues determina la validez de las atenciones y permite determinar el valor de la producción a ser reembolsada.

A través del Módulo Anexo 1, se busca evaluar, de manera posterior a la realización de las transferencias, cómo las UE emplean los recursos transferidos.

Los sistemas mencionados permiten también generar información e indicadores necesarios para el seguimiento de los objetivos y metas y la elaboración de los informes y reportes estadísticos periódicos.

El siguiente flujograma muestra los pasos más importantes en el manejo de la información ([Gráfico 7](#)~~Gráfico 7~~~~Gráfico 7~~).

Gráfico 7. Proceso de registro de información

2. Temas de Evaluación

2.1 Diseño del SIS

2.1.1 Diagnóstico de la situación inicial

De acuerdo con criterios metodológicos comúnmente aceptados, la calidad del diseño de una intervención o programa social que aspire a lograr resultados efectivos en modificar las condiciones de vida de una población, está significativamente asociada con la realización de un riguroso proceso de identificación de los problemas o las necesidades que busca resolver o atender y del análisis de las causas que los explican. Sobre la base de la información y evidencias acerca de su naturaleza, extensión, gravedad o incidencia, la estructuración de intervenciones o programas que se orienten a afectar estas causas, contarán con un mejor pronóstico para alcanzar impactos positivos.

De manera específica, en el caso de los problemas de salud, será necesario identificar las principales patologías que afectan a la población, determinar las prevalencias e incidencias, la gravedad de los efectos, la población afectada, las dificultades de acceso a servicios entre otros, así como el análisis jerarquizado de sus causas, a fin de determinar las acciones correctivas necesarias para resolverlos o disminuir sus efectos.

Como se señaló en la primera parte del presente documento, uno de los problemas de salud más importantes que estuvieron en la base de la creación del Seguro Materno Infantil, que después pasó a conformar el SIS, fue el alto índice de la mortalidad materna. Según la ENDES de 1996, la tasa de mortalidad materna alcanzó la cifra de 265 por 100,000 nacidos vivos. Para el año 2000, la misma encuesta muestra una reducción de la mortalidad materna pero situándose aún en un nivel alto de 185 por 100,000 nacidos vivos. Según estimaciones de la Oficina de Epidemiología del MINSA²⁹ realizadas para el año 2001, la razón de muerte materna alcanzó una tasa a nivel nacional de 168 por cada 100,000 nacidos vivos.

Aún cuando las condiciones de salud materna han venido mejorando en los últimos años, los niveles de mortalidad son aún elevados, comparados con estándares internacionales y muestran la subsistencia de significativas disparidades asociadas a condiciones de pobreza, ámbitos de residencia y niveles educativos. Así, mientras que las estimaciones del MINSA para el 2001, muestran que los departamentos de Ica, Lima, Callao y Arequipa presentan bajas tasas de mortalidad materna de 48.5, 53.1, 64.1 y 71 por 100,000 nacidos vivos respectivamente, menores al promedio nacional; muestran también que coexisten con esta realidad departamentos como Puno, Ayacucho, Cajamarca y Huánuco que presentan elevadas tasas de mortalidad materna que ascienden a 332.5, 299.7, 285.9 y 281 respectivamente.

Las principales causas que explican la muerte materna, están asociadas a la presencia de hemorragias, hipertensión, abortos, infecciones y complicaciones en el momento del parto. La evidencia de investigación revela que para afectar estas causas se requiere de la

²⁹ Programa Estratégico Salud Materno Neonatal, página web del MEF, www.mef.gob.pe

intervención oportuna de los servicios de salud, con adecuada capacidad resolutive, en los momentos previos al parto, la atención del parto y el post parto³⁰.

Sin embargo, la existencia de barreras socioeconómicas, geográficas y culturales restringen la posibilidad de que las poblaciones de mayor pobreza, ubicadas principalmente en los ámbitos rurales, accedan a los servicios. Como se puede apreciar en el cuadro 26 a pesar de los avances en el uso del control prenatal, aún subsisten importantes brechas de acceso que se concentran en los más pobres. La brecha de atención de las gestantes del quintil de mayor pobreza asciende a 22 puntos en relación con la atención de aquéllas del quintil superior.

Cuadro 232326. Atención prenatal

Características	ENDES		
	1996	2000	2004-06
Total	67.3	83.8	91.5
Urbana	81.4	92.0	97.1
Rural	46.8	72.0	83.3
Quintiles de riqueza			
Quintil inferior			77.0
Segundo Quintil			86.9
Quintil intermedio			96.9
Cuarto Quintil			97.8
Quintil superior			99.3

Fuente: ENDES 1996, 2000, 2004-06

Elaboración propia

La atención del parto por personal calificado, en establecimientos de salud que cuenten con las condiciones para asegurar una capacidad resolutive, representa una condición necesaria para contribuir a la reducción de la mortalidad materna y se constituye en un importante predictor de su evolución. No obstante, las barreras que limitan el acceso de las madres de los estratos de pobreza y pobreza extrema a este tipo de servicios, muestran la subsistencia de significativas brechas de atención que se mantienen en el tiempo (ver siguiente cuadro).

Cuadro 242427. Parto en establecimiento de salud

Características	ENDES		
	1996	2000	2004-06
Total	49.6	57.9	71.6
Urbana	73.4	82.4	90.5
Rural	15.4	23.8	44.8
Quintiles de riqueza			
Quintil inferior			30.4
Segundo Quintil			56.0
Quintil intermedio			87.7
Cuarto Quintil			94.6
Quintil superior			97.1

Fuente: ENDES 1996, 2000, 2004-06

Elaboración: Propia

³⁰ Ministerio de Salud. Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud –PESEM 2008-2011. Documento técnico.

Según la ENDES 2004 – 2006, el 85% de las mujeres de 15 a 49 años encuentran barreras que limitan el acceso a los servicios de salud para sí mismas, situación que se mantiene en niveles similares a los de la encuesta del año 2000. En este caso, también se presentan importantes diferenciales que se determinan según condiciones de pobreza, niveles de educación o ámbitos de residencia. De las diferentes razones identificadas por la encuesta, la principal barrera para acceder a los servicios de salud que comparten dos terceras partes de las mujeres está dada por la necesidad de “conseguir dinero para el tratamiento”. (Ver [Cuadro 25](#)~~Cuadro 25~~~~Cuadro 28~~)

Cuadro 25~~25~~~~28~~. Problemas de acceso a la atención de salud: razones económicas

Características	ENDES	
	2000	2004-06
Total	65.0	66.3
Urbana	57.3	59.3
Rural	82.9	82.4
Quintiles de riqueza		
Quintil inferior		88.6
Segundo Quintil		84.2
Quintil intermedio		73.3
Cuarto Quintil		60.0
Quintil superior		42.1

Fuente: ENDES 2000, 2004-06
Elaboración propia

Otro de los importantes problemas de salud que estuvieron en la base de la creación del sistema de aseguramiento en el país, está referido a la mortalidad infantil ([Cuadro 26](#)~~Cuadro 26~~~~Cuadro 29~~). Como se puede observar en el cuadro siguiente, según las tres últimas encuestas ENDES (1996, 2000 y 2004-06) las tasas de mortalidad infantil se han venido reduciendo, explicado entre otros aspectos por los procesos de urbanización de la población y un mejoramiento en el acceso a los servicios de salud. No obstante, sigue siendo una de las más altas en la región y muestra significativas diferencias cuando se consideran las condiciones socioeconómicas y ámbitos de residencia.

Cuadro 26~~26~~~~29~~. Mortalidad Infantil

Características	ENDES		
	1996	2000	2004-06
Total	43	33	21
Urbana	30	24	21
Rural	62	45	36
Quintiles de riqueza			
Quintil inferior			45
Segundo Quintil			32
Quintil intermedio			23
Cuarto Quintil			20
Quintil superior			5

Fuente: ENDES 1996, 2000, 2004-06
Elaboración propia

Cuando se observa el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil relacionada con los quintiles de riqueza, se encuentra que este indicador en el quintil de mayor pobreza es 40 puntos más alto que el quintil de mayores ingresos.

La mortalidad perinatal es aquella que está asociada directamente al tipo de atención del parto y el post parto y así como a las condiciones de la madre. Este indicador que agrupa a los nacidos muertos con las defunciones neonatales tempranas, es el más importante de la mortalidad infantil que explica más de la mitad de las muertes infantiles. Como se observa en el [Cuadro 27](#) [Cuadro 27](#) [Cuadro 30](#), las tasas son significativamente mayores cuando se refiere a los estratos de mayor pobreza que residen en el ámbito rural.

Cuadro 27 ~~27~~ 30. Mortalidad perinatal

Características	ENDES	
	2000	2004-06
Total	23	18
Urbana	19	15
Rural	28	22
Quintiles de riqueza		
Quintil inferior		21
Segundo Quintil		23
Quintil intermedio		17
Cuarto Quintil		18
Quintil superior		8

Fuente: ENDES 2000, 2004-06

Elaboración propia

La desnutrición crónica infantil, medida como el retraso en el crecimiento de la talla para la edad, que afecta seriamente a los niños menores de cinco años, no ha mostrado significativas variaciones en los últimos diez años; mostrando más bien, una tendencia a disminuir muy lentamente. La desnutrición crónica infantil según la ENDES 1996, estimada a partir del uso de la tabla de referencia histórica de la NCHS/OMS, mostró un valor para este indicador de 25.8% y en la encuesta del año 2000 se encontró una tasa similar de 25.4%, situación que evidencia que este indicador se han mantenido sin variación durante ese periodo.

Con la encuesta ENDES continua 2004-2006, se ha introducido un nuevo patrón de referencia internacional de la Organización Mundial de la Salud, para la estimación de la desnutrición crónica infantil, que ha permitido re-estimar los datos de la ENDES 2000. Esta referencia estima un nivel de desnutrición mayor en aproximadamente cinco puntos por encima del criterio anterior. Considerando esta referencia, se puede observar igualmente variaciones poco significativas en la evolución de esta tasa entre el periodo de referencia de la encuesta en relación con la anterior.

Cuadro 28 ~~28~~ 31. Desnutrición crónica infantil

Características	ENDES	
	2000	2004-06
Total	31.0	29.5
Urbana	17.8	13.8
Rural	47.1	46.3
Quintiles de riqueza		
Quintil inferior	54.3	54.3
Segundo Quintil	37.8	41.7
Quintil intermedio	21.8	20.4
Cuarto Quintil	10.8	7.8
Quintil superior	5.9	4.8

Fuente: ENDES 2004-06
Elaboración: Propia

Como se puede observar en el Cuadro 31, la desnutrición crónica infantil afecta en mayor medida los niños del ámbito rural mostrando una brecha de 32 puntos en relación con los del área urbana. Esta brecha se hace mayor y alcanza los 50 puntos cuando se relaciona a los niños del quintil de mayor pobreza con los del quintil superior.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y muerte infantil (~~Cuadro 29~~~~Cuadro 29~~~~Cuadro 33~~). Las diarreas (EDA), aún cuando su participación relativa se ha reducido, siguen siendo una causa importante de morbimortalidad infantil. Importante evidencia científica muestra que la frecuencia en los episodios de enfermedad de este tipo de infecciones en los primeros meses y años de vida afectan la ganancia de peso en los niños y explican de manera significativa la prevalencia de la desnutrición crónica infantil.

Cuadro ~~29~~~~29~~~~32~~. Prevalencia de IRA y EDA en menores de cinco años

Características	ENDES					
	1996		2000		2004-06	
	IRA	EDA	IRA	EDA	IRA	EDA
Total	20.4	17.9	20.2	15.4	18.0	14.7
Urbana	18.2	16.4	19.8	13.6	16.1	13.8
Rural	23.7	20.3	20.6	17.6	20.4	15.9
Quintiles de riqueza						
Quintil inferior					22.5	18.7
Segundo Quintil					20.0	15.1
Quintil intermedio					16.1	14.7
Cuarto Quintil					14.9	12.1
Quintil superior					14.1	11.4

Fuente: ENDES 1996, 2000, 2004-06
Elaboración propia

Los diferenciales en las tasas de prevalencia de estas enfermedades están asociados con las condiciones de pobreza y la ubicación de la residencia. Así en las IRA se encuentra una prevalencia mayor en más de 8 puntos entre los quintiles de mayor pobreza en relación con el quintil superior y de 4 puntos entre el ámbito rural respecto del urbano. En las EDA la mayor diferencia, de 7 puntos se encuentra entre los quintiles de riqueza.

Se debe mencionar que en la ENDES 2000, se señala que dentro de las principales razones para no acudir al establecimiento de salud están el “no saber qué hacer” con 29.4% y el “no poder pagar” la atención con 26.6 %.

Si bien, existen una multiplicidad de factores que explican la permanencia de las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna e infantil, se puede señalar que las causas que las explican en mayor medida, son aquellas que se relacionan con la pobreza y los niveles educativos, la disponibilidad de servicios de salud de calidad y las barreras de acceso económicas, geográficas y culturales. Estas determinantes interactúan entre sí, se retroalimentan y tienden a reproducir las condiciones que las perpetúan.

La naturaleza, magnitud y gravedad de estos problemas de salud, indican que, las medidas efectivas para enfrentarlos y abatir sus indicadores negativos, implican asegurar una oferta de servicios disponibles, oportunos y de calidad adecuada y una reducción significativa de las barreras que limitan el acceso, sobre todo de las poblaciones de menores recursos. Consecuentemente, las tareas de incrementar y reorganizar la oferta de servicios de salud, por un lado, y la de asegurar esquemas de financiamiento que garanticen el acceso, por otro, resultan indispensables.

Desde una perspectiva sanitaria, la prioridad de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil, que afecta en mayores proporciones a madres y niños en situación de pobreza y pobreza extrema, justifica plenamente la implementación y desarrollo de un sistema de aseguramiento que promueva el uso de los servicios de salud y garantice, a través del financiamiento público, el acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud.

La creación del Seguro Materno Infantil y su desarrollo posterior como SIS, encuentra en la identificación y análisis de estos problemas, el sustento adecuado que le permite direccionar la administración de los recursos, orientándolos hacia al financiamiento de las prestaciones de salud individual de las madres y niños en pobreza y pobreza extrema. Mediante este mecanismo de subsidio se busca reducir las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud, estimulando un mayor consumo de éstos y a través de esta vía, lograr resultados efectivos en la reducción los indicadores negativos y el mejoramiento del estado de salud de madres y niños, en cumplimiento de las políticas y prioridades sanitarias.

Esquemáticamente se puede señalar que, la caracterización de problemas de salud específicos que se vinculan a grupos de población determinados, el establecimiento de su gravedad e incidencia relacionado con los diferenciales de riqueza y la definición de aquellos servicios que son pertinentes para enfrentarlos y alcanzar metas sanitarias, constituyen elementos clave para delimitar el ámbito de acción del sistema de aseguramiento, orientar su desempeño, asignar apropiadamente los recursos y otorgarle viabilidad al esquema.

Los desarrollos recientes en la estructuración de los programas estratégicos Materno Neonatal y Articulado Nutricional que identifican y priorizan los problemas de morbilidad materna infantil y desnutrición en las poblaciones más pobres y buscan ordenar recursos y servicios, así como los esquemas de aseguramiento en función de estas prioridades sanitarias para lograr metas específicas, así lo acreditan.

En lo que se refiere a la población de niños y adolescentes de 5 a 17 años que fue definida como población objetivo del Seguro Escolar Gratuito (SEG) no se ha logrado recabar información que permita establecer la existencia de algún diagnóstico de los problemas de salud o patologías específicas que afecten a estos segmentos de la población que hayan servido de justificación para su creación. Si bien, es posible identificar un conjunto de frecuencias de enfermedades que afectan a niños y adolescentes, no se ha encontrado evidencia que permita relacionar éstas con la disposición biológica o las características específicas de estos grupos etarios.

En el caso del criterio de selección para la incorporación al SEG, definido por la condición de matriculado en las instituciones educativas públicas, tampoco se ha podido encontrar información que permita establecer la existencia de una relación significativa de esta condición con algún tipo de problema de salud.

Indudablemente, desde la perspectiva general de lucha contra la pobreza y de lograr que los pobres extremos y pobres puedan mejorar su acceso a servicios de salud, se puede encontrar fundamentos para la implementación de esquemas de aseguramiento para estos segmentos de población. No obstante, el criterio de matrícula en escuelas públicas no resulta ser un criterio de selección equivalente a la clasificación por criterios de pobreza y podría, por lo tanto, generar importantes filtraciones, a no ser que se sigan estrategias que combinen este criterio de matrícula con el criterio de pobreza.

Aún en el supuesto de la existencia de un criterio de pobreza consistente con la matrícula escolar pública, no se ha encontrado información o evidencia que permita establecer la existencia de patologías prevalentes específicas para estos grupos de edades, ni de prioridades sanitarias.

Con la creación del SIS, sobre la base de la fusión del SMI y el SEG, se ha venido incorporando distintos grupos poblacionales en el marco de las estrategias que promueven el aseguramiento universal. Mediante la dación de normas legales se ha priorizado grupos, tales como, adultos en situación de pobreza, afiliados a las organizaciones de base, Wawa Wasi, población de la Amazonía y alto andina dispersa, víctimas de la violencia, lustradores de calzado y mototaxistas, entre otros.

A este respecto, se debe señalar que en la documentación e información a la que se ha tenido acceso, así como en las entrevistas que se han realizado, no se ha podido determinar la existencia de información o evidencias que especifiquen cuáles son los principales problemas de salud o las patologías que están asociadas a la condición o característica que ha servido de base para su priorización e inclusión en el SIS. Tampoco se ha podido establecer la existencia de criterios o prioridades sanitarias dentro de la política sectorial de salud, que justifiquen la inclusión selectiva de estos grupos.

Como se puede observar, la incorporación y priorización de estos segmentos diversos de la población no sólo no obedece a criterios específicos de salud o de prioridad sanitaria, que sería lo esperable en un seguro de salud, sino que incluye criterios diversos para su incorporación al sistema. Además de los criterios de pobreza, se han considerado criterios tales como: pertenencia a un determinado tipo de organizaciones sociales, ubicación geográfica, temas de violencia y tipo de ocupación, entre otros, que se asume tendrían algún tipo vinculación con los índices de pobreza.

Aún cuando es posible encontrar segmentos dentro de estos grupos que sean consistentes con los criterios de salud o pobreza, no es menos cierto que la priorización en función de estos otros criterios, genera importantes riesgos de filtración. En contextos de restricción de recursos las filtraciones generan un efecto de sustitución, en el que se atiende a segmentos no considerados como población objetivo y se deja de atender a población priorizada por criterios sanitarios, que usualmente es aquella de mayor pobreza relativa y que presenta los mayores problemas de salud.

Tratándose de un esquema de aseguramiento que busca mejorar las condiciones de salud de la población a partir del financiamiento de las atenciones a los grupos vulnerables y en función de las prioridades sanitarias, los criterios de selección para la incorporación deberían estar alineados con aquellos factores que inciden significativamente en el estado de salud de la población. En ese sentido, conviene mencionar que los criterios señalados no obedecen a una determinada problemática de salud y su aplicación genera una superposición de prioridades,

la generación de filtraciones, dispersión en las estrategias de incorporación de la población y una pérdida de importancia en la atención a los grupos de población que obedecen a criterios de política y prioridad sanitaria.

2.1.2 Lógica vertical de la Matriz de Marco Lógico

En la medida que el MINSA, de acuerdo con su rol de rectoría, define las políticas y prioridades de salud que orientan a las diferentes organizaciones del sector, resulta útil revisar las principales formulaciones y sobre todo aquellas que se relacionan con la misión del SIS.

Los objetivos que se propuso el MINSA con la creación del SMI, que administraba directamente, estaban dirigidos a lograr el aseguramiento de las madres y niños en situación de pobreza y pobreza extrema, como mecanismo que promueva, garantice el acceso y financie las atenciones de salud, en función de las prioridades sectoriales de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil. En correspondencia con esta orientación, la estrategia establecía la afiliación prioritaria de las madres y niños menores de 5 años pertenecientes a estos estratos. Se propuso inicialmente, priorizar a las 8 Direcciones de Salud (DISA)³¹ que habían sido seleccionadas en función de una mayor concentración de indicadores de prevalencias y de pobreza. Teniendo como punto de partida este grupo focalizado de DISAs, se construyeron diferentes escenarios de incorporación progresiva de estos grupos de población pertenecientes al resto de las DISAs.

En los primeros años de la década actual, con el cambio de gobierno se producen algunas modificaciones en las orientaciones a seguir por el sector. Así, en los primeros planes estratégicos del MINSA, si bien en el diagnóstico se describe la importancia de los problemas de salud relacionados con la morbilidad y mortalidad materno infantil, no se encuentra una adecuada traducción de estas prioridades en los objetivos. En el PESEM 2002-2006 se consigna como principales objetivos estratégicos “garantizar el acceso y la atención de salud de calidad adecuados a la necesidad de la población y bajo criterios de equidad” y “promoción de la salud y vigilancia de las funciones esenciales de salud pública”. Éstos no sólo constituyen enunciados generales, que no permiten determinar el sentido de las propuestas programáticas o los cambios que se requiere impulsar, sino que además no definen orientaciones específicas para el desarrollo del recientemente creado SIS. Un elemento importante a destacar es el cambio de la estrategia de intervención focalizada de los inicios del SIS que fue reemplazada por una de aseguramiento universal.

En el PESEM de 2004-2006 del MINSA, se encuentran algunas definiciones programáticas, que se reflejan en la formulación de objetivos prioritarios orientados a reducir la morbimortalidad materna e infantil, garantizar el acceso a servicios de salud adecuados y de calidad y el acceso y uso racional de medicamentos. En éste se reafirma también como una orientación prioritaria el esquema de aseguramiento universal.

Si bien, no es propósito del presente documento realizar una evaluación de las políticas de salud, se debe señalar que estas definiciones no permiten identificar la magnitud de los cambios que se quiere lograr, ni determinar la secuencia temporal que se requiere para su implementación. En el caso específico del SIS, estas orientaciones generales no le permiten contar con definiciones más concretas que puedan ser expresadas en términos operativos y

³¹ Las DISAs priorizadas eran: Apurímac I, Apurímac II, Ayacucho, Bagua, Cusco, Huancavelica, Huánuco y Puno.

que se traduzcan en una adecuada distribución de los esfuerzos y recursos institucionales para desarrollar los esquemas de aseguramiento en función de la prioridad específica de salud.

Reflejando este cambio de orientación propuesto desde el sector salud, en el Plan Estratégico Institucional 2002-2006 del SIS, se encuentra que el principal problema que se identifica es el “limitado acceso a servicios de salud, por la existencia de barreras económicas, de 13.3 millones de peruanos sin protección de salud y en estado de pobreza extrema y pobreza”. Como consecuencia lógica de esta identificación, el principal objetivo estratégico fue definido como desarrollo de la demanda a través de la afiliación de la población pobre y extremadamente pobre con el apoyo de acciones de mercadeo.

En la misma orientación el PEI 2004-2006 del SIS, identifica de manera similar el problema e igualmente propone el mismo objetivo principal de desarrollo de la demanda; aunque introduce una desagregación de la población según los siguientes grupos: gestantes, niños menores de cinco años, niños y adolescentes y adultos focalizados. Se debe señalar que estos grupos corresponden a los planes de beneficios (A, B, C y D) que se instituyeron en el año 2002.

Conviene destacar que este cambio de estrategia que pasa de un esquema focalizado en función de prioridades sanitarias a otro de aseguramiento universal en función de criterios de pobreza, tiene implicancias tanto en la definición de los objetivos, en los procesos de desarrollo del sistema, en las decisiones operativas, así como en los resultados esperados.

En el esquema focalizado, que dio origen al sistema, se encuentra una correlación clara entre los problemas materno infantiles identificados, el aseguramiento que permita sobrepasar la barrera acceso económica a servicios de salud a las madres y niños y la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil. La selección de estos grupos beneficiarios por criterios de pobreza, se justifica en la medida que ésta, determina significativas diferencias que inciden en una mayor gravedad de los indicadores sanitarios.

En este escenario los objetivos adquieren mayor especificidad se enfocan en los grupos de madres y niños, se establece la orientación de los cambios que se espera lograr en los indicadores y los horizontes de tiempo requeridos para alcanzar las coberturas y la reducción de los indicadores. El sistema aseguramiento puede desarrollar mejor los instrumentos operativos, ordenar programación y recursos y orientarse en función de estos resultados sanitarios.

Por otro lado, un enfoque de aseguramiento universal supone definir como criterio de acceso, los niveles de ingreso o las condiciones socioeconómicas, independientemente de los grupos vulnerables y los riesgos de salud asociados. Prioriza el acceso general a los servicios de salud, antes que el consumo de aquéllos que tienen impacto en reducir las tasas de morbimortalidad, genera una pérdida de visibilidad de la gravedad de estos problemas e introduce incertidumbre en la obtención de los resultados esperados.

Bajo este esquema de aseguramiento, los objetivos pierden especificidad, se pierde definición en los cambios en salud que se espera lograr y dificulta su articulación a metas sanitarias. Consecuentemente, en el sistema de aseguramiento se complica el desarrollo de instrumentos, se minimizan los criterios de prioridad en la asignación de recursos y se difumina la posibilidad de obtener resultados.

Resulta conveniente precisar que, bajo determinadas circunstancias y en función de determinados criterios, es posible combinar esquemas de focalización en una estrategia de cobertura progresiva hacia la universalización. Pero en condiciones de escasez de recursos y contextos fiscales restrictivos, resulta indispensable priorizar y concentrar los esfuerzos en función de los grupos de mayor riesgo sanitario y en función de su mayor impacto o contribución al mejoramiento del estado de salud general de la población.

En el marco de los esfuerzos por mejorar la calidad del gasto público, se han venido desarrollando en el país, ejercicios de programación y ejecución presupuestaria en función de la obtención de resultados concretos en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Reconociendo la importancia de los problemas materno infantiles y la urgencia de priorizar su atención se han elaborado los programas estratégicos Materno Neonatal y Articulado Nutricional.

En el marco de estos avances, en el PESEM 2008-2011 del MINSA se puede observar el establecimiento de prioridades sanitarias vinculadas a las altas tasas de mortalidad materna, altas tasas de mortalidad infantil y desnutrición crónica infantil, que definen lineamientos de política orientados a: la atención integral de la mujer y el niño privilegiando la promoción y prevención, el acceso a medicamentos de calidad y el aseguramiento universal.

En el PEI 2007 – 2011 del SIS se recoge también como objetivo general contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad con prioridad materno infantil, aunque se establece como una prioridad dentro del marco del aseguramiento universal de la población en pobreza y pobreza extrema. Se debe señalar que de manera contrapuesta a las prioridades sanitarias y a los grupos objetivo, se establece con el mismo nivel de importancia el objetivo estratégico de fortalecer el componente semicontributivo.

En el plan operativo institucional para el 2008 del SIS, en el marco del aseguramiento universal, se define como objetivo general la reducción de los riesgos y daños de la población vulnerable, sin establecer mayores definiciones respecto de sus características. Reforzando la predominancia del enfoque de pobreza, se incluye como objetivo anual, lograr el aseguramiento del 70% de la población en los distritos priorizados de la Estrategia Nacional CRECER.

Por su parte en el POI 2009 del SIS, en correspondencia con su participación en los programas estratégicos, se incluye como objetivo contribuir a la reducción de la desnutrición crónica infantil y morbilidad materno neonatal.

Como se puede observar, en los diferentes documentos que describen las políticas y objetivos del sector salud, no se encuentra una visión de continuidad y no se logra desarrollar una adecuada jerarquización y priorización de los problemas de salud de manera que permita ordenar las decisiones, los procesos de gestión y la asignación de recursos en el sector. En los documentos de planificación y programación las prioridades suelen enunciarse de manera general y referirse a todo el espectro de problemas de salud, lo cual no permite traducir operativamente las prioridades en términos de metas específicas de atención y por consiguiente de asignación de recursos para la producción de servicios.

Esto se ha expresado en una definición de objetivos del SIS que ha ido transitando de una estructuración en función de criterios y metas sanitarias a una de atención a la pobreza. Es decir, aun cuando se mantienen como enunciado de prioridad, los problemas de salud que

fueron identificados y que le dieron origen, han venido perdiendo peso relativo en la definición de los objetivos y prioridades. La existencia de normas que establecen nuevas prioridades, nuevos clientes, refuerzan la dinámica de estos procesos.

2.1.3 Lógica Horizontal de la Matriz de marco Lógico

Uno de los aspectos más relevantes que están a la base de la reforma que supuso la creación del sistema de aseguramiento en salud en el país, es la separación de las funciones de prestación y financiamiento. La tradicional predominancia de la función de provisión de servicios generó, entre otros, una concentración de los recursos hacia el financiamiento en los hospitales, una menor importancia a las redes de atención primaria, pérdida de eficiencia y una estructura regresiva en la distribución de los recursos en relación con las demandas de servicios de salud de las poblaciones más pobres; gravitando significativamente en el desarrollo de un sistema poco eficaz para resolver los principales problemas de salud

La función de financiamiento, separada de la provisión, bajo diferentes esquemas de aseguramiento ha mostrado, en la experiencia de diferentes países, un potencial importante para direccionar la oferta de servicios de salud hacia las poblaciones objetivo, generar incentivos para el mejoramiento de los servicios, incrementar el acceso y lograr efectos positivos en el estado de salud de la población.

El elemento clave para lograr estos objetivos está centrado en lo que se suele llamar la administración del riesgo en el sistema de aseguramiento. Esto supone evaluar los diferentes riesgos asociados a los problemas de salud de los diferentes sectores de la población, relacionarlo con las metas sanitarias y determinar los planes de beneficios en función de las fuentes de financiamiento y los recursos disponibles.

En contextos de escasez de recursos, como aquél en el que se iniciaron las operaciones del SIS, resulta indispensable el desarrollo una estrategia sanitaria principal que se determina en función de su contribución relativa al mejoramiento del estado de salud general de la población. En ese sentido y en función de los problemas de morbilidad materna e infantil identificados y la atención a estos segmentos establecida en las prioridades sanitarias, se debe realizar la estimación de costos, la determinación de tarifas que sustenten en función de los recursos disponibles y las metas de afiliación.

La afiliación es un proceso de singular importancia que permite determinar quiénes son los beneficiarios del sistema, pues es el que otorga el derecho y es un instrumento que permite promover la demanda, generar el acceso a servicios de las poblaciones objetivo e inducir cambios en la producción de los servicios de salud.

Más adelante, en la parte referida a la afiliación se realizará un mayor análisis del proceso y de los resultados. No obstante, es importante dejar señalado que siendo éste un proceso esencial de la gestión del seguro, resulta indispensable monitorear el desarrollo del sistema a través de indicadores que permitan alcanzar metas de afiliación de poblaciones que cumplan con los criterios establecidos en las prioridades de salud y que se encuentren en situación de pobreza y pobreza extrema.

Otra función fundamental del SIS, desde la perspectiva de la separación de la provisión del financiamiento, está dada por el mecanismo de compra que ésta implica en su

funcionamiento. La transferencia de los fondos desde la entidad de aseguramiento a los proveedores de servicios, como retribución por las atenciones brindadas, permite generar no solo los incentivos para procesos de ampliación o reorganización de la oferta de servicios, sino que obligan a generar información que resulta necesaria para verificar si las atenciones prestadas son aquéllas que corresponden con las patologías diagnosticadas, están dentro de plan de beneficios y cumplen con un procedimiento médico, como condición indispensable para el pago o reembolso respectivo.

Desde esta perspectiva, resulta necesario contar con indicadores que permitan definir metas de uso de servicios según grupos de población, frecuencias y procedimientos aplicados, entre otros, como forma de asegurar resultados efectivos en el estado de salud de los grupos objetivo. Por ejemplo, sería conveniente contar indicadores que permitan verificar la evolución de los partos asistidos por profesionales de salud en establecimiento con condiciones y equipamiento adecuado, para las madres de los quintiles de mayor pobreza, en función de los cuales se realiza los reembolsos por el SIS.

Se debe precisar que, si bien se puede encontrar en los diversos boletines estadísticos información e indicadores similares a los que se hace referencia, no se ha logrado establecer la existencia de metas específicas para períodos de tiempo definidos o de indicadores de medición que permitan verificar los avances, de tal manera que puedan orientar las operaciones del SIS en función de lograr coberturas de atención efectivas en función de los problemas de salud identificados.

Los indicadores que han sido frecuentemente utilizados por el MINSA y el SIS para delimitar los resultados que se espera alcanzar en función de los objetivos, están referidos a afiliaciones y atenciones. A excepción del período de operaciones de SMI donde las metas estaban definidas en función de la afiliación de gestantes y niños menores de 5 años, en los años siguientes desde la constitución del SIS las metas han estado formuladas en términos de afiliaciones y atenciones agregadas.

Indudablemente, los cambios en las orientaciones de aseguramiento que se han reseñado, tiene implicancias en la definición de las metas de afiliaciones. Así, en el marco de la estrategia de aseguramiento universal, las metas de afiliaciones se establecen a partir de criterios de población general en situación pobreza, antes que las de grupos afectados por los problemas de salud diagnosticados.

En el primer plan estratégico elaborado por el SIS después de su creación, se determina una población objetivo se 13.3 millones de personas en situación de pobreza y pobreza extrema, que deben ser afiliadas progresivamente. La estimación de esta meta se hace de manera similar al criterio que utiliza el MINSA para definir su población de referencia: se sustrae de la población total a todos los que cuentan con afiliación a Es salud, a los segmentos no pobres que utilizan sistema privados, o no pertenecen a un sistema contributivo y la población resultante, en situación de pobreza que no cuentan con régimen contributivo, se le considera población objetivo.

Como se vio en el [Cuadro 7](#) de la primera parte del informe, en los planes del SIS para los años 2002-2006 las metas de afiliación están definidas de esta manera, con tasas de afiliación progresiva para la totalidad de las gestantes, niños y adolescentes y adultos. No se ha logrado obtener información acerca del tamaño de la población asignada para cada

grupo, sus ámbitos de residencia u otros aspectos que permitan identificarlos y medir los avances en el proceso de su afiliación.

Si bien desde el punto de vista agregado, la meta global puede mostrar una idea de magnitud, desde el punto de vista metodológico no resulta apropiado este tipo de formulación, pues no permite identificar y ubicar a la población en función de sus características, grupos, vulnerabilidades, nivel de pobreza relativa, ubicación, que son variables que permiten, aun en el escenario de aseguramiento universal, definir una ruta priorizada de incorporación progresiva de la población.

Desde el punto de vista operativo, dificulta las posibilidades de estimar los riesgos asociados a una población con elevada heterogeneidad en el perfil epidemiológico, limita las posibilidades de estimar costos en función de planes de beneficios, no permite priorizar los procesos de afiliación e introduce criterios de asignación de recursos no progresivos. Limita adicionalmente, la posibilidad de inducir cambios específicos en el desarrollo de la oferta en función de prioridades sanitarias.

Un problema adicional se presenta en los datos de los afiliados. Como se ha referido en la primera parte de este informe, las cifras de afiliación que son presentadas y que sirven de base para estimar las metas anuales del SIS, difieren de un periodo a otro y no guardan significativa relación unas con otras. Esto se puede observar cuando se hace la comparación entre las metas programadas de afiliaciones de cada año con las afiliaciones efectivas para cada período.

Cuadro 303033. Afiliaciones según SIS y ENAHO

Fuente	Afiliados						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SIS	5,863,687	7,571,302	9,188,828	11,026,607	10,389,190	6,983,157	10,358,793
ENAHO	90,881	88,432	2,084,630	4,165,810	4,703,028	5,340,448	9,044,980

Fuente: Estadísticas SIS, ENAHO 2002-2008
Elaboración: Propia

Desde la perspectiva de verificar el cumplimiento de los objetivos de afiliación, también se encuentran algunos problemas para la estimación de los avances. Cuando se realizan comparaciones entre el número de afiliados declarados por el SIS con los datos que proceden de las encuestas de hogares (ENAHO) se encuentra que existen significativas diferencias en el número de afiliados.

Ciertamente, considerando las diferencias entre la metodología de estimación de la encuesta y la procedencia administrativa de los datos del SIS, además de los márgenes de error de las fuentes de información, se podría justificar la existencia de importantes diferencias en las afiliaciones. Sin embargo, las magnitudes de las diferencias entre una fuente y otra presentan niveles demasiado grandes como para atribuírsela exclusivamente a estos factores.

La mayor proximidad en los datos de ambas fuentes para el año 2008 sería evidencia de una mayor correspondencia entre ambas fuentes. Pero podría ser también evidencia de las inconsistencias entre las cifras del propio SIS, que presenta una gran variabilidad de las cifras

anteriores en relación con la de ese año, sobre todo cuando se ha venido mencionando un crecimiento progresivo de las afiliaciones.

En lo que se refiere a las atenciones, que se han considerado como una meta del SIS, se debe mencionar que, el incremento de las atenciones no depende directamente del SIS, sino de otros factores vinculados a las condiciones de la oferta brindada por los prestadores del servicio y a las decisiones y elección de los usuarios. Sin embargo, considerando que el sistema de aseguramiento en salud se crea con la finalidad de mejorar el acceso de las poblaciones mas pobres a los servicios y de generar efectos positivos en las condiciones de salud de estas poblaciones, convendría evaluar cuales han sido sus efectos en reducir las barreras de acceso a los servicios y cuanto ha sido su aporte al mejoramiento de los indicadores de salud.

A este respecto, se debe mencionar que medir y determinar la magnitud de estos cambios en el acceso y en el estado de salud de la población afiliada, suponen la realización de estudios de evaluación de impacto, que resulta indispensable desarrollar, pero que requieren de otras exigencias metodológicas, técnicas de medición y trabajo de campo que exceden los alcances del presente estudio.

El análisis de los procesos de afiliación y focalización en relación con el logro de los objetivos será desarrollado en otros puntos más adelante.

2.2 Ejecución del SIS

2.2.1 Organización del SIS

El planteamiento básico para el análisis de los principales procesos operativos del Seguro Integral de Salud, consiste en determinar en que medida estos permiten al programa orientar y asegurar que el desarrollo de sus acciones se realice, en función de lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos.

2.2.1.2 Procesos de afiliación, control de atenciones y reembolsos del SIS

Proceso de Promoción o Mercadeo Social

Como se encuentra ampliamente difundido en la literatura acerca de este tema y como lo demuestran innumerables experiencias exitosas, una condición necesaria para lograr eficacia y buenos resultados en el desarrollo de los programas sociales, esta relacionada con la adecuada identificación de la población objetivo. En función de sus características básicas, así como de su localización geográfica, se deben ordenar los diseños y las estrategias de intervención.

Una vez definida la población objetivo, el dilema se concentra en saber cómo lograr su participación y cómo disuadir de ella a otros potenciales usuarios no considerados en los grupos objetivo. En relación con este tema, la respuesta frecuente ha sido la implementación de sistemas de selección de beneficiarios a través del uso de criterios e instrumentos de focalización.

Si bien, la aplicación de instrumentos de evaluación socioeconómica, representa un mecanismo útil para la selección de beneficiarios, que opera como barrera de entrada para el ingreso de grupos no considerados, no es menos cierto que este instrumento permite reducir filtración pero no resulta muy útil para reducir la subcobertura. En ese sentido, se requiere contar con otros instrumentos que contribuyan a lograr que los servicios o las atenciones que se brinden, resulten atractivos o sean demandados efectivamente por la población que se espera beneficiar.

Con la finalidad de promover la focalización por autoselección, se ha venido considerando indispensable el desarrollo de campañas de comunicación o mercadeo social durante la ejecución de los programas sociales. Obviamente, el éxito de este proceso depende en importante medida de la información que posean los potenciales beneficiarios al momento de realizar sus decisiones de participación. El desarrollo de campañas de comunicación con una segmentación clara del público al que se dirige y considerando un criterio geográfico, deviene indispensable para estimular la participación de aquellos segmentos de madres y niños y población en pobreza y pobreza extrema a los que se espera llegar con el sistema de aseguramiento

Es indudable que proporcionar información oportuna a los potenciales usuarios resulta importante para este fin. La implementación de acciones de difusión constituye una vía frecuentemente utilizada para realizar la transferencia de información a los participantes. Sin embargo, es conveniente precisar que, entre la recepción de la información y la decisión de afiliación no existe una relación inmediata de causa-efecto. La información por sí misma no es suficiente para sustentar una decisión. Es necesario que ella se transmita de una manera y en una secuencia apropiada para lograr el efecto deseado. Una estrategia de comunicaciones puede aportar significativamente a este propósito.

El diseño de esta estrategia requiere considerar una serie de aspectos vinculados a las condiciones socioeconómicas, los conocimientos, la cultura, las actitudes y las formas o mecanismos frecuentemente utilizados para atender sus necesidades de salud, como sustento para la elaboración de un conjunto estructurado de mensajes. El contenido concreto de cada uno de ellos, la secuencia y la temporalidad, así como la selección y el uso de los medios de comunicación, estarán en función de los objetivos y las metas de afiliación de cada campaña.

El desarrollo de campañas de comunicación apoyadas en una clara identificación de los públicos y una adecuada graduación de los mensajes, resulta necesaria para concitar la atención de los grupos objetivo, reforzar las actitudes favorables y afirmar las decisiones de afiliación y uso del seguro de salud. Esto resulta tanto más importante por cuanto, la población objetivo que se encuentra ubicada en ámbito rural disperso es la que presenta mayores dificultades de acceso al servicio y consecuentemente al proceso de afiliación.

Desde esta perspectiva se debe señalar que, aún cuando se ha tomado conocimiento de la realización de actividades de difusión, información o capacitación en ámbitos locales, no se ha encontrado información o evidencias de la existencia de importantes campañas estructuradas de comunicación o difusión orientada a promover la afiliación de la población objetivo al SIS.

Se ha tomado conocimiento que, durante el proceso de implementación del SMI, se realizaron campañas locales de difusión a través de medios radiales y prensa escrita para promover la afiliación de madres y niños en los ámbitos rurales. También se desarrollaron

actividades de capacitación y se entregó a los establecimientos de salud material impreso para su distribución.

Por otro lado, en las visitas realizadas a las DISA II Lima Sur y Andahuaylas se tomó conocimiento de la realización de campañas locales de difusión y afiliación realizadas por los establecimientos de salud. El personal asistencial mencionó que en las campañas de afiliación realizadas por el Centro Materno Infantil (CMI) Portada de Manchay, perteneciente a la Micro Red Portada de Manchay-Red Villa El Salvador-Lurín-Pachacamac-Pucusana, se habían incrementado las atenciones de manera significativa con respecto a las realizadas durante el año 2008.

Como parte de la visita programada, se observó el desarrollo de una campaña de afiliación del personal del Puesto de Salud Oasis de Villa El Salvador, perteneciente a la Micro Red Juan Pablo II (Red Villa El Salvador-Lurín-Pachacamac-Pucusana), que mediante la realización de visitas domiciliarias brindaban información a las familias sobre los beneficios del SIS y se realizaba procesos de afiliación inmediata.

En la visita al Centro de Salud del distrito de San Jerónimo en Andahuaylas, se conoció que con ocasión de la incorporación de familias al Programa Juntos, que promueve la asistencia de beneficiarias a los servicios de salud, se organizaron a nivel de la microrred campañas para realizar visitas domiciliarias con el objetivo de afiliar a las madres y niños que participan de este programa.

Aún cuando se ha obtenido información acerca de un incremento de las afiliaciones como parte de la ejecución de algunas de las campañas de difusión y visitas domiciliarias y reconociendo el esfuerzo del personal de salud, es necesario mencionar que, son actividades que suelen realizarse periódicamente y con diversos fines por el personal de salud, pero que no obedecen a una estrategia específica, no cuentan con una definición clara de los objetivos y el contenido de los mensajes y la información que se brinda, es muy heterogénea y poco estructurada.

En relación con este último tema, en las entrevistas con funcionarios del SIS, se reconoció la ausencia de campañas de comunicación y la inexistencia de actividades sostenidas, lo cual repercute en una falta de posicionamiento del SIS. Se mencionó que en el tema de mercadeo social, no se habían hecho estudios de percepciones a nivel nacional que permitan desarrollar una estrategia focalizada en función de las demandas de la población y del prestador.

Se explicó que no existe una política de comunicaciones en salud y aunque se realiza coordinaciones con el MINSA, no se ha logrado significativos avances. Una de las razones que explican esta situación estaría dada por los limitados recursos disponibles que no permiten hacer planes y estrategias adecuadas de comunicación.

En las indagaciones realizadas se tomó información acerca de la realización de experiencias piloto a través de las cuales se estaría levantando información relevante para desarrollar una estrategia de comunicaciones en la perspectiva de construir una nueva relación con el prestador. Estos pilotos se estarían desarrollando en algunas zonas del Callao, Huacho y Lambayeque.

Afiliación

Como se señaló anteriormente, uno de los retos más importantes para lograr eficacia en el logro de los objetivos del sistema de aseguramiento, está definido por su capacidad para identificar a la población objetivo y lograr su afiliación al sistema. Esto resulta tanto más importante por cuanto es la condición de afiliado la que acredita el derecho y garantiza la posibilidad de acceder a los servicios de salud, que serán posteriormente pagados por el SIS.

Uno de los aspectos centrales de los sistemas de aseguramiento público en salud, que resultan de la separación de las funciones de financiamiento y prestación, es la atribución que tiene la entidad que asume el rol financiero, de evaluar los riesgos de salud de un grupo o población determinada, establecer un plan de beneficios en función de rigurosos análisis de costos y asegurar la incorporación al sistema (afiliación) del grupo objetivo, para el cual se va a financiar un conjunto de atenciones.

Esto supone que en función de su mandato, la independencia de funciones y los recursos disponibles, debiera ser la instancia que define, orienta y realiza el proceso de afiliación. En correspondencia con el objetivo de la creación del SIS, que se propone vulnerar la tradicional barrera económica que limita el acceso de los más pobres a los servicios de salud, a través de un financiamiento a la demanda, resulta indiscutible que sea esta institución la que cumpla con la función de identificar, evaluar y afiliar a la población que se espera promover como demandantes (clientes) de los servicios de salud.

El cumplimiento de esta función, no solo es correspondiente con su rol de agente financiero, sino que desde el enfoque que está a la base de su creación, debe generar una serie de incentivos que aseguren su funcionamiento y el cumplimiento de los objetivos. Entre alguno de ellos se puede mencionar que la condición de afiliado le asigna al usuario, sobre todo el que no podía acceder, el derecho de solicitar al prestador la asistencia y atención médica, en la medida que cuenta con un respaldo financiero que cubre los costos de su atención, sin que su atención esté sujeta a la evaluación discrecional del prestador. A su vez, el prestador tendrá el incentivo de atender al afiliado en la medida que esta condición le brinda la seguridad de pago por la atención y ello le permitirá cubrir los costos de procurarla.

Desde esta perspectiva, se debe señalar que si bien es cierto el SIS define los criterios de afiliación y desarrolla los instrumentos (FESE) para proceder a la selección de beneficiarios, no realiza directamente el proceso de afiliación, que hasta la fecha se ejecuta por el personal de los establecimientos de salud. Esto genera cuando menos dos efectos que pueden ser adversos a los efectos que se busca con el sistema de aseguramiento: uno, que solo se afilian los que tradicionalmente podían acceder a un establecimiento de salud, debido a que lo hacen cuando van en busca de atención, con lo cual, los más pobres que tradicionalmente no demandan servicios no podrían hacerlo y dos, debido a que el que realiza la afiliación es el mismo prestador, cuyos incentivos para la afiliación, pueden no coincidir con los que el sistema quiere promover.

Un ejemplo de esta situación, se hace evidente en los primeros años de la implementación del Programa Juntos, que tiene como objetivo otorgar un subsidio a las madres con niños menores de 14 años, a condición de que asistan a los servicios de salud y reciban atenciones. En una experiencia piloto en el distrito de San Jerónimo de la provincia de Andahuaylas se encontró que a pesar de que la población identificada censalmente por Juntos, que incluye a la que se prioriza en salud, procedían de hogares en situación de pobreza y pobreza extrema, una proporción significativa de esta no se encontraba inscrita en el SIS.

Una de las razones que podría explicar este hecho, es que un grupo significativo de beneficiarias de Juntos, tradicionalmente no demandaban servicios de salud y la exigencia del cumplimiento de ésta condicionalidad del programa, hizo visible su condición de no afiliada al SIS.

Algunos problemas acerca de la discrecionalidad de los operadores de salud para los procesos de afiliación están referidos a la disponibilidad para hacer la tarea. Así, en algunos casos se ha reportado que los trabajadores del establecimiento encargados de la aplicación de la ficha FESE, priorizan la atención a otros programas y se deja los procesos del SIS para el final del día o existen quejas señalando que “es más trabajo” y no se les está “pagando extra”. En otros casos, los procesos de afiliación están programados solo dentro de un horario reducido (dos o tres horas al día) o demasiado espaciado (una o dos veces por semana)

Una restricción que se encuentra para la afiliación al SIS, esta explicado por las dificultades de acceso a los establecimientos de salud por parte de las madres, niños y otros grupos de la población en pobreza y pobreza extrema, que residen habitualmente en ámbitos rurales dispersos. No existe el incentivo para acudir a afiliarse si no se requiere atención médica inmediata, sobre todo cuando la asistencia al establecimiento implica gastos y tiempo de desplazamiento.

Un problema operativo que se encuentra en el proceso de afiliación, cuando se hace de manera indirecta, esta dado por los tiempos para obtener el resultado de la aplicación de la FESE y por la calidad de la información que se incluye en la FESE. En los establecimientos de salud que no constituyen punto de digitación, el resultado del proceso de evaluación de la ficha FESE, que determina la condición socioeconómica para la afiliación, puede presentar demoras que están directamente relacionadas con los tiempos en los que los puestos de salud se desplazan al punto de digitación, para el ingreso y procesamiento de la información, esto puede implicar tiempos variables entre una semana y un mes.

Por otro lado, dado que el resultado de la aplicación de la ficha FESE es el que determina la afiliación al sistema subsidiado, se encuentra que una inadecuada consignación de la información en la ficha, puede dar lugar a errores de filtración o subcobertura. Se ha encontrado casos de este tipo en los establecimientos de salud de las zonas visitadas.

Un problema relacionado con esto último es la dificultad de los operadores para explicar adecuadamente las condiciones de exclusión. De acuerdo a las conversaciones sostenidas, el personal de los puntos de digitación desconoce la composición del IBEH contenido en el SESE SIS y por lo tanto no pueden brindar una explicación a las familias que confrontan este problema.

Se ha encontrado que un tema parecido ocurre en algunas zonas urbanas en los casos de vencimiento del tiempo de afiliación. Es decir, algunos de los ya afiliados al seguro y que desean ratificar su condición de asegurados, al vencerse el contrato de afiliación, encuentran que ya no califican como pobres o pobres extremos, y que por lo tanto no pueden afiliarse al componente subsidiado. Sin embargo, se estima que estos casos no representan una dificultad de operación, pues dado que los niveles de pobreza en el área urbana se han reducido en los últimos años, es posible que estos casos sean ahora más comunes.

Como se ha señalado en el punto 2.1.3, la definición de metas de afiliación como porcentajes de cobertura, sin determinar la base de partida, limitan considerablemente la posibilidad de determinar la magnitud o el grado de avance logrado en cada período de tiempo. Evaluar la meta de conseguir el 100% de afiliación para madres y niños a ser lograda en el 2003, como

se señaló en los planes 2002-2006, sin conocer el universo o el nivel de partida, es una tarea inviable.

En ese sentido, cuando se observa las cifras de afiliación solo se pueden mostrar algunas tendencias y frecuencias en función de sus objetivos. Adicionalmente, con la desaparición de los planes de beneficios a partir de 2007 se ha producido un cambio en la organización de la información de afiliaciones que produce el SIS, pasando de los grupos objetivo según planes de atención a grupos organizados por edad.

Como se puede observar en el ~~¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.~~Cuadro 34, uno de los grupos considerados en las prioridades sanitarias, los niños menores de cinco años, ha conocido un comportamiento que muestra una tendencia creciente hasta el 2005 y luego una significativa caída durante los últimos años. Una evidencia de esta tendencia negativa se revela en la participación relativa de este grupo dentro del total de afiliados. Así, mientras que en el año 2002 los niños menores de cinco años representaban el 34.4% del total, en el año 2006 representan solo el 26% y para el 2008 representan el 28.4%.

Cuadro 313134. Afiliaciones al SIS

Grupos	Afiliados						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Niños de 0 a 4	2,013,923	2,496,012	3,068,830	3,443,501	2,702,673	1,719,119	1,981,625
Gestantes	544,876	726,150	655,972	649,093	196,702		
Niño-adolesc.	3,109,962	4,142,797	5,250,746	6,702,931	7,091,559		
Adultos	194,926	206,343	213,280	231,082	398,256		
Total absoluto	5,863,687	7,571,302	9,188,828	11,026,607	10,389,190	6,983,157	10,358,793
Niños de 0 a 4	34%	33%	33%	31%	26%	25%	19%
Gestantes	9%	10%	7%	6%	2%	-	-
Niño-adolesc.	53%	55%	57%	61%	68%	-	-
Adultos	3%	3%	2%	2%	4%	-	-
Total relativo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Estadísticas SIS
Elaboración: Propia

De manera similar, si se observa el comportamiento de la afiliación de las gestantes otro grupo priorizado, se encuentra que muestra también una tendencia decreciente en la afiliación. Este grupo ha decrecido en un 63.9% en el período que va de 2002 al 2006. Igualmente su participación relativa en el grupo de afiliados presenta un significativo descenso. Mientras que en el primer año del período representaba el 9.3% del total de afiliados en el 2006 solo representó el 1.9%. Con la nueva forma de organizar por grupos de edad la información administrativa del SIS, no ha sido posible determinar la participación relativa de las gestantes en el total de afiliados.

Contrariamente, los grupos no considerados en las prioridades sanitarias presentan no solo una tendencia creciente, sino una mayor participación relativa. El grupo de niños y adolescentes y el grupo de adultos han crecido más del doble en afiliaciones durante el período 2002 – 2006. Igualmente, se ha incrementado su participación relativa. Mientras que

los niños y adolescentes representaban el 53% del total de afiliaciones al inicio del período, han alcanzado un 68.3% de las afiliaciones al final del período. Los adultos ha pasado de 3.3% a 3.8% en el mismo período.

Cuando se desagrega la afiliación por ámbito de residencia se encuentra una pequeña tendencias progresiva que se expresa en una reducción de los afiliados del ámbito urbano y un incremento de las afiliaciones en el ámbito rural. En el 2002 los afiliados pertenecientes al ámbito urbano representaban el 51.9% del total y para el año 2008 su participación se redujo hasta el 46.2%, mientras que los afiliados del ámbito rural que representaban el 48% al inicio del período vieron incrementada su participación al 52.8% al finalizar el año 2008.

Cuadro 323235. Afiliados al SIS, según ámbito, establecimientos de salud y quintiles de pobreza 2002-2008

Características	Afiliados						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total	5,863,687	7,571,302	9,188,828	11,026,607	10,389,190	6,983,157	10,358,793
Total semisubsidado	-	-	-	-	0.4%	1.0%	0.6%
Total subsidiado	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	99.6%	99.0%	99.4%
Total subsidiado	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Urbano	51.9%	53.1%	50.6%	49.4%	49.6%	46.7%	-
Rural	48.1%	46.9%	49.4%	50.6%	50.4%	53.3%	-
Estab. de salud	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Hosp Na Inst. Esp.						0.0%	0.0%
Hosp. Regi-local	7.6%	7.1%	6.5%	6.1%	5.9%	3.9%	4.0%
Centro de salud	40.5%	41.0%	39.8%	38.8%	38.2%	40.0%	41.5%
Puesto de salud	52.0%	51.9%	53.6%	55.1%	55.4%	55.7%	54.3%
Equipos itinerante						0.4%	0.2%
Quint. de Pobreza*	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Quintil 1 + pobre	-	33.1%	34.1%	35.3%	35.9%	39.0%	40.7%
Quintil 2	-	25.9%	26.3%	26.9%	27.1%	28.4%	26.9%
Quintil 3	-	19.9%	19.1%	18.4%	18.2%	16.5%	16.8%
Quintil 4	-	12.6%	12.2%	11.5%	11.2%	9.5%	9.8%
Quintil 5	-	8.5%	8.4%	7.9%	7.7%	6.5%	5.8%

*Mapa de pobreza MEF 2001. El quintil de pobreza está referido al distrito de residencia del afiliado

Fuente: Estadísticas SIS

Elaboración: Propia

En lo que se refiere a la afiliación según establecimiento de salud se observa una tendencia estable con pequeñas variaciones en la participación relativa de los afiliados. Cuando se considera los quintiles de pobreza, lo más relevante es el incremento de la participación relativa de los afiliados pertenecientes al quintil 1 de mayor pobreza que pasa de un participación del 33% en el año 2002 a un 40.5% al final del período. El incremento en este quintil se explica por las reducciones en la participación relativa de los quintiles 4 y 5 de mayores ingresos, ya que los otros dos quintiles intermedios han mantenido una tendencia estable.

Proceso de control y validación de atenciones

Como se explico anteriormente, el MINSA y los organismos subnacionales de gobierno son los responsables de la función de prestación de los servicios de salud. Son los responsables de comprometer y organizar los recursos necesarios para financiar los componentes de la función de producción (infraestructura, RR HH, equipamiento, insumos, sistemas, gestión, etc.) destinada a la generación de la oferta de servicios de salud a ser entregados a la población.

En función de los criterios establecidos en la política sectorial, la población afiliada al SIS puede hacer uso de estos servicios y recibir las atenciones que están previstas dentro de sus planes de beneficios. Los prestadores brindan las atenciones a condición de que estas le sean reembolsadas periódicamente.

Para la realización de los pagos, se requiere contar con una clara especificación de los servicios prestados, la cuantificación de las atenciones, los procedimientos realizados, las personas atendidas, los medicamentos entregados, entre otros, necesarios para hacer una adecuada valorización de las atenciones considerando las tarifas vigentes y para la determinación de los montos a transferir por reembolsos.

Esto obliga al desarrollo de instrumentos de registro y manejo de información en volúmenes muy grandes y el desarrollo de mecanismos de control y verificación de la información consignada, base para la determinación del valor de la producción. Permite a su vez identificar el tipo de atenciones y los procedimientos utilizados, analizar sus frecuencias y determinar su pertinencia en relación con los principales problemas de salud, permitiendo la adopción de medidas correctivas que alineen mejor los incentivos del sistema con las metas de salud.

Este proceso de registro se inicia en el establecimiento de salud con el llenado del formato de atención. En este formato se consignan además de los datos del usuarios, datos de prestador, tipo de servicio brindado, datos del diagnóstico, especificación de algunas atenciones priorizadas, entre otros. Estos datos son ingresados en el sistema informático en el PD y posteriormente le serán aplicados los procesos de consistencia y auditoría medica necesarios para su validación y posterior pago.

En relación con el proceso de llenado del formato de atención, en las vistas realizadas se ha reportado algunos problemas con la aplicación de este proceso:

- a) La ausencia de manuales y procedimientos claros para el llenado de los formatos, ha sido mencionado como una limitación que no permite que los operadores de los establecimientos de salud puedan llenar apropiadamente los formatos de atención. Se mencionó que esta situación es particularmente frecuente cuando se suceden cambios en las normas y los regímenes de aseguramiento, así como en la implementación de las nuevas directivas o procedimientos operativos.
- b) Existe riesgo de doble registro de atenciones cuando, los pacientes asisten a algún establecimiento de salud que cuenta con horario de atención de 24 horas para atenderse de alguna afección que no ha podido ser resuelta en su establecimiento de origen. Esto genera la posibilidad de brindar varias atenciones en relación con el mismo problema de salud, en varios establecimientos, para el mismo afiliado, lo cual

podría ocasionar problemas de observación o rechazo al momento de evaluar las atenciones para la liquidación de los pagos.

- c) Otra fuente de dificultades en el registro de las atenciones, está dada por la preferencia de los usuarios por la atención hospitalaria. Dado que el SIS solo reconoce la atención de mayor nivel resolutivo cuando procede de una referencia o en el caso de una emergencia, los usuarios suelen buscar atención a través de la emergencia acreditándose luego como afiliados del SIS, situación que complica los trámites de registro y reembolso.
- d) Otro problema que se ha mencionado en los establecimientos de mayor nivel resolutivo, esta referido a los denominados “diagnósticos presuntivos” que en cuando se registran en los formatos de atención son objeto de rechazo. Se señala que si el médico tratante ordena una prueba de laboratorio, sobre la base de la presunción de alguna patología específica y resulta negativa, el SIS no reconoce esa atención y no la reembolsa, ya que solo lo hace por daño resuelto, lo que incluye diagnóstico, procedimientos, medicamentos y tratamiento completo.
- e) Se refirió que, cuando se incluyeron a los grupos de adultos como beneficiarios del SIS, no se contaba con los códigos y las tarifas respectivas para su registro en el formato de atención, lo que generó retrasos en el llenado de éstos. Situaciones parecidas se ha producido en algunas atenciones preventivas. Esto ocasionó que en algunos establecimientos se tuviera que enviar la información en medio físico y tramitarla como no tarifada para su respectiva validación y pago posterior.
- f) Miembros del personal asistencial de los establecimientos de salud, mencionan que el número excesivo de formatos que deben llenar, retrasa o limita la atención a los pacientes. Sostienen que se les exige conocer los códigos y llenarlos, así como llenar los formularios de medicamentos, originando con ello un uso ineficiente del tiempo. El tema se agrava en los centros y puestos de salud que cuentan con menor personal para el desarrollo de todas sus actividades programáticas además de estas tareas administrativas. Se mencionó la insuficiente cantidad de personal para el cumplimiento de estas tareas.

Tratando de lograr una aproximación a los probables efectos que el SIS podría generar en el incremento de las coberturas de atención de salud, se ha revisado la evolución de las atenciones que han sido cubiertas por el SIS. Si se observa la información del [Cuadro 33](#), se encuentra que el sistema ha venido expandiendo las atenciones que brinda a sus afiliados en los diferentes planes de beneficios. Para el periodo de 2002 a 2006 las atenciones financiadas por el SIS se han incrementado en 82%. Sin embargo, si se toma en cuenta el número de atenciones por afiliado se encuentra que ésta proporción no se ha modificado sustancialmente. En el 2002 se tenía 2.6 atenciones por afiliado y en el 2008 se tiene 2.7 atenciones por afiliado, con un promedio de 2.18 atenciones para el período.

Cuadro 333336. Atenciones cubiertas por el SIS 2002-2008

Grupos	Atenciones						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Niños de 0 a 4	6,468,337	8,778,591	6,173,157	7,042,213	7,979,096	9,131,402	9,792,362
Gestantes	3,162,045	4,015,339	3,326,753	3,551,833	3,815,930	-	-
Niño-adolesc.	5,278,795	5,404,142	3,489,178	4,244,601	5,412,825	-	-
Adult. Emerg.	85,545	52,276	28,473	32,799	33,651	-	-
Adult. Focali.	173,858	350,966	51,208	43,771	184,343	-	-
Otros	2,027	2,513	-	-	4,372	-	-
Total absoluto	15,170,607	18,603,827	13,068,769	14,915,217	17,430,217	21,537,406	27,615,099
Niños de 0 a 4	42.6%	47.2%	47.2%	47.2%	45.8%	42.4%	35.5%
Gestantes	20.8%	21.6%	25.5%	23.8%	21.9%	-	-
Niño-adolesc.	34.8%	29.0%	26.7%	28.5%	31.1%	-	-
Adult. Emerg.	0.6%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	-	-
Adult. Focali.	1.1%	1.9%	0.4%	0.3%	1.1%	-	-
Otros	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	-	-
Total relativo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Estadísticas SIS

Elaboración: Propia

La mayor parte de las atenciones se han dirigido al grupo de niños menores de 5 años, que es un grupo priorizado, concentrando alrededor del 43.9% de las atenciones durante el período. No obstante en el año 2008 se ha evidenciado una significativa caída en su participación, alcanzando solo el 35.5% de las atenciones totales.

Las gestantes, otro grupo que cuenta con prioridad sanitaria ha mostrado una tendencia estable concentrando el 22.7% de las atenciones durante el período de 2002 a 2006. Los niños y adolescentes, así como los adultos muestran una tendencia estable con pequeñas variaciones, en relación con su participación relativa en las atenciones cubiertas por el SIS.

Cuando se desagrega las atenciones considerando el ámbito de residencia, se encuentra que, en correspondencia con las afiliaciones, existe una cierta progresividad en las frecuencias de atenciones que se evidencia en una tasa creciente de la participación relativa del ámbito rural que es el área donde se concentran las poblaciones con mayor pobreza. En el año 2003 las atenciones dirigidas al ámbito urbano representaban el 60.3% del total, reduciendo su participación relativa en el 2007 al 46%, mientras que las atenciones dirigidas al ámbito rural pasaron de 39.7% al 53.6% durante el período.

Cuadro 343437. Atenciones cubiertas por el SIS, según ámbito, establecimientos de salud y quintiles de pobreza 2002-2008

Características	Atenciones						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total	15,170,607	18,603,827	13,068,769	14,915,217	17,430,217	21,537,406	27,615,099
Total semisubsidia		54,789			4,372	93,890	176,035
Total subsidiado ^a	15,170,607	18,549,038	13,068,769	14,915,217	17,294,366	21,443,516	27,439,064
Urbano		11,213,630	7,371,203	7,451,904	8,542,299	9,903,792	
Rural		7,390,197	5,697,566	7,463,313	8,752,067	11,539,724	
Establecimient salud							
Hosp Na Inst Esp.		611,813	356,680	350,585	418,557	519,182	737,925
Hosp. Regi-local		2,077,228	1,354,741	1,299,049	1,122,763	1,294,260	1,680,906
Centro de salud*		15,914,786	11,357,348	5,446,696	6,943,458	8,238,962	10,381,154
Puesto de salud				7,818,614	8,809,588	11,371,644	14,814,400
Equipos itinerante					131,479	113,358	714
Quintiles de Pobreza ¹							
Quintil 1 + pobre		4,850,946	3,885,921	5,223,431	6,499,727	8,742,342	11,873,911
Quintil 2		4,267,587	3,219,804	3,928,001	4,558,202	5,707,823	7,452,280
Quintil 3		3,987,810	2,601,359	2,708,844	2,959,517	3,442,328	4,140,662
Quintil 4		3,083,675	1,862,125	1,670,704	1,795,366	1,945,085	2,397,921
Quintil 5		2,413,809	1,499,560	1,384,237	1,481,554	1,605,938	1,574,230

¹ Mapa de pobreza MEF 2001. El quintil de pobreza esta referido al distrito de residencia del afiliado

*Incluye centros y puestos de salud en el 2003 y 2004

^a En el año 2007 no se incluye las atenciones del equipo itinerante.

Fuente: Estadísticas SIS

Elaboración: Propia

Mostrando cierta consistencia con el hecho anterior, se observa en todo el periodo una mayor participación de los centros y puesto de salud, que concentran en promedio el 89.6% de las atenciones.

Un aspecto que se debe relevar cuando se distribuye las atenciones según quintiles de pobreza, es la tendencia creciente del quintil uno en su participación relativa en el volumen total de las atenciones cubiertas por el SIS. Así, mientras que en el año 2003 el quintil 1, de mayor pobreza, solo concentraba el 26.1 % de las atenciones, en el año 2008 asciende a 43% su participación. Una pequeña tendencia creciente también experimento el quintil 2 pasando de 22.9% a 27% su participación en el total. Los otros 3 quintiles de menor pobreza han presentado tendencias decrecientes.

Sin embargo, como se observa en el Cuadro 39 las atenciones dirigidas a los estratos más pobres se brindan principalmente en los establecimientos de menor complejidad como puestos y centro de salud, mientras que las atenciones de mayor nivel resolutivo se concentran en los estratos de población de menor pobreza, que como se vera más adelante concentran también importantes recursos asignados para este tipo de prestaciones.

Cuadro 353538. Atenciones por nivel de establecimiento, según Quintiles de Pobreza 2004-2008

Quintil de Pobreza*	Total	VI.- Hospitales Nacionales e Institutos Especializados	III.-Hospitales Regionales y locales	II.- Centros de Salud	I.- Puestos de Salud
Total 2005	14,915,217	350,585	1,299,049	5,446,969	7,818,614
QUINTIL 1	5,223,431 25%	1,961 1%	272,370 21%	1,358,513 25%	3,590,587 46%
QUINTIL 2	3,928,001 24%	4,099 1%	440,829 34%	1,359,553 25%	2,123,520 27%
QUINTIL 3	2,708,844 22%	61,346 17%	338,655 26%	1,223,838 22%	1,085,005 14%
QUINTIL 4	1,670,704 17%	130,744 37%	131,047 10%	842,397 15%	566,516 7%
QUINTIL 5	1,384,237 13%	152,435 43%	116,148 9%	662,668 12%	452,986 6%
	100%	2%	9%	37%	52%
Total 2006	17,294,366	418,557	1,122,763	6,943,458	8,809,588
QUINTIL 1	6,499,727 38%	6,035 1%	174,715 16%	1,975,535 28%	4,343,442 49%
QUINTIL 2	4,558,202 26%	19,003 5%	380,288 34%	1,802,820 26%	2,356,091 27%
QUINTIL 3	2,959,517 17%	87,858 21%	333,461 30%	1,439,170 21%	1,099,028 12%
QUINTIL 4	1,795,366 10%	120,954 29%	165,126 15%	975,271 14%	534,015 6%
QUINTIL 5	1,481,554 9%	184,707 44%	69,173 6%	750,662 11%	477,012 5%
	100%	2%	6%	40%	51%
Total 2007	21,443,516	506,608	1,271,700	8,189,565	11,362,285
QUINTIL 1	8,742,342 41%	9,117 2%	237,921 19%	2,488,323 30%	5,897,374 52%
QUINTIL 2	5,707,823 27%	34,356 7%	415,462 33%	2,217,265 27%	3,036,991 27%
QUINTIL 3	3,442,328 16%	123,520 24%	361,249 28%	1,666,323 20%	1,291,234 11%
QUINTIL 4	1,945,085 9%	142,340 28%	184,424 15%	1,014,764 12%	603,557 5%
QUINTIL 5	1,605,938 7%	197,275 39%	72,644 6%	802,890 10%	533,129 5%
	100%	2%	6%	38%	53%
Total 2008	27,439,064	712,008	1,634,565	10,295,561	14,796,216
QUINTIL 1	11,873,971 43%	32,808 5%	240,018 15%	3,402,679 33%	8,197,752 55%
QUINTIL 2	7,452,280 27%	68,203 10%	666,590 41%	2,785,477 27%	3,932,010 27%
QUINTIL 3	4,140,662 15%	123,300 17%	503,791 31%	2,095,469 20%	1,418,102 10%
QUINTIL 4	2,397,921 9%	204,097 29%	165,203 10%	1,206,418 12%	822,203 6%
QUINTIL 5	1,574,230 6%	283,600 40%	58,963 4%	805,518 8%	426,149 3%
	100%	3%	6%	38%	54%

*Mapa de pobreza del MEF 2001. El quintil de pobreza está referido al distrito de residencia del afiliado. En el 2008 se utilizó el Mapa de pobreza FONCODES 2006

I-1, I-2 : Puestos de Salud/ I - 3, I - 4 : Centros de Salud/ II - 1, II - 2 : Hospitales Regionales y Locales/ III - 1, III - 2: Hospitales Nacionales e Institutos

Fuente: Informes Estadísticos SIS 2002-2008.

Elaboración: Propia

En el mismo sentido, cuando se analiza la atención del parto, que es una intervención priorizada y que se requiere se brinde en condiciones apropiadas para reducir la mortalidad materna, se encuentra que la mayoría de los partos de las madres pertenecientes al primer quintil de pobreza se atienden en puestos y centros de salud, mientras que la mayoría de los partos de los quintiles de mayor riqueza se realizan en los hospitales e institutos altamente especializados. En promedio el 60% de los partos atendidos a las madres del quintil más pobre se han realizado en puestos de salud, que es un nivel de atención que no tiene capacidad resolutoria y las condiciones mínimas para atender en forma apropiada y segura los partos.

Cuadro 363639. Partos por nivel de establecimiento, según Quintiles de Pobreza 2004-2008

Quintil de Pobreza*	Total		VI.- Hospitales Nacionales e Institutos Especializados		III.-Hospitales Regionales y locales		II.- Centros de Salud		I.- Puestos de Salud	
Total 2004	311,476		52,216		109,713		88,817		60,730	
QUINTIL 1	68,450	22%	116	0%	11,064	10%	21,389	24%	35,881	59%
QUINTIL 2	69,162	22%	320	1%	28,220	26%	22,011	25%	18,611	31%
QUINTIL 3	66,796	21%	8,908	17%	33,535	31%	19,581	22%	4,772	8%
QUINTIL 4	54,683	18%	18,992	36%	14,583	13%	19,979	22%	1,129	2%
QUINTIL 5	52,385	17%	23,880	46%	22,311	20%	5,857	7%	337	1%
	100%		16.8%		35.2%		28.5%		19.5%	
Total 2005	339,962		55,064		118,053		97,272		69,573	
QUINTIL 1	84,991	25%	81	0%	17,412	15%	25,468	26%	42,030	60%
QUINTIL 2	80,194	24%	354	1%	34,513	29%	24,852	26%	20,475	29%
QUINTIL 3	74,461	22%	11420	21%	36,909	31%	20,649	21%	5,483	8%
QUINTIL 4	57,054	17%	24952	45%	11,246	10%	19,610	20%	1,246	2%
QUINTIL 5	43,262	13%	18257	33%	17,973	15%	6,693	7%	339	0%
	100%		16%		35%		29%		21%	
Total 2006	335,827		71,727		103,874		103,738		56,488	
QUINTIL 1	79,157	24%	763	1%	13,563	13%	30,618	30%	34,213	61%
QUINTIL 2	80,666	24%	2,561	4%	31,366	30%	29,307	28%	17,432	31%
QUINTIL 3	72,492	22%	15,677	22%	32,615	31%	20,297	20%	3,903	7%
QUINTIL 4	56,112	17%	22,429	31%	17,066	16%	15,921	15%	696	1%
QUINTIL 5	47,400	14%	30,297	42%	9,264	9%	7,595	7%	244	0%
	100%		21%		31%		31%		17%	
Total 2007	332,304									
QUINTIL 1	79,226	24%								
QUINTIL 2	80,196	24%								
QUINTIL 3	72,875	22%								
QUINTIL 4	55,596	17%								
QUINTIL 5	44,411	13%								
	100%									
Total 2008	355,030									
QUINTIL 1	85,398	24%								
QUINTIL 2	85,229	24%								
QUINTIL 3	81,126	23%								
QUINTIL 4	60,981	17%								
QUINTIL 5	42,296	12%								
	100%									

*Mapa de pobreza del MEF 2001. El quintil de pobreza está referido al distrito de residencia del afiliado. En el 2008 se utilizó el Mapa de pobreza FONCODES 2006

I-1, I-2 : Puestos de Salud/ I-3, I-4 : Centros de Salud/ II-1, II-2 : Hospitales Regionales y Locales/ III-1, III-2: Hospitales Nacionales e Institutos

Fuente: Informes Estadísticos SIS 2002-2008.

Elaboración: Propia

Un elemento revelador que muestra la pérdida de visibilidad de las prioridades sanitarias en la estrategia de aseguramiento universal y grupos de edad del SIS, es la discontinuidad en la producción y publicación de la información referida a la atención del parto, que no permite seguir su evolución en los últimos años.

Como se indicó en la primera parte, después de que los establecimientos remiten al SIS la información digitada de las atenciones, esta es consolidada y sometida a controles de consistencia y auditoría médica aleatoria a través de “visores” generados en el sistema para este propósito. Este proceso es indispensable para determinar las atenciones validas y desestimar aquellas que no lo son.

Durante los procesos de revisión y auditoría médica en los primeros años del SIS, se ha llegado a niveles de rechazo de atenciones por un valor que representa el 15% del valor bruto de la

producción. Los años 2004 y 2005 mostraron una pequeña reducción alcanzando niveles de rechazo de 12.4% y 12.9% respectivamente.

Como reflejo de un mejor conocimiento de los procedimientos, mejoras en el llenado de los formatos, digitación, entre otros, se observa tendencia de reducción en la proporción del valor rechazado, en los últimos años. Así, para el 2006 el valor de las atenciones rechazadas alcanza al 9.3% del valor bruto de la producción y en los años 2007 y 2008 se reducen al 5% y 3% respectivamente.

Indudablemente, se requiere un mayor análisis de estos procesos, para lograr una mejor aproximación a los factores que explican esta tendencia a reducir los niveles de rechazo. Conviene mencionar que un factor que también explicaría esta tendencia decreciente estaría dado por el incremento significativo de las atenciones y por las limitaciones en la capacidad operativa del SIS para asegurar un adecuado tamaño de muestra necesario para la realización de una adecuada auditoría médica. Al respecto, se debe mencionar que en las visitas realizadas se ha tomado conocimiento de algunas dificultades que han limitado seriamente la realización de las auditorías médicas desde fines del año 2008 y durante el primer semestre del 2009.

En lo que se refiere a las atenciones rechazadas, se ha encontrado que existe un conjunto amplio de factores que explican el rechazo de las atenciones. Sin embargo alrededor del 75% de las atenciones rechazadas están relacionadas con: a) inadecuado diagnóstico y tratamiento, b) incumplimiento de las normas del SIS, c) problemas con la afiliación e d) inconsistencias de la información.

Una vez discriminadas las atenciones no validas, se determina el valor de producción de las prestaciones a ser reembolsadas por el SIS. El valor de producción se calcula a partir de las atenciones tarifadas y no tarifadas que han sido prestadas por los establecimientos de salud en los diferentes niveles.

En el ~~Cuadro 37~~~~Cuadro 37~~~~Cuadro 41~~ se puede observar una tendencia creciente en el valor de producción en los últimos años que contrasta con la reducción de la proporción de recursos que son destinados para la atención de los niños menores de 5 años, que cuentan con prioridad en las políticas de salud. Así, mientras que en el período que va del 2002 al 2006 se encuentra que el valor de producción destinado a este grupo concentra alrededor del 36% de los recursos a ser reembolsados, mientras que para el año 2007 el valor destinado a este grupo disminuye a 33.2% y en el 2008 pasa a situarse en el 27.9% del valor de producción total.

Cuadro 373740. Valor de la producción de las prestaciones cubiertas por el SIS 2002-2008

Grupos	Valor de la Producción en soles						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Niños de 0 a 4	67,759,080	106,592,392	75,445,163	86,727,113	98,343,343	99,738,610	114,724,158
Gestantes	56,423,589	96,061,242	77,486,021	87,710,357	89,914,232		
Niño-adolesc.	57,832,661	69,383,695	48,279,662	57,805,403	69,010,130		
Adult. Emerg.	6,161,088	7,514,605	3,653,373	4,340,074	6,598,447.34		
Adult. Focali.		5,617,552	769,323	671,535	2,316,245.74		
Casos especia		3,287,489	328,180	77,654	192,635.40		
Otros		27,250			83,502.43		
Total absoluto	211,064,142	288,456,975	205,961,722	237,332,136	266,458,536	300,254,743	411,255,050
Niños de 0 a 4	32.1%	37.0%	36.6%	36.5%	36.9%	33.2%	27.9%
Gestantes	26.7%	33.3%	37.6%	37.0%	33.7%		
Niño-adolesc.	27.4%	24.1%	23.4%	24.4%	25.9%		
Adult. Emerg.	2.9%	2.6%	1.8%	1.8%	2.5%		
Adult. Focali.		1.9%	0.4%	0.3%	0.9%		
Casos especia		1.1%	0.2%	0.0%	0.1%		
Otros		0.0%			0.0%		
Total relativo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Informes Estadísticos SIS 2002-2008

Elaboración: Propia

Si se desagrega la distribución del valor de la producción correspondiente a las atenciones cubiertas por el SIS, considerando el ámbito de residencia, se encuentra una débil tendencia progresiva en la atención de la población que reside en las áreas rurales del país. En el año 2005 el valor de la producción generada por las atenciones en el ámbito urbano concentraba dos tercios del total mientras que el ámbito rural representaba el 36.7 %.

Al finalizar el año 2007 el valor de la producción de las atenciones de salud realizadas en el ámbito urbano se redujeron al 58.4%, mientras que valor generado por las prestaciones realizadas en el ámbito rural se incrementaron ligeramente hasta alcanzar un participación de 41.6% del valor total.

Cuadro 383841. Valor de la Producción SIS, según ámbito, establecimientos de salud quintiles de pobreza 2002-2008

Características	Valor de la producción en soles						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total subsidiado	188,176,418	275,709,570	193,342,576	220,283,187	226,986,101	298,456,387	407,419,957
Urbano			122,308,302	128,399,558	132,696,136	174,305,408	
Rural			71,034,274	91,883,629	94,289,965	124,150,978	
Establecimiento salud							
Hosp Na Inst Esp.		24,642,445	22,423,334	28,972,022	30,867,904	55,603,522	94,272,482
Hosp. Regi-local		68,463,115	36,647,621	35,480,603	30,333,890	35,974,059	46,340,238
Centro de salud*		182,604,009	134,271,621	68,399,478	82,576,134	100,264,072	127,017,767
Puesto de salud				87,431,085	83,208,174	108,413,091	143,624,563
Quintiles de Pobreza ¹							
Quintil 1 + pobre			47,839,596	64,110,348	69,603,294	92,169,168	131,259,501
Quintil 2			43,199,104	52,119,094	56,721,428	71,559,519	95,951,782
Quintil 3			39,138,682	42,937,906	40,068,328	54,862,346	71,532,177
Quintil 4			31,241,103	32,336,205	29,679,915	38,916,489	55,567,381
Quintil 5			31,924,090	28,779,634	30,913,136	40,948,866	53,109,116

*Incluye centros y puestos de salud en el 2003 y 2004

¹Mapa de pobreza del MEF 2001-2007. El quintil de pobreza está referido al distrito de residencia del afiliado.

I-1, I-2 : Puestos de Salud/ I - 3, I - 4 : Centros de Salud/ II - 1, II - 2 : Hospitales Regionales y Locales/ III - 1, III - 2: Hospitales Nacionales e Institutos

Fuente: Informes Estadísticos SIS 2002-2008

Elaboración: Propia

Un aspecto que llama la atención es el significativo crecimiento de las atenciones de mayor complejidad que se observa en la evolución del valor generado por este tipo de atenciones. En los hospitales nacionales y los institutos altamente especializados el valor de la producción ha pasado de ser el 8.9% en el año 2004 al 23.14% en el año 2008. Esto estaría indicando un incremento del consumo de servicios de salud de mayor complejidad por las capas menos pobres que son las que usualmente presentan mayor acceso a estos servicios.

Será conveniente un análisis de mayor detalle para indagar por las razones de este incremento, más aún si se conoce que las principales patologías vinculadas a los problemas de salud de las madres y niños, que son prioridad sanitaria, se concentran en las atenciones del primer y segundo nivel de servicios, que paradójicamente presenta una disminución en su participación relativa en el valor de producción generado por las atenciones.

Guardando cierta consistencia con la evolución de las atenciones, cuando se observa la distribución del valor de producción generado por las prestaciones, según quintiles de pobreza, se encuentra una tendencia creciente de la participación relativa del quintil 1, que concentra a la población más pobre. En el año 2004 este quintil concentraba el 24.7% del total del valor de producción y en el año 2008 elevó su participación hasta el 32.2%. El quintil 2 ha mantenido una participación estable, mientras que los otros 3 estratos, no pobres han descendido en su participación relativa.

Analizando el VP tarifado por tipo de atención (**Cuadro 39**~~Cuadro 39~~**Cuadro 42**) se encuentra que en promedio, las atenciones comunes conforman el 68% del VP, mientras que las de emergencia y referencia el 21% y 11% respectivamente. Cabe destacar que se observa incrementos significativos desde el año 2005 en las atenciones por referencia, las mismas que se vienen incrementando en 41% en el año 2005 respecto al 2004, 22% en el año 2006 respecto al 2005, 44% y 43% para los años 2007 y 2008, respectivamente.

Cuadro 39~~39~~**42. Valor de producción tarifado por tipo de atención**

Miles de Nuevos Soles

	Total		Común		Emergencia		Referencia	
2003	275,710	100%	190,430	69%	62,794	23%	22,485	8%
2004	193,343	100%	138,215	71%	39,678	21%	15,449	8%
2005	220,283	100%	156,236	71%	42,225	19%	21,822	10%
2006	226,986	100%	157,647	69%	42,808	19%	26,531	12%
2007	300,255	100%	196,687	66%	65,483	22%	38,085	13%
2008	411,255	100%	255,783	62%	100,959	25%	54,513	13%

Información disponible sólo desde el año 2003

Fuente: Informes Estadísticos SIS 2002-2008

Elaboración: Propia

Cuando se observa el valor de producción por las atenciones realizadas según establecimientos de salud y se relaciona con los quintiles de pobreza se encuentra que los grupos de población que pertenecen al quintil más pobre tienen reducido acceso a las atenciones de mayor complejidad, que se imparten en los hospitales e institutos altamente especializados. En cambio los quintiles superiores, de mayores ingresos concentran los mayores valores de producción asignados por las prestaciones de salud especializadas.

Cuadro 404043. Valor de Producción por nivel de establecimiento, según Quintiles de Pobreza 2005-2008

Miles de Nuevos Soles

Quintil de Pobreza	Total		VI.- Hospitales Nacionales e Institutos Especializados		III.-Hospitales Regionales y locales		II.- Centros de Salud		I.- Puestos de Salud	
Total 2005	220,283	100%	28,972	100%	35,481	100%	68,399	100%	87,431	100%
QUINTIL 1	64,110	29%	279	1%	6,314	18%	16,619	24%	40,898	47%
QUINTIL 2	52,119	24%	535	2%	10,954	31%	16,960	25%	23,671	27%
QUINTIL 3	42,938	19%	5,408	19%	10,094	28%	15,532	23%	11,904	14%
QUINTIL 4	32,336	15%	11,346	39%	3,443	10%	11,366	17%	6,182	7%
QUINTIL 5	28,780	13%	11,405	39%	4,676	13%	7,922	12%	4,777	5%
	100%		13%		16%		31%		40%	
Total 2006	226,986	100%	30,868	100%	30,334	100%	82,576	100%	83,208	100%
QUINTIL 1	69,604	31%	640	2%	4,913	16%	24,153	29%	39,897	48%
QUINTIL 2	56,723	25%	1,340	4%	10,284	34%	22,477	27%	22,620	27%
QUINTIL 3	40,070	18%	4,389	14%	8,810	29%	16,219	20%	10,650	13%
QUINTIL 4	29,682	13%	9,564	31%	4,017	13%	10,866	13%	5,233	6%
QUINTIL 5	30,916	14%	14,935	48%	2,309	8%	8,861	11%	4,807	6%
	100%		14%		13%		36%		37%	
Total 2007	298,456	100%	54,899	100%	35,592	100%	99,662	100%	108,303	100%
QUINTIL 1	92,169	41%	1,567	5%	6,179	20%	29,960	36%	54,462	65%
QUINTIL 2	71,560	32%	4,152	13%	11,201	37%	27,155	33%	29,052	35%
QUINTIL 3	54,862	24%	11,263	36%	10,269	34%	20,306	25%	13,025	16%
QUINTIL 4	38,916	17%	14,681	48%	5,344	18%	12,539	15%	6,352	8%
QUINTIL 5	40,949	18%	23,237	75%	2,599	9%	9,701	12%	5,412	7%
	100%		18%		12%		33%		36%	
Total 2008	407,420	100%	92,510	100%	45,556	100%	125,950	100%	143,404	100%
QUINTIL 1	131,260	32%	5,830	6%	6,816	15%	40,597	32%	78,016	54%
QUINTIL 2	95,952	24%	8,463	9%	15,989	35%	34,070	27%	37,430	26%
QUINTIL 3	71,532	18%	15,570	17%	15,450	34%	25,991	21%	14,521	10%
QUINTIL 4	55,567	14%	26,000	28%	5,356	12%	15,416	12%	8,796	6%
QUINTIL 5	53,109	13%	36,647	40%	1,944	4%	9,877	8%	4,641	3%
	100%		23%		11%		31%		35%	

El quintil de pobreza está referido al distrito de residencia del afiliado. Para el periodo 2005-2007 el SIS utilizó el Mapa de pobreza MEF 2001, en el 2008 le Mapa de pobreza FONCODES 2007

En el 2006 No se ha consignado información estadística de la DISA Lima Este por ser piloto del nuevo modelo de mecanismo de pago y no considerar la variable quintil

En el 2007 y 2008 el Valor de Producción corresponde al componente subsidiado

El valor de producción corresponde al valor neto tarifado, no incluye No Tarifado (S/.44 105 190). El valor de producción del último mes corresponde al valor bruto de producción.

I-1, I-2 : Puestos de Salud/ I - 3, I - 4 : Centros de Salud/ II - 1, II - 2 : Hospitales Regionales y Locales/ III - 1, III - 2: Hospitales Nacionales e Institutos

Fuente: Informes Estadísticos SIS 2002-2008

Elaboración: Propia

Si bien, en los últimos años se ha experimentado una ligera mejoría en esta situación, aun los quintiles de mayor pobreza siguen concentrando valores de producción relacionados con atenciones de menor complejidad que se brindan en los centros y puestos de salud.

Proceso de reembolsos a las UE

Una vez que se ha realizado la verificación de las atenciones y se ha determinado el valor de la producción mensual, que incluye las atenciones tarifadas y no tarifadas, se procede al cierre de este proceso en la unidad de operaciones y se inicia el proceso financiero de transferencias a las unidades ejecutoras como reembolsos por las atenciones realizadas en el período.

Con esta información el área de financiamiento procede a realizar el agrupamiento por Unidades Ejecutoras para consolidar los montos y determinar el volumen de recursos necesarios para realizar las transferencias. Una vez que el SIS realiza las transferencias, se envía información a las U.E. acerca de las atenciones reembolsadas por cada establecimiento y se remite a cada UE, DIRESA y ODSIS. Igualmente esta información se publica en la página web del SIS.

En este proceso, un tema crítico está definido por los criterios de asignación de recursos para la realización de los pagos, ya que están íntimamente relacionado con los objetivos y con la lógica de incentivos que está presente en el esquema de manejo financiero. En un esquema de aseguramiento público donde las demandas son elevadas y los recursos son escasos, resulta indispensable contar con criterios de priorización para la asignación de recursos, que procedan de cuidadosos análisis de los riesgos de salud de los grupos priorizados, de planes de beneficios adecuadamente estructurados y costeados y de metas de aseguramiento y coberturas de atención que sean compatibles con los recursos disponibles. Estos criterios permitirían definir técnicamente un esquema de pagos, que brindarían señales claras a los prestadores acerca del tipo de servicios que el sistema necesita adquirir para atender las principales patologías de sus asegurados.

Sin embargo, la ausencia de estas condiciones de la mano con esquemas abiertos de afiliación general que promueven y estimulan demandas diversas sin límites muy claros, genera una presión por reembolsos que atenta contra la sostenibilidad financiera del sistema y genera incentivos adversos.

Una expresión clara de este problema es la frecuente existencia de un volumen de atenciones cuyo valor de producción excede los montos establecidos de los calendarios de compromiso de presupuesto, situación que obliga a la adopción de criterios adicionales para hacer la distribución de los recursos a ser transferidos a las unidades ejecutoras, que no siempre están alineados con los objetivos sanitarios. Un criterio frecuente que se utiliza para realizar la distribución, es la de considerar como prioridad el pago de las atenciones no tarifadas. Luego de deducidos estos montos del presupuesto, sobre los recursos disponibles que quedan se procede a la distribución para el pago de las atenciones tarifadas.

Dado que aquellos recursos resultan menores que el valor de la producción de las atenciones, se procede entonces a la aplicación de algunos criterios supletorios tales como: a) reembolsar mayores recursos a aquellos que presentan mejores ejecuciones de las transferencias anteriores y b) reembolsar mayores proporciones o el valor de producción completo para aquellas unidades ejecutoras que residen en lugares donde han ocurrido desastres naturales o fenómenos climáticos.

Un primer elemento de análisis sobre estos procesos indicaría la existencia de tendencias contrapuestas en el manejo de los incentivos al interior del SIS. Así, mientras que por un lado se promueve el uso de un paquete de atenciones tarifadas que estarían en función de las

patologías que afectan más a las poblaciones más pobres, el criterio de reembolsos que priorizaría las atenciones no tarifadas (atenciones de mayor complejidad, traslados, sepelios) iría en un sentido contrario, generando incentivos en sentido contrario al de la focalización.

Un ejemplo que puede ilustrar esta situación, es aquel que muestra que mientras el SIS eleva la tarifa para la atención preventiva de CRED, que supone un mayor esfuerzo fiscal para promover las atenciones tarifadas que tendrían un efecto en reducir desnutrición crónica infantil, a la hora de ordenar los pagos, el criterio prioritario es pagar otras atenciones de mayor complejidad, no tarifadas, generando de esta manera un efecto contrapuesto, sobre el cual no es posible determinar aún sus efectos.

En lo que se refiere al criterio supletorio de pagar en función de la eficiencia del gasto, es decir transferirles más a los que mas gastan, si bien esto puede generar un estímulo para la ejecución rápida de las transferencias, al no estar asociado a ninguna finalidad sanitaria, no es posible determinar cual es la naturaleza del gasto, generándose significativa incertidumbre alrededor de sus posibles efectos.

Adicionalmente este criterio podría generar un efecto contraproducente, si se toma en cuenta que usualmente en las zonas donde se concentran los mayores niveles de pobreza, se encuentran también las mayores debilidades administrativas para la programación y ejecución adecuada del gasto; con lo cual podría darse la paradoja de premiar a los que mas gastan que podrían ser aquellos que están situados en las zonas de menor pobreza relativa y que cuentan con mayores recursos administrativos.

Como se observa en el cuadro 44, las transferencias se han realizado sobre el valor neto de producción y han mostrado una tendencia creciente, con incrementos en la participación relativa de aquellas que financian las atenciones a niños menores de 5 años y gestantes. Sin embargo, como se ha podido establecer en el punto anterior el mayor valor se concentra en las atenciones de mayor complejidad que son las mas costosas y las que son de mayor consumo de los estratos menos pobres.

Cuadro 44. Transferencias por prestaciones cubiertas por el SIS 2002-2008

Grupos	Transferencias por prestaciones de salud						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Niños de 0 a 4	50,371,790	76,760,319	104,337,969	90,482,516	98,537,402		
Gestantes	46,843,254	65,332,305	100,775,308	94,205,641	88,664,551		
Niño-adolesc.	61,521,898	50,380,153	67,562,295	60,407,789	68,960,862		
Adult. Emerg.	6,261,401	6,973,629	4,804,275	4,219,716	6,286,837		
Adult. Focali.	1,231,392	4,560,206	2,558,230	1,660,100	3,817,052		
Casos especia					21,696		
Otros		3,287,489	328,180	77,654	192,635		
Total	166,229,736	207,294,102	280,366,257	251,053,416	266,481,036	283,366,532	419,586,451

Fuente: Estadísticas SIS
Elaboración: Propia

Una vez realizada la transferencia, el procedimiento considera la necesaria incorporación de los recursos al marco presupuesto a través de una norma legal y luego las acciones de programación y codificación necesarias para ordenar la ejecución de los recursos. Este proceso suele presentar demoras en algunas regiones que inician el proceso cuando se ha producido las transferencias, con entre la expedición de la norma y la aprobación del calendario pueden producirse demoras de alrededor de un mes para disponer de los recursos.

En otros casos, los gobiernos regionales adelantan algunos procesos y la disponibilidad de los recursos es casi inmediata.

Con la finalidad de reducir este proceso mensual y pasarlo a trimestral, el SIS viene ensayando un mecanismo de comunicación anticipada a través del cual les informa a los gobiernos regionales de la proyección trimestral de las transferencias a ser reembolsadas, a fin de que puedan programar con anticipación la incorporación de recursos en el presupuesto, y hacer una programación trimestral para reducir los tiempos y contar más rápidamente con la disponibilidad de recursos. Esta información ha sido confirmada en las visitas de campo refiriendo que este proceso de incorporación se hace en tiempo relativamente cortos y no se generan demoras.

En la información recabada, se ha mencionado que dado que los recursos por reembolsos ingresan como transferencias y donaciones en los presupuestos regionales y es en esta instancia donde se determinan las finalidades presupuestarias, se encuentra que hay una gran heterogeneidad en la asignación de los recursos y la aplicación de los clasificadores, con lo cual no es posible asegurar que los reembolsos se destinen únicamente para cubrir los costos variables de las atenciones (medicamentos, insumos, procedimientos). Se estima que esto podría afectar significativamente la sostenibilidad del sistema y desestructurar los incentivos para orientar la oferta de servicios que está implícito en su diseño.

Con la incorporación de recursos para el SIS en el marco del presupuesto por resultados en los programas estratégicos Materno Neonatal y Articulado Nutricional, se ha logrando orientar mejor la programación de los gastos y se espera contribuya a reducir esta probable discrecionalidad en la definición de estas finalidades. No obstante, que en el corto plazo solo estaría condicionando una proporción pequeña de los recursos transferidos.

2.2.1.2 Estructura Organizacional

Como premisa general la estructura organizativa de una institución debe estar ordenada de una manera que le permita implementar y desarrollar los principales macroprocesos que administra y que son necesarios para el logro de sus objetivos centrales. La estructura organizativa del SIS debería responder por lo tanto a sus necesidades operativas, como son el cumplimiento efectivo de los procesos de promoción y afiliación, control y validación de atenciones, y reembolsos, así como el logro de sus objetivos estratégicos en el marco del aseguramiento público de mejorar el acceso a los servicios como condición necesaria para el mejoramiento del estado de salud de la población.

Una de las principales funciones del SIS es la de administrar los riesgos y el sistema de aseguramiento. Esto supone estudios y análisis detallados de las características de su población objetivo y de las patologías prevalentes, considerando los objetivos sanitarios con la finalidad de realizar estimados realistas de costos y en función de ellos determinar planes de beneficios y coberturas.

Esta es una tarea tanto más necesaria por cuanto la disponibilidad de recursos es finita y las demandas son crecientes, con lo cual de no graduar apropiadamente los riesgos y las capacidades de cobertura se puede generar una situación de insostenibilidad del SIS o de alta vulnerabilidad frente a crisis fiscales.

Otro aspecto además del financiamiento, está definido por la necesidad de contar con mecanismos adecuados para evaluar el nivel de calidad de la oferta, incluyendo los niveles de

satisfacción de los usuarios, con la finalidad de ajustar los mecanismos de funcionamiento financiero para mantener un rol de inductor de los cambios que son necesarios en la oferta para asegurar el acceso de los usuarios a servicios de la calidad requerida.

Las necesidades de desarrollo del sistema de aseguramiento en salud, requiere que se empiecen a desarrollar un conjunto de insumos y de cambios en los modos de operación que permitan darle mayores certezas a partir de la toma de decisiones sobre bases de información mejor sustentadas. Algunas de estas necesidades de información están referidas a

- La necesidad de estudios técnicos que justifiquen una organización adecuada de planes de beneficios, las coberturas, y la metas de crecimiento y desarrollo.
- La realización de estudios de costos, riesgos sostenibilidad y viabilidad financiera del SIS.
- Estudios de focalización.
- Incorporar la necesidad de evaluaciones de impacto técnicas sobre la evolución de los niveles de cobertura y filtración así como las mejoras de indicadores sanitarios en la población.

En esta perspectiva, independientemente de los cambios que sea necesario realizar en la estructura organizativa, resulta necesario contar con equipos técnicos que desarrollen funciones y actividades relacionadas con la formulación de análisis actuariales de tarifas en función de riesgos, esquemas de pagos y costos, así como, a la evaluación financiera y desempeño de servicios de atención de salud, esquemas de focalización y priorización de atenciones, entre otros.

Con ello el SIS podría contribuir con las tareas del MINSA como órgano rector, relacionadas con el análisis y desarrollo de metodologías referidas con la función de financiamiento del sistema, con los mecanismos de pago, de asignación y distribución de los recursos y con el desarrollo de herramientas de cálculo y de contención de costos, así como la evaluación económica de tecnologías, etc.

En un estudio llevado a cabo por Cid (2008) se recomiendan la inclusión en el seguro de una unidad de análisis económico financiera apoyándose en el funcionamiento de esquemas de salud y organizaciones a nivel internacional que financian esquemas de aseguramiento similares a los del SIS en países como México, Uruguay, Colombia, Chile, entre otros. Algunas de las funciones de esta unidad o equipo que sugiere el citado informe, son:

- Elaborar los estudios en materia de economía de la salud y asesorar a los órganos de la Institución, en temas relacionados con economía y financiamiento de la salud. Puede también, a través de esta función, contribuir al diseño, desarrollo y ejecución de políticas públicas en salud, que competen al Ministerio del ramo.
- Realizar los estudios de demanda de prestaciones en la población beneficiaria, evaluar la oferta disponible de prestaciones en la red pública de proveedores, con el objeto de ajustar el diseño de los esquema de financiamiento del SIS, que permitan satisfacer las necesidades pendiente o que incrementen los beneficios de Salud para la población beneficiaria.
- Realizar los estudios de costos y definir los aranceles, tarifas y mecanismos de pago (políticas de precios y políticas de sistemas de pagos), para financiar las prestaciones, diseñando y desarrollando la política de pago que incluya a proveedores no públicos..

2.2.1.3 Criterios de focalización y selección de beneficiarios de los componentes

Para lograr efectividad en cualquier programa social orientado a enfrentar la pobreza, se requiere adoptar mecanismos eficaces de focalización para la selección de los beneficiarios. La selectividad que implica, permite concentrar los recursos en beneficiarios claramente identificados, optimizar los resultados y producir impactos per cápita elevados.

El diseño de los sistemas operativos de focalización dependerá de los problemas que se busca enfrentar y de las características de la población objetivo. En función de ello, el uso de los métodos de focalización individual, geográfica y por autoselección se realizará de manera individual o combinada.

Como se señaló anteriormente, en el inicio de las operaciones del SMI se utilizaron métodos de focalización geográfica e individual, para seleccionar a las madres y los niños de las DISAS priorizadas y se realizaron algunas actividades de difusión para promover la afiliación. Posteriormente con la creación del SIS, se define una estrategia de aseguramiento universal con énfasis en los grupos de madres, niños, adolescentes y adultos de las poblaciones en pobreza y pobreza extrema, sin una definición de ámbitos de prioridad, con lo cual, se enfatiza la focalización individual y se produce un abandono progresivo del criterio de focalización geográfica (8 DISAs priorizadas).

El principal instrumento utilizado para los procesos de focalización individual es la ficha de evaluación socioeconómica (FESE), mediante la cual se recopila información de los hogares, y a los diferentes ítems se les asigna puntajes en función de un algoritmo que agrupa criterios de pobreza. El algoritmo define un umbral con el que se hace la definición entre pobre, pobre extremo o no pobre.

Este esquema de focalización del SIS no incluye mecanismos de búsqueda y captación de usuarios para su incorporación al seguro, a pesar de que los grupos prioritarios, especialmente las madres y niños menores suelen residir en áreas rurales dispersas de difícil acceso.

Con los desarrollos recientes de los sistemas de focalización individual se ha avanzado en el afinamiento y estandarización de las fichas de evaluación, encontrándose significativa concordancia con los instrumentos de focalización que promueve el SISFOH. Es en base a estas propuestas metodológicas que se ha establecido la estrategia CRECER que define un criterio de focalización geográfica, con el cual se ha clasificando a 880 distritos que poseen población mayoritariamente pobre, definiéndolos como ámbitos de atención universal para los programas sociales.

El proceso de afiliación del SIS combina ahora este criterio geográfico con la focalización individual. Para los grupos residentes en estos 880 distritos la afiliación al SIS es automática y para el resto del país se aplica la FESE como mecanismo de selección.

Se debe mencionar que existen también grupos de población cuya incorporación al SIS está dispuesta por normas legales que responden a criterios diversos antes que a rigurosos métodos de focalización.

Hasta la fecha no se ha realizado una evaluación sistemática de los resultados del SIS en cuanto a la incorporación de la población objetivo y en cuanto a sus efectos en el acceso de los más pobres a los servicios de salud.

A este respecto, en la entrevistas sostenidas con funcionarios del SIS, se mencionó la decisión de la organización de entregar su base de datos al INEI, para procesar un cruce de información con aquella que procede del censo 2007, de manera que se pueda determinar qué proporción de los afiliados se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema y determinar qué proporción de personas, que calificando como parte de la población objetivo no están siendo atendidas (subcobertura).

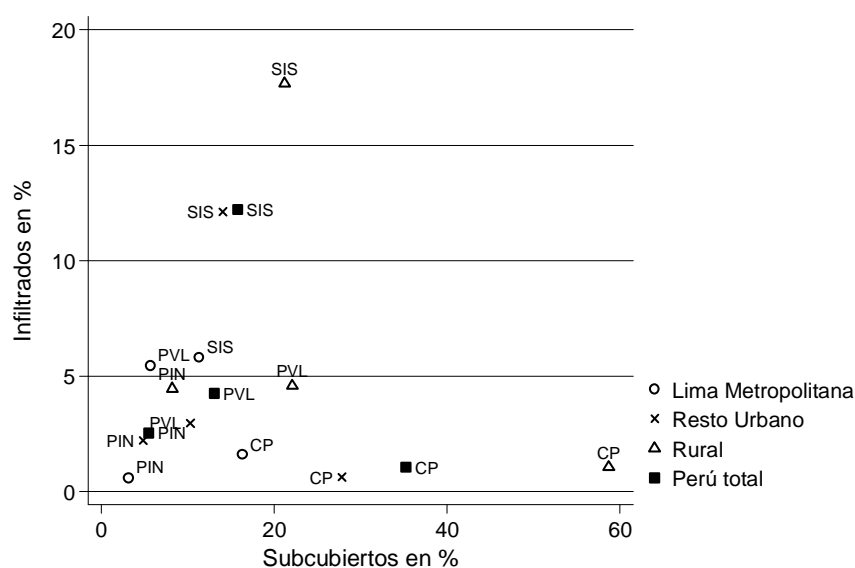
Aunque un cruce de información entre la base de datos del SIS y el censo 2007 daría luces de cuál es la magnitud de los errores de focalización, existen por lo menos dos alternativas más; una es emplear la información producida por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) (Para mayores detalles del SISFOH consultar el anexo 6.4) y la otra es emplear la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) la cual cuenta con información representativa a nivel nacional e incluye dentro de su batería de preguntas un conjunto de información que permite caracterizar a los beneficiarios del SIS y además vincular a estos con el nivel de pobreza oficial. A continuación se presentan algunos resultados obtenidos en términos de errores de focalización empleando esta última fuente de información.

Errores de Focalización en el SIS

Con el fin de operativizar los errores se define como público objetivo a todas las personas pobres que no cuentan con un sistema de seguro de salud público o privado. Con ello se tiene que en el año 2008 existen importantes errores de filtración respecto a otros programas sociales emblemáticos. Los infiltrados en el SIS afectan a alrededor de 3.6 millones de personas (12% de la población del país) y presentan heterogeneidad dependiendo del ámbito geográfico que se considere. Así, el mayor porcentaje de infiltrados ocurre en el área rural, que involucra a alrededor del 18% de su población, mientras que en Lima Metropolitana este mismo indicador afecta a alrededor del 6% de la población.

Gráfico 8. Errores de Focalización en Programas Sociales Seleccionados según ámbito geográfico 2008

Como % de la población



PIN: Programa Infantil de Nutrición
 SIS: Sistema Integral de Salud
 CP: Comedor popular

PVL: Programa del vaso de leche

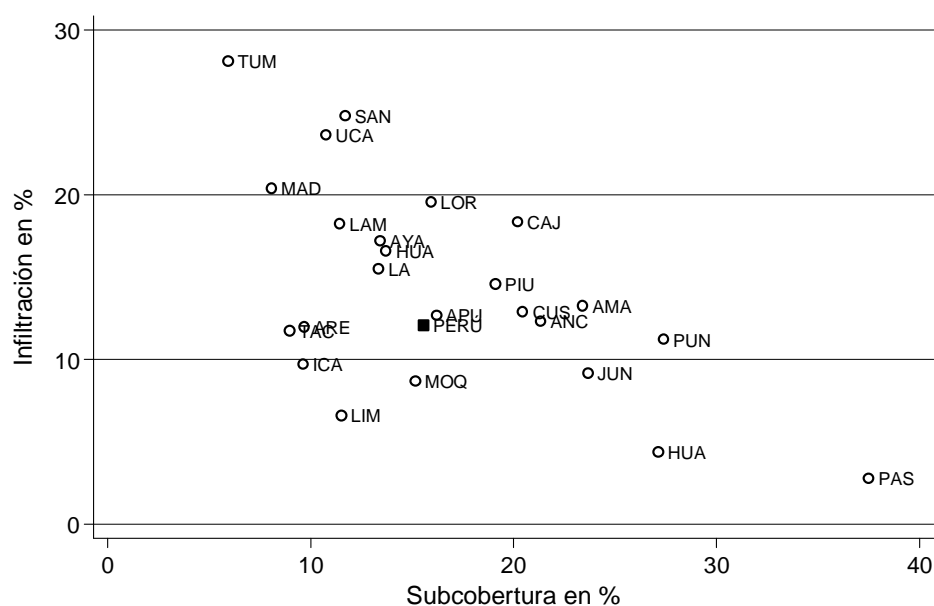
Fuente: INEI-ENAH0 2008. Elaboración propia

Cuadro 424245. Perú: Errores de Focalización en el SIS 2008

	Beneficiario	No Beneficiario	Total
Público Objetivo	5,456,294	4,617,310	10,073,604
No es Púb. Objetivo	3,588,686	16,040,878	19,629,564
Total	9,044,980	20,658,188	29,703,168

Fuente: INEI-ENAH0 2008. Elaboración propia

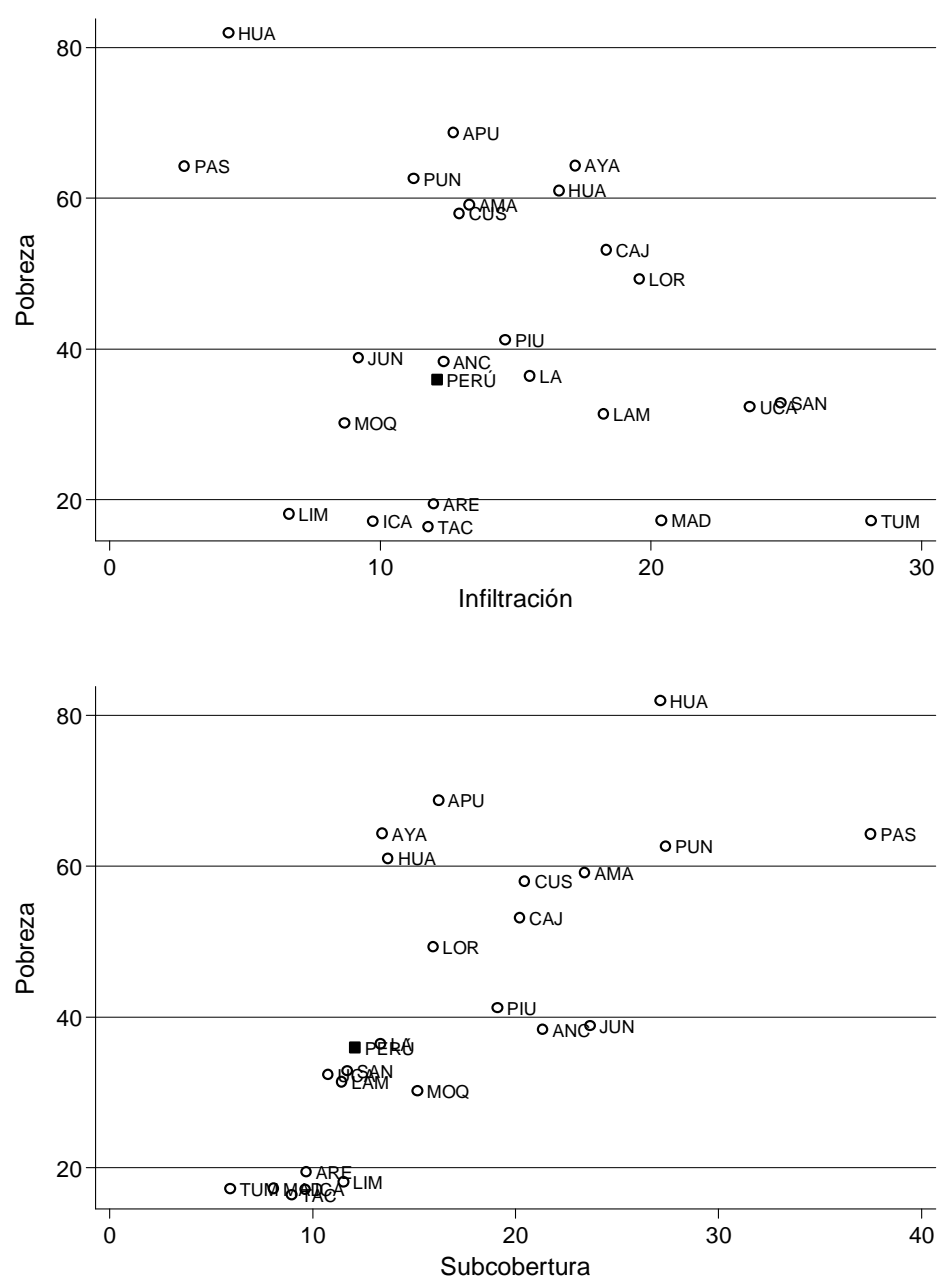
La heterogeneidad antes mencionada es más notoria si se realiza el análisis a nivel departamental. La siguiente figura muestra evidencia de lo anterior además de reportar la conocida disyuntiva entre ambos tipos de errores: en aquellos departamentos donde la infiltración es elevada la subcobertura es menor. En Tumbes, por ejemplo, la infiltración como porcentaje de la población es la más alta respecto a sus pares (28.3%) mientras que la subcobertura, también expresado como porcentaje de la población, es la más baja de todos los departamentos (5.9%). Así mismo, Lima es el departamento en que globalmente se comete menos error, pues es el departamento que más se acerca a un error idealizado de 0% en ambas características (el error de filtración y subcobertura como porcentaje de la población es de 6.6% y 11.5% respectivamente).

Gráfico 559. Errores de focalización en el SIS como porcentaje de la población según departamentos, 2008

Fuente: INEI-ENAH0 2008. Elaboración propia

Un elemento que debería complementar el resultado anterior es el nivel de pobreza departamental, pues cuando hay más pobres existe menos probabilidad de equivocarse en encontrar a un posible beneficiario y de la misma manera bajo este mismo escenario existe una mayor probabilidad de dejar de atender a alguien. Así por ejemplo, Huancavelica, donde la pobreza supera al 80%, tiene un error de filtración de alrededor de 5% y un error de subcobertura que bordea al 30%, sólo superado por Pasco, el cual se aproxima a 40%.

Gráfico 6610. Errores de focalización en el SIS y pobreza total como porcentaje de la población según departamentos, 2008

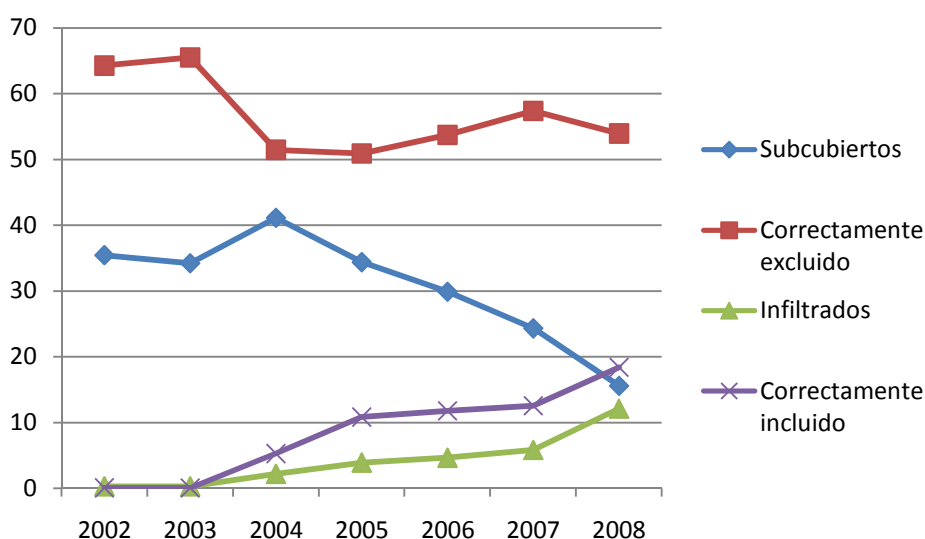


Fuente: INEI-ENAH0 2008. Elaboración propia

Evolución de la Focalización 2002-2008

Desde un punto de vista temporal también existe heterogeneidad en los indicadores de focalización con una clara tendencia a la reducción temporal del error de subcobertura mientras que simultáneamente se observa un incremento en el error de filtración. Así, desde su formación y como era de esperarse, a medida que el SIS expande su intervención año tras año el error de cobertura disminuye mientras que el de filtración aumenta. En el caso de la subcobertura total, por ejemplo, esta empezó en 35% en el 2002 y en la actualidad se encuentra alrededor de 16%, mientras que la infiltración, que empezó en apenas 0.28% esta se ha incrementado hasta alcanzar al 12% de la población. Adicional a lo anterior, se debe notar que los errores de cobertura comienzan a disminuir fuertemente a partir del 2004 en adelante, mientras que los errores de filtración comienzan su incremento explosivo a partir del año 2006.

Gráfico 7711. Distribución de la población según criterios de focalización SIS
En porcentajes



Fuente: INEI-ENAH0 2002-2008. Elaboración propia

Cuadro 434346. Perú 2008: Errores de focalización en el SIS 2002 y 2008
En porcentajes

	2002	2008	2002	2008
	Subcobertura		Infiltración	
MEF	39.5	15.8	0.48	11.8
NIÑO	27.5	8.5	0.00	22.1
RESTO	38.5	16.7	0.23	10.4
TOTAL	35.4	15.6	0.28	12.1

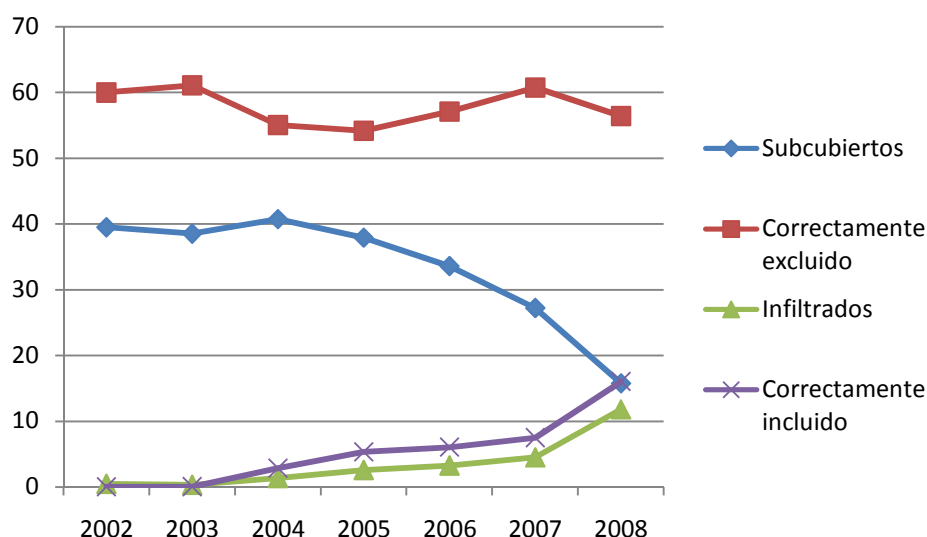
Fuente: INEI-ENAH0 2002 y 2008. Elaboración propia

Teniendo en cuenta que en general el SIS prioriza el binomio madre y niños menores de 5 años, a continuación se presenta la magnitud y tendencia de los errores de focalización de las

mujeres en edad fértil (12 a 49 años) y los niños de 5 o menos años. En el caso de las MEF el comportamiento tendencial es similar a lo que ocurre en el total, la subcobertura se viene reduciendo y la infiltración se viene incrementando, sin embargo, los correctamente beneficiados es algo menor respecto a lo que ocurre en el promedio total.

Gráfico 8812. Distribución de las mujeres en edad fértil según criterios de focalización SIS

En porcentajes

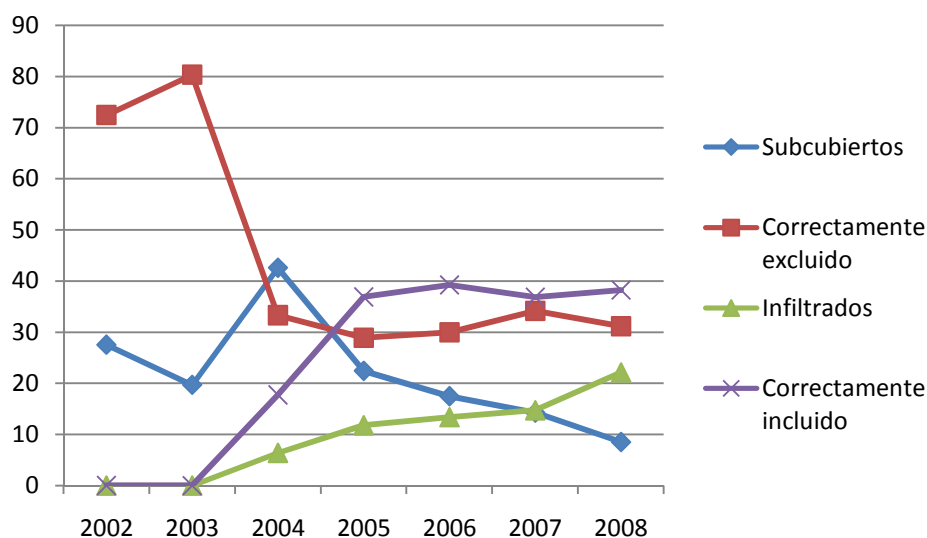


Fuente: INEI-ENAH0 2002-2008. Elaboración propia

En el caso de los niños, es notorio el descenso de los correctamente excluidos mientras que los correctamente incluidos se ve incrementado. Al igual que en el caso de las MEF, la subcobertura descende al tiempo que la infiltración aumenta.

Gráfico 9913. Distribución de los niños de 5 años o menos en edad fértil según criterios de focalización SIS

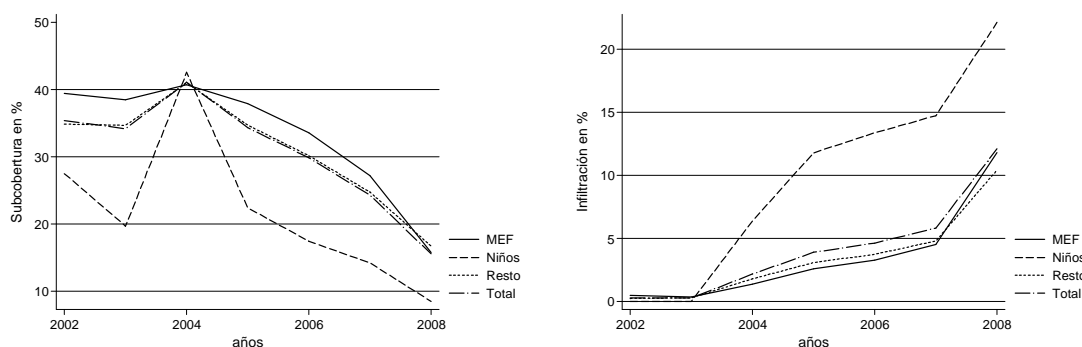
En porcentajes



Fuente: INEI-ENAH0 2002-2008. Elaboración propia

Si se comparan los resultados de los niños con las MEF se encuentra que los primeros exhiben los menores errores de subcobertura y a la vez los que presentan los mayores errores de filtración, en este último caso, comparado con lo que sucede a las MEF, es notorio su incremento en los últimos años. A la fecha, las MEF no cubiertas son alrededor de 1.4 millones, niños de 5 a menos 275 mil y población en general 4.62 millones; mientras que los infiltrados son de 1.03 millones en el caso de MEF, 714 mil en el caso de niños y población en general 3.59 millones

Gráfico 101014. Perú: Comparación de errores de filtración, 2002-2008 Expresado en %



Fuente: INEI-ENAH0 2002-2008. Elaboración propia

2.2.2 Eficacia del SIS

2.2.2.1 Desempeño del SIS a nivel de propósito

Como se vio en la sección 2.1.3 existe una brecha entre lo reportado por el SIS como número de afiliados y lo que reporta una fuente de información como la ENAHO, en general esta última fuente subestima la cifra reportada por el SIS lo cual podría tener diversas fuentes de explicación como el grado de recordación y los errores muestrales propio de cada encuesta. Sin embargo, en la ENAHO, declarar que se encuentra afiliado no necesariamente significa que la persona goce del derecho de acceder a los servicios que financia el SIS, pues dicha afiliación podría no estar vigente. En dicha encuesta el único año en el cual se puede indagar por ello es el 2008.

A partir de esta base de datos se puede informar que de los 9 millones de personas que declaran tener afiliación, el 11.6% también reconocen que dicha afiliación no se encuentra vigente, es decir el número de personas que efectivamente son potenciales beneficiarios del sistema son alrededor de 8 millones de personas, existiendo alta heterogeneidad de este indicador según grupos poblacionales y ámbitos geográficos, así por ejemplo en el caso de las mujeres en edad fértil (MEF), el porcentaje de afiliaciones vigentes es de 63% y si se tiene en cuenta las diferencias departamentales también ocurre lo propio. En Huancavelica por ejemplo, sólo el 0.5% no tiene una afiliación vigente mientras que en el otro extremo, en Puno el porcentaje de no vigencia afecta al 36.8% de los afiliados SIS (~~¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.~~Cuadro 60).

Cuadro ~~444447~~. Vigencia de la afiliación SIS a nivel departamental 2008

	Vigente	No vigente	Total relativo	Total absoluto
AMAZONAS	89.1	10.9	100.0	240,530
ANCASH	90.2	9.8	100.0	348,027
APURIMAC	96.4	3.6	100.0	338,880
AREQUIPA	82.3	17.7	100.0	238,844
AYACUCHO	97.7	2.3	100.0	418,295
CAJAMARCA	93.3	6.8	100.0	834,487
CUSCO	90.9	9.1	100.0	632,971
HUANCAVELICA	99.5	0.5	100.0	283,230
HUANUCO	82.2	17.8	100.0	579,860
ICA	76.8	23.2	100.0	105,292
JUNIN	97.3	2.8	100.0	304,196
LA LIBERTAD	82.9	17.1	100.0	618,616
LAMBAYEQUE	91.9	8.1	100.0	426,586
LIMA	89.5	10.5	100.0	1,011,056
LORETO	84.3	15.7	100.0	514,551
MADRE DE DIOS	90.5	9.5	100.0	34,243
MOQUEGUA	96.5	3.5	100.0	35,430

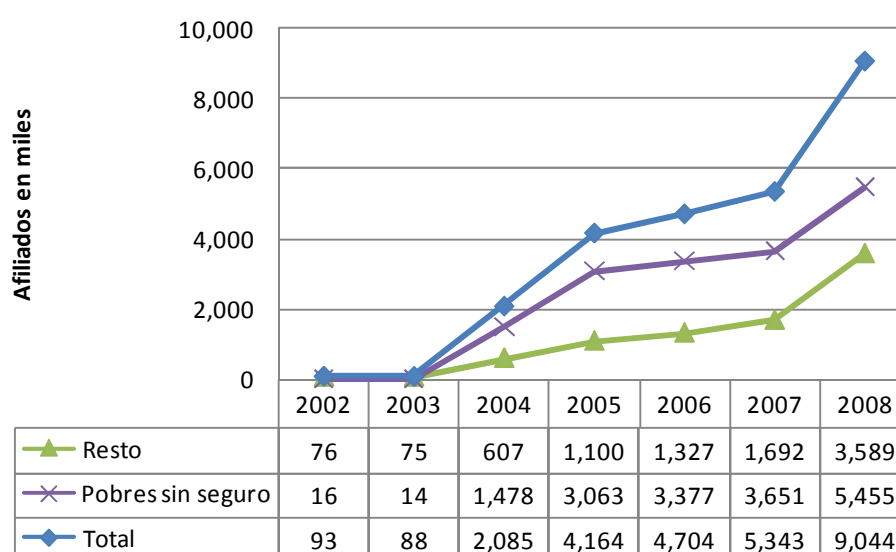
PASCO	93.7	6.3	100.0	68,065
PIURA	91.8	8.2	100.0	626,659
PUNO	63.2	36.8	100.0	629,174
SAN MARTIN	93.6	6.4	100.0	383,739
TACNA	97.9	2.1	100.0	60,487
TUMBES	92.5	7.5	100.0	90,690
UCAYALI	90.9	9.1	100.0	221,074
TOTAL	88.4	11.6	100.0	9,044,980

Fuente: INEI-ENAH0 2008. Elaboración propia

Evolución de la afiliación

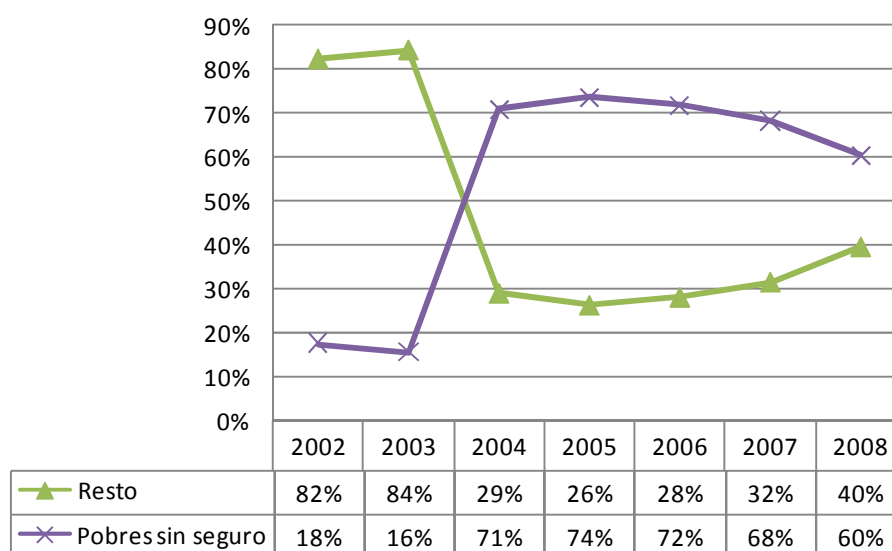
Desde su creación, el número de afiliados, en general, siempre se ha incrementado pudiéndose identificar tres etapas claramente definidas. En la primera que coincide con los orígenes del SIS hasta el 2003, donde prácticamente el número de afiliados podría considerarse como marginal, del 2004 al 2007, donde se ha crecido pero a una tasa decreciente y el último año, punto en el cual el número de afiliados ha crecido en casi 70% (~~Error! No se encuentra el origen de la referencia.~~~~Error! No se encuentra el origen de la referencia.~~Gráfico 17).

Gráfico 11115. Evolución de la afiliación en el SIS 2002-2008



Fuente: INEI-ENAH0 2002-2008. Elaboración propia

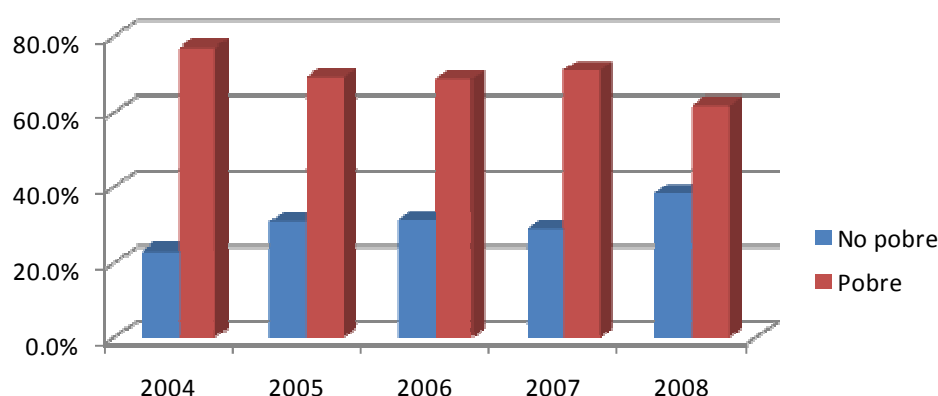
Como es natural, el crecimiento en el número de afiliados viene aparejado con un crecimiento de afiliaciones correctas e incorrectas, siendo lo cuestionable que estas últimas crezcan más rápido que el otro. Es lo que ocurre en el caso de la afiliación del SIS en los últimos años. En el año 2008, del total de afiliados, 4 de cada 10 personas no deberían estarlo pues no califican como parte del público objetivo del SIS, indicador que se viene incrementando desde el 2005, año en que se alcanzó el menor error: 26%.

Gráfico 121216. Evolución de la afiliación en el SIS 2002-2008 (en %)

Fuente: INEI-ENAH0 2002-2008. Elaboración propia

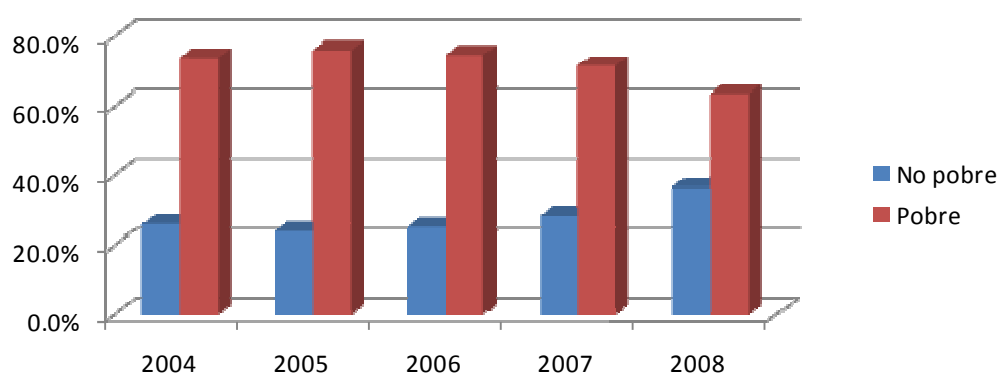
Atendiendo la preocupación de ver el estado de las dos prioridades sanitarias: gestantes y niños menores de 5 años es que a continuación se realiza el ejercicio correspondiente para analizar la evolución en la afiliación de estos dos grupos. Respecto al primero, se aproxima a las gestantes con las mujeres en edad fértil (MEF) que han tenido un parto en los últimos tres años. Respecto a este mismo primer grupo el número de afiliadas según esta fuente de información se estima que sea de 584 mil mujeres al 2008. Si se tiene en cuenta su condición de pobreza un importante porcentaje de este grupo poblacional se estarían infiltrando, pues el 38% de estos afiliados no son pobres con el agravante que este indicador se ha ido incrementando en los últimos años, pues en el 2004, último año del cual se puede hacer inferencia para grupos poblacionales, este mismo porcentaje era de 23%. En segundo lugar, en el caso de los niños menores a 5 años, se estima que los afiliados al 2008 son alrededor de 1.9 millones, de los cuales el 37% son no pobres siendo este mismo indicador de 26% en el año 2004.

Gráfico 131317. Mujeres en edad fértil que en los últimos 3 años ha tenido un parto afiliadas al SIS según condición de pobreza (en %)



Observaciones insuficientes en el 2002 y 2003 para el análisis
Fuente: INEI-ENAH0 2004-2008. Elaboración propia

Gráfico 141418. Niños menores a 5 años afiliados al SIS según condición de pobreza (en %)

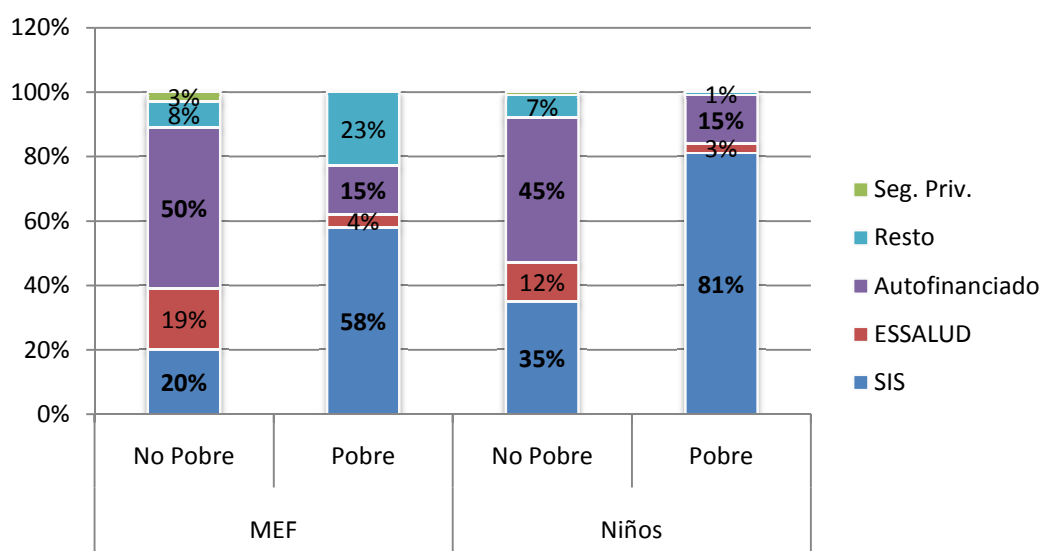


Observaciones insuficientes en el 2002 y 2003 para el análisis
Fuente: INEI-ENAH0 2004-2008. Elaboración propia

Evolución de las atenciones financiadas por el SIS

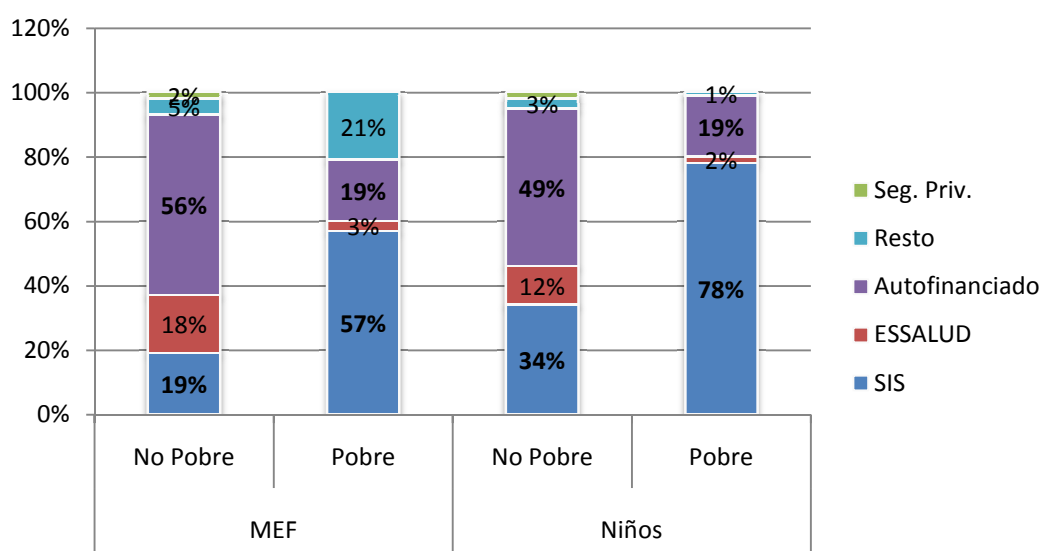
En el año 2008 los dos principales servicios financiados por el SIS fueron los servicios de consulta y medicina, 1.8 millones y 1.7 millones respectivamente, en menor medida se encuentran los servicios de análisis y servicios de rayos X, con 152 mil y 27 mil atenciones respectivamente. Como era de esperarse la principal fuente de financiamiento de las atenciones de las personas pobres es el SIS. En el caso de las MEF pobres, por ejemplo, lo financiado por el SIS en consulta y medicinas es de 58% y 57% respectivamente, mientras que en sus pares no pobres este mismo indicador es de 20% y 19%, respectivamente.

Gráfico 19. Financiamiento de servicios de salud según nivel de pobreza de personas que requirieron de un servicio de consulta médica 2008



Fuente: INEI-ENAH0 2004-2008. Elaboración propia

Grafico 20. Financiamiento de servicios de salud según nivel de pobreza de personas que requirieron de un servicio de medicina 2008



Fuente: INEI-ENAH0 2004-2008. Elaboración propia

Registrado como número de personas llama la atención que los pobres que acuden a un centro de atención es significativamente menor que los no pobres (estos últimos más que duplican el número de atenciones respecto a sus pares pobres), pese a que en promedio no existe diferencia significativa en el riesgo de caer enfermo o tener un accidente entre pobres y no pobres, Contrario a la hipótesis de la lejanía del centro de salud como razón principal para no acudir a un centro de atención, la razón más importante que argumentan los encuestados que no realizan dicho trámite es la falta de dinero, existiendo diferencias importantes dependiendo si la persona se encuentra afiliada o no, pues el porcentaje de pobres no afiliados

que declara el dinero como razón para no buscar atención ha sido alrededor del doble en los años analizados, representando en el 2008 casi el 35% versus un 18% de los afiliados que argumentan la misma razón para no acudir (Ver anexo 6.3).

De la misma manera como ocurre con las afiliaciones, tanto el servicio de consulta médica como el de medicinas y el de análisis financiadas por el SIS muestran un incremento importante en los últimos años. Sin embargo, que exista un incremento en el número de personas pobres atendidas por el SIS no es suficiente evidencia para concluir que el SIS ha logrado mejorar el servicio dirigida a los más pobres, pues estos, en el escenario contrafactual de no haber acudido al SIS también podrían haber financiado su atención bajo otras modalidades, de hecho, si se toma como referencia a los pobres sin SIS se observa que estos, a excepción de los dos últimos años, superan en el número de personas atendidas a sus pares.

Así, el incremento de número de personas pobres atendidas por el SIS entre los años 2004-2008³² es de 653 mil, si a este número se le descuenta el incremento normal de atenciones que hubiese existido sin SIS asumiendo que dichas personas son un grupo comparable o de control, se tendría que el efecto neto sería un incremento de las atenciones de 527 mil pobres. Un ejercicio similar para el caso del servicio de medicinas muestra un incremento en el mismo período de 469 mil, mientras que para el servicio de análisis de 31 mil pobres. Un ejercicio como el antes desarrollado es congruente con lo que se conoce en la literatura de la evaluación no experimental como el estimador “Diferencia en diferencia” no condicionado, el mismo que asume que de existir un sesgo este es invariante en el tiempo por lo que tomar diferencias elimina dicho componente.

Cuadro 48. Servicios de consultas médicas, de medicina, y análisis según condición de pobreza y financiamiento del SIS, 2002-2008
En número de personas

Servicio de consulta médica						
	2004	2005	2006	2007	2008	Var 2008/2004
No pobre con SIS	157,325	240,084	308,744	429,492	787,368	
No pobre sin SIS	1,149,686	2,232,039	2,516,528	2,883,155	2,973,359	
Pobre con SIS	371,179	650,096	688,320	810,395	1,024,308	653,129
Pobre sin SIS	430,800	847,002	851,700	770,019	557,143	126,343
Var. Total	-	-	-	-	-	526,786
Servicio de medicinas						
	2004	2005	2006	2007	2008	Var 2008/2004
No pobre con SIS	141,306	221,682	295,349	389,227	722,833	
No pobre sin SIS	1,117,055	2,152,590	2,422,997	2,800,919	2,897,780	
Pobre con SIS	351,325	616,827	662,032	783,305	969,173	617,848
Pobre sin SIS	417,995	824,647	826,400	752,546	566,651	148,656
Var. Total	-	-	-	-	-	469,193
Servicio de análisis						
	2004	2005	2006	2007	2008	Var 2008/2004
No pobre con SIS	17,684	22,518	28,102	56,189	93,474	
No pobre sin SIS	264,770	540,103	633,827	684,770	785,967	
Pobre con SIS	22,714	39,406	43,218	50,894	58,990	36,277
Pobre sin SIS	64,209	126,041	113,263	107,175	69,314	5,105
Var. Total	-	-	-	-	-	31,171

Fuente: INEI-ENAH0 2004-2008. Elaboración propia

32 Los resultados para los años 2002 y 2003 podrían ser debido a cambios metodológicos de la encuesta por lo que para el ejercicio no fueron incluidos.

Del mismo modo, tal como se puede constatar en los dos cuadros siguientes, empleando el mismo procedimiento se obtiene que el incremento de personas atendidas. En el caso de las MEF se tiene que 155, 141 y 18.6 mil personas fueron atendidas en los servicios de consulta médica, medicina y análisis, mientras que para los niños menores de 5 años los mismos indicadores se encuentran en el orden de 147, 127 y 0.54 personas atendidas, respectivamente.

Cuadro 49. Servicios de consultas médicas, de medicina, y análisis según condición de pobreza y financiamiento del SIS de las MEF, 2002-2008

En número de personas

Servicio de consulta médica						
	2004	2005	2006	2007	2008	Var 2008/2004
No pobre con SIS	24,900	42,024	45,977	81,961	200,995	
No pobre sin SIS	316,193	585,792	663,388	791,202	838,320	
Pobre con SIS	46,169	73,431	77,417	119,359	226,930	180,761
Pobre sin SIS	138,771	265,188	273,099	245,167	164,791	26,020
Var. Total	-	-	-	-	-	154,741
Servicio de medicinas						
	2004	2005	2006	2007	2008	Var 2008/2004
No pobre con SIS	19,753	38,665	41,936	70,350	182,899	
No pobre sin SIS	304,087	561,628	628,691	760,587	799,930	
Pobre con SIS	40,875	65,384	68,014	110,220	211,631	170,756
Pobre sin SIS	131,335	256,522	257,998	232,176	161,059	29,724
Var. Total	-	-	-	-	-	141,032
Servicio de análisis						
	2004	2005	2006	2007	2008	Var 2008/2004
No pobre con SIS	2,591	6,673	8,728	18,099	29,629	
No pobre sin SIS	77,568	134,790	175,693	206,305	244,394	
Pobre con SIS	3,765	7,620	6,340	10,532	18,824	15,059
Pobre sin SIS	24,991	40,268	43,749	34,685	21,490	-3,501
Var. Total	-	-	-	-	-	18,560

Fuente: INEI-ENAO 2004-2008. Elaboración propia

Cuadro 50. Servicios de consultas médicas, de medicina, y análisis según condición de pobreza y financiamiento del SIS de los niños, 2002-2008

En número de personas

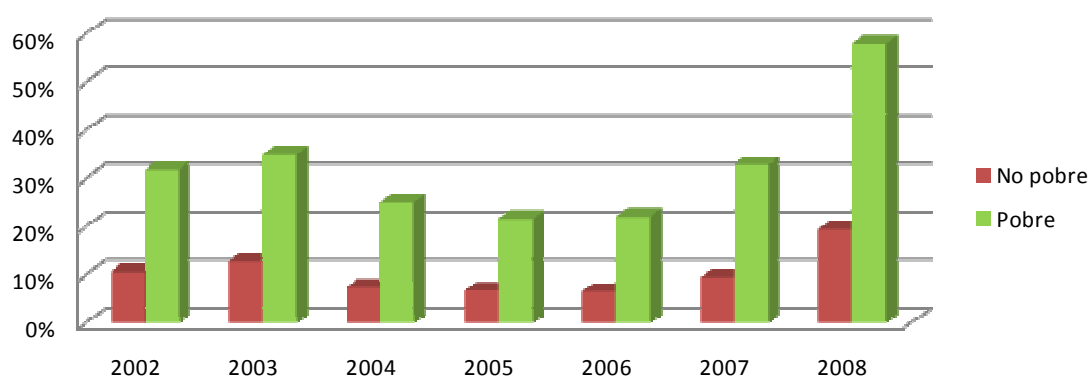
Servicio de consulta médica						
	2004	2005	2006	2007	2008	Var 2008/2004
No pobre con SIS	68,702	107,186	136,910	179,563	217,740	
No pobre sin SIS	128,010	265,024	288,861	396,118	388,335	
Pobre con SIS	179,854	333,380	337,161	358,826	345,820	165,965
Pobre sin SIS	63,669	124,305	132,389	108,641	82,181	18,512
Var. Total	-	-	-	-	-	147,453
Servicio de medicinas						

	2004	2005	2006	2007	2008	Var 2008/2004
No pobre con SIS	61,583	98,347	128,751	163,015	204,836	
No pobre sin SIS	130,904	261,222	285,160	396,688	387,835	
Pobre con SIS	173,526	321,652	325,793	349,726	327,307	153,782
Pobre sin SIS	66,009	126,877	133,055	110,942	93,001	26,992
Var. Total	-	-	-	-	-	126,790
Servicio de análisis						
	2004	2005	2006	2007	2008	Var 2008/2004
No pobre con SIS	6,518	7,978	11,038	14,280	20,045	
No pobre sin SIS	16,072	41,353	44,322	54,549	74,922	
Pobre con SIS	10,326	16,057	19,485	21,226	14,598	4,272
Pobre sin SIS	6,352	15,481	12,955	14,661	10,088	3,736
Var. Total	-	-	-	-	-	536

Fuente: INEI-ENAH0 2004-2008. Elaboración propia

De otro lado, si bien existen importantes errores de filtración al atender a personas no pobres, también es cierto que la cobertura del servicio se ha incrementado significativamente en los últimos años, sobre todo en el caso de las MEF y especialmente en el año 2008, donde el 58% de las atenciones en consulta de las MEF pobres fueron financiados por el SIS, mientras que sólo un año antes ese mismo porcentaje alcanzó el 33% de las MEF, un comportamiento similar se registra en el caso de los servicios de medicina, mientras que para el caso de los niños este mismo indicador siempre fue elevado, empezó en el año 2002 con 67% para el caso de la consulta y 62% para el caso de la medicina y se tiene que para el 2008 ambos indicadores registran el 81% y 78%, respectivamente.

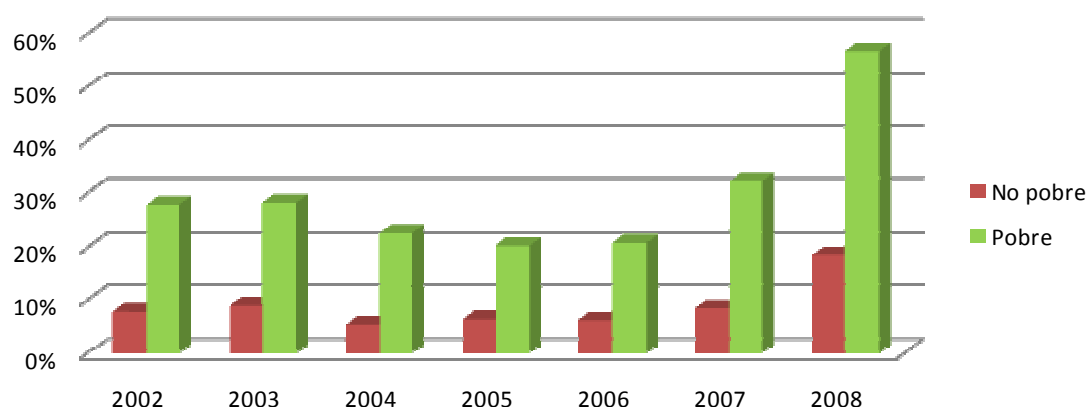
Gráfico 151521. Servicio de consulta: Atenciones financiadas por el SIS a las MEF, 2002-2008 (Porcentaje respecto al total de personas atendidas)



Personas que tuvieron un problema de salud y buscaron atención en el mes de referencia de la aplicación de la encuesta

Fuente: INEI-ENAH0 2002-2008. Elaboración propia

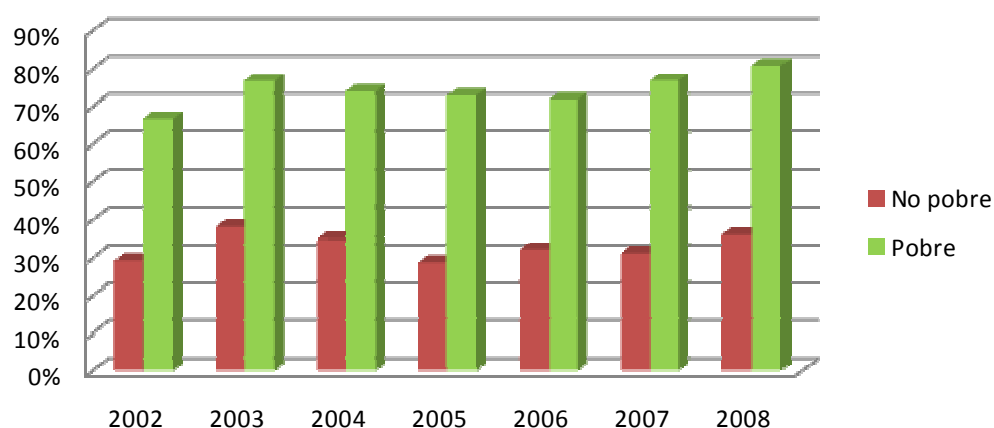
Gráfico 161622. Servicio de medicina: Atenciones financiadas por el SIS a las MEF, 2002-2008 (Porcentaje respecto al total de personas atendidas)



Personas que tuvieron un problema de salud y buscaron atención en el mes de referencia de la aplicación de la encuesta

Fuente: INEI-ENAH0 2002-2008. Elaboración propia

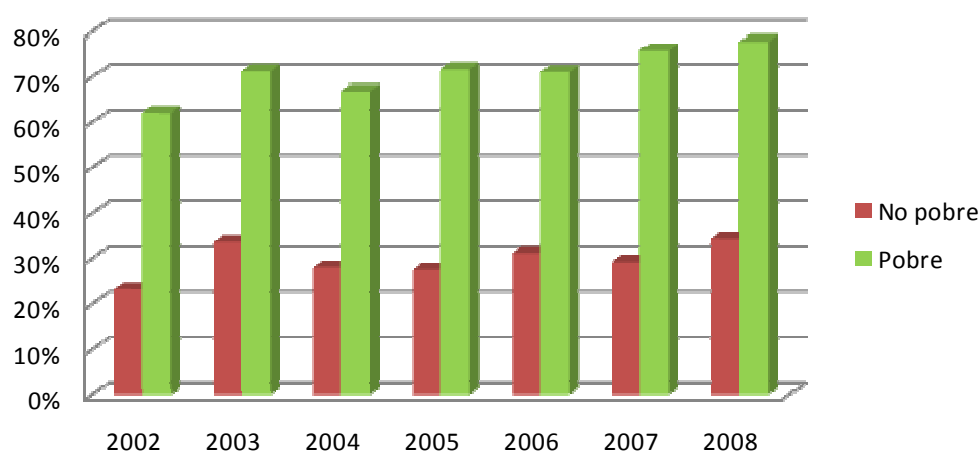
Gráfico 171723. Servicio de consulta: Atenciones financiadas por el SIS a los niños menores de 5 años, 2002-2008 (Porcentaje respecto al total de personas atendidas)



Personas que tuvieron un problema de salud y buscaron atención en el mes de referencia de la aplicación de la encuesta

Fuente: INEI-ENAH0 2002-2008. Elaboración propia

Gráfico 181824. Servicio de medicina: Atenciones financiadas por el SIS a los niños menores de 5 años, 2002-2008 (Porcentaje respecto al total de personas atendidas)



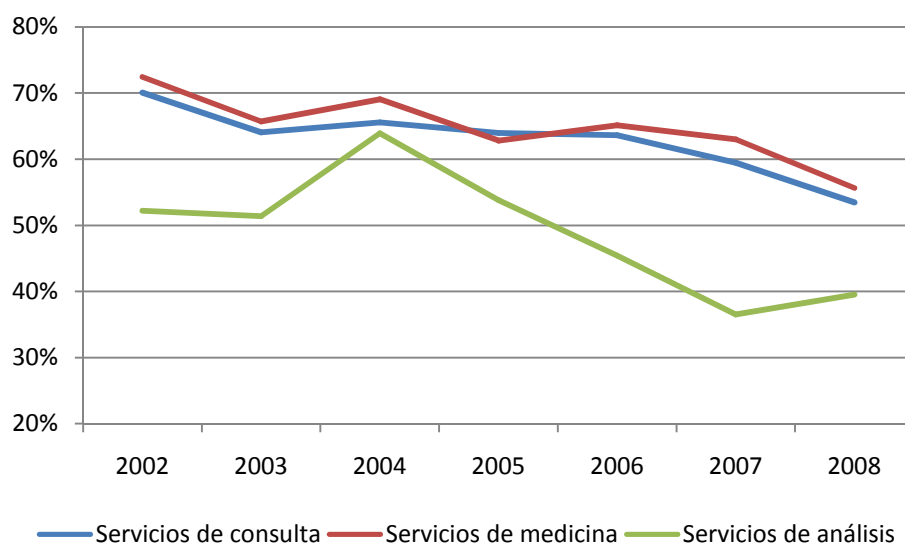
Personas que tuvieron un problema de salud y buscaron atención en el mes de referencia de la aplicación de la encuesta

Fuente: INEI-ENAH0 2002-2008. Elaboración propia

En general los resultados presentados revelan que los pobres que acuden por un servicio médico se ven beneficiados por las atenciones que financia el SIS en mayor medida que los no pobres, y que dicho porcentaje se ve incrementado en el tiempo.

Complementario a lo anterior se estima el porcentaje de pobres que atiende el SIS. En el caso de las mujeres en edad fértil, la proporción de pobres atendidas ha disminuido desde los orígenes del SIS, sobre todo en el caso de los servicios de análisis. Así, mientras que el porcentaje de MEF beneficiadas por el SIS que son pobres representó el 70%, 72% y 52% en los servicios de consulta, medicina y análisis, respectivamente, este se redujo hacia el 2008 a el 53%, 56% y 40% respectivamente.

Gráfico 191925. Atenciones financiadas por el SIS a las MEF pobres, 2002-2008 (Porcentaje respecto al total de MEF atendidas)

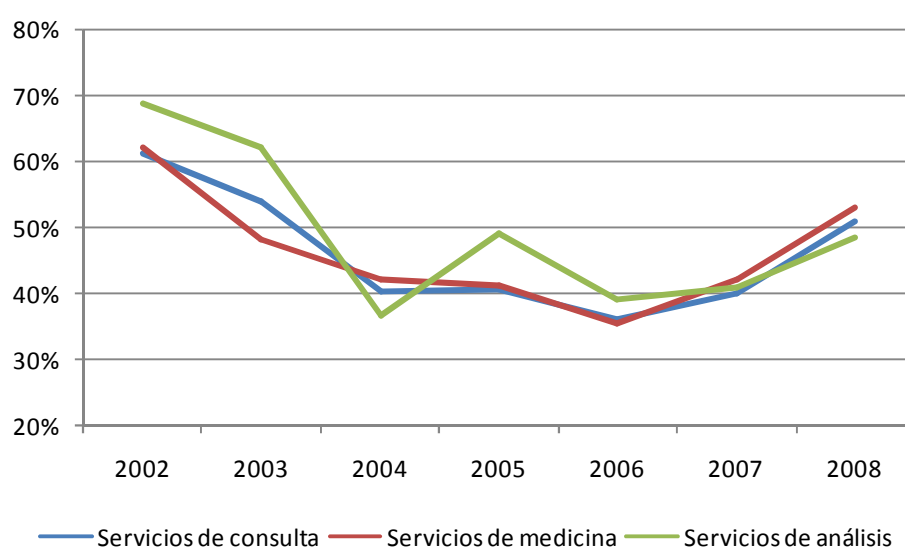


Personas que tuvieron un problema de salud y buscaron atención en el mes de referencia de la aplicación de la encuesta

Fuente: INEI-ENAH0 2002-2008. Elaboración propia

En el caso de los niños, si bien hubo una disminución hasta el 2006, en los dos últimos años se observa una recuperación en el porcentaje de niños pobres atendidos. De este modo, en el 2008, del total de niños atendidos alrededor de la mitad son clasificados como pobres.

Gráfico 202026. Atenciones financiadas por el SIS a las niños menores de 5 años pobres, 2002-2008 (Porcentaje respecto al total de niños atendidos)

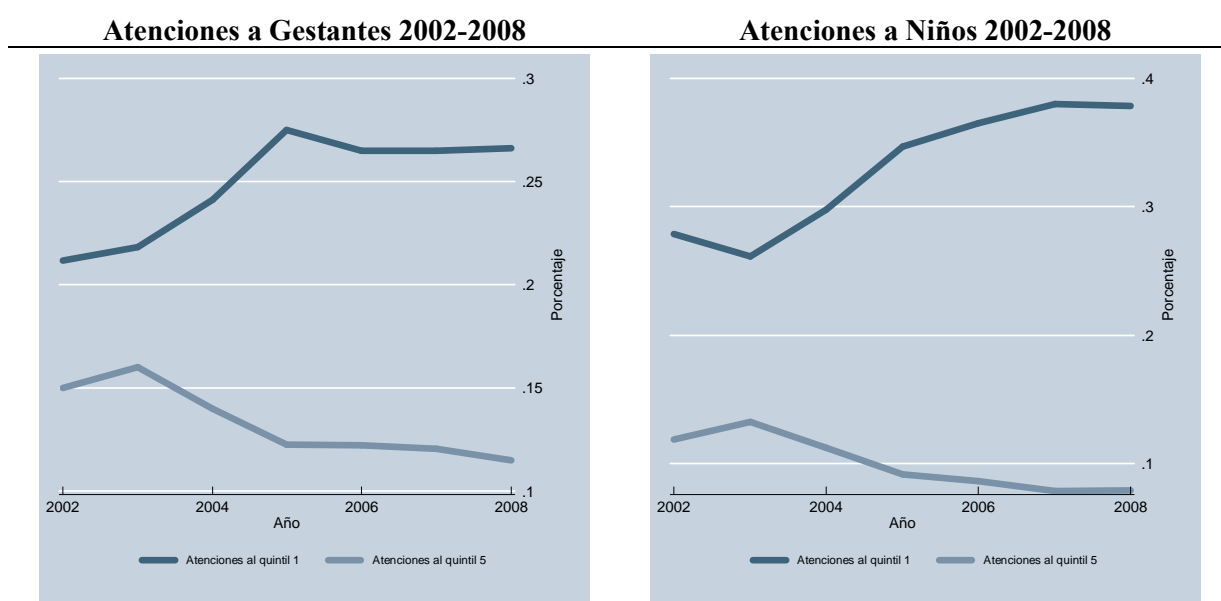


Fuente: INEI-ENAH0 2002-2008. Elaboración propia

Finalmente, vale la pena mencionar que el análisis precedente difiere de la metodología empleada por el SIS para preparar sus reportes. En primer lugar, los datos empleados por el SIS en la mayoría de sus estadísticas provienen de registros administrativos y en segundo lugar, la definición de pobreza que emplea la institución para su análisis difiere de la empleada en la ENAHO, en el último caso, la definición es la oficial, mientras que la que emplea el SIS en sus registros es el criterio del ranking distrital según quintiles.

Según los registros administrativos del SIS, las atenciones en los últimos años han estado beneficiando en mayor medida a los más pobres. Dicho resultado no necesariamente contradice a los hallazgos encontrados en la ENAHO, pues con esta fuente el dato que se reporta es el número de personas atendidas, mientras que en este son el total de atenciones, es decir, una misma persona podría haber recibido varias atenciones en el período de referencia. En el caso de las gestantes, las pacientes que fueron atendidas por el SIS y que pertenecen a los distritos más pobres (primer quintil del ranking distrital) pasaron de poco más del 20% en el 2002 a 27% en el 2008, simultáneamente las atenciones a las pertenecientes al último quintil se ha ido reduciendo. Del mismo modo, en el caso de la atención a los niños, el porcentaje de atención a pobres se ha incrementado de 28% en el 2002 a 38% en el 2008, mientras que los pertenecientes al último quintil han visto reducido su indicador de 12% en el 2002 a 8% en el 2008.

Gráfico 212127. Atenciones a gestantes y niños menores a 5 años financiados por el SIS según condición de pobreza (en %)



Fuente: Base de datos SIS 2002-2008. Elaboración propia
Los quintiles son contruidos a partir de un ranking distrital.

La información que proporciona el SIS junto a los quintiles de pobreza distrital permiten contestar la pregunta de qué tan equitativo o inequitativo es la distribución de los servicios que financia el SIS. A diferencia de la distribución de ingresos en la que en términos de bienestar social se espera que sea lo más equitativa posible, en el caso de este tipo de distribución se espera que sea inequitativo favoreciendo a los más pobres.

Como se muestra en el anexo 6.5 son los pobladores de los distritos más pobres rurales los que se benefician en mayor proporción de los servicios que financia el SIS mientras que sus pares urbanos ocurre lo contrario, los pobladores que viven en distritos menos ricos son los que más se benefician del SIS, aunque, en general, en ambos casos, existe una tendencia hacia la inequidad de las atenciones que benefician a los pobladores de los distritos más pobres. El resultado hallado es predecible por la manera como se clasifica a los distritos, los distritos rurales tienden a ser los más pobres, y de pobreza más homogénea, mientras que los del ámbito urbano ocurre lo contrario, por lo que la evaluación de la eficacia en este aspecto requiere un análisis individualizado que permita identificar a las personas según su nivel de pobreza y con ello recién contestar la pregunta de qué tan efectivo es la focalización de los servicios que financia el SIS.

2.2.3 Ejecución Presupuestaria

2.2.3.1 Programación y Formulación Presupuestaria

La elaboración del presupuesto del SIS, al igual que la de muchas instituciones públicas se ha mantenido como un proceso principalmente inercial con un componente incremental. Como se indicó en la primera parte del presente informe, luego de realizar una asignación presupuestal para el inicio de operaciones del SEG y del SMI definida por el ejecutivo, la ejecución de estos recursos pasó a configurar el histórico de gasto, que se constituyó en la base para la determinación de los techos presupuestales en los siguientes ejercicios fiscales. Con la fusión estos seguros y la creación del SIS, el proceso presupuestario se ha mantenido en lo sustancial bajo este mismo esquema, pero considerando algunas variaciones en el tiempo.

Si bien, en la fase de programación presupuestaria lo que se busca es determinar los objetivos que persigue la institución y en función de ellos, definir el tamaño global de la demanda de recursos, como criterios de asignación presupuestal, esto no ha logrado desarrollarse y con ello ordenar el proceso presupuestario para orientarlo en función de los objetivos de desarrollo.

Un elemento común a todo el proceso presupuestario que explica esta situación, está determinado por el desencuentro que existe entre la definición de objetivos y metas programáticas de la acción estatal para atender las demandas y necesidades de la ciudadanía, con las perspectivas institucionales que suelen predominar en la formulación del presupuesto. Así, mientras que los ejercicios de planeamiento y programación suponen definiciones de carácter estratégico que pueden involucrar las responsabilidades de diferentes organizaciones y entidades públicas, la predominancia de la orientación institucional en la programación presupuestaria se expresa en los requerimientos de gasto, que usualmente se asignan en función de las obligaciones de personal, los gastos previsionales, los pagos de bienes y

servicios y algún otro tipo de obligación, antes que en función de un objetivo de desarrollo o una meta de atención al ciudadano.

No obstante, a diferencia de la mayoría de instituciones públicas cuyos presupuestos institucionales están dedicados en gran medida a cubrir sus costos de operación para la prestación de servicios, en el caso del SIS, debido a su rol de agente financiero, los gastos de operación institucional son menores en relación con la mayor parte de los recursos de presupuesto que están destinados al pago de las atenciones de salud que consume la población asegurada, lo cual configura una situación específica que convendría examinar con un poco mas de atención.

Justamente, su rol de agente de financiamiento que lo distingue o separa de la función de prestación del servicios, le confieren al SIS un mandato específico para desarrollar los mecanismos y herramientas que le permitan comprar adecuadamente y a través es esto inducir o promover el comportamiento de la oferta de servicios de salud orientándolo hacia objetivos sanitarios, garantizando el acceso de la población objetivo. Es por esta condición de asignador de recursos o comprador de servicios, que las actividades de programación configuran una tarea clave para el desarrollo y sostenibilidad del sistema y lo obligan a determinar claramente sus objetivos y metas anuales, como base para determinar el tamaño de la demanda de recursos de presupuesto.

Desde esta perspectiva, como se describió en el punto 2.1.2, en los planes y en la documentación revisada, tanto del MINSA como del SIS, se encuentra objetivos y metas demasiado generales que no configuran instrumentos orientadores para la determinación de metas específicas para los grupos priorizados según criterios sanitarios, costos unitarios, planes de beneficios, frecuencias, entre otros, que sustenten los ejercicios de programación y el dialogo de negociación con el MEF.

Por otro lado, el MEF desprovisto de instrumentos para hacer seguimiento y evaluar técnicamente los avances en el cumplimiento de las metas anuales de aseguramiento y atención de las poblaciones priorizadas, ha terminado por definir de manera clásica e igual que en los otros sectores, los techos de presupuesto sobre la base de los gastos históricos.

Como consecuencia de esta situación y de una cierta incomprensión del potencial del esquema, las formas de programación presupuestaria han estado marcadas de un lado, por una presión de demanda por reembolsos pendientes, impulsada por esquemas aseguramiento abiertos, que ha promovido demandas sin límites, ni metas claras de atención progresiva y sin mecanismos de contención de costos; y por otro lado, sobre la base de las preocupaciones por las implicancias fiscales, se han presentado restricciones que se han reflejado en los limites fijados en los techos de presupuesto.

Antes que una definición de objetivos y metas rigurosa y técnicamente sustentados en análisis de riesgos, planes de beneficios y costos relacionados con metas sanitarias, las actividades de programación presupuestaria han venido realizándose sobre la base de una elevación de los techos presupuestales, que han resultado de las presiones por el pago de reembolsos pendientes que se han derivado de procesos de aseguramiento inadecuadamente planificados que han promovido mayores demandas por servicios de salud.

Un elemento que evidencia este proceso, se encuentra en la evolución del presupuesto institucional de apertura (PIA) cuyo monto se ha venido incrementando en proporciones significativas. Entre el 2002 y el 2009 el presupuesto ha crecido en 227%, mostrando una tasa de crecimiento promedio anual de 22%. Además, cada año la ejecución se ha venido

elevando y sobre la base de estos históricos de gasto, se ha venido elevando los presupuestos de apertura y así sucesivamente.

En el mismo sentido, en el cuadro 51, se observa que en los primeros años del SIS, no solo no se han establecido metas claras de afiliación y de atención, sino que en los años siguientes las metas de afiliación y las metas de atenciones que se han registrado en sus planes e instrumentos de programación, no presentan relación alguna con el presupuesto inicial de apertura.

Cuadro 454551. SIS: Metas de afiliación y atenciones y PIA

Años	Afiliaciones		Atenciones		PIA	
	En Miles	Incremento %	En miles	Incremento %	Miles de S/	Incremento %
2002					131,432	
2003					164,281	25%
2004	9,750		28,610		164,281	0%
2005	11,822	21%	33,271	16%	264,722	61%
2006	13,334	13%	37,828	14%	270,903	2%
2007	11,600	-13%	7,234	-80%	267,590	-1%
2008	10,500	-10%	7,433	3%	471,124	76%
2009	10,500	0%	7,641	3%	429,760	-9%

Fuente: SIS: varios planes, MEF-SIAF

Elaboración: Propia

En lo que se refiere al proceso de formulación presupuestaria que contempla la definición de la estructura funcional programática y la definición de metas según finalidades presupuestarias, se han producido modificaciones en el tiempo. Durante los años 2002 al 2004 los recursos de presupuesto se distribuyeron entre dos programas: salud individual y administración. Dentro del programa salud individual se encuentra el subprograma atención médica básica que incluye la totalidad de recursos para el pago de las atenciones. Registrado como otros gastos corrientes no se estableció ninguna codificación o finalidad presupuestaria que permitiera posteriormente relacionar el gasto con metas de atención.

Desde el año 2005 al 2007 la formulación presupuestaria desagregó el subprograma de atención médica básica en función de los planes de beneficios (madres, niños, adolescentes, etc.) y en el último año se agregaron algunas definiciones referidas a la atención de gestante, del niño menor de cinco años y la atención a EDA e IRA, pero sin que esto suponga la determinación de metas específicas en función de asignaciones presupuestarias.

Bajo esta formulación no ha sido posible hacer un seguimiento de los avances de ejecución presupuestal logrados en relación con la atención a los grupos priorizados en función del logro de metas específicas.

A partir del año 2008, en un esfuerzo por recuperar y hacer visible la prioridad sanitaria de atención a las madres y niños, se desarrollaron los programas estratégicos Articulado Nutricional y Materno Neonatal, que en el marco de los avances metodológicos del presupuesto por resultados, han desarrollado cadenas dentro de la estructura funcional programática que van desde el programa hasta las finalidades presupuestarias en función de metas específicas en el marco de sus objetivos sanitarios. En el marco de esta estructura se

han programado recursos adicionales para el SIS asociados a las metas específicas de estos dos programas estratégicos.

Esto supone que el 27.8% de los recursos del SIS del año 2008 y el 39% de los recursos para el 2009, se encuentran “etiquetados” y con metas específicas de atención para las madres y niños que se han priorizado en estos programas estratégicos, lo cual permitirá orientar mejor la ejecución del presupuesto en función de estas prioridades sanitarias y evaluar los avances en el logro de los resultados esperados.

2.2.3.2 Ejecución Presupuestal SIS 2002-2009

Al igual que con el proceso de crecimiento del PIA, la ejecución del presupuesto se SIS se ha caracterizado por una constante elevación de los montos ejecutados durante el período 2002 – 2008, que han sobrepasado los marcos presupuestarios y han obligado a la incorporación de asignaciones adicionales durante cada periodo fiscal.

Como se puede apreciar en el [Cuadro 46](#), los montos ejecutados por el SIS se han incrementado durante todos los años en promedio en 24.8% en relación con los montos establecidos en los PIA de cada año fiscal. Igualmente, los montos ejecutados en cada periodo se han incrementado en 17.8% en promedio en relación con la ejecución del año anterior.

Cuadro 46. SIS: Presupuesto institucional de apertura y ejecutado 2002-2009
Miles de Nuevos Soles

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹
Presupuesto								
Apertura	131,432	164,281	164,281	264,722	270,903	267,590	471,124	429,760
Ejecutado	178,425	196,885	296,099	269,329	290,666	320,124	439,314	344,710
Diferencia	46,993	32,604	131,818	4,607	19,763	52,534	31,810	
% del PIA	35.8%	19.8%	80.2%	1.7%	7.3%	19.6%	9.32%	

¹ Monto girado al 10/09/2009.

Elaboración: Propia

Fuente: SIAF

El crecimiento de los recursos ha estado impulsado principalmente por la presión que ejerce el crecimiento de los requerimientos de pago por reembolsos, que derivan de incrementos significativos en la producción de servicios de salud, como resultado del crecimiento de los procesos de afiliación.

Se debe advertir que, el transito de un esquema focalizado en madres y niños en situación de pobreza y pobreza extrema hacia una estrategia de aseguramiento universal a partir del año 2002, con periódicas incorporaciones de nuevos grupos mediante normas legales, ha generado una dinámica de crecimiento acelerado, que ha presionado fuertemente sobre la caja fiscal y han obligado a una asignación adicional de recursos sin una clara orientación hacia objetivos de salud.

La ausencia de objetivos y metas específicas de crecimiento, sustentadas en análisis de riesgos, con una programación de metas de incorporación de beneficiarios en función de prioridades sanitarias, planes de beneficios y costos, que aseguren coberturas de atención y sostenibilidad financiera, han configurado una situación en la que “obtener recursos para pagar las facturas” se ha convertido en el criterio de asignación presupuestal, antes que la asignación de recursos en función de las metas correspondientes a una estrategia sanitaria.

En la medida que el presupuesto se ha manejado como una gran bolsa en la que no se ha podido establecer el manejo de los riesgos y estructuras de asignación per cápita no se ha podido encontrar una relación entre la afiliación y el presupuesto, así como entre éste y las atenciones.

En lo que se refiere a la relación entre la ejecución presupuestal y objetivos de afiliación y atenciones, no se encuentra ninguna relación que permita establecer correspondencia entre los gastos ejecutados y el número de afiliaciones logradas o las atenciones financiadas. Por ejemplo, mientras que en el año 2004 las afiliaciones se incrementaron en un 21% en relación con el año anterior, las atenciones cayeron en un 30% y los recursos ejecutados se incrementaron en 50% respecto del año 2003. Igualmente, mientras que en el año 2007 el número de asegurados cae significativamente en 33% en relación con el año anterior, las atenciones suben en 24% y los recursos ejecutados se incrementan en solo 10% en relación con el 2006.

Cuadro 474753. SIS: Presupuesto ejecutado 2002-2009 según afiliaciones y atenciones

Años	Afiliaciones		Atenciones		Ejecutado	
	En miles	Incremento %	En miles	Incremento %	Miles de S/	Incremento %
2002	5,864		15,171		178,425	
2003	7,571	29%	18,604	23%	196,885	10%
2004	9,189	21%	13,069	-30%	296,099	50%
2005	11,027	20%	14,915	14%	269,329	-9%
2006	10,389	-6%	17,430	17%	290,666	8%
2007	6,983	-33%	21,537	24%	320,124	10%
2008	10,358	48%	27,615	28%	439,314	37%

Fuente: Estadísticas SIS, MEF- SIAF
Elaboración: Propia

Una situación similar se observa si se relaciona el presupuesto ejecutado con las afiliaciones. Como se observa en el cuadro 54 no se encuentra una relación consistente entre el gasto por afiliado y el presupuesto ejecutado. Una probable explicación estaría dada por la alta variabilidad en los episodios de enfermedad y las frecuencias en el uso de los servicios.

En el caso de las atenciones, tampoco se ha podido establecer cuales son los factores que explican la significativa variabilidad del gasto por cada atención y su relación con presupuesto. En este sentido convendría realizar un estudio específico para determinar las probabilidades de enfermar y de requerimiento de atención de los diferentes grupos de beneficiarios de asegurados a fin de establecer una mejor administración de los recursos del presupuesto en función de estos riesgos.

Cuadro 484854. SIS: Presupuesto ejecutado y gasto por afiliado y por atenciones 2002-2008

Años	Ejecutado/total afiliaciones	Variación %	Ejecutado/total atenciones	Variación %
2002	30.43		11.76	
2003	26.01	-14.5%	10.58	-10.0%
2004	32.22	23.9%	22.66	114.2%
2005	24.42	-24.2%	18.06	-20.3%
2006	27.98	14.6%	16.68	-7.6%
2007	45.84	63.8%	14.86	10.9%
2008	42.41	-7.5%	15.91	7.1%

Fuente: Estadísticas SIS, MEF- SIAF

Elaboración: Propia

Un aspecto que merece destacarse en el análisis de la ejecución de presupuesto, es que la mayor parte de los incrementos de recursos que se han sucedido, han estado dirigidos a financiar las atenciones médicas sin que se incurra en mayores gastos administrativos. Si se observa el cuadro 55 se encuentra que, en el PIA los recursos programados para la gestión administrativa concentran en promedio el 7.28% del total; mientras que en la ejecución los recursos destinados para la administración solo absorben el 5.9% del total. En todos los años del período el gasto administrativo ejecutado se ha ubicado por debajo del programado.

Desde una perspectiva general se podría decir que se ha logrado una cierta ruta de eficiencia en el uso de los recursos del SIS dado que el costo de administración es relativamente bajo; no obstante convendría realizar un análisis más exhaustivo para determinar si las acciones que se han financiado cubren todas las tareas de administración necesarias para la gestión optima del sistema o se esta dejando de hacer algunas tareas importantes que podrían generar posteriores ineficiencias. A este respecto se puede señalar que se ha encontrado que las tareas de supervisión directa de las atenciones no se realizan y la auditoria médica presenta algunas debilidades. Igualmente, el análisis de riesgo, los estudios acerca de su efectividad y análisis de costos entre otros son tareas que no se han realizado y que convendría financiar su ejecución a fin de contribuir con un manejo más eficiente del seguro.

Cuadro 494955. SIS: PIA y ejecutado 2002-2009 por finalidades de gasto

Miles de Nuevos Soles

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹
PIA	<u>131,432</u>	<u>164,281</u>	<u>164,281</u>	<u>264,722</u>	<u>270,903</u>	<u>267,590</u>	<u>471,124</u>	<u>429,760</u>
Administración			16,793	16,573	23,819	22,916	22,697	22,103
Atención Médica Básica	131,432	164,281	147,488	248,149	247,084	244,673	317,664	239,843
Prog. Art. Nutricional							47,839	84,255
Salud Materno Neonatal							82,925	83,559
Ejecutado	<u>178,425</u>	<u>196,885</u>	<u>296,099</u>	<u>269,329</u>	<u>290,666</u>	<u>320,124</u>	<u>439,314</u>	<u>344,710</u>
Administración	7,793	15,178	15,684	18,243	20,776	19,796	17,751	11,730
Atención Médica Básica	178,425	181,707	280,414	251,086	269,890	300,328	264,352	203,949
Prog. Art. Nutricional							66,748	58,385
Salud Materno Neonatal							90,462	70,645
PIA	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>
Administración			10%	6%	9%	9%	5%	5%
Atención Médica Básica	100%	100%	90%	94%	91%	91%	67%	56%
Prog. Art. Nutricional							10%	20%
Salud Materno Neonatal							18%	19%
Ejecutado	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>
Administración	4%	8%	5%	7%	7%	6%	4%	3%
Atención Médica Básica	100%	92%	95%	93%	93%	94%	60%	59%

Prog. Art. Nutricional	15%	17%
Salud Materno Neonatal	21%	20%

¹La ejecución del 2009 corresponde al monto girado al 10 de setiembre de 2009

Para el 2009 se consideró como Administración general el componente Gestión Administrativa

Fuente: MEF-SIAF

En el cuadro 56 se puede notar que el concepto pago de personal y obligaciones sociales concentra la mayor parte de los recursos destinados a la gestión administrativa, En los años 2002 y 2003 los gastos de bienes y servicios se han destinado al pago de las prestaciones de salud, mientras que en el período 2004-2008 la categoría de otros gastos corrientes se ha utilizado para realizar el pago de las prestaciones.

Cuadro 505056. SIS: Presupuesto ejecutado 2002-2009 por tipo de gasto Miles de Nuevos Soles

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹
Ejecutado	178,425	196,885	296,099	269,329	290,666	320,124	439,314	344,710
Personal y Oblig. Sociales		6,065	12,104	14,514	16,156	14,060	13,305	8,666
Bienes y Servicios	178,177	31,721	2,443	2,889	7,966	22,551	5,916	3,451
Otros Gastos Corrientes		157,183	280,852	251,349	266,503	283,457	419,748	
Otros Gastos de Capital	248	1,916	700	577	39	56	346	
Adquisiciones de activos no financieros								391
Otros gastos								6
Donaciones y transferencias								332,195

¹La ejecución del 2009 corresponde al monto girado al 10 de setiembre 2009

Fuente: MEF-SIAF

Elaboración Propia

En todo el periodo, los gastos destinados a los pagos por reembolsos han representado más del 90% de la ejecución presupuestal. Se debe precisar que a partir del año 2009, como resultado de la aplicación de los nuevos clasificadores de presupuesto, los gastos por reembolsos se ha registrado en la cuenta donaciones y transferencias.

En relación con la fuente de financiamiento, se observa que las operaciones del SIS se han sustentado principalmente en la provisión de recursos ordinarios. Como se puede observar en el cuadro 57, esta fuente ha representado en promedio el 94.7% de los recursos que ha manejado el SIS. Los recursos provenientes de donaciones y transferencias mostrando irregularidad han concentrado en promedio solo el 5.5% de los recursos financieros ejecutados por el SIS. Los recursos directamente recaudados son poco significativos.

Cuadro 515157. SIS: Presupuesto ejecutado 2002- 2009 por fuente de financiamiento Miles de Nuevos Soles

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹
Ejecutado	178,425	196,885	296,099	269,329	290,666	320,124	439,314	344,710
Recursos Ordinarios	178,425	170,881	294,112	264,412	264,398	289,335	426,474	327,881
Rec. Direc. Recaudados		2,295	637	588	1,709	3,032	5,810	3,611
Donaciones y Transferencias		23,709	1,350	4,329	24,559	27,757	7,030	13,218

¹La ejecución del 2009 corresponde al monto girado al 10 de setiembre 2009

Fuente: MEF-SIAF

Elaboración Propia

Sobre este tema, resulta útil comentar que a pesar de contar con mecanismos y dispositivos legales que habilitan al SIS para conseguir financiamiento de otras fuentes, dentro de ellas el

FISSAL, no se ha logrado obtener recursos de otras fuentes en proporciones significativas. En ese sentido, sustentar el funcionamiento del seguro solo en una fuente y no contar con los mecanismos que le permitan operar como un fondo de aseguramiento que trascienda al periodo de ejercicio fiscal, le confieren un cierto grado de vulnerabilidad y escasa protección ante eventuales crisis fiscales.

En lo que se refiere al pago de las atenciones brindadas por los establecimientos de salud, el SIS, a través de sus procedimientos operativos, realiza transferencias periódicas a los gobiernos regionales a través de la fuente Donaciones y Transferencias. Los gobiernos regionales, luego de incorporar los recursos en sus respectivos marcos presupuestales, aplican los recursos para el pago de insumos, medicamentos, recursos humanos y otros componentes necesarios para la prestación del servicio.

Como se observa en el cuadro 58, la ejecución de los recursos presupuestales ha mostrado una tendencia creciente y se ha realizado por montos que representan en promedio el 70% de los recursos que el SIS destina al programa de atención médica básica. Aún cuando esta proporción muestra cierta consistencia con la distribución poblacional, no presentaría un sesgo pro pobre, que exigiría una participación mayor de las transferencias hacia las zonas de mayor pobreza relativa. Reforzaría este sesgo, el hecho de que el 30% restante que se concentra en Lima y Callao se ha orientado en mayor medida a financiar las atenciones de mayor complejidad, que usualmente no son consumidas por la población más pobre.

Cuadro 525258. SIS: Presupuesto Gobierno Nacional y Regional 2005-2009
Miles de Nuevos Soles

	2005	2006	2007	2008	2009 ¹
Gobierno Nacional					
Apertura	264,722	270,903	267,590	471,124	429,760
Ejecutado	269,329	290,666	320,124	439,314	344,710
Gobierno Regional					
Apertura	0	0	0	0	0
Ejecutado	175,280	188,476	209,949	299,818	204,126

¹ La ejecución del 2009 corresponde al monto girado al 22 de setiembre 2009

Fuente: MEF-SIAF

Elaboración: Propia

Cuando se agrupa a los departamentos según quintiles de pobreza, con la finalidad de observar como se ha distribuido la ejecución del presupuesto global del SIS a nivel departamental, se encuentra que el gasto se ha concentrado en el quintil 5 (mayor riqueza) con una participación relativa del 31% sobre el total, mientras que el quintil 1 solo ha contado con una participación del 29%. Esta situación estaría mostrando un importante nivel de filtración en el uso de los recursos

Cuadro 535359. Presupuesto SIS ejecutado por departamentos y quintiles de pobreza
Miles de Nuevos Soles

Quin.	Departamento	2005		2006		2007		2008	
1	Huancavelica	6,285	2%	7,245	2%	6,625	2%	7,294	2%
1	Huánuco	12,349	7%	14,169	7%	17,053	7%	27,804	8%
1	Loreto	12,642	12%	14,499	12%	18,415	13%	27,700	14%

1	Cajamarca	16,868	18%	17,439	18%	19,907	19%	23,059	20%
1	Apurímac	7,498	21%	9,414	22%	10,223	23%	15,192	23%
1	Ayacucho	10,644	25%	11,792	26%	9,867	26%	13,321	26%
1	Amazonas	6,205	27%	7,626	28%	8,335	28%	10,721	28%
1	Pasco	3,456	28%	3,053	29%	3,083	29%	4,251	29%
2	Cusco	11,166	4%	12,745	4%	16,847	5%	23,054	5%
2	Puno	6,935	7%	7,290	7%	8,174	8%	10,877	8%
2	Ucayali	4,770	8%	4,477	8%	4,801	9%	7,673	9%
2	Piura	14,549	14%	15,059	14%	16,260	14%	21,065	14%
2	San Martín	7,460	17%	7,482	16%	8,242	17%	14,212	18%
3	Ancash	7,684	3%	7,735	3%	8,373	3%	10,764	2%
3	Junín	10,727	7%	10,550	6%	9,299	6%	12,474	5%
3	Madre de Dios	989	7%	1,045	7%	925	6%	1,232	6%
3	La Libertad	12,233	12%	11,983	11%	13,943	10%	22,780	11%
3	Lambayeque	10,107	15%	10,869	15%	11,341	14%	16,753	15%
3	Tumbes	1,971	16%	2,221	15%	2,232	14%	3,256	15%
3	Ica	4,276	18%	3,904	17%	16,894	20%	4,800	16%
4	Moquegua	1,174	0%	1,073	0%	1,103	0%	1,694	0%
4	Arequipa	9,664	4%	10,104	4%	11,631	4%	17,107	4%
4	Tacna	2,720	5%	3,014	5%	2,979	5%	4,019	5%
5	Callao	6,589	2%	6,070	2%	6,368	2%	9,409	2%
5	Lima	80,366	32%	89,809	33%	87,204	29%	128,805	31%
Resumen:									
	Quintil 1	75,947	28%	85,237	29%	93,508	29%	129,342	29%
	Quintil 2	44,880	17%	47,053	16%	54,324	17%	76,881	18%
	Quintil 3	47,987	18%	48,307	17%	63,007	20%	72,059	16%
	Quintil 4	13,558	5%	14,191	5%	15,713	5%	22,820	5
	Quintil 5	86,955	32%	95,879	33%	93,572	29%	138,214	31%
	Total	269,329	100	290,666	100	320,124	100	439,314	100

Fuente: SIAF.

Mapa De Pobreza De FONCODES 2007

Elaboración: Propia

Si bien, esto se podría explicar parcialmente por el incremento de las referencias y por la residencia de los principales hospitales nacionales e institutos especializados en la ciudad de Lima, debido a que son los que poseen la mayor capacidad resolutoria para las atenciones de salud, no es menos cierto que el mayor consumo por estos servicios está concentrado en aquellos estratos que presentan mayores niveles de riqueza, mientras que los más pobres presentan escaso acceso a estas atenciones.

En el cuadro 60 referido a la ejecución regional de los recursos provenientes de la cuenta Donaciones y Transferencias, se observa que en todas las regiones se producen incrementos en la ejecución de las transferencias realizadas por el SIS, a excepción de Madre de Dios que es el único departamento en el que la ejecución de estos recursos ha presentado una ligera tendencia decreciente. Considerando que se excluye la ejecución de gastos del SIS en Lima y Callao, se encuentra que alrededor del 43% de los recursos provenientes de esta fuente, sean ejecutados en los departamentos de mayor pobreza relativa.

Cuadro 545460. Ejecución Presupuestal Regional – Donaciones y Transferencias Miles de Nuevos Soles

Gob. Region.	2005		2006		2007		2008		2009 ¹	
Total	175,280	%	188,476	%	209,949	%	299,818	%	204,125	%
Huancavelica	6,139	3.5	7,102	3.8	5,345	2.5	6,517	2.2	4,823	2.4
Huánuco	10,425	9.5	13,266	10.8	17,809	11.0	24,213	10.2	15,044	9.7
Loreto	13,238	17.0	14,361	18.4	19,064	20.1	27,878	19.5	21,973	20.5
Cajamarca	18,492	27.6	16,561	27.2	20,498	29.9	22,468	27.0	17,783	29.2
Apurímac	6,802	31.4	8,347	31.6	9,125	34.2	14,612	31.9	10,627	34.4
Ayacucho	10,236	37.3	12,836	38.5	9,499	38.7	11,875	35.9	9,817	39.2
Amazonas	6,963	41.2	7,220	42.3	8,228	42.7	10,623	39.4	6,560	42.4

Pasco	2,354	42.6	2,893	43.8	2,738	44.0	4,434	40.9	2,194	43.5
Cusco	9,740	5.6	12,973	6.9	15,490	7.4	24,116	8.0	12,206	6.0
Puno	5,483	8.7	7,720	11.0	7,763	11.1	10,103	11.4	6,588	9.2
Ucayali	4,492	11.2	4,615	13.4	4,945	13.4	6,757	13.7	5,716	12.0
Piura	14,763	19.7	14,847	21.3	15,738	20.9	21,364	20.8	11,355	17.6
San Martín	7,469	23.9	7,383	25.2	7,862	24.7	14,625	25.7	9,116	22.0
Ancash	6,659	3.8	6,172	3.3	8,733	4.2	9,881	3.3	7,736	3.8
Junín	9,374	9.1	10,398	8.8	8,426	8.2	11,450	7.1	8,283	7.8
Madre de Dios	1,098	9.8	1,008	9.3	880	8.6	1,030	7.5	637	8.2
La Libertad	9,991	15.5	9,869	14.6	15,236	15.8	22,283	14.9	15,790	15.9
Lambayeque	9,788	21.1	10,937	20.4	11,290	21.2	17,040	20.6	9,254	20.4
Tumbes	2,120	22.3	2,217	21.5	2,139	22.2	3,147	21.6	1,746	21.3
Ica	4,648	24.9	3,569	23.4	3,773	24.0	4,751	23.2	2,515	22.5
Arequipa	10,597	6.0	10,133	5.4	11,485	5.5	16,862	5.6	9,283	4.5
Moquegua	1,355	6.8	1,160	6.0	1,075	6.0	1,643	6.2	696	4.9
Tacna	3,055	8.6	2,890	7.5	2,809	7.3	4,284	7.6	2,171	6.0
Callao	-	-	-	-	-	-	-	-	6,121	3.0
Lima	-	-	-	-	-	-	7,865	2.6	6,091	6.0

¹ La ejecución del 2009 corresponde al monto girado al 22 de setiembre 2009

Fuente: SIAF

Elaboración: propia

En el siguiente acápite se analizará las formas de asignación y los usos de los recursos transferidos a las regiones por el SIS.

2.2.3.3 Criterios de asignación y mecanismos de transferencia de recursos

Como se explicó en la primera parte del presente informe, el SIS utiliza la cuenta de gasto Donaciones y Transferencias para realizar las transferencias a los gobiernos regionales. Las unidades ejecutoras en las regiones incorporan los recursos a su marco presupuestal utilizando la cuenta de la misma denominación y luego proceden a distribuir los recursos en la diferentes específicas de gasto.

En este proceso de incorporación y asignación de gasto se suele reproducir el mismo conflicto que sucede en la programación presupuestaria a nivel nacional, de un lado, la necesidad de definir la asignación de los recursos en función criterios programáticos que contemplan prioridades y metas de atención de servicios y de otro, las necesidades de gastos para apoyar el funcionamiento de las instituciones. Obviamente, la urgencia de las necesidades que se orientan a asegurar la funcionalidad operativa terminan condicionando significativamente la definición de los criterios que suelen utilizar los operadores para la asignación de los recursos transferidos.

Sobre este aspecto, se debe remarcar que este proceso de separación de las funciones de prestación y financiamiento que está implícita en la creación del SIS, no logrado consolidarse, estructurando una función de financiamiento que sea consistente en toda la cadena de sus procedimientos operativos. Algunos de los principales procesos que debieran permitirle al sistema de aseguramiento operar directamente, generar los incentivos y enviar señales claras a los usuarios y prestadores de servicios, están intermediados por la estructura administrativa tradicional del estado. Al igual que la afiliación, que está intermediada por el prestador, el pago de las atenciones que debiera realizarse de manera directa al proveedor inmediato de los servicios, está siendo intermediada por una instancia administrativa que tiene la responsabilidad del manejo presupuestario para toda su red asistencial y que en

consecuencia suele tener criterios de asignación diferentes a aquellos que se propone el asegurador que busca promover el acceso a los servicios de sus afiliados y orientar el desarrollo de la oferta del prestador.

Estas restricciones operativas tienen importantes implicancias prácticas para el desarrollo del sistema de aseguramiento, entre otras por las siguientes razones:

- a) El seguro al no poder pagarle directamente al prestador, no puede establecer una relación de contraprestación entre la atención brindada a sus afiliados y el correspondiente pago por los costos de producción, lo cual puede afectar las condiciones de la prestación futura del servicio.
- b) Los incentivos que están implícitos en el mecanismo de priorización de servicios, en la determinación de tarifas, en los criterios de asignación y en la oportunidad de los pagos, que podrían regular el desarrollo de la oferta en una perspectiva de prioridades sanitarias, se diluye con la intermediación,
- c) En la medida que los criterios de asignación y gasto de las instancias intermedias (unidades ejecutoras) puede diferir de aquellos que consideran los prestadores, se genera un efecto perverso, en el que la disposición de un monto de recursos menor al valor de la producción generada y aprobada desestimula las posibilidades de ampliación o mejoramiento de la producción y genera reacciones adversas en relación con la atención a los usuarios del seguro.
- d) El uso de las transferencias del SIS como otra fuente de financiamiento institucional, desvirtúa el mecanismo de cobertura a la demanda y se comporta como otro recurso destinado al financiamiento de la oferta, a través de la estructura tradicional del manejo presupuestario.

Se debe mencionar, que esta intermediación de las unidades ejecutoras obedece a una estructuración administrativa del estado, que les asigna ese rol y al hecho de que las microrredes y establecimientos de salud del primer nivel de atención no tienen la facultad para la ejecución de recursos de presupuesto, a excepción de los CLASS que si cuenta con esa facultad. Por lo tanto, los prestadores no pueden ser receptores directos de las transferencias del seguro.

Una vez que el SIS transfiere los recursos por reembolsos, son las Unidades Ejecutoras (DIREAS y DISAs) aquellas que tienen la responsabilidad por la asignación y ejecución de los recursos presupuestales. Las UE no transfieren recursos financieros a los establecimientos de salud, sino bienes y servicios que solicitan con cargo a sus recursos.³³

Para la determinación del monto de transferencias para cada región, el SIS, sobre la base de las atenciones brindadas en un periodo mensual por los establecimientos de salud de la red asistencial de cada ámbito, realiza las labores de consistencia y auditoria médica y determina el valor neto de la producción a ser reembolsada. Luego en función de los recursos disponibles y el calendario de compromisos aprobado por el MEF, se realizan las transferencias a las unidades ejecutoras de las diferentes regiones.

Como se observa en el cuadro 61 las transferencias están desagregadas en tarifadas y no tarifadas. Las prestaciones no tarifadas son aquellas que corresponden a procedimientos médicos que por su naturaleza no se ha podido determinar un costo específico, algunas

³³La transferencia de recursos financieros sólo se efectúa a los CLAS porque están facultados de administrar recursos financieros y ejecutar adquisiciones.

referencias de pacientes a hospitales, atención de adultos y adultos mayores y gastos de sepelio.

En los últimos tres años, el pago por atenciones no tarifadas ha representado aproximadamente un 10% del total de los montos transferidos a las unidades ejecutoras. No obstante, en Lima esta proporción ha representado alrededor del 22% promedio de los reembolsos. Esto último estaría explicado por la ubicación de los hospitales nacionales e institutos especializados en la ciudad, que son los que concentran la mayor parte de las atenciones no tarifadas.

En el cuadro referido se incluyen las transferencias que son resultado de aportes realizados por fuentes de cooperación para atender a poblaciones que residen en los ámbitos de mayor pobreza. El convenio PASA se ha concentrado principalmente en el departamento de Ayacucho; el convenio AISPED-PASA ha dirigido sus recursos a financiar las atenciones en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Junín y el convenio Belga ha financiado las atenciones de salud en los ámbitos de Apurímac, Ayacucho y Cajamarca.

Finalmente, en el marco de un convenio interinstitucional con Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres –JUNTOS, se aprobaron transferencias para financiar las atenciones proporcionadas a las madres y niños beneficiarios del programa, que tienen el compromiso de asistir a los establecimientos de salud como mecanismo de corresponsabilidad para efectivizar el pago de las subvenciones monetarias.

Cuadro 61. Transferencias a regiones por pago de prestaciones según calendario de presupuesto 2006 – 2009

En miles de nuevos soles

	2006			2007			2008			2009		
	Tarifado	No tarif.	Total	Tarifado	No tarif.	Total	Tarifado	No tarif.	Total	Tarifado	No tarif.	Total
Lima	44,706	18,559	63,265	47,681	9,195	56,877	71,748	19,358	91,106	32,787	12,346	45,134
Lima Reg.							5,233	604	5,838	4,359	857	5,216
Callao	5,352	832	6,184	5,993	225	6,217	8,196	726	8,922	4,884	397	5,280
Amazonas	7,368	292	7,659	7,728	274	8,002	9,695	752	10,447	4,581	470	5,051
Ancash	6,926	554	7,480	7,017	556	7,573	9,162	1,423	10,586	5,558	1,348	6,906
Apurímac	3,970	329	4,299	4,917	548	5,465	12,630	1,613	14,244	6,617	1,202	7,819
Arequipa	9,795	537	10,332	10,778	766	11,543	15,289	1,313	16,602	6,991	923	7,914
Ayacucho	4,654	1,016	5,670	5,136	884	6,019	11,147	1,813	12,960	7,136	800	7,935
Cajamarca	9,959	480	10,439	10,668	534	11,202	20,424	1,072	21,496	10,072	705	10,777
Cusco	12,703	430	13,133	15,697	680	16,377	21,115	1,505	22,621	12,934	583	13,517
Huancavelica	4,492	313	4,806	3,710	319	4,029	6,540	390	6,930	4,585	179	4,763
Huanuco	11,824	254	12,078	12,398	291	12,689	24,853	584	25,436	12,681	349	13,030
Ica	3,759	179	3,938	3,702	166	3,868	4,366	357	4,723	1,968	207	2,175
Junín	8,936	621	9,558	8,120	390	8,510	11,210	1,052	12,263	6,044	1,540	7,584
La Libertad	11,273	548	11,821	12,065	645	12,711	21,006	1,139	22,145	12,650	646	13,295
Lambayeque	10,525	466	10,991	10,900	398	11,299	15,415	1,140	16,555	7,583	813	8,396
Loreto	14,113	770	14,882	17,115	1,042	18,157	25,617	1,982	27,600	15,481	994	16,475
Madre de Dios	1,020	53	1,073	874	47	921	1,077	128	1,205	455	80	535
Moquegua	981	102	1,083	965	128	1,093	1,419	219	1,638	554	100	653
Pasco	2,612	492	3,104	2,526	483	3,009	3,403	659	4,062	1,574	300	1,874
Piura	15,096	277	15,373	15,292	544	15,836	19,382	1,303	20,684	8,963	1,061	10,024
Puno	6,845	85	6,930	7,259	141	7,400	10,188	306	10,494	5,323	293	5,616
San Martín	7,305	271	7,577	7,942	267	8,209	13,438	627	14,065	6,506	410	6,916
Tacna	2,777	271	3,047	2,672	296	2,967	3,478	461	3,939	1,585	296	1,881
Tumbes	2,131	130	2,260	2,018	159	2,177	2,864	308	3,172	1,180	216	1,396
Ucayali	4,159	412	4,572	4,343	454	4,797	6,386	1,269	7,655	3,226	772	3,997
Subtotal	213,281	28,272	241,553	227,514	19,432	246,945	355,283	42,103	397,385	186,276	27,885	214,161
OPD				2,673	760		6,088	1,817		3,296	544	
Total calenda	213,281	28,272	241,553	230,187	20,192	250,378	361,371	43,920	405,290	189,572	28,428	218,000
RDR						1,379			3,834			1,897
Conv. Lima Este			7,497						1,948			
Conv. PASA			645									
Conv. AISPED PASA			2,546									
Conv. Belga			12,048			12,355						8,915
Conv. JUNTOS			4,115			13,083			7,030			-
Total General			268,405			277,195			418,102			228,812

Fuente: Transferencias del SIS,
La ejecución del 2009 es hasta el mes de junio
Elaboración propia

En lo que se refiere a la distribución regional de las transferencias realizadas por el SIS, se encuentra que Lima es la región que más transferencias recibe, concentrando aproximadamente el 24% en promedio para el período 2006 – 2009. Le siguen en importancia Loreto, concentrando el 7% de las transferencias totales para el período, Cusco con el 6%, Piura con el 5.7% y La Libertad con el 5.5% del total.

Si se agrupa a los departamentos según quintiles de pobreza, de acuerdo con el mapa de FONCODES 2007, se encuentra la mayor asignación de las transferencias esta concentrado en el quintil 1 y 5, que absorben alrededor del 55% del total de las transferencias, con ligeras variaciones, hacia arriba el quintil 1 y hacia abajo el quintil 5. (cuadro 62)

Si agrupa a los dos quintiles de mayor pobreza, se encuentra que el 48% de las transferencias a las regiones se han dirigido a estos ámbitos, lo cual podría estar revelando que la mayor parte de los recursos esta fluyendo hacia los estamentos de menor pobreza relativa.

Cuadro 62. Transferencias a regiones según quintiles 2006-2009

En miles de nuevos soles

Q	Regiones	2006	%	2007	%	2008	%	2009 ¹	%
1	Huancavelica	4,806	2.0	4,029	1.6	6,930	1.7	4,763	2.2
1	Huánuco	12,078	7.0	12,689	6.8	25,436	8.1	13,030	8.3
1	Loreto	14,882	13.2	18,157	14.1	27,600	15.1	16,475	16.0
1	Cajamarca	10,439	17.5	11,202	18.7	21,496	20.5	10,777	21.0
1	Apurímac	4,299	19.3	5,465	20.9	14,244	24.1	7,819	24.7
1	Ayacucho	5,670	21.6	6,019	23.3	12,960	27.3	7,935	28.4
1	Amazonas	7,659	24.8	8,002	26.5	10,447	30.0	5,051	30.7
1	Pasco	3,104	26.1	3,009	27.8	4,062	31.0	1,874	31.6
2	Cusco	13,133	5.4	16,377	6.6	22,621	5.7	13,517	6.3
2	Puno	6,930	8.3	7,400	9.6	10,494	8.3	5,616	8.9
2	Ucayali	4,572	10.2	4,797	11.6	7,655	10.3	3,997	10.8
2	Piura	15,373	16.6	15,836	18.0	20,684	15.5	10,024	15.5
2	San Martín	7,577	19.7	8,209	21.3	14,065	19.0	6,916	18.7
3	Ancash	7,480	3.1	7,573	3.1	10,586	2.7	6,906	3.2
3	Junín	9,558	7.1	8,510	6.5	12,263	5.7	7,584	6.8
3	Madre de Dios	1,073	7.5	921	6.9	1,205	6.1	535	7.0
3	La Libertad	11,821	12.4	12,711	12.0	22,145	11.6	13,295	13.2
3	Lambayeque	10,991	16.9	11,299	16.6	16,555	15.8	8,396	17.1
3	Tumbes	2,260	17.9	2,177	17.5	3,172	16.6	1,396	17.8
3	Ica	3,938	19.5	3,868	19.1	4,723	17.8	2,175	18.8
4	Arequipa	10,332	4.3	11,543	4.7	16,602	4.2	7,914	3.7
4	Moquegua	1,083	4.7	1,093	5.1	1,638	4.6	653	4.0
4	Tacna	3,047	6.0	2,967	6.3	3,939	5.6	1,881	4.9
5	Callao	6,184	2.6	6,217	2.5	8,922	2.2	5,280	2.5
5	Lima	63,265	28.8	56,877	25.5	96,943	26.6	50,350	26.0
		241,553	100.0	246,945	100.0	397,385	100.0	214,161	100.0

Fuente: Transferencias del SIS,

¹La ejecución del 2009 es hasta el mes de junio

Elaboración propia

Una vez que los recursos son transferidos a las UE, éstas efectúan los pagos a proveedores y realizan las adquisiciones necesarias para asegurar la producción de los servicios por cuenta de los establecimientos de salud.

Como ha sido establecido en las normas que regulan el SIS, el uso de las transferencias esta dirigido a financiar los gastos variables o complementarios de las atenciones, tales como medicamentos, insumos y procedimientos médicos. En las visitas realizadas se ha podido constatar el cumplimiento parcial de esta directiva. Con cada reembolso se paga la parte proporcional del consumo de medicamentos que se ha realizado en el período en los establecimientos de salud, transfiriendo los recursos a la Dirección de Medicamentos y Drogas de la región. Esta dependencia tiene como política la reposición programada de medicamentos, pero se encarga de llevar el control de la producción y consumo en los servicios para solicitar los pagos cuando lleguen las transferencias del SIS.

Otros gastos que se realizan con los reembolsos son las adquisiciones de insumos y equipos médicos. Estos los realizan las unidades ejecutoras por cuenta de los establecimientos de salud. Sin embargo, también lo pueden hacer directamente los CLASS que tienen autonomía para manejar recursos.

Existen casos como el de la DISA II Lima Sur, que no es UE para el SIS, las transferencias van directamente a las 3 Direcciones de Red de Salud (DRS)³⁴ y el Hospital María Auxiliadora. Sin embargo, la DISA es la que se encarga de hacer la adquisición de los insumos y equipos que requieren las redes y los establecimientos. Los ES elevan sus requerimientos a las redes y la DISA se encarga priorizar que materiales y equipos se adquieren, de realizar las convocatorias para las compras y de la distribución entre las DRS.

En el caso de la DISA Andahuaylas, como Unidad Ejecutora realiza los pagos directos a DIGEMID, realiza adquisiciones diversas y administra los diferentes contratos que se financian con esta fuente. Luego de efectuado estos pagos y deducidos de las transferencias el saldo restante se ejecuta de dos formas: a) se realiza adquisiciones de bienes, equipos o insumos por cuenta de las microrredes o b) como en el caso de San Jerónimo, que es un CLASS con atribuciones para ejecutar gasto, se les transfiere sus recursos para su ejecución directa. El único caso en el que los ES pueden recibir recursos financieros es para cubrir algunos pequeños gastos de caja chica,

Cuando se trata de un CLASS como en el caso de la Microrred del distrito de San Jerónimo de Andahuaylas, si se decide comprar algún bien, algún tipo de equipo o requerimiento para el mejoramiento de la atención, los responsables de los establecimientos de salud se reúnen con los responsables de la cabecera de microrred, analizan y definen las necesidades y en función de los gastos que sea necesario realizar, se hace un prorateo de acuerdo con los ingresos disponibles de cada establecimiento. Las decisiones son tomadas de manera conjunta sobre la base del conocimiento que tienen los ES montos que le son reembolsados mensualmente.

Un tema crítico que se ha venido generando en las regiones, esta relacionado con el uso de los recursos de las transferencias del SIS para la contratación de personal. Aún cuando las normas establecen el uso de los recursos para el pago de los costos variables, se ha venido utilizando los reembolsos como otra fuente de financiamiento del presupuesto institucional y se ha incrementado la contratación de personal asistencial y administrativo.

Estas decisiones han generado un peso inercial en la distribución y el uso de estos recursos, lo cual limita considerablemente la posibilidad de financiar aquellos componentes que están asociados directamente a la producción de los servicios de los establecimientos responsables y le quita flexibilidad a la gestión financiera condición necesaria para adecuar la oferta a las prioridades sanitarias y mejorar la calidad de la atención.

En las visitas realizadas a las DISAs Chanka de Andahuaylas y Lima Sur se ha logrado obtener información acerca de los principales usos de las transferencias realizadas por el SIS que puede ilustrar la orientación del gasto.

Caso 1: DISA Chanka-Andahuaylas Apurímac II

La DISA Chanka-Andahuaylas Apurímac II forma parte de la Dirección Regional de Salud Apurímac y abarca las provincias de Andahuaylas y Chincheros del departamento de Apurímac. Cuenta con 99 ES, distribuidos en 2 Hospitales, 15 Centros de Salud y 82 Puestos de Salud.

³⁴ Las Direcciones de Red de Salud son: Barranco-Chorillos-Surco, Villa María del Triunfo-San Juan de Miraflores, y Villa El Salvador-Lurín-Pachacamac-Pucusana.

En función de la producción de servicios aprobados por el SIS, durante los años 2006 y 2007 se transfirieron a la DISA Chanka recursos por un monto aproximado de S/. 3 millones por año. En correspondencia con los incrementos en el incremento de la producción de servicios como resultado de las mayores afiliaciones, en el año 2008 se produjo un incremento de 47% en relación con las transferencias del año anterior.

Como se observa en el cuadro 63, las prestaciones no tarifadas han concentrado el 2% del total de los recursos transferidos a la DISA al inicio del período y se ha elevado al 5% en el 2008.

Cuadro 555563. Transferencias SIS a la DISA Chanka-Andahuaylas Apurímac II 2006-2009

En nuevos Soles

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		2006		2007		2008		2009	
1	C.S. HUANCABAMBA	46,096	2%	48,305	2%	77,822	2%	29,023	2%
2	C.S. ANDAHUAYLAS	156,554	6%	158,194	6%	191,953	6%	83,342	5%
3	P.S. CCEÑUARAN	16,887	1%	12,552	0%	19,566	1%	5,866	0%
4	P.S. CCHOCCEPUQUIO	28,602	1%	32,255	1%	52,845	2%	22,274	1%
5	P.S. HUINCHOS	11,078	0%	10,674	0%	21,956	1%	8,891	1%
6	P.S. SACCLAYA	17,737	1%	11,864	0%	18,684	1%	6,918	0%
7	P.S. SOCCÑACANCHA	11,996	0%	10,505	0%	16,293	0%	4,437	0%
8	C.S. ANDARAPA	51,196	2%	61,764	2%	80,278	2%	37,198	2%
9	P.S. HUAMPICA	15,052	1%	17,771	1%	23,216	1%	9,526	1%
10	P.S. HUANCAS	16,549	1%	15,755	1%	16,271	0%	10,112	1%
11	P.S. ILLAHUASI	20,143	1%	22,305	1%	29,002	1%	10,420	1%
12	P.S. PUIHUALLA	27,158	1%	29,405	1%	32,846	1%	14,996	1%
13	P.S. CHIARA	21,930	1%	29,303	1%	20,554	1%	6,795	0%
14	P.S. NUEVA HUILLCAYHUA	7,950	0%	6,861	0%	6,136	0%	2,052	0%
15	C.S. HUANCARAY	76,900	3%	108,241	4%	121,642	4%	59,095	4%
16	P.S. MOLLEPATA	9,856	0%	10,717	0%	11,429	0%	5,759	0%
17	P.S. HUAYANA	10,111	0%	10,510	0%	17,644	1%	10,765	1%
18	C.S. DE KISHUARA	31,397	1%	36,981	1%	43,633	1%	22,270	1%
19	P.S. CAVIRA	15,658	1%	12,573	0%	12,162	0%	5,206	0%
20	P.S. MATAPUQUIO	35,065	1%	31,761	1%	39,659	1%	15,510	1%
21	P.S. QUILLABAMBA	18,922	1%	15,019	1%	39,957	1%	9,560	1%
22	P.S. COLPA	8,210	0%	9,177	0%	12,426	0%	3,945	0%
23	P.S. TINTAY	1,514	0%	6,823	0%	14,759	0%	6,204	0%
24	C.S. PACUCHA	71,217	3%	67,008	2%	63,066	2%	42,240	3%
25	P.S. ARGAMA	30,635	1%	35,858	1%	39,796	1%	16,581	1%
26	P.S. COTAHUACHO	22,392	1%	30,067	1%	24,356	1%	11,473	1%
27	P.S. KAKIABAMBA	28,346	1%	34,153	1%	32,522	1%	15,227	1%
28	P.S. PUCULLOCCOCHA	5,198	0%	6,613	0%	11,386	0%	4,027	0%
29	P.S. CHURRUBAMBA	9,364	0%	13,745	1%	13,890	0%	5,725	0%
30	C.S. DE PAMPACHIRI	62,329	2%	60,326	2%	68,610	2%	32,713	2%
31	P.S. CHILLIHUA	6,397	0%	5,959	0%	7,436	0%	3,076	0%
32	P.S. LLAMCAMA	6,014	0%	9,107	0%	13,170	0%	5,737	0%
33	P.S. POMACOCHA	11,254	0%	22,078	1%	27,360	1%	7,671	0%
34	P.S. SAN ANTONIO DE CACHI	23,072	1%	33,756	1%	22,894	1%	13,133	1%
35	P.S. CACHIYAURECC	4,841	0%	6,079	0%	6,311	0%	734	0%
36	P.S. CHULLISANA	21,239	1%	24,948	1%	18,404	1%	6,596	0%
37	C.S. SAN JERONIMO	152,793	6%	160,029	6%	169,633	5%	90,429	6%
38	P.S. ANCATIRA	31,511	1%	35,796	1%	32,668	1%	17,382	1%
39	P.S. CHAMPACCOCHA	26,360	1%	26,662	1%	32,208	1%	18,057	1%
40	P.S. CHOCECANCHA	7,857	0%	8,284	0%	12,120	0%	6,510	0%
41	P.S. LLUIPAPUQUIO	30,078	1%	33,301	1%	51,979	2%	24,960	2%
42	P.S. POLTOCSA	15,404	1%	15,644	1%	20,988	1%	9,366	1%
43	P.S. CHACCRAMPA	38,214	2%	36,966	1%	21,466	1%	11,239	1%
44	C.S. SANTA MARIA DE CHICMO	41,110	2%	47,287	2%	51,495	2%	29,919	2%
45	P.S. CASCABAMBA	46,995	2%	50,954	2%	46,558	1%	20,375	1%

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		2006		2007		2008		2009	
46	P.S. NUEVA ESPERANZA	43,896	2%	35,089	1%	46,721	1%	23,372	2%
47	P.S. TARAMBA	16,818	1%	15,769	1%	16,552	0%	5,110	0%
48	C.S. TALAVERA	134,202	5%	178,212	6%	237,793	7%	103,705	7%
49	P.S. CCACCACHA	11,096	0%	10,607	0%	17,325	1%	4,458	0%
50	P.S. LLANTUYHUANCA	13,083	1%	14,234	1%	25,877	1%	11,716	1%
51	P.S. LUIS PATA	23,203	1%	18,613	1%	26,261	1%	8,603	1%
52	P.S. PAMPAMARCA	25,839	1%	26,116	1%	32,740	1%	10,194	1%
53	P.S. UCHU HUANCARAY	8,385	0%	5,263	0%	11,582	0%	3,806	0%
54	P.S. SACHAPUNA	10,947	0%	13,913	1%	14,143	0%	2,822	0%
55	P.S. UMAMARCA	37,328	1%	32,248	1%	36,483	1%	16,100	1%
56	P.S. BELEN DE ANTA	17,505	1%	27,198	1%	27,416	1%	11,136	1%
57	P.S. PALLACCOCHA	8,135	0%	10,945	0%	11,399	0%	4,661	0%
58	P.S. TURPO	24,176	1%	26,336	1%	32,854	1%	13,677	1%
59	P.S. TAYPICHA	2,370	0%	11,343	0%	12,683	0%	3,761	0%
60	HOSP. ZONAL CHINCHEROS	79,199	3%	88,826	3%	112,896	3%	45,972	3%
61	P.S. CAYARA	7,290	0%	8,337	0%	29,298	1%	7,656	0%
62	C.S. URIPA	166,101	7%	143,620	5%	178,006	5%	102,728	7%
63	P.S. MUÑAPUCRO	20,990	1%	15,266	1%	27,605	1%	13,520	1%
64	P.S. TOTORABAMBA	19,898	1%	15,655	1%	20,984	1%	16,228	1%
65	P.S. COCHARCAS	20,716	1%	16,126	1%	25,931	1%	17,809	1%
66	C.S. HUACCANA	55,601	2%	72,188	3%	79,757	2%	35,643	2%
67	P.S. AHUAYRO	19,477	1%	17,364	1%	31,471	1%	9,587	1%
68	P.S. POMACHUCO	19,806	1%	21,335	1%	20,151	1%	5,713	0%
69	P.S. RIO BLANCO	10,176	0%	12,710	0%	17,728	1%	6,767	0%
70	P.S. SAURI	19,206	1%	27,550	1%	44,170	1%	11,681	1%
71	C.S. OCOBAMBA	77,396	3%	90,958	3%	102,385	3%	58,971	4%
72	P.S. CHALLHUANI	21,559	1%	20,445	1%	22,765	1%	15,848	1%
73	P.S. PISCOBAMBA	26,261	1%	29,107	1%	31,033	1%	11,252	1%
74	P.S. RANRACANCHA	61,059	2%	60,971	2%	55,727	2%	26,601	2%
75	P.S. UMACA	15,506	1%	21,998	1%	20,784	1%	8,314	1%
76	P.S. HUAMBURQUE	11,628	0%	15,584	1%	11,417	0%	6,874	0%
77	P.S. ONGOY	52,638	2%	51,389	2%	39,283	1%	7,770	0%
78	P.S. ROCCHAC	37,877	1%	38,440	1%	33,243	1%	17,949	1%
79	P.S. EL PORVENIR	17,751	1%	23,315	1%	19,452	1%	8,036	1%
80	P.S. SANTA ROSA	6,661	0%	15,952	1%	16,011	0%	7,908	1%
81	P.S. HUANCANE	13,264	1%	14,126	1%	22,571	1%	9,349	1%
82	P.S. URANMARCA	13,225	1%	12,826	0%	24,114	1%	8,773	1%
83	P.S. HUARIBAMBA	17,140	1%	11,629	0%	19,008	1%	10,985	1%
84	P.S. SANTIAGO DE YAURECC					2,341	0%	2,821	0%
85	P.S. LAGUNA					6,223	0%	10,971	1%
86	P.S. IGLESIA PATA					1,360	0%	3,585	0%
87	P.S. REBELDE HUAYRANA					3,610	0%	8,597	1%
88	P.S. MULACANCHA					5,135	0%	4,048	0%
89	P.S. VILLA SANTA ROSA					6,563	0%	11,577	1%
90	P.S. CALLEBAMBA					6,783	0%	7,360	0%
91	P.S. CASABAMBA					4,420	0%	5,051	0%
92	P.S. MARA MARA					9,059	0%	4,545	0%
93	P.S. CALLAPAYOCC					11,179	0%	8,057	1%
94	C.S. TURURO					2,908	0%	2,731	0%
95	P.S. TANCAYLLO					4,115	0%	3,707	0%
96	P.S. MOTOY					3,731	0%	4,709	0%
97	P.S. CHANTA UMACA							1,941	0%
TOTAL PRESTACIONES TARIFADAS		2,536,585		2,745,542		3,332,095		1,558,089	
TOTAL PRESTACIONES NO TARIFADAS		42,458	2%	66,382	2%	162,083	5%	68,765	4%
CONVENIOJUNTOS		6,288							
AISPED		533,489							
CONVENIO BELGA						643,650			
TOTAL TRANSFERENCIAS REGION CHANKA		3,118,820		2,811,924		4,137,828		1,626,854	
TOTAL TRANSFERENCIAS SAN JERONIMO		264,003		279,717		319,596		166,703	
% de Transferencias Tarifadas de la		8%		10%		8%		10%	

	2006	2007	2008	2009
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD				
Región				

Fuente: DISA Chanka-Andahuaylas Apurímac II

Elaboración: Propia

Reflejando un manejo relativamente ordenado de las transferencias del SIS, en la DISA se mantiene actualizado un registro de todos los gastos realizados con estos recursos denominado Anexo 1. En este anexo se resumen todos los rubros de los gastos realizados con los reembolsos.

La DISA Chanka-Andahuaylas como UE recibe directamente las transferencias, se encarga de hacer los pagos y las adquisiciones de los insumos y equipos que requieren las redes y los establecimientos de salud. Estos últimos hacen sus requerimientos a las redes y la DISA se encarga de realizar los procesos de adquisición y contratación.

Para realizar los pagos de los medicamentos, los establecimientos de salud registran en un formato el consumo mensual de medicamentos e insumos y se lo remiten a la DIGEMID y al SIS La DIGEMID que hace una reposición periódica de medicamentos adelanta la provisión, lleva el control del consumo y este le es reembolsado cuando llegan las transferencias. El pago a DIGEMID lo hace directamente la DISA.

Como se puede observar en el cuadro 64, el gasto por concepto de medicamentos representa en promedio el 29% de los gastos totales ejecutados con los recursos de las transferencias para el período 2006 – 2008. La tendencia declinante que se observa es preocupante en la medida que el gasto en medicamentos se reduce mientras que el valor reembolsado se incrementa como resultado de mayores atenciones.

Otra fuente de gastos que involucra proporciones significativas de las transferencias, es el pago de honorarios por la contratación de personal. Alrededor del 29% de los gastos provenientes de esta fuente se han utilizado para la contratación de personal asistencial como médicos, enfermeras, obstetras y personal administrativo como técnicos, choferes y digitadores. Algunos de ellos laboran en la DISA y otros en los establecimientos de salud. Adicionalmente la Unidad de Seguros de la DISA tiene un personal cuyos honorarios son pagados con una proporción de descuentos sobre las transferencias que se le hace a cada establecimiento.

Combustibles y otros servicios de terceros son los otros rubros importantes que concentran alrededor del 7% en promedio de los gastos totales respectivamente. El rubro bienes de consumo representa alrededor del 6% promedio del total de los gastos del período y el equipamiento de bienes duraderos concentra el 4.8% promedio de los gastos.

Cuadro 64. Principales rubros de gasto ejecutados con las transferencias del SIS a la DISA Chanka 2006 -2009

En nuevos soles

Rubros	2006		2007		2008		2009*	
	Soles	%	Soles	%	Soles	%	Soles	%
Combustibles	158,362	7.4	198,769	8.1	212,311	6.4	54,995	29.1

Servicios no personales	686,013	31.8	782,258	32.1	951,945	28.5	-	
Bienes de consumo	120,005	5.6	166,774	6.8	221,331	6.6	-	
Otro servicios de terceros	135,339	6.3	202,705	8.3	219,805	6.6	43,815	23.2
Medicamentos	739,111	34.3	709,638	29.1	825,533	24.7	36,000	19.1
Insumos e instrumental médico	25,773	1.2	23,661	1.0	12,963	0.4	-	
Material de escritorio	33,299	1.5	51,214	2.1	56,887	1.7	-	
Equipamiento de bs duraderos	52,118	2.4	142,471	5.8	209,887	6.3	480	0.3
Suministro de energía eléctrica	68,922	3.2	24,692	1.0	33,596	1.0	30,617	16.2
Gastos administrativos	1,800	0.1	-	-	263,179	7.9	-	
Otros	133,202	6.2	136,826	5.6	333,108	10.0	22,983	12.2
Total	2,153,945	100.0	2,439,009	100.0	3,340,541	100.0	188,889	100.0

*Ejecución a Junio del 2009

Fuente: DISA Chanka-Andahuaylas Apurímac II

Elaboración: Propia

Indudablemente, la información presentada solo permite una aproximación a la naturaleza del gasto, pero no permite determinar cuales y cuantos recursos son destinados efectivamente y son necesarios para la producción de servicios. Investigaciones más exhaustivas acerca de las estructuras de producción y costos por tipo de atención será necesario realizar para determinar con una mayor certeza la pertinencia de este tipo de gastos.

Caso 2: DISA II Lima Sur. UE: Red Barranco-Chorrillos-Surco

La DISA II Lima Sur está compuesta por 110 ES y un hospital que se distribuyen en 3 Redes de Servicio de Salud, 34 Centros de Salud y 74 Puestos de Salud en 13 distritos de la provincia de Lima.

A diferencia de las UE regionales que pertenecen a los pliegos de los Gobiernos Regionales, las RDS de Lima pertenecen al Gobierno Nacional y programan sus presupuestos y calendarizan sus compromisos a través del Pliego 011: Ministerio de Salud. La UE 046-1154: RDS Barranco-Chorrillos-Surco recibe recursos del SIS provenientes de la fuente de financiamiento 4: Donaciones y Transferencias, a través de la genérica de gasto Bienes y Servicios.

Durante el 2008, el SIS realizó transferencias a la DISA pro un monto de S/. 13.6 millones de los cuales el 53% fue reembolsado al Hospital María Auxiliadora, 21% a la Red de Villa El Salvador, 16% a la Red San Juan-Villa María y 10% a la Red Barranco-Chorrillos-Surco (~~Cuadro 56~~~~Cuadro 56~~~~Cuadro 65~~). Este monto incluye también las prestaciones no tarifadas así como el reconocimiento de algunos saldos de balance de meses anteriores, entre otros. Revelando cierta congruencia con el comportamiento general de otras UE, el monto de las transferencias no tarifadas representa el 7% del total.

Cuadro 565665. Transferencias a Unidades Ejecutoras de la DISA II Lima Sur, 2008 En nuevos Soles

Unidad Ejecutora	Prestaciones Tarifadas	Prestaciones No Tarifadas	Otros	Total	
Hospital María Auxiliadora	5,268,054	638,568	1,369,891	7,276,513	53%
Red Barranco-Chorrillos-Surco	1,244,720	38,900	29,457	1,313,077	10%
Red San Juan de Miraflores-Villa		68,100			16%

Maria del Triunfo	2,132,431		33,095	2,233,625	
Red Villa El Salvador-Lurin-Pachacamac-Pucusana	2,733,651	97,600	22,467	2,853,718	21%
Total	11,378,856	843,168	1,454,910	13,676,934	100%

Fuente: ODSIS DISA II Lima Sur
Elaboración: Propia

En las indagaciones realizadas en la DISA, se tomó conocimiento de que la información financiera recién se comenzó a sistematizar a partir del mes de Octubre del 2008, como resultado de una solicitud que hiciera la ODSIS a la DISA II Lima Sur, requiriéndole a las UE un informe financiero mensual, en el que se detalle las transferencias, saldos y usos de recursos del SIS por los establecimientos de salud. Antes de esa fecha, la información electrónica es inexistente en la Red, e incluso la información en físico se encuentra en los archivos centrales del MINSA.

En este sentido, se debe remarcar que la DISA, a diferencia de otras UE, no utiliza el Anexo 1 para el registro de la ejecución de los gastos realizados con los recursos provenientes de las transferencias. De allí, la reducida información histórica acerca de la ejecución de los gastos con los recursos de los reembolsos del SIS.

Una vez que la UE recibe la transferencia del SIS, la Red procede a distribuir los recursos que serán destinados a la DISA II Lima Sur para la compra de medicamentos y cubrir los componentes de reposición de los establecimientos de salud, entre otros. Cabe destacar que los fondos del SIS entran en un fondo rotatorio que maneja cada unidad ejecutora, conjuntamente con fuentes de recursos propios, donaciones, etc., para la adquisición de bienes y servicios.

Las compras de bienes y servicios para cubrir el componente de reposición son efectuadas por la DISA a través de procesos de adquisiciones. Para ello, las RDS elevan los requerimientos de bienes y servicios a la DISA y le transfieren los recursos. La DISA evalúa los requerimientos, procede a la compra y distribuyen los bienes a los ES. La DISA efectúa la compra de los medicamentos y le agrega un monto que oscila entre el 10% y 15% del valor que se utilizó para cubrir los costos operativos.

Como se puede apreciar en el cuadro 66, de las transferencias realizadas por el SIS, las UE emplearon S/3.7 millones para la compra de medicamentos, lo cual representa el 29% del total de los egresos ejecutados por la DISA. El segundo rubro en importancia está referido a los gastos por Bienes de Consumo que comprometen el 22% del gasto total.

Al igual que en otras UE, otra fuente de gastos que no corresponde a los costos variables que están estipulados en las normas de operatividad del SIS, está definido por el pago de honorarios de los trabajadores contratados por Servicios No Personales que concentra el 16% de los egresos totales. Otro rubro de importancia, son los gastos de Otros servicios de terceros que involucra el 15% de la ejecución total de gastos.

Cuadro 575766. Principales rubros de gasto ejecutados con las transferencias del SIS a las UE de la DISA II Lima Sur, 2008

Nuevos Soles

Unidades Ejecutoras				Total DISA II Lima Sur
Hospital Maria Auxiliadora	Barranco-Chorrillos-Surco ¹	Sn Juan Miraflores-VMT	Villa El Salvador-Lurin-Pachac-Pucus	

Medicamentos Transferencia Disa	1,793,335	341,133	781,683	741,397	3,657,549
Gastos Corrientes					
27 Servicios No Personales	505,601	251,870	817,587	356,414	1,931,472
30 Bienes de Consumo	2,100,947	226,903	128,765	221,101	2,677,716
39 Otros Servicios de Terceros	787,823	150,593	487,355	483,223	1,908,994
46 Insumos Médicos u Odontológicos y de Laboratorio	883,760	35,914	17,500	1,719	938,894
49 Materiales de Escritorio	4,323	45,503	26,662	9,676	86,164
47 Instrumental Médico Quirúrgico	9,159	25,257	2,641	30,653	67,710
(*) Otros Gastos Administrativos	15,504	175,250	36,850	67,276	294,880
20 Viáticos y Asignaciones		13,744	35,809	192,327	241,880
23 Combustibles y Lubricantes		9,384		3,313	12,697
45 Medicamentos		30	434		464
29 Materiales de Construcción				1,198	1,198
Sub-Total	6,100,454	1,275,581	2,335,286	2,108,297	11,819,618
Otros Gastos de Capital					
51 Equipamiento y Bienes Duraderos	44,954	1,739	98,371	451,496	596,559
Total Ejecución Disa II Lima Sur	6,145,408	1,277,320	2,433,657	2,559,793	12,416,178

* Otros Gastos administrativos pertenecen a otras específicas que no están consignadas en el listado de Gastos Corrientes de este formato.

¹El dato de ejecución para el 2008 difiere con el nivel de ejecución registrado en el SIAF, Compromiso: S/. 1,107,252 y Devengado: S/. 1,099,716, montos que no incluyen los saldos del ejercicio anterior y que la Red sí incluye en sus POAs para efectos de programación y ejecución.

Fuente: ODSIS DISA II Lima Sur

Elaboración: Propia

2.2.4 Eficiencia del SIS

Desde una perspectiva de bienestar social, el gasto público en salud genera valor en la medida que las intervenciones o la producción de servicios que financia, redunden en mejoras en la situación de salud de la población. La asignación o el incremento del gasto público se justifica si le corresponden resultados en la reducción de las tasas de mortalidad o morbilidad, en el mejoramiento de las condiciones de salud de las personas, en la ganancia de años de vida saludables y en la calidad de vida de la población.

Aún cuando el criterio general indica que, mejoras en las condiciones de salud requieren incrementos en el gasto público, no es menos cierto que el contexto habitual está marcado por la existencia de múltiples necesidades que compiten por los limitados recursos disponibles. Esta situación obliga, no solo a establecer prioridades para la asignación de los recursos de presupuesto, sino a definir rutas de mayor eficiencia en el gasto.

La eficiencia en su acepción productiva establece que para cada nivel de producción los bienes deben producirse al mínimo costo u obtener el máximo nivel de producción con los recursos disponibles. En salud esto supone que el prestador debe utilizar los recursos de presupuesto disponibles para financiar una determinada combinación de insumos (función de producción) que le permita producir la mayor cantidad de servicios de salud para ponerlos a disposición de los usuarios.

En este caso, para construir una ruta de eficiencia, les corresponde a los proveedores de salud, MINSA y gobiernos regionales, adoptar las decisiones de asignación de recursos y cambios en los procesos de producción, que les permita maximizar la producción de servicios o minimizar los costos.

Desde la perspectiva del SIS, cuya función de financiamiento le asigna un rol de compra de servicios de salud para sus afiliados, no es posible una intervención directa en la estructura de los sistemas de producción de servicios. No obstante, una ruta de eficiencia en su desempeño estará relacionada con la posibilidad de lograr el mayor acceso posible de sus afiliados a las atenciones de salud considerando los recursos disponibles.

En esta orientación, las herramientas con las que cuenta el SIS para este propósito, están relacionadas con el manejo de las tarifas que afectan los costos de producción de los servicios, el análisis y el manejo de los riesgos que permite regular el tipo, frecuencias y costo de las atenciones, mecanismos de contención de costos a través de reducir las intervenciones médicas innecesarias, promoviendo las intervenciones preventivas de menor costo, entre otras.

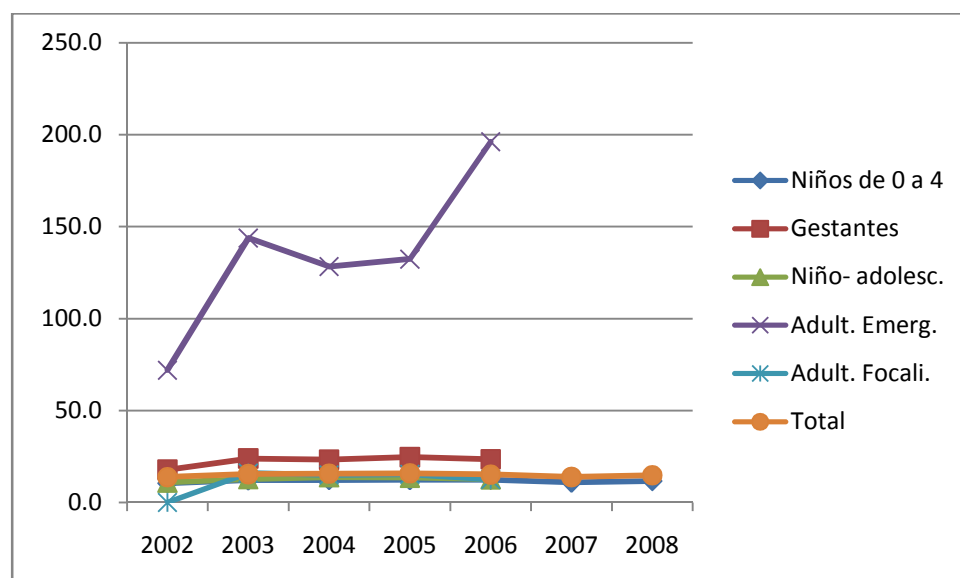
Sin embargo, algunas de estas funciones que son de uso frecuente en los seguros de salud, no han sido desarrolladas aún por el SIS como es el caso del análisis y manejo de los riesgos de salud de los grupos priorizados, situación que no le permite manejar paquetes o planes de beneficios, frecuencias de uso y costo de las atenciones. Igualmente, considerando que el MINSA es el órgano rector del sector, que regula el funcionamiento y aprueba las tarifas a ser aplicadas por el SIS, configura una situación en la que las posibilidades de generar eficiencias con esta herramienta son muy limitadas. Contrariamente, la condición de prestador de servicios le confiere un incentivo mayor para alinear las tarifas con la estructura actual de gasto, antes que su fijación en función de una estructura de costos eficiente.

Considerando que las tarifas están dadas y no son sujeto de negociación con los prestadores, básicamente las acciones para generar eficiencia en el SIS se han limitado al proceso de supervisión de las atenciones (auditoría médica) en el sistema informático a fin de descartar aquellas que presenten problemas de registro o no resuelvan el daño.

Bajo estas condiciones un indicador grueso para aproximarse a una ruta de eficiencia en la gestión del SIS, estaría definido por el costo unitario de las atenciones. En la medida que las atenciones preventivas y recuperativas como control de embarazo, CRED, vacunaciones, atención de parto, suministro de micronutrientes y la consulta médica para atención de EDA e IRA, corresponden al primer nivel de atención y son consumidas por los grupos prioritarios de madres y niños, presentan los menores costos y consumos importantes, su peso relativo debería reflejarse en un costo unitario de atención promedio, estable o descendente. Además por que un menor costo por atención, considerando un mínimo de calidad, permitiría una mayor disponibilidad de estas, para los afiliados, considerando los recursos disponibles. El otro indicador está compuesto por el costo por atendido.

Como se puede observar en el gráfico 27 se muestra una tendencia estable en el gasto por atención brindada para los diferentes planes de beneficios. El costo promedio de la atención para el período 2003-2008 es de S/. 15. El gasto por atención brindada a las gestantes y a los niños menores de 5 años se ha mantenido con una tendencia estable con costos promedio por atención de S/.22.7 y S/. 11.7 respectivamente.

Gráfico 28. Gasto por atención según valor de producción



Fuente: Estadísticas SIS

Elaboración propia

Las atenciones que han sufrido una elevación significativa en el costo unitario, son aquellas que están dirigidas a los grupos de adultos en emergencia. Así mientras el costo por atención fue de S/. 72 en el año 2002, en el año 2006 se elevó a S/. 196.1.

Cuando se relaciona los montos de las transferencias con las atenciones, se encuentra que se mantienen las principales tendencias en los costos unitarios. Sin embargo, se observa en el cuadro 67 un incremento del gasto de las atenciones dirigidas al grupo de adultos focalizados en la mitad del período.

Cuadro 67. Gasto por atención según transferencias SIS

	Costo unitario de atenciones						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Niños de 0 a 4	7.8	8.7	16.9	12.8	12.3		
Gestantes	14.8	16.3	30.3	26.5	23.2		
Niño-adolesc.	11.7	9.3	19.4	14.2	12.7		
Adult. Emerg.	73.2	133.4	168.7	128.7	186.8		
Adult. Focali.	7.1	13.0	50.0	37.9	20.7		
Total	11.0	11.1	21.5	16.8	15.3	13.2	15.2

Fuente: Transferencias del SIS,

Elaboración propia

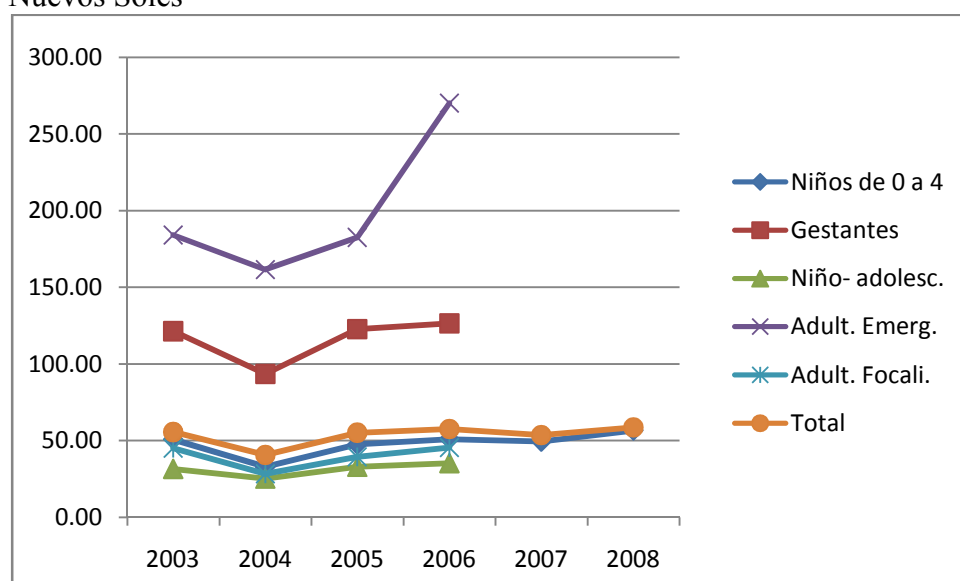
En el

Gráfico 22

~~Gráfico 22~~ **Gráfico 28** se muestra la evolución del gasto por atendido considerando el valor de producción. El costo por niño atendido ascendió en el período a S/. 48.1 y el gasto por gestante atendida alcanzó un costo promedio de S/. 116. Revelando una tendencia que se va desarrollando de manera opuesta a la priorización de madres y niños, se encuentra que, mientras el costo promedio por atendido estuvo situado en S/. 53.6 en el período, el costo por adulto en emergencia atendido representó cuatro veces el costo de cada niño atendido.

Gráfico 222229. Gasto por atendido según valor de producción

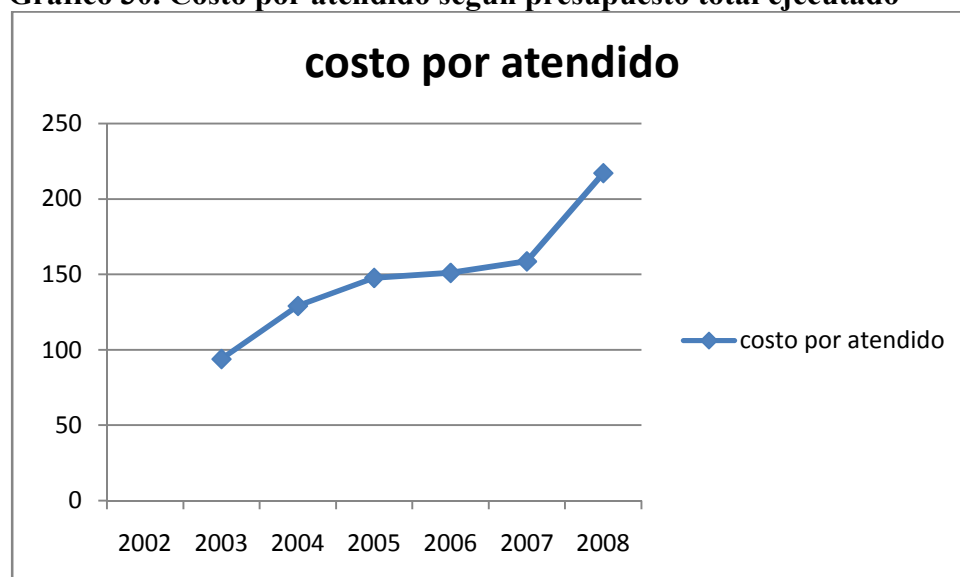
Nuevos Soles



Fuente: Estadísticas SIS

Elaboración propia

Cuando se considera el costo total por atendido en función de la ejecución presupuestal, que incluye todos los conceptos de gasto, se observa una tendencia creciente que se expresa en una duplicación de los costos unitarios, situación que estaría mostrando una cierta ineficiencia en el uso de los recursos, ya que implicaría realizar la distribución de los recursos entre un número menor de atendidos por el sistema.

Grafico 30. Costo por atendido según presupuesto total ejecutado

Fuente: Estadísticas SIS

Elaboración propia

Como se desprende de la información presentada, se observa una tendencia a incrementar el valor de producción, el número de atenciones y la población atendida para grupos no

priorizados, generándose una reducción en la participación relativa de los grupos priorizados. Como resultado de la pérdida de visibilidad de los principales problemas sanitarios vinculados a estos últimos y en el marco de un criterio de pobreza que prevalece en el sistema de aseguramiento universal de salud, se ha venido generando una tendencia que viene direccionando los recursos hacia los grupos de adultos y las intervenciones de mayor complejidad. La atención a estos grupos implica un mayor uso de atenciones y procedimientos médicos en eventos que presentan mayores complicaciones que repercuten en mayores gastos ocasionados al sistema público. Así, una mayor demanda de servicios de salud por parte de estos grupos origina que inevitablemente el servicio se encarezca y con ello, los recursos públicos destinados al seguro no resulten suficientes para atender la demanda generada por todos los grupos de asegurados.

2.2.4.2 Gastos de Administración

Como se ha explicado en el punto 2.2.2 referido a la ejecución presupuestaria, un hecho destacable es que la ejecución de mayores recursos destinados a financiar las atenciones médicas, se ha realizado sin mayores incrementos en los gastos administrativos.

A pesar de que los recursos ejecutados por el SIS se han incrementado en 48% entre el inicio y el final del período comprendido entre 2004 y 2008, los gastos administrativos se han mantenido alrededor de un promedio de 6%. Más aún si se observa el cuadro 66 se encuentra que luego de un pico a la mitad del período, los gastos administrativos se han venido reduciendo hasta ubicarse en un 4% en relación con el presupuesto ejecutado total.

Cuadro 585868. SIS: Gastos Administrativos 2004-2008

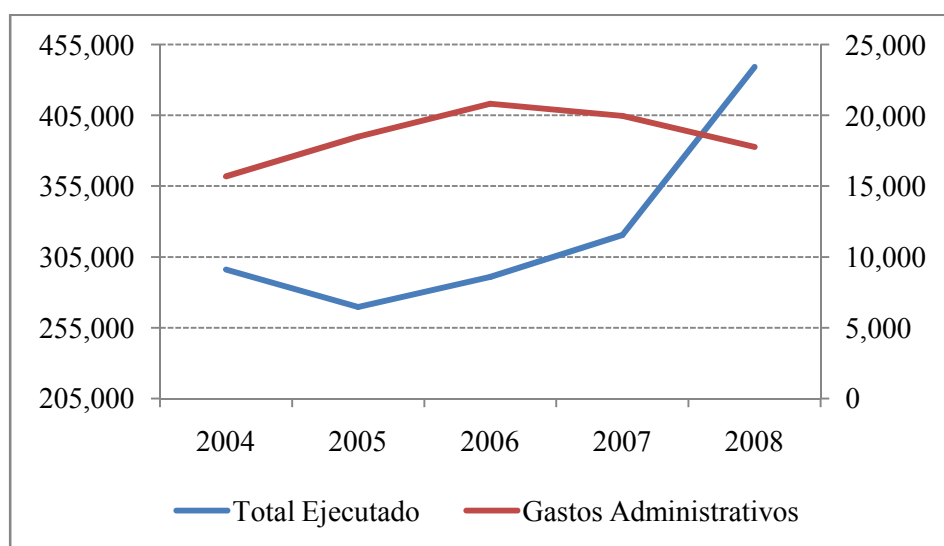
Miles de Nuevos Soles

	2004	2005	2006	2007	2008
Total Ejecutado	296,099	269,329	290,666	320,124	439,314
Gastos Administrativos	15,684	18,243	20,776	19,796	17,751
Administrativo/Total	5.3%	6.8%	7.1%	6.2%	4%
Variación gasto administ.		16.3%	13.9%	-4.7%	-10.3%

Fuente: SIAF

Elaboración: Propia

Observando las tendencias del presupuesto ejecutado y los gastos administrativos se podría afirmar que, el SIS ha logrado establecer una ruta de eficiencia en el manejo de los recursos. El incremento de los montos administrados no ha generado incrementos proporcionales en estos gastos, sino más bien una reducción de su peso relativo, como se puede observar en el gráfico 31.

Gráfico 232331. SIS: Evolución de los Gastos Administrativos 2004-2008

Fuente: SIAF
Elaboración: Propia

En los gastos administrativos, los gastos de personal y obligaciones sociales representan el 76% del total y el resto de recursos esta destinado a bienes y servicios y la adquisición de activos no financieros.

Reconociendo que en términos generales la ejecución del SIS muestra una ruta de eficiencia que se debiera mantener, resulta importante señalar que este menor gasto ha implicado también dejar de hacer actividades y tareas que son indispensables para el desarrollo y funcionamiento optimo del sistema.

Una de las tareas importantes que corresponden al seguro y que debiera hacerse directamente como fue señalado en el análisis de los procesos operativos, es la afiliación al sistema, dado que esto permitiría separar los roles de aseguramiento y atención y permitiría un adecuado manejo del financiamiento de las atenciones regulando los riesgos de salud implícitos en los diferentes grupos y los incentivos para la organización de la oferta.

En este sentido, una tarea básica en la administración de un seguro esta determinado por el desarrollo de un sistema de análisis y manejo de riesgos, proceso que esta ausente en la gestión del SIS y que contempla entre otras tareas la realización de una serie de estudios, recopilación, análisis y gestión de la información que permita al seguro definir, poblaciones, planes de beneficios, primas, costos, coberturas, tarifas, entre otras tareas indispensables para el desarrollo eficiente del sistema.

Otra tarea de singular importancia que esta asociada a los riesgos financieros, es el sistema de verificación de las atenciones a ser reembolsadas. El SIS solo realiza la verificación de las atenciones mediante el proceso evaluación automatizada y la auditoria médica sobre la información del sistema y se ha explicado que por razones presupuestales no se realiza la evaluación directa, denominada supervisión presencial. Esto tiene implicancias financieras importantes por cuanto el SIS ordena los pagos sobre la información que es declaración de parte de los prestadores y sin contemplar un mecanismo de verificación de la información ingresada al sistema. Un esquema de supervisión presencial sobre muestras representativas de

atenciones podría reducir los riesgos de pagar atenciones no realizadas o inadecuadamente brindadas.

Si bien estas actividades podrían generar un costo incremental en el gasto administrativo, su desarrollo e implementación resulta indispensable para el manejo del sistema y permitiría la generación de mayores eficiencias en el funcionamiento que redundarían en ahorros que compensarían estos mayores gastos.

Un tema que afecta la eficiencia del sistema y que no está adecuadamente registrado y dimensionado, está dado por los gastos en los contratos de personal administrativo y algunos gastos de operación que realizan las unidades ejecutoras con los recursos reembolsados por el SIS.

2.2.5 Funciones y actividades de seguimiento

Como se ha explicado en el punto 2.2.1.2, en el marco del cumplimiento de su función de comprador de servicios de salud, el SIS debe desarrollar, sistemas de manejo de volúmenes significativos de información que le permitan, entre otras tareas, determinar la condición del beneficiario y la naturaleza, oportunidad, frecuencia y resultado de las atenciones a ser reembolsadas. Esto le asigna a los sistemas de información un importante valor transaccional.

En este sentido, el sistema informático juega un papel muy importante como instrumento de apoyo a los principales procesos de funcionamiento del SIS, así como en las labores de seguimiento. Adicionalmente, brinda información detallada, útil para realizar el seguimiento, de diversos aspectos del desarrollo del sistema.

Como parte de las indagaciones realizadas se ha tomado conocimiento que se viene implementando un proceso de migración de una plataforma de escritorio (ARFSIS) hacia una plataforma web (SIASIS). Con el nuevo sistema, se busca que además de permitir el ingreso de los formatos de afiliación, atención y actualización de datos, y el apoyo a algunos procesos operativos, se pueda ejecutar las mismas funciones y provea soporte en otros procesos del seguro como auditoría de información, transferencia de recursos, entre otros.

En la actualidad estos dos sistemas coexisten en la medida que las condiciones técnicas y de conectividad de los diferentes establecimientos y puntos de digitación de diferentes partes del interior del país, no permiten las operaciones en web. Se trata de una transición que va a tomar un tiempo para su implementación total.

En las visitas de campo realizadas, se ha observado que ambos sistemas vienen funcionando en paralelo en Lima, mientras que en otras regiones se sigue manejando exclusivamente el ARFSIS, como en el caso de la DISA Andahuaylas. Se ha reportado dificultades de funcionamiento en relación con el nuevo sistema informático SIASIS.

Un aspecto que se debe destacar y que ha sido informado al panel de evaluadores, está relacionado con el crecimiento de los volúmenes de información y la capacidad de procesamiento del hardware actual. Funcionarios del SIS han explicado que los servidores se encuentran en un punto cercano a la saturación, situación que está generando incrementos significativos en los tiempos necesarios para el procesamiento de la información que han comenzado a afectar algunos procesos operativos.

La información que ha sido proporcionada por funcionarios del SIS indica que el nuevo sistema SIASIS que debe reemplazar progresivamente al ARFSIS es una herramienta más completa para apoyar los procesos operativos, el monitoreo de procesos y la toma de decisiones. Sin embargo, en las entrevistas realizadas se ha tomado información que indica que éste aún no funciona eficientemente. Una prueba de ello es que desde el mes de enero del presente año no se ha podido realizar el proceso de auditoría médica automatizada que estaba prevista, por dificultades relacionadas con el funcionamiento del módulo respectivo. Esto ha llevado a que el SIS no pueda determinar oportunamente las atenciones observadas y rechazadas para la determinación del valor de producción a ser reembolsado.

Para enfrentar esta situación, el SIS se ha dispuesto que en el mes de julio las ODSIS vuelvan a realizar las auditorías médicas a través de los visores del ARFSIS, correspondiente a los meses de enero a marzo, con la finalidad de determinar la validez de las atenciones y el valor neto de producción y proceder a las deducciones en los períodos siguientes.

2.2.6 Justificación de la Continuidad

La documentación que ha sido revisada y la abundante información obtenida, han permitido lograr un importante conocimiento acerca de los objetivos y metas institucionales, de las principales características de funcionamiento operativo del SIS y de algunos resultados logrados durante el período de casi diez años de operaciones.

Para la realización del análisis se ha contado adicionalmente con información que describe el funcionamiento operativo del sistema en ámbitos determinados, proveniente de entrevistas a funcionarios y operadores y se han discutido algunos temas con actores de otras dependencias que tienen relación con la operatividad del SIS.

A este respecto se debe señalar que si bien, los instrumentos utilizados y los esquemas de procesamiento de la información no reúnen todas las condiciones que los rigores técnicos y metodológicos exigen para este tipo de evaluaciones, han permitido obtener, ordenar, sistematizar y analizar información suficiente para formarse un juicio razonable acerca del funcionamiento y los resultados del SIS.

Bajos estos parámetros, se encuentra que los avances logrados en el desarrollo del sistema de aseguramiento, de la mano con un incremento en el acceso a servicios de salud para segmentos importantes de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, justifican la continuidad del SIS en un esquema de mejoramiento de su diseño, de sus mecanismos de operación y en función de lograr mayores efectos en el mejoramiento del estado de salud de la población.

En función de esta orientación, se presentan a continuación las conclusiones del presente estudio y un conjunto de recomendaciones que se proponen contribuir con este proceso.

3. Conclusiones

La creación del sistema de aseguramiento en salud, primero como SEG y SMI y luego como SIS, constituye una de las reformas más importantes que se han desarrollado en el sector salud en los últimos años. Su contribución más importante está relacionada con el inicio de un proceso de separación de las funciones del estado en materia de financiamiento y prestación de servicios.

Los clásicos énfasis en la función de provisión de servicios que, subordinaron el desarrollo de otras funciones como las de financiamiento, regulación y gestión generaron una concentración de recursos en los niveles hospitalarios con una menor asignación a las redes de atención primaria, configurando una estructura regresiva en la distribución de los recursos públicos, en relación con las demandas de servicios de salud de la población más pobre, que gravitaron en la poca eficacia del sistema para resolver los problemas de salud y en el mantenimiento de ineficiencias en el manejo de los recursos.

En la perspectiva de mejorar el acceso a servicios de salud de los grupos vulnerables, la creación del sistema de aseguramiento, ha permitido una cierta institucionalización de los procesos de asignación de recursos de presupuesto para el financiamiento, de administración de los principales procesos operativos del seguro y la adopción de mecanismos de transferencia para el pago de los servicios de salud prestados a los asegurados, que han permitido recuperar un potencial importante para la generación de incentivos que orienten la oferta de servicios de salud en función de objetivos sanitarios y un mejoramiento en el acceso a servicios de salud de la población más pobre.

Sin embargo, aun cuando estos avances constituyen una base importante para el desarrollo ulterior del sistema, se debe señalar que en relación con las principales funciones del seguro, referidas a la estructuración de esquemas de financiamiento, la administración en función de riesgos y los mecanismos de compra y pago de servicios como generadores de incentivos para orientar el desarrollo de la oferta, se presenta aún, un desarrollo incipiente.

En este sentido, se encuentra que la provisión de recursos de financiamiento, que en su mayor parte proceden del presupuesto público, se manejan con criterios histórico incrementales y dentro de los marcos de ejecución anual, antes que como un fondo de aseguramiento administrado en función de criterios de riesgos, planes y costos.

Los esquemas de administración del seguro, que están regulados por el órgano rector del sector salud, obedecen a criterios del prestador, que suelen estar sesgados en la orientación hacia el logro de coberturas, antes que en un esquema de administración según diferentes riesgos. Esto explica en parte, la inexistencia de estructuras administrativas diseñadas para el desarrollo de análisis de riesgos, como la base para la identificación y definición de la población beneficiaria, las prioridades de salud, los planes de beneficios, esquemas de financiamiento, costos, tarifas e incentivos, entre otros.

Si bien se ha desarrollado un esquema de pagos directos a través de las transferencias presupuestarias dirigidas a los prestadores de los servicios de salud, el proceso de separación entre el rol financiero y el del prestador no ha terminado de definirse, por cuanto son las instancias intermedias (unidades ejecutoras) las que en la lógica clásica del manejo presupuestario y en función de las necesidades institucionales, reasignan estos reembolsos bajo criterios e incentivos que suelen ser diferentes a los que promueve el SIS.

Un tema de diseño que tiene importantes implicancias en el desarrollo del sistema, esta referido a los criterios utilizados para la definición de los grupos que serán beneficiarios, pues de ellos se desprende las orientaciones para la atención y la asignación de recursos. Estos criterios han presentado variaciones en el tiempo y han correspondido a su vez a perspectivas diferentes en relación con las estrategias de desarrollo del seguro.

En el caso del SEG, aunque fue el primero en crearse, no se ha logrado establecer cuales fueron los problemas específicos de salud que le dieron origen, ni los objetivos sanitarios que estuvieron a la base de su creación. El criterio de selección utilizado, de matrícula en institución educativa pública, no presenta relación con las prioridades sanitarias ni guarda estricta consistencia con los criterios de pobreza.

En el caso del SMI, su creación se explica como respuesta a las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil que permanecen como principales problemas de salud y obedece a una estrategia de financiamiento a la demanda para asegurar el acceso a los de madres y niños, en situación de pobreza y pobreza extrema a los servicios de salud.

La fusión del SEG y el SMI que dieron origen al SIS generó, no solo una diversificación de la población afiliada, sino un cambio de estrategia en el proceso de aseguramiento, pasando de un esquema focalizado de afiliación de madres y niños a otro de aseguramiento universal. Aún cuando, siempre los enunciados consideraron al grupo de madres y niño menores de 5 años como prioridad, en la práctica perdieron visibilidad y con ello se diluyó el objetivo sanitario, siendo sustituido por un criterio pobreza. Se debe mencionar que este transito se hizo sin mayores análisis de riesgo y sin escenarios de sostenibilidad financiera.

Resulta conveniente precisar que, resaltar esta diferencia no supone establecer una oposición entre las estrategias de focalización y atención universal en general, ya que bajo ciertas consideraciones una puede ser parte de la otra, sino de señalar que en condiciones de escasez de recursos y contextos fiscales restrictivos, resulta indispensable priorizar y concentrar los esfuerzos en función de los grupos de mayor riesgo sanitario, con la finalidad de lograr el mayor impacto o contribución al mejoramiento del estado de salud general de la población.

De manera particular, se debe mencionar que este tipo de definiciones tiene efectos importantes en la gestión pública, por cuanto este tipo de especificaciones determina la formulación de normas, la asignación de recursos, el desarrollo de acciones y la toma de decisiones en uno u otro sentido.

En esta perspectiva, aunque no son de responsabilidad del SIS, se puede señalar que de la mano con el predominio del criterio de pobreza y ante la pérdida de importancia o visibilidad de las prioridades materno infantiles, se vieron facilitadas las decisiones que permitieron una frecuente incorporación de diferentes grupos de población mediante la aprobación de Leyes, Decretos Supremos y otras normas que invocando condiciones de pobreza, introdujeron otros criterios de selección de beneficiarios al sistema. Destacan dentro de estos, criterios tales como: pertenencia a organizaciones de base, lugar de residencia, violencia y tipo de ocupación entre otros.

Estos cambios en las estrategias de incorporación se han expresado en la evolución de los objetivos y logro de metas. Así, mientras que en el inicio del SMI, se estimaba afiliar progresivamente a 1.9 millones de personas conformadas por madres y niños menores de 5 años en situación de pobreza y pobreza extrema en un periodo progresivo en tres años, el

SEG no preciso meta alguna, aunque dada la especificación de matrícula escolar pública se puede establecer como meta implícita atender a alrededor de 6 millones de escolares.

Posteriormente, con la creación del SIS en el año 2002 y en correspondencia con cambios en las propuestas de aseguramiento del MINSA, los objetivos se centraron en lograr una meta de afiliación de 13.3 millones de personas en situación de pobreza y pobreza extrema a ser logradas al final del año 2006. Se debe remarcar que este cambio de orientación estuvo relacionado con el cambio de gobierno, antes que como resultado de cambios en el perfil epidemiológico de la población.

Para el período que va del 2007 hacia delante, se encuentra significativa variabilidad en las metas de afiliación propuestas tanto por el MINSA como por el SIS, Aunque inicialmente se mantuvo la meta de 13.5 millones de afiliados, posteriormente ha sido reajustada hasta definir una meta de 10.5 millones de asegurados en concordancia con el Plan Nacional Concertado de Salud.

Se debe indicar, que como parte de los ejercicios iniciales de programación de presupuesto por resultados, desarrollados a partir del año 2008, se ha venido recuperando como prioridad la estrategia sanitaria de atención de los problemas materno infantiles, que se ha expresado en la elaboración de los programas estratégicos Materno Neonatal y Articulado Nutricional, dentro de los cuales se ha vuelto a visibilizar metas de atención para madres y niños, que incluyen recursos para los reembolsos del SIS para este tipo de atenciones.

Para analizar el nivel de cumplimiento de las metas, el camino seguido ha considerado el necesario análisis de los principales procesos operativos que se han estructurado en el SIS para alcanzar los objetivos de aseguramiento y acceso a servicios propuestos.

En lo que se refiere a las acciones destinadas a promover la afiliación de los grupos objetivo, se encuentra que se ha desarrollado diversas iniciativas a nivel local por parte de establecimientos de salud a través de campañas de información y afiliación pero sin una estructura y un objetivo claros. A nivel del SIS se ha reconocido que no se han desarrollado campañas estructuradas de comunicación a nivel nacional que contribuyan de manera consistente a promover la incorporación al seguro a las poblaciones mas pobres y dispersas; no obstante se ha identificado la necesidad y se esta trabajando en el desarrollo de pilotos en zonas de Lima y el norte del país.

En cuanto a la afiliación, a pesar de que el esquema de separación de funciones implica que la institución que realiza el financiamiento tenga la atribución de decidir sobre la selección y formas de incorporación de los afiliados, esta es una tarea que la hace el prestador en los establecimientos de salud. Esto ocasiona cuando menos, dos problemas: a) que solo se afilien aquellos que usualmente podían acceder a un establecimiento de salud, cuando buscan atención médica, ya que los más pobres que no tienen acceso, no podrían hacerlo y b) considerando que el que realiza la afiliación es el propio personal de salud, esto puede generar situaciones en la que los incentivos para la afiliación del prestador, cuando menos no coincida con lo que el seguro quiere promover.

Como se explicó, las metas de afiliación usualmente se han definido de manera agregada. No se encuentran metas específicas para madres y niños menores de cinco años a pesar de ser prioridad sanitaria. Cuando se definen metas al 100% para el periodo 2002-2006 estas no se pueden evaluar por que no esta definida la situación de partida ni esta definido el universo de personas a afiliar.

En relación con estas metas, un análisis global de las cifras nos indicaría un incumplimiento de las metas de afiliación del SIS, para el período que va de 2002 al 2006. Los afiliados en este último año ascienden a 10.4 millones, que representa una afiliación 22% menor a la meta prevista de 13.3 millones. En el año 2008, se presenta un número de afiliados de 10.3 millones cercano a la meta prevista. Se puede observar que la pérdida de visibilidad de los temas materno infantiles se expresa en la ausencia de metas específicas para estos dos grupos prioritarios.

Un hecho que llama la atención, esta relacionado con las significativas diferencias que se observa en el número de asegurados cuando se realizan comparaciones entre el número de afiliados declarados por el SIS con los datos que proceden de las encuestas de hogares (ENAH). Las diferencias entre el SIS y los datos de las ENAHs en los primeros años son sustancialmente diferentes. Así, mientras que en año 2002 el SIS declara 5.8 millones de afiliados, la encuesta de ese año indica un nivel de afiliación de 90,800 afiliados. Igualmente mientras que para el año 2004, las afiliaciones del SIS alcanzan 7.5 millones, aquéllas que describe la ENAH muestran una cifra de solo 2 millones.

Solo en años recientes estas cifras tiene una mayor aproximación. Así, para el año 2008, mientras el SIS declara 10.3 millones de afiliados, la ENAH de ese mismo año señala que existirían solo 9 millones de afiliados al SIS.

Un examen un poco más detallado de las cifras de afiliación, nos muestra que consistente con el enfoque general de pobreza, se encuentra que con el incremento de los procesos de afiliación se han incrementado la participación relativa de los habitantes del ámbito rural y los quintiles de pobreza. Así mientras que en el año 2002 los afiliados del ámbito rural representaban el 48% del total, en el año 2007 representaban el 52.8%. Igualmente, la población del primer quintil, de mayor pobreza eleva su participación de 33% a 40.5% en el periodo.

Sin embargo, cuando se observa las afiliaciones del grupo madres y niños que corresponden a la prioridad sanitaria, se encuentra una situación en la que si bien se incrementa el número de afiliados en general, estos grupos priorizados pierden importancia relativa. Así mientras que en año 2002 los menores de cinco años representaban el 34.4% del total de los afiliados al sistema, en el año 2006 solo alcanzaron al 26% del total y en el 2008 representan el 28.4 %. Igualmente en el caso de las gestantes, mientras que estas representaban al iniciar el periodo el 9.3% de las afiliadas, al final del 2006 solo representaban el 1.9%.

En la medida que el procedimiento operativo para realización de los pagos del SIS, exige una adecuada validación de las atenciones brindadas por los prestadores, se puede observar la evolución de estas en función de los diferentes grupos de afiliados. En términos generales, se observa un incremento en las atenciones de 82% entre el período 2002-2008. Se evidencia también un crecimiento de las que van dirigidas a las poblaciones mas pobres. Así, las atenciones que se dirigen al ámbito rural concentran el 39.7% en el año 2003 y se incrementan progresivamente hasta alcanzar el 53.5% de las atenciones en el año 2007. Similar comportamiento se observa cuando se distribuye por quintiles. El quintil 1 que al inicio del periodo concentra el 26.1% de las atenciones, pasa a lograr una participación relativa del 43% al final de período.

Se observa también que, reflejando la vulnerabilidad de los niños menores de cinco años que los califican como prioridad sanitaria, las atención para este grupo de edad concentró en promedio el 43.9% del total. No obstante su participación relativa decreció para situarse en el año 2008 en el 35.5% de las atenciones totales.

Cuando se distribuyen las atenciones según quintiles de pobreza se encuentra un incremento de la participación del quintil 1 de mayor pobreza que pasa de 26.1% en el 2003 a 43% en el 2008. No obstante, se ha observado también, que las atenciones dirigidas a los estratos más pobres se brindan principalmente en los establecimientos de menor complejidad como puestos y centro de salud, mientras que las atenciones de mayor nivel resolutivo se concentran en los estratos de población de menor pobreza.

Revelando otra vez, la pérdida de importancia de la prioridad sanitaria, se ha observado que la atención del parto, que es una intervención priorizada y que se requiere se brinde en condiciones apropiadas para reducir la mortalidad materna, para las madres del quintil 1 se ha realizado en un 60%, en puestos y centros de salud que no cuentan con las condiciones para la atención adecuada, mientras que la mayoría de los partos de los quintiles de mayor riqueza se realizan en los hospitales e institutos altamente especializados.

Cuando se observa el valor de producción generado por la atenciones y se discrimina por criterios de pobreza, se encuentra que el quintil 1, más pobre, que concentraba el 24.7% de este valor incrementa su participación en el 2008 situándose en un 32.2%. No obstante, revelando otra vez la pérdida de importancia de la atención a madres y niños, se encuentra que el valor de la producción de las atenciones a ser reembolsadas, destinadas a los niños menores de 5 años presentan un tendencia decreciente. Así mientras que el valor de producción para este grupo representaba en promedio el 36% durante el periodo 2004-2006, ha pasado a concentrar el 33.2% para el año 2007 y 27.9% en el año 2008. Una pequeña tendencia decreciente también se observa en el caso de las gestantes.

Concordante con esta tendencia de las filtraciones, un hecho que llama la atención, es el significativo incremento del valor de las atenciones de mayor complejidad, brindada por hospitales e institutos especializados, que pasa de un 8.9% en el 2004 a 23.14% en el año 2008. Sería conveniente realizar un mayor análisis de este tema, considerando que la atención de madres y niños, que son prioridad sanitaria, concentran sus atenciones en los servicios de primer nivel, que paradójicamente muestra una caída en su participación relativa.

Reflejando el incremento de las atenciones y el valor de producción, se encuentra que el SIS ha venido incrementando los montos de las transferencias por el pago de las atenciones brindadas por los establecimientos de salud. Entre la fecha de inicio y el cierre del año 2008 se observa un incremento de 152% en el monto de las transferencias. El principal uso ha estado destinado al financiamiento de medicamentos, insumos y pago de personal asistencial y administrativo y una serie de bienes y enseres de limpieza y material de oficina.

Con la finalidad de observar con más detalle el proceso de focalización del SIS, se procedió a comparar sus estadísticas con la información proveniente de las encuestas de hogares (ENAHO) que cuentan con información representativa a nivel nacional. Considerando los criterios de pobreza definidos por el INEI, se encuentra que el nivel de las infiltraciones en el SIS asciende a 12%, esto es involucra aproximadamente a 3.6 millones de personas, presentado importante heterogeneidad según ámbitos. P.e. en Tumbes la infiltración como porcentaje de la población es la mas alta con 28.3%, mientras que la subcobertura es de 5.9%. Contrariamente, Lima, es el departamento con menores errores de filtración y subcobertura con 6.6% y 11.5 % respectivamente.

Desde otro ángulo, se encuentra que en lugares donde hay más pobres existe menos probabilidad de equivocarse en encontrar a un posible beneficiario, pero de la misma manera bajo este mismo escenario existe una mayor probabilidad de dejar de atender a alguien. Así por ejemplo, Huancavelica, donde la pobreza supera al 80%, tiene un error de filtración de

alrededor de 5% y un error de subcobertura que bordea al 30%, sólo superado por Pasco, el cual se aproxima a 40%.

Cuando se examinan tendencias, se encuentra que mientras que el error de subcobertura se reduce las filtraciones aumentan. Así mientras que en el año 2002 la subcobertura alcanzaba el 35% en el año 2008, esta se ha reducido al 16%, mientras que las filtraciones que solo ascendían al 0.28% al inicio del período se han incrementado hasta el 12% en el 2008. En los grupos de madres y niños se observa un comportamiento similar.

Desde el punto de vista de la eficacia del SIS para garantizar el acceso a servicios, se tiene que un elemento importante a considerar que tiene relación con la capacidad real de la población objetivo de acceder al servicios de salud, esta dada por la vigencia de la afiliación. Según los datos obtenidos en la ENAHO el 11.6% de las personas que declararon estar afiliadas al SIS reconocen que esta afiliación no es vigente, con lo cual la posibilidad del acceso a servicio de salud no es factible. En el caso de las mujeres en edad fértil, (MEF) que han tenido hijos en los tres últimos años, se ha encontrado que el porcentaje de afiliaciones vigente es del 63%. Estos indicadores como en otros casos, presentan una significativa heterogeneidad.

Para el caso de madres y niños se observa un tendencia incremental de las filtraciones. Las MEF que han tenido hijos en los tres últimos años presentaban un nivel de filtración de 23% en el año 2004 el mismo que se ha incrementado a 38% en el 2008. En el caso de los niños menores de 5 años sucede lo mismo la filtración pasa de 26% a 37% en el mismo período.

Este nivel de filtraciones también se expresa en el acceso a los servicios de salud. Mientras que los riesgos de salud se distribuyen entre pobres y no pobres de manera similar, se encuentra que los no pobres utilizan más del doble de atenciones que los pobres. El 67% de los pobres que declararon tener un problema de salud no asistieron a servicios, el 47% de los no pobres no lo hizo. La razón más importante esgrimida es la falta de dinero. Aunque esto varía dependiendo si se tiene o no afiliación al SIS, un 18% de afiliados declaró no asistir al ES por razones económicas, mientras que el 35% de los no afiliados dio la misma razón.

En relación con los temas presupuestales, se deben mencionar que la programación ha estado marcada por la presión de demanda por reembolsos pendientes que ha venido elevando los techos presupuestales, antes que por una programación orientada en función de objetivos y metas de salud.

Es por ello que durante el periodo 2002-2004 los montos ejecutados por el SIS se han incrementado durante todos los años en promedio en 24.8% en relación con los montos establecidos en los PIA y se han incrementado en 17.8% en promedio en relación con la ejecución presupuestal del año anterior. Sin embargo, a pesar de estos incrementos no se observa una relación consistente entre los gastos ejecutados y el número de afiliaciones logradas o las atenciones financiadas. Por ejemplo, mientras que en el año 2004 las afiliaciones se incrementaron en un 21% en relación con el año anterior, las atenciones cayeron en un 30% y los recursos ejecutados se incrementaron en 50% respecto del año 2003.

Cuando se observa como se ha distribuido la ejecución del presupuesto global del SIS a nivel departamental, se encuentra que el gasto se ha concentrado en el quintil 5 (mayor riqueza) con una participación relativa del 31% sobre el total, mientras que el quintil 1 solo ha contado con una participación del 29%. Esta situación estaría mostrando un importante nivel de

filtración en el uso de los recursos. Si bien, esto se podría explicar parcialmente por el incremento de las referencias y por la residencia de los principales hospitales nacionales e institutos especializados en la ciudad de Lima, no es menos cierto que el mayor consumo por estos servicios está concentrado en aquellos estratos que presentan mayores niveles de riqueza, mientras que los más pobres presentan escaso acceso a estas atenciones.

En lo que se refiere a la distribución regional de las transferencias realizadas por el SIS, se encuentra que Lima es la región que más transferencias recibe, concentrando aproximadamente el 24% en promedio para el período 2006 – 2009. Le siguen en importancia Loreto, concentrando el 7% de las transferencias totales para el período, Cusco con el 6%, Piura con el 5.7% y La Libertad con el 5.5% del total.

Un aspecto crítico que debe destacarse está referido al rol que ejercen las unidades ejecutoras que intermedian las transferencias financieras del SIS con los establecimientos de salud. Esta instancia que es la que ejecuta estos reembolsos, tiene la responsabilidad del manejo presupuestario para toda su red asistencial y que en consecuencia suele tener criterios de asignación diferentes a aquellos que se propone el asegurador que busca promover el acceso a los servicios de sus afiliados y orientar el desarrollo de la oferta del prestador.

Como expresión de este tipo de uso de los recursos, se encuentra que en las regiones visitadas además de los necesarios reembolsos por medicamentos, importantes recursos son destinados a la contratación de personal, antes que a otros gastos necesarios para reposición de los insumos invertidos en la producción de las atenciones. P.e en la región Chanka-Andahuaylas el 29% del gasto se destina a medicamentos y contratación de personal, respectivamente.

Finalmente, se debe mencionar que los sistemas de apoyo informático, indispensables para el soporte de los procesos operativos y como administrador de base de datos para las actividades de seguimiento y monitoreo, se encuentran en una etapa de transición en la que se está migrando de un sistema estructurado para operar en una plataforma de escritorio a otra en plataforma web. No obstante, por la heterogeneidad en los servicios de energía e internet al interior del país, deben coexistir durante un tiempo. Esto indudablemente ha traído algunos problemas que se están tratando de superar en el corto plazo. Uno de ellos ha sido las dificultades para hacer la auditoría médica automatizada durante el primer semestre del año.

Como se puede colegir de la información presentada, con el desarrollo del SIS se ha logrado incrementar las afiliaciones y el consumo de atenciones en los sectores más pobres reduciendo subcobertura. Sin embargo, ha perdido peso relativo las madres y niños que corresponden a las prioridades sanitarias y se han incrementado también las filtraciones. En contextos de limitados recursos esto genera un efecto de sustitución que mantiene un problema de inequidad, que se expresa en el crecimiento de los subsidios a segmentos de no pobres en detrimento de una menor atención a los estratos más pobres.

4. Recomendaciones

1. Considerando que el SIS ha logrado avances significativos en el aseguramiento de segmentos importantes de la población en pobreza, pobreza extrema y también no pobre, resulta necesario para conducir apropiadamente su desarrollo, fortalecer sus funciones de administrador de riesgos en función de prioridades sanitarias. Esto implica un conjunto de acciones progresivas que incluyen estudios específicos sobre aspectos de salud de los grupos objetivo, desarrollo de instrumentos y criterios de gestión, diseño e implementación de procedimientos administrativos y sistemas de información, entre otros. Sobre la base de estos componentes determinar los grupos de intervención y las asignaciones per-cápita que se espera destinar a cada uno de los grupos de asegurados en función de los planes de beneficios y estimar las coberturas que se espera alcanzar. Considerando la persistencia de problemas de mortalidad materna- perinatal y de desnutrición crónica infantil que no han podido resolverse en los últimos años, resulta conveniente y necesario reenfocarse de manera persistente en el segmento crítico de madres y niños menores de cinco años para lograr efectividad en la obtención de resultados concretos en salud. Esto supondría, manteniendo los niveles de aseguramiento actuales, realizar acciones de contención de costos en los otros segmentos de población asegurada para reorientarlos a esta prioridad.
2. En función de los grupos de riesgo identificados y las prioridades establecidas reforzar los esquemas de programación del financiamiento. En este sentido convendría identificar y cuantificar las brechas de atención en salud en los ámbitos y segmentos donde se concentran las mayores prevalencias asociada a situación de pobreza con la finalidad de definir metas específicas de afiliación, y cuantificar metas de atención por tipos de servicios que permitan cuantificar coberturas y niveles de asignación per cápita para estos grupos. Estas se fijarían en función de las metas de reducción de la mortalidad materna y perinatal y la desnutrición crónica infantil. La articulación con los programas estratégicos Materno Neonatal y Articulado Nutricional implica desarrollar los instrumentos y medios de verificación que permitan evaluar, antes de cada período presupuestal los avances en el logro de metas para redefinir compromisos de objetivos y metas en relación con asignaciones incrementales.
3. En ese sentido, convendría evaluar la conveniencia de transitar hacia un esquema de asignación per cápita, empezando por estos dos programas estratégicos. En la medida que se avance en la instrumentación operativa de la asignación de presupuesto en función de las metas y resultados de estos programas el camino estará allanado. Esto tendría algunas ventajas: a) una definición de recursos en función de metas específicas, b) transparencia en los procesos de presupuestación y en las relaciones con el MEF c) equilibrio entre los planes de beneficios y los recursos asignados, d) manejo de incentivos claros para orientar la oferta de servicios e) mejores condiciones de negociación ante restricciones o recortes fiscales f) el monto asignado opera como un techo o prima de recursos por el plan de beneficios, entre otros.
4. Para facilitar la orientación del SIS en función de poblaciones objetivo y prioridades de salud y evitar la expansión de las filtraciones, se debe cerrar la posibilidad de seguir incorporando segmentos o grupos de población al SIS. Un mecanismo

específico será contar con la opinión técnica del MEF en este sentido, cuando sea requerida.

5. Con la finalidad de seguir avanzando en el desarrollo de la reforma que separa las funciones de financiamiento de las de prestación de servicios, convendría explorar, las posibilidades de generar mecanismos institucionales que permitan el funcionamiento del SIS con las características de un seguro, lo cual implica el manejo de los recursos en un esquema de fondo de aseguramiento. Igualmente, completar el proceso de separación de las acciones que competen al esquema de aseguramiento, como incorporación y pagos, de aquellas instancias intermedias que tienen responsabilidad en la prestación.
6. En esta orientación, el SIS deberá asumir directamente la función de afiliación, dado que esto permitiría un mejor manejo del sistema, otorgarle mayor poder al usuario para demandar servicios de calidad, establecer mas claramente la relación prestador cliente, brindar las señales e incentivos para la reorientación de la oferta y reducir el conflicto de intereses que se encuentra en el prestador cuando funciona como juez y parte, como asegurador y como prestador.
7. En los casos en los que las afiliaciones se realicen utilizando la ficha FESE convendría seleccionar muestras aleatorias y representativas de asegurados para la realización de visitas domiciliarias que permitan verificar la consistencia de los datos registrados en la ficha y determinar la existencia de filtraciones. En función de los resultados convendría ajustar los mecanismos de focalización.
8. Convendría se realicen estudios de focalización y estudios sobre muestras representativas, con la finalidad de determinar los niveles de errores de filtración y subcobertura, que retroalimenten el proceso de ajuste de los sistemas de selección de beneficiarios.
9. Sobre la base de estos estudios se podrá tomar decisiones para pasar a segmentos de la población que no califican como pobres a los regímenes contributivos, con la finalidad de reorientar estos recursos hacia los grupos focalizados y otorgarle mejores condiciones de sostenibilidad al sistema de aseguramiento.
10. Desarrollar los sistemas de control de la calidad de las prestaciones a través de auditorías médicas realizadas con muestras aleatorias y representativas de manera directa en los establecimientos y muestras de visitas a hogares. De manera específica se debería considerar el cumplimiento de los protocolos médicos en las atenciones asociadas con los grupos priorizados. Los esfuerzos por automatizar las auditorías médicas en función de criterios médicos y de estándares de producción deben reforzarse, ajustarse y revisarse periódicamente.
11. En la línea de recuperar los esquemas de incentivos implícitos en el desarrollo de la función de financiamiento, se deberá revisar los criterios para la asignación de los recursos destinados al pago de las atenciones de salud, generando un orden de prelación que permita asignar primero las atenciones en función de prioridades sanitarias, tarifadas y para los grupos objetivo, con la finalidad de brindar una señal clara de incentivos para el reordenamiento de la oferta de servicios.

12. Para cerrar el circuito de los incentivos y generar las consecuencias en el reordenamiento de la oferta de servicios esperada, es necesario explorar mecanismos que permitan que los reembolsos lleguen a los establecimientos de salud. En su defecto, resulta necesario desarrollar las aperturas programáticas y las finalidades presupuestarias que permitan asegurar que las transferencias que realiza el SIS se direccionen hacia el financiamiento directo de los componentes e insumos estrictamente vinculados con la producción de los servicios de salud prestados.
13. Considerando los volúmenes de información de carácter transaccional que genera el SIS convendría fortalecer sus sistemas de información y de manejo de datos a fin de asegurar un buen soporte informático para el desarrollo de sus principales procesos operativos y para las actividades de seguimiento y monitoreo. De manera específica convendría fijar programas de mejoramiento de la dotación de equipos, conectividad y aplicativos a los puntos de digitación con el objeto de mejorar los tiempos de procesamiento, auditoría y transferencias.
14. Específicamente, conviene desarrollar un sistema indicadores relacionados con reducción de muerte materna y reducción de la desnutrición crónica, que permita de manera oportuna y confiable hacer el seguimiento de estas metas sanitarias.
15. Convendría también desarrollar mecanismos de auditoría aleatoria independiente para verificar proceso clave: afiliación, atenciones brindadas por los establecimientos de salud, procesos internos, resultados de valorización y financiamiento.
16. Con la finalidad de promover la competencia y dado que en su marco normativo ya existe la posibilidad de comprar servicios al sector privado, convendría desarrollar un esquema de concursos o licitaciones que se implemente en un esquema piloto para su posterior expansión.
17. Realizar estudios de costos considerando condiciones de eficiencia con la finalidad de generar una estructura de tarifas que asegure un adecuado sistema de incentivos para los prestadores y no genere inestabilidad financiera en el SIS.
18. Desarrollar los regímenes contributivos con mecanismos de copago, considerando planes de beneficios que estimulen el trasvase de los usuarios de los esquemas subsidado a estos regímenes cuando estén en condiciones de pagar algún nivel de prima, con la finalidad de hacer sostenible el SIS y otorgarle mejores condiciones para el manejo de los riesgos.
19. Dado que el esquema de reforma supone desarrollar el esquema de financiamiento, convendría evaluar la posibilidad de ejecutar un piloto que suponga un trasvase de los recursos de los establecimientos de salud que cubren las atenciones dirigidas a los grupos priorizados, hacia el SIS, con la finalidad de que estos costos estén incluidos en las tarifas y la determinación de los reembolsos, de tal manera que la función de compra asegure la presencia de todos los componentes de la prestación y sea un claro orientador de la oferta.

5. Bibliografía

1. Bermejo, Rogelio, Salud Materna Infantil incluida la planificación familiar. Cien años de cooperación al Perú, OPS/OMS.
2. Bolis, Monica, Legislación y control de riesgos de salud en America Latina y el Caribe, BID Working paper. OMS/OPS, Octubre 2001.
3. Francke, P., Castro, J., Ugaz, R., & Salazar, J. (2002). *Análisis Independiente del Presupuesto Público 2003 en el Sector Salud*. Lima, Perú: CIES. Proyecto Análisis Independiente del Presupuesto Público 2003.
4. Grados, A. P. (2006). *La Equidad en la Asignación Regional del Financiamiento del Sector Salud 2000-2005*. Lima, Peru: CIES. Análisis Independiente del Presupuesto en Salud.
5. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Informe Principal. 1996.
6. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Informe Principal. 2000.
7. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Informe Principal. 2004-2006.
8. Jaramillo, Miguel; Parodi, Sandro El Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil: Análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso. Documento de Trabajo 46. GRADE, Agosto 2004
9. Madueño, M. (Mayo de 2002). Perú: Estudio de Demanda de Servicios de Salud (Documento 1). *Informe Técnico No. 2 PHR Plus, Socios para la reforma del sector salud*. Lima, Peru: ABT Associates, Inc.
10. Ministerio de Economía y Finanzas. (8 de Setiembre de 2004). Decreto Supremo 130-2004/EF. Lima, Peru.
11. Ministerio de Economía y Finanzas. Programa Estratégico Salud Materno Neonatal, página web del MEF, www.mef.gob.pe.
12. Ministerio de Salud. (2002). Decreto Supermo 009-2002-SA. Ley que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud. Lima, Peru.
13. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud –PESEM 2008-2011. Documento técnico.
14. Ministerio de Salud. (2008). Directiva Administrativa 007-2008-SIS. Procedimientos para la valorización de la producción y pago de las prestaciones de salud a establecimientos de salud públicos que no pertenecen al MINSA y establecimientos de salud privados. Lima, Peru.

15. Ministerio de Salud. (29 de Enero de 2002). *Ley 27657. Normas Legales*. Lima, Peru: El Peruano.
16. Ministerio de Salud. (12 de Agosto de 2002). *Ley 27812. Ley que determina las fuentes de financiamiento del Seguro Integral de Salud*. Lima, Peru.
17. Ministerio de Salud. (9 de Abril de 2009). *Ley 29344. Ley Marco del Aseguramiento Universal*. Lima, Peru.
18. Ministerio de Salud. (2002). *Resolución Ministerial 1756-2002-SA/DM*. Lima, Peru: El Peruano.
19. Ministerio de Salud. (16 de Abril de 2009). *Resolución Ministerial 240-2009-MINSA*.
20. Ministerio de Salud. (16 de 04 de 2007). *Resolución Ministerial 315-2007/MINSA. Aprueba la Directia Administrativa para la implementación del flujograma de procesos de atención de afiliados del Seguro Integral de Salud en los establecimientos del Ministerio de Salud*. Lima, Peru.
21. Ministerio de Salud. (16 de Abril de 2007). *Resolución Ministerial 316-2007-MINSA. Norma Técnica para la implementación del LPIS en el marco del Pland de Aseguramiento Universal en Salud en los establecimientos del MINSA a nivel nacional*. Lima, Peru.
22. Ministerio de Salud. (21 de Mayo de 2007). *Resolución Ministerial 401-2007/MINSA. Directiva Administrativa que establece normas complementarias para la implementación del DS 004-2007-SA*. Lima, Peru.
23. Ministerio de Salud. (27 de Mayo de 2003). *Resolución Ministerial 602-2003-SA/DM*. Lima, Peru: El Peruano.
24. Ministerio de Salud. (2005). *Resolución Ministerial 725-2005-MINSA*.
25. Ministerio de Salud. (20 de Junio de 2003). *Resolución Ministerial 727-2003-SA/DM. Directiva que regula los pagos por prestaciones del Seguro Integral de Salud a los establecimientos prestaodres de servicios de salud*. Lima, Peru.
26. Ministerio de Salud. (27 de Julio de 2004). *Resolución Ministerial 769-2004/MINSA*. Lima, Peru: El Peruano.
27. Ministerio de Salud. (23 de Mayo de 2007). *Resolución Ministerial No.422-2007-SA/DM. Directiva que Regula los pagos por prestaciones del Seguro Integral de Salud a los establecimientos prestadores de servicios de salud*. *El Peruano*. Lima, Lima, Peru.
28. Ministerio de Salud. (19 de Octubre de 2002). *Resolución Suprema 026-2002-SA*. Lima, Peru.
29. Oficina de Planeamiento y Desarrollo del Seguro Integral de Salud. (2006). *Informe de Gestion, Proceso de Transferencia 2001-2006*. Lima, Peru.
30. Oficina de Planeamiento y Desarrollo. *Seguro Integral de Salud*. (Mayo de 2009). *Reunión Técnica Nacional "Fortalecimiento de Capacidades del Seguro Integral de*

Salud". Recuperado el 19 de Agosto de 2009, de www.sis.gob.pe/.../TallerSis/.../ASESORIA%20JURIDICA-Mayo-2009.ppt

31. Parodi, Sandro, Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios. GRADE
32. Rodel Karin, Holst Jens, Evaluación del Seguro Materno Infantil (SMI) en el Perú con la metodología Infasure. GTZ, Diciembre 2001
33. Seguro Integrado de Salud. (2008). Directiva 004-2008-SIS-J. Directiva que regula el uso de las aplicaciones informáticas de registro de formatos del SIS. Lima, Peru.
34. Seguro Integral de Salud. (Setiembre de 2008). Directiva 004-2008/SIS-J. Directiva que regula el uso de las aplicaciones informáticas de registro de formatos del Seguro Integral de Salud. Lima, Peru.
35. Seguro Integral de Salud. (2008). Memoria Anual.
36. Seguro Integral de Salud. (2007). Memorial Anual .
37. Seguro Integral de Salud. (2006). Plan Estratégico Institucional 2007-2011. Lima, Lima, Peru.
38. Seguro Integral de Salud. (2002). Plan Estratégico 2002-2006. Lima, Lima, Peru.
39. Seguro Integral de Salud. (2005). Resolución Jefatural 0056-2005-SIS. Lima, Peru.
40. Seguro Integral de Salud. (30 de Enero de 2009). Resolución Jefatural 029-2009/SIS. Aprueban la Directiva para el seguimiento y control de la ejecución presupuestaria del Seguro Integral de Salud. Lima, Perú.
41. Seguro Integral de Salud. (19 de Noviembre de 2008). Resolución Jefatural 216-2008/SIS . Lima, Peru.

6. Anexos

6.1 Informe de resultados del trabajo de campo

Guía de Entrevistas a funcionarios de SIS

1. Temas de diseño

- ¿Cuál fue el problema o necesidad que fue identificado como sustento la creación primero del SMI y luego el SIS?
- ¿Cómo se determinó la magnitud, la gravedad o temporalidad del problema?
- ¿Cómo se identificó y dimensionó la población afectada?
- ¿Existe algún estudio o documento técnico de sustento?
- Si no existe ¿Cómo se definió su creación?

2. Objetivos, componentes, actividades

- ¿Cómo se definieron inicialmente los objetivos de SIS?
- ¿Cuáles fueron los elementos que sustentaron la definición de objetivos?
- ¿Se han modificado en el tiempo estos objetivos?
- ¿Cuáles han sido los criterios o instrumentos utilizados para sustentar las modificaciones de los objetivos?
- ¿Para alcanzar los objetivos que tipo de componentes o actividades han desarrollado?
- Describir las principales actividades vinculadas a los principales procesos del SIS

3. Metas e indicadores

- ¿Cómo se han determinado las metas de aseguramiento (afiliaciones) del SIS?
- ¿Qué criterios se ha utilizado para la determinación de estas metas?
- Si se ha utilizado criterios de focalización:
 - ¿Focalización según pobreza? ¿según prioridad sanitaria? ¿según ámbito geográfico?
- Se ha utilizados criterios en función de la disponibilidad presupuestal
- Han variado estos criterios en el tiempo

4. Organización y procesos

- ¿Qué tipo de organización se ha estructurado para la consecución de los objetivos?
- ¿Cuales son las principales reglas de operación?
- ¿Cuales son los principales procesos operativos?
- ¿Existen manuales o guías de operaciones?
- Indagar por cada uno paso a paso

Mercadeo Social

En función de las metas de aseguramiento

- ¿Cómo se produce la “venta” del sistema?
- ¿Cómo se hace la difusión o se brinda la información acerca del sistema de aseguramiento?
- ¿Cómo se hace para acercarse a la población objetivo para promover su afiliación?
- ¿Que metas de difusión u otras actividades se propusieron?
- ¿Que volumen de recursos se ha utilizado para esta actividad?
- ¿Cuales son los resultados esperados por periodo según actividades programadas?

¿Como se propuso medir estos resultados?

Afiliación

¿Como se hace el proceso de afiliación?

¿Cuanto dura este proceso? describir paso a paso

¿Cómo se definen las metas de afiliación?

¿Que criterios se utiliza para determinar las metas? Pobreza, prioridades sanitarias, etc.

En el proceso de afiliación ¿Por qué se utiliza el mecanismo de los establecimientos de salud y no se hace directamente?

¿Que tipo de actividades realiza el SIS directamente en relación con este proceso?

¿Que tipo de metas se propusieron y cómo de estimaron para cada año?

¿Que monto de recursos se han utilizado para este propósito?

¿Que resultados de han logrado año x año?

¿Como se miden los avances de resultados?

Calificación de las solicitudes de reembolsos

¿Como se hace el proceso? paso a paso y cuanto dura

¿Cuales son los criterios utilizados para calificar las solicitudes de reembolsos?

¿Estos criterios han variado en el tiempo?

¿Como se hace la auditoria técnica?

¿Como se hace la auditoria médica?

¿Se hace esto a nivel regional?

¿Qué volumen de recursos se utilizan para esta tarea?

¿Cuanta gente se utiliza para esta tarea?

Aprobación de los desembolsos

¿Como se hace el proceso de aprobación de las atenciones a ser reembolsadas?

Describir el proceso paso a paso

Una vez aprobadas, ¿cuales son los procesos administrativos que se siguen para realizar las transferencias?

¿Como se articulan los montos aprobados con los calendarios de pagos?

¿Existen diferencias entre los montos aprobados y los calendarios?

¿Como se manejan estas diferencias?

¿Existen criterios para la distribución de los desembolsos ex ante?

¿Existen criterios para la distribución de los desembolsos ex post?

Se consideran preasignaciones por Criterios: regionales, focalización, tipos de atenciones, población priorizada, etc.

¿Como se aseguran que las transferencias sean entregadas a los establecimientos que han realizado las atenciones?

¿Se cuenta con algún procedimiento o mecanismo de supervisión o de verificación que asegure que los reembolsos lleguen a los establecimientos de salud?

5. Programación presupuestaria

¿Como se hace la programación presupuestaria en su relación con los objetivos y metas propuestos?

¿Cómo se distribuye el techo presupuestal en función de las metas y los coberturas de atención propuestas?

¿Se cuenta con planes de beneficios definidos como base para la determinación de metas?

- ¿Se cuenta con costos unitarios para la programación?
- Si es así. ¿Como se realiza el cálculo de los costos unitarios? ¿Existe algún estudio técnico?
- ¿Como se realiza la determinación de las tarifas? ¿Existe algún estudio técnico?
- ¿Como se evalúan los riesgos de salud?
- ¿Existe algún modelo de cálculo o se realiza sobre el histórico de presupuesto?
- ¿Como se hace la calendarización de los recursos?

6. Ejecución de procesos

Consideran que la estructura organizativa actual les permite desarrollar apropiadamente los procesos?

¿Que reestructuraciones o reajustes requiere?

Afiliaciones

- ¿Cual es el nivel de cumplimiento de metas de afiliación?
- ¿Cómo se mide el avance de las metas?
- ¿Cómo se evalúa el cumplimiento de las metas de afiliación?

Atención a la demanda

- ¿Cuáles son los resultados obtenidos en las atenciones a la población asegurada, según pobreza, ámbitos y según prioridades sanitarias?
- ¿Cuales son las atenciones más frecuentes? ¿Donde se concentran?
- ¿Cómo se evalúa este proceso?

Calificación de solicitudes de reembolso

- ¿Cuál es el nivel de atenciones aprobadas en relación con las solicitadas?
- ¿Cual es la tasa de rechazos? Cual la de observados?
- ¿Cuáles son los problemas más frecuentes en los rechazos?
- ¿Cuáles son los problemas más recientes en las atenciones observadas?

Transferencias por reembolsos

- ¿Cuanto tiempo media entre la aprobación de la transferencia y su ejecución a las regiones?
- ¿Las transferencias se hacen de manera nominativa, es decir, a cada establecimiento de salud?
- ¿Se conoce cuanto tiempo transcurre entre la recepción de la transferencia a las regiones y su entrega a los establecimientos?
- ¿Las transferencias se realizan en efectivo o son derivadas a diferentes organismos encargados de la provisión de insumos o medicamentos?
- ¿Existen auditorias o evaluaciones externas para verificar el cumplimiento de objetivos y metas?

7. Ejecución presupuestaria

- ¿Cómo se hace la solicitud de calendario al MEF?
- ¿Cómo se prioriza las transferencias en función del calendario aprobado?
- ¿Cuáles son los criterios? Ámbitos, pobreza, tipo de atenciones, etc.
- ¿Cómo se realiza el ordenamiento de los reembolsos que exceden el calendario y como se hace la programación para su pago?
- ¿Cuándo se hace las transferencias a las regiones existe algún mecanismo o recomendación acerca de la programación o determinaciones de finalidades en los presupuestos regionales?

¿Se conoce como se hace este proceso?
¿Existe algún mecanismo de supervisión que verifique la entrega de las transferencias a los establecimientos de salud?

Algunas preguntas para ser realizadas en la región

¿Cómo se programa el uso de las transferencias del SIS en la Región?
¿Quién es la instancia responsable?
¿Qué criterios se utilizan para la programación de las transferencias?
¿Cuál es el procedimiento utilizado para la programación de los recursos procedentes de las transferencias del SIS?
¿Cómo se hace la distribución de los recursos en la DIRESA?
¿Qué criterios se utilizan para la distribución de los recursos?
¿Cómo se define cuánto de los recursos va para cada establecimiento de salud?
¿Cómo se realizan las transferencias a los establecimientos de salud?
¿Cómo se realiza el reaprovisionamiento de los insumos y medicamentos que fueron utilizados en las atenciones cuyo reembolso se ha solicitado?
¿Cómo se financia este proceso?
¿En qué se usa frecuentemente las transferencias realizadas a los establecimientos de salud?
¿Entre la solicitud de reembolso y la transferencia efectiva al establecimiento de salud, cuál es el tiempo transcurrido?
¿Qué proporción de los montos solicitados es reconocido por el SIS?
¿Qué proporción de los montos solicitados es transferido a la región?
¿Qué proporción es transferido al establecimiento?

6.1.1 Entrevistas en Andahuaylas

Richard Alcarraz	Representante de la ODSIS Andahuaylas
Ebert Romucho	Especialista en informática de la ODSIS
Angélica Peñaloza López	Directora de Atención Integral
Américo del Pozo	Responsable de la Unidad de Seguros
Dennos Alcarraz Alfaro	Responsable del Área de Presupuesto de la Unidad de seguros
Maritza Quispe Luna	Gerente de la Microrred de San Jerónimo.
Orlando Morales Huayra	Responsable de la unidad de seguros de la microrred de San Jerónimo
Norma Altamirano Ascue	Obstetriz que apoya en el control de calidad de los formatos y apoyo asistencial.
Mayco Cartolin Venegas	Digitador

6.1.2. Entrevistas en Lima

Funcionarios SIS

Enrique Chon Gerente de Planeamiento y Desarrollo
 Luis Emilio Jordán Gerente de Financiamiento
 Estela Roeder Gerente de Mercadeo Social
 Francis Zegarra Área de Mercadeo
 Roberto Romero Gerente de Operaciones
 Héctor Alcalde Oficina de Estadística e Informática
 Jorge Torres Oficina de Estadística e Informática

DISA II LIMA SUR

DISA II-Personas entrevistadas:

Dra. Patricia Retamozo Pacheco	Coordinadora de la OLSIS
Dr. Hernán Montalvo	Jefe ODSIS
Dr. Gustavo Silva	Médico Auditor de la Red Barranco-Chorrillos-Surco
Técnico José Herrera	OLSIS
Dra. Katherine Silva Paredes Alosilla	OLSIS
Acompañados por:	
Dr. Hernán Montalvo	Jefe ODSIS
Técnico José Herrera	OLSIS
Dra. Katherine Silva Paredes Alosilla	OLS

HOSPITAL MATERNO PERINATAL - Lima

Dr. Martín Barragán Rojas (Responsable de la oficina del SIS)
 José Bravo (Encargado del área de sepelios y no tarifados)

6.2 Focalización y el SIS

6.2.1 Focalización en el país y el SIS

La focalización es el acto por medio del cual se asignan los subsidios del Estado a las familias que califican como parte del público objetivo de los programas sociales, que en general son los hogares pobres.

Normativamente dicha práctica se encuentra amparada por el D.S. N° 130-2004-EF (10-09-2004) y el D.S. N° 027-2007-PCM (25-03-2007). En el primero se establece que para mejorar la equidad y calidad en el gasto social, se debe utilizar criterios y mecanismos de focalización, dando prioridad de atención a los más pobres y en el segundo que entre las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades públicas está: “atender prioritariamente a las familias en situación de extrema pobreza, pobreza o riesgo social, así como a las familias dirigidas por mujeres”.

Si bien los programas sociales están orientados a la reducción y alivio de la pobreza se pueden cometer dos tipos de errores en la búsqueda de favorecer a los más necesitados: beneficiar a hogares que no son parte del público objetivo (infiltrados) o que calificando como público potencial estos no son atendidos (subcobertura). Ver tabla 1.

Tabla 1. Errores de focalización en programas sociales

	Beneficiario	No Beneficiario
Público Objetivo	Correctamente identificado	<i>Subcubierto</i>
No es Púb. Objetivo	<i>Infiltrado</i>	Correctamente excluido

6.2.2 El SIS y el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)

En el Perú el SISFOH es el sistema encargado de identificar a los potenciales beneficiarios basados en características socioeconómicas. Su fin último es proveer información relevante a los programas sociales tal que les permita identificar y seleccionar a sus beneficiarios y con ello reducir los errores de focalización.

Hasta antes de la existencia del SISFOH cada programa social establecía sus propios criterios de identificación de su público objetivo, así, el que es pobre para un programa podría no serlo para otro. Con el SISFOH, y al amparo del Decreto Supremo 029-2007-PCM, se busca separar las funciones de gestión de los entregables de la gestión de los beneficiarios, en el que las primeras estén a cargo de los programas sociales, pero, dejando al SISFOH el rol de identificar quién es pobre y quién no lo es. De este modo se estandariza la metodología de calificación de pobreza, información a la que tienen acceso todos los programas sociales y ciudadanía en general y se identifica al responsable de la focalización (el SISFOH).

Es preciso señalar que para mejorar la cobertura de los pobres en los programas sociales, reducir las filtraciones será una condición necesaria pero no suficiente, también es importante que el presupuesto asignado a los programas que muestren eficacia, aumenten

significativamente para que se puedan atender a más personas pobres. Si solo aumenta el presupuesto y no mejora la focalización, las altas infiltraciones existentes neutralizarán su eficacia, en ese sentido, resulta necesario aumentar el gasto social de manera ordenada de modo que cada sol adicional que se asigne a los programas sociales esté dirigido a los más pobres.

En la actualidad el SISFOH tiene información urbana recolectada de alrededor de 7.4 millones de personas que viven en 1.9 millones de hogares los cuales se encuentran plenamente identificados y clasificados según su nivel socioeconómico. Se estima que alrededor del 80% de hogares pobres ya se encuentran en este padrón, el 20% restante es una tarea encomendada a las municipalidades mediante sus unidades locales de focalización, proceso que está en marcha y que viene siendo acompañado por la unidad central del sistema.

En el caso del SIS el sistema todavía no está siendo plenamente empleado, sin embargo, existen importantes avances como lo es la adaptación de la FESE (Ficha Socioeconómica que emplea el SIS) a la ficha socioeconómica que propuso el SISFOH. No obstante lo anterior, una de las críticas que se le puede hacer al proceder del SIS es que la información levantada mediante la FESE, la cual sirve de insumo para crear los niveles socioeconómicos “A”, “B” y “C”, con los cuáles son clasificados sus potenciales beneficiarios, son datos que proceden de una declaración jurada, a diferencia de la información que ofrece el SISFOH, que si son visitas domiciliarias a los hogares urbanos del país, área donde precisamente la pobreza es dispersa y necesita de una identificación individual a diferencia de lo que ocurre en el ámbito rural, donde el SISFOH recomienda una focalización geográfica pues la incidencia de la pobreza en promedio es mayor.

La implicancia de lo anterior es que cualquier análisis que pretenda medir la eficacia del SIS en atender a su público objetivo y que utilice para ello las bases de datos que el SIS posee, pasa por asumir que la declaración jurada es un buen proxy de la condición real de los hogares. Esta hipótesis puede ser probada con la información proporcionada por el SISFOH, pues relacionando ambas bases de datos se podrá saber que tan eficiente es el SIS a la hora de clasificar a sus potenciales beneficiarios. Esta es una tarea pendiente y depende de contar con la base de datos a nivel nacional que el SISFOH se encuentra ad portas de entregar.

6.2.3 Metodología del SISFOH

A diferencia del enfoque monetario, que compara el gasto percapita con la línea de pobreza, la metodología que emplea el SISFOH para medir la pobreza sigue un enfoque multidimensional, es decir considera un conjunto de características seleccionadas de los hogares y sus integrantes a partir de las cuales se construye un índice de bienestar y luego se definen los puntos que clasifican a los hogares en alguna de las siguientes características: hogares con la primera prioridad o pobres extremos, hogares con la segunda prioridad o pobres no extremos y hogares no prioritarios o hogares no pobres. Siendo los dos primeros grupos los que califican como potenciales beneficiarios de los programas sociales.

Uno de los principales insumos para la calificación es la Ficha Socioeconómica Única (FSU) en esta se captura información referida a las características de la vivienda, posesión de activos, capital humano y características demográficas de los hogares, a partir de este cuestionario se calcula un índice que resume dichas características y finalmente se estima a partir de que punto de dicho índice un hogar puede ser clasificado como potencial beneficiario o no.

Para construir el índice se seleccionan un conjunto de indicadores socioeconómicos y luego se combinan óptimamente empleando la metodología de componentes principales. Las variables que fueron tomadas en cuenta fueron aquellas que más se correlacionaron en el año 2007 con los niveles de pobreza. Las variables seleccionadas según ámbito geográfico se listan a continuación.

Variables seleccionadas para la construcción del índice según ámbito geográfico

Variable	Urbano	Rural
Hacinamiento	x	x
Nivel educativo del jefe de hogar	x	
Combustible empleado para cocinar	x	
Tenencia de teléfono fijo	x	
Tenencia de cocina a gas	x	x
Tenencia de refrigeradora/congeladora	x	
Tenencia de TV a color	x	x
Tenencia de plancha eléctrica	x	x
Tenencia de equipo de música	x	
Bienes identificadores de riqueza 1/	x	
Número de artefactos en el hogar 2/	x	x
Material que predomina en las paredes	x	
Material que predomina en los techos	x	
Material que predomina en los pisos	x	x
Abastecimiento de agua en el hogar	x	
Tipo de servicio higiénico	x	
Afiliados a algún seguro de salud menos SIS	x	x
Tasa de ocupados 3/		x
Menores de 6 años		x
Mujeres adultas analfabetas		x
Vivienda con piso de tierra en la sierra		x

Notas:

1/ Se consideraron la tenencia de computadora, refrigeradora, cable, internet y lavadora

2/ Los artefactos considerados son: TV a color, equipo de sonido, DVD, computadora, plancha eléctrica, licuadora, cocina a gas, refrigeradora/congeladora, lavadora y microondas

3/ El numerador considera a los mayores de 18 años ocupados y el denominador al total de adultos

Con el índice construido el siguiente paso fue determinar a partir de qué nivel o umbral un hogar puede ser clasificado como potencial beneficiario. En el documento técnico preparado por el SISFOH se propone un método inspirado en el principal impacto que espera alcanzar: minimizar los errores de focalización. A continuación se discuten los fundamentos teóricos que justifican el procedimiento planteado y los principales resultados derivados del uso de esta metodología.

Determinación de los umbrales

La matriz de clasificación según error de inclusión y exclusión es la base de la tipificación. Por convención se define “inclusión” como las personas que incorrectamente son clasificadas como potenciales beneficiarios mientras que los errores de “exclusión” son aquellas que incorrectamente son clasificadas como candidatos; ambos expresados como porcentaje de la población total.

Esta clasificación es posible debido a que se tiene un índice de bienestar del hogar, de tal forma que se pueden ordenar a los hogares según su nivel de bienestar, desde el menor nivel posible (0) hasta el máximo nivel (100). El problema en este contexto es determinar el valor del índice que distingue a un potencial beneficiario de un hogar que no califica como tal.

La tabla de clasificación de la población según focalización, que se vuelve a reproducir a continuación, resume el proceso de determinación del umbral. La lectura vertical representa la clasificación de los hogares según su posición a la línea de pobreza; así, un hogar que se encuentra ubicado por debajo de la línea es clasificado como pobre. Dicha línea es exógena y es determinado por el INEI. De otro lado, horizontalmente se identifican a los hogares que son calificados como potenciales beneficiarios o no. La intersección de ambas variables determina cuatro posibles escenarios siendo los de la diagonal los que son materia de preocupación, pues en ellos se estaría beneficiando a hogares que no son calificados como pobres (error de inclusión) o se estaría excluyendo incorrectamente a un grupo de hogares pobres (error de exclusión).

A diferencia de la línea de pobreza que ya está determinada, la línea, “umbral” o punto de corte sobre el índice estimado que clasifica a los hogares como potenciales beneficiarios es precisamente materia de indagación. De la figura 5 es posible verificar que cuando el umbral es cero, el error de inclusión desaparece mientras que el error de exclusión toma su mayor valor. En el otro extremo, cuando el umbral toma el valor de 100 ocurre todo lo contrario: la inclusión aumenta a su máximo nivel y la exclusión desaparece; es decir existe una disyuntiva entre ambos tipos de errores al momento de elegir el nivel del umbral: aumentarlo provocaría una disminución en el error de exclusión y un aumento en el error de inclusión y lo inverso cuando disminuye este valor.

Errores de focalización

		¿Potencial beneficiario?	
		Si	No
¿Es pobre?	No	Error de Inclusión	
	Si		Error de Exclusión

0 ¿Umbral? 100

Línea de pobreza

Basados en lo anterior es posible construir las curvas que se forman al hacer variar el valor del umbral. Es fácil deducir que las curvas tomarían formas como las mostradas en la figura 6, pues a medida que el valor del umbral se acerca a los extremos el número de personas que se van incluyendo o excluyendo son cada vez menores o mayores hasta alcanzar un límite

superior o inferior. Por construcción, estas curvas de concentración no tienen mínimos, por lo que buscar un umbral que minimice alguno de los errores sería una tarea infructuosa.

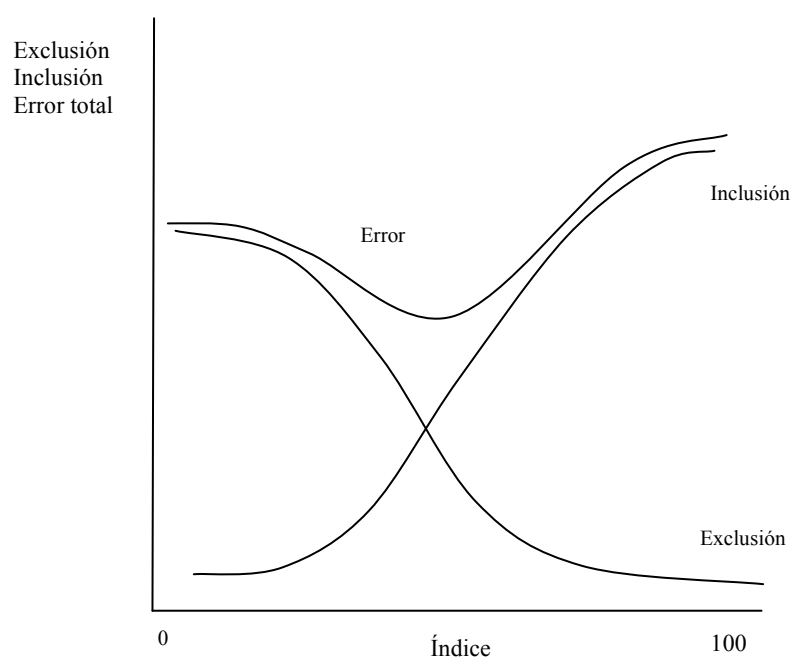
Sin embargo, como se muestra a continuación, una posibilidad es considerar la suma de ambos errores como referente, pues es posible que la curva que se forme al considerar tal suma si tenga un valor mínimo. De hecho, bajo ciertas condiciones matemáticas se puede garantizar que esta nueva curva posee un mínimo global³⁵.

Esta forma de representar a los errores o de manera equivalente, expresarlo como porcentaje de la población, es atractivo en el sentido que la suma tiene una interpretación amigable: número o porcentaje de la población que han sido calificadas incorrectamente. Además de lo anterior está claro que en esta función se le está asignando la misma importancia a la persona incluida que a la excluida erróneamente; así, si “*EI*” es el error de inclusión, “*EE*”, el error de exclusión, “*ET*” el error total, *I* el índice y *U** el valor óptimo del índice, entonces se cumple que:

$$ET = EI + EE, \text{ y } \frac{[\partial EI / \partial I]_{I=U^*}}{[\partial EE / \partial I]_{I=U^*}} = -1$$

Es decir, el umbral es aquel punto en el que se acepta la inclusión de una persona si la exclusión se reduce también en una persona.

Formas hipotéticas de las curvas de inclusión, exclusión y error de focalización total



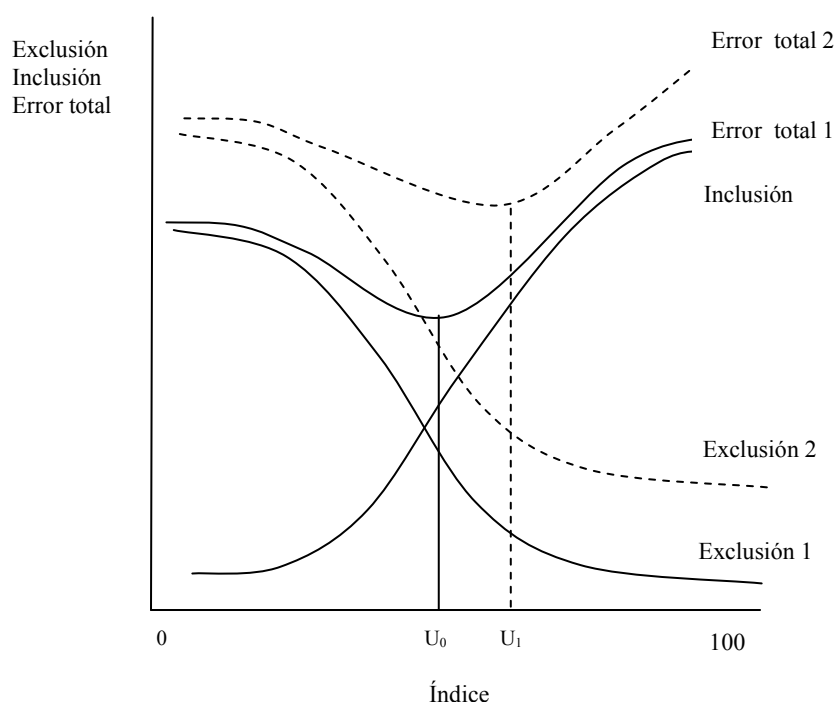
³⁵ Condiciones de primer y segundo orden.

Es posible modificar la función anterior para asignar más importancia a los excluidos. Esto se consigue ponderando a la función exclusión con un factor superior a la unidad. Para efectos de estimación se usó como ponderador al número 2, la implicancia de lo anterior es que en el punto que se elija como umbral es aquel donde se permite que en el límite o margen se filtren dos personas con tal que la exclusión disminuya en una persona. Matemáticamente ello se deduce de la siguiente expresión:

$$ET = EI + 2 * EE, \text{ y } \frac{[\partial EI / \partial I]_{I=U^*}}{[\partial EE / \partial I]_{I=U^*}} = -2$$

Gráficamente, una mayor ponderación al error de exclusión significaría un desplazamiento hacia la derecha del umbral que determina el error mínimo posible que se puede cometer; con lo que el error de inclusión aumentaría pasando del punto A al punto B y la subcobertura se reduciría al pasar del punto C al punto D.

Desplazamiento de las curvas debido a una mayor ponderación del error de exclusión

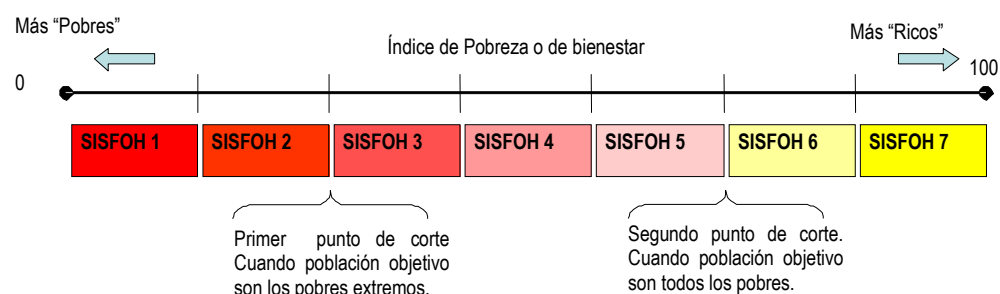


Hasta este momento genéricamente se ha considerado como población objetivo a los pobres y con ello se han esbozado los argumentos que justifican la determinación del umbral o punto de corte que determina hasta que valor del índice de bienestar se debe intervenir de tal forma que se minimicen los errores de focalización. En la misma línea, se puede plantear como población objetivo a los pobres extremos en cuyo caso se obtendría otro punto o umbral de

corte, que por supuesto tendría un valor menor al que se obtendría cuando la población objetivo sea el total de pobres y que lo hemos denominado “primer punto de corte” en la siguiente figura.

En el Perú se ha establecido 7 niveles socioeconómicos de los hogares. Con el primer punto de corte se divide a la población en dos grupos del mismo tamaño, constituyendo con ello los niveles SISFOH 1 y SISFOH 2; mientras que la población ubicada entre el primer y segundo umbral se divide en tres partes del mismo tamaño constituyendo con ello los niveles SISFOH3, SISFOH4 y SISFOH5. Los grupos relevantes son los cinco primeros, pues para tener los menores errores de focalización posible la intervención debería darse a todos los hogares que tengan a lo más un nivel de SISFOH 5.

Niveles de Pobreza o de Bienestar del SISFOH



Principales resultados

En la actualidad el SISFOH tiene información recolectada de alrededor de 7.4 millones de personas que viven en 1.9 millones de hogares los cuales se encuentran plenamente identificados en el ámbito urbano y clasificados según su nivel SISFOH, se estima que alrededor del 80% de hogares pobres ya se encuentran en este padrón, el 20% restante es una tarea encomendada a las municipalidades mediante sus unidades locales de focalización, proceso que está en marcha y que viene siendo acompañado por la unidad central del sistema. De este modo es posible saber por ejemplo que alrededor de 750 mil personas han sido clasificados como los más pobres de la distribución (SISFOH1 Y SISFOH2)

Distribución de la Población Según Departamentos y Nivel SISFOH

Departamentos	SISFOH 1	SISFOH 2	SISFOH 3	SISFOH 4	SISFOH 5	SISFOH 6	SISFOH 7	TOTAL
AMAZONAS	11,078	7,818	7,106	10,036	9,554	3214	3091	51,897
ANCASH	11,282	7,255	35,341	38,229	39,908	44,481	38,734	215,230
APURIMAC	8,894	4,904	14,132	10,933	8,678	4,261	2238	54,040
AREQUIPA	11,757	10,274	59,926	83,376	97,485	66,992	31,263	361,073
AYACUCHO	23,695	13,532	25,733	16,487	13,445	7,528	7,754	108,174
CAJAMARCA	15,331	10,817	20,912	24,794	28,535	13,852	14,767	129,008
CALLAO	5,214	3308	89,946	49,062	34,809	80,906	41,710	304,955
CUSCO	35,469	18,905	63,685	56,895	38,172	16,179	8,654	237,959
HUANCAVELICA	6,102	3258	10,449	9,209	5,488	1364	328	36,198
HUANUCO	17,661	11,626	18,511	29,482	32,381	20,462	31,967	162,090
ICA	1786	1151	28,617	48,429	62,105	91,066	75,390	308,544
JUNIN	52,959	31,893	81,658	88,552	77,428	31,706	23,446	387,642
LA LIBERTAD	19,984	8,536	99,058	101,329	96,102	105,459	75,202	505,670
LAMBAYEQUE	9,888	5,157	68,457	71,814	69,773	85,969	68,888	379,946
LIMA	28,622	18,822	514,280	386,166	385,856	885,814	327,052	2,546,612
LORETO	90,689	41,469	25,872	51,356	48,860	25,566	44,834	328,646
MADRE DE DIOS	2915	3481	2785	7,491	7,363	2850	2347	29,232
MOQUEGUA	995	333	6,317	6,322	5,481	13,129	8,931	41,508
PASCO	2256	1688	9,401	16,120	9,377	2079	526	41,447
PIURA	25,125	12,843	122,877	84,950	69,375	86,703	54,398	456,271
PUNO	36,428	18,370	57,915	59,753	64,501	23,652	15,276	275,895
SAN MARTIN	31,742	20,835	18,005	35,245	34,652	14,967	16,828	172,274
TACNA	693	216	7,848	8,902	6,585	10,355	5,697	40,296
TUMBES	1583	452	11,050	17,554	15,115	15,648	6,081	67,483
UCAYALI	27,161	24,432	17,364	47,824	49,843	22,610	31,334	220,568
TOTAL	479309	281375	1417245	1360310	1310871	1676812	936736	7462658

Fuente: MEF, DGAES-SISFOH.

Con este padrón general de hogares urbanos lo que resta es complementar el padrón con la información de los distritos rurales. Para dicho fin se ha contemplado integrar el padrón urbano con otras fuentes de información como las que proporcionan el SIS y JUNTOS, entre estas tres fuentes se ha recogido información de hogares en 1774 distritos a nivel nacional de acuerdo al detalle mostrado a continuación:

**Distritos con Información de Evaluación Socioeconómica de Hogares
Disponible a Nivel Nacional**

	JUNTOS	SIS	SISFOH	Total
Se recogió	638	1,706	376	1,774

Teniendo en cuenta que el número de distritos a nivel nacional es de 1,834 quedan solamente 60 distritos sin información de hogares, los cuales son clasificados como distritos rurales por lo que requieren sólo la declaración jurada de estos hogares. La construcción del gran padrón de hogares es una tarea que se encuentra bastante avanzada y que próximamente el SISFOH pondrá a disposición de los programas sociales para contribuir así a la mejora de la focalización de los mismos.

Resultado de una focalización perfecta en el SIS

Si se asume que el instrumento SISFOH puede identificar de manera perfecta a los pobres del país y que esta información es utilizada para reasignar las transferencias de tal modo que el dinero que antes se empleaba para atender a un infiltrado sea empleado para atender a un subcubierto, se tiene que en 12 departamentos del país no es necesario gastar un sol adicional para conseguir que los errores de focalización sean nulos, en contrapartida, existen 12 departamentos en los cuales no es suficiente asignar correctamente el subsidio, si se quiere reducir el error a su mínima expresión, en estos departamentos es necesario destinar más recursos.

Incluso usando los excedentes obtenidos de los departamentos en los cuales la filtración es mayor a la subcobertura, a nivel nacional hay un déficit de 1 millón de personas no atendidas cuando si debieran serlo.

Errores de focalización departamentales en el SIS expresado en número de personas 2008

DEPARTAMENTO	Filtración	Subcobertura	Diferencia Subcobertura-Filtración
SAN MARTIN	211,828	99,814	-112,014
LAMBAYEQUE	217,835	136,477	-81,358
UCAYALI	118,480	53,826	-64,654
TUMBES	65,755	13,869	-51,886
LORETO	197,058	160,381	-36,677
LA LIBERTAD	257,598	221,383	-36,215
AREQUIPA	143,292	115,814	-27,478
HUANUCO	152,458	125,997	-26,461
AYACUCHO	108,657	84,748	-23,909
MADRE DE DIOS	24,244	9,590	-14,654
TACNA	40,249	30,642	-9,607
ICA	73,395	72,618	-777
MOQUEGUA	15,567	27,174	11,607
APURIMAC	67,590	86,217	18,627
CAJAMARCA	301,013	331,356	30,343
AMAZONAS	66,322	116,890	50,568
PIURA	264,637	345,777	81,140
CUSCO	168,973	267,640	98,667
PASCO	8,369	113,748	105,379
ANCASH	149,868	259,434	109,566
HUANCAVELICA	22,057	136,618	114,561
JUNIN	127,955	329,435	201,480
PUNO	158,294	386,011	227,717
LIMA	627,193	1,091,853	464,660
Total	3,588,687	4,617,312	1,028,625

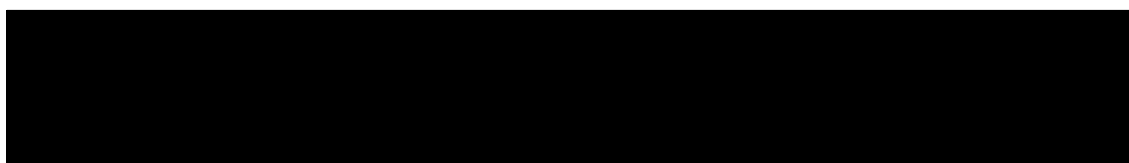
No necesitan recursos adicionales, basta con focalizar correctamente

Necesitan recursos adicionales, no basta con focalizar correctamente

6.3 Cuadros estadísticos

No existe diferencia significativa entre la incidencia de problema en salud entre pobres y no pobres en el mes anterior a la aplicación de la encuesta. Sin importar el nivel de pobreza, aproximadamente 4 de cada 10 personas se ha enfrentado a algún problema de salud.

Cuadro A1: Enfermedad o accidente según condición de pobreza 2008



Sin embargo, existe una diferencia importante cuando se trata de asistencia a un centro de salud. Los pobres asisten menos a los centros de salud. Mientras que la mitad de mujeres no pobres en edad fértil no asistieron a un centro de salud, el 64% del mismo grupo hizo lo propio, mientras que en el caso de los niños esta diferencia es del orden de 14 puntos porcentuales (28% en el caso de los niños no pobres y 42% en el caso de los niños pobres)

Cuadro A2: No pobres que acudieron a un centro de salud cuando padecieron de algún problema, 2008

	MEF	Niños	Resto	Total
Puesto de salud MINSA	7%	20%	7%	8%
Centro de salud MINSA	4%	8%	3%	4%
Centro o puesto de salud CLAS	1%	1%	1%	1%
Posta, policlínico ESSALUD	2%	2%	2%	2%
Hospital MINSA	4%	7%	4%	4%
Hospital de seguro (ESSALUD)	4%	6%	7%	6%
Hospital de las FFAA o policía nacional	1%	0%	1%	1%
Consultorio médico particular	5%	10%	6%	6%
Clínica particular	4%	7%	4%	5%
Farmacia o botica	19%	11%	17%	17%
En su domicilio	0%	1%	0%	0%
Huesero, curandero	0%	0%	1%	0%
Otro	1%	0%	1%	1%
No buscó atención	50%	28%	49%	47%

Cuadro A3: Pobres que acudieron a un centro de salud cuando padecieron de algún problema, 2008

MEF	Niños	Resto	Total
-----	-------	-------	-------

Puesto de salud MINSA	13%	28%	12%	15%
Centro de salud MINSA	4%	12%	4%	5%
Centro o puesto de salud CLAS	1%	2%	1%	2%
Posta, policlínico ESSALUD	0%	1%	0%	0%
Hospital MINSA	2%	4%	2%	2%
Hospital de seguro (ESSALUD)	1%	1%	1%	1%
Hospital de las FFAA o policía nacional	0%	0%	0%	0%
Consultorio médico particular	1%	2%	1%	1%
Clínica particular	0%	1%	1%	1%
Farmacia o botica	12%	7%	10%	10%
En su domicilio	0%	0%	0%	0%
Huesero, curandero	0%	1%	1%	1%
Otro	1%	1%	1%	1%
No buscó atención	64%	42%	66%	62%

Población pobre, dinero como razón para no asistir a un centro de salud según afiliación al SIS 2003-2008

